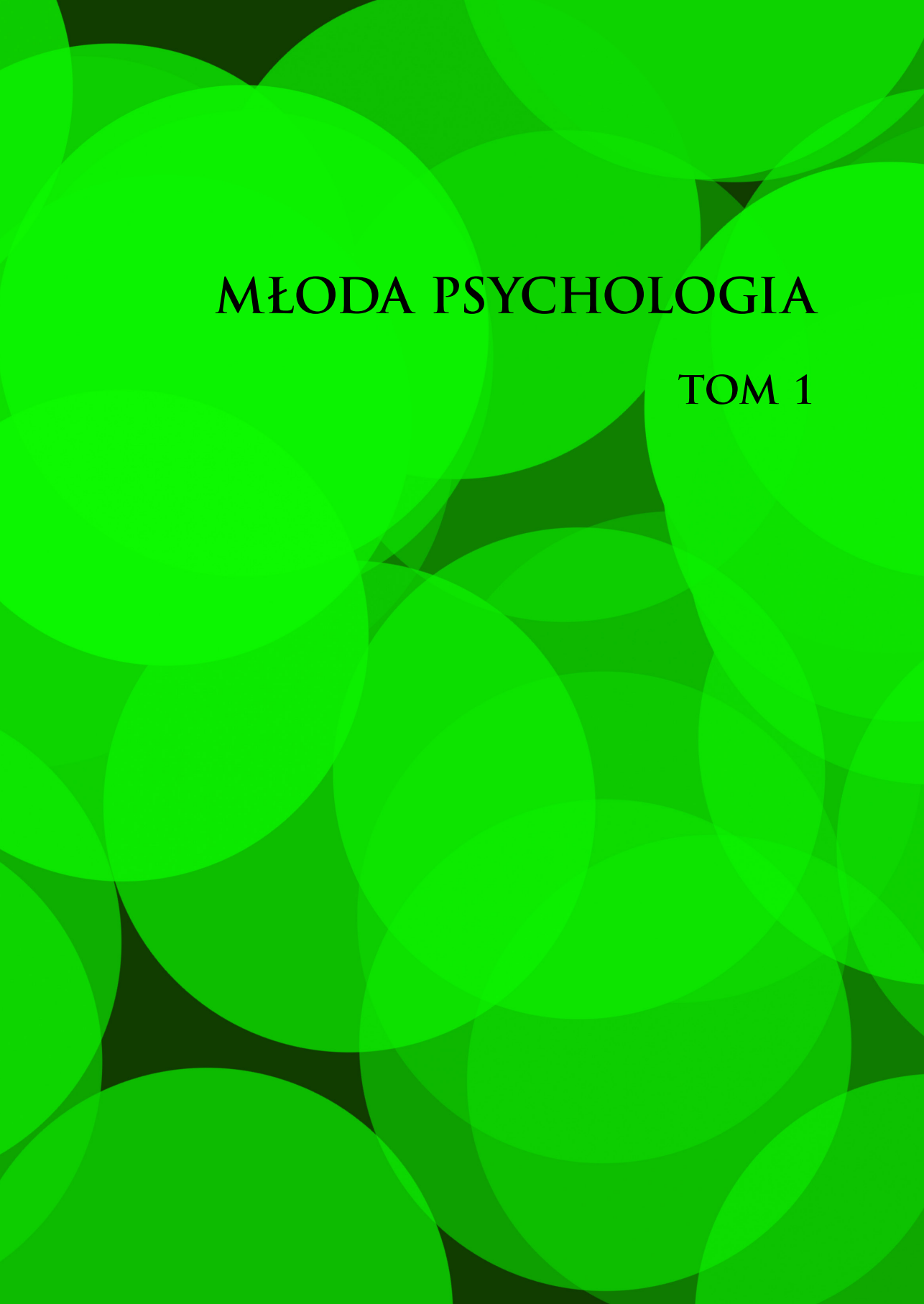


MŁODA PSYCHOLOGIA

TOM 1



LiberiLibri



MŁODA PSYCHOLOGIA

TOM 1

Recenzenci:

dr Wiesław Baryła
prof. Mariola Bidzan
dr Katarzyna Biegańska
dr Jan Ciecuch
prof. Czesław Czała
dr Jan Dohnalik
dr Krzysztof Gąsior
dr Mateusz Gola
dr Jarosław Jastrzebski
prof. Krzysztof Jodzio
prof. Bożydar Kaczmarek
dr Dorota Kobylińska
prof. Krzysztof Krzyżewski
dr Wiesław Matys
prof. Piotr Oleś
prof. Małgorzata Opoczyńska-Morasiewicz
prof. Paweł Ostaszewski
dr Katarzyna Prochwicz
prof. Lesław Pytka
dr Agnieszka Sadowska
dr Małgorzata Starzomska
dr Włodzimierz Strus
dr Sławomir Ślaski
dr Łukasz Tanaś
dr Tomasz Rowinski

MŁODA PSYCHOLOGIA

TOM 1

POD REDAKCJĄ

EWY DROP I MARTY MAĆKIEWICZ



LiberiLibri

Wydawnictwo Liberi Libri • 2012

Seria:
Debiuty

Skład i łamanie:
Idealit | Katarzyna Mikołajka

Korekta:
Mirella Nawracała-Urban



Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons



Uznanie autorstwa 3.0 (CC 3.0 BY)

Wydawnictwo Liberi Libri

www.LiberiLibri.pl • 2012

Wersja drukowana: ISBN: 978-83-63487-07-2

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie 9

ARTYKUŁY PREZENTUJĄCE WYNIKI ANALIZ EMPIRYCZNYCH

ALEKSANDRA WAKUŁA

Temperament i wychowanie a inicjacja seksualna dziewcząt 13

RADOSŁAW ROGOZA, EWA KRÓL

W drodze ku doskonałości – bulimia. Analiza autorskiego narzędzia i wyników badania kwestionariuszem ED-BN 45

EWA KARABANOWICZ

Zdolność przetwarzania treści metaforycznych u chorych na schizofrenię paranoidalną i osób z zaburzeniami nerwicowymi 59

KATARZYNA KICHLER

Obrony psychiczne i psychospołeczne a poczucie koherencji u młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi 81

EWA SKIMINA, JOANNA LIBICKA

Obraz siebie i doświadczanie własnego ciała u młodych kobiet z zaburzeniami odżywiania 101

MAŁGORZATA UNRUG, MARTA MALESZA

Różnice w osobowości i temperamencie osób trenujących sporty walki amatorsko i zawodniczo 117

KRZYSZTOF STANISŁAWSKI

Prace nad polską adaptacją *Kwestionariusza kompetencji interpersonalnych CSIE Locke'a* 133

DAGMARA MARIA BORUC

Inteligencja emocjonalna u skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w zakładach karnych na terenie Polski 149

SZYMON JUZA

Charakterystyka osobowościowej więźniów w kontekście ich zdrowienia z uzależnienia od alkoholu 173

KAROL JUROS

Struktura niepokoju egzystencjalnego studentów. Badania replikacyjne: 1988–2011 199

KATARZYNA BOBRZYK, KATARZYNA GOSZCZAK, ALEKSANDRA LUBIKOWSKA

Czy mężczyźni będący w związku są bardziej inteligentni emocjonalnie od singli? 217

WERONIKA WAŃSKA

Samoświadomość deficytów pamięci w zespołach otępiennych a poczucie obciążenia u opiekunów 231

BARBARA CZUCHTA, ANNA JUSZKIEWICZ, KATARZYNA MOKRZYŃSKA, AGNIESZKA SŁOMKA, KATARZYNA URBAŃSKA

Zdolność rozpoznawania twarzy a czas nabycia umiejętności czytania 253

EWA TOPOLEWSKA, AGNIESZKA MAŃKO

Osobowościowe uwarunkowania stylów tożsamości w ujęciu Berzonsky'ego 267

EWA SKIMINA, ARTUR ŚWITALSKI

Interakcje stabilności emocjonalnej i sumienności w cyrkularnym modelu osobowości Goldbega a depresja, mania i psychastenia 283

NATALIA CYBIS

Uzależnienie od sieci. Rola osobowości i perspektyw postrzegania czasu 303

SANDRA SKRZEK

Test ukrytych skojarzeń (*Implicit Association Test*)

– konstrukcja i zastosowanie narzędzia 323

ARTYKUŁY PREZENTUJĄCE WYNIKI ANALIZ TEORETYCZNYCH

EWA CIENIEK

Co nam w mózgu gra? – neuropsychologiczny aspekt doświadczania muzyki 339

ALEKSANDRA SUŁECKA

Religijność a leczenie farmakologiczne u osób chorych na schizofrenię, czyli jak wiara wpływa na zażywanie leków 353

DAGNA SKRZYPIŃSKA, MONIKA SŁODKA

Kto może zachorować na schizofrenię? Czyli o modelach podatność–stres 369

AGNIESZKA MAJ

Struktura własnego ja a aktywność poznawcza osoby z upośledzeniem umysłowym – świat przeżyć, myśli i wyobrażeń 387

DOROTA HENDZEL

Upośledzenie umysłowe – obraz rodziny 403

AGNIESZKA ŚWIERCZYŃSKA, MGR MAŁGORZATA TURSKA

Komunikacja trener–zawodnik. Podstawy teoretyczne, przejawy, możliwości interwencji psychologicznej 421

AGATA MATUSZEWSKA

Employer Branding – nowy trend w obszarze HR 431

ANETA BRUSIK

Psychologia kadry zarządzającej, czyli jak znajomość ludzkich charakterów pomaga w zarządzaniu 443

PAULINA WIERUSZEWSKA

Wpływ reklamy na proces zakupów 463

MICHAŁ SKOWRONEK

Neuropsychologiczne następstwa uszkodzenia mózgu w wyniku rozrostu gwiazdziaaka mózgu 473

ALEKSANDRA BRZOSTEK, PIOTR DZWINIEL

Jak neurobiologiczne mechanizmy leżące u podstaw powstawania rytmu korelują z istnieniem stanów świadomości? 493

KATARZYNA SOSNOWSKA

Jakości życia seniorów w perspektywie psychologicznej jako istotny czynnik w profilaktyce psychogerontologicznej 503

AGNIESZKA NIEMCZYK

Dlaczego małe dziewczynki są bardziej szczodre niż mali chłopcy. Co odpowiada za różnice płciowe w zachowaniach prospołecznych u dzieci w wieku 5–6 lat? 519

PAWEŁ TEMPCZYK

Rozmowy z samym sobą. Techniki coachingowe oraz psychologii procesu polegające na dotarciu do wewnętrznych jakości 531

EMILIA ŁYCZBA

„Ubrani w płęć” – nowe podejście do płci w psychologii? 545

MAGDALENA WIKTOR

Ćwiczenia słowne – o języku psychologicznego poznania uwag kilka 559

MATEUSZ FĄFARA

Przeszkoda choroby psychicznej przyczyną nieważnego zawarcia związku małżeńskiego w prawie kanonicznym i w prawie państwowym 573

WPROWADZENIE

W książce zamieszczone zostały artykuły, które powstały na podstawie wystąpień konferencyjnych, wygłoszonych na Ogólnopolskiej Konferencji Studentów i Doktorantów *Młoda Psychologia*. Konferencja odbyła się 17 maja 2012 roku na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Organizatorem konferencji była Sekcja Badawcza Koła Naukowego Studentów Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, wspomagana przez jej założyciela i opiekuna – dr. Jana Ciecucha.

W konferencji wzięło udział ponad 100 osób z 26 ośrodków akademickich. W jej trakcie zostały rozdane nagrody – *Ikary Psychologii*. Odbył się także konkurs na najlepszy pod względem treści i formy poster.

Konferencja była okazją do spotkania się adeptów w dziedzinie psychologii i podzielenia się swoimi zainteresowaniami i pasjami. Uczestnicy wspólnie zapoznali się z myślą młodego pokolenia polskich psychologów.

Pokłosiem konferencji jest niniejsza książka, składająca się z artykułów nadesłanych po konferencji. Artykuły różnią się zarówno pod względem treści, jak i formy. Są znakiem różnorodności zainteresowań, umiejętności, aspiracji i marzeń. Wraz z nimi publikowane są recenzje pracowników naukowych. Zapraszamy do lektury.

Ewa Drop i Marta Maćkiewicz

**ARTYKUŁY
PREZENTUJĄCE WYNIKI
ANALIZ EMPIRYCZNYCH**

ALEKSANDRA WAKUŁA

aleksandrawakula@interia.pl

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

**LAUREATKA NAGRODY
IKARY PSYCHOLOGII 2012**

TEMPERAMENT I WYCHOWANIE A INICJACJA SEKSUALNA DZIEWCZĄT

RECENZJA

Recenzent: dr Jarosław Jastrzębski

Z wielką przyjemnością przyjąłem do recenzji tekst Pani Aleksandry Wakuły. Po pierwsze dlatego, że Autorka podejmuje w nim niezwykle ważny we współczesnym świecie problem seksualności kobiet, a po drugie, że nie sprowadza go wyłącznie do najprostszych (fizycznych czy fizjologicznych) doznań, lecz stara się ustawić go w świetle złożonych, psychospołecznych uwarunkowań.

Przedmiotem swoich badań uczyniła inicjację seksualną dziewcząt, od której często (w sposób zupełnie bezzasadny) młodzi ludzie uzależniają nie tylko własną pozycję w grupie, ale również dalszy rozwój i jakość relacji w bliskich romantycznych związkach. Z prezentowanych przez Autorkę danych wynika, że pewne uwarunkowania biologiczne sprawiają, iż z reguły chłopcy rozpoczynają inicjację seksualną zdecydowanie wcześniej niż dziewczęta. Jednak współcześnie można zaobserwować odwrót od tej prawidłowości. Jakie zatem czynniki warunkują czas rozpoczęcia współżycia seksualnego u dziewcząt? Według Autorki odpowiedzi na to pytanie należy poszukiwać w dwóch obszarach: w zróżnicowaniu pod względem temperamentu, a także w odmienności postaw wyniesionych z domu rodzinnego. W moim przekonaniu jest to kierunek poszukiwań jak najbardziej uzasadniony. Daje on z jednej strony możliwość przyjrzenia się sprawie z punktu widzenia względnie trwałych i zdeterminowanych biologicznie indywidualnych cech jednostki, z drugiej zaś pozwala obejrzeć problem przez pryzmat środowiskowego modelowania przekonań, poglądów i sposobów postępowania.

Recenzowany tekst składa się z kilku wyodrębnionych części. Pierwszą z nich stanowi wprowadzenie, w którym Autorka zapoznaje czytelnika z głównym przedmiotem swoich badań (problem inicjacji seksualnej). Przedstawia w nim również uzasadnienie podjętych przez siebie badań. Wskazuje na fakt, iż w przypadku kobiet kwestie seksualności łączą się raczej z wymiarem doświadczeń emocjonalnych niż doświadczeń fizycznych. Ponadto Autorka zwraca uwagę na to, że dla wielu kobiet związek i założenie rodziny stanowią „podstawę jej prawidłowego i satysfakcjonującego funkcjonowania” (s. 1). Zdaniem Autorki zbyt wcześnie podejmowana inicjacja seksualna, „bez podbudowy, którą są trwałe związki partnerskie, a także bez rozeznania w skutkach, jakie niesie ze sobą inicjacja przeżyta w młodym wieku” (s. 2), jest dla tego funkcjonowania istotnym zagrożeniem.

Dalej Autorka przedstawia cel swoich badań i hipotezy badawcze. I o ile zarysowanie problemu oraz jego uzasadnienie nie budziły żadnych wątpliwości, o tyle nie sposób oprzeć się wrażeniu, że brak jest satysfakcjonującej podbudowy teoretycznej dla wyprowadzonych hipotez.

Do badań Autorka wykorzystała dobrze opracowane i sprawdzone narzędzia, takie jak *Kwestionariusz temperamentu* (PTS) J. Strelaua, A. Angleitnera i B. Zawadzkiego, *Kwestionariusz stosunków między dziećmi a rodzicami* (PCR) A. Roe i M. Siegelmiana oraz samodzielnie skonstruowaną ankietę umożliwiającą zebranie danych demograficznych oraz informacji na temat czasu i okoliczności inicjacji seksualnej. Warta podkreślenia jest również liczba osób objętych badaniami; było to 199 kobiet między 17 a 21 rokiem życia.

Następną – i najbardziej obszerną – część tekstu stanowi prezentacja wyników. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że zarówno przejrzysty sposób omawiania wyników, jak i różnorodność statystyk wykorzystana do opracowania danych zasługują na wielkie uznanie. Nie zabrakło tu również przedstawień graficznych, które doskonale ilustrują – czasem trudne w recepcji – dane liczbowe oraz wynikające z nich prawidłowości.

Ostatnią część pracy stanowią dyskusja i wnioski. Autorka dokonuje tu nie tylko interesującego podsumowania uzyskanych przez siebie wyników, ale poprawnie metodologicznie interpretuje je zarówno w odniesieniu do sformułowanych na wstępie hipotez, jak i teorii temperamentu i postaw rodzicielskich.

Pracę wieńczy bibliografia, która zawiera 21 pozycji, głównie w języku polskim (3 pozycje w języku angielskim). To, co może budzić największy niedosyt, to fakt, że większość literatury, do której Autorka się odwoływała, to źródła pochodzące sprzed kilkunastu, a czasem kilkudziesięciu lat (np. Helper, M. (1958). Parental evaluation of children and children's self-evaluation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1, 190–194, czy Johnson, M. M. (1963). Sex-role learning in the nuclear family. *Child Development*, 24, 319–333 lub Jaczewski, A. (1970). *Erotyzm dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.), choć w dziedzinie relacji między dziećmi a rodzicami, ról płciowych i erotyzmu dzieci i młodzieży bardzo wiele się zmieniło. Warto byłoby zatem bibliografię uzupełnić o bardziej aktualne badania i ujęcia teoretyczne.

Podsumowując: tekst Pani Aleksandry Wakuły to „świetna robota”. Na uznanie zasługuje nie tylko interesujący pomysł i plan badawczy, ale również ogrom pracy włożony w przeprowadzenie badań i opracowanie wyników. Do zdecydowanie najmocniejszych stron recenzowanego tekstu należy zaliczyć profesjonalny a jednocześnie czytelny i zrozumiały język, a także niezwykle dojrzałą prezentację i omówienie wyników. Sądzę, że tekst ten w pełni zasługuje na publikację i może stanowić niezwykle cenny materiał źródłowy dla osób zainteresowanych problematyką uwarunkowań aktywności człowieka w wymiarze seksualności.

Artykuł jest próbą syntezy dotychczasowej wiedzy dotyczącej rozpoczynania współżycia przez młodzież z wynikami własnych badań na temat związków pomiędzy inicjacją seksualną młodych kobiet a cechami ich temperamentu oraz rodzajami oddziaływań płynących ze strony rodziny.

Okazuje się, że spośród wyodrębnionych przez Pawłowa (1952) czterech cech układu nerwowego (siła procesu pobudzenia, siła procesu hamowania, ruchliwość procesów nerwowych, równowaga procesów nerwowych), największe znaczenie dla inicjacji kobiet ma siła procesu hamowania. I tak:

- ▶ im większa jest siła układu nerwowego w zakresie hamowania, tym dziewczyna dłużej powstrzymuje się od odbycia pierwszego stosunku płciowego;
- ▶ układ nerwowy kobiet, które podczas swej inicjacji seksualnej znajdują się pod wpływem środków odurzających, odznacza się dużą siłą procesu hamowania;
- ▶ dziewczęta postrzegające inicjację jako niezgodną z własną wolą odznaczają się niskim poziomem siły układu nerwowego w zakresie hamowania.

Ponadto bardzo ważną (jeśli nie najważniejszą) rolę w rozwoju psychoseksualnym młodej kobiety i kształtowaniu jej zachowań związanych z relacjami damsko-męskimi, z punktu widzenia oddziaływań wychowawczych, odgrywa osoba ojca. I tak:

- ▶ wczesna inicjacja seksualna dziewcząt jest związana z nieobecnością ojca w rodzinie;
- ▶ im bardziej ochraniający jest ojciec młodej kobiety, tym wcześniej rozpoczyna ona współżycie;
- ▶ planowanie podjęcia aktywności seksualnej przez dziewczęta wiąże się z przejawianiem przez ich ojców silnej postawy kochającej;

młode kobiety oceniające swych ojców jako bardziej odrzucających niż kochających traktują swój „pierwszy raz” w kategoriach raczej wymuszenia ze strony partnera seksualnego niż kroku przemyślanego i zaplanowanego.

Słowa kluczowe: inicjacja seksualna, temperament, wychowanie, postawa rodzicielska

Jak słusznie zauważyła G. Wójcik-Olszewska (2003), jedno jest pewne i nie ulega zmianie – to właśnie kobiety zachodzą w ciążę i rodzą dzieci, stąd też ich odpowiedzialność, konsekwencja i dojrzałość stanowią konieczny warunek, aby rodzina mogła istnieć w aspekcie biologicznym, psychologicznym i społecznym. Znalezienie zaś odpowiedzialnego i dojrzałego partnera do założenia rodziny okazuje się podstawą jej prawidłowego i satysfakcjonującego funkcjonowania. Z tej to właśnie przyczyny u dziewcząt sprawy płciowości mają z natury w zdecydowanie większym stopniu wymiar emocjonalnej aktywności: zakochiwania się, flirtów i adoracji, w mniejszym zaś – zaspokajania potrzeb konkretnych zachowań erotycznych czy seksualnych. U mężczyzn proporcje są najczęściej odwrotne. Ze względu na ich zdecydowanie większą – w porównaniu z kobietami – pobudliwość erotyczną i seksualną w wieku 15–19 lat oraz brak wyraźnych zagrożeń, takich jak ciąża, chłopcy przechodzą inicjację seksualną istotnie wcześniej niż dziewczęta (średni wiek pierwszych kontaktów seksualnych wynosi 18,7 lat dla kobiet i 18,1 lat dla mężczyzn (Izdebski, 2012). Ponadto znacznie częściej odbywa się ona przy mniejszym zaangażowaniu emocjonalnym ze strony młodego mężczyzny, a także odpowiedzialności w ich postępowaniu. Nie można pominąć także faktu, iż różnice w postawach społecznych (w stosunku do chłopców – bardziej przyzwalające, w stosunku do dziewcząt – bardziej restrykcyjne) do niedawna zdawały się bardzo silnie wpływać na aktywność erotyczną i seksualną młodzieży. Jednak coraz bardziej zaznaczająca się z każdym rokiem moda na uniseks, emancypacja kobiet oraz zacieranie się różnic w pełnionych rolach typowo męskich czy kobiecych, powodują zmiany w zachowaniach seksualno-erotycznych młodych ludzi. Szczególnie rzuca się w oczy przejmowanie przez kobiety wielu zachowań zarezerwowanych do tej pory tylko i wyłącznie dla mężczyzn, i jedynie u nich akceptowanych. Jak podkreślają M. Dziewiecki (2001) i I. Łukaszyk (1998), dziewczęta zbyt wcześnie zaczynają podejmować swe pierwsze kontakty seksualne – bez podbudowy, którą są trwałe związki partnerskie, a także bez rozeznania w skutkach, jakie niesie ze sobą inicjacja przeżyta w młodym wieku.

Mając świadomość tego, że negatywne konsekwencje wczesnego rozpoczynania współżycia najdotkliwiej odczuwane są przez dziewczęta, a także, że to właśnie dojrzałość kobiety stanowi bezwzględny warunek istnienia rodziny (tak w jej wymiarze biologicznym, jak i psychologicznym oraz społecznym), za konieczne uznałam poszukiwanie czynników, które mają wpływ na rozpoczynanie przez młodzież płci żeńskiej aktywności seksualnej.

Podstawowym celem moich badań było wykrycie ewentualnych różnic dotyczących cech temperamentu, postaw matek i ojców, a także struktury rodziny pomiędzy grupami kobiet utworzonymi w zależności od tego, czy i kiedy miała

miejsce ich inicjacja seksualna. Ponadto chciałam przyjrzeć się bliżej okolicznościom wczesnego rozpoczynania aktywności seksualnej przez dziewczęta, biorąc pod uwagę potencjalne związki tych okoliczności z właściwościami układu nerwowego badanych kobiet oraz postawami rodzicielskimi ich matek i ojców. Wśród postawionych hipotez badawczych znalazły się następujące: (1) Późne podejmowanie przez kobiety aktywności seksualnej wiąże się z przewagą siły procesu hamowania nad siłą procesu pobudzenia; (2) Dla dziewcząt, które wcześniej odbyły swój pierwszy stosunek płciowy, znamienne jest postrzeganie rodziców, szczególnie zaś ojców, jako silnie ochraniających, wymagających lub odrzucających; (3) Do bardzo wczesnej lub późnej inicjacji predysponować będą specyficzne układy cech temperamentu dziewcząt i postaw reprezentowanych przez ich rodziców; (4) Nieobecność ojca w rodzinie, wynikająca albo z jego śmierci, albo z rozvodu rodziców, będzie się wiązać z wczesną inicjacją seksualną dziewcząt; (5) Jedynaczki – nie zaś dziewczęta z rodzin wielodzietnych – predysponowane są do wcześniejszego rozpoczynania aktywności seksualnej; (6) Znajdowanie się podczas inicjacji seksualnej pod wpływem środków odurzających wiązać się powinno z dużą siłą układu nerwowego dziewcząt w zakresie procesu hamowania; (7) Podejmowanie przez dziewczęta pierwszych kontaktów seksualnych z mężczyzną dopiero co poznanym, przypadkowym, wiąże się z ruchliwością procesów nerwowych kobiet; (8) Przypadki wymuszenia aktu seksualnego będą w szczególności sposób dotyczyć dziewcząt najmocniej powstrzymujących się od rozpoczęcia współżycia, a zatem o największej sile hamowania; (9) Decyzja dotycząca rozpoczynania aktywności seksualnej jest dokładnie przemyślana przez dziewczęta postrzegające swe matki i ojców jako bardzo kochających, z kolei w przypadku studentek wychowywanych przez rodziców wymagających lub odrzucających, inicjacja stanowi akt spontaniczny.

METODA

Sposób pomiaru zmiennych

Do oceny właściwości temperamentu dziewcząt użyłam *Kwestionariusza temperamentu* (PTS), autorstwa J. Strelaua, A. Angleitnera i B. Zawadzkiego. Narzędzie to wybrałam ze względu na jego silny związek z pawłowską koncepcją temperamentu, która wyjaśnia różnice indywidualne w zachowaniu (zwłaszcza w czynności odruchowo-warunkowej), odwołując się do cech ośrodkowego układu nerwowego (Strelau, 1985), i – co za tym idzie – akcentuje wrodzoność temperamentu, a także jego stosunkowo dużą odporność na wpływy środowiska. Wziąwszy pod uwagę cel pracy, którym było znalezienie zależności pomiędzy wiekiem inicjacji seksualnej

u dziewcząt a ich predyspozycjami genetycznymi, kwestionariusz PTS uznałam za najlepsze narzędzie – pozwalające na zbadanie biologicznie zdeterminowanych cech temperamentu.

Do określenia postaw przejawianych wobec badanych dziewcząt przez matki i ojców wykorzystałam *Kwestionariusz stosunków między dziećmi a rodzicami* (PCR) A. Roe i M. Siegelmana. Zdecydowałam się posłużyć tym właśnie narzędziem badawczym z uwagi na to, iż sposób, w jaki dziecko percypuje zachowania rodziców, zdaje się wiązać z – szeroko pojętym – przystosowaniem w znacznie większym stopniu niż to, jak te zachowania przedstawiają się rzeczywiście (Schaefer, 1965). Ponadto istnieją badania (Helper, 1958) potwierdzające to, że informacje uzyskiwane od dzieci na temat postaw ich matek i ojców cechuje wiarygodność, dokładność, wnikliwość oraz obiektywna trafność. Kolejnym argumentem przemawiającym za tym, by to właśnie kwestionariusz PCR wykorzystać w badaniach nad zależnością pomiędzy wiekiem inicjacji seksualnej dziewcząt a środowiskiem wychowawczym, w którym wzrastały, był fakt, że narzędzie sporządzone przez A. Roe i Siegelmana służy do retrospektywnej oceny postaw rodzicielskich, co pozwala uchwycić atmosferę panującą w domu rodzinnym dziecka już w najwcześniejszych, a zarazem najważniejszych latach jego życia.

Ankieta posłużyła do uzyskania informacji o wieku osoby badanej, ilości dzieci w rodzinie, płci i wieku rodzeństwa, relacjach formalnych pomiędzy rodzicami, wieku dziewcząt w sytuacjach traumatycznych, takich jak rozwód czy śmierć rodziców, a także – w przypadku studentek, które rozpoczęły już życie seksualne – ich wieku w momencie inicjacji, spontaniczności i przypadkowości pierwszego kontaktu płciowego oraz użycia środków odurzających przed rozpoczęciem współżycia seksualnego przez osobę badaną.

Osoby badane

W badaniach udział wzięło 199 kobiet w wieku 17–28 lat (średnia wieku dla całej grupy wyniosła $M = 21,92$, $SD = 1,86$). Były to studentki różnych uczelni warszawskich. Uwzględnienie odmiennych typów szkół wyższych miało na celu uniknięcie zawężenia badań tylko do jednej specyficznej grupy osób (np. jedynie studentek polonistyki) i stworzenie w ten sposób jak najlepszej próbki reprezentacyjnej dla środowiska uczelnianego. Warto dodać, że zaledwie kilkanaście respondentek pochodziło ze stolicy, zdecydowana ich większość mieszkała w akademikach warszawskich.

WYNIKI

Temperament a inicjacja seksualna kobiet

Pierwszym krokiem na drodze ustalenia ewentualnych związków pomiędzy wiekiem kobiet, w którym odbywają one swój pierwszy stosunek płciowy, a właściwościami ich układu nerwowego: siłą procesu pobudzenia, siłą procesu hamowania, ruchliwością i równowagą procesów nerwowych, była analiza korelacji pomiędzy zmiennymi temperamentalnymi a zmienną W_i (w przypadku badanych, które rozpoczęły już aktywność seksualną; średni wiek inicjacji dla badanej grupy studentek wyniósł 19,15 lat) i W_b (w przypadku tych studentek, które nie przeszły jeszcze inicjacji). Na podstawie testowania w każdej z dwóch grup istotności współczynnika korelacji (dla zmiennych SPP , SPH i RPN o rozkładach normalnych był to współczynnik r -Pearsona, natomiast w przypadku RWN odznaczającej się nienormalnością rozkładu – analizowane były korelacje rang Spearmana) stwierdziłam, pomiędzy którymi zmiennymi rysują się istotne statystycznie współzależności. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Korelacje między wynikami dla skal PTS a wiekiem dziewcząt podczas inicjacji (w przypadku badanych, które rozpoczęły już aktywność seksualną; $n = 108$) oraz w trakcie badania (w przypadku tych studentek, które nie odbyły jeszcze swojego stosunku płciowego; $n = 91$)

Skala PTS	Wiek	
	podczas inicjacji	podczas badania
SPP^N	-0,07	0,08
SPH^N	0,02	0,34*
RPN^N	-0,002	0,14
RWN	-0,06	-0,17

^aKorelacje r -Pearsona w przypadku zmiennych o rozkładach normalnych (nazwy tych zmiennych również w dalszych tabelach będą oznaczane literą N w indeksie górnym) oraz korelacje rang Spearmana w przypadku zmiennych odznaczających się nienormalnością rozkładów; ^bW przypadku wersji *Mój ojciec* kwestionariusza PCR liczebność dziewcząt wynosiła 104; ^c N w indeksie górnym oznacza zmienną o rozkładzie normalnym.

* $p < 0,05$.

Jak pokazuje powyższa tabela, pomiędzy wiekiem dziewcząt a mierzonymi za pomocą PTS zmiennymi temperamentalnymi nie ma właściwie związków, co szczególnie uwidacznia się w przypadku korelacji analizowanych w grupie badanych, które przeszły już inicjację seksualną (wartości współczynnika zawsze mniejsze od $\pm 0,1$). Znacząca statystycznie okazała się jedynie zależność między SPH a W_b ($r = 0,34$),

mówiąca o istnieniu dodatniego związku liniowego pomiędzy wiekiem studentek, które nie rozpoczęły jeszcze współżycia, a siłą ich układu nerwowego w zakresie hamowania.

Do badania tego, jak wiek, w którym dziewczęta rozpoczynają swą aktywność seksualną, wiąże się z właściwościami ich układu nerwowego, posłużyły porównania międzygrupowe; do oceny istotności różnic wykorzystałam test t-Studenta dla prób niezależnych. Dokonałam podziału badanych na grupy, w zależności od tego, czy i kiedy odbyły one swój pierwszy stosunek płciowy. Pierwszą grupę badawczą W stanowiły dziewczęta, których inicjacja seksualna przypadła na wiek 15–18 lat, drugą B – te, które ukończyły już 24 rok życia, a jeszcze nie współżyły. W grupie trzeciej P znalazły się studentki, które swój pierwszy stosunek płciowy odbyły mając 19–23 lata. Dziewczęta poniżej 24 roku życia, niemające za sobą jeszcze aktu seksualnego, nie zostały zaklasyfikowane do żadnej z wyżej wymienionych grup (nie można bowiem stwierdzić, jak długo te studentki będą się powstrzymywały od podjęcia kontaktów seksualnych, a zatem – czy inicjację przejdą przed ukończeniem 24 roku życia (grupa W i P), czy też później (grupa B).

W celu wykazania zależności pomiędzy wiekiem, w którym dziewczęta podejmują aktywność seksualną, a siłą ich układu nerwowego w zakresie procesów pobudzenia i hamowania posłużyłam się analizą porównań średnich wyników *RWN*, *SPH* i *SPP* w wyróżnionych grupach. Hipotezy przewidywały, że: *SPP* jest najwyższa u kobiet, które swój pierwszy stosunek płciowy odbyły, mając maksymalnie 18 lat, zaś najniższa u tych, które nie rozpoczęły jeszcze współżycia seksualnego. Kolejne hipotezy zakładały, że studentki powstrzymujące się od aktywności seksualnej mają wyższy niż pozostałe badane poziom *SPH*. W zakresie równowagi procesów nerwowych istnieją różnice pomiędzy studentkami z grup: W, P i B. W celu pełniejszego wglądu w związki zachodzące pomiędzy wiekiem inicjacji seksualnej a temperamentem dziewcząt analizie porównawczej poddano także zmienną *RPN*, mimo iż nie została ona uwzględniona wśród głównych hipotez pracy.

Ze względu na fakt, iż rozkład wyników dla *RWN* w badanej grupie nie okazał się rozkładem normalnym, hipoteza dotycząca tej właśnie zmiennej weryfikowana była nieparametrycznym testem Kołmogorowa-Smirnowa. W przypadku przeciętnych wyników w skalach *SPP*, *SPH* i *RPN*, istotność różnic obliczona została testem t-Studenta dla dwóch prób niezależnych. W pierwszej kolejności analizą objęte zostały grupy W i P, następnie zaś porównywane były między sobą średnie w grupach B i P. Efekty porównań międzygrupowych pokazuje tabela 2.

Tabela 2

Średnie (*M*) i odchylenia standardowe (*SD*) w skalach PTS dla grup: W (*n*=44), P (*n* = 64) i B (*n* = 22)

Skala PTS	Grupa						Istotność różnic między grupami
	W		P		B		
	M	SD	M	SD	M	SD	
SPP ^N	49,84	10,18	47,81	8,29	47,73	7,25	—
SPH ^N	49,8	6,68	50,61	7,79	57,27	6,59	B > W, P
RPN ^N	55,41	8,51	57,2	7,85	56,18	7,64	—
RWN	1,32	2,14	0,63	2,54	-1,18	2,26	—

^a*N* w indeksie górnym oznacza zmienną o rozkładzie normalnym.

Wyniki porównań międzygrupowych wykazały, że pomiędzy badanymi dziewczętami istnieją znaczące statystycznie różnice, jeśli chodzi o siłę procesu hamowania. Rozbieżności te uwidoczniły się w przypadku grup P i B ($t = -3,59$, $p < 0,001$), oraz – w jeszcze większym stopniu – jeśli chodzi o grupy W i B ($t = -4,31$, $p < 0,001$). Ponieważ średnia SPH w grupie B okazała się zdecydowanie wyższa zarówno od średniej w grupie P, jak i od przeciętnej dla grupy W, można stwierdzić, iż powstrzymywanie się od rozpoczynania przez dziewczęta aktywności seksualnej wyraźnie wiąże się z dużą siłą ich układu nerwowego w zakresie procesu hamowania. I chociaż nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy pozostałymi cechami temperamentu a tym, czy i kiedy dziewczęta rozpoczynają współżycie, warto zwrócić uwagę na to, że choć badane studentki cechuje względna równowaga procesów nerwowych (średnie dla grup mieszczą się w przedziale od -2 do 2), to jednak wartość *M* dla grup W i P jest dodatnia, zaś dla grupy B ujemna. A zatem można przypuszczać, iż w większości przypadków dla dziewcząt odraczających swą inicjację seksualną typowa będzie przewaga siły procesu hamowania nad siłą procesu pobudzenia.

W celu uchwycenia zależności pomiędzy cechami układu nerwowego dziewcząt a tym, czy i kiedy odbywają one swój pierwszy stosunek seksualny, posłużyłam się również jednowymiarową i jednoczynnikową analizą wariancji. Z trzech podstawowych grup: W (dziewczęta, które rozpoczęły swe życie seksualne w wieku 15–18 lat), P (studentki, które swój pierwszy stosunek płciowy odbyły, mając 19–23 lata) i B (badane, które ukończyły 24 rok życia, a jeszcze nie przeszły inicjacji), pobrałam trzy równoliczne (po 15 osób) próby losowe.

Aby wykazać zasadność zastosowania analizy wariancji, zbadałam najpierw, czy pomiędzy dziewczętami rozpoczynającymi aktywność seksualną w różnym wieku swojego życia istnieją istotne rozbieżności pod względem zmienności w wynikach na skalach PTS. Rezultaty przeprowadzonego testu istotności wariancji wykazały,

że są one jednorodne dla wszystkich zmiennych ($p > 0,05$). Dokonane w następnej kolejności zestawienie efektów dla jednowymiarowych testów istotności pokazało, że wiek inicjacji seksualnej różnicuje dziewczęta jedynie pod względem siły procesu hamowania ($F = 5,70$, $p < 0,001$). Porównania *post hoc* dla tej zmiennej przeprowadzono testem Scheffego. Jego wyniki przedstawia tabela 3.

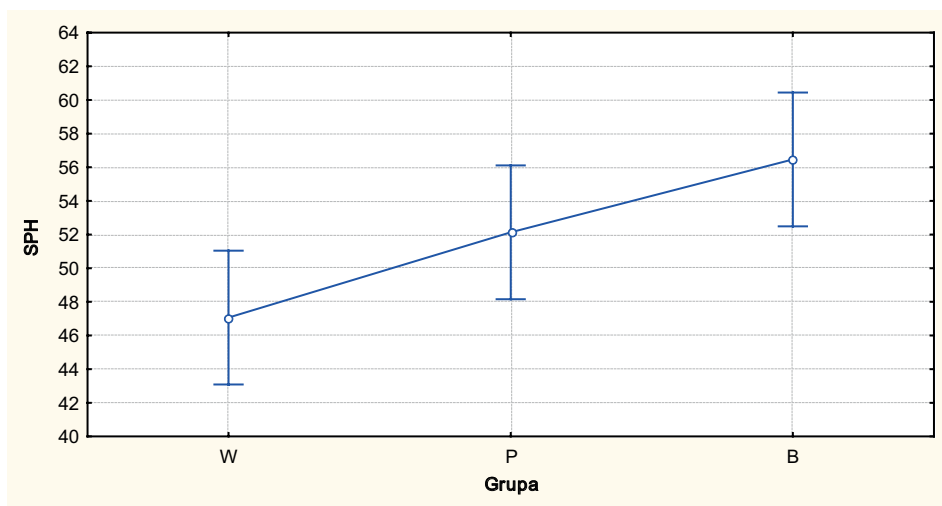
Tabela 3

Porównania post hoc dla zmiennej SPH w grupach W, P i B; średnie (M) dla każdej z trzech grup; istotność różnic według testu Scheffego

Grupa	{W}	{P}	{B}
	M = 47,07	M = 52,13	M = 56,47
W		0,204	0,007*
P	0,204		0,309
B	0,007*	0,309	

*Poziom α dla przedziałów krytycznych równy 0,05.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, iż w sposób istotny statystycznie ($p < 0,05$) różnią się między sobą poziomy pierwszy i trzeci czynnika grupa – średnia dziewcząt z grupy W jest niższa niż dziewcząt z grupy B. Odmienności pomiędzy zaobserwowanymi przeciętnymi wynikami na skali SPH dla trzech grup dziewcząt przedstawia rysunek 1.



Rysunek 1. Średnie nieważone SPH dla trzech grup: W (dziewczęta, które rozpoczęły swe życie seksualne w wieku 15–18 lat), P (studentki, które swój pierwszy stosunek płciowy odbyły, mając 19–23 lata) i B (badane, które ukończyły 24 rok życia, a jeszcze nie przeszły inicjacji).

*Pionowe słupki oznaczają 0,95 przedziały ufności.

Analiza wariancji potwierdziła więc, iż wiek inicjacji seksualnej dziewcząt wiąże się z siłą procesu hamowania. Szczególnie widoczne okazało się to na przykładzie dziewcząt, które mają minimum 24 lata, a jeszcze nie rozpoczęły współżycia (odznaczają się one wyjątkowo dużą siłą procesu hamowania), w przeciwieństwie do dziewcząt, których inicjacja seksualna miała miejsce przed ukończeniem przez nie 19 roku życia (te z kolei charakteryzuje najniższy poziom siły procesu hamowania).

Postawy rodziców a inicjacja seksualna ich córek

Analiza korelacji (korelacje r -Pearsona w przypadku zmiennych o rozkładach normalnych; nazwy tych zmiennych również w dalszych tabelach zostały oznaczone literą N w indeksie górnym) oraz korelacje rang Spearmana w przypadku zmiennych odznaczających się nienormalnością rozkładów pomiędzy zmiennymi dotyczącymi oddziaływań wychowawczych rodziców a zmienną W_i (w przypadku badanych, które rozpoczęły już aktywność seksualną) i W_b (w przypadku tych studentek, które nie przeszły jeszcze inicjacji), pozwoliła na zaobserwowanie, w przypadku których zmiennych rysują się istotne statystycznie współzależności. Uzyskane w ten sposób wyniki przedstawia tabela 4.

Tabela 4

Korelacje pomiędzy wynikami w podskalach PCR a wiekiem dziewcząt podczas inicjacji (w przypadku tych, które rozpoczęły już aktywność seksualną; $n = 108$) oraz w trakcie badania (w przypadku studentek, które nie odbyły jeszcze swojego stosunku płciowego; $n = 91$)

Skala PCR	Wiek	
	podczas inicjacji	podczas badania
L_m	-0,02	-0,06
D_m^N	-0,11	0,09
A_m^N	-0,14	0,23*
R_m	-0,02	0,01
C_m^N	-0,06	0,04
$[L-R]_m$	-0,004	-0,05
$[C-D]_m^N$	0,03	-0,03
L_o	-0,15	-0,17
D_o	0,05	0,06
A_o^N	-0,25*	-0,07
R_o	0,01	0,13
C_o^N	-0,16	0,16
$[L-R]_o$	-0,09	-0,15
$[C-D]_o^N$	-0,10	0,08

^a N w indeksie górnym oznacza zmienną o rozkładzie normalnym.

* $p < 0,05$.

Znaczące statystycznie okazały się jedynie zależności między W_i i A_o ($r = -0,25$), a także W_b i A_m ($r = 0,23$). A zatem należy się spodziewać ujemnego związku liniowego pomiędzy wiekiem studentek, które rozpoczęły już współżycie, a postawą ochraniającą ich ojców, jak również dodatniej zależności pomiędzy wiekiem studentek, które jeszcze nie przeszły inicjacji, a postawą ochraniającą ich matek.

Do określenia tego, czy wiek kobiet, w którym podejmują one aktywność seksualną związany jest z postawami rodzicielskimi ich matek i ojców, posłużyły porównania międzygrupowe, przy czym do oceny różnic w przypadku zmiennych o rozkładach normalnych wykorzystałam test t-Studenta, zaś w przypadku zmiennych odznaczających się nienormalnością rozkładów – test Kołmogorowa-Smirnowa. Analizie statystycznej zostały poddane wyniki badań *Kwestionariuszem postaw rodzicielskich* trzech grup dziewcząt: W, B, P. Zebrane dane przedstawia tabela 5.

Tabela 5

Średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) dla zmiennych mierzonych PCR w grupach: W (n=44), P (n = 64) i B (n=22)

Skala PCR	Grupa						Istotność różnic między grupami
	W		P		B		
	M	SD	M	SD	M	SD	
L _m	33,59	5,96	33,81	5,50	33,00	5,97	—
D _m ^N	21,39	6,12	20,52	5,68	21,00	6,60	—
A _m ^N	26,59	4,65	25,05	4,76	26,77	4,93	—
R _m	14,77	5,31	14,30	3,80	14,86	5,51	—
C _m ^N	25,91	5,76	25,05	4,99	25,05	5,96	—
[L-R] _m	48,82	10,86	49,52	8,74	48,14	10,49	—
[C-D] _m ^N	34,52	10,63	34,53	9,38	34,05	11,13	—
L _o	30,17	8,65	27,76	8,49	25,27	8,98	—
D _o	21,46	7,97	22,35	7,95	23,05	6,74	—
A _o ^N	23,10	5,38	19,67	5,56	18,86	6,32	W > B, P
R _o	17,20	6,58	17,65	6,88	19,77	8,09	—
C _o ^N	26,44	5,82	25,37	6,50	25,18	6,50	—
[L-R] _o	42,98	14,60	40,11	14,86	35,50	16,70	—
[C-D] _o ^N	34,98	12,34	33,02	13,02	32,14	11,31	—

^aN w indeksie górnym oznacza zmienną o rozkładzie normalnym; ^bW przypadku zmiennych opisujących postawy ojca liczebności wynoszą w grupach odpowiednio: 41, 63, 22.

Wyniki testów istotności różnic pokazały, że znaczące statystycznie rozbieżności dotyczą jedynie zmiennej A_o . Uwidoczniły się one przy porównaniu średnich

wyników grup W i P ($t = 3,11, p < 0,001$) oraz W i B ($t = 2,80, p < 0,001$). Dziewczęta, które wcześniej odbyły swój pierwszy stosunek płciowy, postrzegały ojców jako bardziej ochraniających niż miało to miejsce w przypadku studentek, które zaczęły współżyć po ukończeniu 19 roku życia oraz tych, które jeszcze nie przeszły inicjacji seksualnej. W przypadku pozostałych porównań nieistotnie statystycznie wyniki testu t-Studenta ($p > 0,05$ dla wszystkich zmiennych) dowodzą braku znaczącego związku pomiędzy tym, czy i kiedy dziewczęta rozpoczynają aktywność seksualną, a postawami rodzicielskimi ich matek i ojców.

Temperament i wychowanie a wiek dziewcząt, w którym rozpoczynają one aktywność seksualną

W celu ustalenia, jaki zespół czynników temperamentalnych i wychowawczych ma wpływ na to, kiedy dziewczęta rozpoczynają swoje życie seksualne, przeprowadziłam analizę regresji liniowej. W oparciu o zebrane dane ankietowe dokonałam podziału wszystkich badanych na dwie grupy: w pierwszej znalazły się dziewczęta, które odbyły już swój pierwszy stosunek płciowy, natomiast grupę drugą utworzyły studentki deklarujące się jako jeszcze niewspółżyjące seksualnie.

Do sprawdzenia, czy istnieje związek liniowy pomiędzy W_i i W_b a zmiennymi mierzonymi kwestionariuszami PTS i PCR, postanowiłam wykorzystać model prostej bądź wielokrotnej regresji liniowej. Zgodnie z założeniami modelu w analizie zostały uwzględnione tylko zmienne o rozkładzie normalnym. W grupie kobiet, które rozpoczęły już współżycie seksualne, rysuje się – aczkolwiek jest ona dość słaba ($r = -0,25$) – tylko jedna zależność liniowa. Dotyczyła ona wieku dziewczyny w momencie rozpoczynania przez nią aktywności płciowej oraz postawy ochraniającej ojca. W przypadku studentek, które nie przeszły jeszcze inicjacji seksualnej, związki liniowe zaobserwowano pomiędzy wiekiem dziewcząt a siłą ich układu nerwowego w zakresie hamowania ($r = 0,34$), a także postawą ochraniającą matki ($r = 0,23$).

W oparciu o powyższe dane ustalono, że za pomocą metody prostej regresji liniowej weryfikowana będzie hipoteza mówiąca o zależności pomiędzy postawą ochraniającą ojca a zmienną W_i , natomiast w oparciu o metodę regresji wielokrotnej rozstrzygnięta zostanie hipoteza, zgodnie z którą zarówno siła procesu pobudzenia dziewczyny, jak i postawa kochająca matki wiążą się z tym, jak długo kobieta powstrzymuje się od odbycia swojego pierwszego stosunku seksualnego. Uzyskane w wyniku tych analiz dane przedstawiają tabele 6 i 7.

Tabela 6

Prosta regresja liniowa w skali W_i względem zmiennej A_o ; wyniki dla grupy dziewcząt, które odbyły już swój pierwszy stosunek seksualny

Zmienna	B	Beta	T
A_o	-0,08	-0,25	-2,64**
stała	20,80		32,88***

^aWspółczynnik korelacji: $r = 0,25$; ^bWspółczynnik determinacji: $R^2 = 0,06$; ^cIstotność równań: $F(1, 102), p < 0,001$.

** $p < 0,001$; *** $p < 0,001$.

Na podstawie otrzymanych wyników regresji prostej dowiedzione zostało, iż pomiędzy A_o a W_i istnieje zależność liniowa, pozwalająca w oparciu o model: $T = -0,08 * A_o + 20,80$ przewidywać wartości jednej zmiennej na podstawie znajomości drugiej. Należy jednak zwrócić uwagę na to, iż wspomniany związek liniowy pomiędzy postawą ochraniającą ojca a wiekiem inicjacji seksualnej badanych jest bardzo słaby. Wartość R^2 wynosząca 0,06 świadczy o tym, że tylko około 6 % zmienności w zakresie W_i daje się wyjaśnić na podstawie znajomości A_o . Oznacza to, że może istnieć stosunkowo wiele innych zmiennych, które choć nie zostały uwzględnione w tym badaniu, współdeterminują wiek dziewcząt w chwili inicjacji seksualnej.

Tabela 7

Krokowa regresja wielokrotna w skali W_b względem zmiennych SPH i A_m ; wyniki dla grupy dziewcząt, które jeszcze nie odbyły swojego pierwszego stosunku seksualnego

Zmienna	B	Beta	T
A_m	0,094	0,21	2,15*
SPH	0,085	0,33	3,38**
stała	14,847		8,78***

^aWspółczynnik korelacji wielokrotnej: $R = 0,40$; ^bWspółczynnik wielokrotnej determinacji: $R^2 = 0,16$; ^cIstotność równań: $F(2, 88), p < 0,0004$.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,001$.

Powyższa tabela wskazuje na występowanie istotnych zależności pomiędzy siłą procesu hamowania i postawą ochraniającą matki a tym, jak długo dziewczęta powstrzymują się od inicjacji seksualnej. Na tej podstawie, można stworzyć dość rzetelny model regresji, który wyglądałby następująco: $T = 0,094 * A_m + 0,085 * SPH + 14,847$. Parametry równania regresyjnego, w tym jego istotność świadczą o tym, że SPH wyjaśnia zmienność wieku tylko w 11%, w powiązaniu zaś z A_m zmienność ta tłumaczona jest w 16% (o ok. 5% więcej). Można zatem przyjąć, że zróżnicowanie w zakresie ilości lat powstrzymywania się od inicjacji seksualnej może być wyjaśnione w prawie 16% poprzez znajomość takich cech jak: SPH i A_m .

Struktura rodziny a inicjacja seksualna kobiet

Do wykrycia ewentualnych związków pomiędzy strukturą rodziny dziewcząt a tym, czy i kiedy odbyły one swój pierwszy stosunek płciowy, posłużył procentowy rozkład danych ankietowych oraz analiza istotności różnic między następującymi grupami badanych: W (rozpoczęcie życia seksualnego w wieku 15–18 lat), P (odbycie pierwszego stosunku płciowego pomiędzy 19 a 23 rokiem życia) i B (ukończenie 24 lat życia i brak inicjacji). Testem χ^2 w pierwszej kolejności weryfikowane były hipotezy dotyczące zależności pomiędzy śmiercią i/lub rozwodem rodziców, a tym, czy i kiedy dziewczęta rozpoczynają swą aktywność płciową. Następnie rozstrzygana była hipoteza, mówiąca o związku pomiędzy wiekiem kobiet przy podejmowaniu pierwszego kontaktu seksualnego a tym, czy są one jedynaczkami czy też nie. Zebrane dane przedstawia tabela 8.

Tabela 8

Procentowy rozkład danych ankietowych dotyczących sytuacji w rodzinach dziewcząt z grup W, P i B; istotność różnic według testu χ^2

Model rodziny		Procentowy rozkład wyników			Istotność różnic	
Kryterium	Odp.	Grupa W	Grupa P	Grupa B	χ^2	$p <$
Rozwód rodziców	tak	20,45	12,5	9,09	1,9697	0,5
	nie	79,55	87,5	90,91		
Śmierć rodzica	tak	15,91	12,5	4,55	1,7591	0,5
	nie	84,09	87,5	95,45		
Śmierć matki	tak	2,27	4,69	4,55	0,4461	1,0
	nie	97,73	95,31	95,45		
Śmierć ojca	tak	13,64	12,5	0	3,2311	0,2
	nie	86,36	87,5	100		
Rodzeństwo	tak	86,36	90,63	95,45	1,4015	0,5
	nie	13,64	9,38	4,55		

Wyniki przeprowadzonej statystyki χ^2 okazały się nieistotne statystycznie (zawsze $p > 0,01$), co oznacza, że pomiędzy śmiercią i rozwodem rodziców a wiekiem ich córek, w którym odbywają one swój pierwszy stosunek płciowy, nie rysują się znaczące zależności. Podobnie brak jest istotnego związku między inicjacją seksualną kobiet a ich jedynactwem (analizy statystyczne nie wykazały także żadnych związków

ków pomiędzy pozostałymi zmiennymi rodzinnymi wyodrębnionymi na podstawie ankiety a tym, czy i kiedy dochodzi do inicjacji seksualnej dziewcząt). Jednak mimo tego, dzięki wnikliwej analizie uzyskanych rozkładów procentowych, możliwe jest uchwycenie pewnych tendencji dotyczących wyróżnionych zmiennych ankietowych. Przede wszystkim zaznacza się wyraźny wzrost liczby rodzin niepełnych, idący w parze z coraz to niższym wiekiem inicjacji seksualnej dziewcząt. Szczególnie dotyczy to śmierci ojca i rozvodu rodziców (co także wskazuje na sytuację braku stałej obecności ojca). Podczas gdy z grupy B tylko 9,1% pochodzi z rozbitych rodzin, w grupie P odsetek ten wynosi już 12,6%, zaś w grupie W 20,5%. Wyraźnie widać, iż nie było ani jednego przypadku śmierci ojca dziewczyny, która jeszcze nie przeszła inicjacji seksualnej. Jeśli zaś chodzi o kwestię posiadanego rodzeństwa, zaledwie 4,6% dziewcząt z grupy B jest jedynaczkami, podczas gdy w przypadku dwóch pozostałych grup odsetek ten sukcesywnie wzrasta, i dla grupy P wynosi on 9,4%, zaś dla grupy W jest on o jeszcze 4,2% wyższy.

Cechy temperamentu dziewcząt i postawy reprezentowane przez ich rodziców a okoliczności pierwszego aktu seksualnego

W przypadku wszystkich studentek, które rozpoczęły już aktywność seksualną ($N = 108$), poszukiwałam związków pomiędzy ich temperamentem oraz postawami ich rodziców a takimi aspektami inicjacji, jak relacja łącząca badaną z mężczyzną, z którym miała swój stosunek płciowy, znajdowanie się pod wpływem środków odurzających podczas współżycia oraz świadomość decyzji o podjęciu aktywności seksualnej.

Środki odurzające. Do badania tego, czy znajdowanie się podczas inicjacji seksualnej pod wpływem środków odurzających wiąże się z dużą siłą układu nerwowego dziewcząt w zakresie procesu hamowania, posłużyły porównania międzygrupowe, przy czym istotność różnic sprawdzano testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wykorzystując dane otrzymane na podstawie przeprowadzonej przeze mnie ankiety, dokonałam podziału wszystkich studentek, które odbyły już swój pierwszy stosunek płciowy, na dwie grupy – w jednej znalazło się 13 dziewcząt, które podczas swej inicjacji były pod wpływem alkoholu i/lub narkotyków, w drugiej zaś 95 tych, które nie znajdowały się wtedy pod wpływem żadnych środków psychoaktywnych. W celu stwierdzenia ewentualnych różnic pomiędzy przeciętnymi wynikami obu grup w zakresie siły procesu hamowania posłużono się testem t-Studenta dla prób niezależnych. Uzyskane dane zostały przedstawione w tabeli 9.

Tabela 9

Średnie (*M*) i odchylenia standardowe (*SD*) w skali SPH dla dwóch grup: odpowiadającej tak (*n* = 13) i nie (*n* = 95) na pytanie dotyczące bycia pod wpływem środków odurzających podczas pierwszego stosunku; istotność różnic według testu t-Studenta

Skala PTS	Środki odurzające				Istotność różnic		df
	tak		nie		F	t	
	M	SD	M	SD			
SPH	54,31	5,27	49,73	7,43	1,99	-2,15*	106

**p* < 0,05.

Otrzymane wartości dowodzą istnienia istotnych statystycznie różnic (*p* < 0,05) pomiędzy dziewczętami z obu grup: średnia SPH dla studentek, które podczas swojego pierwszego stosunku płciowego znajdowały się pod wpływem środków odurzających, okazała się zdecydowanie większa w porównaniu ze średnim wynikiem tych, które podczas inicjacji nie były pod wpływem tego typu środków. Należy zatem uznać, iż istnieje zależność pomiędzy dużą siłą układu nerwowego w zakresie procesu hamowania a rozpoczynaniem przez dziewczęta aktywności seksualnej pod wpływem środków psychoaktywnych.

Partner seksualny. W celu stwierdzenia istnienia ewentualnego związku pomiędzy ruchliwością procesów nerwowych dziewcząt a tym, czy ich pierwszym partnerem seksualnym był chłopak, z którym znajdowały się w stałym związku (potocznie „chodzili ze sobą”, „byli parą”), czy też osoba przypadkowa, dokonałam porównań międzygrupowych, wykorzystując test t-Studenta do oceny istotności różnic. Wykorzystując dane otrzymane na podstawie użytej w badaniach ankiety, dokonałam podziału wszystkich studentek, które rozpoczęły już aktywność płciową, na dwie grupy – w jednej znalazło się 11 dziewcząt, które swój pierwszy stosunek seksualny odbyły z mężczyzną, z którym nie znajdowały się w związku; w drugiej zaś 97 tych, których pierwszym partnerem był ich chłopak. Hipoteza zakładająca, iż w zakresie ruchliwości procesów nerwowych dziewczęta, które przeszły inicjację seksualną z przypadkową osobą, uzyskiwać będą wyższe wyniki, weryfikowana była testem t-Studenta dla prób niezależnych. Otrzymane dane przedstawia tabela 10.

Tabela 10

Średnie (*M*) i odchylenia standardowe (*SD*) w skali RPN dla dwóch grup: odpowiadającej tak (*n* = 97) i nie (*n* = 11) na pytanie o to, czy pierwszy stosunek seksualny odbyła z chłopakiem, z którym była w związku; istotność różnic według testu t-Studenta

Skala PTS	Partner				Istotność różnic		df
	stały		przypadkowy		F	t	
	M	SD	M	SD			
RPN	55,9	8,25	61,55	4,74	3,03	-2,22*	106

**p* < 0,05.

Wartości testu t-Studenta dowodzą istnienia znaczących statystycznie (*p* < 0,05) różnic pomiędzy dziewczętami z obydwu grup. Średnia dla RPN dziewcząt inicjujących z mężczyzną, z którym były w stałym związku, jest zdecydowanie niższa od średniej pozostałych studentek. Istnieją zatem podstawy do stwierdzenia, iż ruchliwość procesów nerwowych jest mniejsza u tych dziewcząt, które swój „pierwszy raz” przeżyły ze swoim chłopakiem, w porównaniu z kobietami inicjującymi z osobą, z którą nie znajdowały się w stałym związku.

Ocena pierwszego kontaktu seksualnego

Zgodnie z postawionymi na wstępie pracy hipotezami sposób oceniania pierwszego kontaktu seksualnego przez same badane może wynikać z różnic pomiędzy dziewczętami w zakresie przejawianej przez nie siły procesu hamowania, a także z różnego stopnia nasilenia postawy kochającej, wymagającej i odrzucającej ich rodziców. W celu wykrycia ewentualnych zależności pomiędzy wymienionymi zmiennymi a tym, jak studentki oceniają swój pierwszy stosunek płciowy, porównałam średnie wyniki w trzech grupach, utworzonych na podstawie danych ankietowych. W grupie A znalazły się studentki, dla których inicjacja była „pójściem na żywioł”; w grupie B – te, które świadomie podjęły decyzję o rozpoczęciu współżycia; i wreszcie w grupie C – dziewczęta traktujące swój pierwszy akt płciowy jako wymuszenie ze strony partnera seksualnego.

Pierwsza z tej grupy hipotez zakładała, że w zakresie siły procesu hamowania najwyższe wyniki będą uzyskiwały te kobiety, które świadomie podjęły decyzję o rozpoczęciu współżycia, najniższe zaś – studentki traktujące swój pierwszy stosunek płciowy jako „pójście na żywioł”. Zebrane dane przedstawia tabela 11.

Tabela 11

Średnie (*M*) i odchylenia standardowe (*SD*) w skali SPH dla grup: A (*n* = 26), B (*n* = 77) i C (*n* = 5)

Skala PTS	Inicjacja seksualna						Istotność różnic między grupami
	„pójście na żywioł” (A)		krok zaplanowany (B)		wymuszenie (C)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
SPH	51,81	5,65	50,22	7,53	43,2	9,26	C < A, B

Otrzymane średnie pokazują, iż studentki, dla których rozpoczęcie współżycia seksualnego było „pójściem na żywioł”, odznaczają się najwyższą siłą procesu hamowania, mniejszą – te, które swoją inicjację traktują jako krok przemyślany i zaplanowany, a wreszcie najmniejszą – dziewczęta odbierające swój pierwszy stosunek płciowy jako wymuszenie ze strony partnera seksualnego. (W tym momencie nasuwa się pytanie, czy przy tak niskiej, w porównaniu z innymi grupami, sile procesu hamowania, pierwszy stosunek seksualny był naprawdę wymuszony. Być może *zrzucenie winy* na partnera ma na celu usprawiedliwienie, w oczach własnych i innych, pochopnej decyzji). Jednak badanie istotności różnic testem t-Studenta dla dwóch prób niezależnych wykazało, że statystycznie znaczące są tylko rozbieżności pod względem badanej cechy pomiędzy dziewczętami z grup A i C ($t = 2,81, p < 0,001$) oraz B i C ($t = 2,00, p < 0,05$). Rozbieżności takie nie dały się zaobserwować natomiast w przypadku średnich wartości SPH dla grup A i B. Wobec tego należy przyjąć, iż istnieje związek pomiędzy siłą układu nerwowego w zakresie procesu hamowania a tym, czy dziewczęta odbierają swój pierwszy stosunek płciowy jako wymuszenie ze strony partnera seksualnego, czy też traktują go jako samodzielną decyzję (dobrze przemyślaną lub podjętą pod wpływem chwili). Nie ma jednak znaczącej zależności pomiędzy SPH a tym, czy inicjacja była aktem spontanicznym, czy też zaplanowanym.

Do weryfikacji kolejnej hipotezy, mówiącej o istnieniu związku pomiędzy intensywnością postaw: kochającej, wymagającej i odrzucającej, a także czynnika Miłość–Odrzucenie, przejawianych przez matki i ojców dziewcząt, a odpowiedzią ich córek na pytanie, czym była dla nich inicjacja seksualna, przeprowadziłam porównania międzygrupowe, używając do oceny istotności różnic testu Kołmogorowa-Smirnowa. Zebrane dane dotyczące porównań międzygrupowych średnich wyników dla każdej z analizowanych zmiennych mierzonych PCR przedstawia tabela 12.

Tabela 12

Średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) w skalach L_m i L_o , D_m i D_o , R_m i R_o oraz $[L-R]_m$ i $[L-R]_o$ dla grupy A ($n = 26$) i B ($n = 77$) i C ($n = 5$)

Skala PCR	Inicjacja seksualna						Istotność różnic między grupami
	„pójście na żywioł” (A)		krok zaplanowany (B)		wymuszenie (C)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
L _m	31,04	5,93	34,74	5,34	32	5,15	B > A
L _o	27,29	8,79	29,69	8,41	20,8	6,38	B > C
D _m	24,27	5,8	19,58	5,54	23	3,32	B < A
D _o	22,17	7,81	21,79	8,04	24,4	8,08	—
R _m	16,85	4,93	13,57	4,07	16,4	2,88	B < A, C
R _o	19,13	6,19	16,49	6,43	24,2	6,43	—
[L-R] _m	44,19	10,43	51,17	8,84	45,60	7,44	—
[L-R] _o	38,17	14,12	43,2	14,38	26,6	15,42	B > C

Różnice w wynikach na skali L_m okazały się istotne statystycznie jedynie pomiędzy grupami A i B ($p < 0,001$), natomiast na skali L_o – pomiędzy grupami B i C ($p < 0,05$). Należy zatem przyjąć, iż dziewczęta oceniające swe matki jako bardziej kochające, częściej określają swój „pierwszy raz” w kategoriach kroku przemyślanego i zaplanowanego niż „pójścia na żywioł”, natomiast studentki odbierające swych ojców jako bardziej kochających postrzegają swą inicjację bardziej jako świadomą decyzję niż wymuszenie ze strony partnera seksualnego. Można zatem przypuszczać, iż planowanie rozpoczęcia aktywności seksualnej przez dziewczęta wiąże się z przejawianiem przez ich rodziców silnej postawy kochającej.

Wyniki dotyczące zmiennych D_m i D_o oraz R_m i R_o pokazują, iż istotne statystycznie w przypadku wszystkich porównań są jedynie rozbieżności pomiędzy grupami w zakresie postawy odrzucającej matek. Dla grup A i B różnice były znaczące dla $p < 0,001$, natomiast gdy chodzi o grupę B i C – dla $p < 0,05$. Stwierdzona została także istotność różnic w przypadku zmiennej D_m pomiędzy dziewczętami traktującymi swą inicjację seksualną jako „pójście na żywioł”, a tymi, które rozpatrują ją w kategoriach kroku zaplanowanego ($p < 0,05$). Jeśli chodzi o pozostałe porównania międzygrupowe, brak jest znaczących związków (zawsze $p > 0,01$). Dowiedziona została zatem tylko jedna szczególna zależność, a mianowicie – że dziewczęta, które określają swój pierwszy stosunek seksualny jako „pójście na żywioł”, oceniają swoje matki jako bardziej wymagające i odrzucające niż badane, dla których rozpoczęcie współżycia było krokiem przemyślanym, zaplanowanym. Wyniki te sugerują, iż wymagająca i odrzucająca postawa matki w szczególny sposób wiąże się ze spontanicznością pierwszego kontaktu seksualnego córki.

Jak wykazały rezultaty porównań międzygrupowych, czynnik [L-R] w godnym odnotowania stopniu (wyniki powyżej 30 świadczą o przewadze postawy kochającej rodzica, natomiast poniżej 30 – o przewadze postawy odrzucającej) różnicuje jedynie grupy B i C, i to tylko w przypadku postaw ojca ($p < 0,05$). Ten fakt pozwala na stwierdzenie, iż dziewczęta oceniające swych ojców jako bardziej odrzucających niż kochających traktują swój „pierwszy raz” w kategoriach raczej wymuszenia ze strony partnera seksualnego niż kroku przemyślanego i zaplanowanego.

Powyższe wyniki ujawniły pewną tendencję: nasilenie negatywnych postaw obojga rodziców jest największe w przypadku dziewcząt traktujących swą inicjację jako wymuszenie ze strony partnera seksualnego, najmniejsze zaś w przypadku badanych określających ją jako krok przemyślany, zaplanowany. Odwrotną zależność obserwuje się natomiast, jeśli chodzi o pozytywne oddziaływania wychowawcze matek i ojców. Ich siła jest najmocniejsza u dziewcząt z grupy B, najsłabsza zaś w przypadku studentek z grupy C.

DYSKUSJA

Wyniki przeprowadzonych analiz pozwoliły stwierdzić, że powstrzymywanie się kobiet od rozpoczęcia aktywności seksualnej wiąże się z dużą siłą ich układu nerwowego w zakresie procesu hamowania. Ponadto u studentek, które jeszcze nie przeszły inicjacji, częściej niż w przypadku dziewcząt, które odbyły już swój pierwszy stosunek płciowy, występuje przewaga siły procesu hamowania nad siłą procesu pobudzenia.

Brak jest znaczącego związku pomiędzy tym, czy i kiedy dziewczęta rozpoczynają współżycie, a postawami ich rodziców. Jednak w przypadku badanych, które najwcześniej podjęły kontakty seksualne, zaznaczyła się tendencja do postrzegania ojców jako zdecydowanie kochających i ochraniających, mniej zaś wymagających i odrzucających.

Im bardziej ochraniający jest ojciec dziewczyny, tym wcześniej rozpoczyna ona współżycie; z kolei im większa jest siła jej układu nerwowego w zakresie hamowania, a postawa matki – bardziej ochraniająca, tym dłużej powstrzymuje się ona od odbycia pierwszego stosunku płciowego. Należy jednak zaznaczyć, iż związki te są bardzo słabe, co świadczy o tym, iż tylko w niewielkim stopniu można przewidywać wiek inicjacji seksualnej kobiet na podstawie znajomości cech ich temperamentu oraz oddziaływań wychowawczych rodziców.

Nie rysują się znaczące zależności pomiędzy śmiercią i rozwodem rodziców a wiekiem ich córek, w którym rozpoczynają one współżycie. Jednak – jak pokazują

dane procentowe – wczesna inicjacja seksualna kobiet jest związana z nieobecnością ojca w rodzinie, wynikającą przede wszystkim z jego śmierci, ale także i z rozvodu rodziców.

Brak jest istotnych związków pomiędzy ilością dzieci w rodzinie a wiekiem dziewcząt, w którym podejmują one aktywność seksualną. Okazuje się jednak, że jedynaczek jest najmniej wśród studentek, które nie przeszły inicjacji, najwięcej zaś – w przypadku dziewcząt, które swój pierwszy stosunek płciowy odbyły bardzo wcześnie.

Układ nerwowy kobiet, które podczas swej inicjacji seksualnej znajdowały się pod wpływem środków odurzających, odznacza się dużą siłą w zakresie procesu hamowania.

Fakt odbycia przez dziewczynę pierwszego stosunku płciowego z przypadkowym partnerem związany jest z dużą ruchliwością jej procesów nerwowych.

Istnieje związek pomiędzy siłą układu nerwowego w zakresie hamowania a tym, czy kobiety odbierają swój pierwszy akt seksualny jako wymuszenie ze strony partnera, czy też traktują go jako samodzielną decyzję (dobrze przemyślaną lub podjętą pod wpływem chwili). Studentki postrzegające inicjację jako niezgodną z własną wolą cechuje najniższy poziom siły procesu hamowania.

Nasilenie negatywnych postaw obojga rodziców jest największe w przypadku dziewcząt traktujących swą inicjację jako wymuszenie ze strony partnera seksualnego, najmniejsze zaś w przypadku badanych określających ją jako krok przemyślany, zaplanowany. Odwrotną zależność obserwuje się natomiast, jeśli chodzi o pozytywne oddziaływania wychowawcze matek i ojców. I tak: planowanie rozpoczęcia aktywności seksualnej przez dziewczęta wiąże się z przejawianiem przez ich rodziców silnej postawy kochającej; wymagająca i odrzucająca postawa matki w szczególności wiąże się ze spontanicznością pierwszego kontaktu seksualnego córki; dziewczęta oceniające swych ojców jako bardziej odrzucających niż kochających traktują swój „pierwszy raz” w kategoriach raczej wymuszenia ze strony partnera seksualnego niż kroku przemyślanego i zaplanowanego.

Pierwsza hipoteza pracy oczekiwała, że wczesna inicjacja seksualna dziewcząt wiąże się z przewagą siły ich układu nerwowego w zakresie pobudzenia, z kolei późne rozpoczynanie współżycia – z jej przewagą w zakresie hamowania. I chociaż okazało się, iż u wszystkich badanych pomiędzy procesami nerwowymi występuje równowaga – ze słabą tylko tendencją do uzyskiwania wyższych wyników dla *SPH* niż *SPP* przez studentki najdłużej powstrzymujące się od odbycia pierwszego stosunku płciowego – to jednak można stwierdzić duże zróżnicowanie grup pod względem samej *SPH*. W pewien sposób zostaje zatem potwierdzone przypuszczenie, że wzmożona kontrola postępowania wynikająca – jak twierdzą J. Strelau i B. Za-

wadzki (1998) – z dużej siły układu nerwowego w zakresie hamowania, decydować może o względnie późnym przechodzeniu inicjacji seksualnej.

I właściwie można by było przyjąć taką zależność pomiędzy szybkością rozpoczynania współżycia a siłą procesu hamowania, gdyby nie pewna specyfika badanej grupy. Otóż wszystkie dziewczęta to studentki, stąd bardzo prawdopodobne, że w swoim otoczeniu często spotykają się one z postawami restrykcyjnymi wobec wczesnej inicjacji (pogląd, że najpierw należy skończyć studia, żeby myśleć o rodzinie – a przecież z jej założeniem trzeba się liczyć, rozpoczynając aktywność seksualną; podkreślanie znaczenia wykształcenia kobiety, zwłaszcza w kontekście trudności ze znalezieniem pracy; dopingowanie do nauki, nie zaś rozrywki). Pojawia się w związku z tym przypuszczenie, że być może nie chodzi tu jedynie o samokontrolę uwarunkowaną czysto biologicznie, ale o interakcję wpływów temperamentu i środowiska. Taka sytuacja jeszcze bardziej zdawałaby się tłumaczyć wpływ siły procesu hamowania na niepodejmowanie kontaktów seksualnych przez studentki, albowiem osobom o dużym jej natężeniu zdecydowanie łatwiej powstrzymać się od zachowań niezgodnych z oczekiwaniami społecznymi (a przy wspomnianym podejściu, współżycie jest przecież działaniem społecznie nieakceptowanym).

Nie ulega wątpliwości, że część hipotezy dotycząca zależności *SPH* i odraczania pierwszego stosunku płciowego została potwierdzona. Nie sprawdziło się natomiast przypuszczenie o wpływie siły procesu pobudzenia na wczesne podejmowanie przez dziewczęta intymnych kontaktów seksualnych. Myślę, że wynikało to po pierwsze z tego, że choć siła procesu pobudzenia i siła procesu hamowania przez I. Pawłowa (1952) są ujęte jako dwie niezależne cechy, to jednak często mylnie traktuje się je jako przeciwieństwa, co z kolei skłania do szukania pomiędzy nimi ujemnych związków (stąd być może niesłuszne było w ogóle postawienie hipotezy o przeciwnym wpływie *SPP* i *SPH* na rozpoczynanie aktywności seksualnej dziewcząt). Poza tym uzyskany wynik może sugerować, że albo inicjacja seksualna nie jest aż tak bardzo stymulującą i ryzykowną sytuacją, jak się powszechnie uważa (Strelau, Zawadzki, 1998), albo też – istnieją na tyle silne oddziaływania środowiskowe, że niwelują one wpływ tej siły na zachowanie jednostki.

Kolejna hipoteza pracy głosiła, że dla dziewcząt, które wcześniej odbywają swój pierwszy stosunek płciowy, znamienne jest postrzeganie rodziców, szczególnie zaś ojców, jako silnie ochraniających, wymagających lub odrzucających – te bowiem postawy rodzicielskie według badań (Jaczewski, 1970) owocują u dzieci brakiem poczucia bezpieczeństwa, dążeniem do niezależności, a także sprzeciwem wobec dorosłych i buntem wobec ich ograniczeń, co może właśnie znajdować wyraz we wczesnej inicjacji seksualnej młodzieży. Uzyskane wyniki analiz nie pozwoliły jednak na potwierdzenie tego przypuszczenia, co więcej – zaobserwowane tendencje zdają

się wręcz mu przeczyć. Okazuje się bowiem, że tylko w przypadku postawy ochraniającej ojca, średnia dla grupy dziewcząt najwcześniej rozpoczynających współżycie była wyższa od średniej dotyczącej tej samej zmiennej w grupie studentek, które nie podjęły jeszcze aktywności seksualnej. Z kolei postawa wymagająca i odrzucająca rodziców okazały się związane właśnie z powstrzymywaniem się od inicjacji, nie zaś z wczesnym jej przechodzeniem. Można w związku z tym przypuszczać, że brak poczucia bezpieczeństwa, a z drugiej strony – poczucie krzywdy i niesprawiedliwości ze strony rodziców, zwłaszcza ojca, tak bardzo wywołują w dziewczynie niechęć do innych osób, strach przed odtrąceniem, brakiem zrozumienia i akceptacji także z ich strony, że albo nie poszukuje ona bliskości, albo poszukuje – tyle, że na skutek doświadczeń płynących ze strony rodziny jest ona niezdolna do obdarzenia drugiego człowieka choćby minimalnym zaufaniem.

Uważam, że kwestia wpływu postaw rodzicielskich na rozpoczynanie przez młode kobiety współżycia może być sprawą na tyle indywidualną i trudną do uchwycenia w badaniach grupowych, że niewskazane jest kategoryczne odrzucanie hipotezy o decydującym wpływie postaw rodzicielskich na podejmowanie aktywności seksualnej. Ze względu jednak na fakt, iż spośród 14 występujących w mojej pracy zmiennych dotyczących oddziaływań wychowawczych rodziców, tylko jedna okazała się związana z wiekiem inicjacji, należy na razie stwierdzić, że postawy matek i ojców nie odgrywają większej roli w tym, kiedy dziewczęta odbywają swój pierwszy stosunek płciowy.

Zgodnie z trzecią hipotezą pracy zróżnicowanie w zakresie ilości lat powstrzymywania się od inicjacji seksualnej może być wyjaśnione przez jednoczesną znajomość właściwości układu nerwowego dziewcząt oraz postaw reprezentowanych przez ich matki i ojców. Jak jednak pokazały wyniki analiz, także i w tym przypadku nie można przyznać całkowitej słuszności temu stwierdzeniu. Okazuje się bowiem, że nie istnieje układ cech temperamentalnych dziewcząt i oddziaływań płynących ze strony ich rodziców, który determinuje przejście wczesnej inicjacji. Jest tylko jedna zmienna – postawa ochraniająca ojca – stanowiąca o rozpoczynaniu współżycia przed ukończeniem 19 roku życia. I choć co prawda wykazano istnienie pewnego układu cech dziedzicznych i środowiskowych (duża siła układu nerwowego w zakresie hamowania oraz silnie ochraniająca postawa matki), zwiększającego prawdopodobieństwo późnej inicjacji seksualnej dziewcząt, to jednak związek ten jest tak słaby, że z całą pewnością można stwierdzić, iż jeszcze wiele innych czynników współdeterminuje (prawdopodobnie w dużo większym stopniu) decyzję o rozpoczęciu współżycia.

Wyniki analiz mających na celu weryfikację trzeciej hipotezy pracy nie pozwalają zatem na jej przyjęcie, aczkolwiek – zupełnie niespodziewanie – przemawiają one

na rzecz poglądu H. Filipczuk (1981), że dzieci przyswajają sobie szybciej pozytywne i negatywne formy zachowania się przedstawicieli tej samej płci niż płci odmiennej. Można się bowiem spodziewać, że to ze względu na fakt przejęcia przez dziewczęta cech znamienych dla postępowania ich silnie chroniących matek, inicjacja seksualna – jako doświadczenie mogące przynieść rozczarowanie, złe samopoczucie lub krzywdę – jest przez nie odraczana.

Jako że z badań wynika, że później rozpoczynają współżycie seksualne dziewczęta wychowywane przez oboje biologicznych rodziców (Wojtasiński, 2000) oraz że dla rozwoju psychoseksualnego młodych kobiet konieczny jest ich stały kontakt z ojcem (Johnson, 1963; Parsons, 1969; Pospiszył, 1976), czwarta hipoteza pracy oczekiwała, że tak rozwód rodziców, jak i śmierć ojca, wiązać się z wczesną inicjacją seksualną ich córek. I chociaż wyniki analiz nie okazały się znaczące, to jednak w grupie dziewcząt, które rozpoczęły współżycie przed 19 rokiem życia, często odnotowywano fakt nieobecności ojca w rodzinie.

Być może w przypadku liczniejszej grupy badawczej, wyniki okazałyby się istotne statystycznie, pozwoliłyby zatem na przyjęcie czwartej hipotezy. Literatura (Filipczuk, 1981; Johnson, 1963; Parsons, 1969; Pospiszył, 1976) wyraźnie i jednoznacznie wskazuje bowiem na istnienie konsekwencji wychowywania przez samotną (w tej chwili nie jest istotne, czy z wyboru, czy też z konieczności) matkę dla rozwoju psychoseksualnego dziewcząt. Młoda kobieta pozbawiona stałego, codziennego kontaktu z mężczyzną w osobie ojca, nie ma okazji na poznanie specyficznych właściwości związanych z płcią odmienną. Obraz mężczyzny buduje ona na podstawie fragmentarycznych obserwacji poczynionych w środowisku pozarodzinnym. Jeśli wizerunek ten nie jest nasycony składnikami ujemnymi, w postawie dziewczyny wobec chłopców może dominować ciekawość i pragnienie bliższego poznania, z których w dalszej kolejności mogą rozwinąć się żywsze zainteresowanie oraz dążenie do jak najszybszego kontaktu seksualnego i założenia własnej rodziny. Z kolei w sytuacji, gdy dalsze otoczenie dostarczy dziewczynce, a następnie młodej kobiecie informacji na temat płci przeciwnej o przewadze elementów negatywnych (a być może i matka uzupełni go od czasu do czasu kilkoma uwagami o podobnym zabarwieniu), jeśli z osobą ojca łączą się niemiłe, bolesne wspomnienia – obraz mężczyzny nabierze charakteru ujemnego, jego osoba będzie budzić lęk lub niechęć. To natomiast może zaowocować instrumentalnym traktowaniem tak samych mężczyzn, jak i związków z nimi, a także czysto hedonistycznym traktowaniem tych aspektów życia, które wiążą się z seksualnością. Biorąc pod uwagę tak wyniki własnych badań, jak i dostępną literaturę, uważam za konieczne prowadzenie dalszych badań, mających na celu wykazanie związku pomiędzy strukturą rodziny – a dokładniej nieobecnością w niej ojca – a wczesną inicjacją seksualną dziewcząt.

Piąta hipoteza pracy również dotyczyła związku pomiędzy strukturą rodziny – tym razem jej wielkością, określaną z punktu widzenia ilości dzieci – a inicjacją seksualną kobiet. Zgodnie z nią to jedynaczki, nie zaś dziewczęta pochodzące z rodzin wielodzietnych, wcześniej rozpoczynają współżycie. Stwierdzenie to nie znajduje jednak potwierdzenia w wynikach przeprowadzonych analiz, które okazały się nieistotne statystycznie, aczkolwiek – podobnie jak w przypadku poprzedniej hipotezy – zaobserwowane różnice w danych procentowych mogą przemawiać za słusznością rozważanej hipotezy, skłaniając jednocześnie do prowadzenia dalszych badań nad szeroko pojmowanym wpływem rodzeństwa na rozpoczynanie aktywności seksualnej przez daną dziewczynę. Nie chodzi tu jedynie o wielkość rodziny, ale również o wiek i płeć rodzeństwa (zmienne te zostały uwzględnione w przeprowadzanych przeze mnie badaniach, jednakże ze względu na niewielkie liczebności w każdej z wyodrębnionych grup, zebrane dane ankietowe okazały się mało przydatne do dalszych analiz). Jak podają bowiem – powołując się na wyniki przeprowadzonych do tej pory badań – niektórzy autorzy (Filipczuk, 1981; Kowalski, 1977), stwierdzono m.in., że dzieci, które posiadają rodzeństwo, w dużo mniejszym stopniu niż jedynacy są zainteresowane sprawami dorosłych; dzięki rodzeństwu dziecko zaspokaja wiele potrzeb psychicznych, przede wszystkim potrzebę kontaktu; młodsze dzieci przejmują od starszych wiele różnych wiadomości i sprawności z zakresu życia codziennego, zabawowych i praktycznych; młodsze rodzeństwo dzięki starszemu może zaspokoić potrzebę bezpieczeństwa; gdy jedno dziecko różni się płcią od reszty rodzeństwa, może być rozpieszczone i mało samodzielne lub też zaborcze, pewne siebie, przekonane o swojej wyższości, bo ku temu skłania je pozycja w rodzinie; niezależnie od płci najmłodsze dziecko może być albo najbardziej rozpieszczane, albo najbardziej zaniedbywane, odrzucone przez dorosłych i przez starsze rodzeństwo; dziecko najstarsze przeważnie szybko osiąga dojrzałość życiową. Przedstawione zależności wydają się na tyle interesujące i dotyczące wielu dziedzin życia młodego człowieka, że słuszne wydaje się prowadzenie dalszych badań na temat wpływu liczby, wieku i płci rodzeństwa, tym razem w kontekście rozpoczynania przez młodzież współżycia.

Uzyskane w wyniku analiz dane jednoznacznie potwierdzają natomiast słuszność szóstej hipotezy, zgodnie z którą znajdowanie się podczas inicjacji seksualnej pod wpływem środków oddziałujących na ośrodkowy układ nerwowy wiąże się z dużą jego siłą w zakresie hamowania. Należy zatem przyjąć, że – tak jak zakładał Pawłow, a za nim Strelau i Zawadzki (1998) – siła procesu hamowania może być porównywana do swoistego mechanizmu samokontroli zachowania. Użycie alkoholu i narkotyków okazuje się sposobem na obniżenie tej siły, a zatem na zniesienie (choć w pewnym stopniu) kontroli postępowania (kwestia tego, czy opisywana kontrola wynika z uwarunkowań czysto biologicznych, czy ma ona też związek z wpływami

środowiskowymi, została wyjaśniona przy omawianiu pierwszej hipotezy pracy). I nie dotyczy to tylko rozpoczynania współżycia przez dziewczęta, albowiem – jak pokazują wyniki badań na temat zachowań seksualnych młodzieży przeprowadzonych w październiku 2002 dla Krajowego Centrum ds. AIDS – podczas jednego miesiąca 1414 tysięcy mieszkańców Polski w wieku 15–55 lat odbywa stosunek płciowy po spożyciu alkoholu lub środków psychoaktywnych, przy czym 195 tysięcy stanowią osoby w wieku 15–19 lat. Warto jednocześnie zaznaczyć, że istotnie częściej to mężczyźni podejmują współżycie seksualne pod wpływem środków odurzających.

Dane te pozwalają na wysnucie dwóch wniosków. Po pierwsze – nie tylko inicjacja seksualna, ale także każdy kolejny stosunek płciowy, może być sytuacją na tyle stresującą, że aż skłaniającą (zarówno kobiety, jak i mężczyzn) do sięgania po środki rozluźniające. Po drugie – znaczna część aktów seksualnych, tak wśród młodzieży, jak i dorosłych, a także w różnego typu związkach, być może nie miałaby miejsca, gdyby nie fakt odurzenia przynajmniej jednej z osób. Rodzi się zatem pytanie – myślę, że w przyszłości warte szerszej analizy empirycznej – o to, czy bliskość dwojga ludzi rozpatrywana w kontekście płciowości, jest dla osób żyjących w XXI wieku wyrazem miłości, czy też skrajnie hedonistycznego podejścia do życia.

Zgodnie z siódmą hipotezą pracy, fakt odbycia przez kobietę pierwszego stosunku płciowego z przypadkowym partnerem związany jest z dużą ruchliwością jej procesów nerwowych. I rzeczywiście, rezultaty analiz pozwalają na stwierdzenie, że dla grupy dziewcząt, które nie przeszły inicjacji z bliską sobie osobą, znamienne jest uzyskiwanie najwyższych wyników na skali *RPN* kwestionariusza *PTS*.

Kwestia ta wydaje się znacząca przede wszystkim ze względu na to, że jak podkreśla E. Sujak (1978), dziewczęta podejmujące współżycie seksualne z przygodnym partnerem bez zaangażowania uczuciowego są predysponowane do podejmowania w przyszłości kontaktów seksualnych dla określonych korzyści życiowych, nawet jeżeli związane już będą uczuciowo z jakimś mężczyzną. W związku z taką sytuacją, która może przecież doprowadzić nawet do podjęcia przez kobietę pracy w charakterze prostytutki, niezwykle istotne staje się określenie oddziaływań wychowawczych modelujących wpływ ruchliwości procesów nerwowych na zachowanie się młodzieży, zwłaszcza płci żeńskiej.

Zgodnie z ósmą hipotezą pracy, siła układu nerwowego w zakresie hamowania wiąże się z tym, czy swój pierwszy stosunek płciowy dziewczyna postrzega w kategoriach impulsu, przemyślanej decyzji czy też wymuszenia. Znacząca zależność ujawniła się tylko w jednym przypadku. Otóż okazało się, że kobiety określające swą inicjację w kategoriach przemocy ze strony partnera uzyskują jednocześnie najwyższe wyniki na skali *SPH*.

Słuszne wydaje się zatem przypuszczenie, że powstrzymywanie się od rozpoczęcia współżycia przez dziewczynę może być niejako bodźcem wyzwalającym agresywne zachowania mężczyzny. Z drugiej strony pojawia się jednak wątpliwość, czy na pewno akt seksualny był wymuszony. Być może młoda kobieta, która do tej pory przyjęła pozę niedostępnej i umiejętnie hamowała swoje impulsy, odpowiedzialnością za sytuację, w której przestała kontrolować swoje zachowania, woli obarczyć mężczyznę.

Prawdopodobne też jest, że – jak uważa wielu autorów (Izdebski, Jaczewski, 2002; Łukaszek, 2002; Łukaszyk, 1998; Maciocha, 2000; Ryś, 1999; Sujak, 1978) – dziewczęta określenie *wymuszenie* częściej łączą z naciskiem psychologicznym czy też swoistym szantażem, niekoniecznie zaś z fizyczną przemocą. A zatem bardzo możliwe, że w ich przypadku zdecydowanie się na pierwszy stosunek płciowy było wynikiem żądania dowodu miłości. Jak bowiem twierdzą Strelau i Zawadzki (1998), jednostki odznaczające się dużą siłą układu nerwowego w zakresie hamowania mają nastawienie asekuranckie, są uległe, konformistyczne i z dużym poczuciem obowiązku – jak się okazuje – prawdopodobnie także partnerskiego.

Hipoteza dziewięta oczekiwała, że decyzja dotycząca rozpoczynania aktywności seksualnej jest dokładnie przemyślana przez dziewczęta postrzegające swe matki i ojców jako bardzo kochających, z kolei w przypadku studentek wychowywanych przez rodziców wymagających lub odrzucających inicjacja stanowi akt spontaniczny. Okazało się, że rzeczywiście sposób oceniania charakteru pierwszego stosunku płciowego przez same badane w znacznej części może wynikać z różnic w nasileniu pewnych postaw ich rodziców.

Dziewczęta, które dzięki kochającej postawie matki i ojca są zdolne do dojrzałej miłości i dialogu z partnerem, świadomie podejmują decyzję o rozpoczęciu współżycia. Spontaniczna inicjacja charakteryzuje natomiast kobiety, które wychowywane przez wymagające matki, są zmęczone napiętą sytuacją w domu rodzinnym i mają silną potrzebę uwolnienia się od wpływów despotycznego rodzica, a często także zrobienia mu na złość.

Jeśli chodzi o podobne zależności dotyczące postawy wymagającej ojca, a także postawy odrzucającej obojga rodziców, uzyskane wyniki nie pozwalają na potwierdzenie hipotezy. Co ciekawe, okazało się, że odrzucenie przez ojca idzie w parze z postrzeganiem przez jego córkę inicjacji jako wymuszenia. Być może wynika to z faktu, że odrzucanie przez rodzica wyzwała u młodej kobiety lęk przed odrzuceniem już przez każdego mężczyznę. W związku z tym decyduje się ona na odbycie stosunku seksualnego z obawy przed utratą partnera, co nie zmienia faktu, że zgoda ta jest wynikiem swoistego wymuszenia.

Kwestia ta jest o tyle istotna, że – jak twierdzą Izdebski i Jaczewski (2002) – jeżeli dziewczyna zostaje zmuszona do rozpoczęcia aktywności seksualnej, niekoniecznie

siłą fizyczną, ale np. naciskiem psychologicznym czy swoistym szantażem (jak się nie zgodzisz, to cię zostawię i poszukam sobie innej), to oboje partnerzy bardzo dużo ryzykują. Przy braku dojrzałości do współżycia kontakt z mężczyzną może być dla młodej kobiety czymś przykrym, nawet obrzydliwym i odrażającym. Często dochodzi u niej wtedy do trwałego zniechęcenia, do wytworzenia negatywnego stosunku do spraw płci, do wszystkich mężczyzn i do seksu jako takiego.

W oparciu o literaturę przedmiotu oraz własne badania mogę stwierdzić, że spośród wszystkich analizowanych właściwości temperamentalnych niedoceniana przez Pawłowa (1952) siła układu nerwowego w zakresie hamowania, ma dla inicjacji seksualnej dziewcząt największe znaczenie. Niewątpliwie też to osoba ojca odgrywa bardzo ważną (jeśli nie najważniejszą) rolę w rozwoju psychoseksualnym młodej kobiety i kształtowaniu jej zachowań związanych z relacjami damsko-męskimi.

BIBLIOGRAFIA

- Dziewiecki, M. (2001). Miłość. *Katecheta*, 6, 43–50.
- Filipczuk, H. (1981). *Rodzina a rozwój psychiczny dziecka*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Helper, M. (1958). Parental evaluation of children and children's self-evaluation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1, 190–194.
- Izdebski, Z., Jaczewski, A. (2002). *Tajemnice inicjacji seksualnej. Zanim powiesz: tak*. Wałbrzych: DZG UNIPAP – Target.
- Izdebski, Z. (2012). *Seksualność Polaków na początku XXI w.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Jaczewski, A. (1970). *Erotyzm dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.
- Johnson, M. M. (1963). Sex-role learning in the nuclear family. *Child Development*, 24, 319–333.
- Kowalski, W. S. (1977). *Percepcja postaw rodzicielskich przez młodzież a jej przystosowanie szkolne*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Łukaszek, M. (2002). Przedwczesne podejmowanie życia seksualnego przez dzieci i młodzież. *Kwartalnik Edukacyjny*, 3–4, 54–61.
- Łukaszyk, I. S. (1998). Pytania o młodzieńcze związki partnerskie. *Edukacja i Dialog*, 97(4), 43–45.
- Maciocha, E. (2000). Ten pierwszy raz. *Klinika ffx*, 6, strony nienumerowane.
- Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: PWE.
- Pawłow, I. P. (1952). *Dwadzieścia lat badań wyższej czynności nerwowej (zachowania się) zwierząt*. Warszawa: PZWL.
- Pospiszył, K. (1976). *O miłości ojcowskiej*. Warszawa: CRZZ.
- Ryś, M. (1999). *Psychologia małżeństwa w zarysie*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Schaefer, E. (1965). Children's report of parental behavior: An inventory. *Child Development*, 2, 413–424.

- Strelau, J. (1985). *Temperament – osobowość – działanie*. Warszawa: PWN.
- Strelau, J., Zawadzki, B. (1998). *Kwestionariusz temperamentu PTS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Sujak, E. (1978). *Życie jako zadanie*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Wojtasiński, Z. (2000). Nowości medyczne: Seks i nastolatki. *Przegląd Urologiczny*, 4, 18–19.
- Wójcik-Olszewska, G. (2003). Okres dzieciństwa a kształtowanie się postaw seksualnych. *Kurier Pedagogiczny*, 1, 36–40.

RADOSŁAW ROGOZA, EWA KRÓL

rogoza.radoslaw@gmail.com

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

**LAUREACI NAGRODY
IKARY PSYCHOLOGII 2012**

W DRODZE KU DOSKONAŁOŚCI — BULIMIA. ANALIZA AUTORSKIEGO NARZĘDZIA I WYNIKÓW BADANIA KWESTIONARIUSZEM ED-BN

RECENZJA

Recenzent: dr Tomasz Rowiński

Artykuł przedstawia istotny współcześnie problem, tzn. zaburzenia odżywiania wśród młodzieży. Autorzy na początku tekstu dość często odwołują się do roli mass mediów i zbyt jednoznacznie przypisują im bezpośrednią moc sprawczą w rozwoju zaburzeń odżywiania (przez mechanizm internalizacji presji). Jest to założenie, które dość powszechnie przyjmowano w pierwszej połowie XX wieku. Jednak począwszy od badaczy amerykańskich (np. Lazarfeld), a kończąc na współczesnych teoretykach i badaczach mass mediów (McQuail, Mrozowski, i in.) można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że efekt korzystania z mass mediów (szczególnie Internetu) jest związany z interakcją treści (tutaj obrazu ciała) i charakterystyki psychologicznej użytkownika/odbiorcy. Czytelnik ma wrażenie, że mass media stanowią najbardziej istotną przyczynę (!) rozwoju bulimii.

Wprawdzie w dalszej części Autorzy redefiniują rolę mass mediów, zatem tym bardziej niefortunnie wygląda początkowy kategoryczny opis roli mass mediów.

Autorzy zwracają uwagę na dość ważny aspekt w percepcji osób chorych na zaburzenia jedzenia (bulimię), a mianowicie na stereotyp związany z płcią ludzi chorych na bulimię (kobieca choroba). Uwzględnienie w badaniach mężczyzn (studentów UMCS) pozwoliło na jego przełamanie. Badania wykazały, że także mężczyźni mogą przejawiać podobne zaburzenia.

Wstępne dane dotyczące kwestionariusza są obiecujące. Autorzy proponują dalsze badanie walidacyjne narzędzia. Proponowałbym rozważyć badania nie tylko na grupie studentów, ale także na grupie osób zdiagnozowanych jako chorych na bulimię (podejmujących lub nie terapię). Jest to dość istotne kryterium trafności różnicowej, które jest niezbędne przy aplikacji narzędzia w praktyce klinicznej (a taką też uwzględniają Autorzy). Odwołanie się do klasyfikacji chorób DSM V jest jak najbardziej pożądane.

Brakuje mi w tym artykule prezentacji wykresu osypiska (wykres był traktowany jako jedno z kryteriów trafności rozwiązania jednoczynnikowego dla skali w ramach eksploracyjnej analizy czynnikowej). Ponadto analizując pozycje skali można dojść do wniosku, że kwestionariusz ED-BN mierzy raczej stopień zagrożenia bulimią (kontinuum) niż bulimię *per se*. Badania na grupach zdiagnozowanych osób pozwoliłyby na określenie „punktu odcięcia” w wielkości wyniku w skali.

Niezależnie od powyższych słabości, uważam, że artykuł wart jest publikacji.

Człowieka XXI wieku charakteryzuje postępująca destrukcja, dotykająca tak ważnych sfer jak ciało, psychika i umysł. Młode pokolenia nie mają poczucia kontroli nad swoim życiem, nie odczuwają satysfakcji z niego. Media starają się kontrolować każdą dziedzinę życia swoich odbiorców – decydują o tym, jak powinni wyglądać, co powinni jeść, jaki styl życia powinien być ich stylem. W ostatnich latach coraz powszechniejszym obszarem dającym poczucie kontroli młodym ludziom jest ciało i sposób odżywiania. Potwierdzeniem tego jest fakt coraz większej zachorowalności na bulimię. Jest ona wśród wielu społeczeństw postrzegana jako choroba, która dotyka wyłącznie kobiet, jednak dynamizm współczesnego świata wymaga rewizji poglądów.

Z przeprowadzonych badań autorskim kwestionariuszem, wynika, iż na siedem osób wyłonionych jako wysoce zagrożonych bulimią, cztery z nich to mężczyźni. Celem skonstruowania kwestionariusza było sporządzenie efektywnego narzędzia pozwalającego na wczesną diagnozę zachowań predysponujących do zachorowania na bulimię. Specyfika choroby powoduje, że jest zauważana przez otoczenie osoby chorej w późnym stadium rozwoju, gdzie stan zdrowia jest już w znacznym stopniu pogorszony, a rokowania na pełen powrót do normalnego życia znikome. Badanie normalizacyjne zostało przeprowadzone na losowo dobranej grupie $N = 120$ osób, studentów UMCS w wieku od 18 do 26 roku życia. Grupa ta została podzielona równolicznie ze względu na płeć. Rzetelność testu została sprawdzona metodą analizy czynnikowej i wyniosła $C = 0,714$.

Słowa kluczowe: bulimia, kwestionariusz, zaburzenia odżywiania, profilaktyka

Prawdopodobnie najsubtelniejszym słowem, jakie widnieje w obszernym słowniku pojęć, jest z całą pewnością *piękno*. Swoją nieuchwytnością nagabuje do rozważań od wieków najznamienitsze osobistości. Etcoff (2000) uważa, że filozofia rozważa je, a pornografia wystawia na sprzedaż. Sentencja ta obrazuje ewolucję, która dokonała się na przestrzeni rozwoju kultury ludzkiej. Pierwszym wielkim okresem rozkwitu piękna była epoka hellenistyczna. Dla starożytnych Greków piękno było niczym dodatkowy zmysł, a sam Arystoteles starając się opisać jego naturę, powiedział, że nikt, kto jest ślepy, nie powinien o to pytać. Na piedestale Platónskich idei znalazło się obok prawdy i sprawiedliwości nie bez przyczyny właśnie piękno. W myśli Platona to właśnie piękno posiadało zdolność czynienia dostrzegalnym to, co jest duchowe. Jednocześnie percypowana przez zmysły uroda jest jedynie imitacją czystego piękna, które jest nam niedostępne. Postawa wobec piękna była jednak dychotomicznym wahadłem, tak samo jak potrafiło wzbudzać szacunek i podziw, wzbudzało pogardę i nienawiść. Kontrastującym z hellenistycznym rysem piękna jest bez wątpienia okres epoki wieków średnich inspirowanych naukami Chrystusa, głoszącymi opieranie się pokusom doczesnym, gdzie uroda w dobie dominującej ascezy została poddana prohibicji. Nie mniej jednak nawet wówczas urodzie towarzyszyła ambiwalencja, w Księdze Rodzaju czytamy, że człowiek został stworzony na obraz i podobieństwo Boga, a więc jego wygląd jest boski, i im jest piękniejszy, tym bardziej Bogu podobny.

Wkraczając na współczesniejsze tory, które są podwaliną dalszych rozważań, gdzie N. Wolf (1991) określiła jakoby piękno jako byt obiektywny i uniwersalny nie istniało, a uroda była jedynie walutą, podobnie jak pieniądź, gdzie M. Duchamp dziełem sztuki uczynił sedes, a A. Warhol puszkę zupy, definicja piękna wymyka się, rozszerzając się na co raz to nowe sfery życia. *Słownik języka polskiego PWN* (2011) piękno definiuje jako: „zespół cech, takich jak proporcja kształtów, harmonia barw, dźwięków, który sprawia, że coś się podoba, budzi zachwyt [...]”, co ukazuje jego skrajnie subiektywny i nieuchwytny charakter. Aktualnie do urody podchodzi się z ogromnym szacunkiem. Jest klarownym wyznacznikiem pozycji społecznej, prestiżu i władzy, gdyż –zataczając ogromne historyczne koło – „pożądanie piękna wydaje się stanowić doskonały przykład bodźca stłumionego w postaci swego celu” (Freud, za: Etcoff, 2000, s. 31), gdzie ludzie w nieświadomych objęciach atrakcjonizmu hołdują platońskiej zasadzie to, co piękne, jest dobre, rozpoczynając nieskończony maraton w kierunku przepoczwarczenia w pięknego motyla.

Koniec XX wieku i początek XXI wiąże się nie tylko z szeregiem przemian politycznych, jest to również czas ogromnej rewolucji w sposobie postrzegania piękna drugiego człowieka. Ideał piękna kobiecego ciała zaczyna zmierzać w bardzo niebezpiecznym kierunku, gdzie pięknem nazywamy to, co lekarze i psychologowie

określają mianem choroby czy zaburzenia. W XXI wieku manii szczupłej sylwetki ulegają już nie tylko kobiety, które jak dotąd wyłącznie były kojarzone z zaburzeniami odżywiania, staje się to problem w dużej mierze mężczyzn.

Piękno ludzkiego ciała ewoluowało na przestrzeni wieków. Dawniej obfite kobiety były symbolem płodności i zdrowia, stały się inspiracją dla artystów. Do mowy potocznej przeszło nawet określenie kobiety o rubensowskich kształtach i bynajmniej nie jest to związek frazeologiczny mający na celu zadrwienie z kogoś. Ideał męskiej sylwetki również uległ przeobrażeniu, choć nie tak drastycznemu jak w przypadku płci pięknej. Choć męskie ciało od zarania dziejów przedstawiane było jako proporcjonalne i dobrze zbudowane, przez współczesnych nawet ono zostało odchudzone.

Dzisiejszy świat oferuje nam szereg sprzecznych informacji dotyczących sposobu odżywiania, które niekiedy są tak nachalne, że wręcz przypominają rzucane z ekranu telewizora czy komputera rozkazy o tym, co i jak mamy jeść. Media starają się kontrolować każdą dziedzinę życia swoich odbiorców – decydują o tym, jak powinni wyglądać, co powinni jeść, jaki styl życia powinien być ich stylem. Z każdej strony młody człowiek odbiera sprzeczne sygnały. Kampania reklamowa chipsów Lays głosiła: „Lays: no one can eat just one”, czyli nikt nie poprzestanie na jednym. Zadziwiającym jest fakt, iż wskazanie słabości, braku kontroli w jedzeniu okazało się być świetnym chwytem marketingowym.

Mass media oddziałują na pokolenia kobiet i mężczyzn, wpływając na ich sposób rozumienia piękna. Rzesze młodych ludzi codziennie korzystając z Internetu, przekonują się o wpływie sylwetki na odnoszenie sukcesów w każdej dziedzinie życia. W ten oto prosty sposób zaczyna się u nich mechanizm internalizacji presji. Młodzi ludzie zaczynają być przekonani, że to, co oferuje im kultura popularna, to jedyne słuszne dobro i piękno.

Działa tutaj także mechanizm częstotliwości, w telewizji czy na okładkach gazet dominują szczupli czy wręcz chudzi ludzie. Człowiek jest istotą społeczną, uczy się i rozwija poprzez porównywanie się z innymi, modelowanie i identyfikację. To z pozoru niewinne porównywanie się powoduje nadmierną koncentrację na sylwetce. Zaczynamy dostrzegać, że nie wpasowujemy się idealnie w obowiązujący kanon piękna. Wygląd dla wielu osób jest podstawą budowania samooceny, która maleje, jeśli jesteśmy skoncentrowani na swoim ciele, które w subiektywnej ocenie nie jest dla nas satysfakcjonujące.

Dodatkową pułapką współczesnych jest tempo życia i wygoda płynąca z posługiwania się schematami myślowymi. Bycie szczupłą/szczupłym daje nam poczucie kontroli nad swoją figurą, a ta kontrola automatycznie jest przenoszona na inne aspekty życia i wspomaga odnoszenie sukcesów zarówno zawodowych, jak i pry-

watnych. Jest to prosty schemat ukazujący cudowną moc szczupłej figury, która jest panaceum na wszelkie problemy. Jest on nam codziennie oferowany i zbiera swoje żniwa pośród delikatnych i niegotowych na brutalną rzeczywistość ludzi wkraczających w dorosłe życie.

Wszystko to może prowadzić do powstania zaburzeń odżywiania, w tym bulimii. Marta Kowalczuk (2008) w swojej książce zwraca uwagę na najczęściej występujące w literaturze medycznej i psychologicznej określenie bulimii:

Schorzenie o podłożu psychicznym, którego istotą jest świadome objadanie się połączone z poczuciem utraty kontroli nad ilością przyjmowanego pokarmu, prowokowanie wymiotów, zażywanie środków przeczyszczających lub moczopędnych. Zachowaniom tym najczęściej towarzyszy poczucie winy, wstydu oraz wstrętu do samej siebie. Osoby chorujące na bulimię oceniają swoją wartość na podstawie wagi i wyglądu. (s. 36)

Aby zasiane przez media ziarno wykiełkowało, musi paść na podatny grunt. Zaburzenia odżywiania, w tym bulimia mogą rozwinąć się u osób nadmiernie skoncentrowanych na fizyczności, podatnych na wpływy innych. Zwykle są to osoby będące w fazie budowania swojej samooceny, nie do końca ukształtowane, które poczucie własnej wartości mierzą przez pryzmat tego, co widoczne dla oczu. Bulimia jest zaburzeniem, które dotyka osoby o specyficznym zestawie cech osobowościowych.

Wolska (za: Kowalczuk, 2008) wyróżniła pięć charakterystycznych cech osób chorych na bulimię. Przede wszystkim jest to swego rodzaju labilność emocjonalna związana ze skłonnością do depresji, wspomniana wcześniej niska samoocena i powiązana z nią trudność w akceptacji własnego wyglądu. Ponadto osoby chore na bulimię wyróżnia także brak samokontroli i skłonność do zachowań impulsywnych. Bulimicy są bardzo często osobami ambitnymi, które jednak nie mają poczucia odniesionego sukcesu. Osoby te zdają się nie zauważać tego, co osiągnęły. Wzmaga to w pewnym sensie chorobę, mimo utraty wagi przy stosowaniu wszelkich zabiegów kompensacyjnych, bulimicy nie widzą tego, że zgodnie ze swoimi zamierzeniami uzyskali rezultaty, które powinny ich satysfakcjonować. Fakt ten podkreśla istotę bulimii, której prawdziwym podłożem są problemy natury osobowościowej, a zaburzenie jedzenia jest tylko ich objawem.

Oprócz tych charakterystycznych cech należy zwrócić uwagę również na fakt, iż w kręgu osób objętych ryzykiem zachorowania na bulimię znajdują się także osoby, które w dzieciństwie albo w okresie adolescencji zmagaly się z nadwagą czy wręcz otyłością. W kontaktach z takimi osobami należy zachować szczególną wrażliwość, gdyż często momentem przełomowym i wywołującym zaburzenia odżywiania jest szorstka uwaga na temat budowy ciała wypowiedziana z ust bliskiej osoby.

W rozwoju zaburzeń odżywiania istotną rolę odgrywa rodzina. Niestety wciąż nie mamy pewności, które aspekty jej funkcjonowania mogą wywołać, a które podtrzymać bulimię (Józefik, 2006). Należy pamiętać, iż to nie rodzice stanowią bezpośredni powód rozwoju bulimii, a pewien typ ich zachowania, często przez nich nieuświadomiony.

Zostały wyodrębnione dwa mechanizmy występujące w rodzinach, które mogą wzmocnić rozwój zaburzeń odżywiania. Pierwszym jest przecenianie roli wyglądu i masy ciała, natomiast drugim czynnikiem są ogólne zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny kształtujące nieprawidłową samoocenę (Józefik, 2006).

Podstawą sprawnego i prawidłowego funkcjonowania tej podstawowej komórki społecznej jest komunikacja. W momencie, gdy jest ona zaburzona i nie pozwala na płynny przekaz informacji, emocji czy przeżyć między członkami rodziny, może powodować pewne zmiany w sposobie funkcjonowania poszczególnych jej członków.

Zgodnie z założeniami McKay, Davis i Fanning (za: Mroczkowska, Ziółkowska, 2011) istnieją cztery główne rodzaje zaburzeń komunikacji w rodzinie, które mogą mieć wpływ na rozwój zaburzeń odżywiania, w tym bulimii: zaprzeczanie (własnym emocjom), pomijanie (pomijanie tych części komunikatów, które dotyczą potrzeb), przemieszczanie (wyrażanie uczuć w bezpieczny sposób, pomijając aspekt, którego te uczucia dotyczą), niespójne komunikaty (niespójność między wypowiedzianymi słowami a mową ciała).

Czynnikiem wyzwalającym dla zaburzeń odżywiania mogą być trudne sytuacje życiowe, takie jak np. choroba lub śmierć bliskiej osoby, kłótnie rodzinne czy stres wywołany sesją egzaminacyjną.

Sam atak bulimiczny może być wynikiem stresu, głodu czy nudy, może również nastąpić o dowolnej porze. Podczas takiego napadu chorzy zjadają w krótkim czasie dużą ilość pokarmu, której wartość kaloryczna oscyluje w granicach 3500–10000 kcal (Kowalczyk, 2008).

Zazwyczaj są to produkty wysokokaloryczne, których osoby będące na diecie się wystrzegają. Przerażający jest fakt utraty kontroli podczas ataku bulimicznego, co ukazuje zarówno ilość, jak i jakość spożywanego jedzenia. Bulimicy podczas napadu są w stanie zjeść nierozmrożone mięso, a także produkty niedogotowane. „Doświadczeni” bulimicy wiedzą, jakie pokarmy mogą przyjąć tak, aby zminimalizować uszkodzenia przewodu pokarmowego. Jako pierwsze spożywają pokarmy o charakterystycznej barwie, aby wiedzieć, w którym momencie należy przestać wymiotować. Z czasem pojawia się u nich odruch wymiotny i nie potrzebują oni dodatkowych bodźców drażniących przełyk. Inną formą kompensacji może być przyjmowanie środków farmakologicznych przeczyszczających i moczopędnych. Osoby cierpiące na bulimię mogą także przyjmować środki

ograniczające łaknienie, a między poszczególnymi napadami żarłoczności stosować głodówki.

Atak bulimiczny jest elementem błędnego koła. Przyjęcie tak ogromnej ilości jedzenia wywołuje przykre uczucie napięcia i wstydu (chorzy mają świadomość choroby i starają się ją ukrywać), doprowadza to także do ciągłego myślenia o jedzeniu. Koncentracja na tym wstydliwym wydarzeniu powoduje lęk przed przytyciem, co w konsekwencji prowadzi do zachowań kompensacyjnych, szczególnie do prowokowania wymiotów, które ponownie stają się niedającym się znieść stresorem, który chory stara się przezwyciężyć.

Bulimia, podobnie jak anoreksja, sieje w niewinnej ofierze pustkę i zniszczenie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Zaburzenie to wpływa na każdy aspekt funkcjonowania jednostki, negatywnie wpływając na wszystko, czego się podejmie.

Choć osoby cierpiące na bulimię z pozoru wyglądają na zdrowe, w środku toczą nieustanną walkę o jedzenie, która tak naprawdę oznacza nieustanną walkę o siebie. Zaburzenia odżywiania są tylko powierzchownym objawem zaburzeń, jakie dotyczą głębszych sfer człowieka. Z przebojowej osoby bulimia jest w stanie uczynić osobę załęknioną i zakompleksioną, jej macki powoli ciągną swoją ofiarę na dno, jednocześnie obniżając diametralnie jej samoocenę. Wszelkie kontakty społeczne wymagają ogromnego wysiłku i przekonywania samego siebie, że ludzie nie widzą we mnie tego potwora, którym jestem i z którym codziennie walczę. Osoby cierpiące na to zaburzenie zdają sobie sprawę ze swojej choroby i z tego, że środki, jakie stosują są niewłaściwe i pewnym sensie sprzeczne z ideą zdrowego życia. Powoduje to jedynie pogłębiającą się niechęć do siebie samego i swojego ciała.

Bulimia nerwowa jest zaburzeniem wysoce absorbującym osobę chorą, dlatego przede wszystkim wywiera ogromny wpływ na sytuację szkolną czy zawodową. Bulimicy najczęściej nie są w stanie uczestniczyć w tych dziedzinach życia na poziomie przynajmniej satysfakcjonującym, bywają jednak przypadki, gdy realizują się na tym polu kosztem innych obszarów. Jakość życia towarzyskiego w przypadku tego zaburzenia jest bardzo niska. Osoby chore zwykle cierpią w samotności, zmagają się ze swoim poczuciem wstydu czy winy, odizolowują się w sposób bardziej lub mniej świadomy (Cooper, Todd, 2005).

Bardzo dokładnego rozróżnienia następstw i powikłań bulimii dokonuje Kowalczyk (2008). Do zaburzeń występujących w przebiegu, czy też jako następstwo bulimii, zalicza zaburzenia fizyczne, psychiczne i społeczne. Do zaburzeń fizycznych, najbardziej złożonych i najliczniejszych kwalifikuje: opuchliznę twarzy i policzków, obrzęk gruczołów ślinowych, zatrzymanie płynów w organizmie, odwodnienie i zaburzenia gospodarki elektrolitowej, arytmie pracy serca, zaburzenia jelitowe, bóle brzucha, wzdęcia i zaparcia, zaburzenia miesiączkowania, blizny na

grzbietach dłoni, rany na przełyku, niski poziom cukru we krwi, osłabienie, ospałość, uczucie zmęczenia, zaburzenia w pracy nerek, bóle i zawroty głowy, omdlenia, ubytki w uzębieniu, trudności z utrzymaniem przez dłuższy czas pokarmu w żołądku.

Do mniej licznych zaburzeń psychicznych zalicza: niepokój, napięcie, wahania nastroju, drażliwość, nieustanne poczucie winy, zachowania obsesyjne, zwłaszcza w odniesieniu do jedzenia i ciężaru ciała, tendencje do uszkodzania własnego ciała, niską samoocenę, depresję, myśli samobójcze, trudności w określaniu własnej tożsamości, uczucie wewnętrznej pustki.

Bulimia może także doprowadzić do problemów natury społecznej. Zdaniem autorki chorzy najczęściej zmagają się z: konfliktami z prawem na skutek kradzieży pieniędzy i jedzenia, problemami finansowymi, niemożnością kontynuowania pracy lub nauki, unikaniem kontaktów i spotkań towarzyskich, kłótniami rodzinnymi, trudnościami w kontaktach z rówieśnikami.

Nie wolno zapominać, że bulimia jest zaburzeniem odżywiania, które może prowadzić do śmierci – co jest najstraszniejszą konsekwencją tej choroby i swego rodzaju cyrografem podpisanym z samym sobą.

W ramach konstrukcji kwestionariusza jako kryteria badawcze przyjęto propozycję zmian w ramach konstrukcji DSM-V (2012). W stosunku do DSM-IV (1994) odnotowano dwie zmiany o istotnym charakterze. Pierwszą z nich jest zredukowanie częstotliwości występowania napadów oraz zachowania kompensacyjnego z przynajmniej dwukrotnego w ciągu tygodnia do jednorazowego zachowania tygodniowo (Wilson, Sysko, 2009). Drugą zmianą, która wpłynęła na całą konstrukcję testu, jest zlikwidowanie różnicowania zaburzenia na podtypy. W DSM-IV wyróżnione zostały podtypy: przeczyszczające oraz nieprzeczyszczające (DSM-IV, 1994), jednak na podstawie przeglądu literatury (van Hoeken, Veling, Sinke, Mitchell, Hoek, 2009) wykazano, że uwaga poświęcana typowi nieprzeczyszczającemu jest znikoma, a osobom chorym na ten podtyp bulimii jest bliżej innemu zaburzeniu z tej grupy – napadom kompulsywnego objadania (*Binge Eating Disorder*). Wspomniana likwidacja różnicowania zaburzenia na podtypy według DSM-V zaowocowała jednoczynnikową strukturą kwestionariusza; mierzony konstrukt zarówno teoretycznie, jak statystycznie cechował się wysoką homogenicznością.

Występowanie wymiotów jako kryterium patognomoniczne nie zostało uwzględnione ze względu na współwystępowanie z wieloma chorobami zakaźnymi. Nagły początek, charakterystyczny przebieg i obecność objawów dodatkowych upraszczają diagnozę różnicową (Zalewski, 1985), aczkolwiek ze względu na troskę o komfort psychiczny osób badanych nie zastosowano pytań ingerujących w tę sferę, a skupiono się na rozszerzonym spektrum objawów bulimii, koncentrując się na psychogennym

aspekcie, co dało możliwość różnicowania z wielorakimi chorobami przewodu pokarmowego.

Rozważając nad tym wybitnie skomplikowanym konstruktem, jakim z całą pewnością jest bulimia, nie sposób pominąć etiologię o podłożu osobowościowym. Głównymi predysponującymi cechami do zachowań bulimicznych są cechy obrazu klinicznego spójnego z osobowością chwiejną emocjonalnie typu *borderline*. Zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób psychicznych ICD-10 (2000), cechami dystynktywnymi osobowości *borderline* jest impulsywność, chwiejność emocjonalna, brak spójnego *self* oraz działania autoagresywne, w skład których wchodzi zaburzenia z grupy odżywiania. Otto Kernberg (1989) z kolei kładzie nacisk na stosowane mechanizmy obronne, takie jak rozszczepienie, zaprzeczenie, idealizacja, dewaluacja, wszechmocna kontrola oraz identyfikacja. Każdy z nich odgrywa kluczową rolę w postrzeganiu rzeczywistości przez pacjenta, i tak stosując rozszczepienie, dychotomizuje percypowany świat na to, co absolutnie dobre i złe, które pomimo wzajemnie wykluczającego się charakteru funkcjonują równolegle, co jest znamionną cechą zaburzeń odżywiania. Ujmowanie świata jako białego bądź czarnego jest częstą przyczyną stłumionych konfliktów stopniowo i w sposób nieświadomy narastających i tak bardzo decydujących o jakości życia osoby chorej. Adler (1979), reprezentujący model deficytu w ujmowaniu osobowości z pogranicza, jako dominujący defekt wyłuszcza nieumiejętność samouspokojenia, która jest konsekwencją niezdolności do przywołania obrazu pomocnego, opiekuńczego lub przynoszącego ukojenie opiekuna. Trudność ta w życiu dorosłym objawia się narastającym do obsesyjnych rozmiarów lękiem przed porzuceniem (Goldstein, 2003). Konkludując, cechy osobowości wśród pacjentów z pogranicza predysponują, aczkolwiek nie są jasnym predyktorem, do współwystępowania zaburzeń odżywiania w postaci bulimii psychicznej (Pawłowska, 2011).

METODA

W badaniu mającym na celu skonstruowanie kwestionariusza umożliwiającego wczesną diagnozę bulimii wzięło udział 180 osób dorosłych, uczących się aktualnie na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Studenci reprezentowali wszystkie wydziały uczelni, a sposób ich doboru był losowy – jedynym kryterium różnicującym była płeć – ogólnie podzielono grupę badawczą na dychotomiczne płciowo równoliczne grupy. Pytania wywodziły się z zakładanego konstrukt bulimii według kryteriów diagnostycznych DSM-V, zakładającego jednoczynnikowy charakter zaburzenia. Posługując się metodą walidacji krzyżowej wyodrębniono losowo 60

osób, na podstawie ich wyników których, za pomocą metody analizy czynnikowej, wydzielono ostateczny zestaw pytań poddany dalszej analizie.

Do ostatecznej analizy zostało poddane 17 pytań spełniające zakładane kryteria. Aby upewnić się o homogeniczności testu oraz wyodrębnienia liczby czynników konstruktów, zastosowano wykres osypiska. Zgodnie z zakładaną teorią na podstawie wykresu wyodrębniono jeden dominujący czynnik, dalej interpretowany jako zachowania predysponujące do zachorowania na bulimię. Metoda wykresu osypiska utwierdziła nas w przekonaniu o homogeniczności mierzonego konstruktów, a zatem umożliwiła analizę rzetelności metodą alfa Cronbacha, która wyniosła $C = 0,714$. Oznacza to, iż skonstruowany przez nas kwestionariusz w wysokim poziomie mierzy założony przez autorów konstrukt – bulimię. By ocenić, czy robi to trafnie, zastosowaliśmy metodę zgodności sędziów kompetentnych, którymi było 14 studentów IV i V roku psychologii UMCS. Wszystkim sędziom zostały zaprezentowane kryteria diagnostyczne według DSM-V, a następnie poproszono o ocenę trafności pytań w stosunku do teorii. Na podstawie analizy współczynnika CVR, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$, wszystkie pytania spełniły warunek istotności, a więc uniwersum mierzonej cechy zostało trafnie określone. 16 z 17 pytań istotnie na poziomie $p < 0,01$ koreluje z wynikiem ogólnym testu, a więc skonstruowany kwestionariusz jest wysoce spójny wewnątrznie. Przyjmując wielowymiarowy model etiologii patologii, sprawdzono korelację pomiędzy BMI osób badanych a ich wynikiem ogólnym. Korelacja ta jest istotna na poziomie 95%, aczkolwiek jest to korelacja słaba, a zależność prawie nic nieznacząca. Oznacza to, iż BMI w niewielkim stopniu wyjaśnia stopień zagrożenia bulimią wśród populacji studentów UMCS, co potwierdza założenia teoretyczne o względnie przeciętnej wadze osób cierpiących z powodu bulimii.

Otrzymany rozkład wyników surowych nie jest rozkładem normalnym, dlatego zdecydowano się na normalizację rozkładu za pomocą transformacji nieliniowej. Normy liczone oddzielnie dla kobiet i mężczyzn. Po przeprowadzonej transformacji nieliniowej odczytano wartości z z tablic dystrybucyj rozkładu normalnego, by przeliczyć je drogą transformacji liniowej na wyniki skali standardowej – stenowej. Maksymalną liczbą punktów surowych do uzyskania była liczba 34, natomiast by uzyskać sten 10 wśród mężczyzn wystarczyło 19 pkt, a wśród kobiet 17. Tak szeroki przedział punktowy dla maksymalnej wartości jest kluczowy przy jakościowej interpretacji wyników, na jego podstawie można zakładać rozwój choroby w percypowanej rzeczywistości osoby badanej.

DYSKUSJA

Kwestionariusz ED-BN jest użytecznym narzędziem profilaktycznym, w sposób skuteczny przesiewa osoby z wyraźnym obrazem choroby, osoby bez predyspozycji do zaburzeń oraz co najistotniejsze osoby, wśród których tendencje są wyraźne, aczkolwiek nie są w pełni realizowane, to właśnie wśród tych osób stojących na rozdrożu są jednostki najbardziej podatne na pomoc psychologiczną, która może zapobiec katastrofalnym skutkom zaburzenia, zanim osiągnie pełnię swojego obrazu klinicznego. Jakkolwiek badanie kwestionariuszowe powinno być dopiero pierwszym krokiem uruchamiającym długotrwały proces pomocy. Tylko zorganizowanie odpowiednich struktur specjalizujących się w udzielaniu wsparcia może przynieść wymierne rezultaty.

Badania profilaktyczne dotyczące zaburzeń odżywiania są znikome, nie istnieje żaden program wczesnej diagnostyki umożliwiający udzielenie fachowej pomocy w kluczowym dla jednostki momencie, który dla otaczającego społeczeństwa ma zwykle efemeryczny charakter, a właśnie poprzez ciągłe bagatelizowanie tudzież rygorystyczne zwiększanie wymagań otwiera bramy zaburzeniom. Choroby z grupy zaburzeń odżywiania mają swój wyjątkowo skomplikowany charakter, ale nawet przyjmując wielowymiarowy model etiologii patologii, można wyróżnić cechy dystynktywne pojawiające się w ontogenetycznym rozwoju choroby najwcześniej, stopniowo nadbudowując swoje struktury i zniekształcając już istniejące mechanizmy. We wczesnej prewencji niezmiernie istotne jest wykazanie różnicowania percepcji osoby bulimicznej i anorektycznej przez osoby z jej najbliższego kręgu, jeśli anoreksja uwydatnia swoje objawy w sposób spektakularny w pejoratywnym tego słowa znaczeniu, tak bulimia ma charakter wysoce podstępny, w milczeniu dokonując degradacji życia osoby chorej, poczynając od emocjonalno-społecznej izolacji, a kończąc na dewaluacji środowiska fizycznie i psychicznie wewnętrznego.

Głównym celem przyświecającym nam jako konstruktorom, było, po zanalizowaniu podstępnego przebiegu choroby, opracowanie skutecznej metody przeciwdziałania jej dramatycznym skutkom. Literatura przedmiotu niejako milczy na temat występowania zaburzeń odżywiania wśród mężczyzn, zdawkowo prezentując wyniki badań. Tak naturalnie i mocno wpojona jest w naszych umysłach zależność pomiędzy zaburzeniami odżywiania a kobietami, że grupa mężczyzn jest narażona na szczególne niebezpieczeństwo, albowiem postawienie diagnozy bulimii mężczyźnie wymaga złamania przez lata aktualnego skryptu poznawczego. Dynamizm współczesnego świata niejednokrotnie podkreślał, że to, co wczoraj było snem, w dniu dzisiejszym staje się rzeczywistością. Zgodnie z tym założeniem postanowiono objąć badaniami również grupę mężczyzn, co jak się okazało było wyjątkowo trafnym posunięciem,

gdyż zaburzenia odżywiania występowały z większym procentowo natężeniem wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Możliwe przyczyny takiego stanu są bezliczne, w przeciwieństwie do możliwych działań, których po prostu brakuje. Istotnym problemem stała się dla nas sytuacja podjęcia dalszych działań w celu umożliwienia uzyskania pomocy nie tylko osobom wyodrębnionym w badaniu, ale bacząc na skalę zjawiska, również domniemanym z całej populacji studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Jakkolwiek pomimo psychometrycznej precyzji i teoretycznego wsparcia nie traktujemy kwestionariusza jedynie jako narzędzia stygmatyzującego, ale jako pomoc umożliwiającą wniknięcie w subiektywne struktury rzeczywistości jednostki, ukierunkowujące na udzielenie konkretnego wsparcia. Narzędzie poza ilościową analizą umożliwia również jakościową interpretację w przypadku wysokich wyników, pozwala wstępnie określić sprawnemu klinicyście stopień zaawansowania zmian chorobowych w strukturach psychicznych osoby chorej.

Przyszłe działania są ukierunkowane na dogłębną analizę problemu poprzez przeprowadzenie badania na większej próbie studentów UMCS. Działanie to jest możliwe dzięki zrozumieniu i wsparciu Rektora UMCS prof. S. Michałowskiego, który w trosce o zdrowie studentów propaguje badania profilaktyczne, oraz dzięki nieocenionej pomocy merytorycznej kierownika Zakładu Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii UMCS prof. A. Herzyk. Liczymy, że dzięki temu poparciu uda nam się stworzyć nowy, bezpieczniejszy świat, w którym przeciwdziałanie w kulminacyjnym momencie choroby, dającym dobre rokowania na przyszłość, pozwoli powrócić do pełni zdrowia wszystkim potrzebującym. Liczymy też, że owocne wyniki przyszłych badań zainspirują do wdrażania programów profilaktycznych w jak największej liczbie placówek. Warto zapamiętać, że zmieniając bieg wydarzeń w życiu konkretnej osoby, zmieniamy jej wewnętrzny świat, otwierając enigmatyczne okno wolności, mamy sposobność zmienienia świata zewnętrznego, a więc ogólnego dobra ludzkiego. Ratując człowieka, ratujemy ludzkość.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, G. (1979). Aloneness and borderline psychopathology. The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 83–96.
- Albert, K. (1991). *O platońskim pojęciu filozofii*. Warszawa: Instytut Socjologii i Filozofii Polskiej Akademii Nauk.
- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistic Manual, Fourth Edition*. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association, (2012, 15 kwietnia). *Diagnostic and Statistic Manual, Fifth Edition*. Pobrane z: www.dsm5.org.

- Cooper, M., Todd, G., Wells, A. (2005). *Bulimia. Program terapii*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Etcoff, N. (2000). *Przetrwają najpiękniejsi*. Warszawa: Wydawnictwo CiS, Wydawnictwo W.A.B.
- Gadamer, H.-G. (2002). *Idea dobra w dyskusji między Platonem i Arystotelesem*. Kęty: Wydawnictwo Antyk.
- Goldstein, E. (2003). *Zaburzenia z pogranicza. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: GWP.
- Van Hoeken, D., Velting, W., Sinke, S., Mitchell, J. E., Hoek H. W. (2009). The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 595–602.
- Józefik, B. (1999). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik, B. (2006). *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kernberg, O. F. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Kowalczyk, M. (2008). *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej*. Kraków: Wyd. Impuls.
- Mroczkowska, D., Ziółkowska, B. (2011). *Bulimia od A do Z. Kompendium wiedzy dla rodziców, nauczycieli i wychowawców*. Warszawa: Difin.
- Pawłowska, B. (2011). *Zaburzenia osobowości pacjentek z anoreksją i bulimią psychiczną*. Referat wygłoszony na ogólnopolskiej konferencji naukowej „Oko w oko z osobowością”, Lublin.
- Pużyński, S. (red.). (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków–Warszawa: Wydawnictwo Vesalius.
- Reale, G. (2005). *Historia filozofii starożytnej*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Słownik języka polskiego PWN* (2011). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wilson, G. T., Sysko, R. (2009). Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 603–610.
- Wolf, N. (1991). *The beauty myth*. London: Random House.
- Zalewski, T. (red.). (1985). *Choroby przewodu pokarmowego u dzieci*. Warszawa: PZWL.

ED–BN

Informacje o osobie badanej:

Kod Płeć: K M

Wykształcenie:

Waga: Wzrost: Wiek:

Miejsce zamieszkania:

Badający: Data badania:

Proszę ustosunkować się do kolejnych pozycji poprzez otoczenie kółkiem jednej z cyfr od 1 do 5:

Zakreśl 1. gdy się ZDECYDOWANIE NIE ZGADZASZ

Zakreśl 2. gdy się RACZEJ NIE ZGADZASZ

Zakreśl 3. gdy NIE MASZ ZDANIA

Zakreśl 4. gdy się RACZEJ ZGADZASZ

Zakreśl 5. gdy się ZDECYDOWANIE ZGADZASZ

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

W razie zmienienia zdania proszę starą odpowiedź przekreślić w sposób, który jest ukazany na obrazku. Nie ma tu odpowiedzi dobrych i złych. Kwestionariusz jest anonimowy i skonstruowany wyłącznie w celach profilaktycznych, dlatego prosimy o szczere odpowiedzi.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

1.	Będąc w sklepie spożywczym, kupuję tylko to, co potrzebuję, nie ulegam magii chwili	1 2 3 4 5
2.	Gdy zaczynam jeść, zjadam o wiele więcej i szybciej, niż się spodziewałem	1 2 3 4 5
3.	Myszę, że inni ludzie akceptują mnie, pomimo wyglądu	1 2 3 4 5
4.	Kiedy patrzę w lustro, podobam się sobie	1 2 3 4 5
5.	Moim zdaniem, piękno nie jest najważniejsze, są cenniejsze wartości	1 2 3 4 5
6.	Dbanie o formę jest dobre, ale nie jest warunkiem akceptacji wśród rówieśników	1 2 3 4 5
7.	Nie tracę kontroli nad tym, co i ile jem	1 2 3 4 5
8.	Zdarza mi się jeść tylko po to, by poprawić sobie humor	1 2 3 4 5
9.	Jestem w stanie dużo poświęcić, by stracić na wadze lub nie przytyć	1 2 3 4 5
10.	Myśli o jedzeniu nie zabierają mi wiele czasu	1 2 3 4 5
11.	Staram się unikać owoców cytrusowych	1 2 3 4 5
12.	Przed posiłkiem dobrze jest spożyć pokarm o charakterystycznej i łatwej do rozpoznania barwie	1 2 3 4 5
13.	Miewam uczucie powracającego do przełyku pokarmu po jedzeniu	1 2 3 4 5
14.	Przygotowując posiłek, gotuję więcej niż jestem w stanie zjeść	1 2 3 4 5
15.	Wiem, kiedy jestem najedzony	1 2 3 4 5
16.	Moja samoocena nie zależy ani od tego, jak wyglądam, ani ile ważę	1 2 3 4 5
17.	Gdy nieco przytyję, mam ogromną potrzebę pozbycia się dodatkowych kilogramów	1 2 3 4 5

EWA KARABANOWICZ

ewa.karabanowicz@gmail.com

Uniwersytet Gdański

ZDOLNOŚĆ PRZETWARZANIA TREŚCI METAFORYCZNYCH U CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ PARANOIDALNĄ I OSÓB Z ZABURZENIAMI NERWICOWYMI

RECENZJA

Recenzent: dr hab. Krzysztof Jodzio, prof. UG

Zdecydowanie opowiadam się za publikacją niniejszego artykułu. Opinię uzasadnia oryginalność przeprowadzonych badań, ich walory diagnostyczno-praktyczne, jak również próba podjęcia bardziej ogólnej refleksji nad rolą umysłowego przetwarzania treści figuratywnych.

Przedłożony do recenzji artykuł poświęcono złożonemu i diagnostycznie trudnemu zagadnieniu, jakim niewątpliwie jest (pato)mechanizm rozumienia znaczeń przenośnych przez osoby cierpiące na poważne zaburzenia myślenia w przebiegu nieuleczalnej psychozy. Za taką właśnie od dawna uchodzi schizofrenia.

Trudno nie zgodzić się z Autorką, która na wstępie stwierdza, iż „metafory stanowią bardzo ważny aspekt ludzkiej komunikacji”. Dalsza lektura artykułu jednoznacznie przekonuje, że E. Karabanowicz jest świadoma wieloaspektowej charakterystyki metafor, która umożliwia rozpatrywanie zdolności przetwarzania znaczeń figuratywnych w ścisłym związku z różnymi procesami psychicznymi. Ponadto Pani Karabanowicz umiejętnie porusza się w obszarze psychopatologii, wykazując się znajomością zarówno tych bardziej klasycznych, jak i współczesnych modeli zaburzeń psychotycznych. Umiejętnie przy tym łączy wątki czysto kliniczne z nieco ogólniejszą refleksją teoretyczną nad rolą metafory w poznaniu, wybierając za przykład zaburzenia myślenia figuratywnego na materiale przysłów. Autorka przygotowała tekst starannie, zadbała o właściwe proporcje poszczególnych części własnego wywodu i opisu uzyskanych danych empirycznych. Badaniem objęto stosunkowo pokaźną, bo 70-osobową grupę osób, w tym 30 chorych na schizofrenię paranoidalną oraz dwie grupy kontrolne, utworzone przez pacjentów nerwicowych i osoby zdrowe. Decyzję o przebadaniu grupy chorych na schizofrenię paranoidalną oceniam jako bardzo trafną, zważywszy na powszechnie znany fakt, iż zespół ten charakteryzuje się przede wszystkim występowaniem omamów i urojeń, a więc objawów nieoobojętnych dla ogólnej sprawności myślenia, abstrahowania, dostrzegania analogii i wyczuwania kontekstu wypowiedzi o znaczeniu niejednoznacznym bądź ukrytym (*implicite*). Kolejnym walorem zrealizowanych badań jest użycie *Baterii testów do badania funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu* w opracowaniu Łojek (2007). Narzędzie to spełnia współczesne wymogi psychometryczne, poza tym jest przykładem nowoczesnej baterii składającej się z kilku podtestów. Konstrukcja taka stwarza diagnostycznie cenną możliwość prześledzenia całego profilu, czyli ogólnego wzorca wyników jako podstawy drobiazgowej analizy różnicowej. Szczególnie interesujące są interakcje niektórych wyników testowych, których diagnostyczna przydatność, dzięki przedłożonym do recenzji badaniom, nie budzi wątpliwości i zasługuje na uwagę przynajmniej klinicystów. Autorka zadbała o graficzną

ilustrację wykrytych zależności, opatrzyła je również trafnym komentarzem. Jak sama podkreśla, chorzy na schizofrenię mają nadmierną tendencję do pochopnej i nietrafnej generalizacji znaczeniowej z jednoczesnym pomijaniem wpływu kontekstu. Dla porównania, pacjenci z nerwicą wypadają w badaniach testowych lepiej, tym niemniej ich wyniki trudno uznać za całkowicie prawidłowe. Przez to dane empiryczne uzyskane przez Autorkę uzasadniają celowość kontynuowania badań nad przydatnością zadań interpretacji znaczenia metafor w diagnostyce klinicznej, zwłaszcza tej prowadzonej pod kątem analiz nozologiczno-różnicowych na wymiarze psychoza–nerwica–zdrowie psychiczne. Warto na koniec dodać, iż formalna strona tekstu, w tym układ poszczególnych treści, dobór literatury oraz zagadnień szczegółowych, jak również proporcja ich objętości, zasługuje na pozytywną ocenę.

Schizofrenia powoduje wiele zmian w funkcjonowaniu psychicznym, emocjonalnym i społecznym u osób na nią cierpiących. Wśród objawów można wyróżnić nie tylko omamy, urojenia, brak wglądu, wahania nastroju, wycofanie społeczne, ale także zaburzenia myślenia i funkcji językowych, z czym wiąże się trudność z przetwarzaniem treści figuratywnych.

Celem badania było przedstawienie zdolności rozumienia wyrażen metaforycznych u osób cierpiących na schizofrenię paranoidalną. Została również poruszona kwestia umiejętności przetwarzania metafor u osób zdrowych oraz dotkniętych zaburzeniami nerwicowymi dla porównania i wyodrębnienia specyficznych zaburzeń różnicujących schizofrenię z nerwicą.

W badaniu wzięło udział 30 osób ze schizofrenią paranoidalną, 20 osób z zaburzeniami nerwicowymi oraz 20 osób zdrowych. Wykorzystano *Test matrycy Ravena* oraz cztery podtesty z baterii testów do badania funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu RHLB-PL (*Test metafor rysunkowych i Test metafor pisanych, Test wyjaśnień metafor rysunkowych i Test wyjaśnień metafor pisanych*).

Wyniki badań wykazały trudności z przetwarzaniem treści metaforycznych osób ze schizofrenią oraz występujące różnice w zakresie rozumienia treści figuratywnych w przypadku badanych grup. Osoby z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej osiągnęły najgorsze wyniki w stosunku do reszty badanych. W przypadku osób zdrowych nie zaobserwowano problemów związanych z przetwarzaniem treści metaforycznych.

Słowa kluczowe: przetwarzanie metafor, schizofrenia, zaburzenia nerwicowe

Metafory stanowią bardzo ważny aspekt ludzkiej komunikacji. Są formą języka mającą na celu przekazanie informacji w sensie niedosłownym, za pomocą znanych symboli słownych. Podstawą znaczenia metaforycznego jest stosowanie języka w przenośnym znaczeniu oraz dostrzeganie podobieństw między wrażeniami wzrokowymi, słuchowymi, kinestetycznymi oraz dotykowymi. Odbierane bodźce ze świata zewnętrznego są następnie komunikowane za pomocą znanych terminów, które tworzą znaczenie metaforyczne (Biela, 1981).

Rozumieniem znaczeń, przetwarzaniem zdań oraz funkcją procesów psychicznych odpowiedzialnych za przyswajanie i używanie języka zajmuje się psycholingwistyka. Należy najpierw określić strukturę syntaktyczną, aby zrozumieć pewne wyrażenia, sentencje. Można wyróżnić strukturę powierzchniową oraz głęboką. Pierwsza z nich dotyczy słów, które są kierowane do innych ludzi bądź słów odbieranych od otoczenia, mających na celu przekazanie odpowiedniego znaczenia wypowiedzi. Natomiast jednostka, do której odnosi się wyrażenie, musi rozszyfrować tę strukturę, aby zrozumieć nadany sens, czyli strukturę głęboką. Rozróżnienie owych struktur ma istotne znaczenie w procesie przetwarzania zdań, gdyż informuje o dwóch etapach analizy informacji przez jednostkę. Dopiero na poziomie struktury głębokiej istnieje możliwość wydobycia sensu zdania. W przypadku zdań złożonych dokonuje się trzech operacji. Na początku odbiera oraz analizuje się pierwsze zdanie, przechowując je w pamięci, potem drugie (wykonując te same operacje). Następnie integrowane są znaczenia obu zapamiętanych wyrażań (Gleason, Ratner, 2005).

Przetwarzanie zdań ma na celu wyłonienie relacji semantycznej między słowami oraz utworzenie tzw. reprezentacji ideacyjnej, która polega na zaobserwowaniu związku pomiędzy opisywanymi przedmiotami, zdarzeniami. Badania potwierdzają, że zazwyczaj osoby zapamiętują sens wypowiedzi, porzucając strukturę powierzchniową. W przetwarzaniu treści figuratywnych wyróżnia się trzy fazy tego procesu. Najpierw analizowane jest znaczenie dosłowne sentencji, po czym odwołuje się do kontekstu. Jeśli nie pasuje do okoliczności danej sytuacji, zostaje odrzucone i poszukuje się znaczenia metaforycznego. Opisana teoria wskazuje na wtórne rozumienie języka figuratywnego. Istnieją jednak badania wskazujące, że rozumienie przenośni może odbywać się równie szybko, jak pojmowanie treści dosłownych (Gleason, Ratner, 2005).

Zdolność rozumienia treści metaforycznych wiąże się z pojmowaniem kontekstu językowego. Język służy jako narzędzie do komunikacji interpersonalnej. Stanowi system znaków i zasad ich wykorzystania w mowie. Metafory są istotnym składnikiem kompetencji językowej (Kurcz, 2000). Chomsky (1965), twórca powyższego pojęcia, opisuje ją jako pewną wiedzę umysłową, posługującą się systemem symboli. Natomiast tzw. realizacja językowa dotyczy aktów zastosowania zasobu wiedzy.

Zdanie zawiera składnik syntaktyczny, semantyczny oraz fonologiczny (Kurcz, 2000), dlatego istotne jest określenie struktury gramatycznej, interpretacja tekstu oraz rozpoznanie słów i dźwięków. Dopiero po zidentyfikowaniu powyższych elementów, można zrozumieć całą wypowiedź. Szczególną rolę w przypadku wyrażen metaforycznych odgrywa dziedzina językoznawstwa zwana semantyką, która zajmuje się badaniem relacji między określonymi słowami w zdaniu oraz ich znaczeniem. Niektóre wyrazy mają wiele znaczeń, dzięki czemu tworzone są różnego rodzaju zagadki, dowcipy (Gleason, Ratner, 2005). Czytając metafory, ludzie doświadczają semantycznego dysonansu bądź tzw. metaforycznego napięcia, które zazwyczaj nie pojawia się w przypadku dosłownych znaczeń. Napięcie jest szczególnie intensywne w przypadku, gdy określona metafora nie jest znana, co niekoniecznie wskazuje na odmienną formę procesu jej przetwarzania (Alonso-Quecuty, de Vega, 1991).

Kompetencja językowa rozumiana jako umiejętność używania języka odwołuje się także do gramatyki, której podstawę stanowi składnia. Można w niej wyróżnić regułę frazową (realizującą strukturę głęboką sentencji) oraz transformacyjną (tworzącą strukturę powierzchniową). Struktura głęboka wiąże się często z domyślnym sensem określonego zdania. Według Chomsky'ego (1965) jest strukturą syntaktyczną, w której element semantyczny nadaje właściwe znaczenie. Natomiast struktura powierzchniowa związana jest ze składnikiem fonologicznym, dzięki któremu sentencja nabiera odpowiedniej formy fonicznej (Kurcz, 2000).

Przedstawiciele wielu dyscyplin naukowych od lat zajmują się badaniem procesu rozumienia wyrażen figuratywnych. Zdolność posługiwania się metaforami „wymaga nie tylko zdolności rozumienia warstwy językowej, wycucia metaforyczności tej klasy tekstów i znajomości reguł pragmatycznych, ale także prawidłowego współdziałania mechanizmów poznawczych, m.in. reguł abstrahowania, wnioskowania” (Ulatowska, Sadowska, Kądziaława, Kordys, 2000, s. 191). Lakoff i Johnson (1988) podkreślają, że metaforyczny jest system pojęć, którymi posługujemy się na co dzień, aby działać i myśleć. Kieruje naszym postępowaniem, nadaje kształt rzeczom, sytuacjom, które spostrzegamy, przez co wpływa na postawy ludzkie, stosunek do innych. Doświadczanie oraz rozumienie określonych zjawisk w terminach innych zjawisk stanowi jedną z funkcji metafory, co oznacza, że dane pojęcie, czynność i język dzięki niej się kształtują. Autorzy podkreślają, że metafory są ściśle związane z procesem myślenia, nie stanowią jedynie właściwości języka.

Przetwarzanie treści metaforycznych wiąże się z umiejętnością dostrzegania analogii pomiędzy zróżnicowanymi zjawiskami oraz zdolnością wychodzenia poza literalny sens danej wypowiedzi (Bryan, 2007). W psycholingwistyce analogia to m.in. umiejętność rozumienia znaczeń językowych w danym kontekście. Wymaga posiadania pewnej wiedzy ogólnej o rzeczywistości, do której dane wyrażenie się

odnosi. Szczególnie u małych dzieci rozumienie metafor odbywa się na podstawie wnioskowania przez analogię. Często tłumaczą sobie przenośnie w oparciu o zdobyte doświadczenie w podobnych okolicznościach. Są w stanie zrozumieć daną wypowiedź, stwierdzenie o charakterze figuratywnym, jeśli przeanalizują sytuację z przeszłości, w której się znalazły, na podstawie podobieństwa do podanego wyrażenia (Biela, 1981).

Cennym źródłem informacji na temat umiejętności rozumienia wyrażen figuratywnych są badania Jodzio, Gąseckiego oraz Nyki (2001), które wykazały większą trudność w przetwarzaniu treści metaforycznych u osób z uszkodzoną lewą półkulą w porównaniu do chorych z uszkodzoną prawą półkulą. Z kolei Łojek (2007) twierdzi, że problem z przetwarzaniem treści figuratywnych mają osoby z uszkodzoną prawą półkulą mózgu. Zazwyczaj odbierają dany tekst zawierający metaforę w sposób literalny. Popołniają znaczną ilość błędów w przypadku testów wymagających abstrakcyjnego myślenia. Nie potrafią także zrozumieć intencji osób ukazanych w określonej metaforze.

W przypadku schizofrenii pacjenci dostrzegają związki przyczynowe między niemającymi ze sobą nic wspólnego przedmiotami. Wykazują skłonność do schematyzacji. Zwracają uwagę na szczegóły, jednak mają trudność ze zrozumieniem i wyrażaniem struktury całości. Może to świadczyć o problemie osób chorych na schizofrenię z przetwarzaniem treści figuratywnych. Wielu lekarzy podkreśla występowanie symbolicznego myślenia u chorych. Nieznacznym sytuacjom, zdarzeniom nadają określony sens. Często symbolika współwystępuje z myśleniem konkretnym (np. pacjent na polecenie psychiatry, aby podał rękę, twierdził, że jeśli to robi, sam bez niej zostanie). Widoczne jest również rozkojarzenie myślenia (Zeigarnik, 1969). Chorzy na schizofrenię często nie rozumieją wypowiedzi innych osób, podobnie jak inni ludzie nie są w stanie zrozumieć przekazu osób z psychozą. Stwierdza się ubóstwo mowy oraz treści. Zdania nie zawierają dostatecznej ilości informacji. Jednostka posługuje się dziwnym językiem, który bardzo często staje się abstrakcyjny. Zauważany jest także natłok mowy oraz tendencja do zbaczania z kluczowego wątku. Badania psycholingwistyczne dotyczące zaburzeń językowych w schizofrenii pokazują, że wypowiedzi osób chorych pod względem semantycznym są bardzo ubogie, często nie zawierają przymiotników, natomiast dopełnienia wypowiedzi umieszczone są zazwyczaj na końcu sentencji (Czernikiewicz, 1998).

Zeigarnik (1969) prowadziła badania nad zaburzeniami myślenia, szczególnie nad obniżeniem procesu uogólniania i jego wypaczeniem u osób ze schizofrenią, padaczką, oligofrenią, urazami mózgu. Myślenie wyraża się poprzez umiejętność przyswajania oraz wykorzystania informacji, a także zastosowania różnych form operacji umysłowych, przy czym proces przyswajania rozumie się jako zdolność generalizacji, syntezy i abstrahowania. Pozwala w pełni na poznanie rzeczywistości.

Obniżenie stopnia uogólnienia przejawia się w przewadze bezpośredniego przedstawienia zjawisk, nieumiejętności klasyfikacji, powiązania ze sobą rzeczy podobnych. Natomiast wypaczenie oznacza nadmierną generalizację, nieadekwatne dopasowanie, przypadkowe skojarzenia w stosunku do prezentowanego ćwiczenia.

Wyniki badań pokazały, że osoby ze schizofrenią nie miały obniżonego poziomu uogólnienia, wręcz przeciwnie, zanadto generalizowały. W przypadku klasyfikacji brały pod uwagę cechy bardzo ogólne, nieodpowiednie do istniejących związków między przedstawionymi rzeczami, co wskazuje na beztreściowy sposób wykonywania ćwiczenia. Spośród wszystkich grup badanych popełniły najwięcej błędów formalnych w zadaniu dotyczącym klasyfikacji. Chorzy bardzo często udzielali nieadekwatnych odpowiedzi. Nie wnikali w konkretną treść, ale interpretowali ją na bardzo ogólnym poziomie, co pojawiło się również w przypadku wyjaśniania przysłów. Pomimo że jednostka rozumiała treść, jej wypowiedzi nie odzwierciedlały dokładnego znaczenia metafory. Nie potrafiły wyhamować przypadkowych skojarzeń i rozważały na temat danej sentencji w sposób absurdalny. W przypadku testów zawierających przenośnie i przysłowia, zazwyczaj wybierali poprawną odpowiedź, natomiast swój wybór nieodpowiednio uzasadniały, co powodowało, że zadania nie można było zaliczyć (Zeigarnik, 1969).

Celem pracy jest ukazanie zdolności przetwarzania treści metaforycznych u pacjentów chorych na schizofrenię paranoidalną w porównaniu do osób dotkniętych zaburzeniami nerwicowymi oraz osób zdrowych, nieposiadających żadnej diagnozy. Badania przeprowadzono z zamiarem przedstawienia specyficznych trudności różnicujących schizofrenię z nerwicą.

W przedstawionej pracy skupiono się wokół następujących problemów badawczych: (1) Czy u osób chorych na schizofrenię paranoidalną obserwuje się zaburzenia przetwarzania treści metaforycznych? (2) Czy osoby z zaburzeniami nerwicowymi mają większe trudności z rozumieniem metafor niż osoby zdrowe? (3) Jakiego typu różnice w rozumieniu treści metaforycznych obserwuje się u chorych na schizofrenię paranoidalną, zaburzenia nerwicowe i u osób zdrowych?

METODA

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 70 osób, w tym 30 pacjentów chorych na schizofrenię paranoidalną, którzy stanowili grupę eksperymentalną, 20 osób z zaburzeniami nerwicowymi oraz 20 osób zdrowych, które tworzyły grupy kontrolne. Chorzy na schizofrenię przebywali w Wojewódzkim Zakładzie Lecznictwa Psychiatrycznego

w Olsztynie, natomiast pięć osób zbadano w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku. Respondenci z zaburzeniami nerwicowymi byli pacjentami Kliniki Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Badani sześciu osób wykonano w Poradni Leczenia Nerwic Wojewódzkiego Zakładu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie. Jeden pacjent przebywał na Oddziale Psychiatrycznym w 7 Szpitalu Marynarki Wojennej w Gdańsku. Osoby zdrowe nie miały postawionej żadnej diagnozy, w dużej części byli to studenci.

Średnia wieku dla wszystkich osób badanych wyniosła 36,67. Wśród osób badanych można wyróżnić 36 mężczyzn, co stanowi 51,4% uczestników oraz 34 kobiety (48,6%). Powyższe dane wskazują na duży stopień zróżnicowania grup pod względem płci.

Zastosowane metody

W badaniu użyto skali A i B z *Testu matrycy Ravena* w wersji Standard formą równoległą, mierzącą aktywność poznawczą człowieka, a także czterech podtestów z baterii *testów do badania funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu RHLB-PL* w opracowaniu Łojek (2007), m.in.: *Test metafor rysunkowych*, *Test wyjaśnień metafor rysunkowych*, *Test Metafor Pisanych* oraz *Test wyjaśnień metafor pisanych*.

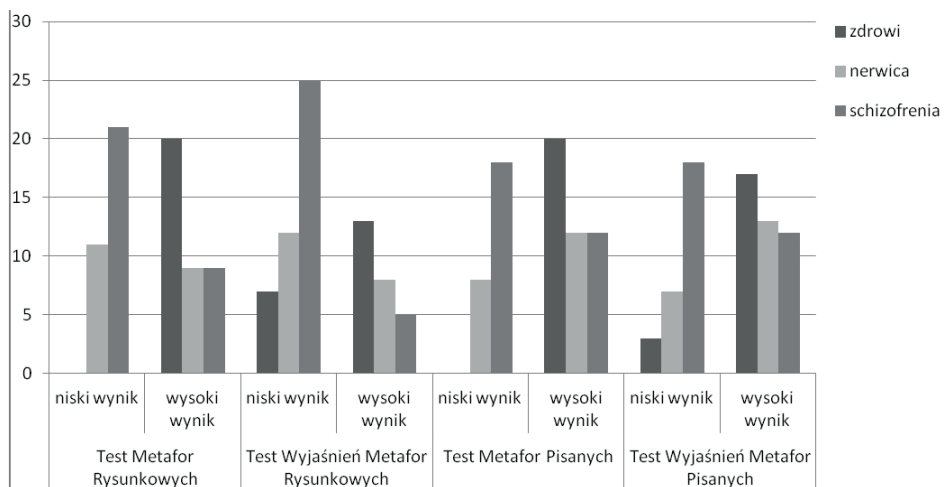
Narzędzia diagnostyczne mają na celu ocenę zdolności przetwarzania treści metaforycznych u chorych na schizofrenię paranoidalną (grupa eksperymentalna), pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi (grupa kontrolna) oraz u osób zdrowych (grupa kontrolna) na podstawie liczby prawidłowo wykonanych zadań. W skali A i B *Testu matrycy Ravena* można maksymalnie zdobyć 24 pkt, natomiast w każdym teście metafor – maksymalnie po 10 pkt (łącznie 40).

WYNIKI

Uzyskane wyniki zaprezentowano według kolejności sprecyzowanych problemów badawczych, gdzie zmienną niezależną była przynależność do danej grupy, natomiast zmienną zależną – zdolność przetwarzania treści metaforycznych.

Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że osoby chore na schizofrenię paranoidalną otrzymały najniższe wyniki we wszystkich testach z baterii *testów do badania funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu RHLB-PL*. Najslabiej wypadł *Test wyjaśnień metafor rysunkowych* (25 osób – niskie wyniki). Najmniejszy problem z rozwiązywaniem testów miały osoby zdrowe. W *Teście*

metafor rysunkowych oraz w *Teście metafor pisanych* nie popełniły żadnego błędu. Badani z zaburzeniami nerwicowymi lepiej wypadli od grupy eksperymentalnej, natomiast wykazali większą trudność w rozwiązywaniu zadań niż osoby zdrowe. Wyniki w testach uzyskane przez określoną liczbę osób we wszystkich badanych grupach zostały zaprezentowane na rysunku 1.



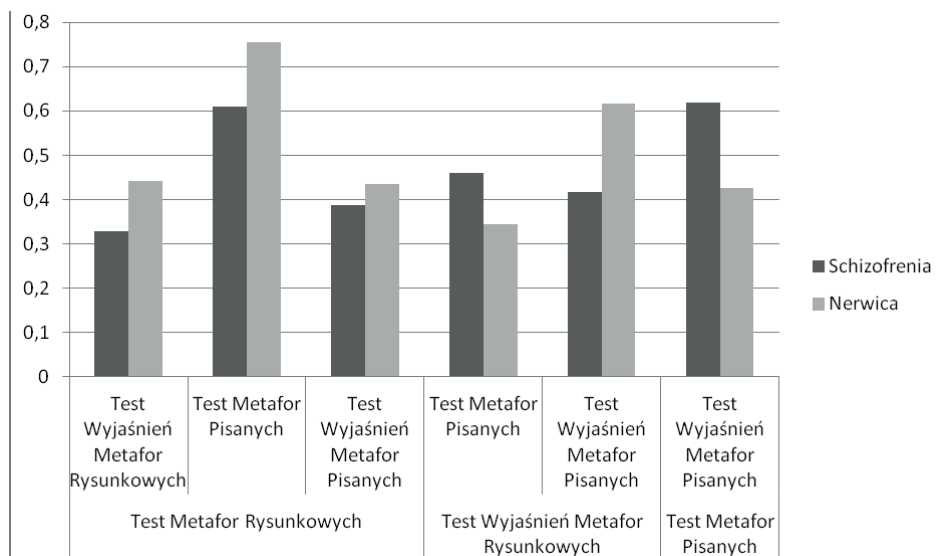
Rysunek 1. Liczba odpowiedzi metaforycznych w testach metafor (rysunkowych i pisanych) oraz testach wyjaśnień metafor (rysunkowych i pisanych).

Analiza korelacji rang Spearmana wskazuje na wysoką spójność występującą między testami. Najbardziej spójne wyniki w przypadku prawidłowych (metaforycznych) odpowiedzi występują między *Testem metafor rysunkowych* a *Testem metafor pisanych*, gdzie $r_s = 0,717$, co oznacza, że wraz ze wzrostem wyników w jednym z wyżej wymienionych testów, wzrastają wyniki w drugim teście. Najśłabsza zależność pojawia się między *Testem metafor pisanych* a *Testem wyjaśnień metafor rysunkowych*, gdzie $r_s = 0,491$. Jednak wyniki we wszystkich testach silnie korelują ze sobą na poziomie istotności statystycznej $p < 0,01$.

U chorych na schizofrenię paranoidalną najwyższą spójność dotyczącą określonej kompetencji metaforyzowania zaobserwowano między *Testem metafor pisanych* i *Testem wyjaśnień metafor pisanych*, w którym współczynnik korelacji Spearmana wynosi $r_s = 0,618$. Bardzo wysoka zależność występuje również między *Testem metafor pisanych* a *Testem metafor rysunkowych* ($r_s = 0,609$) oraz *Testem metafor pisanych* a *Testem wyjaśnień metafor rysunkowych* ($r_s = 0,460$). Powyższe dane wskazują na silną korelację na poziomie istotności statystycznej $p < 0,01$. Pozostałe korelacje między poszczególnymi testami również są istotne statystycznie, ale na poziomie $p < 0,05$.

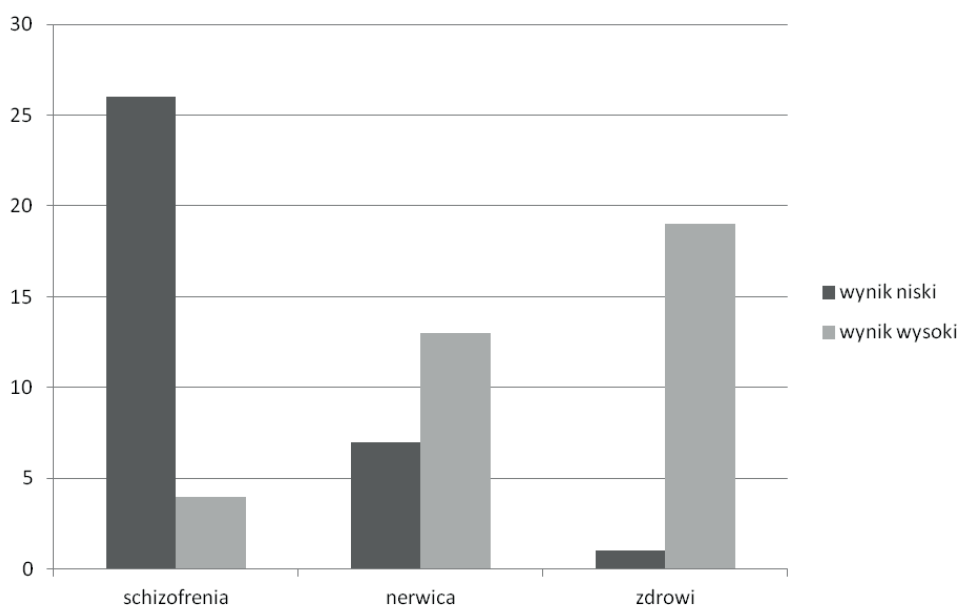
Najwyższa spójność u osób z zaburzeniami nerwicowymi występuje między *Testem metafor rysunkowych* a *Testem metafor pisanych*, gdzie $r_s = 0,755$ ($p < 0,01$). Na tym samym poziomie istotności statystycznej obserwuje się zależności między *Testem wyjaśnień metafor rysunkowych* a *Testem wyjaśnień metafor pisanych* $r_s = 0,617$. Istotność na poziomie $p < 0,05$ notuje się między *Testem metafor rysunkowych* a *Testem wyjaśnień metafor pisanych* ($r_s = 0,436$), *Testem Metafor Pisanych* a *Testem wyjaśnień metafor pisanych* ($r_s = 0,426$) oraz *Testem metafor rysunkowych* a *Testem wyjaśnień metafor rysunkowych* ($r_s = 0,441$). Nie ma istotnie statystycznej zależności między *Testem metafor pisanych* a *Testem wyjaśnień metafor rysunkowych* ($r_s = 0,344$).

Powyższe dane wskazują na wysoką spójność kompetencji metaforyzowania w przypadku osób ze schizofrenią i nerwicą. Na podstawie jednego testu można mniej więcej przewidzieć wyniki w pozostałych testach. Jednak u osób zdrowych nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności, szczególnie w *Teście metafor rysunkowych* i *Teście metafor pisanych*, gdzie badani uzyskali maksymalną liczbę punktów, co oznacza, że nie mieli trudności ze wskazaniem danego obrazka bądź sentencji zawierającej przenośne znaczenie, w przeciwieństwie do osób ze schizofrenią oraz pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, którzy znacznie różnili się od grupy kontrolnej zdrowych. Rysunek 2 zawiera wyniki ukazujące spójność między określonymi testami.



Rysunek 2. Analiza korelacji między testami u chorych na schizofrenię paranoidalną i osób z zaburzeniami nerwicowymi.

Wyniki otrzymane w *Teście matryc Ravena* wskazują na mniejsze możliwości intelektualne i trudności poznawcze chorych na schizofrenię paranoidalną. Większość osób (26 na 30 badanych) miała problemy z rozwiązywaniem zadań. W przypadku zaburzeń nerwicowych 13 na 20 badanych uzyskało wysokie wyniki, co w porównaniu do grupy kontrolnej zdrowych (19 na 20 osób) może świadczyć o negatywnym wpływie choroby na zdolność abstrakcyjnego myślenia i problemach w wykonywaniu zadań wymagających aktywności poznawczej jednostek z nerwicą. W przypadku osób zdrowych jedynie jedna na dwadzieścia osób uzyskała niski wynik, co wskazuje, że zadania ze skali A i B *Testu matryc Ravena* dla większości nie sprawiły trudności. Powyższe dane są istotne statystycznie ($\chi^2 = 34,10$, $p < 0,01$). Zostały przedstawione na rysunku 3.



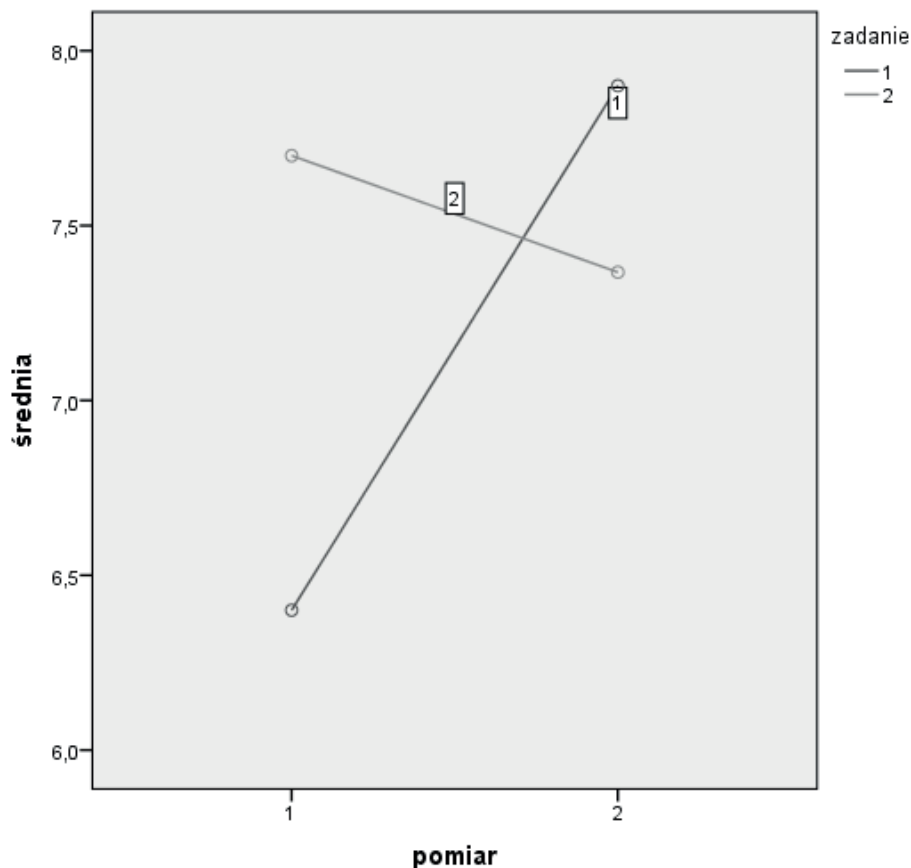
Rysunek 3. Wyniki w *Teście matryc Ravena* w skali A i B.

Poniżej zaprezentowano wyniki obrazujące różnice uzyskane przez badane grupy w *Testach metafor (rysunkowych i pisanych)* oraz *Testach wyjaśnień metafor (rysunkowych i pisanych)*, co pozwoliło na określenie, czy osoby badane lepiej radzą sobie ze wskazywaniem poprawnej odpowiedzi w przypadku rysunku lub przeczytanej sentencji, czy mniejszy problem sprawia im wyjaśnienie usłyszanych metafor. Na podstawie testu Levene'a oraz testu t-Studenta, porównując średnie wyniki otrzymane przez chorych na schizofrenię paranoidalną i osoby z zaburzeniami nerwicowymi, można wysunąć następujące wnioski: istotnie statystycznie różnice

między grupami w ilości prawidłowych odpowiedzi zaobserwowano w *Teście wyjaśnień metafor rysunkowych* ($p = 0,016$); osoby z zaburzeniami nerwicowymi lepiej radziły sobie z tłumaczeniem znaczenia wyrażeń metaforycznych (średnio 8,95) niż chorzy na schizofrenię paranoidalną (średnio 7,70), przy czym należy zaznaczyć, że założono równość wariancji. W przypadku odpowiedzi błędnych abstrakcyjnych w *Teście wyjaśnień metafor rysunkowych* grupa eksperymentalna uzyskała istotnie wyższe wyniki (średnio 1,60) niż kontrolna (średnio 0,65), a poziom istotności $p = 0,008$. W *Teście metafor pisanych*, w którym poziom istotności statystycznej wynosi $p = 0,060$ (w przypadku odpowiedzi metaforycznych), osoby z zaburzeniami nerwicowymi lepiej radziły sobie ze wskazywaniem znaczenia wyrażenia figuratywnego (średnio 9,10) niż osoby z psychozą (średnio 7,90). acjenci ze schizofrenią paranoidalną udzielali więcej odpowiedzi błędnych nieadekwatnych w *Teście metafor pisanych* (średnio 1,50) w porównaniu do osób z nerwicą (średnio 0,65), przy czym wyniki znajdują się na granicy istotności statystycznej $p = 0,057$. Należy zaznaczyć, że opisując powyższe wyniki na podstawie testu Levene'a, nie założono równości wariancji, co wskazuje na zróżnicowanie grup. Bardziej heterogeniczna jest grupa eksperymentalna. W *Teście wyjaśnień metafor pisanych* również lepiej poradziły sobie osoby z zaburzeniami nerwicowymi (średnio 8,55) niż pacjenci z psychozą (średnio 7,37); istotność statystyczna $p = 0,060$, przy czym założono równość wariancji. Istotne statystycznie ($p = 0,042$) są również błędy typu abstrakcyjnego w *Teście wyjaśnień metafor pisanych*, ponownie w większości popełnione przez chorych na schizofrenię (średnio 2,10), przy czym grupa eksperymentalna była bardziej zróżnicowana ($SD = 2,203$) w prównaniu do kontrolnej ($SD = 1,165$). Wyniki w *Teście matrycy Ravena* są również istotne statystycznie ($p < 0,01$); osoby z zaburzeniami nerwicowymi wypadły znacznie lepiej (średnio 20,95) niż osoby ze schizofrenią (średnio 16,67), przy czym należy zaznaczyć, że założono równość wariancji, a więc badane grupy są homogeniczne pod względem uzyskanych wyników.

Na podstawie wieloczynnikowej analizy wariancji ANOVA z powtarzanym pomiarem zaobserwowano, że osoby ze schizofrenią paranoidalną w przypadku *Testu metafor rysunkowych* i *Testu wyjaśnień metafor rysunkowych* lepiej radzą sobie z tłumaczeniem znaczenia danego wyrażenia figuratywnego (średnio 7,70) niż ze wskazywaniem rysunku odzwierciedlającego sens metafory (średnio 6,40). W *Teście metafor pisanych* i w *Teście wyjaśnień metafor pisanych* mniej błędów popełniły przy wyborze odpowiedniego zdania (średnio 7,90) niż podczas wyjaśniania usłyszonej sentencji (średnio 7,37). Najtrudniejszy okazał się *Test metafor rysunkowych*, co oznacza, że chorzy nie potrafili dopasować rysunku do metafory, a więc mieli trudność z przełożeniem materiału werbalnego na wizualny. Na rysunku 4 umieszczono efekt interakcji pomiędzy rozumieniem rysunku i sentencji (pomiar) a wykonaniem

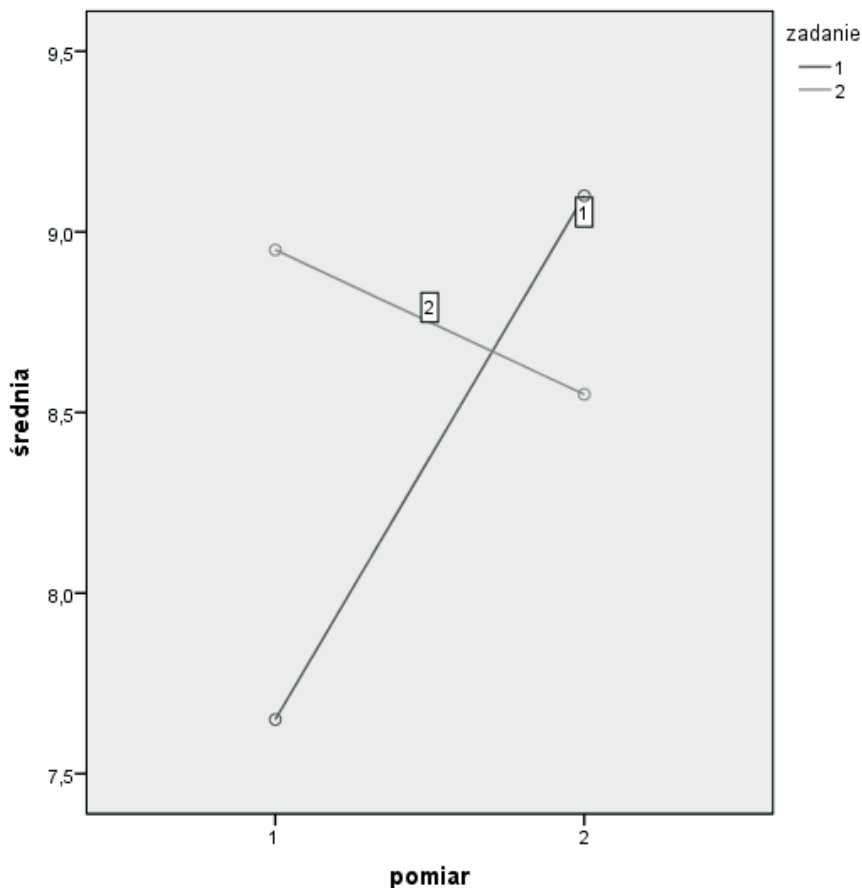
zadania w przypadku osób ze schizofrenią paranoidalną, uwzględniający odpowiedzi metaforyczne.



Rysunek 4. Efekt interakcji pomiędzy rozumieniem rysunku i sentencji (pomiar) a wykonaniem zadania (wybór odpowiedzi – wyjaśnianie) w przypadku osób ze schizofrenią paranoidalną uwzględniający odpowiedzi metaforyczne.

Osoby z zaburzeniami nerwicowymi, podobnie jak chorzy na schizofrenię paranoidalną, uzyskały wyższe wyniki w przypadku wyjaśniania metafor (średnio 8,95) niż przy ich wyborze (średnio 7,65), porównując *Test metafor rysunkowych* i *Test wyjaśnień metafor rysunkowych*, natomiast w *Teście metafor pisanych* i *Teście wyjaśnień metafor pisanych* lepiej wypadły podczas wskazania prawidłowej sentencji (średnio 9,10) niż jej wyjaśniania (średnio 8,55). Najbardziej poradziły sobie z testem, który wymagał wyboru jednego zdania spośród trzech wariantów odpowiedzi. Po-

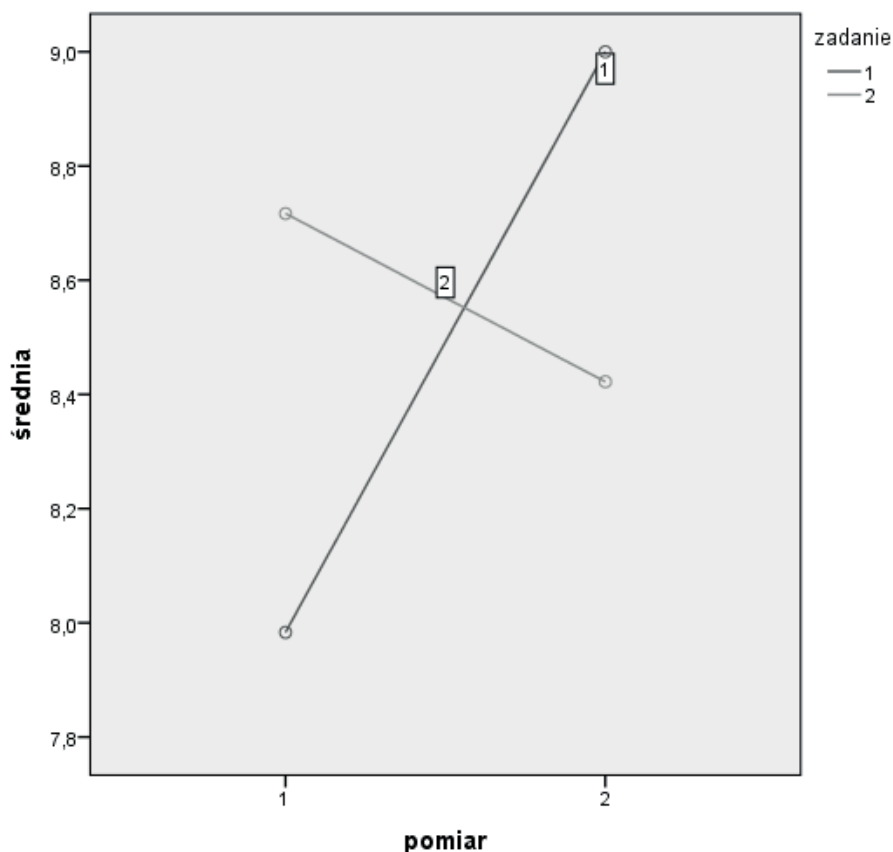
dobnie jak u badanych ze schizofrenią, najgorzej poradziły sobie z *Testem metafor rysunkowych*, co pokazuje rysunek 5.



Rysunek 5. Efekt interakcji pomiędzy rozumieniem rysunku i sentencji (pomiar) a wykonaniem zadania (wybór odpowiedzi – wyjaśnienie) w przypadku osób z zaburzeniami nerwicowymi uwzględniający odpowiedzi metaforyczne.

U osób zdrowych również zaobserwowano efekt interakcji. Najlepiej wypadły w *Teście metafor rysunkowych* i *Teście metafor pisanych* – nie popełniły żadnego błędu. Po pierwszym pomiarze, a więc po testach metafor związanych z rysunkiem nastąpiło nieznaczne pogorszenie wyników w przypadku *Testu wyjaśnień metafor pisanych*.

Rysunek 6 przedstawia efekt interakcji we wszystkich badanych grupach. Najłatwiejszy okazał się *Test metafor pisanych* (średnio 9,00), natomiast największy problem stanowił *Test metafor rysunkowych* (średnio 7,98).



Rysunek 6. Efekt interakcji pomiędzy rozumieniem rysunku i sentencji (pomiar) a wykonaniem zadania (wybór odpowiedzi – wyjaśnienie) w przypadku wszystkich badanych grup uwzględniający odpowiedzi metaforyczne.

Różnice w zakresie prawidłowych odpowiedzi w testach rysunkowych i testach pisanych (pomiar) są istotne statystycznie, gdzie efekt główny wynosi $F = 5,336$, $p = 0,023$. Warto podkreślić, że nie zależą one od określonej grupy badanych (diagnoza). Jak wcześniej wspomniano, wszyscy lepiej wypadli w *Teście metafor pisanych*. Na granicy istotności statystycznej odnotowano również różnicę (w zależności od diagnozy) w przypadku zadań, w których należało wybrać dany wariant odpowiedzi lub wyjaśnić metaforę własnymi słowami (efekt główny: $F = 2,914$, $p = 0,61$). Wysoce istotnie statystycznie ($p = 0,001$) uzyskano wyniki między pomiarem (metafora rysunkowa, metafora pisana) a zadaniem (wybór lub wyjaśnienie), gdzie efekt główny wynosi $F = 26,047$, co oznacza, że typ zadania wpływa na rodzaj procesu przetwarzania metafor i jest zależne od diagnozy (efekt główny: $F = 4,054$, $p = 0,022$).

Na podstawie testu t-Studenta można stwierdzić również istotne statystycznie różnice między osobami ze schizofrenią a zaburzeniami nerwicowymi w przypadku wyjaśnień błędnych abstrakcyjnych w *Teście wyjaśnień metafor rysunkowych* ($p = 0,008$), przy czym jednostki z grupy eksperymentalnej były bardziej zróżnicowane pod względem odpowiedzi ($SD = 1,589$). Średnia odpowiedzi abstrakcyjnych u chorych na psychozę wynosi 1,6, natomiast u pacjentów z nerwicą 0,65. W *Teście wyjaśnień metafor pisanych* różnice między obiema grupami również były istotne statystycznie ($p = 0,042$). W grupie eksperymentalnej średnia odpowiedzi wynosi 2,10, natomiast w kontrolnej 1,10. Powyższe wyniki wskazują, że osoby ze schizofrenią paranoidalną częściej popełniają błędy typu abstrakcyjnego, nie tłumaczą w sposób dosłowny usłyszaną metaforę, nie trafiają również w jej znaczenie, przyjmując inne, nieadekwatne do danego kontekstu. W *Teście metafor pisanych* także popełniły więcej błędów nieadekwatnych (średnio 1,50) w porównaniu do osób z nerwicą (średnio 0,65). Wspomniane wyniki znajdowały się na granicy istotności statystycznej ($p = 0,57$).

DYSKUSJA

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie kilku wniosków dotyczących zdolności przetwarzania treści metaforycznych u chorych na schizofrenię paranoidalną oraz osób z zaburzeniami nerwicowymi. Badani mieli wskazać prawidłowe znaczenie wyrażenia figuratywnego w oderwaniu od kontekstu oraz znając kontekst użytej metafory w zdaniu. Wymagano od nich również wyjaśnienia znaczenia przedstawionej przenośni, co umożliwiło ocenę sfery funkcjonowania języka metaforycznego.

Przeprowadzone badania pozwalają na stwierdzenie, że u osób ze schizofrenią paranoidalną obserwuje się zaburzenia w przetwarzaniu treści metaforycznych oraz trudności z myśleniem abstrakcyjnym i procesem wnioskowania. W opisywanej psychozie dochodzi do rozwoju dysfunkcji procesów przetwarzania różnych treści, których przyczyna leży w zachowaniu jednostki oraz specyficznym myśleniu (np. odnoszenie zdarzeń do siebie, poczucie bycia kontrolowanym przez zewnętrzne siły), które tworzą światopogląd osoby chorej. Funkcje poznawcze u osób ze schizofrenią są tak zaburzone, że przyczyniają się do nierealistycznej weryfikacji własnych przeżyć i doświadczeń, co powoduje duże cierpienie i utrudnia przystosowanie. Do najczęstszych błędów poznawczych, szczególnie powstających pod wpływem urojeń, zalicza się nadmierną generalizację czy pomijanie informacji bardziej istotnych. Prawdopodobnie wynika to z nadmiernego skupiania się na konkretnych bodźcach pochodzących z otoczenia (Beck, Rector, Stolar, Grant, 2010). Badania Czernikiewicza (1998) potwierdzają dezintegrację systemu językowego osób ze schizofrenią,

nieumiejętność uchwycenia kluczowego tematu wypowiedzi, niespójność semantyczną stosowanych wyrażań oraz rozkojarzenie.

Powyższą konkluzję potwierdza Woźniak (2000, 2005), który obserwując jednostki ze schizofrenią, podczas analizy funkcjonowania zachowań językowych zaznacza występowanie myślenia konkretnego pacjentów, rozumiejąc przez to m.in. skłonność do perseweracji, niestałość sądów itp. Podkreśla także tendencję do kształtowania niezrozumiałych pojęć, zaburzenia znaczenia słów oraz pomijanie relacji między wyrazami, co jest przyczyną zaburzeń abstrakcyjnego myślenia i metaforycznego użycia języka. Poza tym zaburzone przetwarzanie informacji za pomocą języka powoduje odmienną, nieprawidłową interpretację rzeczywistości. Wyniki badań Zalewskiego (1997) wskazują na mniej racjonalne myślenie chorych na schizofrenię w porównaniu z osobami zdrowymi (badanymi podczas relaksu oraz pod wpływem silnych emocji), co oznacza, że jednostki bez zdiagnozowanych zaburzeń nawet w sytuacjach trudnych, stresowych kierują się bardziej racjonalnymi przesłankami niż osoby ze schizofrenią. De Bonis i współpracownicy (1997) również ukazali, że omawiana grupa osób ma trudności z przetwarzaniem treści figuratywnych w stosunku do osób zdrowych, niezależnie od stopnia trudności zadania. Zakładając, że niepowodzenia mogą być związane z dezorganizacją mowy i brakiem spójności myślenia, postanowili podzielić badane osoby z zaburzeniami schizofrenicznymi na paranoidalnych i nieparanoidalnych. Dane pokazały, że osoby ze schizofrenią paranoidalną lepiej radzą sobie z zadaniami niż jednostki ze zdiagnozowaną inną postacią choroby. Wyniki były istotne statystycznie tylko wtedy, gdy schizofrenia paranoidalna była wyłączona z grupy badanych. W opisywanej pracy wykluczono osoby ze zdiagnozowaną inną postacią schizofrenii, dlatego nie wykazano różnic w zakresie przetwarzania treści metaforycznych w innych rodzajach psychozy.

Największy problem stanowił wybór odpowiedniego rysunku, przedstawiającego prawidłowe znaczenie metafory. Osoby ze schizofrenią paranoidalną popełniające błędy najczęściej wybierały odpowiedzi dosłowne, a więc miały trudność z przetworzeniem znaczenia usłyszanej sentencji na określony symbol (rysunek). Ponadto lepiej wypadły w przypadku wyjaśniania metafory poprzednio usłyszanej w *Teście metafor rysunkowych*. Badania Chlewińskiego i Grzywy (2000) potwierdzają, że chorzy mają większe problemy w porównaniu do osób zdrowych z przełożeniem informacji werbalnej na wizualną oraz myśleniem jednokierunkowym, które w przypadku osób ze schizofrenią cechowało się niskim stopniem konwencjonalności. Dodatkowo stwierdzono, że pamięć badanych nie jest zaburzona, co świadczy o wydobywaniu przez pacjentów informacji nieodpowiednich w danej sytuacji. Wpływ na dezorganizację myślenia ma również zamknięty styl poznawczy (np. wycofywanie się z kontaktów),

który przyczynia się do błędnego nadawania znaczeń określonym zjawiskom i nieprawidłowego przetwarzania.

Warto wspomnieć, że osoby z grupy eksperymentalnej popełniły mniej błędów w *Teście metafor pisanych*, gdzie musiały wybrać odpowiednie znaczenie metafory spośród trzech wariantów odpowiedzi. Natomiast słabiej poradziły sobie w *Teście wyjaśnień metafor pisanych*, w którym zostały użyte wyrażenia z poprzedniego zadania (*Testu metafor pisanych*), jednak badani mieli za zadanie wytłumaczenie przerośniętymi własnymi słowami. Pomimo że wybierali prawidłowe warianty odpowiedzi, nie umieli ich powtórzyć w kolejnym teście, co może świadczyć o problemach z pamięcią osób badanych.

Należy również zaznaczyć, że osoby ze schizofrenią najczęściej popełniały błędy typu abstrakcyjnego w przypadku testów wyjaśnień, co świadczy o nadmiernej generalizacji i nieumiejętności udzielania odpowiedzi adekwatnych do danego kontekstu. Wyniki mogą również świadczyć o pojawiających się skojarzeniach zupełnie nie związanych z określonym zagadnieniem. Powyższe wnioski potwierdziły również badania Zeigarnik (1969), o których wcześniej wspomniano.

Wpływ na uzyskane wyniki mogą mieć również czynniki neuroanatomiczne. Zmiany w okolicy skroniowej wiążą się z procesami językowymi. Udowodniono także nieprawidłowości w funkcjonowaniu półkul mózgowych. Zazwyczaj lewa półkula tłumi aktywność prawej, co przyczynia się do zaburzeń myślenia (Jodzio, 2011). Badania Jodzio, Łojek i Bryan (2005), wykorzystujące baterię *testów do badania funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu RHLB-PL*, dotyczyły funkcjonalnej i neuroanatomicznej analizy zaburzeń pozajęzykowych u osób z uszkodzeniem prawej półkuli mózgu. Wykazano istotne statystycznie różnice między wynikami w przypadku metafor rysunkowych i metafor pisanych. Pacjenci lepiej dawali sobie radę z metaforami rysunkowymi niż pisаныmi. Natomiast w obecnym badaniu dotyczącym przetwarzania treści metaforycznych u chorych ze schizofrenią paranoidalną i osób z zaburzeniami nerwicowymi uzyskano odmienne wyniki. Chorzy lepiej radzili sobie z metaforami pisаныmi niż rysunkowymi, co może być powodem zmian w korze czołowej, ciemieniowej i wzgórzu.

Osoby z zaburzeniami nerwicowymi znacząco lepiej radziły sobie z rozumieniem wyrażen metaforycznych. Jednak wypadły słabiej niż grupa kontrolna zdrowych, co wskazuje na obniżoną zdolność przetwarzania zdań o znaczeniu niedosłownym. Charakterystyczne dla nerwicy zaburzenia przeżywania przyczyniają się do zaburzeń procesów poznawczych. Silne emocje, stale towarzyszący lęk, niepokój powoduje problemy z koncentracją uwagi, pamięcią i myśleniem, co może wpływać na umiejętność przetwarzania wyrażen figuratywnych. W przypadku wyczerpanego wysiłku umysłowego szybko zaczynają odczuwać zmęczenie, co prowadzi do zaniechania

rozpoczętych zadań. Często selekcionują dane, zwracając uwagę tylko na informacje zgodne z postawionymi oczekiwaniami. Pojawiają się także zaburzenia procesu wnioskowania, co przyczynia się do błędnej oceny rzeczywistości (Aleksandrowicz, 1998).

Zaburzenia nerwicowe negatywnie wpływają na funkcje poznawcze i językowe jednostki, natomiast nie upośledzają ich w takim stopniu, jak w przypadku schizofrenii, gdzie następuje dezorganizacja procesu myślowego i systemu języka. Głębokość zaburzenia może zależeć od wielu czynników, które nie zostały przedstawione w obecnym badaniu, dlatego ich wpływ na zdolność przetwarzania metafor pozostaje kwestią otwartą, która wymaga dalszej weryfikacji.

PODSUMOWANIE

Zdolność rozumienia metafor odgrywa istotną rolę w prawidłowym odbiorze rzeczywistości. W ciągu życia osoby porozumiewają się z innymi, używając metafor, stale interpretują wypowiedzi ludzi i nadają im sens. W schizofrenii proces przetwarzania treści figuratywnych jest zaburzony, co przyczynia się do poczucia braku zrozumienia przez społeczeństwo, wycofania się z kontaktów i w znacznym stopniu utrudnia funkcjonowanie. Jak twierdzi Czernikiewicz (1998), zaburzenia językowe to podstawowy problem tej psychozy, większy niż objawy wytwórcze.

Przeprowadzone badania umożliwiają poznanie poziomu rozumienia wyrażen figuratywnych u chorych na schizofrenię paranoidalną i osób z zaburzeniami nerwicowymi, co pozwala na wyodrębnienie różnic charakterystycznych dla danej grupy badanych oraz ustalenie określonego programu pracy z pacjentami, biorącymi po uwagę wykazane trudności.

Należy podkreślić, że w psychologii klinicznej metafory stosuje się w procesie teoretyczno-diagnostycznym. Osoby zajmujące się badaniem zaburzeń funkcji językowych oraz mechanizmów przetwarzania, interpretacji wyrażen figuratywnych, wykorzystują treści metaforyczne do tworzenia narzędzi diagnostycznych, które pozwalają na oszacowanie zdolności poznawczych i językowych m.in. u osób ze schizofrenią oraz uszkodzeniami mózgu. W neuropsychologii prowadzone są badania nad rozumieniem wypowiedzi niedosłownych u różnych grup pacjentów, gdyż umożliwiają one poznanie poziomu funkcjonowania poznawczego jednostki, powiązanie umiejętności przetwarzania metafor z wieloma procesami psychicznymi (za: Jodzio i in., 2001) oraz określonymi obszarami mózgu.

Ponadto metafory odgrywają dużą rolę w psychoterapii. Wykorzystanie opowiadań zawierających przenośnie przyczynia się do wyboru przez pacjenta znaczeń odpowiadających jego sytuacji oraz zastosowania ich w życiu codziennym. Pomagają

one również w nawiązywaniu kontaktu z jednostką. Często opowiadania wzmacniają relację terapeutyczną, gdyż sformułowania są przedstawione w delikatny sposób, zazwyczaj niezagrażający klientowi.

Jednym z terapeutów, który stosował metafory w pracy z innymi ludźmi był M. Erickson. Ich użycie pomagało pacjentom w poznaniu siebie, swoich reakcji, zachowań. Dodatkowo opowiadania służyły zwiększaniu motywacji do działania, chęci do zmiany sytuacji. Słuchając historii o osobach, które przezwyciężyły swoje trudności, jednostka zaczyna wierzyć we własne możliwości, co daje jej siłę do zmagania się z obecnymi problemami. Dodatkowo treści metaforyczne pozwalają na odzyskanie kontroli nad relacją terapeutyczną oraz zmniejszenie oporu klienta. Przyczyniają się również do obniżenia przeżywanych lęków za pomocą anegdot, w których zawarte są sytuacje wyzwające fobie w jednostce (Barker, 1997). Psychoterapia jest istotna w przypadku zaburzeń nerwicowych.

Wykorzystanie metafor może być jedną z metod pomagającą w uporaniu się z problemem osób z nerwicą, jednak należy zwrócić uwagę, czy przedstawione treści zostały zrozumiane przez jednostkę, gdyż jak pokazały badania, w grupach klinicznych biorących w nim udział pojawiają się trudności w przetwarzaniu treści metaforycznych.

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, J. W. (1998). *Zaburzenia nerwicowe*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Alonso-Quecuty, M. L., de Vega, M. (1991). Contextual effects in a metaphor verification task. *European Journal of Cognitive Psychology*, 3, 3, 315–341.
- Barker, P. (1997). *Metafory w psychoterapii. Teoria i praktyka. Część pierwsza*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Beck, A. T, Rector, N. A., Stolar, N., Grant, P. (2010). *Schizofrenia w ujęciu poznawczym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Biela, A. (1981). *Psychologiczne podstawy wnioskowania przez analogię*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Bryan, K. L. (2007). *Bateria do Oceny Funkcji Językowych Prawej Półkuli Mózgu*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Chomsky, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Czernikiewicz, A. (1998). *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*. Lublin: Akademia Medyczna w Lublinie.
- De Bonis, M., Epelbaum, C., Deffez, V., Féliene, A. (1997). *The comprehension of metaphors in schizophrenia*, *Psychopatologia*, 30, 149–154.

- Gleason, B. J., Ratner, B. N. (2005). *Psycholingwistyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Grzywa, A. (2000). *Omamy i urojenia*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Jodzio, K. (2011). *Diagnostyka neuropsychologiczna w praktyce klinicznej*. Warszawa: Difin.
- Jodzio, K., Łojek, E., Bryan, K. (2005). Functional and neuroanatomical analysis of extralinguistic disorders in right hemisphere-damaged patients. *Psychology of Language and Communication*, 9(1), 55–73.
- Jodzio, K., Nyka, W. M., Gąsecki, D. (2001). Wyrażenia metaforyczne w interpretacji osób z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 59–73.
- Kurcz, I. (2000). Język i komunikacja. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 231–316). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lakoff, G., Johnson, M. (1988). *Metafory w naszym życiu*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Łojek, E. (2007). *Bateria Testów do Badania Funkcji Językowych i Komunikacyjnych Prawej Półkuli Mózgu RHLB-PL*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Ulatowska, H. K., Sadowska, M., Kądziaława, D., Kordys, J. (2000). Badanie sprawności językowo-poznawczych na materiale przysłów: Zagadnienia metodologiczne. *Przegląd Psychologiczny*, 43, 2, 191–203.
- Woźniak, T. (2000). *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak, T. (2005). *Narracja w schizofrenii*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Zalewski, G. (1997). *Kontrowersje wokół schizofrenii*. Białystok: Trans Humana.
- Zeigarnik, B. W. (1969). *Patologia myślenia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

KATARZYNA KICHLER

katarzyna.kichler@gmail.com

Uniwersytet Gdański

OBRONY PSYCHICZNE I PSYCHOSPOŁECZNE A POCZUCIE KOHERENCJI U MŁODZIEŻY Z ZABURZENIAMI DEPRESYJNYMI

Recenzja

Recenzent: dr hab. Mariola Bidzan, prof. UG

Przedstawiony do recenzji artykuł porusza bardzo ważne zagadnienie, odnoszące się do problemu młodzieży z depresją. Autorka stawia pytanie: w jaki sposób stan zdrowia psychicznego oraz poczucie koherencji wpływają na obrony psychiczne i psychospołeczne u osób w okresie adolescencji. Pomimo powszechności depresji u dzieci i młodzieży nie jest to problem częstej penetracji badaczy, szczególnie w kontekście obron psychicznych i psychospołecznych młodzieży. Próba systematyzacji i integracji tego zagadnienia wydaje się być bardzo interesująca. Podjęte badania nie budzą wątpliwości natury metodologicznej. Autorka postawione pytania badawcze weryfikuje rzetelnie. Badania przynoszą interesujące spostrzeżenia Autorki, które w podjętej dyskusji zostały dobrze osadzone w literaturze.

Artykuł jest ciekawy i dobrze przygotowany pod względem merytorycznym. Uważam, że nadaje się do druku w niezmienionej postaci.

Praca powstała na podstawie części pracy magisterskiej w Zakładzie Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii pod kierunkiem prof. UG, dr hab. Marioli Bidzan.

Celem badania było zweryfikowanie, w jaki sposób stan zdrowia psychicznego oraz poczucie koherencji wpływają na obrony psychiczne i psychospołeczne u osób w okresie adolescencji. Okres adolescencji jest bez wątpienia czasem radykalnych zmian, wiąże się bowiem zarówno z dojrzewaniem fizycznym i płciowym, jak i intelektualnym, emocjonalnym i społecznym. Realizacja poszczególnych zadań rozwojowych może zostać zakłócona poprzez interakcję z innymi czynnikami – biologicznymi, psychologicznymi czy społecznymi. Zaburzenia depresyjne są jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w populacji młodzieży, dlatego tak ważne są pogłębione badania dotyczące tej grupy. Może się to przyczynić zarówno do wcześniejszego wykrywania zaburzeń, profilaktyki zdrowia psychicznego i samoświadomości wśród młodych ludzi, jak i do skutecznych oddziaływań terapeutycznych.

W części teoretycznej zostaną przedstawione zagadnienia związane z pojęciem obrony psychologicznej oraz poczucia koherencji wśród adolescentów. Pokróćce zostanie opisany także problem zaburzeń depresyjnych w kontekście rozwojowym.

Część empiryczna obejmuje badanie testem SOC-13 oraz PSPDQ dwóch grup młodzieży: z diagnozą zaburzeń depresyjnych (zaburzenia czyste i mieszane) oraz zdrowych, bez diagnozy psychiatrycznej lub podejrzenia zaburzeń na tle psychicznym. Dodatkowo zostaną przedstawione związki między diagnozą kliniczną lub jej brakiem oraz poczuciem koherencji i stosowaniem obron psychologicznych. Osobami badanymi były osoby w wieku 15–20 lat, pacjenci dwóch oddziałów psychiatrycznych dla młodzieży w Gdańsku oraz osoby zdrowe, uczniowie gdańskich i szczecińskich szkół.

Badania wykazują różnice w sposobach radzenia sobie przez wyżej wymienione grupy w zakresie stosowania obron (m.in. konstruktywnych i niekonstruktywnych, psychologicznych i psychospołecznych), a także poziomem rozwinięcia poczucia koherencji. W badaniach ważne okazały się także zmienne demograficzne.

Słowa kluczowe: adolescencja, depresja, poczucie koherencji, aktywność obronna

Okres adolescencji jest bez wątpienia czasem radykalnych zmian, wiąże się bowiem zarówno z dojrzewaniem fizycznym i płciowym, jak i intelektualnym, emocjonalnym i społecznym. Realizacja poszczególnych zadań rozwojowych może zostać zakłócona poprzez interakcję z innymi czynnikami – biologicznymi, psychologicznymi czy społecznymi. Psychopatologia rozwojowa bada wzajemne relacje między powyższymi czynnikami tyczącymi się zarówno normatywnego, jak i zaburzonego procesu rozwojowego (Radziwiłłowicz, Sumiła, 2006). Dynamika, z jaką zachodzą zmiany w młodym organizmie w połączeniu z, przykładowo, niekorzystnym wpływem środowiska rodzinnego czy rówieśniczego, czy też niekorzystnymi wydarzeniami życiowymi, może skutkować m.in. znacznym obniżeniem nastroju, który przekracza granicę dopuszczalnej normy i może stać się przyczyną choroby – depresji.

Jak wskazują statystyki, depresja to jedno z częściej występujących zaburzeń psychicznych u młodzieży. Jak podaje Brent i Pan (2011), rozpowszechnienie dużej depresji wynosi u młodzieży 4–8%. Od okresu dzieciństwa do ukończenia 18 roku życia ryzyko wystąpienia depresji wzrasta aż 2–4-krotnie. 20% wszystkich pacjentów do 18 roku życia stanowią osoby z rozpoznaną depresją. Polskie statystyki mówią o 0,2–1,5% dzieci z zaburzeniami w postaci dużej depresji oraz o 2–15% u młodzieży (Rabe-Jabłońska, 2004). Inne publikacje wskazują, że rozpowszechnienie depresji w przedziale wiekowym między 9 a 17 rokiem życia wynosi 0,4–8,3% (Namysłowska, Bronowska, Harrington, za: Radziwiłłowicz, 2010). Warto zwrócić uwagę na fakt, iż występowanie tego zaburzenia w okresie adolescencji wiąże się z procesem dojrzewania, a nie z wiekiem chronologicznym (Rabe-Jabłońska, 2004).

Obraz kliniczny zaburzeń afektywnych jednobiegunowych u młodzieży przybiera wiele postaci, które mogą różnić się od siebie, dlatego każdy przypadek choroby powinien być rozpatrywany indywidualnie, w miarę możliwości i dostępności narzędzi badawczych. Jak podaje Radziwiłłowicz (2010), obraz kliniczny depresji u dzieci i młodzieży nie jest jednolity. W ocenie stanu chorego należy brać pod uwagę kilka ważnych czynników; są to przede wszystkim: wiek, płeć, sposób uzewnętrzniania się objawów, czynniki społeczno-kulturowe, zaburzenia współwystępujące.

Według ICD-10 (2007) wśród zaburzeń depresyjnych wyróżniamy przede wszystkim epizod depresyjny (F32), zaburzenia depresyjne nawracające (F33) oraz dystymię (F34.1) – jako uporczywe (utrwalone) zaburzenia nastroju. U dzieci i młodzieży diagnozowane są także depresyjne zaburzenia zachowania (F92) – jako kombinacja zaburzeń zachowania (F91.~) z uporczywym i wyraźnym obniżeniem nastroju (F32.~).

W klasyfikacjach diagnostycznych coraz częściej możemy spotkać się z określeniem współchorobowość lub współwystępowanie chorób (*comorbidity*). Współchorobowość to nakładanie się różnych zaburzeń w określonym czasie lub w ciągu całego

życia (*lifetime comorbidity*). Jeden typ zaburzeń psychicznych stanowi czynnik ryzyka dla wystąpienia wtórnego zaburzenia, może istnieć wspólny czynnik poprzedzający, a także mogą wystąpić czynniki częściowo wspólnie predysponujące (Kiejna, 2009). W rozpatrywaniu współwystępowania chorób psychicznych należy zwrócić uwagę na podział na zaburzenia internalizacyjne (zaburzenia z objawami skierowanymi do wewnątrz; np. depresji, anoreksji – typu restrykcyjnego, zaburzeń lękowych) oraz eksternalizacyjne (zaburzenia z objawami skierowanymi na zewnątrz; np. zaburzeń zachowania, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych czy nadużywania substancji psychoaktywnych), a także mieszane (np. depresja z zaburzeniami zachowania czy bulimia – typ impulsywny; Kendall, 2004; Radziwiłłowicz, 2010). Do zachowań i objawów internalizacyjnych zaliczamy m.in. wysoki lęk społeczny, negatywny afekt, wycofanie i zahamowanie, natomiast do grupy zachowań i objawów eksternalizacyjnych przypisujemy np. wysoką impulsywność, nadpobudliwość i reaktywność emocjonalną, trudności z rozwojem autorefleksji i empatii, słabą kontrolę zachowania czy niski poziom lęku. U dzieci i młodzieży często występują czyste zaburzenia internalizacyjne i eksternalizacyjne lub zaburzenia mieszane, chociaż stanowią jakościowo różne manifestacje dysfunkcji psychologicznej. Ponadto zaburzenia internalizacyjne mogą być powiązane przyczynowo z wystąpieniem zaburzeń eksternalizacyjnych i na odwrót (Evans, Frank, 2004).

Badając zaburzenia depresyjne, należy zastanowić się nad tym, czy ich symptomy stanowią odrębne zaburzenie, czy też może tworzą ogólną dysregulację (emocjonalną, behawioralną). Istotny skutek współwystępowania depresji z innymi zaburzeniami psychicznymi polega na tym, że zazwyczaj pociąga ono za sobą gorsze funkcjonowanie osoby chorej, a także poważniejszy przebieg zaburzenia niż w przypadku czystej depresji (Rohde, Lewinsohn, Seeley, 1991).

Depresja jest chorobą, która bez wątpienia niesie za sobą negatywne konsekwencje, zarówno w późniejszym dorosłym życiu adolescenta, jak i w obecnym, lecz także wpływa na najbliższe otoczenie chorego – na jego rodzinę czy grupę rówieśniczą. Radziwiłłowicz (2010) wymienia kilka najważniejszych psychospołecznych konsekwencji depresji u młodzieży, a są to: ryzyko podjęcia próby samobójczej, wystąpienie chorób somatycznych, przewlekły przebieg depresji lub jej nawroty, wystąpienie zaburzeń nieafektywnych czy trudności w funkcjonowaniu społecznym.

Funkcjonalno-czynnościowe ujęcie relacji obrony psychologicznej i rozwoju

Autorką ujęcia funkcjonalno-czynnościowego jest A. Senejko (2010). Zakłada ona, że elementarną funkcją psychiki człowieka jest rozwój, czyli ciągły proces,

podczas którego w danym okresie życia osoba osiąga ustalone i pożądane standardy. Teoria funkcjonalno-czynnościowa mówi o powiązaniu obrony psychologicznej (jako funkcji) z rozwojem. Podstawowa funkcja czynności obronnych to zabezpieczenie rozwoju psychiki oraz jej elementów w sytuacji, gdy rozwój ten jest zagrożony.

Jak twierdzi np. Erikson (2002), kolejne etapy życia człowieka wiążą się z podjęciem charakterystycznych rozwojowych wyzwań, co też wiąże się ze zmianami wewnętrznego oraz zewnętrznego środowiska osoby – jej poziomem kompetencji czy zasobów (Brzezińska, 2000). Ważne jest, by podmiot – przy wykorzystaniu dostępnych mu zasobów – sam wytworzył własne strategie radzenia sobie z problemami (Brzezińska, 2000). To, jakie strategie wypracuje sobie młoda osoba, może znacznie wpłynąć na to, w jaki sposób będzie radziła sobie w dorosłym życiu (Senejko, 2010).

Z realizacją zadań rozwojowych wiąże się wiele zagrożeń (w przypadku napotkania trudności, co jest stałym elementem wyzwań rozwojowych), dlatego też bardzo istotne jest, jakie działania podejmie jednostka, by się z nimi uporać. Poszczególne zadania rozwojowe w interakcji z aktywnością obronną Senejko (2010) traktuje jako standardy rozwojowe, czyli swoiste standardy regulacji podmiotu, co stanowi o ich sile motywacyjnej, która ukierunkowuje i nadaje sens czynnościom wykonywanym przez jednostkę. Autorka ujmuje zagrożenie jako zakłócenie (utrudnienie/uniemożliwienie) realizowania najistotniejszych dla osoby standardów regulacji, czyli czynników motywacji, które pobudzają, ukierunkowują i nadają istotny sens aktywności jednostki. Natomiast obronę psychologiczną (aktywność obronną) definiuje ona jako zestaw czynności osoby, które są aktywizowane skutkiem zauważenia zagrożenia, niezależnie od rodzaju tych czynności. Wystąpi ona, gdy proces regulacji i jego najważniejsze standardy są realnie lub potencjalnie zakłócone. Szczegółowe funkcje obrony realizowane są poprzez skonkretyzowane obronne strategie i związane są z przezwycięzeniem zagrożenia, co oznacza przywrócenie możliwości realizacji najważniejszych celów motywacyjnych jednostki lub minimalizowanie skutków braku ich realizacji. Na obronę składają się nie pojedyncze akty, lecz czynności całościowe.

Według ujęcia funkcjonalno-czynnościowego (Senejko, 2010), podmiot stosuje obronę psychologiczną, wykorzystując wewnętrzne zasoby i zasoby zawarte w sytuacji zagrożenia za każdym razem. Funkcja ogólna obrony wiąże się z rozwojem psychicznym osoby, ponieważ jest skierowana na jego wsparcie w sytuacji zagrożenia. Funkcje szczegółowe obrony, skierowane na realizację poszczególnych zadań rozwojowych, są skierowane na przezwycięzenie zakłóceń dotyczących standardy regulacji jednostki lub zmniejszenie niekorzystnych rezultatów nierealizowania tych standardów, co z kolei może mieć zróżnicowany wpływ na rozwój.

Autorka wymienia dwa rodzaje kryteriów obron psychicznych. Podziały te są dychotomiczne i ich kombinacja tworzy cztery rodzaje obron. Pierwszy z tych aspek-

tów to podział na obrony konstruktywne i niekonstruktywne, co obrazuje wkład bezpośrednich skutków obron w rozwój jednostki. Chodzi tu o bezpośrednie rezultaty wynikające ze stosowania obron, a nie te odległe w czasie. Obrony konstruktywne przyczyniają się do pokonania zakłóceń podczas realizacji najistotniejszych standardów regulacji (zwłaszcza tych rozwojowych). Obrony niekonstruktywne nie wnoszą takiego wkładu do rozwoju jednostki. Drugi podział to wyodrębnienie czynności obronnych, podczas których konieczne jest, by jednostka weszła w relacje z innymi społecznymi obiektami (obrony psychospołeczne) lub gdy nie jest to potrzebne (obrony psychiczne). Powyższe podziały pozwoliły na wyodrębnienie następujących rodzajów czynności obronnych: psychiczne konstruktywne, psychiczne niekonstruktywne, psychospołeczne konstruktywne, psychospołeczne niekonstruktywne.

Obok powyższego podziału obron należy jeszcze wspomnieć o wymiarze aktywności obronnej – wymiar ten może być rozwojowy (różnorodność obron przy jednoczesnej przewadze konstruktywnych, co może przyczyniać się do neutralizacji zagrożenia tak, by zabezpieczyć podstawowe standardy regulacji, a tym samym przyczynić się do rozwoju podmiotu) lub też nierozwojowy. I tak, silny rozwojowy wymiar aktywności obronnej tworzy bogactwo obron wraz z ich konstruktywnym rodzajem; słaby rozwojowy wymiar aktywności obronnej – ubóstwo obron oraz konstruktywny ich rodzaj; silny nierozwojowy wymiar aktywności obronnej stanowi połączenie ubóstwa obron wraz z ich niekonstruktywnym wymiarem, a słaby nierozwojowy wymiar aktywności obronnej – bogactwo obron wraz z ich niekonstruktywnym rodzajem.

Poczucie koherencji a adolescencja

Antonovsky (2005) zakłada, że dychotomiczny podział na zdrowie i chorobę (model patogenetyczny) jest nie do końca właściwy i wyczerpujący, dlatego proponuje on model salutogenetyczny (zorientowany na zdrowie), w którym to zdrowie i choroba stanowią kontinuum, a dana osoba może znajdować się w różnym jego miejscu. Zdrowie określone jest jako proces przemieszczania się na tym kontinuum, a nie jako stan lub stały zasób. Na przebieg powyższego procesu mają wpływ następujące czynniki: wsparcie społeczne, obrane przez jednostkę strategie radzenia sobie, zaangażowanie i spójność ja oraz kontekst społeczno-kulturowy (Antonovsky, za: Heszen, Sęk, 2008). Ponadto niezwykle ważnym założeniem autora jest to, że normalne funkcjonowanie osoby polega na dynamicznym stanie chwiejnej równowagi (Antonovsky, 2005).

Jak pisze Antonovsky (2005):

poczucie koherencji jest globalną orientacją człowieka, wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania. (s. 34)

Składniki poczucia koherencji to: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności, poczucie sensowności (Antonovsky, 2005).

Badania pokazują, że poczucie koherencji pozytywnie oraz w sposób pośredni i bezpośredni wpływa na zdrowie, efektywność radzenia sobie oraz warunkuje pierwotną ocenę stresorów (Sęk, Pasikowski, 2001). Rozwija się ono w toku socjalizacji. Wpływ na jego powstanie ma kontekst historyczny w życiu człowieka, oddziaływania środowiska czy kontekst społeczno-kulturowy, a w tym wzorce wychowawcze lub systemy ról, także przypadkowe wydarzenia (Antonovsky, za: Sęk, Pasikowski, 2001). Jak twierdzi Antonovsky (2005), w toku socjalizacji powstaje także osobiste doświadczenie, które u poszczególnych osób może różnić się poziomem spójności, równowagą pomiędzy niedociążeniem a przeciążeniem oraz udziałem w podejmowaniu decyzji. Osoby, u których stwierdzono silne poczucie koherencji, charakteryzują się podwyższonymi wszystkimi trzema skalami – i na odwrót, osoby, które przejawiają niskie poczucie koherencji, mają obniżone wyniki we wszystkich czynnikach. Korelacje między wszystkimi składnikami SOC są silne.

Antonovsky (2005) za predyktory poczucia koherencji uważa kulturę, klasę społeczną i historię. Wymienia wzorce kształtowania SOC w okresie dorastania, jednak zaznacza, że siła poczucia koherencji u adolescentów może być niestała, a dopiero wejście w określone role w wieku dorosłym pomaga (lub nie) wzmocnić (osłabić) nadać tym cechom ostateczny kształt. Uważa, że to, co dzieje się w życiu nastoletniej osoby wpływa na budowanie poczucia koherencji. Zdaniem Antonovsky'ego (2005), pierwsza warstwa postawy wobec świata (cechująca się poczuciem sensowności, zrozumiałości i zaradności) formuje się w dzieciństwie, natomiast w okresie adolescencji można mówić o kolejnym etapie rozwoju tych postaw.

Zwoliński (1999) twierdzi, że subiektywna analiza własnego zdrowia jest pozytywnie związana z poczuciem koherencji u młodzieży i u osób dorosłych, a badania Frączka i Zwolińskiego (1999) wskazują, że największa korelacja poczucia koherencji – zarówno w całości, jak i w poszczególnych jej czynnikach, została uzyskana, badając poziom satysfakcji z życia u adolescentów, a także, że silne poczucie koherencji predysponuje do małych tendencji do autoagresji i izolacji.

Sęk (2001) wskazuje też na różne badania na temat związku poczucia koherencji z zaburzeniami. I tak, wysokie wyniki w pomiarach poczucia koherencji tworzą odwrotnie proporcjonalny związek z depresją i lękiem (od -0,60 do -0,76, gdy $p = 0,001$). SOC (całościowo oraz konkretne czynniki SOC) działają przeciw negatywnym emocjom i patologiom związanym z zaburzeniami lękowymi czy depresyjnymi.

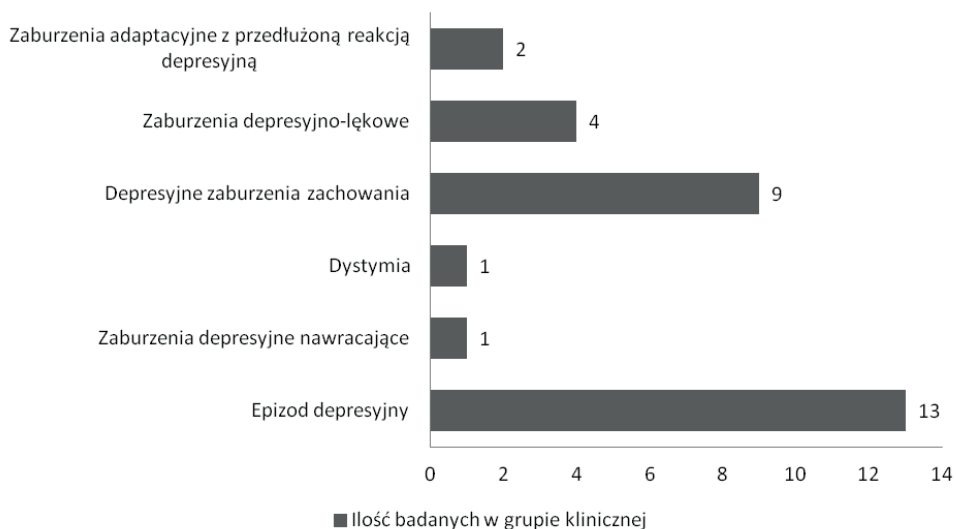
METODA

Osoby badane

Badania zostały przeprowadzone młodzieży (60 osób) w wieku 15–20 lat ($M = 17,48$, $SD = 1,38$). Grupa kliniczna została wyłoniona wśród pacjentów Oddziału Dziennego Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży „Młodzieżowy Port” w Gdańskim Centrum Zdrowia oraz wśród pacjentów Oddziału Młodzieżowego Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. T. Bilikiewicza w Gdańsku, natomiast grupa kontrolna to uczniowie trójmiejskich i szczecińskich szkół, u których nie stwierdzono żadnych zaburzeń natury psychicznej.

Wśród 30 osób z grupy kontrolnej było 22 dziewcząt i ośmiu chłopców w wieku 15–20 lat ($M = 17,73$, $SD = 1,36$). Grupa kliniczna to także 30 osób (w tym 21 dziewcząt) w wieku 15–20 lat ($M = 17,23$, $SD = 1,38$) ze zdiagnozowanymi zaburzeniami depresyjnymi.

W grupie klinicznej (rysunek 1) można wyróżnić osoby z tzw. czystą depresją: epizodem depresyjnym umiarkowanym (13 osób, w tym jedna osoba z podejrzeniem nieprawidłowo kształtującej się osobowości), zaburzenia depresyjne nawracające – obecnie epizod depresyjny umiarkowany (jedna osoba), dystymia (jedna osoba), lub z diagnozą zaburzeń depresyjnych mieszanych: depresyjne zaburzenia zachowania (dziewięć osób, w tym jedna osoba z podejrzeniem nieprawidłowo kształtującej się osobowości, zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane (cztery osoby), zaburzenia adaptacyjne z reakcją depresyjną przedłużoną (dwie osoby, w tym jedna osoba z podejrzeniem zaburzeń identyfikacji płciowej). Dwadzieścia jeden osób było hospitalizowanych po raz pierwszy na oddziale psychiatrycznym, dla czterech osób był to drugi pobyt, dla dwóch osób – trzeci, a dla trzech osób – pobyt czwarty.



Rysunek 1. Liczebność osób z poszczególnymi zaburzeniami w grupie klinicznej osób badanych.

Materiały i metody

W przeprowadzonym badaniu zastosowano *Kwestionariusz poczucia koherencji dla młodzieży* (SOC-13; wersja skrócona *Kwestionariusza orientacji życiowej* A. Antonovsky'ego w polskiej adaptacji Jelonkiewicz, Kosińskiej-Dec i Zwolińskiego) oraz *Kwestionariusz psychospołecznych i psychicznych obron młodzieży* (PSPDQ) A. Senejko. Dodatkowo badani wypełnili ankietę osobową dotyczącą danych socjodemograficznych. Osoba przeprowadzająca badanie miała także dostęp do kart pacjentów lub konsultowała się z psychologiem pracującym na oddziale, aby dokładnie określić diagnozę pacjentów.

SOC-13 to narzędzie samoopisowe posiadające 13 pozycji, do których badany powinien ustosunkować się, stosując skalę siedmiostopniową dyferencjału semantycznego. Każde z pytań jest przyporządkowane jednemu z trzech składników poczucia koherencji, czyli poczuciu zrozumiałości (pięć pytań, nr: 2, 6, 8, 9, 11), poczuciu sterowalności-zaradności (cztery pytania, nr: 3, 5, 10, 13) oraz poczuciu sensowności (cztery pytania, nr: 1, 4, 7, 12). Suma wszystkich pozycji daje wynik ogólnego poczucia koherencji.

PSPDQ to kwestionariusz, który diagnozuje rodzaje doświadczanych zagrożeń, stosunek wobec nich oraz czynności obronne, które są zaangażowane w radzenie sobie z tymi zagrożeniami. Osoba badana wymienia konkretne zagrożenie, które zostaje przyporządkowane do jednej z sześciu kategorii: problemy szkolne, rodzinne, z sympatią, incydenty społeczne, problemy egzystencjalne oraz towarzyskie. Następnie

ustosunkowuje się wobec niego na różnych poziomach: czy było to tylko zagrożenie, czy zagrożenie i wyzwanie, a także, jaka była jego siła i jak często doznaje poczucia zagrożenia. Następnie wymienia czynności obronne, korzystając z listy 48 reakcji na zagrożenie. Są one przyporządkowane do 16 rodzajów aktywności obronnej – osiem obron psychicznych (pięć niekonstruktywnych i trzy konstruktywne) i osiem obron psychospołecznych (cztery niekonstruktywne i cztery konstruktywne). Na końcu badany wymienia typowe sytuacje zagrożenia, odkąd jest w wieku dojrzewania oraz typowe obrony – na takiej samej zasadzie, jak powyżej.

Procedura

Badani z grupy klinicznej wypełniali kwestionariusze w obecności badającego podczas hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym (papier–ołówek), natomiast osoby z grupy kontrolnej – w miejscu zamieszkania (papier–ołówek lub wersja komputerowa). Opiekunowie osób niepełnoletnich musieli wyrazić zgodę na badanie swojego dziecka/podopiecznego.

WYNIKI

Analiza statystyczna testem t-Studenta wykazała, że grupa kliniczna oraz kontrolna nie różnią się istotnie pod względem wieku ($t(58) = 1,411, p = 0,164$), a analiza testem chi-kwadrat wykazała, że grupy nie różnią się także pod względem rozkładu czynnika płci ($\chi^2(1) = 0,082, p = 0,774$). Obie grupy nie różnią się też istotnie pod względem liczby posiadanego rodzeństwa ($t(58) = -1,254, p = 0,215$) i poziomu edukacji (*współczynnik kontyngencji*, (2) = 0,148, $p = 0,509$), jednak występuje istotne zróżnicowanie pod względem miejsca zamieszkania (*współczynnik kontyngencji*, (4) = 0,381, $p < 0,05$). Jeśli chodzi o wykształcenie rodziców, obie grupy nie wykazują istotnego zróżnicowania w przypadku wykształcenia matki (*współczynnik kontyngencji*, (4) = 0,196, $p = 0,665$), natomiast występuje istotna różnica w przypadku wykształcenia ojca (*współczynnik kontyngencji*, (3) = 0,354, $p < 0,05$).

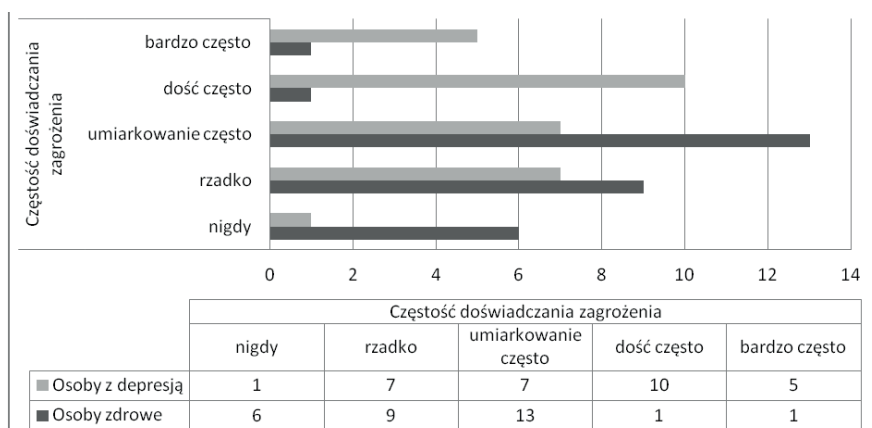
Tabela 1 oraz rysunek 2 przedstawiają analizę częstości doświadczania zagrożeń przez osoby badane, z podziałem na grupę kliniczną oraz kontrolną. Z analizy tej wynika, że aż 15 badanych z grupy klinicznej odpowiedziało, że doznaje zagrożenia dość często lub bardzo często, tymczasem ich rówieśnicy z grupy kontrolnej odpowiedzieli tak tylko w dwóch przypadkach. Umiarkowanie często zagrożenia doświadcza 13 osób z grupy kontrolnej i siedem z klinicznej. Nigdy lub rzadko poczucia zagrożenia doświadcza aż połowa badanych z grupy kontrolnej (15 osób)

i tylko osiem osób z grupy klinicznej. Analiza statystyczna wykazała, że młodzież z zaburzeniami depresyjnymi istotnie częściej czuje się zagrożona niż ich zdrowi rówieśnicy ($\chi^2(4) = 15,652$, $p < 0,01$).

Tabela 1

Częstość doznawania poczucia zagrożenia w grupie klinicznej i kontrolnej

	Częstość doświadczania zagrożenia					Ogółem
	nigdy	rzadko	umiarkowanie często	dość często	bardzo często	
Osoby zdrowe	6	9	13	1	1	30
Osoby z depresją	1	7	7	10	5	30
Ogółem	7	16	20	11	6	60



Rysunek 2. Częstość doznawania poczucia zagrożenia w grupie klinicznej i kontrolnej.

Analizie poddano różne wymiary stosowanych obron w obu grupach. Pierwszym z nich jest konstruktywność–niekonstruktywność. Nieistotne w obu grupach okazało się stosowanie obron konstruktywnych ($\chi^2(11) = 10,539$, $p = 0,483$). Jeśli chodzi o stosowanie obron niekonstruktywnych, wystąpiła istotna różnica pomiędzy grupą osób z depresją i osób zdrowych ($\chi^2(13) = 25,194$, $p = 0,022$) – aż osiem osób z grupy kontrolnej nie wymieniło żadnej obrony niekonstruktywnej (odpowiednio 1 osoba w grupie klinicznej), a tylko dwie osoby z tej grupy przekroczyły liczbę 8 obron niekonstruktywnych (odpowiednio było to 16 osób w grupie klinicznej). Drugim wymiarem jest stosowanie obron psychicznych (brak różnic między grupami; $\chi^2(12) = 20,405$, $p = 0,60$) i psychospołecznych (istotne różnice między grupami – osoby z grupy klinicznej częściej stosują ten typ obron; $\chi^2(9) = 17,823$, $p = 0,037$). Nieistotne w tych grupach okazało się rozróżnienie w stosowaniu psychicznych obron konstruktywnych ($\chi^2(6) = 5,113$, $p = 0,529$), psychicznych obron niekonstruktywnych ($\chi^2(10) = 14,444$,

$p = 0,154$) oraz psychospołecznych obron konstruktywnych ($\chi^2(6) = 5,139, p = 0,526$). Istotnie statystycznie okazało się stosowanie psychospołecznych obron niekonstruktywnych, które zdecydowanie przeważa w grupie klinicznej ($\chi^2 = 11,414, p = 0,044$).

Zbadano także zależność pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji oraz jego składnikami a częstością doświadczania zagrożenia i stosowanymi czynnościami obronnymi. Analiza korelacji Spearmana wykazała, że na poziomie istotnym statystycznie ($p < 0,005$) występuje umiarkowany ujemny związek ($r_s = -0,581$) między częstością doświadczania zagrożeń a ogólnym poczuciem koherencji, co oznacza, że im silniejsze poczucie koherencji, tym rzadziej jednostka doświadcza poczucia zagrożenia – i na odwrót, im słabsze poczucie koherencji, tym częstsze poczucie zagrożenia. Jeśli chodzi o poszczególne składniki poczucia koherencji (SOC), czyli poczucie zrozumiałości, zaradności-sterowalności oraz sensowności, istotna statystycznie korelacja z częstością doświadczanych zagrożeń ujawniła się we wszystkich przypadkach. Kolejno, dla poczucia zrozumiałości wynosi $-0,540$ ($p < 0,005$), dla poczucia zaradności-sterowalności $-0,501$ ($p < 0,005$), dla poczucia sensowności $-0,304$ ($p = 0,018$).

Za pomocą analizy regresji zbadano także, czy poczucie koherencji może stanowić predyktor częstości doświadczania zagrożeń. Wyniki okazały się istotne statystycznie dla całościowego poczucia koherencji ($R^2 = 0,366; \beta = -0,605, p = < 0,005$) oraz dla poczucia zrozumiałości ($R^2 = 0,385; \beta = -0,361, p = 0,009$), co oznacza, że silne poczucie zrozumiałości oraz ogólnie – całościowe poczucie koherencji może stanowić istotny predyktor rzadkiego doświadczania poczucia zagrożenia.

Za pomocą analizy korelacji Spearmana, zbadano także zależność między poczuciem koherencji i stosowaniem różnych kategorii czynności obronnych. Szczegółowo wszystkie te korelacje przedstawia tabela 2.

Tabela 2

Korelacja rho Spearmana pomiędzy poczuciem koherencji a stosowaniem różnych kategorii czynności obronnych

		Obrony konstruktywne	Obrony niekonstruktywne	Obrony psychiczne	Obrony psychospołeczne
Poczucie zrozumiałości	rho Spearmana	-0,069	-0,350**	-0,219	-0,228
	Istotność (dwustronna)	0,598	0,006	0,093	0,080
Poczucie zaradności	rho Spearmana	0,003	-0,369**	-0,257*	-0,246
	Istotność (dwustronna)	0,985	0,004	0,048	0,058

		Obrony konstruktywne	Obrony niekonstruktywne	Obrony psychiczne	Obrony psychospołeczne
Poczucie sensowności	rho Spearmana	0,374**	-0,287*	-0,073	0,084
	Istotność (dwustronna)	0,003	0,026	0,577	0,522
Całociowe poczucie koherencji	rho Spearmana	0,158	-0,428**	-0,216	-0,153
	Istotność (dwustronna)	0,227	0,001	0,098	0,242

Wszystkie istotne korelacje znajdują się na poziomie umiarkowanym (od 0,4) lub słabym (0,2–0,4). Stosowanie obron konstruktywnych dodatnio koreluje z poczuciem zrozumiałości u osób badanych ($r_s = 0,374$, $p = 0,003$). Obrony niekonstruktywne istotnie korelują ze wszystkimi czynnikami poczucia koherencji: z całociowym poczuciem koherencji ($r_s = -0,428$, $p = 0,001$), z poczuciem zaradności ($r_s = -0,369$, $p = 0,004$), z poczuciem zrozumiałości ($r_s = -0,350$, $p = 0,006$) i z poczuciem sensowności ($r_s = -0,287$, $p = 0,026$). Stosowanie obron psychicznych w niewielkim stopniu ujemnie koreluje jedynie z poczuciem zaradności ($r_s = -0,257$, $p = 0,048$), natomiast stosowanie obron psychospołecznych nie koreluje istotnie z żadnym wymienionym czynnikiem.

W analizie regresji wykazano, że silne poczucie zrozumiałości może być predyktorem stosowania konstruktywnych czynności obronnych ($R^2 = 0,236$; $\beta = 0,516$, $p = 0,002$). Słabe poczucie zaradności natomiast może być predyktorem stosowania niekonstruktywnych czynności obronnych, jednak jest to słaba zależność ($R^2 = 0,216$; $\beta = -0,274$, $p = 0,003$). Dla obron psychicznych i psychospołecznych nie znaleziono takich zależności.

Kolejna analiza dotyczy zależności poczucia koherencji oraz szczegółowych wymiarów stosowanych obron (tabela 3). Psychiczne obrony konstruktywne charakteryzują się słabą, lecz istotną zależnością z poczuciem sensowności ($r_s = 0,297$, $p = 0,021$). Psychiczne obrony niekonstruktywne ujemnie korelują ze wszystkimi wymienionymi czynnikami: z całociowym poczuciem koherencji ($r_s = -0,403$, $p = 0,001$), z poczuciem zaradności ($r_s = -0,349$, $p = 0,006$), z poczuciem zrozumiałości ($r_s = -0,353$, $p = 0,006$) i z poczuciem sensowności ($r_s = -0,262$, $p = 0,043$). Jeśli chodzi o psychospołeczne obrony konstruktywne, ich stosowanie istotnie pozytywnie koreluje z poczuciem sensowności ($r_s = 0,337$, $p = 0,008$), natomiast stosowanie psychospołecznych obron niekonstruktywnych istotnie ujemnie koreluje z całociowym poczuciem koherencji ($r_s = -0,337$, $p = 0,008$) oraz z poczuciem zaradności ($r_s = -0,292$, $p = 0,023$).

Tabela 3

Korelacja rho Spearmana pomiędzy pocuciem koherencji a stosowaniem szczegółowych kategorii czynności obronnych

		Obrony psychologiczne konstruktywne	Obrony psychologiczne niekonstruktywne	Obrony psychospołeczne konstruktywne	Obrony psychospołeczne niekonstruktywne
Pocucie zrozumiałości	rho Spearmana	0,023	-0,353**	-0,090	-0,251
	Istotność (dwustronna)	0,863	0,006	0,492	0,053
Pocucie zaradności	rho Spearmana	-0,004	-0,349**	-0,007	-0,292*
	Istotność (dwustronna)	0,976	0,006	0,957	0,023
Pocucie sensowności	rho Spearmana	0,297*	-0,262*	0,337**	-0,227
	Istotność (dwustronna)	0,021	0,043	0,008	0,081
Całociowe pocucie koherencji	rho Spearmana	0,153	-0,403**	0,132	-0,337**
	Istotność (dwustronna)	0,243	0,001	0,314	0,008

Wykonana analiza regresji liniowej wskazuje na wystąpienie niskiego poziomu pocucia zaradności jako słabego predyktora niekonstruktywnych obron psychicznych ($R^2 = 0,172$; $\beta = -0,206$, $p = 0,014$), natomiast silne pocucie sensowności okazało się predyktorem konstruktywnych obron psychospołecznych ($R^2 = 0,193$; $\beta = 0,467$, $p = 0,007$). Istotnym predyktorem stosowania niekonstruktywnych obron psychospołecznych okazało się słabe pocucie zaradności ($R^2 = 0,156$; $\beta = -0,297$, $p = 0,022$).

DYSKUSJA

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie wniosków dotyczących niektórych aspektów stosowania obron oraz pocucia zagrożenia u młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi i u młodzieży zdrowej, u której nigdy nie stwierdzono zaburzeń natury psychicznej, a także zależność tych czynników od pocucia koherencji. Badani mieli ustosunkować się do poszczególnych stwierdzeń znajdujących się w dwóch kwestionariuszach – SOC-13 i PSPDQ, co pozwoliło wysnuć poniższe konkluzje.

Analiza przeprowadzonych badań pozwala na sformułowanie kilku wniosków – pierwsze z nich dotyczą doświadczania pocucia zagrożenia. Młodzież z zaburzeniami depresyjnymi subiektywnie dużo częściej doświadcza pocucia zagrożenia

niż osoby zdrowe. Wydaje się być to uzasadnione, odwołując się np. do triady poznawczej Becka, która mówi o tym, że do powstania depresji przyczyniają się m.in. negatywne myśli na temat własnego ja, bieżących doświadczeń i przyszłości (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003). Negatywne przekonania na temat bieżących doświadczeń przejawiają się błędną interpretacją drobnych utrudnień jako przeszkód nie do pokonania czy negatywną interpretacją pozytywnych doświadczeń. To, co dla osoby zdrowej stanowi wyzwanie, dla osoby z depresją może być ogromnym zagrożeniem, stąd liczne odpowiedzi *często lub bardzo często doświadczam poczucia zagrożenia* u adolescentów z grupy klinicznej. Wykazano także, że często poczucia zagrożenia doznają osoby o słabym poczuciu koherencji. Można to tłumaczyć tym, że młodzież, która subiektywnie często doznaje poczucia zagrożenia, może mieć bardzo słabe przekonania (lub nie mieć ich w ogóle) dotyczące przewidywalności i stałości napływających bodźców i dostępności zasobów, ale także może mieć bardzo niską motywację do walki z zagrożeniem. Badania Pasikowskiego (2000) potwierdzają, że istnieje ujemna zależność między silnym poczuciem koherencji a postrzeganiem wydarzenia stresowego jako zagrożenia, natomiast istnieje dodatnia korelacja między silnym poczuciem koherencji a postrzeganiem wydarzenia stresowego jako wyzwania. Analiza badań własnych doprowadziła też do wniosków, że istotnym predyktorem częstego poczucia zagrożenia jest słabe poczucie zrozumiałości, czyli to, w jakim stopniu osoba postrzega bodźce zewnętrzne i wewnętrzne – jako chaotyczne i nieuporządkowane czy jako spójne (Antonovsky, 2005).

Kolejnym wnioskiem jest to, że osoby młode z zaburzeniami depresyjnymi dużo częściej stosują niekonstruktywne metody obronne, czyli takie, które nie służą ich rozwojowi i zazwyczaj nie pomagają przystosować się do sytuacji (Senejko, 2010). Badania Radziwiłłowicz i Wilczewskiej (2006) na grupie młodzieży po próbach samobójczych potwierdziły także, że istotnie częściej osoby z tej grupy stosowały niekonstruktywne czynności obronne. Może wynikać to z nieumiejętności przystosowania się do trudnych sytuacji (zagrożeń) i radzenia sobie z nimi, co wynika z kontekstu m.in. rodzinnego. Jeśli chodzi o niskie poczucie koherencji i jego składników, wiąże się ono ze stosowaniem obron niekonstruktywnych. Prawdopodobnie badane osoby, przy niskim poczuciu motywacji poradzenia sobie, zrozumienia sytuacji czy odnajdywania zasobów nie będą potrafiły konstruktywnie rozwiązać swojego problemu, co ściśle wiąże się z teorią Antonovsky'ego (2005). Osoba, dla której świat jest chaotyczny i niezrozumiały oraz nie widzi sensu walki z problemem, będzie poddawała się sytuacji i sięgała po czynności, które mogą przynieść tylko pozorną ulgę, ale na pewno nie przyczynią się do rozwoju i realnego poradzenia sobie. Głównie u osób ze słabym poczuciem zaradności możemy przewidywać stosowanie nierozwojowych form radzenia sobie.

Jeśli chodzi o stosowanie obron konstruktywnych, wiążą się one z poczuciem zrozumiałości u osób badanych – ta zmienna poznawcza pozwala trzeźwo ocenić sytuację i wyznacza być może bardziej racjonalne i długofalowe radzenie sobie.

Istotne wśród osób z grupy klinicznej okazało się stosowanie obron psychospołecznych, zwłaszcza niekonstruktywnych. Zaliczymy do nich m.in. intensywne życie chwilą czy dewaluacyjne formy aktywności, co może wiązać się ze współwystępującymi zaburzeniami eksternalizacyjnymi (wiele z osób badanych miało diagnozę depresyjnych zaburzeń zachowania, co może wiązać się z agresją lub niedostosowaniem społecznym) lub zaburzeniami internalizacyjnymi (charakterystyczną obroną dla tej grupy mogą być pasywne lub unikowe czynności), które wiążą się ze społecznym wycofywaniem się osób z depresją. Wykazano też, że to właśnie osoby, które najczęściej stosują wyżej wymienione obrony, mogą przejawiać niskie poczucie zaradności. Ten składnik poczucia koherencji wpływa także na stosowanie psychicznych obron niekonstruktywnych.

Wyniki te mogą pośrednio potwierdzać badania opisane przez Sęk (2001), które wykazały, że niskie poczucie koherencji oraz jej poszczególnych składników wpływa na takie niekonstruktywne sposoby radzenia sobie, jak: strategie nastawione na emocje, strategie unikania oraz rezygnacja.

PODSUMOWANIE

Zdolność konstruktywnego radzenia sobie odgrywa istotną rolę w zachowaniu zdrowia, przede wszystkim psychicznego. Stosowanie przez młodzież obron konstruktywnych pełni rolę adaptacyjną, przystosowawczą do trudnej sytuacji. Osoby, które mają skłonność ku temu, by stosować obrony niekonstruktywne, mogą być bardziej podatne na zaburzenia. Przeprowadzone badania skupiły się na aspekcie relacji zaburzeń depresyjnych u adolescentów i ich sposobami radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, a także na zależności poczucia koherencji i stosowania czynności obronnych. Badania te pokazują, że badane osoby z depresją dużo częściej subiektywnie doznawały poczucia zagrożenia niż osoby zdrowe. Także stosowały więcej niekorzystnych, niekonstruktywnych obron, które mogły powodować niekorzystne rozwiązanie problemu, większe uwikłanie się w nim, jak również nie służyły one rozwojowi badanych. Jak pokazała analiza wyników badań, poczucie koherencji może mieć także wpływ na stosowanie obron przez młodych ludzi. W wielu przypadkach poczucie koherencji oraz jego poszczególnych składników miało istotny wpływ na częstość odczuwania zagrożenia, a także na stosowane obrony.

Bez wątpienia konieczne są dalsze badania pogłębiające ten temat, których wyniki mogą przyczynić się np. do rozwoju dokładniejszego procesu diagnostycznego i terapeutycznego. Jak twierdzi Radziwiłłowicz i Wilczewska (2006), rozpoznawanie takich kwestii jak poczucie beznadziejności oraz przekonania o tym, że nie można poradzić sobie z trudnymi sytuacjami, może wpływać na próby złagodzenia deficytów społecznych i poznawczych u młodzieży z problemami dotyczącymi umiejętności radzenia sobie.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Brent, D. A., Pan, L. (2011). Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży. W: M. H. Ebert, B. B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman (red.), *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu* (t. 1, s. 265–270). Lublin: Czelej.
- Brzezińska, A. (2000). *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Scholar.
- Erikson, E. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Rebis.
- Evans, A. S., Frank, S. J. (2004). Adolescent depression and externalizing problems: Testing two models of comorbidity in a inpatient sample. *Adolescence*, 39(153), 1–18.
- Frączek, A., Zwoliński, M. (1999). Some childhood predictors of the sense of coherence (SOC) in young adults: A follow-up study. *Polish Psychological Bulletin*, 30(4), 263–270.
- Heszen, I., Sęk, H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kendall, P. (2004). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kiejna, A. (2009). *Współchorobowość zaburzeń psychicznych. Dane epidemiologiczne. Materiały z IV Konferencji Dydaktycznej Psychiatria. 22–23 października 2009*, Gdańsk: Via Medica.
- Pużyński, S. (red.). (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków–Warszawa: Wydawnictwo Vesalius.
- Pasikowski, T. (2000). *Stres i zdrowie*. Poznań: Humaniora.
- Rabe-Jabłońska, J. (2004). Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży* (s. 324–335). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Radziwiłłowicz, W. (2010). *Depresja u dzieci i młodzieży. Analiza systemu rodzinnego – ujęcie kliniczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Radziwiłłowicz, W., Sumiła, A. (2006). *Psychopatologia okresu dorastania. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Radziwiłłowicz, W., Wilczewska, B. (2006). Sytuacje trudne i sposoby radzenia sobie z nimi przez młodzież podejmującą próby samobójcze. W: W. Radziwiłłowicz, A. Sumiła

- (red.), *Psychopatologia okresu dorastania. Wybrane zagadnienia* (s. 215–251). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Rohde, R., Lewinsohn, P. M., Seeley, J.R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 214–222.
- Seligman, M., Walker, E., Rosenhan, D. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Senejko, A. (2010). *Obrona psychologiczna jako narzędzie rozwoju na przykładzie adolescencji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (2001). Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 23–42). Poznań: Humaniora.
- Sęk, H., Pasikowski T. (red.). (2001). *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań: Humaniora.
- Zwoliński, M. (1999). Sense of Coherence (SOC) and coping styles in senior adolescent. *Polish Psychological Bulletin*, 30(4), 291–293.

EWA SKIMINA, JOANNA LIBICKA

ewa.skimina@gmail.com, joanna.libicka@gmail.com

Instytut Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

O BRAZ SIEBIE I DOŚWIADCZANIE WŁASNEGO CIAŁA U MŁODYCH KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

RECENZJA

Recenzent: dr Małgorzata Starzomska

Celem artykułu pt. *Obraz siebie i doświadczanie własnego ciała u młodych kobiet z zaburzeniami odżywiania* jest zaprezentowanie wyników w zakresie związku pomiędzy obrazem siebie posiadanym przez młode kobiety cierpiące na zaburzenia odżywiania a doświadczaniem przez nie ich cielesności. Badaniem objęto grupę 23 kobiet z zaburzeniami odżywiania, w tym cztery kobiety z bulimią, pięć kobiet z anoreksją i sześć kobiet z EDNOS. Reszta badanych kobiet, spełniała kryteria zaburzeń jedzenia według klasyfikacji ICD-10. Zastosowano dwukrotnie *Test przymiotnikowy ACL Gougha* i Heilbrunna w tłumaczeniu Z. Płużek oraz raz – *Kwestionariusz ja cielesnego* O. Sakson-Obady. Uzyskane wyniki potwierdzają istnienie różnic w obrazie siebie u młodych kobiet chorujących na zaburzenia jedzenia i zdrowych psychicznie. Wyniki badań wykazały, że pacjentki z zaburzeniami odżywiania cechują się słabym ja cielesnym oraz że istnieją zależności pomiędzy pewnymi aspektami obrazu siebie, jak np. potrzeba afiliacji, potrzeba podporządkowania czy negatywna samoocena, a siłą funkcji deklaratywnego ja cielesnego oraz zaburzeniami poszczególnych funkcji. Autorki wskazują na terapeutyczne implikacje uzyskanych wyników. Artykuł wnosi dużo wartościowych informacji do stanu badań na temat zaburzeń odżywiania, a na szczególną uwagę zasługuje możliwość wykorzystania uzyskanych wyników w praktyce. Z tego względu zasługuje za zaprezentowanie środowisku naukowemu oraz na publikację w czasopiśmie naukowym.

Celem pracy jest przedstawienie sposobu doświadczania swojego ciała oraz jego związku z obrazem siebie u młodych kobiet cierpiących na zaburzenia jedzenia poprzez porównanie ich ze zdrowymi kobietami z tej samej grupy wiekowej. Badanie internetowe objęło 23 kobiety chorujące na zaburzenia odżywiania (spełniające kryteria diagnostyczne anoreksji, bulimii lub innych zaburzeń odżywiania według ICD-10) w wieku 17–25 oraz 24 ich zdrowe rówieśniczki. Dwukrotne badanie testem przymiotnikowym ACL Gougha i Heilbrunna (w wersji ja realne oraz ja pożądane społecznie) wykazało różnice między grupami w obrazie siebie. Kobiety z ED przedstawiały siebie w bardziej negatywnym świetle, jako mało wytrwałe, mało kobiece, mające trudności w relacjach z innymi ludźmi, ale także jako autonomiczne, otwarte w myśleniu i spostrzeganiu. Wyniki uzyskane przez nie w *Kwestionariuszu ja cielesnego* Sakson-Obady ujawniły liczne zaburzenia w każdej sferze funkcjonowania ja fizycznego, czyli w odbiorze bodźców z zewnątrz i z wnętrza ciała, ich interpretacji oraz regulacji.

Słowa kluczowe: ja cielesne, obraz siebie, zaburzenia odżywiania się

Doświadczenie własnej cielesności jest pojmowane w kilku kategoriach: schemat ciała (*body schema*), ja cielesne (*body self*), obraz ciała (*body image*) czy pojęcie ciała (*body concept*; Brytek-Matera, Rybicka-Klimczyk, 2009). Ja cielesne jest konstruktem najbardziej złożonym. Stanowi kombinację psychicznego doświadczenia wrażeń płynących z ciała, funkcjonowania ciała oraz obrazu ciała, podczas gdy pozostałe dotyczą przede wszystkim reprezentacji poznawczych różnych jego aspektów (Lichtenberg, za: Krueger, 2002). Ja cielesne jest uznawane za podstawę obrazu siebie (Siek, za: Brytek-Matera, Rybicka-Klimczyk, 2009), co uzasadnia rozważanie zależności pomiędzy aspektami tego pierwszego (w szczególności zaś zaburzeniami w jego funkcjonowaniu) i reprezentacją psychiczną własnej osoby.

Dotychczasowe badania dotyczące cielesności u osób dotkniętych zaburzeniami odżywiania skupiały się głównie na obrazie ciała (Brytek-Matera, 2011; Brytek-Matera, Schlitz, 2011) lub schemacie ciała (Guardia, Luyat, M., Cottencin, 2011; Urgesi i in., 2010). Autorki niniejszej pracy zwróciły uwagę na doświadczenie własnego ciała w kontekście ja cielesnego. Za podstawę teoretyczną przyjęły koncepcję Sakson-Obady, która definiuje je jako: „element struktury Ja, organizujący doświadczenia cielesne w postaci reprezentacji, których jakość wyznacza sposób przeżywania siebie, czyli fizyczne poczucie własnej tożsamości” (Sakson-Obada, 2009, s. 98). Do funkcji ja cielesnego zalicza ona doznawanie bodźców z wnętrza ciała i będących wynikiem pobudzenia eksteroreceptorów oraz ich integrację, kolejno w postaci: schematów sensomotorycznych (np. stanów fizycznych i emocjonalnych), następnie reprezentacji słownych stanu cielesnego (interpretacja doznań), a w końcu wiedzy na temat przyczyn i sposobów radzenia sobie z nimi (regulacja). Adekwatna integracja doznań odbieranych przez organizm (siła funkcji ja cielesnego) połączona z pozytywnym stosunkiem do własnego ciała przyczynia się do nawiązywania kontaktu z drugim człowiekiem bez poczucia zagrożenia oraz do powstania kompetencji samoopiekuńczej (Sakson-Obada, 2009).

Podążając za koncepcją Sakson-Obady, autorki położyły nacisk na fizyczne aspekty funkcjonowania ja cielesnego, związane z odbiorem i przetwarzaniem przez organizm docierających do niego bodźców. Stanowią one bowiem podstawę do rozwoju bardziej złożonych komponentów doświadczenia swojego ciała, takich jak: akceptacja cielesności, przeżywanie intymności z osobami płci przeciwnej, eksponowania kobiecości czy stosunku do jedzenia i wagi ciała. Mirucka wykazała, że u kobiet chorujących na ED występują w różnym stopniu zaburzenia w tych sferach ja cielesnego (2006).

Zaburzenia interoceptywne są uznawane za istotny przejaw anoreksji i bulimii. W *Kwestionariuszu zaburzeń odżywiania się EDI* została im poświęcona skala o nazwie deficyty interoceptywne. Składa się ona jedynie z ośmiu itemów i wyraża

zakłopotanie spowodowane brakiem kontroli nad chaosem wrażeń pochodzących z ciała. Posługując się tą skalą, Izydorczyk (2011) wykazała, że zaburzenia interocepcji są częstsze i bardziej nasilone u pacjentek z anoreksją niż u kobiet chorujących na bulimię.

W obrazie siebie autorki uwzględniły obok ja realnego konstrukt nazwany ja pożądanym społecznie. Tworzy je zbiór cech, które jednostka chciałaby posiadać w oczach innych osób. Autorki wprowadzają pojęcie poziomu samoakceptacji w funkcjonowaniu społecznym na określenie rozbieżności pomiędzy ja realnym a ja pożądanym społecznie.

Cel badań

Celem badania była analiza zależności pomiędzy obrazem siebie posiadanym przez młode kobiety cierpiące na zaburzenia odżywiania a doświadczaniem przez nie ich cielesności. Określenie obszarów zaburzeń w funkcjonowaniu ciała kobiet z ED może pomóc we wskazaniu kierunków pracy terapeutycznej zmierzającej do poszerzenia ich świadomości własnego ciała. Natomiast powiązanie tych zaburzeń z aspektami osobowości pomoże lepiej zrozumieć ich funkcjonowanie jako systemu, w którym przenikają się sfery osobowościowa, emocjonalna oraz fizyczna. W oparciu o literaturę przedmiotu postawiono następujące hipotezy badawcze: (1) Obraz siebie u młodych kobiet z zaburzeniami jedzenia różni się od obrazu siebie kobiet z grupy kontrolnej; (2) Kobiety chorujące na zaburzenia odżywiania cechuje niższy poziom samoakceptacji w funkcjonowaniu społecznym; (3) Kobiety z ED wykazują słabsze deklaratywne ja cielesne od kobiet zdrowych; (4) Odczuwają dyskomfort w sytuacjach bliskości fizycznej; (5) Mają niskie kompetencje samoopiekuńcze; (6) Istnieje związek między niektórymi aspektami obrazu siebie a funkcjami ja cielesnego.

METODA

Osoby badane

Badaniem objęto grupę 23 kobiet z zaburzeniami odżywiania (średnia wieku 20,6). Dobór grupy miał charakter celowy. Prośbę o wzięcie udziału w badaniu skierowano do młodych kobiet, udzielających się na forach dla cierpiących na ED. Cztery kobiety miały diagnozę bulimii psychicznej, pięć kobiet – diagnozę anoreksji psychicznej, sześć – innych zaburzeń odżywiania. Pozostałe osiem kobiet, bez diagnozy lekarskiej, spełniało kryteria diagnostyczne anoreksji lub bulimii według klasyfikacji ICD-10. Średnia BMI kobiet z tej grupy w czasie badania (po lub

w trakcie terapii) wynosiła 20,5 kg/m², natomiast średnia najniższego osiągniętego przez nie BMI podczas choroby wynosiła 16,7 kg/m². Grupę kontrolą stanowiły 24 kobiety niewykazujące objawów zaburzeń odżywiania według ICD-10, dobrane ze względu na wiek (średnia wieku 21,5). BMI wynosiła 19,8 kg/m², natomiast średnia najniższego osiągniętego BMI – 18,6 kg/m².

Zastosowane metody

Do zbadania obrazu siebie wykorzystano *Test przymiotnikowy ACL Gougha* i Heilbrunna w tłumaczeniu Z. Płużek. Aby otrzymać obraz ja realnego, zwrócono się do osób badanych o zaznaczenie cech, które posiadają. Ja pożądane społecznie mierzono, używając instrukcji: Zaznacz przymiotniki, które dotyczą tego, jak chciałabyś, by postrzegali Cię inni ludzie.

Dwukrotne badanie testem przymiotnikowym rozdzielone zostało *Kwestionariuszem ja cielesnego* O. Sakson-Obady. Narzędzie to autorka skonstruowała w oparciu o swoją roboczą definicję ja cielesnego, odnoszącą się do funkcji przez nie pełnionych. Składa się na nie 10 skal. Siłę funkcji ja cielesnego wyraża średnia pierwszych siedmiu z nich: podwyższone progi doznań, obniżone progi doznań, interpretacja doznań w kategoriach emocji, interpretacja doznań w kategoriach stanów fizycznych, Interpretacja doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej, regulacja emocji oraz regulacja stanów fizycznych. Skala 8 dotyczy akceptacji własnego ciała, natomiast 9 (komfort w sytuacji bliskości fizycznej innych osób) i 10 (ochrona własnego ciała) odpowiadają aspektom, w których siła ja cielesnego wraz ze stosunkiem emocjonalnym do własnego ciała mogą się manifestować.

Rozdzielenie badań testem przymiotnikowym za pomocą *Kwestionariusza ja cielesnego* miało zminimalizować ryzyko porównania przez osoby badane dwóch obrazów ja – realnego i pożądanego społecznie lub też odruchowego zaznaczania w drugim badaniu tych samych przymiotników, co poprzednio. Układ ten zapewniał odbiór dwukrotnego badania ACL jako oddzielnych pomiarów, nie zaś dwóch części jednego. Sprawiał także, że całość badania była mniej monotonna.

Badanie zostało uzupełnione o ankietę zawierającą pytania o zmienne socjodemograficzne, objawy zaburzeń odżywiania, przebieg choroby oraz stosunek do poglądów lansowanych przez społeczności pro-ana (anoreksja i bulimia jako styl życia, a nie choroba).

Całość została zamieszczona na stronie internetowej, do której link był przesyłany osobom badanym drogą mailową. Wszystkie narzędzia badawcze znajdowały się na jednej stronie, a osoba badana przechodziła do kolejnych pytań za pomocą suwaka.

WYNIKI

Otrzymane wyniki obu grup ze wszystkich narzędzi poddano testowi istotności różnic (t-Studenta dla prób niezależnych). Wykazane zostały istotne statystycznie różnice między młodymi kobietami z zaburzeniami odżywiania a grupą kontrolną w zakresie postrzegania siebie oraz w sposobie doświadczania własnego ciała. Uzyskane różnice w zakresie samoakceptacji w funkcjonowaniu społecznym okazały się nieistotne statystycznie.

Tabela 1

Test t-Studenta dla skal modus operandi Testu przymiotnikowego ACL w wariancie ja realne

	Średnie wyniki w skalach		Test t równości średnich	
	Grupa badawcza	Grupa kontrolna	t	Istotność (dwustronna)
Fav – liczba przymiotników pozytywnych	36,57	42,38	-2,233	0,031
Ufv – liczba przymiotników negatywnych	63,52	53,54	3,524	0,001
Com – typowość	29,87	39,42	-2,924	0,005

^aUwzględniono tylko istotne statystycznie wartości.

Tabela 2

Test t-Studenta dla skal potrzeb Testu ACL w wariancie ja realne

	Średnie wyniki w skalach		Test t równości średnich	
	Grupa badawcza	Grupa kontrolna	t	Istotność (dwustronna)
End – potrzeba wytrwałości	40,39	47,42	-2,564	0,014
Ord – potrzeba porządku	42,78	50,13	-2,876	0,006
Int – potrzeba rozumienia siebie i innych	37,43	46,21	-3,325	0,002
Nur – potrzeba opiekowania się	33,39	41,17	-3,422	0,001
Aff – potrzeba afiliacji	37,13	45,63	-2,704	0,010
Exh – potrzeba ujawniania się	53,91	47,04	2,347	0,023
Aut – potrzeba autonomii	58,39	47,38	5,268	0,000
Agg – potrzeba agresji	57,30	46,67	3,198	0,003
Cha – potrzeba zmiany	47,61	42,29	2,321	0,025
Def – potrzeba podporządkowania się	41,09	50,67	-4,090	0,000

^aUwzględniono tylko istotne statystycznie wartości.

Tabela 3

Test t-Studenta dla skal tematycznych testu przymiotnikowego ACL w wariancie ja realne

	Średnie wyniki w skalach		Test t równości średnich	
	Grupa badawcza	Grupa kontrolna	t	Istotność (dwustronna)
Crs – gotowość poddania się poradnictwu	55,83	48,38	2,647	0,011
S-Cn – samokontrola	43,26	52,79	-3,602	0,001
Cps – skala osobowości twórczej	52,30	47,46	2,107	0,041
Mls – skala zdolności przywódczych	36,87	43,38	-2,854	0,007
Fem – skala kobiecości	38,91	45,08	-2,739	0,009

^aUwzględniono tylko istotne statystycznie wartości.

Tabela 4

Test t-Studenta dla skal analizy transakcyjnej Testu przymiotnikowego ACL w wariancie ja realne

	Średnie wyniki w skalach		Test t równości średnich	
	Grupa badawcza	Grupa kontrolna	t	Istotność (dwustronna)
NP – wychowujący rodzic	36,61	45,38	-3,823	0,000
A – dorosły	40,39	46,13	-2,071	0,044

^aUwzględniono tylko istotne statystycznie wartości.

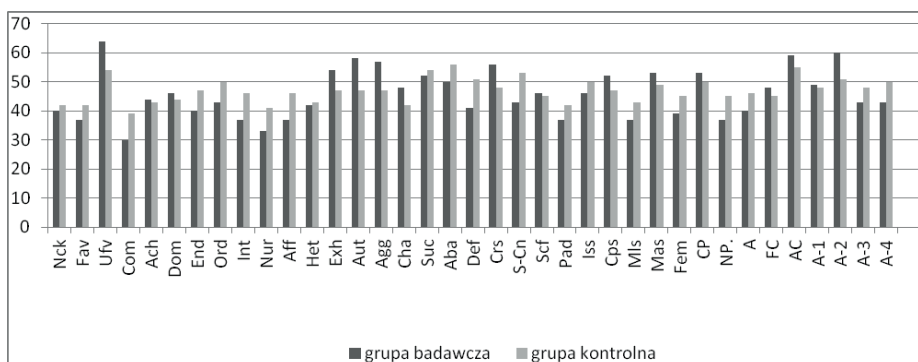
Tabela 5

Test t-Studenta dla skal oryginalności–inteligencji Testu przymiotnikowego ACL w wariancie ja realne

	Średnie wyniki w skalach		Test t równości średnich	
	Grupa badawcza	Grupa kontrolna	t	Istotność (dwustronna)
A-2 – wysoka oryginalność, wysoka inteligencja	60,30	50,96	3,414	0,001
A-4 – niska oryginalność, wysoka inteligencja	42,70	49,58	-2,918	0,005

^aUwzględniono tylko istotne statystycznie wartości.

Młode kobiety cierpiące na zaburzenia odżywiania otrzymały istotnie różne wyniki w 22 z 37 skal Testu przymiotnikowego ACL (w ośmiu skalach wyższe niż w grupie kontrolnej oraz w czternastu istotnie niższe).



Rysunek 1. Wyniki uzyskane w *Teście przymiotnikowym ACL* w grupie badawczej i w grupie kontrolnej.

Wyjaśnienie. Nck – całkowita liczba wybranych przymiotników, Fav – liczba przymiotników pozytywnych, Ufv – liczba przymiotników negatywnych, Com – typowość, Ach – potrzeba osiągnięć, Dom – potrzeba dominacji, End – potrzeba wytrwałości, Ord – potrzeba porządku, Int – potrzeba rozumienia siebie i innych, Nur – potrzeba opiekowania się, Aff – potrzeba afiliacji, Het – potrzeba kontaktów heteroseksualnych, Exh – potrzeba ujawniania się, Aut – potrzeba autonomii, Agg – potrzeba gresji, Cha – potrzeba zmiany, Suc – potrzeba wsparcia ze strony innych, Aba – potrzeba upokorzenia się, Def – potrzeba podporządkowania się, Crs – gotowość poddania się poradnictwu, S-Cn – samokontrola, Scf – zaufanie do siebie, Pad – przystosowanie osobiste, Iss – skala idealnego obrazu siebie, Cps – skala osobowości twórczej, Mls – skala zdolności przywódczych, Mas – skala męskości, Fem – skala kobiecości, CP – krytyczny rodzic, NP – wychowujący rodzic, A – dorosły, FC – wolne dziecko, AC – przystosowane dziecko, A-1 – wysoka oryginalność, niska inteligencja, A-2 – wysoka oryginalność, wysoka inteligencja, A-3 – niska oryginalność, niska inteligencja, A-4 – niska oryginalność, wysoka inteligencja.

Z uśrednionych wyników uzyskanych przez badane z zaburzeniami odżywiania w *Teście przymiotnikowym ACL* wyłania się obraz młodych kobiet dokonujących negatywnej samooceny – przewaga przymiotników negatywnych nad pozytywnymi. Dostrzegają one u siebie obniżoną samokontrolę – brak im wytrwałości, są zmienne i łatwo rozpraszające się, trudniej im się zdyscyplinować w dążeniu do osiągania odległych celów lub wypełnianiu swoich obowiązków – chcą szybkich efektów swoich działań, przez co miewają trudności z odraczaniem gratyfikacji, gorzej też radzą sobie ze stresem (End-, Ord-, A-4-, A-). W porównaniu ze swoimi zdrowymi rówieśniczkami częściej działają impulsywnie i nie zważają na konwenanse oraz zasady przyjęte w społeczeństwie, lubią współzawodniczyć i podejmować ryzyko, łatwiej też poddają się emocjom i mają większą potrzebę bycia w centrum uwagi otoczenia (A-2+, A-4-, S-Cn-, Agr +, Exh +). Kobiety cierpiące na zaburzenia jedzenia przedstawiają siebie jako osoby samowystarczalne, autonomiczne i stanowcze, o silnej woli i niechęci do podporządkowywania się, oryginalne w myśleniu i spostrzeganiu (A-2+, Aut+, Def-). W relacjach interpersonalnych także preferują autonomię – unikają bliskich więzi i intymności, obawiają się zaangażowania i są niepewne ludzkich intencji, dlatego trzymają innych na dystans, w sytuacjach towarzyskich nie czują się zbyt swobodnie (Int-, Nur-, Aff-, A-2+). Przypisują sobie również mniej cech uznawanych

stereotypowo za kobiece (Fem-). Wydają się także niezbyt zadowolone ze swojej obecnej sytuacji, stąd chęć do zmian, poszukiwanie różnorodności i ucieczka przed rutyną (Cha+, NP-, A-4-). Ponadto można zauważyć u nich większą wrażliwość na wartości estetyczne oraz twórczość (Cps+).

Mimo braku istotnych różnic w samoakceptacji w funkcjonowaniu społecznym, mierzonym jako rozbieżność między tym, jak badana postrzega siebie, a tym, jak chciałaby być postrzegana przez innych, warto zwrócić uwagę na różnicę między średnimi oraz rozstęp wartości w obu grupach. Średnia rozbieżność wśród kobiet cierpiących na zaburzenia jedzenia wyniosła 20, czyli osiągnęła górną granicę normy, natomiast w grupie zdrowych kobiet było to 16 pkt. W grupie badawczej rozstęp wyników wynosił od 11 do 36 pkt (z czego 35% było powyżej granicy normy, za którą przyjmuje się 20 pkt), w grupie kontrolnej z kolei od 0 do 24 pkt (25% wyników powyżej granicy normy). Możliwe jest, że nieistotność tych różnic spowodowana jest zbyt małą grupą badawczą, dlatego warto byłoby powtórzyć badania na większej liczbie osób.

Tabela 6

Test t-Studenta dla skal Kwestionariusza ja cielesnego i wskaźnika siły funkcji deklaratywnego ja cielesnego

	Średnie wyniki w skalach		Test t równości średnich	
	Grupa badawcza	Grupa kontrolna	t	Istotność (dwustronna)
Podwyższone progi doznań	2,43	1,58	4,156	0,000
Obniżone progi doznań	2,65	1,85	3,455	0,001
Interpretacja doznań w kategoriach emocji	3,49	2,58	3,284	0,002
Interpretacja doznań w kategoriach stanów fizycznych	2,99	2,14	4,272	0,000
Interpretacja doznań w kategoriach poczucia tożsamości fizycznej	2,98	1,63	5,388	0,000
Regulacja emocji	3,79	2,86	3,950	0,000
Regulacja stanów fizycznych	3,32	2,42	4,119	0,000
Stosunek emocjonalny do ciała	4,11	2,38	5,805	0,000
Komfort w sytuacji bliskości fizycznej	2,81	2,68	0,562	0,577
Ochrona ciała	2,76	2,37	1,831	0,074
Siła funkcji deklaratywnego Ja cielesnego	3,26	2,18	4,081	0,000

*Odpowiedzi w *Kwestionariuszu ja cielesnego* osoba badana zaznacza na skali pięciostopniowej; wynik dla skali stanowi średnia itemów wchodzących w skład skali, zatem mieści się on w przedziale <1;5>. Im wyższy wynik, tym więcej zaburzeń w danym obszarze funkcjonowania ja cielesnego.

Istotne różnice ujawniły się także w ośmiu z dziesięciu skal *Kwestionariusza ja cielesnego* oraz w zakresie wskaźnika siły funkcji deklaratywnego ja cielesnego. Kobiety z zaburzeniami jedzenia uzyskały istotnie wyższe wyniki w skalach pod-

wyższe progi doznań, obniżone progi doznań, interpretacja doznań w kategoriach emocji, interpretacja doznań w kategoriach stanów fizycznych, interpretacja doznań w kategoriach poczucia tożsamości, regulacja emocji, regulacja stanów fizycznych, stosunek emocjonalny do ciała. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami w skalach komfort w sytuacji bliskości fizycznej oraz ochrona ciała. Wskazuje to na słabsze niż u grupy zdrowych kobiet deklaratywne ja cielesne. Zgodnie z koncepcją Sakson-Obady oznacza to, że u kobiet z ED występują zaburzenia z zakresie rozpoznawania, rozumienia i regulacji własnych stanów emocjonalnych i fizycznych. Ponadto kobiety te cechują się zbyt dużą lub zbyt małą wrażliwością na bodźce zewnętrzne, w zależności od sytuacji, mają trudności z identyfikowaniem przyczyn własnych emocji bądź stanów fizycznych. Negatywny stosunek emocjonalny wobec własnego wyglądu wpływa dodatkowo na brak akceptacji swojego ciała i niezadowolienie ze sposobu jego funkcjonowania, jako niezrozumiałego i niepoddającego się kontroli. Nie udało się potwierdzić hipotezy, że słabe deklaratywne ja cielesne przekłada się na brak komfortu w sytuacjach bliskości fizycznej oraz niską kompetencję samoopiekuńczą.

Po dokonaniu analiz statystycznych ujawnione zostały istotne związki liniowe pomiędzy aspektami funkcjonowania ja cielesnego a pewnymi wymiarami osobowości (skale *Testu przymiotnikowego ACL*) rzędu nawet $-0,641$ przy poziomie istotności $0,01$. Potrzeba afiliacji koreluje ujemnie z interpretacją doznań w kategoriach emocji i poczucia tożsamości, regulacją stanów fizycznych i emocjonalnych, stosunkiem emocjonalnym wobec ciała i wskaźnikiem Siły funkcji ja cielesnego (od $-0,523$ do $-0,641$). Można uznać, że im niższa potrzeba licznych i pozytywnych relacji z innymi ludźmi, tym słabsze jest deklaratywne ja cielesne. Potrzeba podporządkowania i pełnienia podrzędnych ról w stosunkach z innymi koreluje ujemnie z interpretacją doznań w kategoriach poczucia tożsamości oraz siłą funkcji ja cielesnego (od $-0,587$ do $-0,614$). Liczba wybranych przymiotników negatywnych ma dodatni związek z siłą funkcji deklaratywnego ja cielesnego ($0,501$).

WYNIKI

Uzyskane wyniki potwierdzają przypuszczenia, że kobiety z zaburzeniami jedzenia inaczej niż ich zdrowe rówieśniczki postrzegają siebie, inaczej też odbierają własne ciało i jego funkcjonowanie. W związku z niejednorodną grupą badawczą (osoby badane z różnymi zaburzeniami odżywiania) nie jest możliwe przypisanie konkretnych cech obrazu siebie czy funkcjonowania ja cielesnego do danego zaburzenia. Dlatego też zebrany materiał można traktować jako spojrzenie na to, jak

mogą postrzegać siebie i swoje ciało kobiety borykające się z problemem ED, jakie cechy mogą być wspólne dla tej grupy zaburzeń.

Na pierwszy plan wysuwa się na pewno kwestia negatywnej samooceny – nie są to osoby zadowolone z siebie, ze swojej sytuacji – chcą zmian, obawiają się rutyny i stania w miejscu, co w kontekście zaburzeń jedzenia można postrzegać jako pragnienie zmiany wyglądu. To niezadowolenie widać także w ich percepcji własnego ciała – mają negatywny stosunek emocjonalny zarówno do jego wyglądu, jak i funkcjonowania.

Ważny wydaje się również aspekt samokontroli – badane przedstawiają siebie jako osoby niewytrwałe, zmienne i łatwo poddające się emocjom, skłonne do kłótni i z uporem broniące swojego zdania. Uważają się za impulsywne i rywalizujące, mające trudności z samodyscypliną i dążeniem do osiągnięcia odległych celów, co wydaje się korespondować z cechami indywidualnymi pacjentek z bulimią, przedstawionymi przez M. Wolską (za: Józefik, 1999).

W kontaktach społecznych kobiety z zaburzeniami odżywiania nie czują się swobodnie. Obawiają się intymności i zaangażowania, są niepewne co do intencji innych ludzi, więc trzymają ich na dystans. Nie wykazano jednak braku poczucia komfortu w sytuacjach bliskości fizycznej, co pozostaje w sprzeczności z rezultatami eksperymentu Warrena i Whanga (za: Morgado, Muller, Gentaz, Palluel-Germain, 2011). Wykazał on, że pacjentki z anoreksją w porównaniu ze zdrowymi kobietami znacznie przeceniają szerokość przejścia potrzebnego do minięcia dwóch osób stojących po obu jego stronach, a także, że jest ona tym większa, im dłużej pacjentka choruje i im mniejsza jest jej satysfakcja z własnego ciała. Być może różnice te wynikają z faktu, że osoby z grupy badawczej podczas badania były już w trakcie terapii lub ją ukończyły.

Brak różnic między grupami w skali ochrona ciała *Kwestionariusza ja cielesnego* może wynikać ze specyfiki itemów, składających się na nią. Dotyczą one bowiem m.in. wykonywania badań kontrolnych czy dbania o utrzymanie właściwej wagi ciała, co w przypadku kobiet leczących się na zaburzenia odżywiania może wpływać na to, że skala mierzy inną zmienną niż wynikająca z własnych potrzeb troska o ciało.

Istotnie wyższe wyniki w pozostałych skalach *Kwestionariusza ja cielesnego* w grupie badawczej, oznaczające wyższy poziom zaburzeń w sferach funkcjonowania ciała mierzonych przez poszczególne skale potwierdzają tezę o doznawaniu swojego ciała jako obcego przez pacjentki z zaburzeniami jedzenia (Brytek-Matera, 2011). Szczególne znaczenie ma tu zaburzenie poczucia tożsamości cielesnej. Separacja sfery psychicznej od ciała w zaburzeniach odżywiania często wiąże się z występowaniem dysocjacji. Reakcją na niechęć do ciała, będącą konsekwencją np. wykorzystania

seksualnego w dzieciństwie, jest oderwanie od niego emocji. Może to prowadzić do autoagresji, której jednym z przejawów są zaburzenia odżywiania (Starzomska, 2006).

Także trudności w rozpoznawaniu, nazywaniu i regulowaniu emocji zostały potwierdzone zarówno u pacjentek z anoreksją, jak i bulimią psychiczną w licznych badaniach (Płońska i in., Eizaguirre i in., Deborde i in., za: Brytek-Matera, Rybicka-Klimczyk, 2009).

Zgodnie z wynikami innych badań oraz obserwacjami klinicznymi, kobiety cierpiące na zaburzenia odżywiania wykazały znacznie bardziej negatywny stosunek emocjonalny do własnego ciała (Głębocka, Bednarska, 2005; Brytek-Matera, Rybicka-Klimczyk, 2009).

Interesującą różnicą między grupą badawczą i kontrolną jest podwyższona potrzeba autonomii u kobiet cierpiących na ED. Postrzegają one siebie jako samowystarczalne, stanowcze, o silnej woli, niezależne w spostrzeganiu i myśleniu. Z obserwacji klinicznych wynika, że kobiety cierpiące na anoreksję prezentują nieadekwatny obraz siebie w tej sferze, co prowadzi do porażek, frustracji, a przez to utrwalania niskiej samooceny (Głębocka, 2009).

Uzyskane wyniki są zgodne z otrzymywanymi w innych badaniach testem przymiotnikowym, w których u kobiet cierpiących na zaburzenia odżywiania zaznaczyły się takie cechy, jak: silna potrzeba autonomii, niepewność i dystans w relacjach z innymi osobami, zwłaszcza płcią przeciwną oraz negatywna samoocena (Chuchra, Pawłowska, Płotka, 2004; Gajewski, Pawłowska, 2009; Pawłowska, Chuchra, 2003).

PODSUMOWANIE

Uzyskane wyniki potwierdzają istnienie różnic w obrazie siebie u młodych kobiet chorujących na ED i niecierpiących na zaburzenia z tej grupy.

Pacjentki z zaburzeniami odżywiania cechują się słabym ja cielesnym, co wiąże się z niezdolnością do pełnienia funkcji ja cielesnego takich jak: odbiór bodźców pochodzących z wnętrza i z zewnątrz ciała, interpretacja, czyli nazywanie bodźców przy użyciu kategorii doznań fizycznych i emocjonalnych, jak również umiejętność dostrzegania przyczyn tych doznań i ich regulacji. Wpływa to na zaburzenie poczucia spójności z własnym ciałem, czyli doznawanie go jako integralnej części siebie. Kobiety te częściej niż kobiety zdrowe wykazują się nadwrażliwością lub brakiem wrażliwości na bodźce napływające do ich organizmu, niezdolnością do identyfikacji przyczyn pobudzenia (np. jako głodu lub zmęczenia), nazywania odczuwanych emocji, ich źródła oraz brakiem lub nieadaptacyjnymi strategiami regulacji afektu i potrzeb

cielesnych. Ich stosunek emocjonalny do ciała jest bardziej negatywny i wiąże się z niezadowolaniem z wyglądu oraz ze sposobu funkcjonowania ciała.

Badanie wykazało także, że istnieją zależności pomiędzy pewnymi aspektami obrazu siebie, jak np. potrzeba afiliacji, potrzeba podporządkowania czy negatywna samoocena, a siłą funkcji deklaratywnego ja cielesnego oraz zaburzeniami poszczególnych funkcji.

Otrzymane wyniki sugerują, że w terapii pacjentek z ED warto by uwzględnić oddziaływania ukierunkowane na zwiększenie świadomości funkcjonowania własnego ciała, a także rozwój inteligencji emocjonalnej. Mogłoby to stanowić podstawę do oswajania się ze swoim ciałem i poprawę uczuciowego stosunku do niego.

Autorki zwracają jednak uwagę na niedoskonałość swojej pracy: brak podziału grupy badawczej na konkretne zaburzenia jedzenia, sposób doboru próby (nieudający pewności co do jej wiarygodności), niedostateczna wielkość próby. Uzasadnione byłoby powtórzenie badania na grupie wolnej od tych ograniczeń.

BIBLIOGRAFIA

- Bomba, J., Józefik, B. (red.). (2003). *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
- Brytek-Matera, A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie*. Warszawa: Difin.
- Brytek-Matera, A. (2011). Postawy wobec ciała a obraz samych siebie u kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Badania na gruncie teorii rozbieżności Ja – Edwarda Tory Higginsa. *Psychiatria Polska*, 45(5), 671–682.
- Brytek-Matera, A., Rybicka-Klimczyk, A. (2009). *Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej*. Warszawa: Difin.
- Brytek-Matera, A., Schiltz, L. (2011). Association between attitudes towards body image, negative emotions about one's own body and self-state representations in a clinical sample of eating disordered women. *Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 37–43.
- Chuchra, M., Pawłowska, B., Płotka, A. (2004). Potrzeby własne i rodziców w percepcji kobiet z anoreksją. *Ann. UMCS Sect. D.*, 59(14), 308–313.
- Gajewski, J., Pawłowska, B. (2009). Psychologiczne i rodzinne uwarunkowania anoreksji typu przyczyszczającego. Analiza przypadku. *Badania Nad Schizofrenię*, 10(10), 263–271.
- Głębocka, A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Impuls.
- Głębocka, A., Bednarska, M. (2005). Wizerunek ciała u kobiet cierpiących na anoreksję. W: A. Głębocka, J. Kulbat (red.), *Wizerunek ciała. Portret Polek* (s. 79–93). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Guardia, D., Luyat, M., Cottencin, O. (2011). Anorexia nervosa, a body shape's story. *Correspondances En Metabolismes Hormones Diabetes Et Nutrition*, 15(9–10), 316–320.

- Izydorczyk, B. (2011). Psychologiczny profil cech ja cielesnego u młodych kobiet polskich – analiza porównawcza struktury ja cielesnego u kobiet chorych na zaburzenia odżywiania się i zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska*, 15(5), 653–670.
- Józefik, B. (red.). (1999). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Krueger, D. M. (2002). *Integrating body self and psychological self. Creating a new story in psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Mirucka, B. (2006). Przeżywanie własnego ciała przez kobiety z bulimią psychiczną. *Roczniki Psychologiczne*, 9(2), 81–99.
- Morgado, M., Muller, D., Gentaz, E., Palluel-Germain, R. (2011). Close to me? The influence of affective closeness on space perception. *Perception*, 40, 877–879.
- Pawłowska, B., Chuchra, M. (2003). Obraz siebie pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. *Ann. UMCS Sect. D.*, 58(13), 434–438.
- Sakson-Obada, O. (2009). *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa: Difin.
- Starzomska, M. (2006). Moje ciało jest złe: historia wykorzystania seksualnego i fizycznego u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania. *Dziecko Krzywdzone. Teoria Badania Praktyka*, 14, 49–60.
- Urgesi, C., Fornasari, L., De Faccio, S., Perini, L., Mattiussi, E., Ciano, R. i. in. (2011). Body schema and self-representation in patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(3), 238–248.

MAŁGORZATA UNRUG, MARTA MALESZA

marta.malesza@gmail.com

Uniwersytet Warszawski

RÓŻNICE W OSOBOWOŚCI I TEMPERAMENCIE OSÓB TRENUJĄCYCH SPORTY WALKI AMATORSKO I ZAWODNICZO

RECENZJA

Recenzent: prof. dr hab. Paweł Ostaszewski

Artykuł autorstwa Pani M. Unrug i Pani M. Maleszy jest raportem z badania dotyczącego problematyki psychologii sportu. W szczególności Autorki odnoszą się w nim do pytania, czy osoby trenujące sporty walki bez jednoczesnego uczestniczenia w walkach sportowych i osoby, które trenują i startują w zawodach, różnią się między sobą na kilku wymiarach temperamentu i osobowości. Zatem traktując problematykę badawczą całościowo, należy stwierdzić, że leży ona na styku psychologii sportu, psychologii różnic indywidualnych i psychologii osobowości. Podjęte przez Autorki zagadnienie jest ciekawe, brak jest bowiem doniesień badawczych, dotyczących tak specyficznej populacji, jaką są osoby trenujące nieolimpijskie sporty walki, kojarzone pozytywnie z samodoskonaleniem, ale także budzące skojarzenia negatywnie, z walkami ulicznymi, a nawet światem przestępczym.

Osoby badane reprezentowały różne style walki (Muay Thai, kickboxing, brazylijskie jiu-jitsu, Krav maga, MMA). Analizowano u nich cechy temperamentu wyróżniane w Regulacyjnej Teorii Temperamentu sformułowanej przez J. Strelaua, cechy osobowości należące do trójczynnikowego modelu zaproponowanego przez H. Eysencka, a także poziom lęku, jako cechy, zgodnie z modelem Ch. Spielbergera. Dobór mierzonych zmiennych należy uznać za teoretycznie uzasadniony. Wydaje się bowiem, że tak poziom lęku, jak i np. ekstrawersja czy reaktywność emocjonalna, mogą być czynnikami różnicującymi osoby, które chcą i które nie chcą startować w zawodach, co łączy się przecież z bardzo wysoką stymulacją. Z drugiej strony, cechy te mogą być także w pewnym stopniu odpowiedzialne za preselekcję w obrębie ogólnej populacji, osób, które w ogóle decydują się na rozpoczęcie treningów sztuk walki. Albowiem nie tylko zawody sportowe, ale i każdorazowy trening, zwłaszcza w dyscyplinach, z jakich rekrutowali się badani, łączy się z walką (nawet jeśli tylko pozorowaną, umożliwiającą ćwiczenie określonych umiejętności), a więc niesie ze sobą wysoką wartość stymulacyjną. Być może z tego powodu Autorki uzyskały potwierdzenie tylko kilku zależności. Z tej perspektywy patrząc, wydaje się, że badanie zyskałoby, gdyby włączono do niego osoby reprezentujące populację ogólną, o podobnym wieku i wykształceniu. Z drugiej strony, Badaczki postawiły sobie za cel analizę różnic między osobami startującymi i niestartującymi w zawodach i dobrały próbę adekwatnie do pytania badawczego. W kolejnych badaniach należałoby jednak uwzględnić także odniesienia do populacji ogólnej, a być może także do dyscyplin sportowych, w których rywalizacja nie polega na bezpośrednim kontakcie fizycznym zawodników (np. lekka atletyka, podnoszenie ciężarów i tym podobne sporty indywidualne).

Otrzymane zależności dotyczące większej wrażliwości sensorycznej i wyższego psychotyzmu osób startujących w zawodach, w porównaniu do osób niestartujących w zawodach, należy uznać za oczekiwane. Wyjaśnienia tych różnic zaoferowane przez Autorki w dyskusji są przekonujące. Natomiast wyższy poziom ekstrawersji amatorów względem zawodników jest zaskoczeniem tak dla mnie, jak i dla Badaczek. Osobiście z większą powściągliwością szukałbym wyjaśnień zaobserwowanego zróżnicowania, tak ze względu na założenia teoretyczne, jak i wyniki innych prac. Być może otrzymany wynik jest skutkiem jakiś innych, niekontrolowanych czynników i bez wątpienia wymaga replikacji w kolejnych badaniach.

Odbiorca tekstu przygotowanego przez Autorki powinien także wziąć pod uwagę pewną niezręczność w określeniu badanych grup mianem amatorów i zawodników. Zastosowane określenia nie oddają bowiem typowego sposobu ich rozumienia. Przeciwnieństwem amatorów nie są bowiem zawodnicy, a zawodowi sportowcy. Sport amatorski to sport, z którego uprawiania zawodnik nie czerpie korzyści finansowych (np. w amatorskich turniejach golfa zwycięzcy mogą jedynie otrzymywać nagrody rzeczowe). Jego przeciwnieństwem jest sport zawodowy, będący źródłem dochodu dla uprawiającego go zawodnika. W grupie sportowców amatorów mogą być tacy, którzy ograniczają się do ćwiczeń w duchu samodoskonalenia, poprawy indywidualnych umiejętności czy swojej sprawności, ale także osoby startujące w zawodach dla amatorów, bez nagród pieniężnych. W przypadku zawodników możemy mieć do czynienia potencjalnie z osobami startującymi w zawodach bez nagród pieniężnych (amatorzy) i z nagrodami pieniężnymi (zawodowcy). Autorki piszą, iż badani przez nie zawodnicy byli w większości amatorami. Zatem obie badane grupy były grupami amatorów, z tym, że członkowie jednej startowali w zawodach, a członkowie drugiej – nie.

Podsumowując, należy docenić trud, jaki został włożony przez Autorki w przeprowadzenie badania, co wiązało się z koniecznością odwiedzania klubów sportowych rozrzuconych po całej Polsce. Podjęły interesujący problem badawczy, którego realizację metodologiczną należy uznać za poprawną. Uzyskane przez nie wyniki przynoszą nowe informacje o bardzo rzadko badanej populacji osób uprawiających nieolimpijskie sporty walki, a także są źródłem nowych pytań i hipotez. Przygotowując recenzowany raport z badań, nie ustrzegły się drobnych niezręczności (np. problem rozróżnienia amatorów i zawodników), ale nie obniża to znacząco wartości ich dokonania naukowego.

Artykuł przedstawia badanie, którego celem była próba znalezienia zróżnicowania w nasileniu cech temperamentu i osobowości w grupach trenujących sporty walki (Muay Thai, kickboxing, brazylijskie jiu-jitsu, Krav maga, MMA) amatorsko i zawodniczo. Osobami badanymi była grupa 74 mężczyzn. Ich staż treningowy i poziom zaawansowania były zróżnicowane. Badania cech temperamentalnych przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza FCZ-KT Zawadzkiego i Strelaua, cechy osobowości sprawdzono kwestionariuszem EPQ-R Eysencka, Eysencka i Barretta, natomiast lęk, definiowany, jako cecha, zmierzono kwestionariuszem STAI Spielbergera. Stwierdzono istnienie różnic między grupą amatorską i zawodniczą w zakresie niektórych cech osobowości i temperamentu. W szczególności, zawodnicy wykazali wyższy poziom psychotyzmu i wrażliwości sensorycznej oraz niższe nasilenie ekstrawersji niż amatorzy.

Słowa kluczowe: psychologia sportu, osobowość zawodników sportów walki, różnice indywidualne, lęk, temperament

Sporty walki nie są żadną nowością. Były one obecne już w programie starożytnych igrzysk olimpijskich. Ówcześni zawodnicy rywalizowali w zapasach, boksie oraz pankratione. Dyscyplina ta była połączeniem boksu i zapasów, w której praktycznie nie obowiązywały żadne zasady (Poliakoff, 1995). Te usportowione techniki walki znalazły swoje miejsce również wśród dyscyplin współczesnych letnich igrzysk olimpijskich. W skład programu wchodzi: zapasy, szermierka, boks, judo i taekwondo. Sztuki walki, pomijając aspekt umiejętności samoobrony, kładą nacisk na dążenie do psychofizjologicznego samodoskonalenia i rozwoju duchowego. Szacunek dla norm moralnych jako procesu kształcenia i wychowania nadaje walce właśnie wymiar sztuki (Szymankiewicz, Gałkowski, 2010). Część z nich (np. judo czy karate) zostały przystosowane do rywalizacji sportowej. W niektórych krajach sporty walki są sposobem na życie czy wyrwanie się z biedy. Tak dzieje się np. w Tajlandii, gdzie już bardzo młodzi chłopcy zgłaszają się do obozów treningowych Muay Thai, czy w Brazylii.

Co, poza oczywiście chęcią sprawdzenia swoich umiejętności, decyduje o tym, że ktoś wychodzi na ring, podczas gdy inna osoba całe życie trenuje sport tylko dla własnej satysfakcji? Czy zawodnicy tych dyscyplin różnią się na poziomie psychologicznym od amatorów? Niniejsza praca jest próbą odpowiedzi na te pytania. Rozważane będą różnice na poziomie osobowości w ujęciu Eysencka, temperamentu według Regulacyjnej Teorii Temperamentu Strelaua oraz lęku jako cechy definowanego przez Spielberga.

Dotychczas przeprowadzone badania psychologiczne w sportach walki koncentrowały się głównie wokół zagadnienia agresji i lęku. Z badań Weinberga, Stabourna i Jacksona (1982) wynika, że karatecy to osoby charakteryzujące się niskim napięciem nerwowym, pewnością siebie, małym lękiem, spokojem i poczuciem bezpieczeństwa. W tych samych badaniach dowiedziono różnic w charakterystykach osobowości w zależności od czasu uprawiania karate i stopnia zaawansowania.

Zawadzki i Ciota (1990) wykazali, że reaktywność temperamentalna zapaśników nie determinuje osiągnięć sportowych. Dodatkowo stwierdzono, że poziom wyszkolenia zawodników wyznacza wielkość napięcia przedstartowego, w efekcie określając jego tolerancję na stres psychologiczny.

Wcisło (2007) pokazuje, że trening sportów walki (kick-boxingu) może mieć pozytywny wpływ na rozwój osobowości jednostki. Największy wpływ zauważono w sferze wolicjonalnej i fizycznej, następnie w sferze społeczno-moralnej, a najmniejszy w sferze emocjonalnej. Udowodniono, że trening kick-boxingu pomaga redukować agresywność, kształcić siłę woli, wytrwałość czy cierpliwość oraz wpływa na wzrost samokontroli i pewności siebie.

Podstawy teoretyczne pracy

Celem badania było sprawdzenie, czy zawodnicy i amatorzy trenujący sporty walki różnią się od siebie w zakresie temperamentu, cech osobowości oraz lęku jako cechy. Grupą badaną byli mężczyźni ćwiczący amatorsko i zawodniczo MMA, kick-boxing, Muay Thai, Krav Magę Maor, BJJ. Grupę wybrano ze względu na rosnącą popularność tych dyscyplin, a także ze względu na małą liczbę opracowań psychologicznych dotyczących charakterystyki osób ćwiczących te sporty. Do zweryfikowania wybrano Regulacyjną Teorię Temperamentu J. Strelaua, teorię PEN H. Eysencka oraz koncepcję lęku jako cechy Ch. D. Spielbergera. Powyższe koncepcje wybrano ze względu na możliwość późniejszego porównania wyników do dotychczasowych rezultatów badań (Han i in., 2006).

Regulacyjna Teoria Temperamentu Strelaua

Regulacyjna Teoria Temperamentu zakłada, że cechy temperamentu biorą udział w regulacji stosunków człowieka z otoczeniem (Strelau, 1985). W koncepcji tej temperament jest pojęciem dwuwymiarowym, w którym występuje poziom energetyczny i czasowy. W strukturze temperamentu zostało wyodrębnionych sześć cech: żwawość (ŻW), czyli tendencja do szybkiej reakcji i wysokiego tempa aktywności, perseweratywność (PE), czyli kontynuowanie zachowań pomimo zakończenia działania bodźca, który to zachowanie wywołał, wrażliwość sensoryczna (WS), jako zdolność reagowania na bodźce zmysłowe o małej wartości stymulacyjnej, reaktywność emocjonalna (RE), czyli tendencja do intensywnego reagowania na bodźce wywołujące emocje, wytrzymałość (WT) wyrażana, jako zdolność do adekwatnego reagowania na silną stymulację i aktywność (AK), czyli tendencja do podejmowania zachowań o dużej wartości stymulacyjnej, dostarczających także z otoczenia stymulacji zewnętrznej (Zawadzki, Strelau, 1995).

Wrażliwość sensoryczna jest definiowana jako „[...] minimalna wielkość bodźca, zdolna wywołać ledwo dostrzegalne wrażenie” (Strelau, 1974, s. 15). Zatem wysoki poziom tej cechy z pewnością pozwala zawodnikom na dostrzeganie właśnie takich delikatnych ruchów, na które inne osoby być może by nie zareagowały. W ringu chwila nieuwagi może ich kosztować, poza przegraną, utratę przytomności lub kontuzję fizyczną.

Strelau twierdził (za: Tiepłow, Niebylicyn, 1963), że reaktywność wyznacza progi reakcji, tj. wrażliwość i odporność (wydolność), pozostające ze sobą w stałej, odwrotnej relacji. W świetle tego twierdzenia można przewidywać, że zawodnicy sportów walki są bardziej odporni emocjonalnie niż amatorzy.

Teoria PEN – koncepcja trzech czynników osobowości w ujęciu Eysencka

Według Eysencka struktura osobowości jest trójczynnikiemowa. Te trzy czynniki to: psychotyczność (P), ekstrawersja (E) oraz neurotyczność (N). Ich struktura jest hierarchiczna, a w ich skład wchodzi czynniki pierwszego rzędu (Eysenck, 1991). Teoria Eysencka zakłada biologiczne podłoże temperamentu. Przez osobowość Eysencka rozumie względnie trwałą organizację charakteru, temperamentu, inteligencji oraz konstytucji fizycznej, która determinuje specyficzny sposób przystosowania do otoczenia.

Psychotyczność jest wymiarem, którego jeden biegun opisują takie cechy, jak: altruizm, empatia i uspołecznienie, drugi zaś to przestępczość, psychopatia i schizofrenia, czyli zjawiska zaliczające się do patologii. Agresywność, chłód, impulsywność czy gruboskórność to kolejne czynniki, które składają się na wymiar psychotyzmu. Należy przypuszczać, iż to właśnie one są podwyższone u zawodników sportów walki. Czynniki pierwszego rzędu składające się na wymiar ekstrawersji to: towarzyskość, żywość, aktywność, asertywność i poszukiwanie doznań. Sporty walki zawierają techniki, które przeważnie ćwiczy się w parach. Oznacza to bliski kontakt fizyczny z drugą osobą (zwłaszcza w sportach chwytanych jak np. brazylijskie jiu-jitsu, gdzie aby się czegoś nauczyć, partner musi nam niejako użyczyć swojego ciała). Współpracę pomiędzy ćwiczącymi może utrudniać rezerwa w kontaktach społecznych czy potrzeba przebywania w samotności, charakterystyczna dla introwertów (Zawadzki i in., za: Strelau, 2004). Na podstawie tych informacji można oczekiwać, że osoby trenujące sporty walki będą raczej ekstrawertywne. Natomiast na neurotyczność składają się następujące cechy: lęk, przygnębienie, poczucie winy, niska samoocena i napięcie. Przeciwnością neurotyczności jest zrównoważenie emocjonalne. Zdaniem Eysencka (za: Strelau, 2004), wyodrębnione przez niego trzy superczynniki tworzą najbardziej uniwersalny opis osobowości.

Teoria lęku jako stanu i cechy Spielbergera

Spielberger w swojej koncepcji nawiązuje do badań, które w latach 50. prowadzili Cattell i Scheier. Autorzy ci na podstawie analizy czynnikowej różnych wskaźników lęku, wyodrębnili dwa czynniki. Pierwszy z nich, odpowiedzialny za zmienność wyników z sytuacji na sytuację, nazwali lękiem-stanem. Drugi, odpowiedzialny za różnice indywidualne, lękiem-cechą (Cattell, 1966; Spielberger, 1966).

Lęk-stan według Spielbergera charakteryzuje się „subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego” (Spielberger, 1966,

s. 16–17). Charakterystyczną właściwością lęku-stanu jest jego duża zmienność pod wpływem czynników zagrażających. Do mierzenia tego czynnika służy skala X-1 kwestionariusza STAI.

Lęk-cecha to, według Spielbergera, „motyw lub nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowaniem na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa” (Spielberger, 1966, s. 17). Należy przypuszczać, iż amatorzy charakteryzują się wyższym nasileniem lęku jako cechy niż zawodnicy. Lęk-cecha mierzony jest przy pomocy drugiej części kwestionariusza STAI – skali X-2.

Cel pracy i hipotezy badawcze

W każdej dyscyplinie sportowej mamy do czynienia z zawodnikami oraz osobami, które trenują, ale nie biorą udziału w rywalizacji sportowej. Wiemy, że m.in. od osobowości zależy wybór konkretnej dyscypliny. Ale jak wygląda osobowość *fightera*? I kolejne – kto decyduje się na taką karierę, a kto wybiera tę dyscyplinę, ale nigdy nie wychodzi na ring?

Celem pracy była próba sprawdzenia, czy i w jaki sposób zawodnicy sportów walki różnią się na poziomie psychologicznym od amatorów. W badaniu za amatorów uznane zostały osoby trenujące, ale niebiorące udziału w zawodach żadnego typu.

METODA

Osoby badane

Badanymi było 74 mężczyzn uprawiających różne sporty walki. Osoby badane zostały podzielone na dwie grupy: zawodników startujących w zawodach i amatorów, rozumianych jako osoby nie biorące udziału w zawodach i tych dwóch grup dotyczyły analizy. Pierwszą grupę stanowiło 39 amatorów, drugą – 35 czynnych zawodników. Badano mężczyzn, których staż treningowy i poziom zaawansowania był zróżnicowany. W badaniu wzięli udział zarówno początkujący, jak i zawodnicy wymienionych sportów walki. Długość stażu treningowego wahała się od pół roku do 20 lat.

Badanie prowadzono na terenie Warszawy oraz Trójmiasta w czasie od października do grudnia 2009 roku. W większości testy wraz z instrukcją zostały przekazane osobom badanym i odebrane od nich po upływie umówionego okresu

czasu (od dwóch tygodni do miesiąca). Jedynie grupa ośmiu osób wypełniała testy w obecności badacza, po swoim treningu.

Materiały

Narzędziami wykorzystanymi w badaniu były trzy kwestionariusze: EPQ-R, FCZ-KT oraz ISCL-STAI.

Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R). Kwestionariusz EPQ-R autorstwa Eysencka, Eysencka i Barretta został opublikowany w 1985 roku. Autorami polskiej adaptacji są Brzozowski i Drwał (1995). Kwestionariusz służy do badania podstawowych wymiarów osobowości. Składa się z czterech skal: ekstrawersji (E), neurotyzmu (N), psychotyzmu (P) oraz kłamstwa (K). Kwestionariusz składa się z 100 pytań, czas na jego wypełnienie jest nieograniczony. Służy do badania młodzieży (od 16 roku życia) i dorosłych.

Formalna charakterystyka zachowania – Kwestionariusz temperamentu (FCZ-KT). FCZ – Kwestionariusz temperamentu Zawadzkiego i Strelaua (1997) jest to kwestionariusz służący do badania podstawowych, biologicznie zdeterminowanych wymiarów temperamentu, opisujących formalne aspekty zachowania. Zawiera sześć skal: aktywność, wytrzymałość, reaktywność emocjonalna, perseweratywność, wrażliwość sensoryczna oraz Żżwawość. Kwestionariusz składa się z 120 pytań, po 20 dotyczących każdej skali. Został stworzony w oparciu o Regulacyjną Teorię Temperamentu Strelaua. Przeznaczony jest do badania osób w wieku 15–80 lat, czas na wypełnienie jest nieograniczony.

Inwentarz stanu i cechy lęku (ISCL-STAI). Inwentarz stanu i cechy lęku Spielbergera, Gorsucha i Lushena (1987) służy do badania lęku rozumianego jako stan jednostki i względnie stała cecha osobowości. Przeznaczony jest do badania młodzieży i dorosłych. Składa się z dwóch części, po 20 pytań dla lęku jako stanu i lęku jako cechy. Czas wykonania testu jest nieograniczony. W badaniu wykorzystano jedynie część dotyczącą lęku jako cechy (X2).

WYNIKI

W tabeli 1. zostały zaprezentowane wyniki dotyczące poziomu lęku jako cechy oraz nasilenia cech osobowości i temperamentu dla obydwu grup badanych.

Tabela 1

Podstawowe statystyki opisowe dotyczące mierzonych cech osobowości i temperamentu w grupie osób ćwiczących amatorsko i na poziomie zawodniczym

	Amatorzy		Zawodnicy	
	M	SD	M	SD
Ekstrawersja	16,36	3,62	14,57	4,49
Neurotyzm	9,23	6,41	8,88	4,71
Psychotyzm	13,46	4,52	15,74	4,09
Aprobata społeczna	10,36	4,45	11,08	3,05
Żwawość	12,79	3,44	13,74	3,71
Perseweratywność	9,87	3,46	10,77	3,92
Wrażliwość sensoryczna	11,13	3,49	12,88	3,63
Reaktywność emocjonalna	8,10	4,27	6,97	4,58
Wytrzymałość	11,59	3,95	11,37	4,09
Aktywność	10,90	4,27	10,28	4,65
Lęk jako cecha	39,56	9,07	40,46	7,34

Do poszukiwania różnicowania w nasileniu mierzonych cech temperamentu i osobowości w grupach trenujących amatorsko i zawodniczo, wykorzystano test nieparametryczny U Manna–Whitneya. Jedynie w trzech wypadkach różnice okazały się statystycznie istotne.

Poziom ekstrawersji dla amatorów był statystycznie istotnie wyższy niż dla zawodników ($U = 492,500$, $p < 0,05$). Z kolei poziom psychotyzmu dla zawodników był statystycznie istotnie wyższy niż dla amatorów ($U = 459,500$, $p < 0,05$). Natomiast poziom wrażliwości sensorycznej dla zawodników był statystycznie istotnie wyższy niż dla amatorów ($U = 497,500$, $p < 0,05$).

DYSKUSJA

Celem pracy była próba znalezienia różnicowania w nasileniu mierzonych cech temperamentu i osobowości w grupach trenujących sporty walki amatorsko i zawodniczo. Zakładano, po pierwsze, uzyskanie wyników wskazujących na wyższe nasilenie psychotyzmu oraz wrażliwości sensorycznej u zawodników niż amatorów. Po drugie, zakładano wyższy poziom reaktywności emocjonalnej oraz lęku jako cechy u amatorów niż zawodników. Uzyskane wyniki potwierdzają jedynie część hipotez postawionych w pracy. Okazało się, że zawodnicy mają wyższe nasilenie psychotyzmu oraz wrażliwości sensorycznej niż amatorzy. Dodatkowo, badanie pokazuje, że amatorów cechuje wyższy poziom ekstrawersji niż zawodników.

Wyniki pokazują, że amatorzy są bardziej ekstrawertywni niż zawodnicy. Rodzi się pytanie – dlaczego? Wydaje się, że amatorzy częściej muszą zmieniać partnerów treningowych, czyli wchodzi w interakcję z większą ilością osób. Wyższy poziom ekstrawersji zapewne ułatwia im kontakty z innymi osobami i radzenie sobie z tego typu sytuacjami. Zawodnicy przeważnie ćwiczą w zgranych zespołach, ze stałymi sparingpartnerami.

W badaniach karateków i osób trenujących jujitsu (Baczyńska, Biernacka, 2001), niebiorących udziału w zawodach żadnego typu, różnica w natężeniu poziomu ekstrawersji pomiędzy osobami trenującymi i nietrenującymi sporty walki okazała się nieistotna statystycznie (choć osoby trenujące sporty walki miały wyższy poziom ekstrawersji od osób nie uprawiających sportów w ogóle). Być może u zawodników wyższe jest nasilenie jedynie poszczególnych wymiarów ekstrawersji, jak np. aktywności czy poszukiwania doznań. Niestety kwestionariusz wykorzystany w badaniu (EPQ-R) nie zawiera wyróżnionych podskal, dlatego nie można stwierdzić, jakie faktycznie cechy były nasilone.

Wyniki potwierdzają hipotezę dotyczącą wyższego poziomu psychotyzmu u zawodników niż amatorów. Skrajnie wysoki poziom psychotyzmu obejmuje przestępczość, psychopatię i schizofrenię, czyli zjawiska należące do patologii (Eysenck, 1992, za: Strelau, 2004). Z drugiej strony, duże natężenie tej cechy charakteryzuje również osoby bardzo kreatywne, np. artystów. Może to oznaczać, że zawodników cechuje większa elastyczność umysłowa niż amatorów. Należy pamiętać, że osoby biorące udział w rywalizacji sportowej spotykają się na ringu z różnymi sytuacjami i muszą być w stanie błyskawicznie zareagować na zmieniające się warunki oraz przewidywać kolejne ruchy przeciwnika. Sądzi się, iż podwyższony poziom psychotyzmu jest niezbędny, aby być dobrym, skutecznym zawodnikiem sportów walki. Zapewne decyduje o tym specyfika tych sportów. Z walką wiąże się bezpośrednio zagrożenie zdrowia. Zawodnicy narażeni są na ból i urazy fizyczne. Ponadto nie tylko muszą bronić się, ale i atakować, czyli sami zadają ból przeciwnikowi. Dlatego pewna niewrażliwość jest niezbędna, aby odnosić sukcesy w tych sportach.

Pomimo tego, że zawody w sportach walki wymagają wzbudzenia w sobie pewnego stopnia agresji, badania (Kubacka-Jasiecka, Wrześniewski, 2010) wykazują, że osoby trenujące te dyscypliny sportu nie różnią się poziomem agresji od zawodników innych sportów. Rezultaty tych badań pokazują, że wyniki osób trenujących aikido, karate, judo, taekwondo oraz krav magę rozkładają się w przedziale 4–6 sten, czyli są na poziomie przeciętnym.

Amatorzy, którzy nie biorą udziału w rywalizacji sportowej, nie są stawiani w sytuacji, gdzie muszą zwyciężyć, mając naprzeciw siebie osobę z takim samym celem, w dodatku równie zdeterminowaną jak one. Ćwiczą oni jedynie na trenin-

gach, w kontrolowanych warunkach. Jak pokazują badania, trenują głównie, żeby odreagować stres, zachować zdrowie i kondycję oraz aby nabyć umiejętności samoobrony (Lickiewicz, 2006). Jednak badania z innych dyscyplin (Watson, Pulford, 2004) pokazują, że amatorzy zdobywają więcej punktów na skali ekstrawersji i psychotyzmu niż osoby nieuprawiające sportu w ogóle. Należy przypuszczać, iż dzieje się tak, ponieważ na treningach odbywają się sparingi, które wiążą się z zadawaniem i przyjmowaniem ciosów.

Zbyt mała liczba zawodowych zawodników w zaprezentowanym badaniu nie pozwoliła na ustalenie, czy istnieją charakterystyczne cechy osobowościowe dla osób startujących zawodowo, które odróżniałyby ich od startujących amatorsko. Być może skoncentrowanie się i przeprowadzenie badań w obrębie jednego stylu lub formuły, z uwzględnieniem podziału na kategorie wagowe, pozwoli na ustalenie *osobowości mistrza* w danej dyscyplinie. Jednak Poczwardowski i Makurat (1993) w swoich badaniach nad judokami nie ustalili żadnych charakterystycznych cech osobowościowych dla zawodników poziomu mistrzowskiego.

W Regulacyjnej Teorii Temperamentu wrażliwość sensoryczna została określona jako zdolność reagowania na bodźce zmysłowe o małej wartości stymulacyjnej (Zawadzki, Strelau, 1995). Wyniki badania potwierdzają hipotezę o wyższym nasileniu tej cechy u zawodników sportów walki niż u amatorów. W ringu czy oktagonie zawodnicy przez cały czas trwania walki muszą obserwować przeciwnika i odczytywać jego nawet najsubtelniejsze ruchy, które mogą być zagrażające.

Reaktywność emocjonalna w Regulacyjnej Teorii Temperamentu definiowana jest jako tendencja do intensywnego reagowania na bodźce wywołujące emocje. Badanie nie potwierdziło hipotezy zakładającej wyższy poziom nasilenia tej cechy u amatorów niż zawodników. Dodatkowo niska reaktywność emocjonalna cechuje osoby pewne siebie, a za takie uważa się osoby biorące udział w rywalizacji sportowej. Wyniki powyższego badania pokazują jednak, że grupa zawodnicza nie różni się w sposób istotny statystycznie poziomem nasilenia reaktywności emocjonalnej od grupy amatorskiej.

Lęk-cecha to, według Spielbergera, „motyw lub nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowaniem na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa” (Spielberger, 1966, s. 17). Wyniki zaprezentowanego badania nie potwierdziły hipotezy, w której zakładano wyższy poziom lęku jako cechy u osób niebiorących udziału w rywalizacji sportowej. Badania Hana i in. (2006) pokazują, że osoby trenujące taekwondo zdobyły najmniej punktów na skali poszukiwania nowości w *Kwestionariuszu temperamentu i charakteru* (TCI) Cloningera. Dodatkowo to

samo badanie pokazuje, że osoby trenujące Ci-reum (koreańska odmiana zapasów) uzyskały najwięcej punktów na skali wytrzymałości. Ich badania pokazują, że zarówno poziom *lęku jako cechy, jak i stanu* (wykorzystano kwestionariusz STAI Spielbergera) był wyższy w grupie sportowców niż u osób nietrenujących żadnego sportu. Najniższe wyniki uzyskali zawodnicy sportów drużynowych. Najwyższy wynik na skali lęku jako stanu zdobyli zawodnicy taekwondo. Kiedy porównano wyniki Lęku jako cechy we wszystkich grupach (sporty wytrzymałościowe, walki, indywidualne i drużynowe) najniższe wyniki zdobyli baseballiści, a najwyższe golfiści. Koreańscy badacze (Han i in., 2006) porównali grupę zwycięzców i nie-zwycięzców. Okazało się, że grupa zawodników odnosząca sukcesy ma niższe wyniki na obydwu skalach dotyczących lęku.

Z badań Siek, Terelaka i Bieleckiego (1988) wynika, że karatecy zaawansowani i początkujący różnią się w sposób istotny statystycznie pod względem lęku jako cechy osobowości. Osoby bardziej doświadczone charakteryzują się niższym nasileniem tej cechy. Obniżanie się lęku wraz ze zdobywaniem doświadczenia może wiązać się z nabywaniem umiejętności radzenia sobie z sytuacjami stresowymi w sporcie (Milillo, 1975; Norakidze, 1976). Niestety zaprezentowane badanie nie potwierdza tego założenia. Wyniki pokazują, że nie ma istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupą zawodniczą a amatorską. Być może większa liczba osób badanych w każdej grupie wykazałaby różnice w nasileniu lęku jako cechy. Przypuszcza się również, że takie wyniki można by otrzymać, gdyby badanie było prowadzone na adeptach jednego stylu lub formuły walki, np. MMA.

Badanie zaprezentowane w pracy objęło zagadnienie zróżnicowania cech osobowości i temperamentu u osób trenujących sporty walki amatorsko i zawodniczo. Otrzymane wyniki nasunęły nowe pytania i wątpliwości. Jednak niezależnie od zaobserwowanych niespójności oraz braku potwierdzenia wszystkich stawianych hipotez, fakt, iż osoby trenujące sporty walki zawodniczo i amatorsko różnią się w nasileniu ekstrawersji, wrażliwości sensorycznej oraz psychotyzmu, nie budzi wątpliwości. Dlatego też samo badanie warte jest poszerzonych replikacji, jako że ograniczenia metodologiczne, wynikające z ograniczonej liczby osób biorących udział w badaniu oraz nierównej liczebności grup reprezentujących poszczególne sporty walki (np. 50 osób trenujących brazylijskie jiu-jitsu/MMA i pięć ćwiczących Muay Thai), mogły znacząco wpłynąć na otrzymane rezultaty. Badania powinny być kontynuowane – szczególnie w tych obszarach, które nie doczekały się jednoznacznych wyników i które wciąż pozostają niejasne. Przyszłe projekty mogłyby obejmować analizy różnic pomiędzy sportami chwytanymi (np. BJJ) a uderzanymi (np. Muay Thai). Dodatkowo należałoby sprawdzić, czy czas treningów sportów walki ma wpływ na nasilenie mierzonych cech temperamentu i osobowości. Można przypuszczać,

że osoby pozostające w treningu różnią się w zakresie cech psychologicznych od osób, które rezygnują z treningów. W tym celu warto by przeprowadzić badanie podłużne. W przyszłości badania powinny zmierzać w kierunku próby stworzenia metody, która pomagałaby trenerom przy naborze i selekcji osób w sportach walki.

BIBLIOGRAFIA

- Baczyńska, A., Biernacka, K. (2001). Czy Bruce Lee był zwykłym człowiekiem, czyli wybrane cechy osobowości osób uprawiających sztuki walki. Materiał niepublikowany uzyskany od pierwszej współautorki.
- Brzozowski, P., Drwał, R. Ł. (1995). *Kwestionariusz osobowości Eysencka. Polska adaptacja EPQ-R. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Cattell, R. B. (1966). Anxiety and motivation: Theory and crucial experiments. W: C. B. Spielberger (red.), *Anxiety and behavior* (s. 23–62). New York: Academic Press.
- Eysenck, H. (1991). Dimensions of personality: 16, 5 or 3? Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12, 773–790.
- Han, D. H., Kim, J. H., Lee, Y., Bae, S. J., Bae, S. J., Kim, H. J. i in. (2006). Influence of temperament and anxiety on athletic performance. *Journal of Sport Science and Medicine*, 5, 381–389.
- Kubacka-Jasiecka, D., Wrześniewski, K. (2010, maj). *Agresja i lęk w sportach walki*. Referat wygłoszony na konferencji: Praktyczna Psychologia Sportu. Psychologiczne Aspekty Optymalizacji Treningu Sportowego i Zdrowotnego, Kraków.
- Lickiewicz, J. (2006). Psychologiczne aspekty samoobrony kobiet. W: M. Gwoździcka-Piotrowska, A. Zduniak (red.), *Edukacja w społeczeństwie „ryzyka”* (t. 1, s. 55–62). Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa.
- Milillo, M. D. (1975). Patterns of anxiety in maraton runners. W: *Trabajos científicos: III Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Psicología del Deporte*. Madryt: Delegación Nacional de Educación Física y Deportes, Instituto Nacional de Educación Física.
- Norakidze, W. G. (1976). Wpływ działalności sportowej na kształtowanie cech osobowości sportowca. W: *Psychologia i współczesny sport* (s. 9–23). Warszawa: SiT.
- Poczwardowski, A., Makurat, F. (1993). Wybrane zmienne psychologiczne zawodników judo reprezentujących różny poziom sportowy. *Rocznik Naukowy AWF Gdańsk*, 2, 231–243.
- Poliakoff, M. B. (2009). *Combat sports in the ancient world: competition, violence, and culture*. New Heaven, CT: Yale University Press.
- Siek, S., Trelak, J., Bielecki, J. (1988). Wpływ ćwiczeń karate na poziom lęku i agresywności. *Wychowanie Fizyczne i Sport*, 3, 63–67.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. W: C. D. Spielberger (red.), *Anxiety and behavior* (s. 3–20). New York: Academic Press.

- Strelau, J. (1974). Koncepcja temperamentu jako poziomu energetycznego i charakterystyki czasowej zachowania. W: J. Strelau (red.), *Rola cech temperamentalnych w działaniu* (s. 9–26). Wrocław: Ossolineum.
- Strelau, J. (1985). *Temperament, osobowość, działanie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Strelau, J. (2004). Osobowość jako zespół cech. W: J. Strelau (red.), *Psychologia ogólna* (t. 2, s. 525–560). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Szymankiewicz J., Gałkowski T. (2010). *Sztuki walki zwycięstwo nad sobą. Psychofizyczne i kulturowe podstawy systemowego szkolenia według doświadczeń krajów Azji Centralnej i Wschodniej*. Wrocław: Atla 2.
- Tieplów, B. M., Niebylicyn, W. D. (1963). Izuczenije osnovnyh svojstv nierwnoj sistemy i ich znaczenie dla psichologii indywidualnych razliczij. *Voprosy Psichologii*, 5, 38–47.
- Watson, A. E., Pulford, B. D. (2004). Personality differences in high risk sports amateurs and instructors. *Perceptual and Motor Skills*, 99, 83–94.
- Wcisło, S. (2007). *Wpływ kick-boxingu na osobowość człowieka*. Kraków: Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha.
- Weinberg, R. S., Stabourne, T. G., Jackson, A. (1982). Effects of visuo – motor behavior rehearsal on state – trait anxiety and performance: Is practice important? *Journal of Sport Behaviour*, 4, 228–238.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T. (1987). *Inwentarz stanu i cechy lęku – polska adaptacja testu STAI. Podręcznik*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych. PTP.
- Zawadzki, B., Ciota, L. (1990). Reaktywność temperamentalna a wyszkolenie techniczne zapaśników. *Sport Wyczynowy*, 7, 93–99.
- Zawadzki B., Strelau, J. (1995). Podstawy teoretyczne, konstrukcja i własności psychometryczne inwentarza „Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu”. *Studia Psychologiczne*, 33, 49–96.
- Zawadzki, B., Strelau, J. (1997). *Formalna charakterystyka zachowania. Kwestionariusz temperamentu*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

KRZYSZTOF STANISŁAWSKI

neuro.kris@gmail.com

Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie

PRACE NAD POLSKĄ ADAPTACJĄ KWESTIONARIUSZA KOMPETENCJI INTERPERSONALNYCH CSIE LOCKE'A

RECENZJA

Recenzent: dr Jan Ciecuch

Od jakiegoś czasu wzrasta w psychologii osobowości zainteresowanie modelami kołowymi. Jednym z nich jest kołowy model kompetencji interpersonalnych Locke'a. Przedmiotem recenzowanego artykułu jest polska adaptacja kwestionariusza Locka, skonstruowanego do pomiaru wyróżnionych przez niego kompetencji interpersonalnych.

Plusem recenzowanej pracy jest już wybór tematu. Model Locke'a jest interesujący zarówno sam w sobie, jak i w relacji z innymi modelami kołowymi. Aby jednak zalety modelu móc wykorzystać, potrzebna jest operacjonalizacja i recenzowana praca jest raportem z prac nad taką operacjonalizacją. Pozytywnie należy ocenić plan badań, dobór sposobów analizy rzetelności oraz trafności, a także dobór kryteriów zewnętrznych (kompetencje społeczne i cechy osobowości). Na szczególnie pozytywną ocenę zasługuje również procedura translacji, wraz z tłumaczeniem zwrotnym i dyskusją z Lockiem poprawności polskiej wersji.

Pozostaje tylko zadać pytanie, skoro jest tak dobrze, to dlaczego jest tak źle? Procedura translacji wzorcowa, Locke zaakceptował polską wersję, a mimo to uzyskane wyniki nie potwierdziły oczekiwań. Rzetelność niektórych skal jest bardzo niska. Struktura czynnikowa również nie chce autorowi sprzyjać. Częściowo winę można złożyć na karb małej grupy, jak zresztą Autor robi. Być może ma rację, a być może wina leży w jakichś subtelnych sformułowaniach itemów, które z językowego punktu widzenia może są dobrze przetłumaczone, ale w jakiś osobliwy sposób mierzą co innego niż powinny. Jak się jednak wydaje, Autor ma świadomość tych zawiłości, zatem można mieć nadzieję, że poprawiona wersja kwestionariusza będzie lepsza. Artykuł w wersji aktualnej warto opublikować, aby pokazać, jak czasem wyniki badań psychologicznych, nawet poprawnie przeprowadzonych, są nieprzewidywalne.

STRESZCZENIE

Artykuł jest prezentacją badań pilotażowych, których celem była polska adaptacja *Kwestionariusza kompetencji interpersonalnych* (*Circumplex Scales of Interpersonal Efficacy*, CSIE) Locke'a. Badania przeprowadzono w grupie $N = 110$ osób. Rzetelność oszacowano wskaźnikiem alfa Cronbacha. Trafność czynnikową oszacowano przy pomocy eksploracyjnej analizy czynnikowej. Trafność kryterialna została oszacowana poprzez określenie zależności między kompetencjami interpersonalnymi a kompetencjami społecznymi i cechami osobowości. Wyniki sugerują konieczność modyfikacji kilku itemów, co zostanie wykonane w dalszych badaniach.

Słowa kluczowe: kompetencje interpersonalne, model kołowy, CSIE

Jednym z nurtów w psychologii osobowości są teorie cech. Cechy rozumiane są jako stabilne w czasie i obecne niezależnie od sytuacji tendencje do określonych sposobów myślenia, odczuwania i przejawiania pewnych zachowań (McCrae, Costa, 2005). W nurcie teorii cech zawarte są m.in. takie podejścia jak pięcioczynnikowy model osobowości (McCrae, Costa, 2005) czy model koła interpersonalnego (*interpersonal circumplex*, IPC; Leary, 1957; Locke, Sadler, 2007; Wiggins, 1979; Wiggins, Trapnell, Phillips, 1988).

Modele kołowe w psychologii osobowości

Model Wigginsa. Wiggins uznaje kluczową rolę relacji interpersonalnych w opisie osobowości (Alden, Wiggins, Pincus, 1990; Wiggins, 1979; Wiggins i in., 1988). Jako argument na rzecz swojego stanowiska przytacza analizy Goldberga opisującego 1710 przymiotników cech, z których aż 800 odnosi się mniej lub bardziej do sfery interpersonalnej. Wiggins nawiązuje również do dociekań Sullivana który sądził, że osobowość winna tłumaczyć przede wszystkim zachowania interpersonalne i nie da się dotrzeć do niej inaczej, jak tylko za pośrednictwem kontaktu lub obserwacji kontaktu z innymi ludźmi.

Według Wigginsa (Wiggins, 1979; Wiggins i in., 1988) cechy interpersonalne można opisać modelem kołowym. Koło interpersonalne jest wyznaczone przez dwa niezależne wymiary określane jako: siła (tendencja do dominowania) i afiliacja (tendencja do okazywania ciepła). W modelu koła interpersonalnego poszczególne cechy rozmieszczone na planie okręgu, tworzonym przez wymiary siły i afiliacji. Cechy, o których mówi Wiggins, opisują zachowania w sytuacjach społecznych (Aldeni in., 1990; Wiggins, 1979).

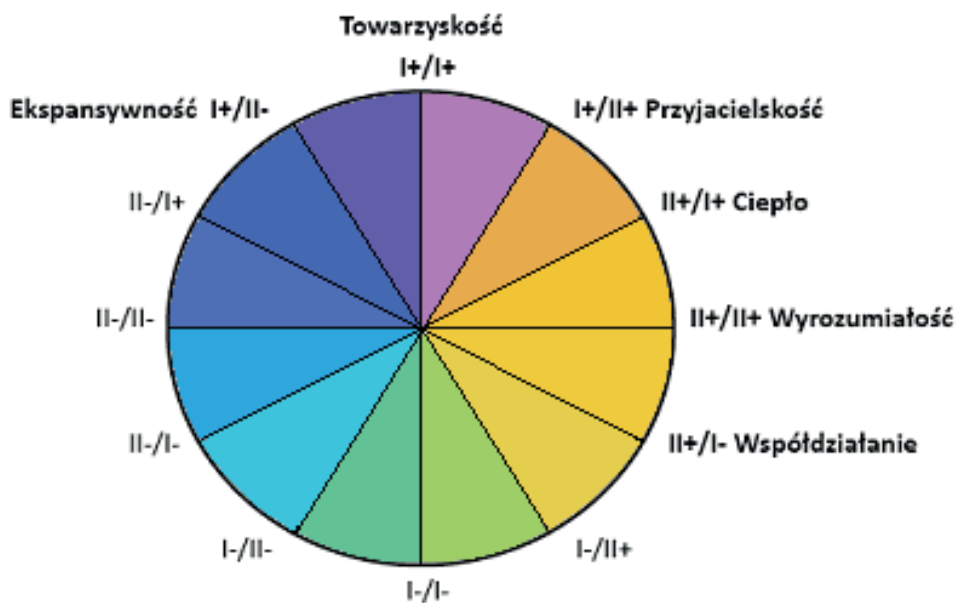
Pomiar cech w oparciu o model koła interpersonalnego wymaga uwzględnienia ośmiu skal, czyli oktantów (Wiggins i in., 1988). Oktanty położone blisko siebie wykazują podobieństwa. Każda osoba ma „interpersonalny punkt ciężkości”, który można traktować jako cechy opisywane przez oktant najsilniej kształtujący jej zachowanie.

Kołowy model Wielkiej Piątki Goldberga (AB5C). Model Wielkiej Piątki Goldberga, podobnie jak Wielka Piątka Costy i McCrae (2005), zakłada istnienie pięciu uniwersalnych cech osobowości: ekstrawersja, ugodowość, sumienność, stabilność emocjonalna, intelekt/wyobraźnia.

W modelu AB5C każdej z pięciu cech (czynników) odpowiada dziewięć aspektów, przy czym jeden z tych aspektów (aspekt rdzenny) jest niezależny względem odmiennych czynników. Pozostałe aspekty (aspekty mieszane) są powiązane z innymi czynnikami (Strus, Ciecuch, Rowiński, 2011). Model AB5C tworzony jest przez 10 kół, co odpowiada wszystkim możliwym kombinacjom relacji zachodzących mię-

dzy pięcioma czynnikami. Każde koło rozpięte jest na dwóch aspektach rdzennych rozstawionych pod kątem 90°.

Rysunek 1 prezentuje jedno z kół, koło ekstrawersji i ugodowości, które odpowiada kołu interpersonalnemu, ponieważ ekstrawersja i ugodowość są cechami, które odgrywają największą rolę w interakcjach między ludźmi (Cuperman, Ickes, 2009). Różnica między omawianymi kołami polega na liczbie składników i rotacji o 45°.



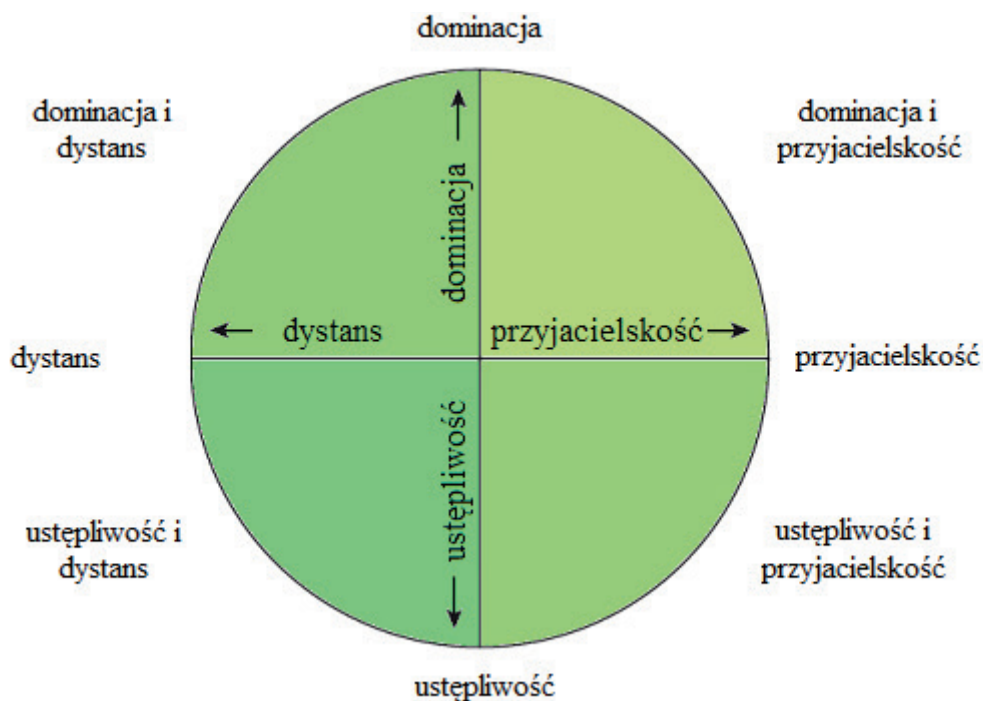
Rysunek 1. Koło cech osobowości tworzonych przez czynniki podstawowe: I (ekstrawersja) i II (ugodowość) w ujęciu Goldberga (Strus i in., 2011).

Koło kompetencji interpersonalnych Locke'a. Propozycja Locke'a (Locke, Sadler, 2007) mówi o kompetencjach, które wykazują pewne podobieństwa do koncepcji zgeneralizowanych oczekiwań Rottera. Locke (Locke, Sadler, 2007) definiuje interpersonalne poczucie skuteczności (*interpersonal self-efficacy*), jako przekonanie jednostki o jej zdolności do podejmowania określonych międzyludzkich zachowań.

W modelu wykorzystanym przez Locke'a (Locke, Sadler, 2007) funkcjonowanie jednostki jest opisane przez dwa wymiary poczucia interpersonalnej skuteczności stanowiące szkielet modelu kołowego:

- pionowy – opisujący natężenie stopnia dominacji, tendencji do przejmowania kontroli w relacjach z innymi;
- poziomy – opisujący skłonność do okazywania ciepła, serdeczności, przyjaźliwości w sytuacjach społecznych.

Podobnie jak Wiggins (Wiggins, 1979; Wiggins i in., 1988), Locke wyróżnia oktanty, z których każdemu odpowiada jeden rodzaj kompetencji (Locke, Sadler, 2007). Model Locke’a został przedstawiony na rysunku 2.



Rysunek 2. Model koła interpersonalnego w ujęciu Locke’a (Locke, Sadler, 2007).

Porównanie modelu kompetencji interpersonalnych Locke’a (Locke, Sadler, 2007) i modelu Wigginsa (Wiggins, 1979; Wiggins i in., 1988) zawiera tabela 1.

Tabela 1

Porównanie koła interpersonalnego Wigginsa (Klinkosz, 2004) i koła kompetencji interpersonalnych Locke’a (Locke, Sadler, 2007)

Oktanty Locke’a (Locke, Sadler, 2007)	Oktanty Wigginsa (Klinkosz, 2004)
dominacja i przyjacielskość	towarzyski–ekstrawertywny
dominacja	pewny siebie–dominujący
dominacja i dystans	arogancki–wyrachowany
dystans	zimny–nieczuły
ustępliwość i dystans	powściągliwy–introwertywny
ustępliwość	niezdecydowany–uległy
ustępliwość i przyjacielskość	niezrozumiały–szczery
przyjacielskość	ciepły–zgodny

Locke i Sadler (2007) zwracają się również uwagę na zjawisko komplementarności polegające na tym, że zachowania dominujące mają na celu wzbudzenie zachowań odznaczających się ustępliwością, a zachowania podporządkowujące się – wywołanie zachowań dominujących. Komplementarność w wymiarze poziomym oznacza, że zachowania przyjacielskie mają na celu wywołać u innej osoby zachowania przyjacielskie, a zachowania w których przejawia się dystans, dążą do pojawienia się zachowania zdystansowanego u interlokutora.

Pomiar kompetencji interpersonalnych umożliwia kwestionariusz skonstruowany przez Locke'a: *Circumplex Scales of Interpersonal Efficacy* (Locke, Sadler, 2007).

Polska adaptacja kwestionariusza CSIE Locke'a w badaniach, których przedmiotem badania było dokonanie polskiej adaptacji kwestionariusza CSIE Locke'a, sformułowane zostały następujące hipotezy:

Hipoteza 1. Oczekuje się uzyskania satysfakcjonującej rzetelności CSIE, mierzonej wskaźnikiem alfa Cronbacha.

Hipoteza 2. Struktura czynnikowa polskiej adaptacji CSIE będzie zbliżona do wersji oryginalnej.

Hipoteza 3. Istnieje zależność między kompetencjami interpersonalnymi a kompetencjami społecznymi. W szczególności można oczekiwać uzyskania dodatnich korelacji między kompetencją dominacji i pokrewnymi a asertywnością oraz między kompetencją przyjacielskością a efektywnością zachowań w sytuacjach intymnych.

Hipoteza 4: Istnieją związki między kompetencjami interpersonalnymi a cechami osobowości. W szczególności można oczekiwać dodatnich korelacji między kompetencjami dominacji i przyjacielskością a ekstrawersją oraz między kompetencjami ustępliwości i przyjacielskością a ugodowością.

METODA

Kwestionariusz CSIE Locke'a

Procedura dokonania polskiej adaptacji CSIE przebiegała w pięciu etapach: 1) najpierw uzyskano zgodę autora na dokonanie polskiej adaptacji CSIE; 2) następnie kwestionariusz Locke'a został przetłumaczony na język polski; po czym 3) wykonano niezależne tłumaczenie zwrotne na język angielski; 4) polska wersja itemów została przedyskutowana z Lockiem, który 5) ostatecznie zaakceptował polską wersję CSIE.

Osoba badana jest proszona o dokonanie samoopisu z wykorzystaniem skali od 0 (*w ogóle nie jestem pewien/pewna...*) do 10 (*jestem całkowicie pewien/pewna, że...*). Każda pozycja rozpoczyna się frazą *Kiedy jestem wśród innych...* Na przykład

jedna z pozycji dla skali dominacji brzmi: *Kiedy jestem wśród innych,... potrafię być asertywny/a*.

Podobnie jak w wersji oryginalnej, każda kompetencja odpowiadająca jednemu oktantowi, jest reprezentowana w CSIE przez cztery pozycje testowe. Ponieważ jest osiem skal, cały kwestionariusz zawiera 32 itemy.

Kwestionariusz kompetencji społecznych

Kwestionariusz kompetencji społecznych (KKS; Matczak, 2001) posiada trzy skale: badające efektywność funkcjonowania w sytuacjach intymnych, kompetencje niezbędne w sytuacjach ekspozycji społecznej, kompetencje warunkujące efektywność funkcjonowania w sytuacjach wymagających asertywności. KKS umożliwia również obliczenie wyniku ogólnego, stanowiącego miarę ogólnego poziomu umiejętności społecznych.

Kwestionariusz IPIP-50

Kwestionariusz IPIP-50 składa się z 50 itemów pochodzących z *International Personality Item Pool*, którego polską wersję przygotował Struc i in. (2011). IPIP-50 składa się z 50 itemów i umożliwia dokonanie pomiaru pięciu cech osobowości: ekstrawersji, ugodowości, sumienności, stabilności emocjonalnej i intelektu/wyobraźni.

Próba badana

W badaniach pilotażowych, prezentowanych w niniejszej pracy wzięło udział $N = 110$ osób (66% kobiety), które stanowili głównie studenci (78%) oraz licealiści. Strukturę próby przedstawia tabela 3. Średnia wieku dla całej próby wynosi 24,2, a odchylenie standardowe 4,71.

Tabela 2

Liczebność osób badanych

razem $N = 110$	licealiści $n = 24$	kobiety $n = 18$	75%
		mężczyźni $n = 6$	25%
	studenci $n = 86$	kobiety $n = 55$	64%
		mężczyźni $n = 31$	36%

Rzetelność

Wszystkie obliczenia wykonano z wykorzystaniem pakietu IBM SPSS Statistics 19 PL. Wartości alfa Cronbacha dla skal polskiej adaptacji i wersji oryginalnej (Locke, Sadler, 2006) ukazuje tabela 3.

Tabela 3

Rzetelność CSIE (alfa Cronbacha)

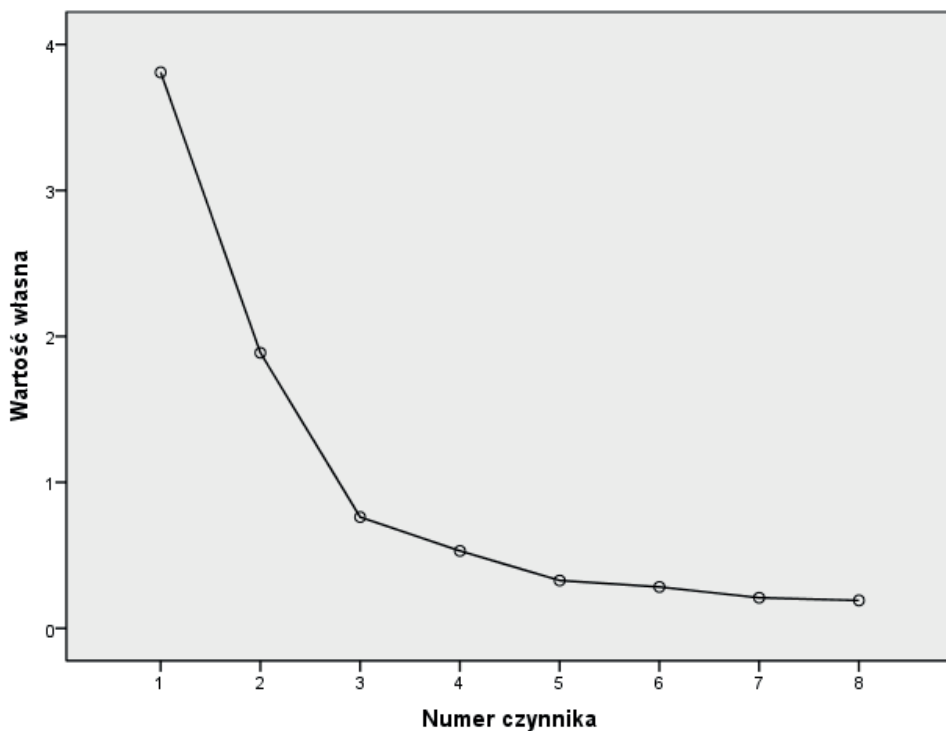
Nazwy skal	α wersji oryginalnej (Locke, Sadler, 2006)	Polska adaptacja CSIE	
		α wszystkich pozycji skali	α po wykluczeniu pozycji o najmniejszej mocy dyskryminacyjnej
dystans	0,73	0,63	0,68
dominacja i dystans	0,78	0,66	0,74
dominacja	0,83	0,71	0,73
dominacja i przyjaźliwość	0,70	0,74	–
przyjaźliwość	0,67	0,55	0,61
uścpliwość i przyjaźliwość	0,75	0,65	0,69
uścpliwość	0,74	0,52	0,55
uścpliwość i dystans	0,66	0,63	–

Alfa Cronbacha dla dwóch skal posiada wartości niższe niż 0,60 – dla skali uścpliwości: 0,52, a dla skali przyjaźliwości 0,55. Z kolei dwie wartości rzetelności posiadają wartości ponad 0,70: dla skal dominacji oraz dominacji i przyjaźliwości. W przypadku skal dominacja i przyjaźliwość oraz uścpliwość i dystans wykluczanie pozycji nie powoduje wzrostu wartości alfa.

Trafność czynnikowa

Eksploracyjna analiza czynnikowa na pozycjach polskiej adaptacji CSIE nie pozwalała na odtworzenie struktury ośmioczynnikowej. W celu wnikięcia w strukturę cech została przeprowadzona analiza czynnikowa skal. Okazało się, że w takiej analizie można było wyodrębnić dwa czynniki, które wyjaśniają razem 61,6% wariancji: pierwszy czynnik wyjaśnia 37% wariancji, a drugi – 24,6% wariancji.

Rysunek 3 ukazuje wykres osypiska oparty na analizie czynnikowej skal polskiej adaptacji CSIE.



Rysunek 3. Wykres osypiska na podstawie analizy czynnikowej skal polskiej adaptacji CSIE.

W tabeli 4 znajdują się ładunki czynnikowe skal na dwa wygenerowane czynniki.

Tabela 4

Ładunki czynnikowe skal polskiej adaptacji kwestionariusza CSIE

Skale CSIE	Czynnik	
	1	2
dominacja i dystans	0,87	
dominacja	0,85	
dominacja i przyjaźliwość	0,80	
dystans	0,77	
przyjaźliwość		0,78
uścpliwość i przyjaźliwość		0,66
uścpliwość i dystans		0,64
uścpliwość		0,60

Pierwszy czynnik obejmuje kompetencje interpersonalne odpowiadające następującym oktantom: dystans, dominacja i dystans, dominacja, dominacja i przyjaźnielkość. W skład drugiego czynnika weszły: przyjaźnielkość, ustepliwość i przyjaźnielkość, ustepliwość, ustepliwość i dystans.

Trafność kryterialna

Kompetencje interpersonalne a kompetencje społeczne. Do oszacowania trafności CSIE wykorzystano *Kwestionariusz kompetencji społecznych* (KKS; Matczak, 2001). Macierz korelacji kompetencji społecznych i kompetencji interpersonalnych prezentuje tabela 5.

Tabela 5

Korelacje kompetencji interpersonalnych i kompetencji społecznych

Kompetencje interpersonalne	Kompetencje społeczne w sytuacjach			Ogólny poziom kompetencji społecznych
	intymnych	ekspozycji społecznej	wymagających asertywności	
dominacja	0,34**	0,38**	0,51**	0,49**
dominacja i przyjaźnielkość	0,40**	0,62**	0,48**	0,63**
przyjaźnielkość	0,46**	0,17	0,14	0,28*
ustepliwość i przyjaźnielkość	0,56**	0,19	0,16	0,35**
ustepliwość	-0,03	0,03	0,07	0,02
ustepliwość i dystans	0,14	-0,26*	-0,24	-0,17
dystans	0,19	0,35**	0,44**	0,40**
dominacja i dystans	0,13	0,46**	0,49**	0,46**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Wyższy poziom kompetencji niezbędnych w sytuacjach intymnych posiadają osoby o wyższych wynikach CSIE: ustepliwość i przyjaźnielkość, przyjaźnielkość, dominacja i przyjaźnielkość, dominacja. Dane dowodzą istnienia dodatniego związku między kompetencjami niezbędnymi w sytuacjach ekspozycji społecznej a kompetencjami koła Locke'a określonymi jako: dominacja i przyjaźnielkość, dominacja, dominacja i dystans, dystans, natomiast słaba ujemna zależność istnieje ze skalą ustepliwości i dystansu. Wyższy poziom kompetencji umożliwiających funkcjonowanie w sytuacjach wymagających asertywności posiadały osoby z wyższymi wynikami w skalach: dominacja i przyjaźnielkość, dominacja, dominacja i dystans, dystans. Dodatkowo związki stwierdzono pomiędzy ogólnym poziomem kompetencji społecznych a sześcioma z ośmiu skal CSIE (z wyjątkiem ustepliwości oraz ustepliwości i dystansu).

Kompetencje interpersonalne a cechy osobowości

Tabela 6 przedstawia macierz korelacji kompetencji interpersonalnych oraz cech osobowości.

Tabela 6

Korelacje kompetencji interpersonalnych i cech osobowości

Kompetencje interpersonalne	Ekstrawersja	Ugodowość	Sumienność	Stabilność	Intelekt
dominacja	0,54**	0,06	0,31**	-0,12	0,08
dominacja i przyjaźliwość	0,62**	0,16	0,33**	-0,19	0,04
przyjaźliwość	0,24*	0,43**	0,26*	-0,05	-0,09
uścpliwosc i przyjaźliwość	0,35**	0,33**	0,38**	-0,06	0,06
uścpliwosc	-0,11	0,06	0,07	-0,16	-0,03
uścpliwosc i dystans	-0,26*	0,03	0,10	0,01	-0,01
dystans	0,31**	-0,03	0,14	-0,09	0,09
dominacja i dystans	0,46**	-0,04	0,16	-0,14	0,04

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Ekstrawersja koreluje dodatnio z sześcioma skalami CSIE, najsilniej z dominacją i przyjaźliwością oraz dominacją, nie koreluje istotnie ze skalą uścpliwosci, związek jest ujemny z oktantem uścpliwosci i dystansu. Ugodowosc koreluje dodatnio ze skalami przyjaźliwości oraz uścpliwosci i przyjaźliwości. Sumienność wykazuje dodatnie związki z następującymi oktantami: dominacja, dominacja i przyjaźliwość, przyjaźliwość, uścpliwosc i przyjaźliwość. Ze stabilnością i intelektem nie zaobserwowano istotnych korelacji.

DYSKUSJA

Rzetelnosc polskiej wersji sugeruje wprowadzenie pewnych poprawek po przeprowadzonym pilotażu. Alfę wersji oryginalnej CSIE (Locke, Sadler, 2007) wykazują wyższe wartości niż te uzyskane w wersji polskiej. W wersji oryginalnej CSIE (Locke, Sadler, 2006) dwie najniższe wartości rzetelnosci opisują skale uścpliwosci i dystansu oraz uścpliwosci. Aktualna polska adaptacja posiada najniższe alfy (poniżej progu 0,60) dla skal przyjaźliwości oraz uścpliwosci. W polskiej adaptacji wszystkie trzy powyżej wymienione skale współtworzą ten sam czynnik.

Przyszła polska wersja CSIE będzie zawierać poprawione pozycje. W przypadku skali dominacji i przyjaźliwości oraz uścpliwosci i dystansu nie rozważano wykluczania pozycji z powodu braku wzrostu alfa Cronbacha. W przypadku skali dominacji żadna pozycja nie będzie wykluczana z powodu zadowalającej wartości alfa

Cronbacha (0,71) i nieznacznego wzrostu jej wartości (0,73) w przypadku usunięcia pozycji o najsłabszych właściwościach.

Analiza czynnikowa na pozycjach polskiej wersji CSIE uniemożliwia uzyskanie ośmiu czynników. Prawdopodobnymi przyczynami są: niezbyt duża próba badana, niezadowalające wartości alfa Cronbacha niektórych skal. Warto jednak zauważyć, że Klinkosz (2004), dokonujący polskiej adaptacji *Interpersonalnej skali przymiotnikowej* (IAS-R) Wigginsa, zaobserwował również spore odstępstwa od obrazu koła interpersonalnego.

Przeprowadzona analiza czynnikowa, tak na skalach, jak i na pozycjach, umożliwia wyodrębnienie dwóch czynników. Każdy obejmuje po cztery sąsiadujące ze sobą oktanty.

Kompetencje przyjacielskości oraz pokrewne okazały się być powiązane dodatnio z kompetencjami niezbędnymi w sytuacjach intymnych, które wiążą się z wzajemnym ujawnianiem się partnerów (Matczak, 2001). Wyniki skal dominacji oraz dystansu wraz z pokrewnymi są dodatnio skorelowane z poziomem kompetencji niezbędnych w sytuacjach wymagających asertywności, czyli wywarcia wpływu lub oparcia się wpływowi innych (Matczak, 2001). Również oktanty dominacji, dystansu oraz pokrewne były dodatnio skorelowane z kompetencjami niezbędnymi w sytuacjach ekspozycji społecznej, gdzie osoba jest przedmiotem oceny innych (Matczak, 2001). Wzorec zależności między KKS a CSIE świadczy pozytywnie o trafności adaptowanego narzędzia.

Ekstrawersja koreluje najsilniej dodatnio z oktantem dominacji i przyjacielskości, to tu znajduje się odpowiednik ekstrawersji na kole interpersonalnym (Strus, i in., 2011). Ujemnie skorelowana z ekstrawersją jest kompetencja ustępliwości i dystansu, która odpowiada introwersji. Ugodowość dodatnio koreluje z oktantami: przyjacielskości oraz ustępliwości i przyjacielskości – to tu znajduje się analog ugodowości na kole interpersonalnym (Strus i in., 2011).

Podobne wyniki uzyskał również Raad (1995): wymiar dominacji był dodatnio i słabo skorelowany z ekstrawersją oraz ujemnie i silnie z ugodowością, a wymiar przyjacielskości był dodatnio i silnie skorelowany z ekstrawersją, a umiarkowanie z ugodowością.

Uzyskane wyniki skłaniają do modyfikacji części pozycji polskiej adaptacji CSIE, choć skale poza przyjacielskością oraz ustępliwością posiadają zadowalające wartości alfa Cronbacha. Korelacje szacujące trafność kryterialną (kwestionariusze: IPIP-50, KKS) należy uznać za satysfakcjonujące i zgodne z przewidywaniami.

Narzędzie prawdopodobnie niebawem będzie dostępne w udoskonalonej psychometrycznej wersji. Kwestionariusz CSIE, po naniesieniu poprawek i ich weryfikacji, może okazać się przydatnym narzędziem w badaniach nad osobowością, poczuciem

skuteczności, zaburzeniami osobowości, ale potencjalne spektrum zastosowań jest szersze. Stwierdzono, że po przynoszącej pozytywne rezultaty poznawczo-behawioralnej terapii depresji lekoopornej zwiększyło się poczucie skuteczności zachowań dominujących mierzonych kwestionariuszem CSIE Locke'a (Sayegh, Locke i in., 2012).

BIBLIOGRAFIA

- Alden, L., Wiggins, J., Pincus, A. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521–536.
- Cieciuch, J. (2010). Pięcioczynnikowa struktura osobowości we wczesnej adolescencji. *Studia Psychologica*, 10, 251–271.
- Cuperman, R., Ickes, W. (2009). Big Five predictors of behavior and perceptions in initial dyadic interactions: Personality similarity helps extraverts and introverts, but hurts „disagreeables”. *Journal of Personality And Social Psychology*, 97, 667–684.
- Eldredge, K. L., Locke, K. D., Horowitz, L. M. (1998). Patterns in interpersonal problems associated with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 383–389.
- Gasiul, H. (2006). *Psychologia osobowości*. Warszawa: Difin.
- Horowitz, L. M., Wilson, K. R., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M. J., Henderson, L. (2006). How interpersonal motives clarify the meaning of Interpersonal behavior: A revised circumplex Model. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 67–86.
- Klinkosz, W. (2004). Interpersonalne Skale Przymiotnikowe (IAS-R). Polskie tłumaczenie kwestionariusza Jerrego S. Wigginsa. *Przegląd Psychologiczny*, 47, 379–393.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality; a functional theory and methodology for personality evaluation*. Oxford: Ronald Press.
- Locke, K. D. (2000). Circumplex scales of interpersonal values: Reliability, validity, and applicability to interpersonal problems and personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 75, 249–267.
- Locke, K. D., Sadler, P. (2007). Self-efficacy, values, and complementarity in dyadic interactions: Integrating interpersonal and social-cognitive theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 94–109.
- Maczak, A. (2001). *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- McCrae, R., Cost, P. (2005). *Osobowość człowieka dorosłego*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- De Raad, B. (1995). The psycholexical approach to the structure of interpersonal traits. *European Journal of Personality*, 9, 89–102.
- Roccas, S., Sagiv, L., Schwartz, S., Knafo, A. (2002). The Big Five personality factors and personal values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 789–801.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1–28.

- Sadler, P., Ethier, N., Gunn, G. R., Duong, D., Woody, E. (2009). Are we on the same wavelength? Interpersonal complementarity as shared cyclical patterns during interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 1005–1020.
- Sayegh, L., Locke, K. D., Pistilli, D., Penberthy, J. K., Chachamovich, E., McCullough, J. P. i in. (2012). Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy for treatment-resistant depression: Adaptation to a group modality. *Behaviour Change*, 29, 97–108.
- Schwartz, S. H. (2006). Basic human values: Theory, measurement, and applications. *Revue française de sociologie*, 47, 929–968.
- Strus W., Ciecuch J., Rowiński T. (2011). Kołowy model struktury cech osobowości w ujęciu Lewisa Goldberga. *Studia Psychologica*, 11(2), 5–33.
- Wiggins, J. S. (1979). A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal of Personality & Social Psychology*, 37, 395–412.
- Wiggins, J. S., Trapnell, P., Phillips, N. (1988). Psychometric and geometric characteristics of the revised interpersonal adjective scales (IAS-R). *Multivariate Behavioral Research*, 23, 517.

DAGMARA MARIA BORUC

dagmara.boruc@gmail.com

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie

INTELIGENCJA EMOCJONALNA U SKAZANYCH ODBYWAJĄCYCH KARĘ POZBAWIENIA WOLNOŚCI W ZAKŁADACH KARNYCH NA TERENIE POLSKI

RECENZJA

Recenzent: prof. dr hab. Czesław Czabała

Omawiana praca mieści się w nurcie poszukiwania psychologicznych czynników wyjaśniających zachowania społeczne. W tym przypadku są to badania osób skazanych na karę pozbawienia wolności. Mgr D. M. Boruc założyła, że czynnikiem ważnym dla wyjaśniania zachowań niezgodnych z prawem może być inteligencja emocjonalna.

W części wstępnej przedstawia bardzo wiele danych wskazujących na znaczenie czynników psychologicznych w zachowaniach osób popełniających przestępstwa. Uzasadnia to postawienie hipotezy o uwzględnieniu znaczenia inteligencji emocjonalnej wśród tych zmiennych.

Przebadala bardzo dużą liczbę osób, co pozwoliło na przeprowadzenie ciekawych analiz statystycznych i empirycznie wzmocniało obserwowane różnice.

W mojej ocenie praca jest ciekawa, badania zostały wykonane zgodnie z zasadami metodologicznymi takich badań. Autorka uzyskała ciekawe i trochę nieoczekiwane wyniki, ale ciekawie je interpretuje. Wyniki badań są jasno prezentowane i ciekawie omówione. Rekomenduję zatem jej opublikowanie w publikacji pokonferencyjnej.

W pracy dokonano analizy poziomu inteligencji emocjonalnej skazanych odbywających karę pozbawienia wolności z zakładach karnych na terenie Polski. Ponadto uzyskane wyniki porównano z grupą osób nie karanych.

Do przeprowadzenia badania wykorzystano *The Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) Meyera, Saloveya (1995), w polskiej adaptacji autorstwa A. Borkowskiej, A. Gąsiorowskiej, Cz. S. Nosala (2006) dla dorosłych *Kwestionariusz do diagnozy poziomu inteligencji emocjonalnej*. Dodatkowo zamieszczono pytania odnośnie do: płci, wieku, wykształcenia, bycia osobą niekaraną lub skazaną.

Kobiety charakteryzują się wyższymi uzyskanymi wskaźnikami na podskalach nastroju, empatii i wglądu oraz ogólnej skali IE w porównaniu do mężczyzn. Poziom inteligencji emocjonalnej oraz empatii i samowiedzy u osób skazanych jest wyższy w porównaniu z poziomem u niekaranych, natomiast wyniki na podskali regulacji nastroju są wyższe u niekaranych. W przypadku grup skazanych: poziom inteligencji emocjonalnej oraz jej składowych (nastrój, empatia, wgląd) są wyższe u skazanych kobiet aniżeli u mężczyzn.

Słowa kluczowe: inteligencja emocjonalna, skazani, zachowania przestępcze, osobowość

Funkcjonująca obecnie wiedza o zaburzeniach zachowania, jednostkach notorycznie burzących spokój, ład i porządek jest niezwykle rozległa. Społeczne niedostosowanie upatrywane jest przede wszystkim w przerwanim, tudzież nierozpoczętym, procesie internalizacji zasad społecznego życia.

Proces nabywania przez człowieka wzorów zachowań, norm czy wartości jest niezwykle istotny. Dzięki temu napotymane trudności stają się możliwe do pokonania i są rozpatrywane w kategoriach wyzwań, którym należy sprostać. Umiejętność dostosowania się do zaskakujących, nieprzewidzianych sytuacji jest dowodem tzw. elastyczności, która ułatwia życie. Również poszanowanie istniejących zakazów, nałożonych na jednostkę nakazów w postaci prawa jako gwaranta ładu społecznego, nie będzie prowadziło do jego świadomego i celowego łamania, natomiast tych, którzy zdecydują się złamać je, będzie czekać należyta kara, nie tylko w formie zasądzonej przez instytucje do tego powołane, ale również (co niekiedy jest dużo dotkliwsze) poprzez wykluczenie społeczne, odebranie przywilejów, którymi cieszą się członkowie przestrzegający i szanujący literę prawa.

Większość badań naukowych XX wieku z dziedziny pedagogiki resocjalizacyjnej mających na celu lepsze poznanie jednostek określanych mianem niedostosowanych społecznie, wykazało, iż głównymi cechami charakterystycznymi takich osób jest przede wszystkim: wadliwa samokontrola emocjonalna, wadliwa samokontrola poznawcza, brak odpowiedniego poziomu samoakceptacji, braki w zakresie antycypacji, braki w zakresie umiejętności trafnej oceny skutków swego działania, wrogi, nieprzyjemny obraz świata, braki w rozwoju potrzeby sensu życia, braki w zakresie rozumienia siebie i własnych emocji, nieumiejętność nazywania doświadczanych emocji, niedostatecznie/wcale nierozwinięta empatia, znaczna przewaga przeżywania emocjonalnego nad poznawczym, braki w zakresie antycypowania kary. Są to właściwości zaobserwowane niemalże u wszystkich z grupy określonej mianem niedostosowanych społecznie. Początek problemów w tychże zakresach zwykle obserwowany jest w dzieciństwie i jeżeli nieprawidłowy rozwój jest zatrzymany, deficyty dotyczą coraz to rozleglejszych obszarów, powodując tym samym nieodwracalne szkody dla podmiotu. Sfera społeczna, emocjonalno-psychiczna nie funkcjonuje w późniejszym okresie należycie.

Przytaczane dane badawcze bardzo silnie przemawiają za potrzebą dalszych analiz dotyczących występowania psychopatologicznych cech u osób dokonujących czynów karalnych. Wskazane również wydaje się zgłębianie zagadnienia inteligencji emocjonalnej i zadowolenia z życia u niedostosowanych społecznie. Dzięki zmieniającym występującym we wspomnianej grupie bowiem, kompendium wiedzy z zakresu resocjalizacji będzie nieustannie się poszerzać, dając początek nowym sposobom skuteczniejszego oddziaływania na owe jednostki, zmianę w funkcjonowaniu

tradycyjnych państwowych i społecznych instytucji opiekuńczo-wychowawczych, karnych.

Inteligencja emocjonalna – określana mianem kompetencji, zdolności umożliwiających adekwatne wyrażanie własnych emocji oraz ich regulowanie, odczytywanie stanów emocjonalnych u innych i przewidywanie zachowań jest niezwykle pożądane. Odgrywa bowiem znaczącą rolę w codziennym życiu, pomaga przede wszystkim w sytuacjach stresowych, niepożądanych czy traumatycznych, ale także w chwilach radosnych, pozytywnych. Jednostki skłonne do zachowań asocjalnych takich umiejętności niestety nie posiadają bądź rozwinięte są w niewielkim stopniu.

Pojęcie inteligencji emocjonalnej przypadło do gustu zarówno wielu teoretykom, jak i praktykom, szczególnie w dziedzinie psychologii. W niezmiernie krótkim czasie zyskało dużą popularność. Dysputy nad jego właściwym rozumieniem trwają po dziś dzień. Powstało wiele teorii wraz z modelami próbującymi nakreślić poszczególne części składowe tejszy zdolności człowieka i wyjaśnić jej funkcjonowanie. Do najpopularniejszych koncepcji zaliczyć można model J. Meyera, P. Saloveya i D. R. Caruso (1990), ścieżkę analizy relacji systemu poznawczego i emocjonalnego neurobadaczy m.in.: J. LeDoux i E. A. Phelps (2005), J. Pankseppa (2005) oraz A. Damasio (2000), którzy zwracają baczną uwagę na funkcje ciała migdałowatego, czyli na mózgowie podstawy systemu afektywnego; model D. Golemana (1997) przedstawia pięć zasadniczych czynników podporządkowanych EI. Są to: znajomość swoich emocji, kierowanie emocjami, motywowanie siebie, rozpoznawanie cudzych emocji, podtrzymywanie relacji z drugim człowiekiem. Jak to precyzuje sam autor:

inteligencja emocjonalna to zdolność do motywacji i wytrwałość w dążeniu do celu mimo niepowodzeń, umiejętność panowania nad popędami i odłożenia na później ich zaspokojenia, regulowania nastroju nie poddawania się zmartwieńiom upośledzającym zdolność myślenia, wczuwania się w nastroje innych osób i optymistycznego patrzenia w przyszłość. (Goleman, 1997, s. 67)

Model według R. Bar-Ona, autora popularnego kwestionariusza do pomiaru EI; wyróżnia pięć elementów składowych EI: inteligencja intrapersonalna, inteligencja interpersonalna, radzenie sobie ze stresem, zdolność adaptacji oraz ogólny nastrój. Jako konstrukt teoretyczny, inteligencja emocjonalna swoje powstanie zawdzięcza Meyerowi, Saloveyowi i Caruso w 1990 roku.

Definiując inteligencję emocjonalną, początkowo określili ją jako podłoże, część składową szerszej pod względem wykorzystywania przez człowieka kompetencji, jaką jest inteligencja społeczna. Cytując ich słowa, jest to „umiejętność właściwej percepcji, oceny i wyrażania emocji, umiejętność dostępu do uczuć, zdolność ich

generowania w momentach, gdy mogą wspomóc myślenie, umiejętność rozumienia emocji i zrozumienia wiedzy emocjonalnej, oraz umiejętność regulowania emocji tak, by wspomagać rozwój emocjonalny i intelektualny” (Salovey, Slyter, 1999, s. 67).

Inteligencja emocjonalna koryguje działalność w wielu dziedzinach życia jednostki

Nie sposób odnieść wrażenia, że swym zasięgiem ogarnia: rozwój osobowości, poziom zadowolenia z życia, relacje pomiędzy jednostką a jej otoczeniem i *vice versa*, co z kolei pociąga za sobą umiejętności radzenia sobie z trudnościami o charakterze endogennym oraz egzogennym.

Jak możemy się domyśleć, trafna diagnoza poziomu inteligencji emocjonalnej dla indywidualnego rozwoju człowieka i samopoznania, ma również znaczenie praktyczne – łączy ona bowiem sferę emocjonalną ze sferą praktyczną (Nosal, 1999).

Literatura dostarcza liczne doniesienia z kręgu analiz badań korelacyjnych, traktujących o związku inteligencji emocjonalnej z różnymi wyznacznikami efektywnego funkcjonowania człowieka w różnych strefach jego egzystencji. Jednym z istotniejszych obszarów dla każdego człowieka są relacje z drugą osobą. Pozwalają one na samorealizację i samorozwój przy dostrzeganiu obok siebie osób trzecich.

Stwierdzono bowiem ujemny związek pomiędzy EI a podejmowaniem czynów sprzecznych z literą prawa, nadużywaniem środków psychoaktywnych bądź alkoholu, a także prezentowaniem zachowań o charakterze dewiacyjnym w szkole, które mogą okazać się silnym predykatorem do późniejszych, wyżej wymienionych czynów.

Reasumując, wzrost kompetencji emocjonalnych jako składowych inteligencji emocjonalnej następuje stopniowo wraz z wiekiem jednostki. Nie podlega dyskusji, iż kształt przywiązania pomiędzy dzieckiem a rodzicem, wypracowanego przez rodziców, a w szczególności przez matkę, odgrywa kluczową rolę w późniejszych umiejętnościach kształtowania relacji z otoczeniem, w stosunkach interpersonalnych.

Można zatem śmiało powiedzieć, iż jednostka z wysoko rozwiniętą inteligencją emocjonalną jest świadoma tego, że rozumie swoje emocje i umie je nazywać, jest w stanie zapanować nad nimi, jeżeli sytuacja tego wymaga, umie efektywnie wykorzystywać doświadczane emocje, stany w codziennym życiu, jest w stanie rozpoznać znak, natężenie i siłę emocji u innych osób, posiada umiejętność komunikowania innym doświadczanych przez siebie emocji.

W niniejszej pracy zostanie wykorzystana pierwotna definicja inteligencji emocjonalnej oparta na modelu Meyera, Saloveya i Caruso (1990). W dalszej kolejności przytoczone zostaną wyniki przeprowadzonych badań własnych na grupie skazanych

kobiet i mężczyzn, odbywających karę pozbawienia wolności w polskich zakładach karnych, i porównane z wynikami badanych, którzy nie byli karani.

BADANIA WŁASNE

Główny problem badawczy został sformułowany następująco: Czy istnieją różnice międzypłciowe w poziomie inteligencji emocjonalnej pomiędzy skazanymi kobietami i mężczyznami odbywającymi wyrok pozbawienia wolności w zakładzie karnym? Czy występują różnice w zakresie poziomu inteligencji emocjonalnej pomiędzy skazanymi a osobami niekaranymi? Pytaniami badawczymi szczegółowymi objęto trzy wymiary inteligencji emocjonalnej, m.in.: nastrój, empatię i wgląd.

- ▷ Czy występują różnice w poziomie inteligencji emocjonalnej pomiędzy osobami skazanymi a niekaranymi?
- ▷ Czy występują różnice w poziomie inteligencji emocjonalnej pomiędzy kobietami skazanymi a niekaranymi?
- ▷ Czy występują różnice w poziomie inteligencji emocjonalnej pomiędzy mężczyznami skazanymi a niekaranymi?
- ▷ Czy występują różnice w poziomie inteligencji emocjonalnej pomiędzy skazanymi kobietami a skazanymi mężczyznami?

Na podstawie pytań badawczych wyodrębniono następujące hipotezy:

H1. Poziom inteligencji emocjonalnej oraz jej trzech komponentów (nastroju, empatii i wglądu) u osób skazanych jest niższy w porównaniu z poziomem u osób niekaranych.

H2. Poziom inteligencji emocjonalnej oraz jej trzech komponentów u kobiet skazanych jest niższy w porównaniu z poziomem u kobiet niekaranych.

H3. Poziom inteligencji emocjonalnej oraz jej trzech komponentów (nastroju, empatii i wglądu) u mężczyzn jest niższy w porównaniu z poziomem u mężczyzn niekaranych.

H4. Poziom inteligencji emocjonalnej oraz jej trzech komponentów (nastroju, empatii i wglądu) u skazanych kobiet jest wyższy w porównaniu z poziomem u skazanych mężczyzn.

Przyjmując hipotezę, iż płeć różnicuje poziom inteligencji emocjonalnej, sugerowano się doniesieniami z literatury psychologicznej, socjologicznej, filozoficznej. Wyniki badań wskazują, iż kobiety w porównaniu z mężczyznami: angażują się w relacje bardziej bliskie, emocjonalne, są bardziej skłonne szukać porady, zaczerpnąć od innej osoby informacji, poprosić o pomoc, a nawet wsparcie emocjonalne od tych,

z którymi czują się w jakiś sposób związane. Uważa się, że przytoczone różnice są odpowiedzialne za specyficzne dla płci doświadczenia socjalizacyjne (Greenglass, 2004). Zdaniem Greenglass, z samej definicji wynika, że bycie kobietą wyzwala w drugiej osobie ciepłe, pozytywne skojarzenia. Kobiety najczęściej przyjmują pozycję zależną od drugiej strony. Mężczyźni z kolei dążą do posiadania, pokazywania swej siły, indywidualności i stanowczości. Co więcej, ogromna ilość danych neurobiologicznych m.in. z zakresu neuronalnych różnic płciowych, omówionych w *Płci mózgu* (Moir, Jessel, 1993) oraz w innych metaanalizach, potwierdzają istnienie różnic między kobietami a mężczyznami, przede wszystkim w obszarze podstawowych mechanizmów poznawczych. Owe mechanizmy mogą stanowić przyczynę różnic przejawiających się w wiedzy emocjonalnej oraz percepcji wśród kobiet i mężczyzn. Te neurobiologiczne mechanizmy rozwojowe, sprawiają właśnie, iż:

Kobieta jest z samej swej istoty bardziej wrażliwa niż mężczyzna. Silniej reaguje na dotyk, zapach i dźwięk [...]. Przywiązuje większą uwagę do tego, co wiąże się z życiem osobistym i kontaktami między ludźmi [...]. Od samego początku lepsza jest w nadawaniu i odbieraniu sygnałów społecznych zapisanych w języku ciała (Moir, Jessel, 1993, s. 141).

Opisy różnic w zakresie socjalizacji dziewcząt i chłopców świadczą, że dziewczęta mają większą łatwość w komunikowaniu środowisku emocji własnych w odróżnieniu od grupy drugiej. Określony styl wychowania dotyczy z góry narzuconych oczekiwań najczęściej rodziców, co do podejmowania przez ich pociechy w przyszłości określonych zawodów. Są one potocznie określane jako męskie i kobiece. Chłopiec powinien mieć plany, marzenia, o tym, by zostać budowniczym, astronautą, strażakiem. Dziewczynki to urodzone nauczycielki, pielęgniarki, nauczycielki, przedszkolanki, a jeżeli nie interesują je owe profesje, mogą pozostać w domu i poświęcić się wychowywaniu dzieci.

Wyniki badań potwierdzają, iż skupianie się na emocjach własnych, jak również osób postronnych, jest zjawiskiem dużo częściej zauważanym w grupie dziewcząt aniżeli chłopców. Nacisk na bycie nieugiętym, męskim i niedającym się zranic jest dosyć powszechny w niemalże każdej kulturze.

Na podstawie obserwacji zachowań rodziców w stosunku do swoich dzieci w zależności od płci owego dziecka. Matki w swoim zachowaniu, podczas procesu wychowania synów starają się przede wszystkim okiełznać ich emocjonalne wybuchy, a jeżeli rozmawiają na ten temat, to wątek dotyka jedynie obszarów, takich jak: przyczyna oraz skutki zaistniałej reakcji. Córkę natomiast mają niejako z góry nadane przyzwolenie na eksponowanie odczuwanych emocji. Mogą oczywiście płakać, gdy jest im przykro albo odczuwają ból, płakać ze szczęścia, krzyczeć w chwilach złości.

Rozmowa dotyczy doświadczania poszczególnych emocji, nazywania ich i zdawania sobie sprawy z ich odczuwania. Analiza emocji jest dokładna i niezwykle wnikliwa.

Procedura badawcza

W badaniach zastosowano metodę papier–ołówkę. Dobór metody, narzędzia badawczego oraz organizacja procesu badawczego podporządkowane zostały eksploracyjno-opisowemu celowi badań. Badaniem objęto grupę skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w zakładach karnych na terenie Polski oraz grupę osób niekaranych. Owe grupy podzielono dodatkowo na mniejsze z uwzględnieniem płci respondentów, tj. grupy kobiet i mężczyzn. W celu weryfikacji powyższych hipotez zastosowano rozkład t ze statystyką t -Studenta dla prób niezależnych oraz korelację r -Pearsona.

Organizacja badań

Badania pilotażowe przeprowadzone zostały na początku listopada 2009 roku, natomiast badania właściwe w grudniu 2009 roku. Badania prowadzone były po uprzednim wyrażeniu zgody dyrektorów jednostek penitencjarnych na terenie Polski: Zakład Karny w Sztumie, Zakład Karny Gdańsk-Przeróbka, Zakład Karny Elbląg, Zakład Karny w Czersku, Zakład Karny w Łodzi, Zakład Karny w Grudziądzu, Zakład Karny w Krzywańcu, Zakład Karny w Krakowie-Nowej Hucie. Podczas spotkania z dyrektorami zakładów karnych złożone zostały stosowne oświadczenia traktujące o tym, że badania będą w całości anonimowe dla skazanych odbywających karę pozbawienia wolności, co znaczyło, iż informacje podane w opisie niniejszego badania nie pozwolą na zidentyfikowanie poszczególnych respondentów uczestniczących w badaniu.

Badanie na grupie osób niekaranych również spełniało powyższe wymogi. Uczestnicy badania wypełniali kwestionariusz wraz z ankietami anonimowo. Udział tak skazanych, jak i osób niekaranych był dobrowolny, o czym poinformowano badanych stosownie po przedstawieniu celów badań, a przed rozpoczęciem badań. Nie zanotowano żadnego przypadku rezygnacji z udziału w badaniach. Przeciętny czas na wypełnienie kwestionariusza wraz z ankietą wynosił około 15 min. W analizach statystycznych wykorzystano dane 608 osób.

Technika badania

Na potrzeby prezentowanych badań wykorzystano dwa narzędzia badawcze w formie kwestionariuszy: *Kwestionariusz do diagnozy poziomu inteligencji emocjo-*

nalnej w polskiej adaptacji autorstwa A. Borkowskiej, A. Gąsiorowskiej, Cz. S. Nosala (1995). Dodatkowo zamieszczono pytania odnośnie: płci, wieku, wykształcenia, bycia osobą niekaraną lub skazaną. W statystycznej analizie danych zastosowano: analizę czynnikową, test t-Studenta dla prób niezależnych oraz korelacje. Do obliczeń statystycznych wykorzystano program komputerowy SPSS 140,0 dla Windows XP.

Zmienne

W omawianym badaniu o typie różnicowym przyjęte zostały następujące zmienne: (1) Zmienna wyjaśniana 1: poziom zadowolenia z życia; (2) Zmienna wyjaśniana 2: poziom inteligencji emocjonalnej; (3) Zmienna wyjaśniająca 1: płeć; (4) Zmienna wyjaśniająca 2: skazany/niekarany; (5) Zmienna wyjaśniająca pośrednicząca 1: wiek; (6) Zmienna wyjaśniająca pośrednicząca 2: wykształcenie; (7) Zmienna wyjaśniająca pośrednicząca 3: wyznanie; (8) Zmienna wyjaśniająca pośrednicząca 4: uzależnienie od alkoholu; (9) Zmienna wyjaśniająca pośrednicząca 5: uzależnienie od środków psychotropowych; (10) Zmienna wyjaśniająca pośrednicząca 6: poziom szkodliwości czynu przestępczego; (11) Zmienna wyjaśniająca pośrednicząca 7: wysokość kary pozbawienia wolności; (12) Zmienna wyjaśniająca pośrednicząca 8: rodzaj oddziaływania w zakładzie karnym; (13) Zmienna wyjaśniająca pośrednicząca 9: typ zakładu karnego; (14) Zmienna wyjaśniająca pośrednicząca 10: rodzaj zakładu karnego.

Narzędzia badawcze

W badaniach w każdym zakładzie karnym użyto kwestionariusza *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) Meyera, Saloveya (1995), a w polskiej adaptacji autorstwa Borkowskiej, Gąsiorowskiej, Nosala (2006) dla dorosłych *Kwestionariusz do diagnozy poziomu inteligencji emocjonalnej*.

Polska adaptacja TMMS obejmuje 25 stwierdzeń, do których osoby badane miały się ustosunkować na pięciostopniowej skali Likerta (1 – *zdecydowanie mnie nie dotyczy*, 2 – *raczej mnie dotyczy*, 3 – *trudno mi powiedzieć, czy mnie dotyczy*, 4 – *raczej mnie dotyczy*, 5 – *zdecydowanie mnie dotyczy*). Stwierdzenia te skonstruowane zostały tak, żeby w ostateczności dały trzy podskale – jako ogólny wynik pomiaru inteligencji emocjonalnej. Struktura zawiera trzy skorelowane i spójne ze sobą wymiary oddające pełnię inteligencji emocjonalnej. Są to m.in.: czynnik 1. – regulacja nastroju (skala z siedmioma pozycjami), czynnik 2. – percepcja emocji i empatia (skala z dziewięcioma pozycjami), czynnik 3. – wgląd i wiedza emocjonalna (skala z dziewięcioma pozycjami).

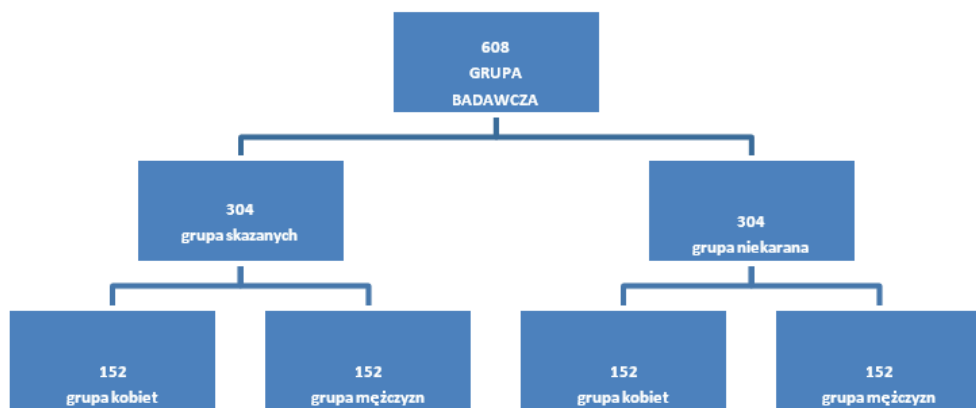
Skala mierząca czynnik 1., regulację nastroju, sprawdza strategię radzenia sobie z niepożądanymi przez jednostkę oraz dysfunkcjonalnymi dla niej stanami emocjonalnymi. Wynik plasujący się na poziomie wysokim wskazuje na umiejętność radzenia sobie podmiotu ze stanami emocjonalnymi o charakterze negatywnym, umiejętność wykorzystania swoich silnych emocji w działaniu zmierzającym do realizacji celu oraz unikania zaburzeń zachowania wywołanych emocjami. Z kolei niski wynik świadczyć może o braku umiejętności samokontroli i podtrzymania dobrego nastroju u człowieka, odczuwaniu silnych i negatywnych emocji oraz stanów, a także o braku strategii adekwatnego radzenia sobie ze wspomnianymi negatywnymi stanami.

Skala mierząca czynnik 2., percepcję emocji i empatii, mierzy umiejętność odczuwania emocji wyrażanych przez inne osoby i ich prawidłowego rozpoznawania przez podmiot. Wysoki wynik na skali wskazuje na empatyczność osoby, umiejętność formułowania trafnych wniosków na podstawie obserwacji emocji u innych osób, rozumienie ich, przewidywanie ich zachowania. Niski wynik natomiast ujawnia zaburzenia we wspomnianych umiejętnościach tzn.: nierozumienie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zdarzeniem a emocjami, brak współodczuwania z innymi ludźmi.

Skala określająca czynnik 3. – wgląd i wiedzę emocjonalną jednostki, odnosi się do posiadanej przez nią autorefleksji emocjonalnej, możliwości nazwania swoich stanów emocjonalnych oraz ich prawidłowego rozróżniania, a także wrażliwości emocjonalnej. Wysoki wskaźnik u danej osoby sugeruje jej dobry wgląd we własne stany emocjonalne, wyciąganie prawidłowych wniosków odnośnie do odczuwanych emocji i umiejętności generalizacji ich. Niski z kolei jest wskaźnikiem braku zdolności do autorefleksji, ignorowania swojej sfery emocjonalnej, co prowadzi do jej nierozwijania. Do pomiaru rzetelności posłużono się wskaźnikiem alfa Cronbacha. Otrzymane miary zmiennych (regulacja nastroju, percepcja emocji i empatia, wgląd i wiedza emocjonalna, a także inteligencja emocjonalna) uprawniają do uznania skal za wystarczająco spójne, tj. odzwierciedlające prawdziwą wartość cechy w stosunku do błędu. Wynoszą one odpowiednio: 0,63; 0,73; 0,63 i 0,81. Wskaźniki korelacji w granicach 0,4–0,5, upoważniają do stwierdzenia, iż wymiary te są ze sobą powiązane oraz wchodzi w skład spójnego wymiaru inteligencji emocjonalnej. Jednakże nie są na tyle współzmiennie, żeby potraktować je jako różniące się tylko pewnymi subtelnymi niuansami.

Charakterystyka osób badanych

Badaniu poddano 608 osób, 304 osoby skazane oraz 304 osoby niekarane. Kobiety, które zgodziły się uczestniczyć w badaniu, było 304, mężczyzn również 304. Doboru grupy reprezentatywnej dokonano w listopadzie 2009 roku przy zastosowaniu procedury przypadkowego doboru osób tak wśród skazanych odbywających karę pozbawienia wolności, jak i osób niebędących karanymi. Na potrzeby badań przypadkowo wybrano zakłady karne na terenie Polski. Nie przyjęto kryteriów, które miały spełniać owe placówki. Następnie przebywającym w owych instytucjach totalnych rozdano arkusze z prośbą o ich uzupełnienie, przy zapewnieniu o całkowitej anonimowości owych badań. W przypadku osób biorących udział w badaniu procedura ich doboru była przypadkowa. Wykorzystane narzędzia badawcze zostały rozdane mieszkańcom dzielnicy Praga-Północ. Na ulicy podchodzono do przypadkowych osób z prośbą o wypełnienie dwóch kwestionariuszy. Podkreślano przy tym, iż badanie jest całkowicie anonimowe, a wyniki zostaną wykorzystane jedynie do celów naukowych.



Rysunek 1. Grupa badawcza biorąca udział w badaniu – grupa skazanych i grupa osób niebędących karanymi.

Populacja skazanych obejmowała grupę kobiet oraz mężczyzn ze wszystkich trzech grup osadzonych: recydywistów, pierwszy raz osadzonych, młodocianych. Wybór cel ze skazanymi był przypadkowy. Dane z przeprowadzonych badań zostały opisane na podstawie informacji zebranych przez autorkę w zakładach karnych w 2010 roku. Były to: Zakład Karny w Sztumie, Zakład Karny Gdańsk-Przeróbka, Areszt Śledczy w Elblągu, Zakład Karny w Grudziądzu, Zakład Karny w Czersku, Zakład Karny Kraków-Nowa Huta oraz Areszt Śledczy w Kielcach.



Rysunek 2. Grupa skazanych odbywających karę pozbawienia wolności biorąca udział w badaniu.

Średnia wieku wynosi $M = 33,17$ lat. Najstarsza osoba miała 70 lat, najmłodsza 19. Dominującymi osobami są zatem te, mieszczące się w przedziale 20–30 lat. W grupie mężczyzn, średnia wieku respondentów jest nieznacznie niższa od tych w pierwszej i wynosi $M = 32,75$ lat. Najmłodszym uczestnikiem badania jest 19-latek, najstarszym zaś 57-latek.

Średnia wieku osób odbywających karę pozbawienia wolności wynosi $M = 33,72$ lat. Najmłodsza skazana osoba ma 19 lat, najstarsza zaś 70. W omawianej grupie najwięcej osób mieści się w przedziale 20–30 lat. Natomiast najmłodszym mężczyzną odbywającym karę pozbawienia wolności jest 20-latek. Najstarszym zaś skazanym jest 57-latek. W grupie skazanych kobiet, średnia wieku wynosi $M = 37,06$ lat. Najmłodszą osadzoną jest 19-latka, najstarszą zaś 70-latka.

Poziom wykształcenia osób biorących udział w badaniu został przedstawiony na skali porządkowej. Uwzględniono przy tym wszystkie możliwe poziomy wykształcenia, gdzie: 6 – wykształcenie niepełne podstawowe, 7 – podstawowe, 8 – niepełne gimnazjalne, 9 – gimnazjalne, 10 – niepełne średnie, 11 – średnie, 12 – niepełne zawodowe, 13 – zawodowe, 14 – niepełne wyższe i 15 – wyższe. W grupie kobiet najwięcej posiada wykształcenie średnie ($n = 89$), podstawowe ($n = 80$) oraz zawodowe ($n = 78$). W dalszej kolejności są respondenci z wykształceniem wyższym ($n = 29$). Najmniej liczne są badane, które zadeklarowały niepełne rodzaje wykształcenia: średnie ($n = 3$), a także wyższe, gimnazjalne i podstawowe (odpowiednio $n = 2$).

W grupie mężczyzn z kolei dominuje grupa z wykształceniem zawodowym ($n = 109$). Podobna ilość (jak u płci żeńskiej) jest również tych, którzy ukończyli szkołę podstawową ($n = 84$). Z dyplomem szkoły średniej jest 77 badanych, uczelni wyższej 17, gimnazjum 16, jedna osoba deklaruje wykształcenie niepełnego wyższego.

Wśród skazanych uczestników badania, odbywających karę pozbawienia wolności w zakładach karnych, przeważa wykształcenie podstawowe ($n = 148$, co odpowiada 48,7% całej grupy badanych). Na drugim miejscu plasują się osoby, które uzyskały zawodowe wykształcenie (84, co odpowiada 27,6%), średnie ($n = 41$, co odpowiada

13,5%) oraz wyższym ($n = 8$, co odpowiada 2, 6%). Najmniej liczni są respondenci przyznający się niepełnego wykształcenia wyższego i średniego (odpowiednio $n = 3$, co odpowiada 1%) oraz podstawowego i gimnazjalnego (odpowiednio $n = 2$, co odpowiada 0,7% badanych). W grupie skazanych kobiet przeważają osoby z ukończonym dyplomem szkoły podstawowej ($n = 66$, co odpowiada 43,4% badanych). W dalszej kolejności są badane z wykształceniem zawodowym $n = 34$, co odpowiada 22,4%) oraz średnim ($n = 33$, co odpowiada 21,7%). Z dyplomem ukończenia studiów wyższych jest sześć respondentek (3,9%). Najmniej liczne są osoby z wykształceniem gimnazjalnym ($n = 4$, co odpowiada 2,6%), niepełnym średnim ($n = 3$, co odpowiada 2%), a także niepełnym podstawowym i gimnazjalnym (odpowiednio $n = 2$, co odpowiada 1,3% każdej grupy). W grupie skazanych mężczyzn z kolei dominuje wykształcenie najniższe – podstawowe ($n = 82$, co odpowiada 53,9% badanych). Następnie są osoby legitymujące się wykształceniem zawodowym ($n = 50$, co odpowiada 32,9%), niepełnym gimnazjalnym ($n = 9$, co odpowiada 5,9%) oraz gimnazjalnym ($n = 8$, co odpowiada 5,3%). Najmniej liczne są osoby z dyplomem ukończenia studiów wyższych ($n = 2$, co odpowiada 1,3%) oraz niepełnym wyższym, gdzie jest to jedna osoba (0,7%).

Tabela 1

Poziom wykształcenia osób badanych z uwzględnieniem podziału na poszczególne grupy

poziom wykształcenia	skazani	skazane kobiety	skazani mężczyźni	niekarane kobiety	niekarni mężczyźni	badani ogółem
niepełne podstawowe	0,7	1,3	-	0,7	-	0,3
podstawowe	48,7	43,4	53,9	26,3	27,6	27,0
niepełne gimnazjalne	0,7	1,3	-	0,7	-	0,3
gimnazjalne	4,3	2,6	5,9	6,3	5,3	5,8
niepełne średnie	1,0	2,0	-	1,0	-	0,5
średnie	13,5	21,7	5,3	29,3	25,3	27,3
zawodowe	27,6	22,4	32,9	25,7	35,9	30,8
niepełne wyższe	1,0	1,3	0,7	0,7	0,3	0,5
wyższe	2,6	3,9	1,3	9,5	5,6	7,6
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

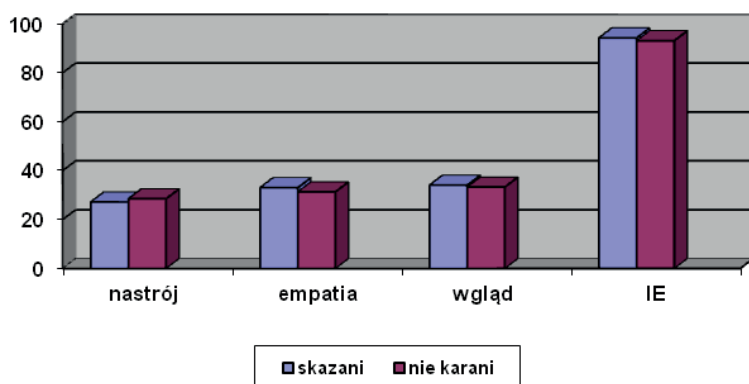
WYNIKI

Na potrzeby niniejszych badań wykonano statystyki opisowe dla mierzonych zmiennych. W pierwszej kolejności były to dane uzyskane na podstawie grupy osób skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym ($N = 304$).

Jak widzimy, skośność we wszystkich analizowanych zmiennych jest ujemna, co oznacza kumulację otrzymanych wyników w obszarze danych o niskich wartościach. Największą ujemną skośnością charakteryzuje się w obszarze inteligencji emocjonalnej empatia ($k = -0,725$). W grupie osób niebędących nigdy karanymi ($N = 304$) znacznie więcej odnotowano przypadków skośności dodatniej poszczególnych zmiennych. Co oznacza, iż skumulowanie wyników znajduje się w obrębie wartości wysokich. Najwyższą wartość w mierzonej inteligencji emocjonalnej otrzymał wgląd ($k = 0,368$), co wskazuje na lepiej wykształcone umiejętności analizy własnej psychiki i odczuwanych stanów przez osoby niekarane. W empatii skośność w przeciwieństwie do grupy pierwszej jest dodatnia ($k = 0,251$).

Następnymi podjętymi krokami było określenie różnicy w średnich sumach poziomu inteligencji emocjonalnej oraz jej komponentów, tj.: nastroju, empatii i wglądu. Podliczono punkty przyznawane każdemu stwierdzeniu zawartemu we wspomnianym narzędziu. Następnie dokonano analizy testem t-Studenta pod kątem istotności w omawianych grupach.

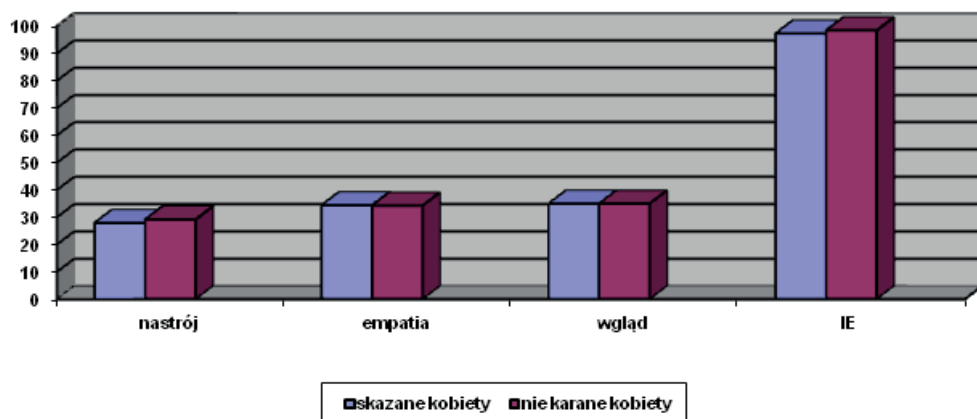
Jak prezentuje poniższy wykres, na podstawie kwestionariuszy do mierzenia inteligencji emocjonalnej wypełnionych przez skazanych (kobiet i mężczyzn) odnotowano wyższe średnie sumy na podskalach empatii ($M = 33,05$), wglądu ($M = 34,07$) oraz ogólnej skali IE ($M = 94,28$) aniżeli u niekaranych kobiet i mężczyzn (odpowiednio: $M = 31,35$; $M = 33,28$; $M = 93,13$). Jedynie na podskali nastroju osoby niekarane ($M = 28,49$) uzyskały wyższe wyniki ($M = 27,16$). Potwierdzenie powyższych wyników wykazała analiza testem t-Studenta. Wszystkie dane są istotne statystycznie.



Rysunek 3. Średnie sumy: nastroju, empatii i wglądu oraz inteligencji emocjonalnej wśród grupy osób skazanych (kobiety i mężczyźni) i niekaranych (kobiety i mężczyźni) – porównanie.

W przypadku respondentek: skazanych i niekaranych kobiet, nie ma zasadniczych różnic w poziomie empatii oraz wglądu. Tutaj średnie sumy wśród uczest-

niczek odbywających karę pozbawienia wolności przyjmują wartości: $M = 34,4$ dla empatii i $M = 34,97$ dla wglądu. Wśród niekaranych z kolei odpowiednio: $M = 34,3$ i $M = 34,98$. Natomiast rozróżnienie widoczne jest dla czynnika 1. (nastrój) i ogólnego poziomu inteligencji emocjonalnej. Uczestniczki badania przebywające w zakładzie karnym uzyskały niższe średnie sumy ($M = 27,93$; $M = 97,3$) dla wspomnianych zmiennych w porównaniu do niekaranych ($M = 29,16$; $M = 98,4$).



Rysunek 4. Średnie sumy: nastroju, empatii i wglądu oraz inteligencji emocjonalnej wśród grup kobiet: skazanych i niekaranych – porównanie.

Analiza testem t-Studenta dostarczyła danych, wskazujących, że w przypadku grupy kobiet: skazanych i niekaranych jedynie podskala dotycząca nastroju oraz skala obejmująca inteligencję emocjonalną jest istotna statystycznie. Co oznacza, że wykorzystany test t-Studenta dla wymienionych prób niezależnych wskazuje na istnienie związku pomiędzy karalnością a poziomem nastroju ($t(283) = 2,2$, $p < 0,05$) oraz inteligencją emocjonalną ($t(283) = 1,1$, $p < 0,05$). Poziom nastroju u kobiet niekaranych ($M = 29,16$, $SD = 4,225$) jest istotnie statystycznie wyższy aniżeli wśród kobiet odbywających karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym ($M = 27,93$, $SD = 5,495$). Poziom inteligencji emocjonalnej respondentek z pierwszej grupy ($M = 98,41$, $SD = 13,496$) również jest istotnie statystycznie wyższy aniżeli u tych z drugiej ($M = 97,30$, $SD = 17,658$). Prezentuje to tabela 2.

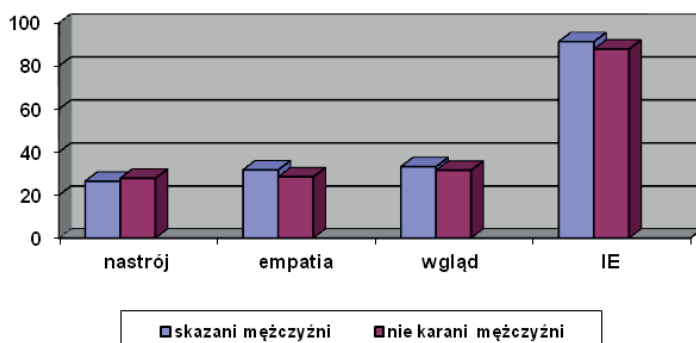
Tabela 2

Porównywanie wyników w trzech skalach oraz wyników ogólnych dla kobiet: skazanych (k) i niekaranych (nk)

zmienne	karalność	N	M	SD	test Levene'a dla istotności wariacji – poziom istotności	różnica średnich	t	df	istotność dla testu t
nastój	K	152	27,93	5,495	0,025	-1,2	-2,2	283	0,029
	Nk	152	29,16	4,225					
empatia	K	152	34,40	7,145	0,034	0,138	0,185	290	0,853
	Nk	152	34,26	5,819					
wgląd	K	152	34,97	6,711	0,218	-0,007	-0,009	302	0,993
	Nk	152	34,98	5,561					
inteligencja emocjonalna	K	152	97,30	17,658	0,010	-1,1	-0,613	283	0,540
	Nk	152	98,41	13,496					

Rozkład danych wskazuje na wyższy poziom w zakresie trzech wymiarów w grupie skazanych mężczyzn. Średnie sumy dla podskali empatii to $M = 31,7$, wglądu $M = 33,17$ i ogólnej $M = 91,26$, podczas gdy dla niekaranych wynoszą one: $M = 28,26$; $M = 31,54$, $M = 87,83$.

Jedynie na podskali mierzącej poziom regulacji nastroju zjawisko to jest odwrotne. Niekarani mężczyźni ($M = 27,82$) posiadają wyższy poziom w zakresie wspomnianych umiejętności aniżeli odbywający karę w zakładzie karnym ($M = 26,39$).



Rysunek 5. Średnie sumy: nastroju, empatii i wglądu oraz inteligencji emocjonalnej wśród grup mężczyzn: skazanych i niekaranych – porównanie.

Weryfikacja testem t-Studenta dla prób niezależnych w tym wypadku w grupie mężczyzn skazanych i niekaranych pokazała, że pomiędzy karalnością a posiadanym poziomem nastroju ($t(302) = 2,4$, $p < 0,05$), empatii ($t(270) = 4,511$, $p < 0,05$), wglądu ($t(279) = 2,211$, $p < 0,05$) oraz inteligencji emocjonalnej ($t(256) = 1,936$, $p < 0,05$) istnieje związek. Poziom nastroju niekaranych mężczyzn ($M = 27,82$, $SD = 4,291$) jest istotnie wyższy w porównaniu do osadzonych mężczyzn ($M = 26,39$, $SD = 5,976$).

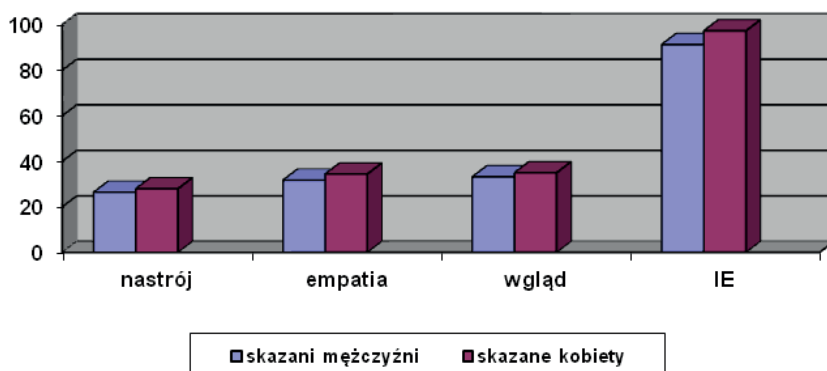
Poziom empatii u niekaranych mężczyzn ($M = 28,44$, $SD = 5,106$) jest istotnie niższy w porównaniu do osadzonych mężczyzn ($M = 31,70$, $SD = 7,311$). Poziom wglądu u niekaranych ($M = 31,5$, $SD = 5,245$) jest istotnie niższy w porównaniu do osadzonych ($M = 33,17$, $SD = 7,072$). Poziom inteligencji emocjonalnej u niekaranych ($M = 87,86$, $SD = 11,662$) jest istotnie niższy w porównaniu do osadzonych ($M = 91,26$, $SD = 18,306$).

Tabela 3

Porównywanie wyników w trzech skalach oraz wyników ogólnych dla mężczyzn: skazanych (k) i nie karanych (nk)

zmienne	karalność	N	M	SD	test Levene'a dla istotności wariacji – poziom istotności	różnica średnich	t	df	istotność dla testu t
nastój	K	152	26,39	5,976	0,000	-1,434	-2,4	302	0,017
	Nk	152	27,82	4,291					
empatia	K	152	31,70	7,311	0,001	3,263	4,511	270,002	0,000
	Nk	152	28,44	5,106					
wgląd	K	152	33,17	7,072	0,001	1,579	2,211	278,546	0,028
	Nk	152	31,59	5,245					
inteligencja emocjonalna	K	152	91,26	18,306	0,000	3,408	1,936	256,234	0,054

W przypadku obu grup skazanych, skazanych kobiet i osadzonych z zakładzie karnym mężczyzn, na wszystkich trzech podskalach poszczególnych komponentów inteligencji emocjonalnej oraz ogólnej skal IE skazane kobiety charakteryzują się wyższym poziomem aniżeli skazani mężczyźni. Wśród kobiet dla poszczególnych skal uzyskane średnie to: $M = 27,93$ (nastój); $M = 34,4$ (empatia); $M = 34,97$ (wgląd); $M = 97,3$ (inteligencja emocjonalna). Natomiast dla mężczyzn przyjmują one wartości niższe: $M = 26,39$ (nastój); $M = 31,7$ (empatia); $M = 33,17$ (wgląd); $M = 91,26$ (inteligencja emocjonalna).



Rysunek 6. Średnie sumy: nastroju, empatii i wglądu oraz inteligencji emocjonalnej wśród grup skazanych: kobiet i mężczyzn – porównanie.

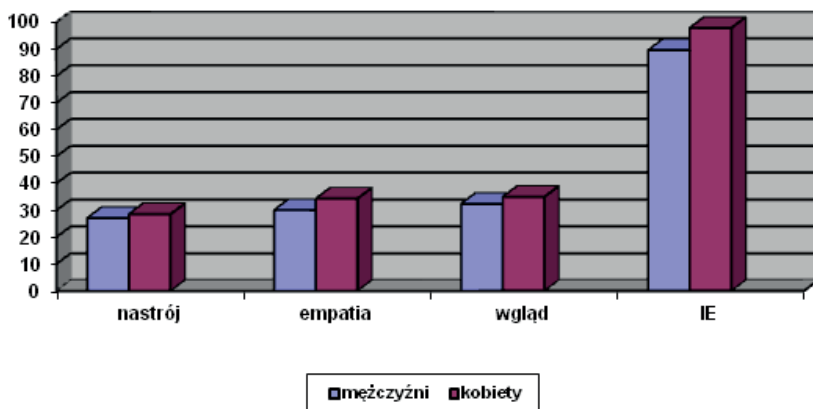
Natomiast analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych, skazanych kobiet oraz skazanych mężczyzn, wykazała, że istnieje związek pomiędzy płcią a poziomem nastroju $t(302) = 2,338, p < 0,05$, empatii $t(302) = 3,253, p < 0,05$, wglądu $t(302) = 2,280, p < 0,05$ i inteligencji emocjonalnej $t(302) = 2,928, p < 0,05$. Poziom nastroju u skazanych kobiet ($M = 27,93, SD = 5,495$) jest istotnie wyższy w porównaniu do osadzonych mężczyzn ($M = 26,39, SD = 5,976$). Poziom empatii u skazanych kobiet ($M = 34,40, SD = 7,145$) jest istotnie statystycznie wyższy w porównaniu do osadzonych mężczyzn ($M = 31,70, SD = 7,311$). Poziom wglądu u skazanych kobiet ($M = 34,97, SD = 6,711$) jest istotnie statystycznie wyższy w porównaniu do osadzonych mężczyzn ($M = 33,13, SD = 7,072$). Poziom inteligencji emocjonalnej u skazanych kobiet ($M = 97,30, SD = 17,658$) jest istotnie statystycznie wyższy w porównaniu do osadzonych mężczyzn ($M = 91,26, SD = 18,306$), na co wskazuje tabela 4.

Tabela 4

Porównywanie wyników w trzech skalach oraz wyników ogólnych dla skazanych kobiet i skazanych mężczyzn

zmienne	płeć	N	średnia	odchylenie standardowe	test Levene'a dla istotności wariancji – poziom istotności	różnica średnich	t	df	istotność dla testu t
nastój	K	152	27,93	5,495	0,136	1,539	2,338	302	0,002
	M	152	26,39	5,976					
empatia	K	152	34,40	7,145	0,872	2,697	3,253	302	0,001
	M	152	31,70	7,311					
wgląd	K	152	34,97	6,711	0,359	1,803	2,280	302	0,023
	M	152	33,13	7,072					
inteligencja emocjonalna	K	152	97,30	17,658	0,662	6,039	2,928	302	0,004
	M	152	91,26	18,306					

Różnice międzypłciowe (w grupie kobiet skazanych i niekaranych oraz mężczyzn osadzonych i niekaranych) pokazały, iż płeć różnicuje poziom inteligencji emocjonalnej. Zgodnie z wynikami badań Borkowskiej (praca niepublikowana), dane uzyskane na podstawie niniejszych badań udowodniły, że kobiety charakteryzują się wyższym średnim wskaźnikiem inteligencji emocjonalnej w porównaniu do mężczyzn. Co więcej, odnotowano lepsze średnie sumy również na trzech podskalach wymiarów owej kompetencji, tj.: nastroju, empatii i wglądu.



Rysunek 7. Średnie sumy: nastroju, empatii i wglądu oraz inteligencji emocjonalnej wśród grupy kobiet (skazanych i niekaranych) i mężczyzn (skazanych i niekaranych) – porównanie.

Weryfikacja testem t-Studenta dla prób niezależnych skazanych i niekaranych kobiet oraz osadzonych i niekaranych mężczyzn potwierdziła istnienie związku pomiędzy płcią a poziomem nastroju $t(606) = 3,490, p < 0,05$, empatii $t(606) = 8,074, p < 0,05$, wglądu $t(606) = 5,153, p < 0,05$ oraz inteligencji emocjonalnej $t(606) = 6,574, p < 0,05$. Poziom nastroju w grupie kobiet ($M = 28,55, SD = 4,932$) jest istotnie statystycznie wyższy niż w grupie mężczyzn ($M = 27,11, SD = 5,243$). Poziom empatii w grupie kobiet ($M = 34,33, SD = 6,506$) jest istotnie statystycznie wyższy niż w grupie mężczyzn ($M = 30,07, SD = 5,504$). Poziom wglądu w grupie kobiet ($M = 34,98, SD = 6,152$) jest istotnie statystycznie wyższy niż w grupie mężczyzn ($M = 32,38, SD = 6,266$). Poziom inteligencji emocjonalnej w grupie kobiet ($M = 97,86, SD = 15,699$) jest istotnie statystycznie wyższy niż w grupie mężczyzn ($M = 89,56, SD = 15,417$). Prezentuje to tabela 5.

Tabela 5

Porównanie wyników w trzech skalach oraz wyników ogólnych dla kobiet (skazanych i niekaranych) i mężczyzn (skazanych i niekaranych)

zmienne	płeć	N	Ma	SD	test Levene'a dla istotności wariancji – poziom istotności	różnica średnich	t	df	istotność dla testu t
nastój	k	304	28,55	4,932	0,152	1,441	3,490	606	0,001
	m	304	27,11	5,243					
empatia	k	304	34,33	6,506	0,895	4,260	8,074	606	0,000
	m	304	30,07	5,504					
wgląd	k	304	34,98	6,152	0,791	2,595	5,153	606	0,000
	m	304	32,38	6,266					
inteligencja emocjonalna	k	304	97,86	15,699	0,960	8,296	6,574	606	0,000

Podsumowując, niższe średnie sumy uzyskane na poszczególnych podskalach mierzących poziom składowych inteligencji emocjonalnej, czyli nastroju, empatii i wglądu, oraz ogólny jej poziom uzyskały osoby niekarane. Wyższe wyniki należą do skazanych odsiadujących wyrok pozbawienia wolności. Co ciekawe, jedynie w trzech przypadkach (podskala: empatii i wglądu, cała skala mierząca inteligencję emocjonalną) w grupie mężczyzn osadzeni uzyskali wyższe wyniki w porównaniu do mężczyzn niekaranych. Wyższe średnie sumy w zakresie omawianych zmiennych w grupie kobiet w porównaniu do wyników mężczyzn tłumaczyć można różnicami neurobiologicznymi oraz jakością przeprowadzonego procesu socjalizacji w zależności od płci dziecka. Mówiąc ogólnie, skazane kobiety reprezentują wyższy poziom umiejętności w zakresie wszystkich trzech czynników składających się na inteligencję emocjonalną oraz ogólnej kompetencji, jaką jest inteligencja emocjonalna, aniżeli osadzeni mężczyźni. Rezultat niniejszych badań może mieć swe wytłumaczenie w obszarze podstawowych mechanizmów poznawczych. Mechanizmy te stanowią niejako przyczynę różnic przejawiających się w wiedzy emocjonalnej oraz percepcji wśród kobiet i mężczyzn.

DYSKUSJA

Interesującym wynikiem jest poziom inteligencji emocjonalnej osób skazanych w porównaniu do niekaranych. Wykazano, iż osadzeni charakteryzują się wyższym poziomem empatii, wglądu i inteligencji emocjonalnej. Można to tłumaczyć na wiele sposobów.

Po pierwsze, należy wziąć jednak pod uwagę fakt, iż to sami skazani oceniali siebie pod względem poszczególnych wymiarów, a więc ocena ich zdolności jest w pełni subiektywna. Identyczna sytuacja zachodzi w grupach osób niekaranych, jednak w związku z przytoczonymi wcześniej analizami licznych badań umieszczonych w części teoretycznej, uzasadnione jest twierdzenie, iż ocena tych drugich dotycząca własnej osoby jest jednak bardziej realistyczna. Są oni zatem zdolni do samokrytyki w sytuacji złamania norm i przepisów tak karnych, jak i obyczajowych, co w przypadku osadzonych wręcz nie występuje.

Po drugie, osoby odbywające karę pozbawienia wolności mogą przejawiać tzw. nierealistyczny optymizm. Zjawisko to odnosi się do zmiany percepcji i realnej oceny przeszłych lub istniejących faktów oraz ludzi. Wykorzystywanie przez ludzi owej atrybucji, wskazuje na obronę podmiotu przed zagrażającymi jej informacjami, co w konsekwencji prowadzi do występowania błędów w przetwarzaniu informacji o sobie lub o świecie. Podmiot zatem przecenia własne kompetencje, a swoje czyny tłumaczy w sposób dla niego zadowalający, przez co ochrania własne poczucie wartości.

Po trzecie, osoby skazane to przede wszystkim te, których poczucie posiadania kontroli może być zaburzone, co objawia się zewnątrzsterownością. Osoby takie są podatne na wpływy innych. Bardziej niż własne zdanie cenią opinię środowiska, w którym żyją, a wybory, jakich dokonują uwzględniają przede wszystkim dobro innych, a nie własne.

Poza tym, tłumaczenia typu: ukradłem, bo nie miałem pieniędzy, albo nie mam wykształcenia, bo wszyscy nauczyciele się na mnie uwzięli i nie chcieli przepuszczać mnie do następnych klas, są na porządku dziennym. Dlatego też w ich oczach przestępstwa, jakich się dopuszczali, nie były wynikiem ich złej woli, a jedynie sposobem walki ze złym światem, który ich do tego zmusił.

Wyniki niniejszych badań wykazały, że umiejętności w zakresie regulacji nastroju są domeną osób niekaranych. Oznacza to, lepsze przystosowanie się respondentów do sytuacji stresowych oraz sposobów walki z pojawiającym się stresem. Spionek (1965) i Żabczyńska (1974) wykazały, że w rodzinach przestępców rodzice byli osobami nieopanowanymi i wybuchowymi. Na tej podstawie stwierdzono istotną zależność między wymienionymi cechami osobowości ojców osób wchodzących w kolizję z prawem a procesem wykołajenia się. Zatem duże natężenie nerwowości, nadmierna pobudliwość afektywna u skazanych może prowadzić do utraty samokontroli i tym samym pojawienia się reakcji niewspółmiernej do bodźca, który ją wywołał.

Zgodnie z przewidywaniami poziom inteligencji emocjonalnej oraz poszczególne jej składowe: nastroju, empatii i wglądu, u kobiet jest wyższy w porównaniu z poziomem osiągniętym przez mężczyzn. Tłumacząc owe zjawisko, można odwołać się zatem do zjawiska socjalizacji. Już w dzieciństwie, zauważono znaczne różnice w wychowywaniu dziewczynek i chłopców. Dziewczynki skupione są na umiejętności nazywania i mówienia o emocjach, natomiast chłopcy ukierunkowani są na kształtowanie sprawności fizycznej, hardości ducha i osiąganie sukcesów. W konsekwencji oznacza to, że sfera duchowa jest częściej obszarem analiz dla płci żeńskiej aniżeli męskiej.

Na podstawie przeprowadzonych badań, jak pokazują dane, można zauważyć interesujące zjawisko, które wskazuje na to, że wśród skazanych mężczyzn poziom empatii oraz zachowań pomocnych nie odnosi się do ich własnych dzieci, lecz do innych osób. Może to oznaczać sytuację, iż osadzeni nie wypracowali sobie prawidłowych relacji ze swoim dzieckiem, gdyż źródła, z których czerpaliby wiedzę w ich otoczeniu po prostu zabrakło. Mellers (2010) w badaniach nad relacjami matek i ojców z własnymi dziećmi, wykazała, że mężczyźni, którzy deklarowali pozytywne i satysfakcjonujące relacje ze swymi ojcami, w codziennym życiu byli bardziej stabilni emocjonalnie oraz potrafili zapanować nad emocjami, byli mniej podatni na

stres, a także potrafili efektywniej walczyć ze stresem w porównaniu z tymi, których relacje były opisywane jako złe.

BIBLIOGRAFIA

- Allport, G. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Henry Holt and Company.
- Arystoteles. (2007). *Etyka nikomachejska*. Warszawa: PWN.
- Borkowska, A., Gąsiorowska, A., Nosal, Cz. S. (2006). Kwestionariusz do diagnozy poziomu inteligencji emocjonalnej. *Przegląd Psychologiczny*, 1, 9–20.
- Błachut, A. J. (2008). *Kryminologia*. Wrocław: Wydawnictwo ARCHE.
- Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina. Harbor Point.
- Hołyst, B. (1993/2003). *Kryminologia*. Warszawa: LewisNexis.
- Kamiński, M. (2006). *Gry więzienne*. Oficyna Naukowa: Warszawa.
- Mayer, J., Salovey, P. (1993). The intelligence of Emotional Intelligence. *Intelligence*, 17, 433–442.
- Mayer, J., Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? W: P. Salovey, D. J. Sluyter (red.), *Emotional Development and Emotional Intelligence* (s. 3–24). New York: Basic Books.
- Mayer, J., Caruso, D., Salovey, P. (1999). Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for an Intelligence. *Intelligence*, 27, 267–298.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. (2000) Emotional Intelligence as Zeitgeist, as personality and as a mental ability. W: R. Bar-On, J. Parker (red.), *The Handbook of Emotional Intelligence* (s. 92–117). San Francisco CA: Jossey-Bass.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. (2000). Models of Emotional Intelligence. W: R. J., Sternberg (red.), *Handbook of intelligence* (s. 396 – 420). New York: Cambridge University Press.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. (2004). Emotional Intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 3, 197–215.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. (2008). Emotional Intelligence. New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 6, 503–514.
- Moir, A., Jessel, D. (1993). *Płeć mózgu*. Warszawa: PIW.
- Oleś, P. (2002). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: SCHOLAR.
- Pervin, L. (2002). *Osobowość. Teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Salovey, P., Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence imagination cognition and personality. *Journal of Personality Assessment*, 9, 185–211.
- Salovey, P., Sluyter, D. J. (1999). *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. W: J. W. Pennebaker (red.), *Emotion, disclosure, and health* (s. 125–154). Washington, DC: American Psychological Association.

- Stanik, B., Urban, B. (2008). *Resocjalizacja tom 1*. Warszawa: PWN.
- Stanik, B., Urban, B. (2008). *Resocjalizacja tom 2*. Warszawa: PWN.
- Strelau, J. (1985). *Temperament. Osobowość. Działanie*. Warszawa: PWN.
- Tatarkiewicz, W. (1978). *Historia filozofii. Tom 1–3*. Warszawa: PWN.

SZYMON JUZA

szymonjuza@gmail.com

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

CHARAKTERYSTYKA OSOBOWOŚCIOWA WIĘŹNIÓW W KONTEKŚCIE ICH ZDROWIENIA Z UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

RECENZJA

Recenzent: dr Sławomir Ślaski

Przedstawiony artykuł dotyczy ważnego problemu społecznego dotyczącego efektywności psychoterapii więźniów uzależnionych od alkoholu. Część teoretyczna adekwatnie wprowadza w to zagadnienie na podstawie literatury głównie rodzimej i opisuje udział osobowości w zdrowieniu osób uzależnionych. Pytania badawcze są dobrze osadzone w kontekście teoretycznym, a metody badań i metody statystyczne poprawnie zastosowane. Dyskusja wyników adekwatnie odniesiona do części teoretycznej i sugerująca nowe kierunki badań. Poprawność formalna głównie dotycząca języka wskazana do uzupełnienia. Ocena artykułu do publikacji jest warunkowo pozytywna (po uzupełnieniach sugerowanych w recenzji).

Głównym celem artykułu jest opisanie procesu zdrowienia z uzależnienia od alkoholu, wśród osób osadzonych w zakładach karnych. Przeprowadzone badania koncentrują się przede wszystkim na osobowościowym aspekcie procesu. Za pomocą metody analizy ścieżek, wyróżniono wśród zbadanych więźniów osoby o różnym stopniu rozwoju osobowości w procesie trzeźwienia. Dojrzałość osobowości jest traktowana w niniejszej pracy jako kryterium zdrowienia z uzależnienia od alkoholu. W tym kontekście testowano inne zmienne związane z procesem psychoterapii i resocjalizacji osób badanych, takie jak: poczucie sensu życia, subiektywne poczucie zmiany w terapii, rodzaj zastosowanych oddziaływań terapeutycznych oraz długość utrzymywanej abstynencji.

Ostatecznym skutkiem przeprowadzonych badań, są wskazania i zalecenia do pracy psychoterapeutycznej z uzależnionymi więźniami oraz wytyczenie dalszych kierunków poszukiwań w tym obszarze.

Słowa kluczowe: uzależnienie, psychoterapia, rozwój osobowości, więziennictwo

Uzależnienie od alkoholu jest to zjawisko bardzo rozpowszechnione w środowisku przestępczym. Osoby powiązane z tym światem na ogół mają problem z alkoholem, pod jego wpływem popełniają wiele przestępstw, a brak atrakcyjnych perspektyw życiowych sprawia, że alkohol staje się dla nich często wybieraną alternatywą. Powodzenie procesu resocjalizacji tych osób jest więc nierzadko zależne od tego, w jakim stopniu potrafią one sobie poradzić ze swoim uzależnieniem. Obecnie w więzieniach działają oddziały terapeutyczne dla osób uzależnionych, w których realizowane są programy terapeutyczne „Atlantis”. Od wielu lat funkcjonują tam także wspólnoty Anonimowych Alkoholików, często wspomagane przez członków grup wolnościowych. Jednak leczenie uzależnienia od alkoholu w warunkach więziennych to dalej bardzo trudny proces, oparty przede wszystkim o działania przymusowe, siłą rzeczy niedający skazanym możliwości wyjścia poza patogenne środowisko, w jakim się znajdują. W związku z tymi i innymi specyficznymi uwarunkowaniami tego procesu pojawia się wiele pytań związanych z koniecznością opisanie i poznania dynamiki zmian, jakich doświadczają zamknięte osoby uzależnione w procesie trzeźwienia.

W związku z zachowywaniem przez skazanych wymuszonej abstynencji, warto zbadać, w jakim stopniu jej długość może być wyznacznikiem powrotu do zdrowia. Przez zdrowienie (trzeźwienie) rozumie się całościowy, dynamiczny proces wyzwiania się z patologicznych mechanizmów uzależnienia, rozwój osobowości w dojrzałym kierunku i zmianę, jaka następuje w życiu osobistym. Być może lepiej byłoby, jako kryterium trzeźwienia założyć pewien poziom przystosowania i dojrzałości osobowościowej, dodatkowo weryfikowany za pomocą innych kryteriów. W związku z tym warto zbadać, jak więźniowie funkcjonują osobowościowo, a także jak się mają poszczególne grupy podobnych do siebie osobowościowo osób pod względem innych istotnych zmiennych w trzeźwieniu, takich jak poczucie zmiany w terapii lub poczucie sensu życia. Odpowiedź na te pytania pozwoli pośrednio wnioskować o zasadności skupiania się w leczeniu uzależnień na zachowywaniu przez pacjentów abstynencji, a także skuteczności przymusowych oddziaływań terapeutycznych. Pozwoli także sformułować pewne zalecenia do terapii dla zakładów karnych. W niniejszym artykule postaram się przynajmniej częściowo odpowiedzieć na te pytania i przyrzeć się procesowi trzeźwienia osób badanych w zakładach karnych, w województwie lubelskim.

Na początek warto przybliżyć czytelnikowi kilka podstawowych pojęć związanych z rozumieniem zjawiska uzależnienia na gruncie psychologii humanistyczno-egzystencjalnej. W tym kontekście opisane zostaną istotne w procesie rozwoju i zmiany osób uzależnionych kategorie – dojrzewanie osobowości, poczucie sensu życia, doświadczanie zmiany. Przybliżony zostanie także wiodący model leczenia alkoholików w Polsce, oraz podstawowe założenia programu „Atlantis”, prowa-

dzonemu w polskich więzieniach, wraz ze specyfiką oddziaływań terapeutycznych w więziennictwie i badaniami przeprowadzonymi na ten temat.

Teorie humanistyczno-egzystencjalne postrzegają kwestię zależności od substancji psychoaktywnej, jako wtórny efekt frustracji rozwojowych możliwości jednostki. Te, które skłaniają się ku psychologii humanistycznej, kładą większy nacisk na upośledzone możliwości samoaktualizacji (Rogers, 2002). Istotą procesu zdrowienia jest zatem zaspokojenie pewnych podstawowych potrzeb, odpowiedni poziom samoakceptacji osiąganey przez pacjenta, a także możliwości rozwojowych, jakie wypływają z rozdziwku pomiędzy jego ja aktualnym oraz ja powinnościowym. W psychologicznym modelu powrotu do zdrowia bardzo często podkreśla się rolę rozwoju osobowości w kierunku dojrzałości, jako kryterium zdrowienia. „Osobowość to dynamiczna organizacja wewnątrz jednostki, obejmująca te układy psychofizyczne, które decydują o specyficznych dla niej sposobach przystosowania do środowiska” (Allport, za: Strelau, 2004, s. 48). Osobę spełniającą warunki takiego przystosowania, nazywa Allport osobowością dojrzałą. Charakteryzuje się ona: szerokim zasięgiem ja, przejawiającym się w różnorodności działań i celów; serdecznym odnoszeniem do innych, w stosunkach intymnych i nieintymnych; bezpieczeństwem emocjonalnym, polegającym także na nieuleganiu wewnętrznym konfliktom emocjonalnym; akceptacją siebie – adekwatnym i pozytywnym stosunkiem do samego siebie; realistycznym nastawieniem do siebie i rzeczywistości; poczuciem humoru – umiejętnością wykazania zdrowego dystansu do siebie i innych; wglądem – zrozumieniem siebie (autoobiektywizacja), posiadaniem jednoczącej filozofii życiowej – nadającej celowość i znaczenie życiu (Hall, Lindzey, 2006).

Warunki wyróżnione przez Allporta zestawień można z powszechnie stosowaną w leczeniu alkoholików koncepcją psychologicznych mechanizmów uzależnienia (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006), albowiem również reprezentują one sferę poznawczą, emocjonalną oraz odnoszącą się do ja, a także egzystencjalną (Szczukiewicz, 2002). W części badawczej posłużono się kryterium dojrzałości, przystosowania osobowościowego, jako miarą postępów zdrowienia z uzależnienia od alkoholu.

Proces trzeźwienia można omawiać, odnosząc się do pewnych jego właściwości, a nawet etapów. Różni autorzy przyjmują odmienną nomenklaturę tego procesu. L. Kapler (1994) pisze np. o tych fazach po kolei, jako o fazie: kryzysu, wymuszonej abstynencji, dominacji abstynencji i fazie rozwoju osobistego. Z kolei Brown (1992) opisuje go w kategoriach fazy przejściowej, która prowadzi do fazy wczesnego, a następnie późnego powrotu do zdrowia. Nie opisano w tym miejscu tych faz bardziej szczegółowo, ponieważ objętość tego artykułu nie stwarza takiej możliwości, ponadto modele te odnoszą się do czasowego kryterium zdrowienia, tj. długości zachowanej abstynencji oraz do kryterium opierającego się o pewne zadania rozwojowe spełniane

w poszczególnych fazach, czego nie uchwycono w całej subtelności na podstawie badań. Istotę opisu trzeźwienia w oparciu o rozwojowe modele powrotu do zdrowia, podsumowują słowa Gorskiego i Millera (1991): „Zdrowienie przypomina wchodzenie po ruchomych schodach, jadących w dół. Zatrzymanie się w miejscu jest niemożliwe” (s. 114). Dlatego też (obok wstępnego kryterium – stopnia dojrzałości osobowości), jako miarę zdrowienia, przyjęto w części badawczej także subiektywne poczucie zmiany badanych osób uzależnionych i ich skłonności do rozwoju.

W zakresie psychoterapii uzależnień podkreśla się konieczność podejścia integrującego różne koncepcje psychoterapii tak, aby uzyskać szerokie spektrum zmian pożądanych dla zdrowego funkcjonowania jednostki. Listę takich zmian w ramach podejścia strategiczno-strukturalnego do terapii uzależnień, podaje J. Mellibruda i Z. Sobolewska-Mellibruda (2006). Obejmują one następujące obszary: zmiana zachowań i postaw, uzdrawianie procesów emocjonalnych, uzdrawianie pracy umysłu, zdrowienie i rozwój ja, zmiana wybranych zjawisk ważnych dla zdrowia psychicznego oraz zdrowienie poprzez rozwój duchowy osoby uzależnionej. Warto dodać, iż obszar duchowości nie jest na tym etapie bezpośrednio przedmiotem psychoterapii, zwraca się natomiast uwagę, iż warto wspierać i zachęcać pacjentów do rozwoju w tej sferze (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Teorie egzystencjalistyczne ujmują cierpienie osoby uzależnionej w kategoriach pustki egzystencjalnej, frustracji woli sensu. Na pierwszy plan w terapii, wysuwają się zatem kategorie wolności i odpowiedzialności wewnętrznej. Wydaje się paradoksem odnoszenie tych kategorii do osób fizycznie pozbawionych wolności i ubezwłasnowolnionych prawnie. Gdy jednak uświadomimy sobie, że chodzi tu o wewnętrzne poczucie wolności i odpowiedzialności, sprzeczność ta okaże się pozorna. Wolność i odpowiedzialność rozumiane w znaczeniu franklowskim można realizować, przede wszystkim nadając sens swojemu cierpieniu, wobec którego można zająć odpowiednią postawę. Cierpienie, jako prawdziwe i sensowne¹, jest pewnym wyrzeczeniem, które staje się dokonaniem – tylko przez nie dopełnia się czyn etyczny. Jest też dojrzywaniem człowieka – w takim rozumieniu cierpienia urzeczywistnia się jego egzystencjalna natura i powołanie – uniezależnia się on wewnętrznie od zewnętrznych okoliczności (Frankl, 1984a). Zatem poczucie sensu życia, jako istotny składnik powracania do zdrowia, został uznany za kolejny wskaźnik powrotu do zdrowia osoby uzależnionej.

Główną metodą oddziaływań terapeutycznych stosowanych w polskich więzieniach jest program „Atlantis”, powstały na początku lat 90. w Stanach Zjednoczonych, a opracowany przez W. Burgina. W ramach programu podkreśla się współdziałanie

¹ Frankl zwraca uwagę, że jako takie cierpienie jest nie tylko przeciwieństwem eskapizmu, ale także masochizmu, który jest cierpieniem pozbawionym sensu i które powinno się skracać.

terapii poznawczo-behawioralnej z ruchem AA (Wasyłkowska, 2002). Jest on skonstruowany w oparciu o model psychologiczny uzależnienia i Anonimowych Alkoholików, na bazie racjonalno-emotywniej teorii A. Ellisa. Zgodnie z tymi teoriami program przyjmuje założenia (Ślaski, 2001):

- ▶ Uzależnienie od alkoholu jest chorobą przewlekłą, prowadzącą do śmierci lub zatrzymania choroby;
 - ▶ Warunkiem zatrzymania choroby jest abstynencja chemiczna;
 - ▶ Program terapeutyczny obejmuje wszystkie sfery funkcjonowania osoby;
 - ▶ Metodą najbardziej efektywną w leczeniu uzależnień jest program Dwunastu Kroków, wspomagany metodami psychologicznymi.
- Cele, jakie postawił sobie W. Burgin, są następujące (za: Ślaski, 2001):
- ▶ Uznanie własnej niezdolności do kontrolowanego używania środków chemicznych;
 - ▶ Poznanie własnych mechanizmów obronnych podtrzymujących niekontrolowane używanie środków chemicznych;
 - ▶ Nabycie niezbędnych do utrzymania trwałej trzeźwości umiejętności psychologicznych.

Warto nieco przybliżyć specyfikę terapii uzależnień w zakładach karnych. Badania pokazują, że w 2006 roku, leczeniem od alkoholu obejmowano ponad 3400 skazanych (Informacja statystyczna [...], 2011). Majcherczyk (2007) wyróżnia kilka specyficznych dla terapii więziennej czynników. Podkreśla odmienny typ relacji terapeutycznej, szerszy zakres stosowania przymusu w oddziaływaniach terapeutycznych, skutki działania mechanizmu negatywnej selekcji, większe potrzeby terapeutyczne skazanych oraz różnice tkwiące w środowisku terapeutycznym i specyficzne rozwiązania organizacyjne. Z punktu widzenia samego trzeźwienia, nie tylko na oddziale terapeutycznym, szczególnie istotne wydaje się fizyczne pozbawienie wolności, objawiające się we wszechobecnym przymusie, co jest istotą funkcjonowania placówek penitencjarnych. Istotną rolę odgrywają też trudności adaptacyjne i brak perspektyw dla osoby skazanej, przebywającej w zakładzie karnym (Fudała, Głowik, Witek, 2002). Bardzo ważne jest także pozostawanie skazanego w specyficznym środowisku kryminalnym, które kreuje i wyznacza normy zachowania przestępczego, niesprzyjające utrzymywaniu trzeźwości (Morawski, 1968). Stąd też konieczność dwutorowego prowadzenia terapii, której rolą powinna być także przemiana schematów myślenia i zachowania związanego z przestępczym życiem, jakie skazani prowadzili.

Wspomaganie oddziaływań terapeutycznych uczestnictwem w ruch AA pozwala wzbogacić terapię skazanych o kilka istotnych elementów. Jednym z nich jest korzystanie z nadziei i doświadczeń osób trzeźwiejących na wolności, często odwieczających grupy znajdujące się w zakładach karnych. Ma to dla skazanych duże znaczenie społeczne (Różański, 1998). Inna ważna kwestia dotyczy tego, że ruch jest

samopomocowy, co na pewno uwiarygodnia jego działanie między współwięźniami, którzy nie zawsze pozytywnie postrzegają i odnoszą się do personelu więziennego. Najważniejszym jednak elementem jest jego oddziaływanie egzystencjalne, wartościowe z punktu widzenia zdrowienia sfery duchowej, bardzo ważnej w procesie trzeźwienia. Przez wielu badaczy zjawiska grupy AA nazywane są wręcz samoistnymi grupami logoterapeutycznymi (Holmes, 1970).

Przeprowadzono bardzo wiele badań nad osobowością osób uzależnionych. W tym zestawieniu niezbyt wiele jest badań koncentrujących się na samym trzeźwieniu, wychodzeniu z uzależnienia (m.in. Kaczmarczyk, 2008; Kettelhack, 1998; Kuźminych, 2003). Dotyczą one przede wszystkim pacjentów wolnościowych. Problemy badania zjawiska trzeźwienia związane są z trudnością gromadzenia podłużnych danych nad pacjentami kończącymi leczenie, trzeźwiejącymi przez lata. W obszarze leczenia uzależnień w warunkach więziennych takich badań spotykamy jeszcze mniej. Bardzo rzetelnego opracowania dostarczają badania podłużne ewaluacyjne w stosunku do programu „Atlantis”, przeprowadzone przez S. Ślaskiego (2001). Według niego, po odbyciu terapii więźniowie odczuwają w wyższym stopniu potrzeby związane z osiągnięciami i realizacją celów, a także lepiej czują się w relacjach interpersonalnych. W efekcie terapii także usztywnienie mechanizmów obronnych więźniów, który to fakt można interpretować różnie, ponieważ może świadczyć o nieporzuceniu patologicznych mechanizmów uzależnienia lub wykształceniu się nowych, bardziej dojrzałych. Ślaski wyróżnia także pięć czynników psychologicznych, istotnych w procesie leczenia uzależnionych więźniów: przystosowanie w różnych sytuacjach społecznych, dominację i manipulowanie innymi, neurotyczność, depresyjność i impulsywność (Ślaski, 2001). Badania przeprowadzane były w odstępie trzech miesięcy, dotyczą zatem bezpośrednio skuteczności programów terapeutycznych. Brakuje natomiast badań ujmujących dłuższą perspektywę abstynencji skazanych oraz obejmujących szerzej specyfikę pobytu w zakładzie karnym, także poza oddziałem terapeutycznym.

METODA

Przedmiotem badań własnych uczyniono funkcjonowanie osób zdrowiejących z zespołu uzależnienia od alkoholu, zamkniętych w zakładach karnych na terenie Lubelszczyzny. Badanie dotyczyło bezpośrednio ich osobowości, a także pewnych wskaźników zdrowienia z choroby alkoholowej, takich jak: poczucie zmiany w terapii, skłonności rozwojowe (rozdźwięk pomiędzy ja realnym i idealnym), poczucie sensu życia. Ze względu na niską przydatność długości abstynencji jako kryterium zdrowienia, przyjęto jako jego wstępną miarę poziom przystosowania osobowo-

ściowego badanych więźniów, określony za pomocą analizy skupień. Zasadność takiego podziału weryfikowano następnie, stosując inne zmienne, które uznano za kryteria zdrowienia. W badaniu ujęto także inne czynniki, które mogą mieć wpływ na powodzenie lub porażkę procesu zdrowienia więźniów – takie jak dobrowolność motywacji do leczenia, rodzaj oddziaływań terapeutycznych, którym poddano osobę, doświadczanie przez nią problemów psychicznych itd.

Badanie miało na celu opis funkcjonowania więźniów poddanych terapii, ocenę poziomu ich zdrowienia oraz wyłonienie zmiennych sprzyjających i niesprzyjających postępom trzeźwienia w warunkach zamkniętych. Praktycznym celem badań jest dokonanie oceny skuteczności penitencjarnych oddziaływań terapeutycznych, a także wytyczenia zalecanych kierunków ich rozwoju.

Problemy badawcze

Aby pokazać specyfikę zdrowienia w warunkach izolacji więziennej, zbadaną grupę podzielono ze względu na średnie profile osobowości więźniów. Podział taki miał służyć określeniu, którzy więźniowie są lepiej przystosowani, a więc dążą do dojrzałości osobowościowej i zdrowienia z choroby alkoholowej, a którzy od takiego przystosowania są dalecy. Aby dokonać podziału, posłużono się analizą skupień metodą k-średnich. Uzyskano dwa skupienia. W pierwszym skupieniu znalazły się osoby względnie dobrze przystosowane, o osobowości spełniającej pewne warunki dojrzałości², wymienione przez Allporta (takie jak bardziej realistyczne spostrzeganie siebie, samoakceptacja, szerszy zasięg działań i celów). W drugim skupieniu znalazły się osoby mniej przystosowane, czyli takie, których profil osobowości wskazuje na podleganie nałogowym mechanizmom obronnym i brak postępów w trzeźwieniu. Postawiono w stosunku do obu grup następujące problemy badawcze:

- ▶ Jaką osobowością charakteryzują się osoby przebywające w ZK, bardziej i mniej przystosowane osobowościowo?
- ▶ Czy osoby lepiej przystosowane osobowościowo spełniają inne kryteria zdrowienia z alkoholizmu, takie jak: adekwatne skłonności rozwojowe, wyższe poczucie zmiany w terapii, wyższe poczucie sensu życia i zachowanie dłuższego stażu abstynencji?
- ▶ Czy poziom przystosowania osobowościowego różnicuje grupę więźniów ze względu na zmienne istotne z punktu widzenia terapii, takie jak: doświadczanie

² Trudno powiedzieć, aby były to osoby dojrzałe osobowościowo, tym bardziej, iż skupienie jest uśrednieniem wyników większej grupy osób, mowa tu raczej o względnych różnicach w stosunku do współwięźniów, umożliwiających zapewne skuteczny powrót do zdrowia.

nie problemów psychicznych, wychowywanie przez opiekunów z problemem alkoholowym, dobrowolność motywacji do leczenia, rodzaj otrzymywanej podczas zdrowienia pomocy?

- ▷ Czy grupa osób bardziej i mniej przystosowanych osobowościowo różni się od siebie pod względem zmiennych ubocznych wyszczególnionych w badaniu?

Procedura badawcza i opis grupy

Badaniami objęto w sumie 97 osób osadzonych w wybranych zakładach karnych na terenie województwa lubelskiego. W skład badanej grupy weszło 88 mężczyzn oraz dziewięć kobiet. Proporcja ta odzwierciedla w przybliżeniu rozkład płciowy osób odbywających kary pozbawienia wolności w naszym kraju (informacja statystyczna, 2011).

W badanej grupie dominują osoby z wykształceniem podstawowym oraz średnim, przeważnie zawodowym. Znalazła się tam tylko jedna osoba z wykształceniem wyższym, jeden badany nie przyznał się do poziomu swojego wykształcenia (tabela 1).

Tabela 1

Wykształcenie osób badanych

	n	%
Podstawowe	48	49,5
Średnie	47	48,5
Wyższe	1	1
Ogółem	97	100

Większość badanych pochodzi ze średnich lub dużych miast (36,1%), nieco mniej wychowało się na wsi (29,9%). Co piąty badany pochodzi z dużego miasta (19,6%). Część badanych nie wypełniła informacji dotyczącej miejsca ich pochodzenia społecznego (tabela 2).

Tabela 2

Miejsce zamieszkania osób badanych

	n	%
Duże miasto	19	19,6
Średnie lub małe miasto	35	36,1
Wieś	29	29,9
Braki danych	14	14,4

Osoby badane zachowywały abstynencję średnio przez 21 miesięcy. Zróżnicowanie grupy pod tym względem jest dość duże, odchylenie standardowe wynosi około 20 miesięcy. Najkrócej trzeźwa osoba miała za sobą jeden miesiąc abstynencji, alkoholik zdrowiejący najdłużej, nie pije od 10 lat. Średnia wieku w próbie to 36 lat, najmłodszy z badanych skazanych miał 21, najstarszy 64 lata.

Zdecydowana większość badanych leczyła się w oddziałach terapeutycznych znajdujących się w zakładach karnych – 79,4%. Podobna liczba skazanych korzysta z pomocy wspólnoty AA (76,3%). Co trzeci badany leczył się wcześniej na wolności w ośrodku odwykowym (33,3%), natomiast co dziesiąty korzystał z pomocy ambulatoryjnej, uczęszczając na różne formy terapii we wszelkiego rodzaju poradniach (11,3%). Wielu badanych korzystało zatem z pomocy psychologicznej jeszcze przed pobytem w więzieniu.

Badanie przeprowadzono w Zakładach Karnych w Białej Podlaskiej – na oddziale terapeutycznym oraz oddziale półotwartym, Zamościu – oddział terapeutyczny półotwarty oraz zamknięty, a także w Areszcie Śledczym w Lublinie. Wśród badanych osób dominują osoby osadzone obecnie w Zamościu i Białej Podlaskiej (po 38,1%), nieco mniej skazanych zbadano w lubelskim Areszcie Śledczym (23,7%), tam też zbadano wszystkie kobiety. 65% osadzonych odbywało w chwili badania terapię na oddziałach terapeutycznych swoich zakładów. Pozostali rekrutowani byli na podstawie informacji uzyskanych od wychowawców – są to uczestnicy grup AA lub absolwenci programów terapeutycznych. Rozkład badanych ze względu na placówkę, w której miało miejsce badanie, zawiera tabela 3.

Tabela 3

Miejsce odbywania kary przez osoby badane

	n	%
Areszt Śledczy w Lublinie	23	23,7
Oddział Terapeutyczny Biała Podlaska	26	26,8
Zakład Karny Biała Podlaska	11	11,3
Oddział Terapeutyczny półotwarty Zamość	26	26,8
Oddział Terapeutyczny zamknięty Zamość	11	11,3

Badania odbyły się w lipcu i sierpniu 2011 roku. Po uzyskaniu zgody władz więziennych, organizowano sytuację badawczą. O wyznaczonej godzinie skazanych zbierano w danej sali (na oddziale terapeutycznym lub oddziale, w którym obecnie znajdował się skazany – dotyczy AŚ Lublin i ZK oddziału półotwartego w Białej Podlaskiej), gdzie proszono ich o wypełnienie zestawu ankiet. Badanych poinformowano o celu badań oraz o ich anonimowości. Po wyrażeniu zgody, ba-

dani wypełniali testy, co zajmowało im przeciętnie około godziny. Badanie miało charakter grupowy. Napotkano pewne trudności związane z brakami danych. Materiał badawczy był dość obszerny, badani pomijali niektóre części kwestionariuszy lub poszczególne pytania. Być może niektóre z pytań i instrukcji były dla nich za trudne. Nie zawsze była możliwość bieżącego przejrzenia wszystkich ankiet i zwrócenia uwagi badanym na konieczność uzupełnienia braków danych. Spowodowało to sytuację, w której duża część badanych ma pominięte poszczególne elementy testowania. Zdecydowano się jednak nie usuwać całych zestawów danych. Do poszczególnych analiz włączano nieco różne liczebności osób. Wspomniane braki danych mogą mieć charakter diagnostyczny, ponieważ dotyczą przede wszystkim relacji retrospektywnych lub formułowania planów, głównie przez osoby o niższym przystosowaniu osobowościowym. Należy także pamiętać, że wszystkie stosowane narzędzia miały charakter testu papier-ołówek, co w przypadku badania więźniów obniża ich diagnostyczność i każe zachować ostrożność ze względu na to, że osoby badane mogły nie być szczere. Sytuacja taka zmusza jednak do przyjęcia dużej dozy ostrożności w interpretacji i generalizacji uzyskanych wyników.

Zmienne

W badaniu mierzono następujące zmienne:

- ▶ Zmienna różnicująca: osobowość więźniów, określona na podstawie analizy skupień (metoda k-średnich) wyników testu ACL-37 w wersji: *jaki jestem?* Zmienna przyjmuje postać profili osobowości dla dwóch grup: bardziej przystosowani osobowościowo vs mniej przystosowani osobowościowo.
- ▶ Zmienna różnicowana 1: kryteria zdrowienia z alkoholizmu, takie jak:
 - ➔ Skłonności rozwojowe więźniów, określone na podstawie rozdźwięku między aktualnym a idealnym obrazem własnej osobowości więźniów, uzyskanym na podstawie wyników testu ACL-37 w wersji: *jaki chciałbym być?* Wynik 37 czynników przyjmuje postać profilu osobowości, który daje się interpretować jakościowo.
 - ➔ Poczucie poprawy w życiu fizycznym, psychicznym, rodzinnym i duchowym, deklarowana przez badanych na quasi-interwałowej skali w ankiecie zmiany.
 - ➔ Poczucie sensu życia, którego wskaźnikiem jest wynik testu PIL – pomiar na skali ilościowej.
 - ➔ Długość abstynencji, określona na podstawie deklaracji więźniów z ankiety – liczona w miesiącach.
- ▶ Zmienne różnicowane 2: zmiennymi istotnymi z punktu widzenia terapii, nazwano grupę zmiennych, takich jak:

- Rodzaj odbywanego wcześniej leczenia i otrzymywanego wsparcia;
- Dobrowolność motywacji do leczenia;
- Doświadczenie problemów psychicznych przez skazanego;
- Wychowywanie w rodzinie z problemem alkoholowej.

Zmienne wyróżniono na podstawie ankiety, przyjmują one postać dychotomiczną – występuje lub nie występuje (poza rodzajem odbywanego leczenia i otrzymywanego wsparcia, gdzie wyszczególniono cztery kategorie – poradnia na wolności; zamknięty oddział odwykowy; terapia więzienna; udział w AA).

Zmienne uboczne kontrolowane: wykształcenie osób badanych; miejsce zamieszkania (pochodzenia); wiek; rodzaj placówki/oddziału, w której osoba odbywa karę. Wskaźnikami tych zmiennych były odpowiedzi osób badanych udzielone w ankiecie zmiany.

Zastosowana metoda

W trakcie badań wykorzystano trzy narzędzia badawcze. Pierwsze z nich to ACL – test przymiotnikowy, który jest testem używanym m.in. do samoopisowego badania osobowości. W badaniu wykorzystano go w celu dokonania opisu obrazu aktualnego oraz idealnego badanych osób. Manipulowano więc instrukcją testu, zastosowano dwie jego wersje z instrukcją: *jaki jesteś* – dla badania obrazu realnego oraz *jaki chciałbyś być* – dla idealnego obrazu osobowości. Test w każdej z wersji wygląda (poza instrukcją) tak samo, zawiera 300 przymiotników i składa się z 37 skal, które można podzielić na kilka grup:

- ▷ Skale początkowe: No. Ckd (liczba zaznaczonych przymiotników), Fav (liczba przymiotników pozytywnych), Unfav (liczba przymiotników negatywnych), Com (skala kontrolna, typowość);
- ▷ Skale potrzeb w ujęciu teorii Murraya: Ach (potrzeba osiągnięć), Dom (potrzeba dominacji), End (potrzeba wytrwałości), Ord (potrzeba porządku), Int (potrzeba rozumienia siebie i innych), Nur (potrzeba opieki nad innymi), Aff (potrzeba afiliacji), Het (potrzeba kontaktów heteroseksualnych), Exh (potrzeba zwracania na siebie uwagi), Aut (potrzeba autonomii), Agg (potrzeba agresji), Cha (potrzeba zmian), Suc (potrzeba wsparcia), Aba (potrzeba poniżania się), Def (potrzeba podporządkowania);
- ▷ Skale tematyczne: Crs (gotowość poddania się poradnictwu), S-Cn (samokontrola), S-Cfd (zaufanie do siebie), P-Adj (przystosowanie osobiste), Iss (skala idealnego obrazu siebie), Cps (skala osobowości twórczej), Mls (przywództwo), Mas (męskość), Fem (kobiecość);

- ▷ Skale analizy transakcyjnej zgodnie z koncepcją Berne'a: CP (krytyczny rodzic), NP (opiekuńczy rodzic), A (dorosły), FC (swobodne dziecko), AC (przystosowane dziecko);
- ▷ Skale inteligencji oparte na koncepcji Welsha: A-1 (wysoka oryginalność i niska inteligencja), A-2 (wysoka oryginalność i wysoka inteligencja), A-3 (niska oryginalność i niska inteligencja), A-4 (niska oryginalność i wysoka inteligencja; Porzak, 1999).

Badany wypełnia test poprzez zaznaczenie odpowiednich przymiotników z listy. Test został przetłumaczony na język polski przez Z. Płużek. Brak jest dostępnej polskiej normalizacji testu, a jego wyniki interpretuje się jako odchylenia od przeciętnych w stosunku do skali i reszty profilu.

Kolejne narzędzie to *Test Purpose of Life* (PIL), opracowany został przez J. C. Crumbaugh i L. T. Macholick. Na język polski przetłumaczyła go Płużek nazywając *Testem sensu życia*. Składa się on z trzech części: A, B i C. Analizie ilościowej podlega część A, część B to zdania niedokończone, natomiast część C to pytanie otwarte dotyczące celów, ambicji i dążeń osób badanych. Jako podstawę dla konstrukcji tego testu służy koncepcja frustracji egzystencjalnej V. Frankla. „Możemy racjonalnie zdefiniować wyrażenie *Purpose of Life* jako ontologiczne znaczenie życia z punktu widzenia doświadczającej jednostki” (Crumbaugh, Macholick, 1964, s. 201). W badaniach normalizacyjnych przeprowadzonych na populacji amerykańskiej stwierdzono, że test różnicuje osoby pod względem zdrowia psychicznego. Nie jest to zwykły test różnicujący normę od patologii (co autorzy uzasadniają stwierdzając niską korelację między PIL a skalą MMPI³). Natomiast wychwytuje zjawisko nerwicy noogennej. Jako wynik graniczny dla populacji amerykańskiej ustalono 111,5 dla kobiet, 107,5 dla mężczyzn⁴. Trafność skali autorzy potwierdzają, odnosząc wyniki ich testu do kwestionariusza Frankla ($r = 0,68$). Rzetelność testowano, ustalając korelację między pozycjami testu ($R = 0,81$), z korektą Spearmana-Browna 0,90 (Crumbaugh, Macholick, 1964). Niestety nie przeprowadzono badań normalizacyjnych na populacji polskiej.

Ankieta zmian w terapii została opracowana w 2005 roku przez dr. P. Szczukiewicza. Służy ona określeniu sytuacji osobistej i społeczno-demograficznej badanego. Ważne pytanie dotyczy tego, czy ktoś z rodziców lub opiekunów badanego nadużywał alkoholu. Pozostała część ankiety dotyczy historii oraz zaangażowania w leczenie – pytania dotyczące leczenia klasyfikowano potem na pomoc uzyskiwaną

³ Przy czym warto zaznaczyć wysoką korelację z niektórymi skalami, np. skalą depresji (Popielski, 1987).

⁴ Różnica nieistotna statystycznie.

na wolności (w poradni lub na oddziale odwykowym szpitala) lub terapię, na którą skazani uczęszczają na oddziałach terapeutycznych zakładów karnych. Inną formą uzyskiwanej pomocy był udział w grupach samopomocy – AA. Osoba badana deklaruje w ankiecie także stopień zmian, jakie dostrzega – czyni to na pięciostopniowej skali – w odniesieniu do swojego zdrowia fizycznego, psychicznego, życia rodzinnego i duchowego. Badani oceniali też, w jakim stopniu zmianę przypisują terapii psychologicznej, a w jakim udziałowi w ruchu AA. W pytaniu otwartym deklarują też, czy obecnie doświadczają jakichś problemów psychicznych.

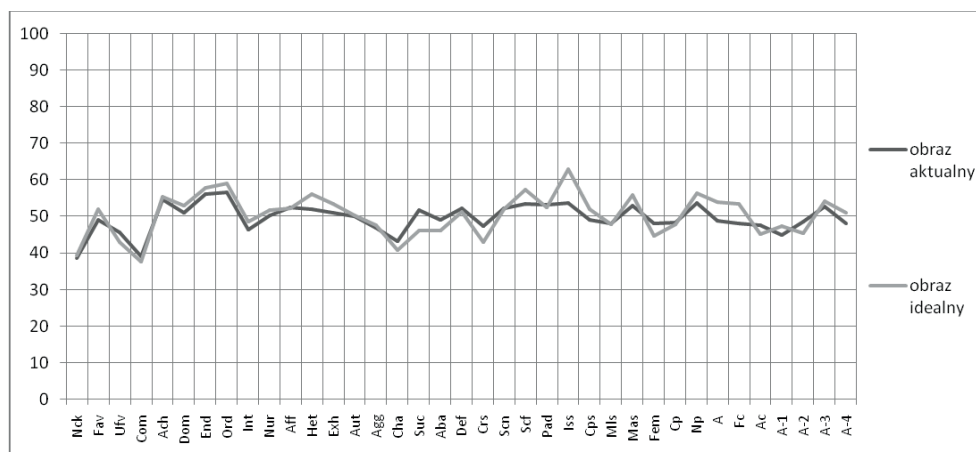
WYNIKI

Osobowość i skłonności rozwojowe badanych więźniów

Osoby osadzone znajdujące się w pierwszym skupieniu ($n = 56$) charakteryzują się dość stabilnym i zróżnicowanym obrazem własnej osobowości. Świadczy o tym wyrównany poziom przeciętnego profilu (rysunek 1.). Względna równowaga pomiędzy liczbą pozytywnych i negatywnych przymiotników opisujących siebie (z przewagą tych pierwszych), świadczy o realistycznej, ale raczej pozytywnej samoocenie. Więźniowie charakteryzują się dużą potrzebą osiągnięć, opartą przede wszystkim na wytrwałości i potrzebie porządku. Relacje interpersonalne są dla nich relatywnie mniej ważne, miałyby się one w chwili obecnej opierać bardziej na potrzebie przynależności czy brania odpowiedzialności za innych, mniej na agresji. Zwraca uwagę charakterystyczna w profilach alkoholików sztywność schematów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. W wielu skalach wyniki oscylują wokół przeciętnej. Tak jest m.in. jeżeli chodzi o skale dotyczące przystosowania, a także poszczególne sposoby wchodzenia w transakcje społeczne, gdzie wyróżnia się podwyższona skłonność do stawiania w roli opiekuńczego rodzica. Generalnie skale analizy transakcyjnej wskazują na przeciętne przystosowanie osób w tej grupie. Skale oryginalności – inteligencji wskazują na istniejącą potrzebę zachowywania się w sposób typowy, rozsądny, bardziej przystosowany i z większym dystansem do świata.

Obraz idealny osobowości tych skazanych ($n = 55$) jest dość zbliżony do obrazu realnego. Świadczy to o dużej dozie samoakceptacji i umiarkowanych dążeniach rozwojowych. Może być także miarą niskich ambicji i braku perspektyw rozwojowych tych więźniów. Więźniowie dążą do bardziej efektywnego działania zadaniowego, także w oparciu o wytrwałość i porządek. W relacjach interpersonalnych chcieliby silniej eksponować swoją osobę, być w centrum uwagi i zainteresowania. Z sytuacjami trudnymi woleliby z kolei radzić sobie przy mniejszym wsparciu otoczenia, nie podporządkowując się silniejszym od siebie w sposób poniżający dla nich. Chcieliby być

osobami, które nie wymagają profesjonalnej pomocy i poradnictwa i mają większe zaufanie do siebie. Zdecydowanie osoby znajdujące się w tym skupieniu, chciałyby także mieć łatwość w osiąganiu celów i realizacji planów, koncentrujących się na sobie. Na podstawie wyników skal analizy transakcyjnej możemy także wnioskować, że dążą oni do bardziej przystosowanych, ale także swobodnych transakcji z otoczeniem społecznym, przede wszystkim opierających się na udzielaniu wsparcia i brania odpowiedzialności za innych.

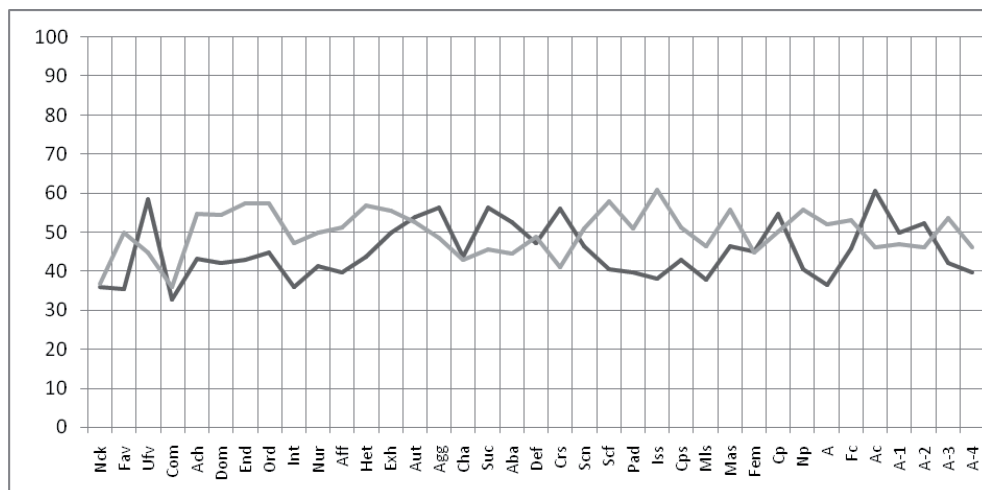


Rysunek 1. Skupienie osób bardziej przystosowanych osobowościowo – obraz aktualny oraz idealny.

Osoby, których wyniki testu osobowości znalazły się w drugim skupieniu ($N = 41$), są bardziej wyraziste osobowościowo, niestety w stronę niższego przystosowania. Charakteryzują się one niską samooceną i mało realistycznym spostrzeganiem siebie. Są zupełnie nietypowi w stosunku do populacji. Mają dość niskie potrzeby osiągnięć, podobnie jak potrzeby związane z relacjami interpersonalnymi. Uwagę zwraca niski poziom rozumienia siebie i innych ludzi, co wskazuje, że są to osoby prozaiczne, o nieskomplikowanym wnętrzu. Ich relacje opierają się raczej na agresywnych komunikatach, podkreślaniu swojej autonomii, pokazywaniu się przed innymi, często w manipulacyjny sposób. W sytuacjach trudnych, osoby uzależnione z tej grupy wykazują potrzebę otrzymywania wsparcia. Nie wykazują jednak tendencji do bezpiecznego podporządkowywania się wtedy innym ani poniżania się przed nimi. Natomiast chętnie poddali się poradnictwu ze strony profesjonalisty. Ich mechanizmy obronne wydają się być na ten moment rozbrojone. Skazani z tej grupy charakteryzują się niskim przystosowaniem osobistym, nie potrafią dążyć i realizować swoich celów ani współdziałać w grupie, co odbija się także na jakości terapii, w której uczestniczą. W transakcjach społecznych funkcjonują w sposób wy-

soce nieprzystosowany. Przyjmują oni w nich często role przystosowanego dziecka, pokazując swą zależność i niepewność w zmaganiu się z życiem. Często zachowują się w stosunku do otoczenia jak krytyczny rodzic, co objawia się tym, że są niezadowoleni, oporujący, krytykanccy. Spostrzegają się jako osoby oryginalne, nietypowe, co sprawia też, że czują się samotne i nieszcześliwe.

Diametralnie różny od obrazu realnego jest idealny obraz siebie alkoholików z tej grupy ($N = 35$). Średnie rozbieżności w poszczególnych skalach różnią się nawet o 10–20pkt, co świadczy o tym, że pragnienia te są życzeniowe i bardzo trudne do spełnienia. Więźniowie chcieliby lepiej o sobie myśleć, mieć pozytywną i bardziej realistyczną samoocenę. Dążą oni do postawy nastawionej na realizację celów i zadań, opartej w podobnej mierze na wytrwałości i porządku, co na dominacji i potrzebie osiągnięć. W relacjach interpersonalnych chcieliby lepiej rozumieć siebie, być bardziej opiekuńczy i atrakcyjni erotycznie. W ich idealnej wizji, to właśnie na tej atrakcyjności, a nie na podkreślaniu własnej autonomii i agresji, miałyby opierać się te relacje. W sytuacjach trudnych zdecydowanie chcieliby polegać na sobie, być osobami asertywnymi, niezależnymi i pewnymi siebie. Tendencja do samowystarczalności dotyczy także poddawania się pomocy ze strony profesjonalistów. Duże rozdzwienki pomiędzy obrazem realnym i idealnym spostrzec można w sferze przystosowania i osiągnięcia celów. Osoby badane w tej grupie chciałyby mieć łatwość osiągnięcia zarówno swoich celów, jak i współpracy grupowej. Cele własne, zaufanie do siebie i poczucie własnej niezależności wybijają się tu jednak na pierwszy plan.

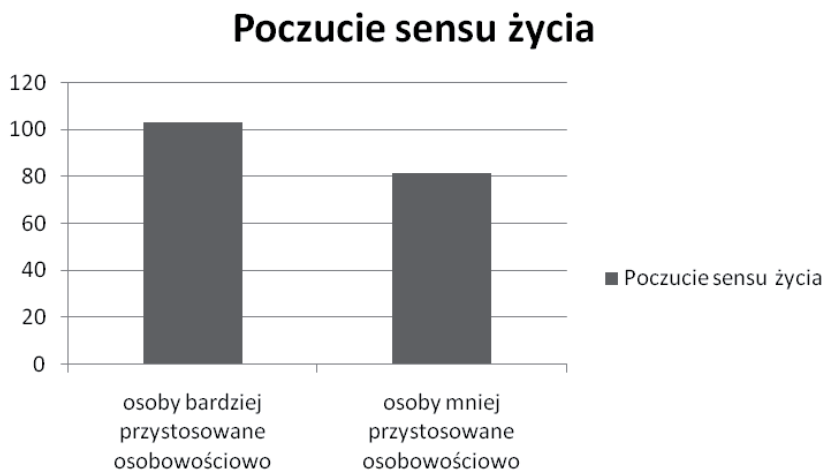


Rysunek 2. Skupienie osób mniej przystosowanych osobowościowo – obraz aktualny oraz idealny.

W odniesieniu do otoczenia społecznego, osoby badane chciałyby zachowywać się bardziej dojrzałe i w sposób bardziej przystosowany. Idealny układ skal wskazuje na zbliżoną wizję idealną, jak w przypadku osób z grupy pierwszej. Ze względu jednak na diametralnie inny stan obecny, osoby te będą wkładały w zmianę w tym kierunku o wiele więcej wysiłku. Skazani chcieliby widzieć siebie, jako osoby bardziej typowe, mniej wybijające się, a przez to lepiej przystosowane.

Poczucie sensu życia

Porównano średnie wyniki sensu życia osób wychodzących z uzależnienia w więzieniu. W porównaniu z osobami o słabszym przystosowaniu ($M = 81,42$, $SD = 18,39$) osoby lepiej przystosowane osobowościowo charakteryzują się wyższym poczuciem sensu istnienia ($M = 103,43$, $SD = 17,38$), $t(93) = 5,94$, $p < 0,001$, $d = 3,702$. Jakkolwiek wyniki osób w tej grupie są bardzo zróżnicowane, tak średni wynik jest niższy od uzyskanego podczas badań amerykańskich granicznego wyniku ($M = 107,5$ lub $M = 111,5$; Crombaugh, Macholick, 1974). Wynik osób lepiej przystosowanych zbliżony jest natomiast z wynikami uzyskanymi w analogicznych badaniach wśród osób uzależnionych na wolności – $M = 104,1$ (Juza, 2011). Średni wynik osób, które znalazły się w drugim skupieniu, jest jednak obniżony i wskazuje na występującą frustrację egzystencjalną w tej grupie.



Rysunek 3. Poczucie sensu życia osób bardziej i mniej przystosowanych osobowościowo.

Poczucie zmiany w terapii

Osoby znajdujące się w różnych skupieniach pod względem osobowościowym różnią się między sobą w zakresie odczucia poprawy pod wpływem terapii. Oczywiście osoby lepiej przystosowane osobowościowo mają wyższe poczucie poprawy i to zarówno w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego, jak i życia rodzinnego. Sferą, w której obie grupy nie różnią się istotnie statystycznie w zakresie poczucia poprawy, jest obszar życia duchowego. Nie jest też tak, jakoby któraś z grup przypisywała swoją poprawę bardziej terapii psychologicznej lub bardziej ruchowi AA. Porównania dokonano za pomocą testu U Manna-Whitneya. Wyniki przedstawia tabela 4.

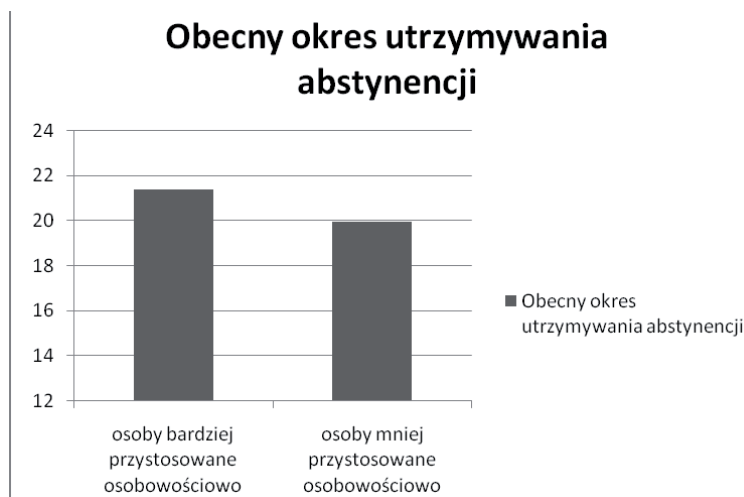
Tabela 4

Poczucie poprawy w poszczególnych sferach życia u alkoholików mniej i bardziej przystosowanych osobowościowo

Poszczególne wymiary poczucia zmiany	Osoby bardziej przystosowane osobowościowo $n = 56$		Osoby mniej przystosowane osobowościowo $n = 41$		Wynik testu	
	M	SD	M	SD	U	p
zdrowie fizyczne	2,80	1,227	2,32	1,128	839,00	0,019
samopoczucie psychiczne	2,73	1,053	2,07	1,367	828,50	0,016
życie duchowe	2,44	1,239	2,15	1,370	966,00	0,271
życie rodzinne	2,96	1,414	2,29	1,601	858,50	0,026
poprawa przypisywana terapii psychologicznej	2,67	1,387	2,33	1,493	924,50	0,301
poprawa wynikająca z uczestnictwa w AA	2,44	1,488	2,13	1,510	897,00	0,293

Okres utrzymywanej abstynencji

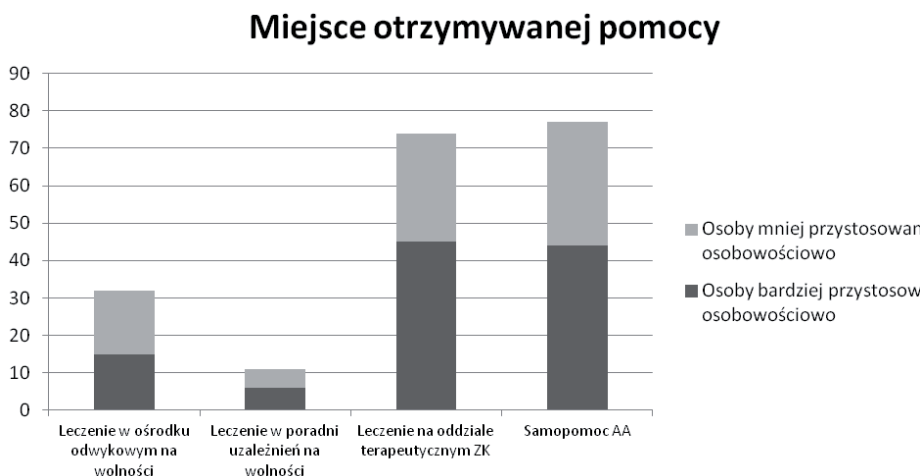
Porównania średnich okresów abstynencji w obu grupach, ze względu na niezgodność rozkładu tej cechy z rozkładem teoretycznym, dokonano za pomocą nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya. Porównanie to wykazało, że różnica pomiędzy przeciętnym okresem abstynencji w grupie osób lepiej przystosowanych osobowościowo ($M = 21,39$, $SD = 18,87$), w porównaniu z osobami słabiej przystosowanymi ($M = 19,95$, $SD = 23,14$), jest niewielka i nieistotna statystycznie $U = 892,50$.



Rysunek 4. Obecny okres utrzymywania abstynencji osób bardziej i mniej przystosowanych osobowościowo.

Zmienne istotne z punktu widzenia terapii

Testowano zróżnicowanie międzygrupowe pod względem zmiennych dotyczących leczenia. Okazało się, że niezależnie od tego, gdzie dana osoba otrzymywała pomoc – czy była to terapia w więzieniu, grupa AA, czy formy oddziaływań psychologicznych na wolności – żadna z form leczenia nie predysponuje bardziej do określonego przystosowania osobowościowego, wyróżnionego w skupieniach (rysunek 5).



Rysunek 5. Miejsce otrzymywanej pomocy a poziom przystosowania osobowościowego badanych więźniów.

Inną grupą zmiennych branych pod uwagę w kontroli zmiennych ubocznych są zmienne dotyczące postrzegania u siebie problemów psychicznych, dobrowolność motywacji do leczenia⁵ oraz mechanizm transmisji międzypokoleniowej. Z zestawienia tabel krzyżowych wynika, że w grupie osób mniej przystosowanych jest istotnie więcej osób, których rodzice lub opiekunowie nadużywali alkoholu $\chi^2(1) = 6,44$; $n = 94$, $p = 0,011$) – tabela 5. Istnieje także tendencja statystyczna, do częstszego stosowania środków przymusu i rzadszej motywacji wewnętrznej wśród tych osób $\chi^2(1) = 3,64$; $n = 82$, $p = 0,056$) – tabela 6. Podobnie, jeśli chodzi o doświadczanie problemów psychicznych. Osoby mniej przystosowane uskarżają się na różnego rodzaju lęki, depresję, niepokoje itp. częściej niż ich koledzy i koleżanki, którzy znaleźli się w drugim skupieniu $\chi^2(1) = 4,21$; $n = 97$, $p = 0,040$) – tabela 7.

Tabela 5

Nadużywanie w przeszłości alkoholu przez opiekunów więźniów bardziej i mniej przystosowanych osobowościowo

	Osoby bardziej przystosowane osobowościowo	Osoby mniej przystosowane osobowościowo
Osoby, których opiekunowie nie nadużywali alkoholu	$n = 28$	$n = 25$
Osoby, których opiekunowie nadużywali alkoholu	$n = 11$	$n = 30$

Tabela 6

Deklaracje dotyczące motywacji więźniów bardziej i mniej przystosowanych osobowościowo

	Osoby bardziej przystosowane osobowościowo	Osoby mniej przystosowane osobowościowo
Osoby deklaruujące dobrowolną motywację do leczenia	$n = 30$	$n = 18$
Osoby deklaruujące niedobrowolną motywację do leczenia	$n = 14$	$n = 20$

Tabela 7

Doświadczanie problemów psychicznych przez osoby bardziej i mniej przystosowane osobowościowo

	Osoby bardziej przystosowane osobowościowo	Osoby mniej przystosowane osobowościowo
Osoby niedoświadczające problemów psychicznych	$n = 21$	$n = 24$
Osoby doświadczające problemów psychicznych	$n = 35$	$n = 17$

⁵ Za wskaźnik tej zmiennej uznano pojawienie się w wypowiedzi badanego sformułowań wskazujących na wewnętrzne przyczyny leczenia, np. „sam się zgłosiłem”, „obawa o zdrowie” itp. w przeciwieństwie do wypowiedzi wskazujących na nakaz sądowy lub przymus stosowany w ZK.

Zmienne uboczne, kontrolowane w badaniu

W badaniu uwzględniono szereg innych zmiennych kontrolowanych. Poddano więc analizie, w jakim stopniu wyróżnione grupy osób uzależnionych od alkoholu charakteryzują się poszczególnymi właściwościami. Wśród zmiennych społeczno-demograficznych testowano, w jakim stopniu przynależność do poszczególnych klastrow jest związana z poziomem wykształcenia⁶. Okazało się, że nie istnieje związek pomiędzy tymi zmiennymi. Nie wykazano także istotnych zależności pomiędzy przynależnością do wymienionych grup a miejscem zamieszkania ani placówką, w której podczas badania znajdowała się osoba osadzona. Osoby w badanych grupach nie różniły się także średnią wieku.

DYSKUSJA

Uzyskane rezultaty badań, pozwalają na postawienie wniosków dotyczących zdrowienia z alkoholizmu w więzieniu. Zdecydowanie długość utrzymywania abstynencji przez więźniów nie jest dobrym kryterium postępów w procesie wyzwalania się z uzależnienia. Lepszą miarą postępów w dążeniu do zdrowiu, jest lepsze przystosowanie osobowości osoby uzależnionej, zmierzające ku osobowości dojrzałej (Szcukiewicz, 2002). Osoby lepiej przystosowane spełniały także inne kryteria zdrowienia, takie jak posiadanie wyższego poczucia zmiany, poczucia sensu życia czy bardziej realistycznych i zmierzających ku zdrowiu skłonności rozwojowych. Zmiany w zakresie poczucia sensu życia pokazują, że także w więzieniu proces zdrowienia obejmuje wymiar noetyczny osoby. Zdrowienie obejmuje zatem wszystkie sfery życia osoby uzależnionej (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Okazuje się, że jest wśród więźniów duża liczba osób, które dobrze się rozwijają lub mają ku temu potencjał. Ich rozwój zmierza w stronę zadaniowej realizacji siebie, mniej ich interesują relacje interpersonalne. Inaczej trzeźwieją alkoholicy na wolności, oni dążą bardziej do rozwijania siebie w relacjach z innymi ludźmi, a ich zdrowie budowane jest wraz z upływem czasu abstynencji (Juza, 2012). Ukierunkowanie osadzonych raczej ku zadaniom niż ku relacjom interpersonalnym, może wynikać ze specyficznego środowiska, w którym się znajdują, a którego nie są w stanie opuścić. Z tego też powodu uwalnianie się z tzw. uzależnienia społecznego wydaje się trudniejsze i stąd to ukierunkowanie na osiągnięcia, bardziej niż na podtrzymywanie relacji może się okazać w ich przypadku konstruktywne (Fudała

⁶ Dla zmiennych nominalnych zastosowano testy.

i in., 2002). W tej grupie być może warto wykorzystać konstruktywnie skłonność do opiekowania się innymi.

Istnieje spora grupa alkoholików mocno nieprzystosowanych osobowościowo. Objawia się to przede wszystkim ich upośledzeniem w relacjach społecznych, niskim poziomem ambicji zadaniowych, niskim przystosowaniem osobistym, także z punktu widzenia mechanizmów obronnych. Nadzieją napawa ich gotowość poddania się poradnictwu i potrzeba wsparcia przy rozbrojeniu pewnych (być może patologicznych) mechanizmów obronnych. Może warto byłoby przy tej okazji uczyć ich także szukania wsparcia i bezpieczeństwa w swoim otoczeniu – o ile jest to oczywiście możliwe.

W kontekście opisywanych między grupami różnic niepokojący może się wydać fakt, że nie ma między osobami o wyższych i niższych wskaźnikach zdrowienia różnicy w zakresie poprawy życia duchowego. Może to świadczyć o braku możliwości duchowego rozwoju w warunkach izolacji, niskiej gotowości więźniów na takie działania, a w efekcie o powierzchownym charakterze doświadczanej przemiany. Sfera oddziaływań duchowych, skierowanych ku wartościom generalnie jest zaniebdywana w więzieniach i ignorowana przez osadzonych, aczkolwiek niewykluczone, że szukanie sensu w tym kierunku będzie szansą dla osób nieposiadających osobowościowego potencjału rozwojowego. Hipoteza taka sprawdza się w odniesieniu do badań pacjentów wolnościowych, którzy nie mając zasobów do rozwijania się w oparciu o zasoby osobowościowe, budują trzeźwość dzięki poczuciu sensu w niej upatrywanemu (Juza, 2011).

Co ciekawe, na dynamikę trzeźwienia przejawiającą się w różnicy pomiędzy osobami o różnych stopniach przystosowania osobowości nie ma wpływu dobór środków stosowanych w stosunku do skazanych czy też takich, jakim podlegali na wolności. Nie jest istotny zatem rodzaj podejmowanej terapii oraz w jakich warunkach ona się dzieje, kluczowe wydają się być inne czynniki tkwiące w specyfice samego pomagania. Oddziaływania terapeutyczne, nawet jeżeli mają charakter przymusowy, zapewne mogą być skuteczne, co jest zgodne z przytaczanymi przez Majcherczyka (2007) badaniami amerykańskimi, świadczącymi o możliwości podobnej skuteczności terapii przymusowej i dobrowolnej. W grupie osób lepiej przystosowanych istnieje tendencja do częstszego deklarowania własnej motywacji przez bardziej zdrowiejących więźniów – poczucie takie bardzo pomaga w terapii, gdzie istotne jest branie odpowiedzialności za swoje zachowanie. Pamiętajmy jednak, że retrospektywne deklaracje skazanych, mogą też wynikać z potrzeby wyjaśnienia sobie przed sobą samym zasadności podjęcia zmiany w terapii i szukania jej źródła w sobie, co może być wynikiem zniekształcenia poznawczego.

Osoby mniej przystosowane osobowościowo częściej doświadczają różnego rodzaju niepokojów, lęków, także związanych z ich przystosowaniem do trudnej

sytuacji zamknięcia (Fudała i in., 2002). Ponadto często te osoby były wychowywane przez osoby nadużywające alkoholu, można więc przypuszczać, że rozwinęły się u nich trudności typowe dla syndromu dorosłych dzieci alkoholików – jest to ciekawa hipoteza do dalszych badań. Wszystko to wskazuje, że są to właśnie osoby o szczególnych potrzebach. Być może wymagają one interwencji psychologicznej, która pomogłaby im się przystosować do trudnych warunków więziennych lub stworzyłaby warunki do poradzenia sobie z problemami psychicznymi, których doświadczają. Warto zastanowić się także nad skupieniem się w ich terapii na źródłach rodzinnych, z jakich wywodzą się ich problemy. Być może dla osób o niskich możliwościach rozwojowych adekwatne byłyby metody pomagające odnaleźć jakiś sens cierpienia, jakiego doświadczają. Poszukiwania te można próbować ukierunkować w stronę rozwoju duchowości.

Z całą pewnością badania powyższe nie wyczerpują tematu trzeźwienia osób uzależnionych, przebywających w zakładach karnych. Wręcz wyznaczają szerokie obszary do badań, szczególnie podłużnych (wieloletnich), które pozwoliłyby bardziej trafnie ocenić dynamikę trzeźwienia opartą o zmiany osobowości w kierunku jej dojrzewania. Warto będzie w takich badaniach przyjrzeć się łańcuchowi transmisji międzypokoleniowej, zagadnieniu doświadczania problemów psychicznych przez więźniów, a także bardziej szczegółowym korelatom rozwoju duchowości i odnajdywania sensu życia w warunkach izolacji więziennej.

BIBLIOGRAFIA

- Brown, S. (1992). *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Crumbaugh, J. C., Macholick, J. T. (1964). An experimental study in existentialism: the psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20 (2), 200–207.
- Dodziuk, A. (2006). *Trzeźwienie jako droga życiowa*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Frankl, V. E. (1984a). *Człowiek wolny. Wykłady metakliniczne*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Frankl, V. E. (1984b). *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Frankl, V. E. (2009) Podstawy logoterapii [w:] Frankl V.E. *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Fudała, J., Głowik, T., Witek, S. (2000). Więźniowie się leczą. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 5.
- Głowik, T. (2002). System terapeutyczny w jednostkach penitencjarnych. *Świat problemów*, 5, 8–11.

- Gorski, T., Miller, M. (1991). *Jak wytrwać w trzeźwości. Poradnik zapobiegania nawrotom choroby*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Hall, C., Lindzey, G., Campbell, J. (2006). *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Holmes, R. M. (1970). Alcoholics anonymous as group logotherapy. *Pastoral psychology*, 21 (202), 30–36.
- Informacja statystyczna o ewidencji spraw i orzecznictwie w sądach powszechnych i o więziennictwie. Część VIII Więziennictwo w 2011 r. Pobrane z: <http://bip.ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/statystyki/statystyki-2011/download,1721,7.html>.
- Juza, Sz. (2011). *Percepcja zmiany osobistej u osób uzależnionych, na różnych etapach terapii uzależnienia*. Niepublikowana praca magisterska, UMCS, Lublin.
- Juza, Sz. (2012). Kim jestem? Kim byłem? Dokąd zmierzam? *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 2, 24–27.
- Kaczmarczyk, I. (2008). *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Kapler, L. (1994). Model rozwoju uzależnienia i powrotu do zdrowia. *Świat Problemów*, 7/8, 7–8.
- Kettelhack, G. (1998). *Third-Year sobriety: finding out who you really are*. Hazelden: Hazelden Publishing.
- Kuźminych, S. (2003). *Poczucie zmian w obrazie siebie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (studium porównawcze)*. Niepublikowana praca dyplomowa, Instytut Psychologii UKSW, Warszawa.
- Majcherczyk, A. (2007). Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych. *Alkoholizm i narkomania*, 3, 321–342.
- Maslow, A. (2006). *Motywacja i osobowość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Morawski, J. (1968). Młodociani grypsery. *Przegląd penitencjarny*, 4, 39–44.
- Nawój, J. (2002). Terapia odwykowa w więzieniu. *Problemy Alkoholizmu*, 1, 10–12.
- Okun, B. F. (2002). *Skuteczna pomoc psychologiczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Pomianowski, R. (2000). Czy można mówić o specyfice więziennego odwyku? *Świat Problemów*, 9, 38–40.
- Popielski, K. (1987). Testy egzystencjalne: metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy noogennej. W: K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte* (s. 237–262). Lublin: RW KUL.
- Porzak, R. (1999). Wykorzystanie testu przymiotnikowego ACL-37 do badania obrazu „szkoły” i „ucznia”. W: Z. B. Gaś (red.), *Szkoła i nauczyciel w percepcji uczniów* (s. 49–70). Warszawa: IBE.
- Rogers, C. R. (2002). *O stawianiu się osobą. Poglądy psychoterapeuty na psychoterapię*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Rózański, K. (1998). Więźniowie na odwyku. *Problemy Alkoholizmu*, 1, 12–14.
- Rózański, K. (2000). Terapia alkoholików w zakładach karnych (nowe regulacje prawne). *Problemy Alkoholizmu*, 1, 12–14.

- Strelau, J. (2004) Osobowość jako zespół cech. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2. Psychologia ogólna* (s. 523–560). Gdańsk: GWP.
- Szczukiewicz, P. (2002). Proces zdrowienia w chorobie alkoholowej a rozwój osobowości. W: M. Tatała, J. Karczewski (red.), *Rozwój osób uzależnionych w procesie zdrowienia* (s. 103–114). Zakroczym: Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości.
- Szczukiewicz, P. (2007). Poczucie sensu życia u osób zaawansowanych w procesie zdrowienia z choroby alkoholowej. W: M. Tatała, J. Karczewski, (red.), *Drogi rozwoju od uzależnienia do wolności* (s. 117–128). Zakroczym: Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości.
- Ślaski, S. (2001) *Psychoterapia uzależnień na przykładzie programu „Atlantis” dla więźniów uzależnionych od alkoholu*. Płock: Novum.
- Wasyłkowska, K. (2002) „Atlantis” i AA – szansa na resocjalizację. Świat problemów, 5, 19–21.
- Woronowicz, B. (2009) Alkohol. W: B. Woronowicz (red.), *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia* (s. 1–393). Warszawa: PARPA Media Wydawnictwo Edukacyjne.
- Woźnica, B. (2005). W stronę terapii, czyli o orientacji oddziaływań penitencjarnych w nowych warunkach. W: J. Świtka, M. Kuć, I. Niewiadomska (red.), *Osobowość przestępcy a proces resocjalizacyjny*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

KAROL JUROS

karoljuros@gmail.com

*Instytut Psychologii, Instytut Filozofii Teoretycznej,
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II*

STRUKTURA NIEPOKOJU EGZYSTENCJALNEGO STUDENTÓW. BADANIA REPLIKACYJNE: 1988–2011

RECENZJA

Recenzent: prof. dr hab. Piotr Oleś

Artykuł dotyczy węzłowego problemu psychologii zorientowanej egzystencjalnie: sposobu rozumienia i doświadczania lęku egzystencjalnego przez ludzi młodych u progu dorosłości. Oryginalne badania na ten temat opublikował przed ćwierć wiekiem A. Juros. Analizował strukturę lękorodnych doświadczeń egzystencjalnych na poziomie fenomenologicznym, rysując znaczeniową mapę zjawiska na podstawie jednego zdania niedokończonego. Uzyskany materiał empiryczny stał się podstawą konstrukcji twierdzeń, na podstawie których uzyskano trójczynnikową strukturę zjawiska i ułożono *Skalę niepokoju egzystencjalnego*.

Badania K. Jurosa, przedstawione w recenzowanym artykule stanowią w miarę dokładną replikację badań oryginalnych. W analogiczny sposób, czyli posługując się tym samym trzonem, uzyskano fenomenologiczną mapę znaczeniową zjawiska. Następnie zreplikowano badania kwestionariuszowe, a przeprowadzona na współczesnych danych analiza czynnikowa z jednej strony potwierdziła trójczynnikową strukturę zjawiska, z drugiej strony ujawniła istotne różnice w stosunku do badań z roku 1988. Sens poszczególnych wymiarów lęku egzystencjalnego pozostał ten sam (lub bardzo zbliżony), ale zmieniło się ich nasilenie i wzajemne proporcje. Wartość badań replikacyjnych wynika z następujących faktów, badania Autora dowodzą, że: (1) lęk egzystencjalny składa się z trzech komponentów: lek przed winą i potępieniem, lęk przed pustką i bezsenssem, lek przed losem i śmiercią, które odpowiadają teorii, a wykryte zostały ćwierć wieku temu; (2) struktura znaczeniowa lęku egzystencjalnego w roku 2011 jest częściowo różna od analogicznej struktury z badań wcześniejszych; (3) proporcje między trzema wymiarami (rodzajami) lęku egzystencjalnego są obecnie odmienne, zaznacza się większe znaczenie drugiego i trzeciego wymiaru w porównaniu z badaniami sprzed lat. Już te fakty świadczą, iż tekst K. Jurosa przynosi wartościowe wyniki i powinien zostać opublikowany. Autor w interesujący sposób dyskutuje przyczyny różnic (zmian?), jakie zachodzą między rezultatami empirycznymi z roku 1988 i 2011. Informację zwrotną niedoskonałościach tekstu wymagających korekty przekazałem Autorowi i zostały one wprowadzone.

STRESZCZENIE

Artykuł ten ma na celu przedstawienie wyników empirycznej próby uchwycenia fenomenu niepokoju egzystencjalnego, kategorii podstawowej dla psychologii egzystencjalnej. Dotarcie do tej z definicji najogólniejszej i nieokreślonej zmiennej było możliwe dzięki przeprowadzeniu replikacji badań z 1988 roku, których efektem była *Skala niepokoju egzystencjalnego*. Ukazały one rozumienie i definiowanie tego konstruktu, jak również jego strukturę wyrażającą się istnieniem trzech czynników: lęku przed winą i potępieniem, lęku przed pustką i bezsensem oraz lęku przed śmiercią i losem. Badania replikacyjne, będące próbą sprawdzenia modelu uzyskanego prawie 25 lat wcześniej, ukazały istotne zmiany w przeżywaniu niepokoju, przy zachowaniu głównej struktury tej bezprzedmiotowej i trudno uchwytnej zmiennej psychologicznej.

Słowa kluczowe: niepokój, niepokój egzystencjalny, psychologia egzystencjalna

Podstawą psychologii egzystencjalnej jest założenie, że istnienie człowieka jest problematyczne z definicji. Nie potrzeba doszukiwać się ostatecznej przyczyny psychopatologii w stłumionych popędach seksualnych czy zaburzonych procesach poznawczych (Yalom, 2006). Nie negując ważności wkładu alternatywnych koncepcji w wyjaśnianie i rozumienie funkcjonowania człowieka, egzystencjaliści akcentują, jak może się wydawać, sprawę najbardziej ogólną – ludzkie istnienie, niosące ze sobą trud, z którym każdy, w sposób mniej lub bardziej świadomy, się konfrontuje. Tak rozumiany ból egzystencji powoduje przeżywanie niepokoju – trudno uchwytne, bo *per se* amorficznego i bezprzedmiotowego (McCarthy, 1978).

Różni autorzy egzystencjalni w odmienny sposób próbują wyrazić i zdefiniować niepokój egzystencjalny. Współcześnie najbardziej znanym, również w środowisku polskim, autorem jest amerykański psychiatra i psychoterapeuta, I. Yalom, który pod pojęciem niepokoju egzystencjalnego rozumie stan przejawiający się w czterech troskach egzystencjalnych: lęku przed śmiercią, bycia wolną jednostką, a co za tym idzie odpowiedzialną za kształtowanie własnego życia, izolacji egzystencjalnej, rozumianej jako ontycznie wpisana w naturę człowieka nieprzekraczalna odrębność od innych oraz braku jasnego i obiektywnego sensu życia (Yalom, 2006, 2008). Do czterech podstawowych trosk egzystencjalnych wymienianych przez Yaloma, B. Jacobsen (2007) dodaje dwie inne: powodzenie/niepowodzenie, rozumiane jako życiowy dylemat (Jacobsen w taki też sposób formułuje również egzystencjalne troski według Yaloma), w którym osoba musi ustosunkować się do trudnych wydarzeń oraz szczęście/cierpienie wyrażone w pytaniu o sposób dążenia do szczęścia, gdy jest się obciążonym świadomością nieuniknionego cierpienia.

Niszowość naukowego zainteresowania tematem niepokoju egzystencjalnego jest o tyle oczywista, że opierająca się na powyższym założeniu egzystencjalna antropologia nie wpasowuje się w coraz bardziej pozytywistyczny paradygmat uprawiania nauki. Nie ma ona również redukcjonistycznych tendencji, bo choć uznaje ograniczoność i słabość człowieka, to równie silnie dostrzega to, co w nim wyjątkowe i indywidualne, a przy tym najogólniejsze (por. Oleś, 2011). Próby uchwycenia tego typu przejawów ludzkiego istnienia, jeśli w ogóle możliwe, są bardzo trudne, a co za tym idzie bardzo rzadko podejmowane. Jedyńm psychologiem, który na przestrzeni ostatnich 25 lat badał niepokój egzystencjalny jest C. F. Weems, autor *Existential Anxiety Questionnaire* (Weems, Costa, Dehon, Berman, 2004).

Celem niniejszego artykułu jest próba empirycznego uchwycenia niepokoju egzystencjalnego, dzięki czemu możliwe będzie ukazanie rozumienia i struktury tego fenomenu. Realizacja tego zadania jest możliwa dzięki dokonaniu replikacji badań prowadzonych przez A. Jurosa w 1988 roku.

METODA

Forma badań replikacyjnych domaga się, by grupy badane, zastosowane metody oraz procedura tak pierwszych, jak i wtórnych badań były do siebie zbliżone na tyle, na ile jest to możliwe. Tego typu założenie odnosiło się tak do etapu pierwszego – określenia rozumienia pojęcia niepokoju egzystencjalnego, jak i drugiego – zbadania jego struktury. Poniższy opis metodologiczny dotyczy zarówno badań z 2011/2012 roku, jak i tych z 1988 roku.

Wszelkie różnice między badaniami replikacyjnymi a oryginalnymi zostaną zaznaczone, ponieważ mają one wpływ nie tylko na analizę wyników, ale przede wszystkim na ich interpretację.

ETAP 1. ROZUMIENIE POJĘCIA NIEPOKOJU EGZYSTENCJALNEGO

Grupa badana

W pierwszym etapie wzięło udział 150 studentów pięciu największych lubelskich uczelni: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej (23 osoby), Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pałwa II (30 osób), Uniwersytet Medyczny (37 osób), Uniwersytet Przyrodniczy (33 osoby) oraz Politechnika Lubelska (26 osób). Jeden badany studiował na innej uczelni. 57% osób badanych stanowiły kobiety, 43% mężczyźni. Średnia wieku badanych wyniosła 21,1 ($SD=1,9$). 44% z nich pochodziło ze wsi, 21% z miast do 50 tys., 14% z miast w przedziale 50–200 tys. oraz 21% z miast powyżej 200 tys. Ponadto zdecydowana większość (97%) była stanu wolnego. Osoby określały się jako: wierzące (73%), wierzące niepraktykujące¹ (18%) i niewierzące (9%); 87% z nich zadeklarowało wiarę chrześcijańską, 5% ateizm.

W czasie badań z 1988 roku nie był prowadzony pomiar żadnych zmiennych ubocznych, stąd wzajemne odniesienie na tym poziomie nie było możliwe. Przebadano 282 studentów. Różnica w wielkości badanych grup wydaje się nie wpływać na rezultaty badań. W drugim etapie replikacji wykorzystano m.in. także metodę, na której opierał się etap pierwszy i zestawiono wyniki, które nie wniosły znaczących zmian. Tak otrzymana grupa miałaby wielkość równą 354 osobom, a więc zbliżoną do wielkości grupy w pierwszym etapie badań oryginalnych.

¹ Jakkolwiek ten termin może być uznawany za sprzeczny wewnętrznie został użyty jako występujący w mowie potocznej.

Metoda

Pierwszy etap badań został przeprowadzony przy użyciu metody *Testu sensu życia* (PIL), autorstwa J. C. Crumbaugh'a oraz L. T. Macholick'a. Metoda ta składa się z trzech części: pierwsza z 20 twierdzeniami, do których należy ustosunkować się na skali siedmiostopniowej (interpretacja ilościowa), druga z 14 zdaniami niedokończonymi oraz części otwartej, w której prosi się badanego o opisanie swoich celów i dążeń (interpretacja jakościowa). W tłumaczeniu Z. Płużek dodatkowo opatrzone metodę eksperymentalnymi zdaniami niedokończonymi, dotyczącymi kwestii egzystencjalnych, z których jedno: „Myśląc od swoim życiu, odczuwam niepokój [...]” posłużyło do utworzenia matrycy pojęciowej niepokoju egzystencjalnego. Jak podaje autor SNE, odniesienie, zawarte w tym zdaniu, do sfery *Eigenwelt*, jest podyktowane założeniem, że przeżycia związane z niepokojem egzystencjalnym są silniejsze w przypadku siebie samego, niż w relacji do innych czy świata zewnętrznego (Juros, 1988).

Procedura badawcza

Badania prowadzono w okresie marzec–maj 2011 roku. Uczestnictwo było dobrowolne, a badani zostali poinformowani o poufności badania. Większość badań miało charakter grupowy. Osoby badane wypełniały cały *Test sensu życia*, nie wiedząc o tym, że na tym etapie w analizach wykorzystane zostanie tylko jedno zdanie niedokończone.

Na podstawie dokończeń zdania opracowano matrycę rozumienia pojęcia niepokoju. Przy jej wykonaniu przyjęto zasadę, jak największej wierności oryginałowi jej opracowaniu. Pociąga to za sobą dwojaki skutek. Z jednej strony, istnieje prawdopodobieństwo zaklasyfikowania odniesień, realnie nie związanych z daną kategorią semantyczną do kategorii stworzonej w badaniach prowadzonych przez Jurosa. Z drugiej strony, i ta perspektywa jest, jak się wydaje przeważająca² – unika się dzięki temu tworzenia kategorii, które pozornie opisują nową przestrzeń rozumienia niepokoju, w rzeczywistości różniąc się tylko nazewnictwem.

² W gruncie rzeczy można przyjąć, że analiza czynnikowa opracowana na podstawie ocen itemów skonstruowanych w odniesieniu do dokończeń zdań sama rozstrzygnie zasadność klasyfikacji i tworzenia kategorii nadrzędnych względem pojedynczych dokończeń. Z drugiej strony czytelność schematu wskazuje na posłużenie się próbą dopasowania względem siebie matryc pojęciowych z obu badań.

Wyniki badań

Niepokój (wyrażony w dokończeniu zdania: „Myśląc o swoim życiu, odczuwam niepokój [...]”) przeżywany przez badanych w 22% przypadków wprost związany był z przyszłością. Przyjęto, podobnie jak w pierwszych badaniach, że do zakresu niepokoju związanego z przyszłością wchodzi również odniesienia:

- ▷ do jej nieznajomości – np. „co będzie?”, „co dalej?”, „nie wiem, co się wydarzy?”;
- ▷ do dnia jutrzejszego – np. „bo nie wiem, co przyniesie jutro”;
- ▷ oraz jej niepewności np. „z powodu niepewności tego, co się wydarzy”.

W tym szerszym rozumieniu liczba dokończeń związanych z kategorią przyszłości wzrasta do 31%. W badaniach z 1988 roku – 28% (Juros, 1988).

Charakterystyka niepokoju związana z krótkotrwałością przyszłości wystąpiła w 13% dokończeń zdania i dotyczyła:

- ▷ zdrowia – np. „o swoje zdrowie”;
- ▷ śmierci – np. „przed śmiercią”, „że kiedyś mnie zabraknie”;
- ▷ straty, braku kogoś, choroby – „gdyż mogę stracić bliskich”, „że ktoś z nas odejdzie”, „przed chorobą, utratą kogoś”;
- ▷ trwania i kończenia się – np. „bo nie wiem, ile będzie trwać”, „że zabraknie mi czasu”, „że to kiedyś bezpowrotnie minie”;
- ▷ oraz braku czasu – np. „że zabraknie mi czasu”.

W badaniach z 1988 roku do kategorii krótkotrwałości zaklasyfikowano 8% dokończeń zdania (Juros, 1988); 11% odpowiedzi osób badanych dotyczyło urzeczywistnienia siebie (np. „że coś mi się nie uda, że nie uda mi się osiągnąć zamierzonych celów, że rozminę się z powołaniem”). W badaniach z 1988 roku – 30% (Juros, 1988).

Uzupełnienia, w przypadku których pojawiła się trudność w określeniu ich egzystencjalnego charakteru, zostały poddane sędziowaniu pięciu sędziów kompetentnych. Po zapoznaniu się z przyjętym w badaniach rozumieniem niepokoju egzystencjalnego, dokonali oni podziału dokończeń zdania, klasyfikując jako powiązane z niepokojem egzystencjalnym następujące: „niepokój wewnętrzny”, „gdy coś naprawdę mi nie wychodzi”, „że niektóre wyzwania mnie przerastają”, „że za dużo czasu marnuję”, „gdy robię coś, co jest złe i czego nie powinienem robić”, „względem swoich wad”, „istnienia”, „że będzie bez sensu”.

Dokończenia zdania, które nie zostały wykorzystane przy tworzeniu *Skali niepokoju egzystencjalnego* przedstawiają się następująco (wskaźniki procentowe dla roku badań oryginalnych – por. Juros, 1988): 11% nie dokończyło zdania – może być to związane z techniką badania grupowego w czasie zajęć akademickich, gdzie kontrolowanie zwrotu kwestionariuszy było mniejsze. W przypadku badań indy-

widualnych odsetek ten wyniósł 4% (1988 roku – 5%); 7% studentów stwierdziło, że nie odczuwa niepokoju (1988 roku – 7%); 4% osób badanych określało częstość występowania niepokoju (np. rzadko, często; 1988 roku – 2%); 3% dokończeń odnosiło się do rodziny i osób bliskich badanym (1988 roku – brak); w pierwszych badaniach 9% odpowiedzi dotyczyło czasu trwania przyszłości (np. wlecze się, leci). W aktualnych badaniach brak tego typu dokończeń;

Pozostałe uzupełnienia, dotyczące bieżących spraw (np. z powodu wysokich cen paliw), z oczywistych powodów, nie zostały zaklasyfikowane jako niepokój egzystencjalny. Poniżej przedstawione zostały matryce pojęciowe (rysunek 1 [Juros, 1988], rysunek 2) niepokoju egzystencjalnego.

Różnice, zwłaszcza w pojęciowym nazywaniu przeżywanego niepokoju pozwoliły na skonstruowanie 13 twierdzeń eksperymentalnych, które miały na celu wypełnienie powstałej na przestrzeni 25 lat nowej przestrzeni rozumienia niepokoju egzystencjalnego. Poniżej zamieszczono dodane itemy wraz ich numeracją właściwą dla skali:

76. Niepokoję się tym, czy spełnię się w życiu.
77. Niepokoję się tym, co będzie.
78. Martwię się tym, że przyszłość jest niepewna.
79. Jestem spokojny o *dzień jutrzejszy*.
80. Boję się myśli, że mogłoby mnie nie być.
81. Jestem spokojny o swoje zdrowie.
82. Jestem spokojny o to, że znajdę w sobie tyle siły by sprostać życiu.
83. Myśląc o swoim życiu, odczuwam niepokój, czy je wytrzymam.
84. Niepokoję się tym, że kiedyś nie będę istniał.
85. Boję się tego, czy moje życie będzie udane.
86. Jestem spokojny, o to, że w życiu wiele osiągnę.
87. Martwię się, czy poradzę sobie z tym, co niesie ze sobą życie.
88. Boję się tego, że rozminę się ze swoim *powołaniem*.

Intepretacja wyników

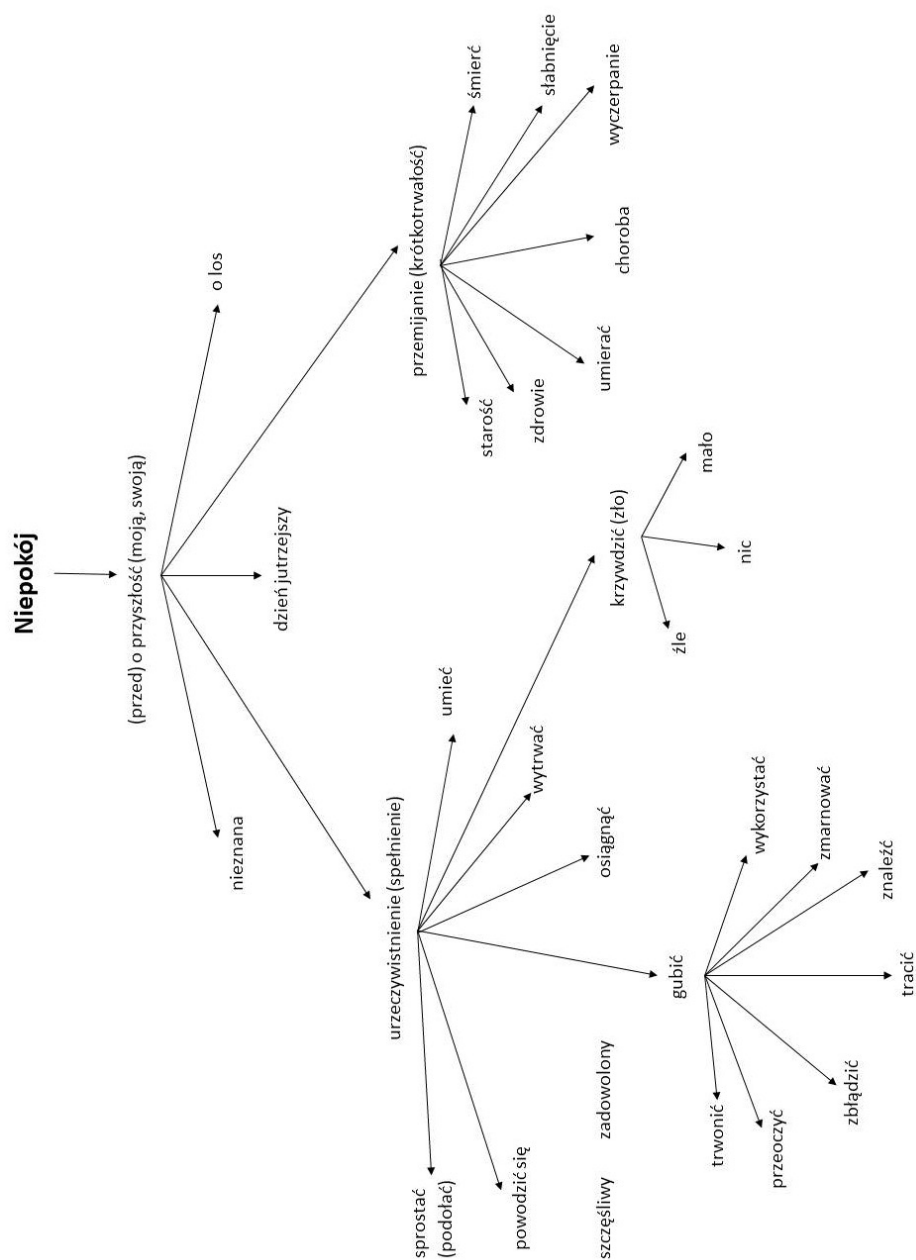
Zauważalna różnica widoczna w porównaniu matryc pojęciowych jest związana z negatywnym aspektem kategorii urzeczywistnienia się. W 1988 roku niepokój związany z urzeczywistnieniem się, wyrażany był zarówno w negacji pozytywnego stanu rzeczy (np. „myśląc o swoim życiu odczuwam niepokój związany z tym, nie wytrwam [wyr. K.J.] w realizacji swoich celów”). Zarówno przykład zdania niedokończzonego, jak i następny, ze względu na brak dostępu do kwestionariuszy wypełnianych w 1988 roku, zostały stworzone przeze mnie na potrzeby niniejszego artykułu. Pozostaje jednak zachowana zgodność zdań z matrycą pojęciową z ów-

czesnych badań jak i spełnienia się negatywnych przypuszczeń, czemu odpowiada cała gama pojęć przyporządkowanych do kategorii gubić (np. myśląc o swoim życiu, odczuwam niepokój związany z tym, że zmarnuje swoje życie). Pewną kwestią sporną jest umieszczenie przez autora w tej kategorii pojęć znalezienia i wykorzystania. Nie zmienia to jednak faktu, że w badaniach aktualnych ta przestrzeń niepokoju praktycznie nie istnieje. Można by jedynie próbować odnieść do niej dokończenie zawierające w sobie pojęcie rozminięcia się.

Przyczyn takich zmian można doszukiwać się w przemianach kulturowych, w których Polska uczestniczy w ciągu ostatnich 20 lat. Niosące ze sobą lepszą wymianę informacji, a co za tym idzie przyjmowanie pewnych wzorców promowanych w krajach zachodnich, zawierających wyraźne wskazania do czerpania przyjemności z życia, samospełnienia i akcentowania rozwoju, mogło odegrać niemałą rolę w praktycznie całościowym zaniku negatywnego aspektu urzeczywistnienia. Istnieje pewne prawdopodobieństwo, że w kulturze, w której sukces jest wartością, a cierpienie jest negowane i ukrywane za kurtyną życia, również procesy percepcji rzeczywistości ulegają zmianie (jeśli można odnieść je do postrzegania niepokoju egzystencjalnego).

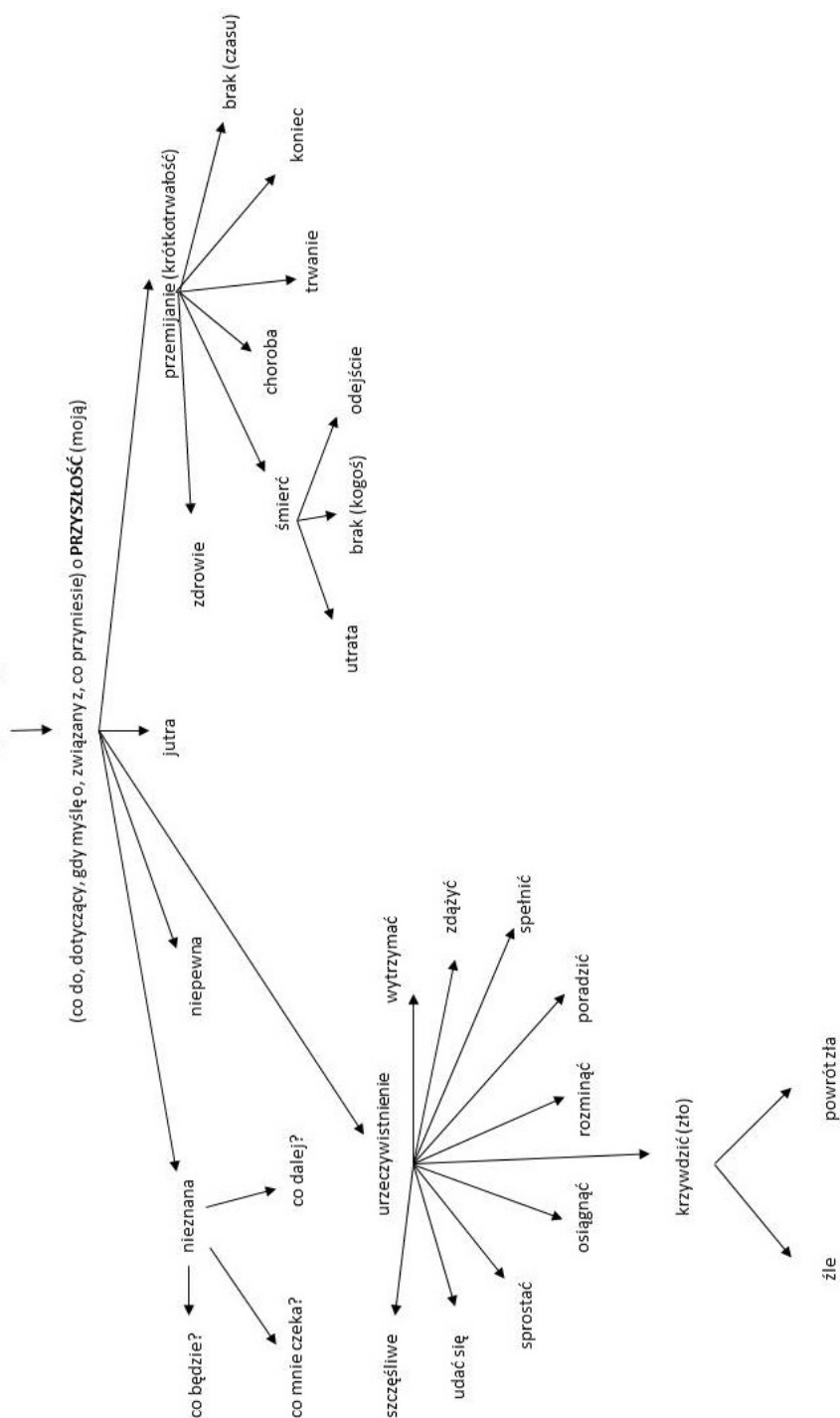
Innym wyjaśnieniem tego zjawiska może być mnogość możliwości, jakie znajdują się na wyciągnięcie ręki młodego człowieka. W tym przypadku percepcja niepokoju egzystencjalnego może tracić na swojej doniosłości. Ludzie przestają bać się negatywnych aspektów, które mogą napotkać w przyszłości, ponieważ tak bardzo są zaabsorbowani możliwościami, które nierzadko są wielokrotnie większe niż było to 25 lat temu. Waga egzystencjalnych decyzji, czy samo postrzeganie swojej kondycji egzystencjalnej traci na sile, gdyż w przypadku błędu ewentualne konsekwencje oznaczają brak realizacji tylko jednej (z wielu) możliwości.

Pozostałe części matrycy pojęciowej stworzonej na podstawie badań aktualnych w dużym stopniu odpowiadają tym, które zawiera matryca z 1988 roku. Może stanowić to silny argument przemawiający za względnie niezmiennym rozumieniem niepokoju egzystencjalnego, jako kategorii pierwotnie zakorzenionej w, jakkolwiek pojmowanej, naturze człowieka.



Rysunek 1. Matryca pojęciowa niepokoju egzystencjalnego –1988 roku.

Niepokój



Rysunek 2. Matryca pojęciowa niepokoju egzystencjalnego – 2011 roku.

ETAP 2. STRUKTURA NIEPOKOJU EGZYSTENCJALNEGO

Grupa badana

Zmienne demograficzne mierzone w drugim etapie pozwalają na przeprowadzenie porównania między grupami badanymi w 1988 roku i 2011/2012 roku. (tabela 1).

Tabela 1

Porównanie zmiennych demograficznych w II etapie badań z 1988 roku i 2011/2012 roku

	Badania replikacyjne (2011/2012)	Badania oryginalne (1988)
Liczba osób badanych:	W czasie drugiego etapu rozdano 300 egzemplarzy metod; liczba zwrotów wyniosła 240, z czego 205 zostało zakwalifikowanych do dalszych analiz	Rozdano 240 zestawów testów, do analiz zakwalifikowano 200
Płeć	45% stanowili mężczyźni, 55% kobiety	45% stanowili mężczyźni, 55% kobiety.
Wiek	Średnia wieku badanych to: 22,3 ($SD = 1,7$)	Średnia wieku badanych to: 22,5 ($SD = 1,6$)
Stan cywilny	99% osób badanych stanowiły osoby będące w stanie wolnym	84% osób było stanu wolnego, 14% było w związku małżeńskim
Pochodzenie społeczne ³ :	Chłopskie – 17% Robotnicze – 38% Inteligenckie – 32%, Robotniczo-chłopskie – 13%.	Chłopskie – 20% Robotnicze – 29% Inteligenckie – 47,5%, Robotniczo-chłopskie – 3,5%.
Miejsce zamieszkania:	Wieś – 50% Miasto do 50 tys. – 17% Miasto 50–100 tys. – 12% Miasto 100–500 tys. – 13% Miasto powyżej 500 tys. – 9%.	Wieś – 34,5%, Miasto do 50 tys. – 28%, Miasto 50–100 tys. – 8,5%, Miasto 100–500 tys. – 26%, Miasto powyżej 500 tys. – 2,5%.
Uczelnia ⁴ :	UMCS – 20% UP – 15% UM – 18% PL – 11% KUL – 14% Inne – 22%	UMCS – 58,5% UP – 15,5% UM – 12% PL – 13%

³ Kategoria pochodzenia społecznego została zastosowana w celu zachowania wierności procedurze z 1988 roku.

⁴ W badaniach z roku 1988 nie badano studentów KUL z powodu znaczącej odmienności charakteru (zwłaszcza światopoglądowego) uczelni względem pozostałych uniwersytetów. W niniejszych badaniach zrezygnowano z tego zastrzeżenia, kierując się jednak zasadą zachowania zdrowych proporcji w tym względzie. Poza pięcioma wymienionymi uczelniami, w badaniach replikacyjnych wzięła udział jeszcze dosyć znacząca grupa osób studiujących w Krakowie oraz Warszawie (kategoria inne).

Rok studiów ⁵ :	I – 5%	I – 6%
	II – 31%	II – 1%
	III – 27%	III – 33,5%
	IV – 12%	IV – 38,5%
	V – 20%	V – 19%
	VI – 4%	VI – 1,5%
Stosunek do wiary:	Mocno wierzący – 15%	Mocno wierzący – 19,5%
	Wierzący – 67%	Wierzący – 70%
	Słabo wierzący – 11%	Słabo wierzący – 6,5%
	Niewierzący – 4%	Niewierzący – 3%
Stosunek do praktyk religijnych:	Praktykujący – 46%	Praktykujący – 57,5%
	Słabo praktykujący – 36%	Słabo praktykujący – 31,5%
	Niepraktykujący – 12%	Niepraktykujący – 4%

Metoda

Drugi etap badań obejmował zastosowanie *Skali niepokoju egzystencjalnego* (SNE) autorstwa Jurosa (1988) – w skład której wchodzi 75 twierdzeń dotyczących trzech egzystencjalnych płaszczyzn: *Eigenwelt* (ustosunkowanie do siebie), *Mitwelt* (ustosunkowanie do świata relacji międzyludzkich) oraz *Umwelt* (ustosunkowanie do świata natury). Analizom podlegają tylko pozycje dotyczące sfery *Eigenwelt*⁶ – 25 twierdzeń oryginalnych oraz 13 twierdzeń eksperymentalnych⁷. SNE w wersji oryginalnej zawiera trzy podskale: lęk przed winą i potępieniem (SNE1) – nieodłącznie związany z moralną tożsamością osoby i odpowiedzialnością za własne życie, lęk przed pustką i bezsensu (SNE2) – odnoszący się do duchowego wymiaru, w którym osoba poszukuje sensu i znaczenia, oraz lęk przed losem i śmiercią (SNE3) – lęk ontyczny przed faktem nieistnienia (Juros, 1988; Oleś, 2011; Tillich, 1983).

⁵ Przejęto założenie, zgodnie z procedurą zastosowaną w roku 1988, o niekwalifikowaniu do badań osób rozpoczynających studia, jako tych, u których zmiany rozwojowe mogą wpływać zakłócająco na badanie i poziom odczuwanego niepokoju. Ograniczono je jednak z dwóch pierwszych lat studiów do jednego roku.

⁶ Sfera *Mitwelt* i *Umwelt* miały charakter eksperymentalny i badania nad nimi nie były prowadzone w sposób systematyczny.

⁷ Ważną różnicą z punktu widzenia analiz porównawczych jest różnica między *Skalami niepokoju egzystencjalnego* wykorzystanymi w badaniach w 1988 roku i 2011/2012 roku. Początkowe analizy w badaniach oryginalnych pozwoliły na uzyskanie odnośnie do sfery *Eigenwelt* 49 twierdzeń i taka skala była wykorzystana w tychże (1988) badaniach. W wyniku dalszych prac SNE zostało zredukowane do 25 twierdzeń i dodano 50 twierdzeń eksperymentalnych (wspomniane itemy związane z *Mitwelt* oraz *Umwelt*). Ta ostateczna wersja SNE została użyta w badaniach replikacyjnych. Taki dobór skal okazał się największą ułomnością pracy, uniemożliwiając bardziej zaawansowane analizy porównawcze.

Procedura badawcza

Dobrowolne i anonimowe badania o charakterze indywidualnym prowadzono w okresie luty–marzec 2012 roku. Badani, w zdecydowanej większości studenci mieszkający w akademikach, otrzymywali *Skalę niepokoju egzystencjalnego* do wypełnienia.

Wyniki badań

Dotarcie do struktury niepokoju egzystencjalnego było możliwe dzięki zastosowaniu analizy czynnikowej⁸. Najbogatszym źródłem interpretacyjnym było stworzenie dwóch modeli czynnikowych. Jeden był powtórzeniem analizy czynnikowej na 25 itemach, drugi na SNE zawierającej twierdzenia eksperymentalne.

Wyniki otrzymane w przypadku pierwszego modelu czynnikowego zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2

Procent wyjaśnianej wariancji dla trzech czynników. Analiza czynnikowa na 25 itemach oryginalnych

Składowa	Sumy kwadratów ładunków po rotacji		
	Ogółem	% wariancji	% skumulowany
SNE2	5,186	20,745	20,745
SNE1	4,723	18,893	39,638
SNE3	3,929	15,717	55,355

Procent wyjaśnianej przez poszczególne czynniki wariancji jest zbliżony do siebie i wynosi odpowiednio: 20,7%, 18,9% oraz 15,7%. Przyporządkowanie itemów do poszczególnych czynników było identyczne jak w badaniach oryginalnych, a ich zgodność wewnętrzna wynosi odpowiednio: SNE2 – $\alpha = 0,903$, SNE1 – $\alpha = 0,879$, SNE3 – $\alpha = 0,841$.

Dzięki analizie czynnikowej przeprowadzonej na 38-itemowym SNE uzyskujemy dwa modele: trzyczynnikowy oraz czteroczynnikowy. Pierwszy model przedstawia tabela 3.

⁸ Przyjęto te same wytyczne odnośnie do zastosowanej metody jak w badaniach z 1988 roku (rotacja metodą ortogonalną –VARIMAX).

Tabela 3

Wyjaśniana wariancja dla trzech czynników – Analiza czynnikowa na 38 itemach

Składowa	Sumy kwadratów ładunków po rotacji		
	Ogółem	% wariancji	% skumulowany
SNE1	8,167	20,941	20,941
SNE2	6,864	17,599	38,540
SNE3	5,894	15,113	53,654

Wyjaśniana wariancja takiego modelu nieznacznie spada (o 1,7%) w porównaniu z trzyczynnikowym modelem opartym na 25 twierdzeniach. Wyjaśniana przez poszczególne czynniki wariancja wynosi: SNE1 = 20,9%, SNE2 = 17,6% a SNE3 = 15,1%. Zgodność wewnętrzna tak skonstruowanych skal wynosi: SNE1 – $\alpha = 0,933$, SNE2 – $\alpha = 0,920$, SNE3 – $\alpha = 0,881$.

Twierdzenia eksperymentalne zostały przyporządkowane do następujących skal (z racji bliskiego powiązania semantycznego między twierdzeniami oryginalnie wchodzącymi w skład skal a twierdzeniami eksperymentalnymi nazwy skal pozostały niezmienione).

SNE1 (lęk przed winą i potępieniem):

- „Niepokoję się tym, czy spełnię się w życiu.”
- „Niepokoję się tym, co będzie.”
- „Martwię się tym, że przyszłość jest niepewna.”
- „Myśląc o swoim życiu, odczuwam niepokój czy je wytrzymam.”
- „Boję się tego, czy moje życie będzie udane.”
- „Martwię się, czy poradzę sobie z tym, co niesie ze sobą życie.”
- „Boję się tego, że rozminę się ze swoim powołaniem.”

SNE 2 (lęk przed pustką i bezsenssem):

- „Jestem spokojny, o to, że w życiu wiele osiągnę.”
- „Jestem spokojny o to, że znajdę w sobie tyle siły by sprostać życiu.”
- „Jestem spokojny o *dzień jutrzejszy*.”

SNE 3 (lęk przed losem i śmiercią):

- „Niepokoję się tym, że kiedyś nie będę istniał.”
- „Boję się myśli, że mogłoby mnie nie być.”

Czwarty czynnik w modelu czteroczynnikowym, choć nie zmienia znacząco wyjaśnianej wariancji (wzrost w porównaniu z modelem trzyczynnikowym o około 4%, do 57,6%, a wyjaśniana przez poszczególne czynniki wariancja wynosi: SNE1 – 19,8%, SNE2 – 17,0%, SNE3 – 13,6%, SNE4 (skrót operacyjny) – 7%) to ukazuje w zarysie kolejną przestrzeń przeżywania niepokoju egzystencjalnego. W skład tej skali wchodzi trzy twierdzenia: „Lękam się cierpienia”, „Jestem spokojny o swoje zdrowie” oraz „Myśląc o swoim życiu, odczuwam niepokój, czy je wytrzymam”. Pierwsze wchodziło w skład oryginalnych twierdzeń, dwa pozostałe miały charakter eksperymentalny.

DYSKUSJA

Niepokój egzystencjalny mierzony metodą SNE zachował swoją strukturę względem tej określonej w badaniach z roku 1988 (trzy czynniki), co ukazują modele analizy czynnikowej. Zarówno badania oryginalne, jak i replikacja skłaniają do przyjęcia modelu trzyczynnikowego.

Zmianom uległa natomiast wyjaśniana przez poszczególne czynniki wariancja niepokoju (Dobór grupy był zbliżony do tej w badaniach z 1988. Stąd można wnioskować, że zmiany, jakie w nastąpiły w strukturze niepokoju egzystencjalnego, należy przypisać realnym zmianom w jego percepcji i przeżywaniu; nie natomiast różnicom między grupami badanymi.). O ile w badaniach oryginalnych lęk przed winą i potępieniem wypełnił zdecydowaną większość wariancji (38,5%) i był zdecydowanie silniejszy od lęku przed pustką i bezsenssem (6,3%) oraz lęku przed losem i śmiercią (5,2%; Juros, 1988), to wyniki badań replikacyjnych ukazują dużą proporcjonalność wszystkich trzech pod tym względem.

W trzyczynnikowym modelu opartym o 25 twierdzeń doszło do wymiany najsilniejszego czynnika. Lęk przed pustką i bezsenssem, w dużym stopniu związany z pozytywnym bądź negatywnym postrzeganiem rzeczywistości, stał się dominujący względem lęku przed winą i potępieniem, uzyskując 20,7% wyjaśnianej wariancji. Jego nasilenie może być przejawem zmiany w postrzeganiu bezpieczeństwa, jakie przypisują badaniu świata. Ćwierć wieku temu nie było tylu możliwości uczestniczenia w rzeczywistości. Być może swoboda wyboru (m.in. pracy, mieszkania, usług i dóbr) skutkuje nie tylko perspektywą wolności i rozwoju, ale również, poprzez brak niezmiennych punktów odniesienia (Deurzen, 2010), również poczuciem zagubienia i trudnością w nadawaniu (czy odkrywaniu) znaczenia rzeczywistości.

Coraz bardziej charakterystyczna dla współczesnych społeczeństw tożsamość płynna tworzących je jednostek może stanowić wartościową hipotezę wyjaśniającą zmiany w przeżywaniu i poziomie niepokoju odczuwanego niepokoju (Oleś, 2011).

Możliwa jest również inna interpretacja. Zwiększający się zakres możliwości wpływa na spadek lęku przed winą i potępieniem. Być może przeżywanie SNE1 i SNE2 jest w pewien sposób negatywnie ze sobą powiązane i wraz ze wzrostem jednego, maleje drugi. Coraz więcej możliwości (a więc mniej powodów do lęku przed winą i potępieniem) powoduje również coraz więcej problemów z ustosunkowaniem się do tak postrzeganego świata (wzrost lęku przed pustką i bezsenssem).

Znaczące jest również nasilenie się lęku przed śmiercią w odniesieniu do całości przeżywania niepokoju egzystencjalnego (z 5,2% do 15,1% wyjaśnianej wariancji). Nie bez przyczyny, jak się wydaje, śmierć jest określana mianem tabu XXI wieku. Możliwe, że fakt usuwania przejawów śmierci (dzieci nie zabiera się na pogrzeby, usuwanie widocznych objawów cierpienia związane ze wzrostem jakości świadczeń medycznych) nie niweluje samej świadomości własnej śmiertelności uwidaczniającej się poprzez silniejsze odczuwanie tego lęku.

Trzyczynnikowy model oparty o 38 twierdzeń powtarza oryginalną hierarchię w uporządkowaniu czynników SNE. Lęk przed winą i potępieniem wyjaśnia niepokój egzystencjalny w najwyższym stopniu. Proporcje w wyjaśnianej wariancji badanego fenomenu zostały zachowane również w tym modelu, nie ukazując znaczących zmian względem omawianego powyżej.

Czwarty czynnik w modelu czteroczynnikowym wydaje się bardzo interesujący interpretacyjnie. Jest to spowodowane tym, że procent wyjaśnianej wariancji tego czynnika jest większy od tego, jaki był w przypadku SNE2 i SNE3 ćwierć wieku temu. Być może, tak jak wtedy, na znaczeniu dopiero przybierały lęki przed pustką i bezsenssem oraz losem i śmiercią, by uwidocznić się dziś, tak lęk, który jest słabo zarysowany w teraźniejszych badaniach, stanie się bardziej dojmujący w przyszłości.

Treść trzech twierdzeń wchodzących w skład SNE4 skłania do nazwania tego czynnika lękiem przed utratą vitalności (egzystencjalnej). Dodanie określenia „egzystencjalnej” jest spowodowane wystąpieniem obok dwóch twierdzeń⁹ o charakterze czysto vitalnym, fizycznym, twierdzenia¹⁰ mającego duże nasycenie egzystencjalne. Być może ten lęk w odniesieniu do innych przejawów niepokoju, może być również pochodną wielości podejmowanych przez dzisiejszego studenta aktywności. Presja osiągnięcia coraz więcej (por. McWilliams, 2011) jest nieuchronnie związana z przeżywaniem pewnego rodzaju odczuć związanych z tym, czy „dam radę (wytrzymam)

⁹ Lękam się cierpienia, jestem spokojny o swoje zdrowie.

¹⁰ Myśląc o swoim życiu, odczuwam niepokój, czy je wytrzymam.

żyć w ten sposób, całe życie?” Interesująca jest kwestia „rozwoju” znaczenia tego czynnika, którą być może zaobserwować będzie można za kolejne ćwierć wieku.

PODSUMOWANIE

Najważniejszy wniosek z przeprowadzonych badań można wyrazić w stwierdzeniu: po upływie przeszło 20 lat, rozumienie oraz struktura niepokoju egzystencjalnego studentów nie uległy wyraźnej modyfikacji. Zmiany w rozumieniu pojęcia niepokoju, zmiany w intensywności przeżywania konkretnych jego przejawów nie wpłynęły znacząco na jego wewnętrzną budowę. Ukazuje to fakt stałości empirycznie uchwyconego ćwierć wieku temu fenomenowi niepokoju egzystencjalnego, który w niniejszych badaniach został, przynajmniej częściowo, dookreślony.

BIBLIOGRAFIA

- Deurzen, E. (2010). *Psychoterapia a poszukiwanie szczęścia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- McCarthy, V. A. (1978). *The Phenomenology of moods in Kierkegaard*. Boston: Springer.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoterapia psychoanalityczna*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Yalom, I. D. (2006). *Kat miłości*. Warszawa: J. Santorsky & Co Agencja Wydawnicza.
- Yalom, I. D. (2008). *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Juros, A. (1988). *Struktura niepokoju egzystencjalnego. Badania młodzieży akademickiej*. Niepublikowana praca doktorska, Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Oleś, P. K. (2011). *Psychologia człowieka dorosłego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tillich, P. (1983). *Męstwo bycia*. Poznań: REBIS.
- Weems, C. F., Costa, N. M., Dehon, C., Berman S. L. (2004). Paul Tillich's theory of existential anxiety: A preliminary conceptual and empirical analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 17, 383–399.

**KATARZYNA BOBRZYK, KATARZYNA GOSZCZAK,
ALEKSANDRA LUBIKOWSKA**

lubikowska@gmail.com

Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu

CZY MĘŻCZYŹNI BĘDĄCY W ZWIĄZKU SĄ BARDZIEJ INTELIGENTNI EMOCJONALNIE OD SINGLI?

Artykuł powstał na podstawie badań przeprowadzonych w ramach przedmiotu „Praca empiryczna”
pod kierunkiem dr Aleksandry Jasielskiej. Serdecznie dziękujemy Pani Doktor za pomoc.

RECENZJA

Recenzent: dr Wiesław Matys

Autorki artykułu podjęły żywo dyskutowany we współczesnej psychologii problem dotyczący inteligencji emocjonalnej, jej natury, struktury i jej wpływu na funkcjonowanie psychospołeczne. Autorki skoncentrowały się na próbie odpowiedzi na pytanie o związek pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej a posiadaniem miłosnego związku.

Podjęty problem badawczy posiada szeroką bazę teoretyczną, popartą obszerną bibliografią.

Autorki wykazały się poprawnym warsztatem badawczym, zarówno na etapie konstrukcji problemu, formułowania hipotez, ich weryfikacji i przekonującej analizy uzyskanych wyników.

Niedosyt budzi natomiast przyjęta grupa badawcza, zbyt młoda (ze zbyt krótkim czasem bycia w związku miłosnym) dla weryfikacji przyjętego problemu badawczego. W moim odczuciu ciekawsze poznawczo byłoby badanie nie studentów innych kierunków (jak sugerują Autorki), ale osób starszych, mających doświadczenie dłuższych związków (taki kierunek przyszłych badań biorą też pod uwagę Autorki).

W podsumowaniu chciałbym wyrazić swoje poparcie dla pomysłu opublikowania omawianego artykułu w materiałach pokonferencyjnych.

Inteligencja emocjonalna to pojęcie stosunkowo nowe w psychologii (Payn, 1983; Salovey, Mayer, 1990), które powstało w odpowiedzi na rosnące zainteresowanie możliwościami predykcji funkcjonowania człowieka w różnych sferach życia: zawodowym, prywatnym, czy osiągnięć indywidualnych. Przeprowadzonych zostało bardzo wiele badań dotyczących związku pomiędzy inteligencją emocjonalną a różnymi aspektami powodzenia życiowego. Wykazano, że wysoka inteligencja emocjonalna współwystępuje z satysfakcją życiową i jakością związków interpersonalnych (Ciarrochi, Chan, Caputi, 2000). Natomiast badania Ciarrochiego, Chan i Bajgar (2001) ujawniły związek inteligencji emocjonalnej z jakością bliskich związków, ilością uzyskiwanego wsparcia społecznego oraz zadowoleniem z niego.

Inspiracją dla przeprowadzonych badań był artykuł O. Kriegelewicz. *Inteligencja emocjonalna partnerów a zadowolenie ze związku i strategie rozwiązywania konfliktów w małżeństwie*. Wyniki badań Autorki wykazały, że z satysfakcją obojga partnerów w związku najsilniej związana jest inteligencja emocjonalna mężczyzn (Kriegelewicz, 2005).

W niniejszym artykule zostaną zaprezentowane wyniki własnych badań dotyczących związku pomiędzy byciem lub niebyciem w związku a poziomem inteligencji emocjonalnej.

W badaniach udział wzięło 76 mężczyzn, studentów Informatyki Wydziału Matematyki i Informatyki Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu. Osoby badane wypełniały jeden test: *Kwestionariusz inteligencji emocjonalnej INTE* w polskiej adaptacji autorstwa A. Ciechanowicz, A. Jaworowskiej i A. Matczak (2000). Uzyskane wyniki wykazały brak istotnej statystycznie różnicy pomiędzy inteligencją emocjonalną mężczyzn będących w związku oraz singli.

Słowa kluczowe: inteligencja emocjonalna, związek partnerski, singlizm, mężczyźni, studenci

Inteligencja emocjonalna to pojęcie, które zostało wprowadzone do psychologii, gdy intensywniej niż kiedykolwiek poszukiwano odpowiedzi na pytanie o źródło osiągnięć życiowych człowieka. Badaczy zastanawiało, dlaczego osoby, które charakteryzują się wysokim ilorazem inteligencji ogólnej, są często jedynie przeciętnymi pracownikami i nie nawiązują satysfakcjonujących związków w życiu prywatnym. Powstanie koncepcji inteligencji emocjonalnej ożywiło nadzieję, że znaleziono trafny predyktor sukcesów w różnych sferach życia. Szczególne znaczenie EI jest obecnie przypisywane jej związkowi z nawiązywaniem relacji interpersonalnych. Liczne badania wykazały istotną rolę inteligencji emocjonalnej w funkcjonowaniu społecznym (np. Austin, Saklofske, Egan, 2005; Ciarrochi, Scott, Deane, Heaven, 2003; Engelberg, Sjöberg, 2004; Jaworowska, Matczak, 2001; Lopes, Salovey, Straus, 2003). Badania naukowców z Providence University w Tajwanie, z udziałem 352 osób wykazały dodatnią korelację pomiędzy inteligencją emocjonalną a nawiązywaniem relacji interpersonalnych oraz między inteligencją emocjonalną a obrazem siebie (Chang, Hsueh-shan, 2010). Stwierdzony został również związek z ilością relacji społecznych. M. Schroder-Abe oraz A. Schutz w interesującym badaniu pt. *Walking in Each Other's Shoes: Perspective Taking Mediates Effects of Emotional Intelligence on Relationship Quality* wykazały, że dla oceny jakości związku ważny jest nie tylko poziom inteligencji emocjonalnej osoby oceniającej, ale również jej partnera. Natomiast w badaniach Cassidy (1992), stwierdzono, że dzieci charakteryzujące się dobrą regulacją i percepcją emocji są bardziej akceptowane przez rówieśników.

Przytoczone powyżej badania świadczą o tym, jak istotny jest wpływ inteligencji emocjonalnej w relacjach społecznych. Jednakże pojęcie inteligencji emocjonalnej wzbudza ciągle kontrowersje, głównie w kontekście faktycznego wpływu EI na powodzenie życiowe. Badacze inteligencji emocjonalnej, w odróżnieniu od popularyzatorów tego pojęcia przekonują, że EI wyjaśnia nie kilkadziesiąt, ale kilka procent sukcesu życiowego (Matczak, 2007). W związku z potrzebą prowadzenia dalszych badań nad zależnością między inteligencją emocjonalną a różnymi aspektami życia, zwłaszcza funkcjonowania w związkach miłosnych, postanowiono sprawdzić, czy mężczyźni w związku różnią się od singli pod względem poziomu inteligencji emocjonalnej. Inspiracją niniejszego badania stał się artykuł O. Krieglewicz pt. *Inteligencja emocjonalna partnerów a zadowolenie ze związku i strategie rozwiązywania konfliktów w małżeństwie* (Krieglewicz, 2005). Wyniki opisanego w artykule badania ukazały, iż istotnym predykatorem powodzenia związku jest wyłącznie inteligencja emocjonalna mężczyzn oraz że pozytywna ocena związku przez mężczyznę wiąże się z jego wysokim poziomem inteligencji. Wyniki omawianych badań skłoniły nas do postawienia hipotezy, iż mężczyźni będący w związku będą się charakteryzować wyższą inteligencją emocjonalną w porównaniu z singlami.

Podjęcia teoretyczne

Inteligencja emocjonalna to pojęcie stosunkowo nowe w psychologii (Salovey, Mayer, 1990; Payn, 1983), które powstało w odpowiedzi na rosnące zainteresowanie metodami predykcji funkcjonowania człowieka w różnych sferach życia: zawodowym, prywatnym, czy osiągnięć indywidualnych. Konstrukcja ten przyciągnął uwagę wielu badaczy, a popularności niewątpliwie przysporzyła mu publikacja D.Golemana z 1995 roku, który za podstawę sukcesu życiowego uznał właśnie inteligencję emocjonalną. Jednak nie ustalono dotąd jednoznacznej, uniwersalnej definicji tego pojęcia.

Salovey i Mayer (1997) definiują inteligencję emocjonalną jako zdolność do postrzegania i oceniania emocji własnych oraz emocji innych osób; zdolność do takiego aktywowania emocji, aby ułatwiały proces myślenia; rozumienie emocji i posiadanie wiedzy emocjonalnej, które pozwalają na regulację emocji i sprzyjają rozwojowi emocjonalnemu i intelektualnemu. Natomiast według Bar-Ona (1997) na inteligencję emocjonalną składają się pozapoznawcze zdolności i kompetencje, pozwalające jednostce na sprostanie wymaganiom i oczekiwaniom środowiska. Najczęściej jednak definiowanie IE sprowadza się do wypunktowania jej komponentów (tabela 1). W tabeli zostały również scharakteryzowane dwa modele inteligencji emocjonalnej.

Tabela 1

Prezentacja modeli inteligencji emocjonalnej (Jaworowska, Matczak, 2001)

Modele mieszane (popularne):	Modele naukowe:
Założenie: inteligencja emocjonalna = zbiór zdolności umysłowych oraz inne cechy (np. motywacyjne)	Założenie: inteligencja emocjonalna = zbiór zdolności umysłowych
Dwie koncepcje: Golemana i Bar-On	Koncepcja Saloveya i Mayera
Koncepcja Bar-On: pięć obszarów funkcjonowania: umiejętności intrapersonalne, umiejętności interpersonalne, zdolności przystosowawcze, radzenie sobie ze stresem i ogólny nastrój.	Procesy związane z rozwojem inteligencji emocjonalnej mają charakter hierarchiczny (od najbardziej podstawowych, złożonych z prostych umiejętności percepcyjnych i ekspresyjnych emocji do poziomu najwyższego, który związany jest z refleksyjnością i świadomą regulacją emocjonalną)
Koncepcja Golemana: pięć obszarów funkcjonowania: znajomość swoich emocji, kierowanie emocjami, motywowanie siebie, rozpoznawanie cudzych emocji i podtrzymywanie relacji. Inteligencja emocjonalna stanowi bazę dla innych struktur psychicznych (<i>charakter</i>).	Cztery grupy procesów i umiejętności: percepcja i ekspresja emocjonalna (identyfikacja emocji własnych i cudzych, czerpanie wiedzy ze wskazówek psychicznych i fizjologicznych), emocjonalne wspomaganie aktywności poznawczej (asymilacja emocji – funkcja regulatora procesów poznawczych), rozumienie emocji (opis, ocena, interpretacja i nadanie znaczenia emocjom, predykcja), regulacja emocji (kierowanie emocjami własnymi i cudzymi, otwartość na całą gamę uczuć, modyfikacja uczuć poprzez kontrolę i refleksję)

Na poziom inteligencji emocjonalnej mają wpływ takie aspekty, jak: wiek, płeć, czynniki środowiskowe oraz wychowawcze. Badania wskazują, że inteligencja emocjonalna wzrasta wraz z wiekiem (Mayer, Salovey, Caruso, 2000).

Hipoteza zakładająca, że kobiety uzyskują na ogół wyższe wyniki w testach i kwestionariuszach mierzących inteligencję emocjonalną została potwierdzona w licznych badaniach (Ciarrochi, Chan, Caputi, 2000; Mayer, Caruso, Salovey, 2000; Mayer, Geher, 1996). Jednak bliższa analiza poszczególnych komponentów wskazuje na przewagę pewnych zdolności mężczyzn nad kobietami (Bar-On, 1997; Goleman 1999). Stwierdzono, że w skalach asertywności, samoakceptacji, niezależności, kompetencji przystosowawczych, tolerancji na stres i optymizmu osiągają oni istotnie wyższe wyniki. Bar-On (1997) oraz Arteche, Chamorro-Premuzic, Furnham i Crump (2008) stwierdzili przewagę kobiet jedynie w zakresie kompetencji interpersonalnych (empatii, zdolności do utrzymywania więzi interpersonalnych i odpowiedzialności społecznej) oraz emocjonalnej samoświadomości. W rezultacie stwierdzono brak różnic międzypłciowych w zakresie ogólnego wskaźnika IE. Ponadto sprzyjające środowisko i wychowanie (wsparcie, ciepło rodzinne, zaspokajanie potrzeb emocjonalnych dziecka) również wiąże się z wyższą inteligencją emocjonalną (Ciarrochii in., 2000; Mayer i in., 2000). Dowodem wpływu czynników środowiskowo-wychowawczych jest m.in. fakt podnoszenia się wskaźników EI w odpowiedzi na odpowiednie działania treningowe (Bar-On, 1997).

Tło badawcze

Wiele badań wykazało, że inteligencja emocjonalna sprzyja osiąganiu sukcesów w różnych aspektach życia, dlatego stwierdzono, że powinna wpływać na powodzenie w związkach partnerskich. Omawiane powyżej badania Kriegelewicz ukazały, że mężczyźni cechujący się wysoką inteligencją emocjonalną osiągają wyższe wyniki w *Skali powodzenia małżeństwa* w porównaniu z mężczyznami o niższej inteligencji emocjonalnej. Wyższa IE mężczyzn ma szczególne znaczenia, gdyż kobiety dbałość o klimat emocjonalny mają wpisaną w rolę społeczną. Natomiast mężczyźni są od urodzenia poddawani treningowi socjalizacyjnemu, który każe im tłumić emocje. Wyższa IE mężczyzn wpływa na zadowolenie ich kobiet ze związku, poprzez obniżenie ryzyka ewentualnych nieporozumień, a także radzenia sobie z różnymi emocjami.

W związku z następującymi obecnie zmianami w postrzeganiu istoty związku partnerskiego (np. odchodzenie od stereotypu związku, którego podstawowym celem jest rodzicielstwo, coraz rzadsze zawieranie związku małżeńskiego), przed mężczyznami stoi duże wyzwanie w postaci nowych, dotychczas przeznaczonych

dla kobiet zadań ściśle związanych ze sferą emocjonalną, takich jak: realizacja potrzeb psychicznych i emocjonalnych obojga partnerów czy dbałość o ich wzajemne relacje.

METODA

W badaniu udział wzięło 76 osób, z których 38 to były osoby w związku oraz dokładnie taka sama liczba singli. Badani słownie deklarowali, czy są w związku, czy nie. Wszyscy badani to studenci Informatyki na Wydziale Informatyki i Matematyki Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu. Średnia wieku w badanej próbie wyniosła $M = 22,25$, a odchylenie standardowe $SD = 1,72$.

Zastosowane narzędzie

Podstawową metodą zastosowaną w badaniu był *Kwestionariusz inteligencji emocjonalnej* (INTE) autorstwa N. S. Schutte, J. M. Malouff, L. E. Hall, D. J. Haggerty, J. T. Cooper, Ch. J. Gloden, L. Dornheim w polskiej adaptacji A. Ciechanowicz, A. Jaworowskiej oraz A. Matczak.

Kwestionariusz posiada normy dla uczniów, szkół średnich, dla studentów i dla osób dorosłych w wieku 21–54 lat, oddzielnie dla kobiet i mężczyzn. INTE składa się z 33 twierdzeń, o charakterze samoopisowym, których prawdziwość w stosunku do własnej osoby badany ocenia na pięciostopniowej skali: 1 – *zdecydowanie się nie zgadzam*, 2 – *raczej nie zgadzam się*, 3 – *trudno powiedzieć*, 4 – *raczej zgadzam się*, 5 – *zdecydowanie zgadzam się*.

Większość pozycji kwestionariusza ma formę stwierdzeń sformułowanych w pierwszej osobie. Wynik w INTE oblicza się przez zsumowanie punktów uzyskanych przez osobę badaną we wszystkich 33 pozycjach kwestionariuszowych. Trzy pytania (5, 28 i 33) punktowane są odwrotnie, natomiast we wszystkich pozostałych pozycjach badany otrzymuje tyle punktów, ile zakreślił. Minimalny wynik w kwestionariuszu INTE wynosi 33 punkty, a maksymalny – 165 punktów. Suma wyników w poszczególnych pozycjach stanowi wynik ogólny. Większość stwierdzeń kwestionariusza (24) da się zakwalifikować jako dotyczące zdolności lub umiejętności osób badanych. Część z tych stwierdzeń bezpośrednio orzeka o posiadaniu przez osobę badaną danej zdolności lub umiejętności lub – przeciwnie – o trudnościach wynikających z jej braku (np. „Gdy stoję wobec jakiegoś trudnego zadania, poddaję się, ponieważ sądzę, że poniosę porażkę”). Inne pozycje komunikują to bardziej pośrednio, mówiąc raczej o strategiach świadczących o pewnych umiejętnościach

np. wykorzystywania emocji jako czynników motywujących do działania („Wykorzystuję swój dobry nastrój, by pomóc sobie w uporaniu się z przeszkodami”) lub wskazują na reakcje otoczenia na osobę badaną („Inni ludzie łatwo obdarzają mnie zaufaniem”).

Podstawą teoretyczną kwestionariusza jest koncepcja Saloveya i Mayera, którzy określają inteligencję emocjonalną jako podzakres inteligencji społecznej i definiują ją jako zdolność człowieka do śledzenia własnych i cudzych uczuć i emocji, różnicowania ich oraz wykorzystywania uzyskiwanych na tej drodze informacji w kierowaniu myśleniem i działaniem. Salovey i Mayer wyróżnili trzy główne grupy komponentów w strukturze IE. Pierwsza grupa obejmuje cztery bardziej szczegółowe zdolności – dwie związane z oceną i ekspresją emocji własnych na poziomie werbalnym i niewerbalnym oraz dwie związane z oceną emocji innych ludzi: wyrażanych werbalnie i niewerbalnie. Druga grupa komponentów to dwie zdolności do regulowania emocji własnych i regulowania emocji innych ludzi. Trzecią grupę stanowią zdolności do wykorzystywania emocji jako czynników ułatwiających elastyczność, twórcze myślenie, giętkość uwagi i motywację do działania. Kwestionariusz INTE bada wszystkie trzy grupy komponentów inteligencji emocjonalnej wyróżnione przez Saloveya i Mayera. Warto również podkreślić, że kwestionariusz INTE jest pierwszym w Polsce dostępnym narzędziem służącym do badania inteligencji emocjonalnej. INTE posiada wysoką rzetelność – zarówno zgodność wewnętrzną, jak i stabilność wyników pozwalają stosować kwestionariusz nie tylko jako metodę do celów badawczych, ale także do diagnozy indywidualnej. Ponadto wyniki INTE są w niewielkim stopniu obciążone zmienną aprobaty społecznej, co również przyczynia się do wysokiej rzetelności wyników.

Problem badawczy, cel badania i hipotezy badawcze

Zespół badawczy postanowił zweryfikować, czy istnieje różnica pomiędzy inteligencją emocjonalną studentów będących z związku oraz studentów nieposiadających partnerki.

W niniejszym badaniu założono, iż na fakt bycia lub niebycia w związku partnerskim może wpływać poziom inteligencji emocjonalnej. Problem badawczy koresponduje zatem z prezentowanymi w artykule Kriegelewicz wynikami badań, w których wykazano związek inteligencji emocjonalnej mężczyzn z satysfakcją ze związku. Oczekiwano zatem, że istnieje istotna statystycznie różnica pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej mężczyzn będących w związku oraz singli. Założono, że poziom inteligencji emocjonalnej mężczyzn będących w związku jest

istotnie wyższy w porównaniu do poziomu inteligencji emocjonalnej mężczyzn nieposiadających partnerki.

Warunki i sposób przeprowadzania badań

Badania zostało przeprowadzone w salach budynku informatyki Wydziału Matematyki i Informatyki Uniwersytetu Adama Mickiewicza. Dobór próby miał charakter celowy i obejmował studentów informatyki z tegoż wydziału.

W badaniu wzięło udział 79 mężczyzn. Dwóch z nich nie dokończyło wypełniać kwestionariusza, a jeden student wypełnił go błędnie (nie zakreślił wszystkich odpowiedzi, pominął pytanie). W efekcie otrzymano 76 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy.

Badania przeprowadzano na początku zajęć osób badanych. Dokonano tego w czterech etapach, w terminie 24–27 maja 2011 roku. Przed rozpoczęciem badania studenci zostali poproszeni o samodzielne wypełnienie kwestionariuszy. Aby zagwarantować wiarygodność badania, osoby każdorazowo były informowane o jego anonimowości, celu, dobrowolnym udziale oraz braku ograniczeń czasowych. Mimo braku ograniczeń czasowych badanie zajmowało średnio 10–15 min. Zaznaczono również, że konieczne jest udzielenie odpowiedzi na wszystkie twierdzenia. Każdy z uczestników otrzymał identyczny zestaw składający się z *Kwestionariusza inteligencji emocjonalnej* INTE oraz zgody na przeprowadzenie badania. Po wypełnieniu materiałów osoby badane zwracały je bezpośrednio badaczom.

WYNIKI

Po odrzuceniu błędnie lub niekompletnie wypełnionych kwestionariuszy otrzymano 76 kwestionariuszy, które posłużyły do dalszej analizy metodologicznej. Spośród nich 38 stanowili single, a drugie tyle to mężczyźni w związkach.

Kwestionariusz INTE w polskiej adaptacji autorstwa Ciechanowicz, Matczak i Jaworowskiej pozwolił na sprawdzenie poziomu inteligencji emocjonalnej.

Postawiono następujące hipotezy badawcze: (1) Nie ma różnicy pomiędzy inteligencją emocjonalną mężczyzn w związku partnerskim i mężczyzn nieposiadających partnerki; (2) Istnieje istotna statystycznie różnica pomiędzy inteligencją emocjonalną mężczyzn w związkach partnerskich i mężczyzn nieposiadających partnerek.

Średnia arytmetyczna dla Z (osoby w związku) wyniosła 126,68, a dla S (single) była nieco niższa i wyniosła 123,19. Natomiast SD dla grupy Z wyniosło 13,826, a dla grupy S = 14,347. Błąd standardowy średniej dla Z = 2,273, dla S = 2,359.

Wartość testu t-Studenta dla prób niezależnych pozwoliła nam stwierdzić, iż nie ma istotnej statystycznie różnicy pomiędzy poziomem IE a tym, czy mężczyzna jest w związku.

Tabela 2

Wyniki uzyskane w badaniu

	Wynik w INTE	Wiek
N Ważne	76	63
Brak danych	0	13
Średnia	124,93	22,25
Mediana	126,50	22,00
Dominanta	137	22
Odchylenie standardowe	14,102	1,722

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Istotność wyniosła 0,291, w związku z czym nie odrzucono hipotezy zerowej na rzecz alternatywnej. Analiza kwestionariuszy ukazała, iż nie ma różnicy pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej u mężczyzn w związku partnerskim i singli.

Tabela 3

Test dla prób niezależnych

F		Test Levene'a jednorodności wariancji		Test t równości średnich		
		Istotność	T	df	Istotność (dwustronna)	
Wynik w INTE	Założono równość wariancji	0,096	0,758	-1,064	72	0,291
	Nie założono równości wariancji			-1,064	71,902	0,291

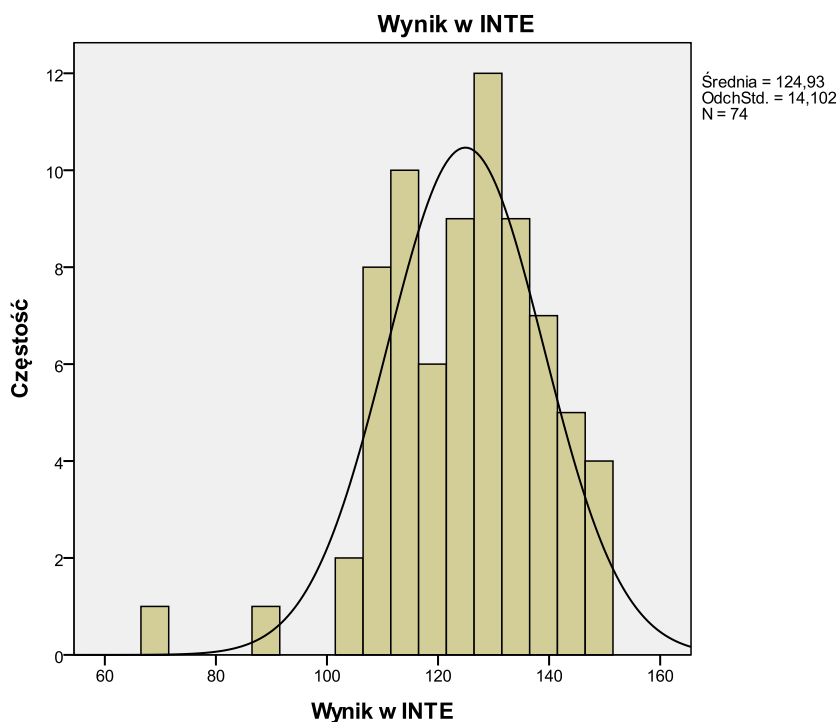
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 4

Statystyki dla grup

Związek co najmniej pół roku		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Wynik w INTE	NIE	37	123,19	14,347	2,359
	TAK	37	126,68	13,826	2,273

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.



Rysunek 1. Rozkład wyników.

Źródło: Opracowane na podstawie badań własnych.

DYSKUSJA

Hipoteza, zgodnie z którą założono, że stwierdzona zostanie istotna różnica między poziomem inteligencji mężczyzn w związku oraz singli nie została potwierdzona. Ten wynik można tłumaczyć faktem, iż badanie przeprowadzone przez nasz zespół obejmowało grupę 76 mężczyzn, których wiek nie przekraczał 27 lat. Jest to grupa stosunkowo młoda, w związku z czym staż tych związków w odniesieniu do wieku nie mógł być duży. Ponadto, badania wskazują, że inteligencja emocjonalna wzrasta wraz z wiekiem (Mayer i in., 2000), a swój szczytowy punkt osiąga około 35–44 roku życia (Derksen, Katzko, Kramer, 2008).

Prawdopodobnie na status związku nie wpływa tylko IE, ale również inne czynniki. Badania Czerneckiej z 2008 roku na temat singlizmu w Polsce wskazują na przyczyny tego zjawiska w opinii powszechnej oraz w badaniach naukowych.

Tabela 5

Przyczyny singlizmu (Czarnecka, 2008)

W opinii powszechnej	W badaniach naukowych
Zaangażowanie w pracę zawodową	Niekorzystne doświadczenia w poprzednich związkach
Rozwój kariery	Negatywne wzorce związków zaczerpnięte od rodziców
Brak czasu na budowanie trwałych relacji	Zbyt silne więzi z rodziną (w tym długie mieszkanie z rodzicami)
Pogoń za idealną miłością	Negatywne wzorce związków zaczerpnięte od przyjaciół
Brak odpowiednich kandydatów na partnera	Brak doświadczeń w związkach
Miejski styl życia	Niedościgniony ideał szczęśliwych małżeństw z bliskiego otoczenia, np. rodzice
Moda na singlizm	Życie w pojedynkę jako rezultat bycia jedynakiem

Czynnikami, które wpływać mogą na to, czy mężczyzna zaangażowany jest w stały związek może być np. atrakcyjność fizyczna, poczucie własnej wartości, status społeczno-ekonomiczny, inteligencja ogólna, zmiana priorytetów w związku z wypełnianiem zadań rozwojowych (przekładanie kariery zawodowej nad związku, rodzicielstwo i zaangażowanie emocjonalne; Czarnecka, 2008).

Model, w którym przeprowadzono badanie, nie daje możliwości orzekania o tym, która ze zmiennych jest przyczyną, która zaś skutkiem. Być może to bycie w satysfakcjonującym związku sprzyja rozwijaniu się inteligencji emocjonalnej partnerów – zwłaszcza mężczyzn, którym z reguły nie przypisuje się odpowiedzialności za emocjonalną stronę związku.

Kobiety w wyniku procesu socjalizacji czy też uwarunkowań biologicznych są biegłejsze w percepcji, wyrażaniu i rozumieniu emocji (Blum, 2000; Brannon, 2002; Jaworowska, Matczak, 2001; Moir, Jessel, 1993) możliwe jest zatem, że ich partnerzy przy nich uczą się tych zachowań.

Na podstawie uzyskanych wyników nie można uznać, że poziom inteligencji emocjonalnej w grupie docelowej wiązał się z tym, czy badani mężczyźni byli w związku. Biorąc pod uwagę brak istotnej statystycznie różnicy między IE a statusem związku, można wesprzeć stanowisko autorów pojęcia IE – Mayera i Saloveya (1999) – twierdzących, że pojedyncza zmienna nie jest w stanie objąć w całości sukcesów odnoszonych przez różne osoby. Być może na to, że w badanej grupie nie ujawniły się istotne statystycznie różnice w poziomie inteligencji emocjonalnej wpłynął fakt, że wszyscy mężczyźni to studenci informatyki. Liczne badania wykazały, że studenci kierunków ścisłych cechują się niższym poziomem inteligencji emocjonalnej w porównaniu ze studentami kierunków humanistycznych. Dlatego sugerowane jest prowadzenie dalszych badań, które można by rozszerzyć o studen-

tów innych kierunków studiów. Wzorując się na przytaczanych wyżej wynikach badań, według Autorki artykułu *Inteligencja emocjonalna partnerów a zadowolenie ze związku i strategie rozwiązywania konfliktów w małżeństwie* interesujące byłoby zweryfikowanie poziomu inteligencji emocjonalnej u dorosłych mężczyzn, w dwóch grupach: tych, którzy są rozwiedzeni i tych, którzy są żonaci. Wówczas można byłoby zweryfikować, czy rzeczywiście mężczyźni będący w małżeństwie lub związku (zwłaszcza kilkuletnim) cechują się wyższą inteligencją emocjonalną niż single lub rozwodnicy.

BIBLIOGRAFIA

- Arteche, A., Chamorro-Premuzic, T., Furnham, A., Crump, J. (2008). The relationship of trait EI with personality, IQ and sex in a UK sample of employees international. *Journal of Selection and Assessment*, 16(4), 421–426.
- Chang, Hsueh-shan. (2010). The study on the relationships among emotional intelligence, interpersonal relationships and self-concept of college students. *The Archive of Guidance and Counseling*, 32(2), 1–25.
- Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y. C., Caputi, P. (2000). A critical valuation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539–561.
- Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y. C., Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31, 1105–1119.
- Czernecka, J. (2008). Singiel i singielka o życiu w pojedynkę. *Kultura i społeczeństwo*, 3, 153–178.
- Darksen, J., Kramer, I., Katzko, M. (2009). Does a self-report measure for emotional intelligence assess something different than general intelligence. *Personality and Individual Differences*, 32, 37–48.
- Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
- Goleman, D. (1999). *Inteligencja emocjonalna w praktyce*. Poznań: Media Rodzina.
- Jaworowska, A., Matczak, A. (2001). *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Karwowski, M. (2005). *Konstelacje zdolności. Typy inteligencji a kreatywność*, Kraków: Impuls.
- Kaufman, A. S., Kaufman, J. C. (2001). Emotional Intelligence as an aspect of general intelligence: What would David Wechsler say?, *Emotion*, 1, 258–264.
- Knopp, K. (2006). Rola inteligencji emocjonalnej w życiu człowieka. *Studia Psychologica*, 6, 221–235.
- Knopp, K. (2007). Inteligencja emocjonalna a temperament studentów oraz postawy rodzicielskie ich matek i ojców. *Roczniki Psychologiczne*, 2, 113–133.
- Krieglewicz, O. (2005). Inteligencja emocjonalna partnerów a zadowolenie ze związku i strategie rozwiązywania konflikt w małżeństwie. *Przegląd psychologiczny*, 4, 430–452.

- Lickiewicz, J. (2005). Cechy osobowości i inteligencja emocjonalna uczniów liceum a profil klasy. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 18, 47–58.
- Matczak, A. (2006). Natura i struktura inteligencji emocjonalnej. *Psychologia, Etologia, Genetyka*, 13, 59–87.
- Matczak, A. (2007). Rola inteligencji emocjonalnej. *Studia psychologiczne*, 45(1), 9–17.
- Mayer, J. D., Salovey, P. (1999). *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Nęcka, E., Sowa, J. (2005). *Człowiek – umysł – maszyna. Rozmowy o twórczości i inteligencji*. Kraków: Znak.
- Schroder-Abe, A., Schutz, A. (2011). Walking in each other's shoes: Perspective taking mediates effects of Emotional Intelligence on relationship, quality. *European Journal of Personality*, 25, 155–169.

WERONIKA WAŃSKA

weronika.wanska@gmail.com

Uniwersytet Gdański

SAMOŚWIADOMOŚĆ DEFICYTÓW PAMIĘCI W ZESPOŁACH OTĘPIENNYCH A POCZUCIE OBCIĄŻENIA U OPIEKUNÓW

RECENZJA

Recenzent: dr hab. Krzysztof Jodzio, prof. UG

Zdecydowanie opowiadam się za publikacją niniejszego artykułu. Opinię swoją uzasadniam walorami aplikacyjnymi uzyskanych wyników, jakością realizacji badań, jak również wysoką oceną formalnej struktury artykułu.

Przedłożony do recenzji artykuł dotyczy zagadnień niezwykle istotnych nie tylko z kliniczno-praktycznego punktu widzenia, lecz również z bardziej ogólnych względów społecznych. Tematyka badań własnych bowiem umiejętnie wpisuje się w intensywnie rozwijany nurt skupiony na mechanizmach tzw. patologicznego starzenia się, a więc procesu, któremu relatywnie często towarzyszy rozwój zmian otępiennych. Jak wiadomo, zachorowalność na rozmaite formy otępienia, zwłaszcza na tle neurozwyrodnieniowym, wzrasta z wiekiem, co z kolei stanowi źródło coraz poważniejszych dylematów stanowiących konsekwencję zmieniającej się struktury wiekowej wielu społeczeństw, swoistego ich „siwienia”. Rozważania W. Wańskiej ukazują szeroki zakres badanego zjawiska, które nie ogranicza się jedynie do oceny wybranych objawów otępiennych u samego pacjenta, lecz również obejmuje problemy w funkcjonowaniu jego rodziny i opiekunów. Także dla nich choroba osoby bliskiej stanowi obciążenie i wyzwanie, któremu nie zawsze udaje się podołać. Konieczność długotrwałej opieki nad osobą cierpiącą, w dodatku mentalnie coraz mniej wydolną, powoduje dramatyczne zmiany w życiu całej rodziny. Próbę przyjrzenia się temu zjawisku oceniam jako bardzo potrzebną, a przy tym udaną. Zdaniem Autorki, hipotetycznym predyktorem tytułowego „poczucia obciążenia” u opiekunów jest stopień samoświadomości osoby chorej. To słuszne przekonanie, ponieważ utrata zdolności formułowania właściwych ocen, w tym dostrzegania własnych pomyłek, utrudnia każdą terapię i próbę efektywnej komunikacji z pacjentem. Narasta za to frustracja i poczucie bezsilności. Warto na marginesie wspomnieć, że podjęta przez Autorkę problematyka samoświadomości obecna jest w psychologii naukowej od samej jej początku. Rozważania Autorki zatem zyskują silne podstawy teoretyczne, wykraczające swym koncepcyjnym zasięgiem i terminologią poza zagadnienia czysto kliniczne czy psychospołeczne.

Badaniami objęto 22 pary, tj. chorych oraz ich opiekunów. Wielkość zbadanej populacji wydaje się zadowalająca, zważywszy na konieczność kontaktu z opiekunami poszczególnych chorych. Wątpliwości nie budzi także metoda badań, przy czym należy podkreślić cenną próbę połączenia podejścia kwestionariuszowego z diagnostyką stanu wybranych funkcji poznawczych, zwłaszcza pamięci świeżej i uczenia się. Wykorzystany na potrzeby badań własnych *Test uczenia się werbalnego* Reya to metodologicznie sprawdzone i popularne narzędzie diagnostyczne. Na uwagę zasługuje także pogłębiona, bo wieloaspektowa ocena samoświadomości deficytów, którą

Autorka skupiła na porównaniu hipotetycznie zróżnicowanych ocen pacjentów i opiekunów, jak również analizie korelacyjnej siły związku pomiędzy odrębnymi wynikami badania przeprowadzonego wśród chorych oraz ich opiekunów. Wyniki poddano analizie statystycznej, która spełnia wymogi stawiane współczesnym opracowaniom naukowym z zakresu (neuro)psychologii klinicznej. Jak się okazało, wielu chorych mniej lub bardziej świadomie bagatelizuje czy też nie dostrzega własnych objawów amnestycznych, które z kolei poważnie zakłócają ich całe funkcjonowanie i skazują na konieczność coraz częstszego korzystania z pomocy innych osób. Jednakże, jak słusznie zauważa Autorka, prawidłowy samokrytycyzm sprzyja rozwojowi objawów przygnębienia, a nawet cięższej depresji. Ustalono przy tym, iż opiekunowie na ogół trafnie oceniają skalę i specyfikę zaburzeń swych podopiecznych, przez co narażeni są na utratę własnych zasobów adaptacyjnych, szybko zastępowanych przez tzw. chorobę opiekuna z typowym poczuciem psychicznego/emocjonalnego przeciążenia. W artykule słusznie podkreślono rolę ośrodków pobytu dziennego dla osób z otępieniem. Pani Wańska, omawiając uzyskane dane empiryczne, zachowuje należyty umiar, wskazując również na ograniczenia zrealizowanych badań, w których nie kontrolowano wpływu niektórych czynników mogących hipotetycznie kształtować wspomniane poczucie obciążenia. Należy tu wymienić np. poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem. Na koniec dodam, że pozytywnie oceniam układ poszczególnych treści, dobór literatury oraz zagadnień szczegółowych, jak również proporcję ich objętości.

Celem badania było sprawdzenie, czy osoby z zespołem otępiennym mają zaburzoną samoświadomość deficytów pamięciowych. Przede wszystkim analizowano wpływ zaburzonej samoświadomości chorego na poczucie obciążenia opieką doświadczane przez bliskich. Obydwa poruszane problemy nie są dotychczas w pełni poznane, a istotne ze względu na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, a tym samym rosnącą liczbę osób z demencją i ich opiekunów. Analiza wpływu samoświadomości objawów jako jednego z przypuszczalnych czynników, który warunkuje poczucie obciążenia opieką, może pomóc w tworzeniu bardziej adekwatnych i skutecznych programów edukacyjno-terapeutycznych.

Badając samoświadomość deficytów pamięci, zastosowano metodę wielowymiarową. Dokonano porównania ocen pacjenta i opiekuna na temat deficytów pamięciowych. W tym celu wykorzystano kwestionariusz pamięci Squire'a i Zouzounis, a uzyskane rezultaty zestawiono z kryterium obiektywnym – wynikiem testu AVLT. Dodatkowo osoby chore były badane skalą MMSE, a opiekunowie *Kwestionariuszem poczucia obciążenia* (KPO). Osobami badanymi byli pacjenci Domów Dziennego Pobytu posiadający diagnozę zespołu otępiennego, w wieku 63–90 lat oraz ich opiekunowie domowi, przede wszystkim współmałżonkowie i dzieci.

Analiza wyników wskazuje, że osoby chore nie doceniają deficytów pamięci w porównaniu z poziomem zaburzeń obserwowanym przez osobę bliską. Poczucie obciążenia opieką nie jest wysokie. Otrzymane rezultaty ukazują korelację pomiędzy samoświadomością deficytów pamięci a poczuciem obciążenia opieką.

Słowa kluczowe: zespoły otępienne, samoświadomość, deficyty pamięci, obciążenie opieką

Powiększająca się populacja osób cierpiących na choroby otępienne jest silnie związana ze zjawiskiem demograficznym, jakim jest starzenie się społeczeństwa. Przewiduje się, że do roku 2050 wiek ponad 100 lat osiągnie około 20% osób. Wiek jest, jak do tej pory, najpewniejszym czynnikiem ryzyka występowania zespołów otępiennych. Przytoczone dane jednoznacznie wskazują, że w miarę starzenia się społeczeństwa będzie wzrastała także liczba osób cierpiących na różnego typu zespoły otępienne. Dlatego niezwykle ważne jest doskonalenie diagnostyki, a co za tym idzie metod leczenia i profilaktyki. Wskaźnik rozpowszechnienia otępienia podwaja się co około pięć lat aż do 94 roku życia (Gabryelewicz i in. 2006). Badania przeprowadzone w 2001 roku przez Rymaszewską, Górna, Kiejnę, Kiejną-Chładzińską (2004) wśród pacjentów powyżej 65 roku życia podstawowej opieki zdrowotnej wskazują na występowanie w tej grupie głównie otępień pierwotno-zwyrodnieniowych (75,3%), kolejno naczyniopochodnych (15,1%) i mieszanych (13,7%). Opierając się na kryteriach diagnostycznych Światowej Organizacji Zdrowia, otępienie charakteryzujemy jako zespół spowodowany chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie funkcje, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Do istotnych elementów diagnostycznych należy wykluczenie występowania przymglenia świadomości (majaczenia), jednocześnie stwierdzenie zaburzenia w strefie emocjonalno-motywacyjnej lub zmianę zachowań społecznych, co może przejawiać się chwiejnością emocjonalną, apatią, drażliwością czy prymitywizacją zachowań społecznych. Wiarygodne rozpoznanie otępienia wymaga występowania zaburzenia funkcji poznawczych przez co najmniej sześć miesięcy. Diagnozując otępienie, warto także zwrócić uwagę na stopień głębokości obniżenia funkcjonowania pamięci i innych funkcji poznawczych w kontekście aktywności życiowej pacjenta. Spadek zdolności poznawczych prowadzi zwykle do ograniczenia samodzielności życiowej, a także zmusza do zmiany pełnionych do tej pory ról społecznych. Oceniając ten aspekt funkcjonowania, należy być wrażliwym na kontekst środowiskowy i kulturowy otoczenia pacjenta.

Z chorobą członka rodziny ściśle związana jest opieka nad nim w warunkach domowych przez najbliższych. Schorzenie jednej osoby wpływa na cały system rodzinny, zmieniając panujące w niej relacje, ale w szczególności na poszczególne osoby do niej należące. Podjęcie opieki nad chorym wiąże się z dużą odpowiedzialnością, rozumianą jako każda pomoc osobie chorej, w tym jej leczenie, rehabilitacja, ale także wspólne mieszkanie, pilnowanie diety czy towarzyszenie w ostatnich chwilach życia. Osoba decydująca się na takie wsparcie musi podołać wielu nowym obowiązkom, niedogodnościom, ograniczeniom związanym z opieką nad osobą cierpiącą (Grochmal-Bach, 2007). Zmiany zachodzące w systemie rodzinnym i życiu opiekunów przebiegają stopniowo w miarę trwania procesu chorobowego. Opiekunowie

w badaniu przeprowadzonym przez Gustaw, Bełtowską i Makarę-Studzińską (2008) stwierdzili, że potrzeba opieki nad chorym powoduje dramatyczne zmiany w ich życiu. Postępująca niesamodzielność chorych wymaga reorganizacji codziennych zajęć, by móc pełnić dyżury. Praktycznie oznacza to ograniczenie bądź całkowitą rezygnację z pracy zawodowej opiekuna. Wpływa to także na kontakty społeczne i ich zredukowanie, co nie zawsze jest wynikiem braku czasu, ale niechęci ze strony krewnych i znajomych (Kosmala, Kłoszewska, 2002).

W literaturze można odnaleźć wiele danych dotyczących psychospołecznych skutków opieki nad osobą z otępieniem. Dotyczą one w głównej mierze zmian w zakresie psychiki i somatyki opiekuna (Kłoszewska, Kwiecińska, 1998; Raś, Opala, 2001; Warchol, 2007; Witusika, Pietrasa, 2007). Poziom obciążenia opieką, wyczerpania sił lub wypalenia jest indywidualnie zróżnicowany. Sposób, w jaki opiekun radzi sobie z zaistniałą sytuacją i czy będzie ją odbierał, jako mniej lub bardziej obciążającą, zależne są od czynników wpływających zarówno ze strony samego opiekuna, jaki i chorego (Raś, Opala, 2001; rysunek 1). W niniejszej pracy poczucie obciążenia opieką osób opiekujących się chorymi z otępieniem jest rozumiane jako „doświadczane przez opiekuna problemy fizyczne, psychologiczne, społeczne i materialne” (za: Raś, Opala, Ochudło, 2005), obejmując nie tylko reakcje emocjonalne, ale także inne osobiste odczucia powiązane z trudami pełnionej opieki.

Samoświadomość (*self-awareness*) jest złożonym pojęciem będącym przedmiotem zainteresowania badaczy wielu dziedzin. W neuropsychologii jest rozpatrywane głównie w kontekście zaburzeń samoświadomości deficytów sensorycznych, motorycznych czy poznawczo-behawioralnych będących wynikiem uszkodzenia mózgu. W neuropsychologii określenie nieświadomości jest definiowane na dwa sposoby. W pierwszym oznacza uogólnione zaburzenia świadomości występujące w ostrych stanach schorzeń mózgowych (w wyniku rozległych zmian w strukturach podkorowych i korowych), towarzyszące m.in. zaburzeniom przytomności (Herzyk, Kądziaława, 1996). Drugie ujęcie przyjmuje termin anozognozja rozumiany jako „wybiórcze zaburzenia świadomego dostrzegania realnie istniejących, różnych objawów neurologicznych i neuropsychologicznych, które współtworzą całościowy obraz kliniczny symptomów i syndromów behawioralnych u pacjenta z dysfunkcjami mózgowymi” (Herzyk, 2012, s. 97). W badaniu własnym analizując samoświadomość, oparto się na definicji Morina (za: Sitek, 2010), ujętej jako umiejętność jednostki do skupiania uwagi na sobie i analizowania informacji na swój temat zarówno tych osobistych (inne osoby nie mają możliwości bezpośredniej ich obserwacji) np. emocje, wartości, stany fizjologiczne, jak i pozaosobistych (inne osoby mogą je zaobserwować), np. wygląd zewnętrzny, zachowanie.

Złożony charakter zjawiska samoświadomości objawów przyczynił się do skonstruowania wielu modeli wyjaśniających: neuroanatomicznych, neuropsychologicznych, psychodynamicznych. Są one do siebie komplementarne ze względu na charakter anozognozji jako efektu działania wielu czynników w tym organicznych i psychodynamicznych. Każde z ujęć koncentruje się na innym uwarunkowaniu, akcentując jego przewagę nad innym (Herzyk, Kądziaława, 1996).

Prawidłowe zdiagnozowanie stanu samoświadomości deficytów umożliwia pomoc choremu i jego opiekunom w szerszym zakresie. Pacjent świadomy swoich deficytów będzie w stanie sam poszukiwać metod kompensujących trudności, a także będzie przekonany co do sensu proponowanego leczenia. Ocena stanu samoświadomości służy także określeniu bezpiecznego dla chorego zakresu autonomii (Sitek, 2010). Natomiast uświadomienie opiekunom, że zachowania osób chorych są wynikiem zaburzonej samoświadomości i kontroli może przyczynić się do poprawy relacji pacjent – opiekun (Sitek, Sławek, Wieczorek, 2008).

Temat zaburzeń samoświadomości deficytów pamięci w zespołach otępiennych jest podejmowany szeroko w literaturze zagranicznej, w szczególności w odniesieniu do choroby Alzheimera. Zjawisko zaburzeń samoświadomości jest analizowane w odniesieniu do zaburzeń pamięci ze względu na traktowanie tego deficytu jako centralnego, dominującego i najbardziej znaczącego w tym zespole. Podejrzewa się, że w miarę rozwoju choroby powinny się pojawiać i pogłębiać zaburzenia świadomości zaburzeń (Herzyk, 2012).

Badanie ma na celu ocenę samoświadomości deficytów pamięci w grupie osób z zespołem otępiennym oraz analizę jej wpływu na poczucie obciążenia opieką odczuwane przez opiekunów domowych. Jest to ważne zagadnienie ze względu na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, a tym samym rosnącą liczbę osób z demencją i ich opiekunów. Analiza wpływu samoświadomości objawów jako jednego z przypuszczalnych czynników, który warunkuje poczucie obciążenia opieką, może pomóc w tworzeniu bardziej adekwatnych i skutecznych programów edukacyjno-terapeutycznych. W przedstawionej pracy skupiono się wokół następujących problemów badawczych: (1) Czy chorzy z zespołem otępiennym mają zaburzoną samoświadomość deficytów pamięci? (2) Czy osoby bliskie opiekujące się chorym z otępieniem czują się obciążone opieką? (3) Czy zaburzona samoświadomość deficytów pamięci sprzyja nasileniu poczucia obciążenia u opiekunów?

Osoby badane

Badania pacjentów z zespołem otępiennym objęły chorych przebywających w Środowiskowych Domach Samopomocy w Gdańsku i Gdyni oraz pensjonariuszy Oddziału Pobytu Dziennego dla osób z chorobą Alzheimera i innymi zespołami otępiennymi działającego przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Toruniu. Rekrutacja pacjentów do badania była oparta na diagnozie wystawionej przez lekarza neurologa bądź psychiatrę, na podstawie której osoba chora przyjęta została do placówki pomocowej. Do badania zostali włączeni również opiekunowie – osoby bliskie chorym w celu obiektywnej oceny funkcjonowania pamięci pacjentów i uzupełnienia danych dotyczących choroby. W przypadku opiekunów warunkiem było sprawowanie opieki nad chorym w warunkach domowych bez względu na rodzaj łączącej więzi rodzinnej czy zamieszkiwanie z pacjentem. Łącznie przebadano 22 pary pacjent–opiekun.

Wiek pacjentów mieścił się w granicach 63–89 lat, średnia wieku wynosiła 80 lat. Wśród pacjentów było trzech mężczyzn i 19 kobiet. Połowę pacjentów stanowiły osoby ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera. Otępienie mieszane zdiagnozowano u 27% badanych, natomiast zespół otępienny bez określenia jego etiologii stwierdzono u 23% badanych. Grupy osób z otępieniem w stopniu lekkim i umiarkowanym były równoliczne (po 32% przebadanych pacjentów), grupa z otępieniem głębokim stanowiła 36% pacjentów.

Badaniem objęto 22 opiekunów – osób bliskich, w tym 7 mężczyzn i 15 kobiet, w wieku 27–88 lat, mieszkających i opiekujących się w środowisku domowym pacjentami z zespołem otępiennym. Wśród badanych największą grupę stanowiły dzieci (68,2%), następnie współmałżonkowie (22,7%), a ostatnią podgrupą były wnuki (9,1%). We wspólnym gospodarstwie domowym z chorym pozostawało 72,7% respondentów, mieszkając z nim przeciętnie przez 20 lat (w przedziale 1–54 lat), 27,3% opiekunów mieszkało samodzielnie, spędzając z podopiecznym średnio 4 godz. dziennie (w granicach 2–6 godz.). Średni czas chorowania liczony od postawienia diagnozy wynosił trzy lata (w przedziale 1–9 lat). Z uzyskanych z badań informacji wynika, że 54,5% opiekunów nadal było aktywnych zawodowo, a 45,5% już nie pracowało. Spośród badanych osób bliskich 62,8% deklarowało, że otrzymuje wsparcie ze strony od innych członków rodziny. 31,8% opiekunów stwierdziło, że takiego wsparcia nie otrzymuje.

Metody i procedura

W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytanie badawcze dotyczące samoświadomości deficytów pamięci u osób z zespołem otępiennym zastosowano podejście wielowymiarowe.

Badanie chorych składało się z: części kwestionariuszowej dotyczącej samooceny deficytów pamięciowych oraz testowej mierzącej ogólną sprawność funkcjonowania poznawczego oraz oceniającej uczenie się słuchowo-werbalne. Opiekunowie wypełniali niezależnie od pacjenta, kwestionariusz oceny zaburzeń pamięci (wersja dla opiekunów) oraz *Kwestionariusz poczucia obciążenia*.

Kwestionariusz pamięci Squire'a i Zouzounis (1988) zastosowano do subiektywnej oceny pamięci pacjentów. Wykorzystano przekład skali opracowany na potrzeby badań przez Radziwiłłowicz, Jodzio oraz Wieczorka (1996), w którym metoda ta charakteryzowała się wysokim poziomem rzetelności (alfa Cronbacha = 0,92). Test złożony jest z 18 pozycji dotyczących najczęstszych zaburzeń funkcjonowania pamięci, głównie w zakresie zdolności zapamiętywania i przypominania. Osoba badana wypełniając kwestionariusz, porównuje obecną sprawność pamięci (swoją bądź osoby chorej) ze sprawnością przedchorobową, udzielając odpowiedzi na skali od 1 do 5. Im wyższy otrzymany wynik, tym, według badanych, istotniejsze pogorszenie pamięci.

Metodą obiektywną służącą ocenie funkcjonowania pamięci był test AVLТ. Za jego pomocą mierzono zdolność zapamiętywania materiału słownego. Do analizy wyników wykorzystano następujące wskaźniki: ogólna liczba słów zapamiętanych w próbach uczenia się (Σ I–V; maksymalnie: 75), liczba słów odtworzonych po odroczeniu (maksymalnie: 15); procent słów odtworzonych po odroczeniu (liczba słów odtworzonych po odroczeniu podzielona przez średnią z dwóch najlepszych prób odtwarzania) – wskaźnikami zdolności zapamiętywania materiału słownego.

Do oceny globalnego funkcjonowania poznawczego użyto skali MMSE, jako metody powszechnie stosowanej i prostej w użyciu. Za pomocą skali dokonano podziału badanych ze względu na stopień otępienia.

Kwestionariusz poczucia obciążenia osób opiekujących się chorymi z otępieniem jest rodzimą skalą skonstruowaną przez Rasia i współpracowników (2005). Kwestionariusz zawiera 20 stwierdzeń dotyczących różnych aspektów poczucia obciążenia, które można podzielić na cztery główne czynniki składowe: ograniczenia osobiste – zmęczenie opieką, ograniczenia materialne i społeczne, emocje negatywne, brak energii – utrata kontroli. Osoba badana zaznacza na kwestionariuszu jedną z czterech odpowiedzi: nigdy, czasem, często lub zawsze, co odpowiada punktacji 0, 1, 2, 3 pkt. Im wyższy uzyskany wynik, tym większe odczuwane przez opiekunów obciążenia. Kwestionariusz poczucia obciążenia wybrano z uwagi na przystosowanie do polskich

warunków, odniesie się do wybranej grupy opiekunów (osoby opiekujące się chorymi z zespołem otępiennym), prostotę oraz satysfakcjonujący poziom rzetelności alfa Cronbacha poszczególnych czynników nie mniejsza niż 0,70).

Ocena samoświadomości deficytów pamięci będzie realizowana poprzez: porównanie ocen pacjentów oraz opiekunów (od oceny pacjenta odejmując ocenę opiekuna); wskaźnik różnicy przyjmujący

wartość ujemną oznacza większe nasilenie danego objawu wg pacjenta niż opiekuna (zawyżenie oceny nasilenia danego objawu przez pacjenta względem oceny opiekuna), zaś wskaźnik przyjmujący wartość dodatnią oznacza sytuację odwrotną, gdy opiekun deklaruje większe natężenie objawu u chorego niż sam chory (zaniżenie oceny nasilenia objawu przez pacjenta względem opiekuna). (Sitek, 2010, s. 69)

analizę korelacji ocen pacjenta i opiekuna; analizę korelacji ocen pacjenta i opiekuna z kryterium obiektywnym (badanie neuropsychologiczne funkcjonowania pamięci).

W badaniu własnym brano pod uwagę następujące miary nasilenia nieświadomości deficytów pamięci: średnią wartości bezwzględnych różnic ocen pacjentów i opiekunów, wskaźnik przeceniania objawów przez pacjenta, wskaźnik niedoceniań objawów przez pacjenta. Dwie ostatnie miary obrazują możliwą niespójność ocen chorych i opiekunów. Wskaźnikiem obiektywnym była zdolność zapamiętywania materiału słownego.

WYNIKI

Tabela 1 przedstawia analizę subiektywnej i obiektywnej oceny zaburzeń pamięci. Wyniki analizy pokazują, że ocena pacjentów waha się w przedziale od 3 do 78 pkt, natomiast ocena opiekunów kształtuje się w przedziale 3 do 90 pkt. Przeciętna ocena u pacjentów wynosi 60 pkt, natomiast przeciętna ocena osoby bliskiej to 87 pkt. Test znaków rangowych Wilcozona pokazał, że różnica ocen pacjenta i opiekuna jest istotna ze statystycznego punktu widzenia ($Z = -4,108$, $p < 0,001$; tabela 2). Można zatem powiedzieć, że opiekunowie charakteryzują się istotnie wyższą oceną zaburzeń pamięci niż pacjenci. Nie wykazano istnienia korelacji pomiędzy ocenami dokonanyymi przez chorego i bliskiego.

W zakresie miar nieświadomości objawów wykazano, że pacjenci w znacznym stopniu nie doceniają występujących deficytów pamięci, średni wynik wynosił 22,95, przy średnim wskaźniku przeceniania 1,73. Stwierdzono również bardzo niski wskaźnik zgodności ocen pacjenta i opiekuna – średnio 3,50.

W tabeli 3 przedstawiono wynik analizy korelacji kryterium subiektywnego (oceny pacjentów i opiekunów *Kwestionariusza pamięci*) z kryterium obiektywnym (wybrane miary AVLTL). Nie stwierdzono korelacji pomiędzy oceną pacjenta, a sumą słów powtórzonych w próbach I-V, liczbą słów odtworzonych po odroczeniu oraz wskaźnikiem zdolności trwałego zapamiętywania. W grupie opiekunów suma słów powtórzonych w próbach I-V koreluje ujemnie z oceną osoby bliskiej ($\rho = 0,399$, $p < 0,05$). Nie wykazano korelacji pomiędzy oceną opiekuna a wskaźnikiem zdolności trwałego zapamiętywania i liczbą słów odtworzonych po odroczeniu.

Dokonano szczegółowej analizy wyników obciążenia opiekunów opieką nad chorym, co prezentuje tabela 4. Uzyskane rezultaty wahają się w przedziale od 6 do 42 pkt, przeciętna ocena wynosi 23,50 pkt, natomiast średnia 23,55.

Po przeprowadzeniu dodatkowych analiz nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie poczucia obciążenia pomiędzy płciami, pokrewieństwem z chorym, otrzymywaniem bądź nie pomocy od bliskich, zamieszkiwaniem z pacjentem oraz aktywnością zawodową. Tabela 5 prezentuje wyszczególnione dla wyżej wymienionych podziałów wyniki poczucia obciążenia.

Stwierdzono dodatnią korelację poczucia obciążenia opieką ze średnią wartością bezwzględnych różnic ocen pacjenta i opiekuna ($\rho = 0,554$, $p < 0,01$) oraz ze wskaźnikiem niedocenia objawów przez pacjenta ($\rho = 0,552$, $p < 0,01$). Nie wykazano korelacji pomiędzy wskaźnikiem przeceniania objawów przez chorego z poczuciem obciążenia opieką. Tabela 6 prezentuje wyniki przeprowadzonej analizy korelacji.

DYSKUSJA

W badaniu własnym, na podstawie porównań subiektywnych ocen pacjentów i opiekunów, stwierdzono niedoceniające nasilenie zaburzeń pamięci przez chorych. Jest to zgodne z wynikami badań Fehera, Mahurina, Inbody'ego, Crooka, Pirozzolo (1991) oraz J. Green, Goldstein, Sirockman, R. Green (1993), w których chorzy oceniali swoją pamięć jako lepszą w stosunku do oceny dokonanej przez opiekunów. W badaniu własnym nie kontrolowano stopnia depresji wśród pacjentów. Powszechnie uważa się, że wysoki poziom świadomości objawów wiąże się ze zwiększonym ryzykiem doświadczania depresji. W związku z tym analizując uzyskane wyniki, należy mieć na uwadze dane z badania Gruta i in. (1993), w których stwierdzono, że przyczyną niedocenia objawów przez chorych może być depresja (z wyłączeniem grupy z otępieniem w stopniu umiarkowanym, gdzie występuje przecenianie objawów). Jednakże niektóre analizy wskazują na powiązanie świadomości deficytów z występowaniem łagodnej depresji i dystymii, a nie dużej depresji (Aalten, van Valen,

Clare, Kenny, Verhey, 2005). Ponadto badania Straksteina i współpracowników (za: Aalten i in., 2005) pokazują, że depresja jest powiązana z wyższym poziomem świadomości zaburzeń poznawczych, a nie zaburzeń w zachowaniu.

Wykazano związek między jednym z obiektywnych wyników badania pamięci (AVLT) a oceną kwestionariuszową dokonaną przez opiekuna, co świadczy o względnie dobrze zachowanym wglądzie osoby bliskiej w deficyty pamięci prezentowane przez podopiecznego. Ocena deficytów pamięci dokonana przez opiekuna jest wiarygodnym źródłem informacji na temat zaburzeń w funkcjonowaniu chorego, co potwierdza ukazany związek oceny obiektywnej i subiektywnej, a także badania Kossa, Pattersona, Ownby, Stuckeya i Whitehouse (1993) oraz McGlone'a i in. (1990). Przytoczone dane świadczą o dużej wartości oceny opiekuna na temat funkcjonowania pamięci chorego. Ponadto zastosowanie obiektywnej miary pamięci polepsza, w dużym stopniu swoistość badania, chociaż nie czułość subiektywnych testów pamięci stosowanych osobno (McGlone'a i in., 1990).

Pacjenci nieadekwatnie oceniają sprawność swojej pamięci, co potwierdza brak związku między obiektywnymi miarami pamięci (AVLT) a samooceną dokonaną przez chorego. Związek pomiędzy świadomością zaburzeń i stopniem wykonania zadań neuropsychologicznych badających funkcjonowanie poznawcze pacjenta jest przedmiotem zainteresowania badaczy. Jest to ważne ze względu na możliwość wyjaśnienia zaburzeń świadomości w kontekście nieprawidłowego przebiegu specyficznych aspektów funkcjonowania poznawczego. Wskazuje się na związek zaburzeń pamięci z niskim poziomem świadomości deficytów, gdy towarzyszą temu uszkodzenia płata czołowego. Jednocześnie badania potwierdzają, że nieświadomości deficytów nie można w prosty sposób wytłumaczyć zaburzeniami pamięci. Clare (2004) podsumowując przegląd badań na ten temat, twierdzi, że nie istnieją żadne proste relacje łączące świadomość i konkretne umiejętności kognitywne. Ponadto narzekania pacjentów na kłopoty z pamięcią, rozumiane według McGlone'a i in. (1993) jako świadomość objawów, korelują w większym stopniu z depresją niż z obiektywnym testem. Jak zostało omówione wcześniej, poziom depresji nie był przedmiotem kontroli prezentowanego badania. Kazui i in. (2006) przeprowadzili badania wśród osób z chorobą Alzheimera w stopniu łagodnym analizując czynniki wpływające na nieświadomość zaburzeń pamięci. Po wykluczeniu zmiennych wieku, płci i wykształcenia wykazano, że zaburzenia pamięci i urojenia mogą być zaanagażowane w proces powstawania nieświadomości zaburzeń pamięci.

Badana grupa pacjentów składała się z osób ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera, ale także z otępieniem mieszanym lub ogólnie z zespołem otępiennym. Wydaje się, co potwierdzają badania Gruta i współpracowników (1993) oraz Verheya, Ponds, Rozendalla i Jollesa (1995), że poziom samoświadomości zaburzeń pamięci

nie różnicuje otępień ze względu na ich etiologię. Brak precyzyjnej diagnozy wśród połowy badanej grupy utrudnia jednoznaczne rozstrzygnięcie poziomu samoświadomości deficytów pamięci. Proces neurodegeneracyjny wynikający z zaburzeń krążenia naczyniowego w przypadku otępienia mieszanego może znacznie zmieniać obraz choroby, zarówno w zakresie uczenia się słuchowo-werbalnego, jak i wglądu. Postawienie diagnozy zespołu otępiennego bez określenia etiologii utrudnia porównanie przebadanych grup. Wśród pacjentów mogły być osoby z otępieniem z ciałami Lewy'ego czy otępieniem czołowo-skroniowym, a obraz zaburzeń w prezentowanych zespołach jest odmienny od otępienia Alzheimerowskiego.

Wśród czynników, które nie były kontrolowane, a mogły wpłynąć na uzyskane wysokie wyniki przeceniania objawów wśród pacjentów jest płeć. Badania Sevusha i Leve'a (1993) wskazują, że kobiety częściej niż mężczyźni zaprzeczają zaburzeniom pamięci, co wskazuje na mniejszy poziom świadomości zaburzeń. W badaniu własnym grupa kobiet stanowiła zdecydowaną większość badanych pacjentów. Ponadto w grupie ryzyka o obniżonej samoświadomości deficytów poznawczych są osoby z chorobą Alzheimera, u których proces neurodegeneracyjny zaczął się w późniejszym wieku oraz o obniżonym poziomie funkcjonowania wykonawczego (Lopez, Becker, Somsak, Dew, DeKosky 1994). Zmienne te nie były jednak przedmiotem badania.

Do ograniczeń badania należy sposób pomiaru samoświadomości bazujący na ocenie pacjenta i opiekuna. Ocena opiekuna na temat zaburzeń jest trafniejsza niż ocena chorego. Jednakże wskazuje się, że odczuwane przez opiekunów obciążenia opieką przyczynia się do nieodpowiedniej krytyki zaburzeń. Również codzienne przebywanie i obserwacja funkcjonowania chorego może w pewien sposób zmniejszyć wrażliwość na wychwytywanie zmian w obrazie choroby. Wśród czynników zakłócających wyróżnia się zażyłość w relacji pacjent–opiekun. Ponadto opiekunowie mogą wyolbrzymiać problemy z pamięcią osoby chorej, sugerując się wystawioną diagnozą i uważając, że przy chorobie Alzheimera pamięć ulega całkowitej degradacji.

Choroby neurodegeneracyjne charakteryzują się ogólną, postępującą deterioracją poznawczą. Ocena samoświadomości deficytów może nie być trafna ze względu na nieprawidłową percepcję objawów i trudność w zrozumieniu pytań kwestionariuszowych przez chorego. W badaniu własnym kwestionariusz dla pacjenta był wypełniany, w większości przypadków, przez badającego. Natomiast kwestionariusze dla opiekuna były przekazywane do wypełnienia w warunkach domowych. Taka forma przeprowadzenia badania stwarza warunki do zafałszowania oceny, a także uniemożliwia rozwianie ewentualnych wątpliwości opiekuna.

Wyniki badania własnego wskazują na niski poziom obciążenia opieką doświadczany przez opiekunów. Podopieczni badanej grupy osób znajdowali się w ciągu większości dnia (w godzinach 8:00–16:00) pod opieką specjalistycznych ośrodków

zapewniających świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne oraz terapię zajęciową. Jak wskazują badania Wojcierowskiej (2008), ośrodki pobytu dziennego dla osób z zespołem otępiennym pełnią istotną rolę w odciążeniu opiekuna. Przebywanie pacjenta pod opieką domu pobytu dziennego umożliwia troszczącemu się wypoczynek fizyczny, psychiczny, a także pozwala na unormowanie życia rodzinnego, towarzyskiego i zawodowego, poprawiając samopoczucie. Umieszczenie chorego w placówce zmniejsza negatywne emocje wśród opiekunów, a kontakt z profesjonalistami dostarcza dodatkową wiedzę, pozwalając na dostarczenie choremu lepszej opieki w warunkach domowych.

W badaniu własnym pomimo, że nie wykazano istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami pod względem poczucia obciążenia opieką, kobiety czuły się bardziej obciążone. Dane z literatury przedmiotu potwierdzają uzyskany wynik. Kobiety zwykle odczuwają większe poczucie obciążenia opieką niż mężczyźni, a także istnieje większe ryzyko wystąpienia u tej grupy zaburzeń psychicznych. Badania Atienza i współników (za: Mandecka, Florczak, 2010) wskazują także na różnice fizjologiczne – większa korelacja pomiędzy wartością ciśnienia tętniczego a stresem związanym z opieką nad chorym z zespołem otępiennym u kobiet niż mężczyzn. Przyczyn takiego stanu rzeczy upatruje się w odmiennym podejściu i sposobie sprawowania troski nad chorym. Badania Dwyera i Cowarda (za: Kosmala, Kłoszewska, 2002) porównujące grupę córek i synów pokazują, że mężczyźni pomagają raczej okazjonalnie, a gdy trudności narastają wycofują się z pomocy. Wskazuje się także na ich większy profesjonalizm i mniejsze zaangażowanie emocjonalne. Możliwym wyjaśnieniem jest również niedocenianie pierwszych oznak wypalenia. Jednocześnie w kilku badaniach zasygnalizowano, że mężczyźni w większym stopniu niż kobiety odczuwają utratę partnera życiowego i seksualnego, izolację społeczną, a także utratę kontroli nad sytuacją (Kosmala, Kłoszewska, 2002). Kobiety natomiast sprawując opiekę, wykonują więcej czynności opiekuńczych niż mężczyźni. Ponadto często rezygnują lub ograniczają swoją pracę zawodową, aby móc wypełnić towarzyszące obowiązki domowe (Raś, Opala, 2001). W badaniu Adamiak i Juczyńskiego (2002) kobiety wykazywały większe nasilenie stresu niż mężczyźni.

Wykazano, że współmałżonkowie w porównaniu do dzieci czują się w niewielkim stopniu bardziej obciążeni opieką nad osobą chorą, choć różnica nie jest istotna. Wynik jest interesujący również pod względem niewielkiej liczebności grupy partnerów. Wyniki są zgodne z danymi z dostępnego piśmiennictwa. Współmałżonkowie stanowią grupę najbardziej obciążoną zarówno emocjonalnie, zdrowotnie, finansowo, jak i społecznie. Czynniki sprzyjające temu to zaawansowany wiek, (ściśle powiązany z gorszym stanem zdrowia), niskie dochody i niski poziom aktywności społecznej. Dla seniorów zadowolenie z małżeństwa i życia rodzinnego jest jednym

z najważniejszych predyktorów satysfakcji życiowej. Warto podkreślić, że silna, pozytywna relacja emocjonalna współmałżonków przed chorobą pomaga opiekunowi i zmniejsza jego poczucie obciążenia. Niemniej jednak pozostałe czynniki sprawiają, że opieka nad osobą chorą jest stresująca. Osoby starsze dłużej kontynuują opiekę w domu i rzadziej decydują się na umieszczenie chorego w instytucji opiekuńczej (Raś, Opala, 2001). Analizując niewiele niższą wartość obciążenia opieką u dzieci pacjentów, warto wziąć pod uwagę etap życia rodziny w momencie zdiagnozowania choroby. Kiedy na dziecko spada obowiązek opieki, a jest ono w momencie tworzenia własnej rodziny, może nie być w pełni gotowe na wejście w rolę opiekuna, a tym samym odczuwać większe obciążenie. Podobna sytuacja dotyczy współmałżonków, którzy będąc na tym etapie życia, oczekują raczej wypoczynku, a muszą skonfrontować się ze zmianą dotychczasowo pełnionych ról (Mandecka, Florczak, 2010).

Liczne badania ukazują, że silna sieć wsparcia społecznego, zwłaszcza ze strony rodziny wpływa łagodząco na odczuwane obciążenie opieką. W badaniu własnym poczucie obciążenia opieką było wyższe w grupie, która deklarowała otrzymywanie wsparcia ze strony rodziny, choć różnica nie była znacząca. Na uzyskany wynik z pewnością wpływ miała duża rozbieżność liczebna grup. Niemniej w literaturze podkreśla się, że ważna jest nie tyle obecność innych osób, ale jej odbiór przez opiekuna. Wsparcie społeczne zmniejsza ciężar odpowiedzialności osoby sprawującej opiekę nad chorym, ale musi być ono oczekiwane i pożądanе. Adamiak i Juczyński (2002) badali poziom stresu a wsparcie społeczne. Okazało się, że istniała istotna różnica pomiędzy odbiorem przez opiekunów wsparcia płynącego ze strony współmałżonka, a okazywanym ze strony własnego dziecka. Pierwsi dostarczali zbyt mało wsparcia w stosunku do oczekiwanego przez opiekunów. Może wynikać to z większych wymagań stawianych wobec współmałżonków niż wobec własnych dzieci. W badaniu własnym nie określano dokładnie od kogo opiekun otrzymuje wsparcie. W piśmiennictwie wskazano, że im większe nasilenie odczuwanego przez opiekunów chorych stresu, tym mniejsze poczucie otrzymywanego wsparcia emocjonalnego. Nawiązując do modelu stresu Pearlina (za: Parnowski, Kotapka-Minc, 1999) uważa się, że na samopoczucie fizyczne i psychiczne opiekunów bardzo duży wpływ mają rodzące się konflikty w rodzinie stanowiące ważny drugorzędny stresor. Podkreśla się również, że uwaga poświęcana pomagającemu jest najważniejsza, by rodzina mogła dobrze funkcjonować. Jednocześnie brak zrozumienia i konflikty mogą prowadzić opiekuna do złości i kierować w stronę zaburzeń depresyjnych (za: Parnowski, Kotapka-Minc, 1999).

Wśród czynników, które nie były kontrolowane ani analizowane w prezentowanym badaniu, a mogących wpływać na poczucie obciążenia opieką, są poczucie koherencji i styl radzenia sobie ze stresem (Adamiak, Juczyński, 2002 Parnowski i in., 1999), ekspresja emocji (za: Raś, Opala, 2001) oraz mniej oczywiste uwarun-

kowania, jak kłopoty finansowe czy wcześniejsze doświadczenia życiowe (np. bycie w przeszłości ofiarą przestępstwa; (za: Kłoszewska, Kwiecińska, 1998).

W badaniu własnym stwierdzono, że w miarę nasilania się zaburzeń samoświadomości wzrasta poczucie obciążenia opiekuna. Wynik potwierdza badania Michona, Deweera, Pillona, Agida, Dubois (1994), w których wgląd w chorobę był znacząco związany z poziomem poczucia obciążenia. Także badania Seltzera, Vasterling, Yoder i Thompsona (1997) pokazują, że zmęczenie opieką jest dodatnio skorelowane ze stopniem braku krytycyzmu, co do zaburzeń pamięci niezależnie od stadium choroby i nasilenia otępienia.

W poczuciu obciążenia opieką wskazuje się jednak na silniejszy związek z zaburzeniami zachowania niż zaburzeniami poznawczymi prezentowanymi przez chorego. Badania na temat wpływu objawów negatywnych i pozytywnych na obciążenie opieką wśród opiekunów osób chorujących na schizofrenię można w pewien sposób przełożyć na pomagających chorym z zespołem otępiennym. Wyniki pokazują, że nasilone objawy negatywne mają silniejszy wpływ na opiekuna poprzez wzrost poczucia winy, a także gniewu względem chorego. Objawy pozytywne nie powodują istotnych zmian w samopoczuciu bliskiego świadczącego pomoc. Poczucie obciążenia znacznie nasila się również przy obniżonym nastroju chorego, co nie jest tak znacząco widoczne przy prezentowaniu jakichkolwiek innych objawów, w tym ostrych epizodów psychotycznych (za: Kosmala, Kłoszewska, 2002). W badaniach Shajia, George'a, Prince'a i Jacoba (2009) wykazano, że istnieje silny związek między ilością prezentowanych zaburzeń zachowania i objawów zaburzeń psychiatrycznych (mierzone BEHAVE-AD), a ogólnie odczuwanym przez opiekunów stresem. Powyższe dane potwierdzają badania Leggett i Zarita (2010), w których zaburzenia zachowania specyficzne dla otępienia z ciałami Lewy'ego, jak halucynacje, urojenia, zaburzenia spania były silnie powiązane z obciążeniem opiekuna. Podobna relacja widoczna jest u opiekunów chorujących na otępienie czołowo-skroniowe.

Wśród czynników utrudniających pełne poznanie odczuwanego przez opiekunów obciążenia jest omawiany wcześniej problem z niepełną diagnozą posiadaną przez pacjentów. Wskazuje się, że opiekunowie pacjentów z otępieniem czołowo-skroniowym, w którym w porównaniu do innych otępień, przeważają zaburzenia zachowania, charakteryzują się wyższym poziomem doświadczanego stresu niż opiekunowie zajmujący się chorującym na chorobę Alzheimera (Riedijk i in., 2006).

Badania wskazują, że na obciążenie opiekunów większy wpływ mają czynniki wewnętrzne troszczącego się, takie jak: postrzeganie siebie w roli opiekuna, swojej skuteczności, wiary we własne możliwości, a także możliwość dalszego rozwoju. Wymienione zmienne nie były analizowane w prezentowanym badaniu.

Podsumowując uzyskane wyniki, watro wziąć pod uwagę, że samoświadomości nie należy rozpatrywać według zasady „wszystko albo nic”. Obraz kliniczny nieświadomości jest wynikiem działania wielu czynników w tym psychologicznych i społecznych. Jednocześnie badania podkreślają potrzebę analizy zjawiska w odniesieniu do poszczególnych aspektów funkcjonowania człowieka. Sugeruje się, że zaburzenia świadomości deficytów mogą być poddane interwencji ze strony personelu leczącego. Wskazuje się, że konstruując działania wspomagające, należy brać pod uwagę poziom wglądu pacjenta w chorobę, a także postrzegane przez pacjenta możliwości i obciążenie opiekunów (Michon i in., 1994). Podejmując interwencję psychologiczną w kierunku obniżenia nieświadomości deficytów, należy brać pod uwagę funkcję ochronną, jaką może ona pełnić. Wybór najbardziej odpowiednich i korzystnych działań psychologicznych jest uzależniony od poziomu zachowania świadomości objawów przez pacjenta. Wykazano, że wyższy poziom świadomości jest wyraźnie związany z uzyskiwaniem przez pacjenta lepszych wyników leczenia. Odkrycie to może pomóc lekarzom w ustaleniu zasadności poszczególnych rodzajów interwencji dla poszczególnych osób, a tym samym w świadczeniu odpowiedniej opieki i udzielaniu wsparcie chorym z Alzheimerem (Clare, 2004).

Ponadto opiekun rozumiejąc, że zachowania podopiecznego wynikają z zaburzonego krytycyzmu wobec zaburzeń, może w sposób bardziej świadomy kierować swoją pomoc. Jednocześnie umożliwia zmianę postrzegania zachowania chorego, jako „złośliwego” i nakierowanego na opiekuna na postrzeganie, jako rezultat choroby.

BIBLIOGRAFIA

- Aalten, P., van Valen, E., Clare, L., Kenny, G., Verhey, F. (2005). Awareness in dementia: A review of clinical correlates. *Aging & Mental Health*, 9(5), 414–422.
- Adamiak, G., Juczyński, Z. (2002). Zmaganie się ze stresem u opiekunów chorych z chorobą Alzheimera. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 11(1), 71–80.
- Clare, L. (2004). Awareness in early-stage Alzheimer’s disease: A review of methods and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, (43), 177–196.
- Feher, E. P., Mahurin, R. K., Inbody, S. B., Crook, T. H., Pirozzolo, F. J. (1991). Anosognosia in Alzheimer’s disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, & Behavioral Neurology*, 4(2), 136–146.
- Gabryelewicz, T., Kotapka-Minc, S., Mączka, M., Motyl, R., Sobów, T., Szczudlik i in. (2006). Charakterystyka polskiej populacji osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunów: Raport z badania obserwacyjnego EX-ON. *Psychogeriatría Polska*, 3(2), 75–84.
- Green, J., Goldstein, F., Sirockman, B., Green, R. (1993). Variable awareness of deficits in Alzheimer’s disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 6, 159–165.

- Grochmal-Bach, B. (2007). *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimer'a – podejście terapeutyczne*. Kraków: WAM.
- Grut, M., Jorm, A., Fratiglioni, L., Forsell, Y., Viitanen, M., Winblad, B. (1993). Memory complaints of elderly people in a population survey: Variation according to dementia stage and depression. *Journal of The American Geriatrics Society*, 41(12), 1295–1300.
- Gustaw, K., Bełtowska, K., Makara-Studzińska, M. (2008). Reakcje emocjonalne opiekunów osób z demencją – potrzeba pomocy społecznej. *Przegląd Lekarski*, 65(6), 304–307.
- Herzyk, A. (2012). *Neuropsychologia kliniczna wobec zjawisk świadomości i nieświadomości*. Warszawa: PWN.
- Herzyk, A., Kądziaława, D. (1996). Nieświadomość zaburzeń zachowania w uszkodzeniach mózgu. W: A. Herzyk (red.), *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej* (s. 175–204). Lublin: UMCS.
- Kazui, H., Hirono, N., Hashimoto, M., Nakano, Y., Matsumoto, K., Takatsuki, Y. i in. (2006). Symptoms underlying unawareness of memory impairment in patients with mild Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19(1), 3–12.
- Kłoszewska, I., Kwiecińska, E. (1998). Związki pomiędzy stanem psychicznym i poziomem funkcjonowania osób otępiących a poczuciem „obciążenia” u ich opiekunów. *Rocznik Psychogeriatryczny*, 1(1), 59–66.
- Kosmala, K., Kłoszewska, I. (2002). Poczucie obciążenia opieką u opiekunów osób otępiących. *Rocznik Psychogeriatryczny*, 5, 95–105.
- Koss, E., Patterson, M., Ownby, R., Stuckey, J., Whitehouse, P. (1993). Memory evaluation in Alzheimer's disease: Caregivers' appraisals and objective testing. *Archives Of Neurology*, 50(1), 92–7.
- Leggett, A. N., Zarit, S., Taylor, A., Galvin, J. E. (2011). Stress and burden among caregivers of patients with Lewy body dementia. *The Gerontologist*, 51(1), 76–85.
- Lopez, O. L., Becker, J. T., Somsak, D., Dew, M. A., DeKosky S. T. (1994). Awareness of cognitive deficits and anosognosia in probable Alzheimer's disease. *European Neurology* 34(5), 277–282.
- Mandecka, M., Florczak, M. (2010). Choroba Alzheimer'a w sytemie rodzinnym z perspektywy psychologicznej. *Postępy Nauk Medycznych*, 23(6), 449–457.
- McGlone, J., Gupta, S., Humphrey, D., Oppenheimer, S., Mirsen, T., Evans, D. (1990). Screening for early dementia using memory complaints from patients and relatives. *Archives Of Neurology*, 47(11), 1189–1193.
- Michon, A., Deweer, B., Pillon, B., Agid, Y., Dubois, B. (1994). Relation of anosognosia to frontal lobe dysfunction in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 57(7), 805–809.
- Parnowski, T., Kotapka-Minc, S. (1999). A review of concepts on caregiver's Stress. *Rocznik Psychogeriatryczny*, 2(1), 143–152.
- Parnowski, T., Baro, F., Wagenfeld, M., Gallagher, T., Gabryelewicz, T., Skulimowska, I., Matuszewska, E., Kiedrowska, A. (1999). Sense of Coherence and Burden in Caregivers to Demented and Nondemented Elderly i Poland. *Rocznik Psychogeriatryczny*, 2(1), 153–169.

- Raś, P., Opala, G. (2001). Obciążenie opiekunów osób z otępieniem. *Wiadomości Lekarskie*, 54(1-2), 94-91.
- Raś, P., Opala, G., Ochudło, S. (2005). Nowy kwestionariusz poczucia obciążenia rodzin. *Psychogeriatrya Polska*, 2(1), 21-31.
- Reed, B., Jagust, W., Coulter, L. (1993). Anosognosia in Alzheimer's disease: Relationship to depression, cognitive function and cerebral perfusion. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15, 231-244.
- Riedijk, S., De Vugt, M., Duivenvoorden, H., Niermeijer, M., Van Swieten, J., Verhey, F. i in. (2006). Caregiver burden, health-related quality of life and coping in dementia caregivers: A comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 405-412.
- Rymaszewska, J., Górna, R., Kiejna, A., Kiejna-Chłodzińska, S. (2004). Zespoły otępienne w populacji pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej II. Charakterystyka. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 13(3), 457-462.
- Seltzer, B., Vasterling, J. J., Yoder, J., Thompson, K. (1997). Awareness of deficit in Alzheimer's disease: Relation to caregiver burden. *The Gerontologist*, 37(1), 20-24.
- Sevush, S., Leve, N. (1993). Denial of memory deficit in Alzheimer's disease. *The American Journal Of Psychiatry*, 150(5), 748-751.
- Shaji, K., George, R., Prince, M., Jacob, K. (2009). Behavioral symptoms and caregiver burden in dementia. *Indian Journal Psychiatry*, 51, 45-49.
- Sitek, E. (2010). *Neuropsychologiczna ocena samoświadomości objawów w chorobach Huntingtona, Parkinsona i w dystonii szyjnej*. Niepublikowana rozprawa doktorska, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk.
- Sitek, E., Sławek, J., Wieczorek, D. (2008). Samoświadomość objawów w chorobach Huntingtona i Parkinsona. *Psychiatria Polska*, 43(3), 393-403.
- Squire, L., Zouzonis, J. (1988). Self-ratings of memory dysfunction: different findings in depression and amnesia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10(6), 727-738.
- Verhey, F. R., Ponds, R. W., Rozendall, N., Jolles, J. (1995). Depression, insight, and personality changes in Alzheimer's disease and vascular dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 8(1), 23-27.
- Warchol, K. (2007). Kwestionariusze dla opiekunów jako metoda oceny stanu psychicznego rodzinnych opiekunów osób z chorobą otępienną. *Pielęgniarstwo Polskie*, 4(26), 328-331.
- Wieczorek, D., Jodzio, K., Radziwiłłowicz, W. (1996). Skargi subiektywne a wyniki testów pamięci w depresji i rozlanych uszkodzeniach mózgu. *Psychiatria Polska*, 30(4), 641-652.
- Witusik, A., Pietras, T. (2007). Lęk i depresja u opiekunów chorych na otępienie – badanie pilotażowe. *Psychogeriatrya Polska*, 4(1), 1-6.
- Wojcierowska, A. (2008). Wpływ umieszczenia chorego z chorobą Alzheimera w ośrodku pobytu dziennego na samopoczucie opiekuna. *Problemy pielęgniarstwa*, 16(3), 269-272.

Tabela 1

Zestawienie wyników kwestionariuszowej oraz obiektywnej oceny pamięci

N = 22		
Kwestionariusz pamięci	OCEANA PACJENTA	
	średnia/Me ($\pm$ SD)	58,95/60,00 (14,73)
	min ÷ max	3 ÷ 78
	OCENA OPIEKUNA	
	średnia/Me ($\pm$ SD)	82,82/87,00 (7,53)
	min ÷ max	66 ÷ 90
	RÓŻNICA OCEN – WYNIK SUROWY	
	średnia/Me ($\pm$ SD)	-23,86/-21,00 (14,46)
	min ÷ max	-72 ÷ -4
	ŚREDNIA RÓŻNICA OCEN DLA POSZCZEGÓLNYCH POZYCJI TESTOWYCH	
	średnia/Me ($\pm$ SD)	-1,18/-1,14 (0,54)
	min ÷ max	-2,39 ÷ -0,22
	ŚREDNIA WARTOŚĆ BEZWZGLĘDNYCH RÓŻNIC OCEN PACJENTA oraz opiekuna	1,37/1,31 (0,43)
	średnia/Me ($\pm$ SD)	0,50 ÷ 2,39
	min ÷ max	
AVLT	WSKAŹNIKÓW ZGODNOŚCI OCEN PACJENTA I OPIEKUNA	
	średnia/Me ($\pm$ SD)	3,50/3,50 (2,97)
	min ÷ max	0 ÷ 12
	WSKAŹNIK PRZECENIANIA OBJAWÓW PRZEZ PACJENTA	
	średnia/Me ($\pm$ SD)	1,73/0,50 (2,10)
	min ÷ max	0 ÷ 7
	WSKAŹNIK NIEDOCENIANIA OBJAWÓW PRZEZ PACJENTA	
	średnia/Me ($\pm$ SD)	22,95/21,00 (8,58)
	min ÷ max	9 ÷ 43
	suma I-V	15,95/15,00(7,90)
	średnia/Me ($\pm$ SD)	0 ÷ 32
	min ÷ max	
AVLT	SUMA SŁÓW PO ODROCZENIU	
	średnia/Me ($\pm$ SD)	0,95/0,00(1,59)
	min ÷ max	0 ÷ 5
	WSKAŹNIKAMI ZDOLNOŚCI ZAPAMIĘTYWANIA	
	MATERIAŁU SŁOWNEGO – % ODTWORZENIA PO ODROCZENIU	0,18/0,00(0,29)
	średnia/Me ($\pm$ SD)	0,00 ÷ 0,91
	min ÷ max	

Tabela 2

Wyniki porównań testem znaków rangowych Wilcoxona oceny deficytów pamięci dokonanej przez pacjenta i opiekuna

Statystyka opisowa	Osoby badane		Test istotności	
	Pacjent	Opiekun	Z	p (dwustronne)
N	22	22		
Średnia	58,95	82,82		
Me	60	87	-4,108	<0,001
SD	14,73	7,53		
Min	3	66		
Max	78	90		

Tabela 3

Analiza korelacji wyników Kwestionariusza pamięci dla pacjenta oraz opiekuna z oceną testem AVL (korelacje istotne statystycznie wyróżniono pogrubioną czcionką)

	suma I–V	suma słów po odroczeniu	wskaźnikami zdolności zapamiętywania materiału słownego – % odtworzenia po odroczeniu
ocena pacjenta	n.s.	n.s.	n.s.
ocena opiekuna	-0,399*	n.s.	n.s.

* $p < 0,05$.

Tabela 4

Zestawienie wyników Kwestionariusza poczucia obciążenia

Statystyka opisowa	Poczucie obciążenia opieką
N	22
Średnia	23,55
Me	23,50
SD	9,531
Max	42
Min	6

Tabela 5

Zestawienie wyników kwestionariusza poczucia obciążenia wśród opiekunów pod względem płci, pokrewieństwa, aktywności zawodowej i zamieszkiwania z chorym

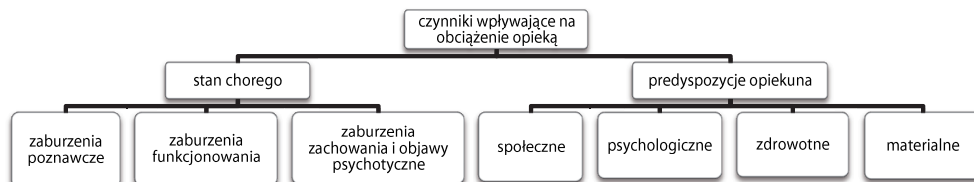
	zmienna niezależna	średnia	mediana	odchylenie standardowe	min÷max
płeć	kobiety (N = 15)	25,47	24,00	9,86	6÷42
	mężczyźni (N = 7)	19,43	23,00	7,87	9÷27
	współmałżonek (N = 5)	25,40	24,00	10,26	17÷42
pokrewieństwo	dziecko (N = 15)	23,47	23,00	9,32	6÷39
	inne (N = 2)	19,50	19,50	14,85	9÷30
	tak (N = 12)	21,83	23,00	10,10	6÷38
aktywność zawodowa	nie (N = 10)	25,60	25,00	8,87	17÷42
	tak (N = 16)	25,88	23,50	8,33	17÷42
pomoc ze strony bliskich	nie (N = 6)	17,33	16,50	10,46	6÷30
	tak (N = 16)	25,88	23,50	8,33	17÷42
zamieszkiwanie z chorym	nie (N = 6)	17,33	16,50	10,46	6÷30
	tak (N = 16)	25,88	23,50	8,33	17÷42

Tabela 6

Analiza korelacji wyników Kwestionariusza poczucia obciążenia ze wskaźnikami zaburzeń samoświadomości objawów (korelacje istotne statystycznie wyróżniono pogrubioną czcionką)

	poczucie obciążenia opieką
średnia wartość bezwzględnych różnic ocen pacjenta i opiekuna	0,554**
wskaźnikiem przeceniania objawów przez pacjenta	n.s.
wskaźnikiem niedocenia objawów przez pacjenta	0,552**

* $p < 0,05$.



Rysunek 1. Czynniki wpływające na obciążenie opiekunów opieką nad osobą z otępieniem.

**BARBARA CZUCHTA, ANNA JUSZKIEWICZ,
KATARZYNA MOKRZYŃSKA, AGNIESZKA SŁOMKA,
KATARZYNA URBAŃSKA**

k.urbanska@poczta.onet.eu

Uniwersytet Wrocławski

ZDOLNOŚĆ ROZPOZNAWANIA TWARZY A CZAS NABYCIA UMIEJĘTNOŚCI CZYTANIA

RECENZJA

Recenzent: dr Marcin Czub

Badanie zostało przeprowadzone w sposób poprawny metodologicznie, a Autorki uzyskały statystycznie istotne oraz interesujące teoretycznie wyniki.

Ewentualne zastrzeżenia można mieć co do zasadności postawienia przez Autorki kierunkowej hipotezy dotyczącej związku między zdolnością rozpoznawania twarzy a wiekiem, w jakim osoba opanowała umiejętność czytania. Autorki stawiają hipotezę, iż zbyt wczesne opanowanie umiejętności czytania może zmniejszać zdolność do rozpoznawania twarzy. Z faktu, iż obie funkcje realizowane są przez zbliżone obszary kory mózgowej nie wynika, iż jedna funkcja będzie hamować rozwój innej. Natomiast sensownym jest postawienie pytania – czy jakaś zależność między tymi funkcjami występuje – bez zakładania kierunku zależności. Autorki uzyskały wyniki potwierdzające występowanie takiej zależności, co uważam za wystarczające uzasadnienie wartości przedstawionej pracy.

W interpretacji wyników warto zastanowić się na ile uzyskany efekt może mieć związek z bardziej ogólnymi funkcjami uwagi lub pamięci bądź też poziomem inteligencji – osoby o wyższym poziomie inteligencji płynnej lub lepszej pamięci mogą wcześniej nabyć umiejętność czytania oraz lepiej radzić sobie w testach rozpoznawania twarzy. W przyszłych badaniach warto kontrolować wymienione zmienne.

Z dodatkowych uwag – w uzasadnianiu hipotez odradzałbym powoływanie się na pracę *Pleć mózgu* autorstwa A. Moir i D. Jessel, gdyż jest to pozycja popularnonaukowa.

Podsumowując, uważam iż Autorki otrzymały interesujące, warte publikacji wyniki, mogące stać się dobrym punktem wyjścia dla dalszych badań.

W pracy podjęto się empirycznej weryfikacji związku pomiędzy zdolnością rozpoznawania twarzy a wiekiem nabycia umiejętności czytania. Uzyskane rezultaty potwierdziły istnienie związku między zdolnością do rozpoznawania twarzy a deklarowanym czasem nabycia umiejętności czytania (przy założonym poziomie istotności $p < 0,05$, $F = 3,4580$). Zależność ta, jednakże, nie jest zgodna z przyjętymi przewidywaniami. Okazało się bowiem, że im wcześniejszy czas nabycia umiejętności czytania, tym lepsze radzenie sobie z rozpoznawaniem twarzy.

Ponadto potwierdzona została hipoteza o różnicach między płciami (na korzyść kobiet) w zakresie zdolności rozpoznawania twarzy ($p < 0,05$, $F = 4,4176$ – dla pierwszego pomiaru i $F = 9,0761$ – dla drugiego pomiaru).

Słowa kluczowe: rozpoznawanie twarzy, umiejętność czytania, prozopagnozja, neuropsychologia

Obszary mózgu odpowiedzialne za spostrzeganie twarzy

Spostrzeganie i rozpoznawanie twarzy odgrywa kluczową rolę w inicjowaniu i koordynowaniu społecznych interakcji. Twarz bowiem jest źródłem wielu wartościowych informacji na temat płci, wieku czy stanu zdrowia. Pozwala ocenić atrakcyjność seksualną drugiej osoby, określić jej stan emocjonalny, a ekspresja mimiczna uzupełnia bądź zastępuje przekaz werbalny. Z powodu tego bogactwa danych twarz ma nadrzędne znaczenie w procesie identyfikowania tożsamości osobników u wielu gatunków, wśród których prym wiedzie człowiek. Jeśli więc proces rozpoznawania twarzy jest tak kluczowy w życiu społecznym człowieka, przeanalizujmy, jakie mechanizmy mózgowe leżą u jego podłoża. Biele (2002) przytaczając pracę Haxby'ego (2000), wyróżnia dwa główne podsystemy pełniące istotną rolę w omawianym procesie. Pierwszy z nich odpowiedzialny jest za identyfikację twarzy, czyli rozpoznawanie względnie stałych cech. Drugi natomiast analizuje aspekty twarzy podlegające zmianie: ekspresję mimiczną, ruch ust i kierunek patrzenia. Jednak aby cały proces przebiegał prawidłowo, konieczne jest zaangażowanie jeszcze innych, niejako pomocniczych systemów, którymi są: system kierowania uwagi, rozpoznawania mowy, emocjonalny oraz pamięci. Aby uporządkować tę wiedzę, Haxby (za: Biele, 2002) wprowadza model rozproszonego systemu nerwowego percepcji twarzy (*distributed human neural system for face perception*). System ten dzieli się na:

- ▶ system główny (*core system*) – odpowiedzialny za analizę wzrokową. Neuronalnymi korelatami tego systemu są: dolny zakręt potyliczny (odpowiedzialny za wczesną percepcję cech twarzy), łączący się z górną bruzdą skroniową (zapewniającą analizę zmiennych aspektów twarzy) oraz zakrętem wrzecionowatym (obróbka cech stałych).
- ▶ system pomocniczy (*extended system*) – odpowiedzialny za dalsze przetwarzanie. Na ten system składają się: bruzda śródciemieniowa, kora słuchowa, jądro migdałowe, wyspa, układ limbiczny oraz przedni obszar skroniowy.

W literaturze przedmiotu można znaleźć informacje o różnicach międzypłciowych w zakresie zdolności rozpoznawania twarzy – w tym względnie prym wiodą kobiety. Jak piszą A. Moir i D. Jessel (1993) wynika to z faktu, iż mężczyźni są zorientowani na radzenie sobie z przedmiotami i twierdzeniami teoretycznymi, podczas gdy kobiety skupiają się w większym stopniu na relacjach pomiędzy ludźmi i procesach komunikacji. Już kilka godzin po urodzeniu dziewczynki wykazują większe zainteresowanie ludźmi i ich twarzami niż chłopcy. Tendencja ta utrzymuje się w ciągu życia i sprzyja rozwojowi umiejętności zapamiętywania twarzy i dekodowania sygnałów niewerbalnych z niej płynących. Podobnego zdania jest

Hall (za: Hyde, Frost, 2002), która na podstawie metaanalizy badań poświęconych dekodowaniu informacji niewerbalnych stwierdziła, że kobiety trafniej interpretują wskazówki niewerbalne.

Prozopagnozja

Czym jest prozopagnozja? Prozopagnozja to zaburzenie, któremu dotychczas poświęcono w polskiej literaturze przedmiotu niewiele miejsca. Jak wskazuje nazwa, schorzenie to należy do szerszej kategorii zaburzeń określanych mianem agnozji wzrokowych. Walsh i Darby (2008) definiują je jako: „niezdolność do rozpoznawania obiektów za pomocą wzroku wówczas, gdy nie ma ani pierwotnych deficytów sensorycznych, ani upośledzenia funkcji intelektualnych” (s. 279). Definicja ta jest ściśle neuropsychologiczna, traktuje prozopagnozję w kategoriach nabytego deficytu funkcji poznawczych, akcentuje izolowany i specyficzny charakter tego zaburzenia.

Wśród agnozji wzorkowych można wyróżnić: agnozę przedmiotów, symulatywną, barw oraz – będącą przedmiotem naszych rozważań – prozopagnozję. Termin ten wprowadził Bodamer w 1947, jednakże już w 1867 Borelli i Quaglino opisali w literaturze pierwszą osobę cierpiącą na to zaburzenie. Prozopagnostycy są w stanie zaklasyfikować twarz jako twarz, jednakże mają problemy z rozpoznawaniem twarzy znanych osób – członków rodziny, przyjaciół czy kolegów z pracy. Schwarzen i współpracownicy przeprowadzili badania, w których porównali ruchy gałek ocznych u osób z wrodzoną prozopagnozją i u zdrowych podczas spoglądania na zdjęcia twarzy. Stwierdzili, że osoby zdrowe koncentrowały wzrok na centralnych częściach twarzy, podczas gdy spojrzenia prozopagnostyków były bardziej rozproszone i częściej skierowane na peryferyjne obszary (Schwarzer i in., 2007).

Początkowo uważano, że agnozja twarzy jest skutkiem obustronnego uszkodzenia płatów potylicznych, a konkretnie zakrętu językowego i wrzecionowego. Ten rodzaj prozopagnozji – wywołanej urazem mechanicznym lub udarem – nazywano prozopagnozją nabytą (*acquired*). Od niedawna badacze wyróżniają również inne rodzaje agnozji twarzy, które nie są spowodowane urazem mózgowia w wieku dojrzałym:

- ▷ dziedziczną (*hereditary*), w literaturze nazywaną też często wrodzoną (*congenital*) – ten typ prozopagnozji nie wiąże się ze znaczącymi nieprawidłowościami w zakresie budowy i funkcjonowania mózgu. Dziedziczy się ją w sposób autosomalny dominujący i podejrzewa się, że odpowiada za nią pojedyncza mutacja w jednym lub kilku genach, jednak nie zostały one dotychczas zidentyfikowane.

Dziedzicznej agnozji twarzy zawsze towarzyszą trudności w wizualnym rozpoznawaniu obiektów i scen. W przeciwieństwie do prozopagnozji nabytej, ta forma zaburzenia nie wiąże się z problemami w ocenie atrakcyjności twarzy i w rozpoznawaniu ekspresji emocjonalnej, bardzo rzadko również współwystępuje z achromatopsją (całkowita ślepota barw). Częstość jej występowania w populacji szacuje się na 2,5%.

- ▷ rozwojową (*developmental*) – która wiąże się z zaburzeniami rozwoju mechanizmów odpowiedzialnych za rozpoznawanie twarzy. Rozwój procesów biorących udział w spostrzeganiu twarzy jest długotrwały i złożony i może zostać zakłócony oddziaływaniem takich czynników, jak: niedobór kontaktów społecznych, problemy ze wzrokiem (katarakta, znaczna miopia) czy trudności w kierowaniu uwagi na twarz. Ten rodzaj prozopagnozji może być wywołany również zaburzeniami genetycznymi i wczesnymi uszkodzeniami mózgu. Rozwojowa agnozja twarzy czasami współwystępuje z trudnościami w rozpoznawaniu płci, ekspresji emocjonalnej i pojedynczych egzemplarzy obiektów, niemających związku z twarzami (samochody, konie), przy czym rozpoznawanie klas obiektów jest prawidłowe. Około jedna trzecia osób z tym zaburzeniem ma problem z orientacją przestrzenną a jedna piąta skarży się na trudności z rozumieniem mowy w hałaśliwych pomieszczeniach (za: Schwarzer i in., 2007; Gruter 2008).

Związek prozopagnozji z czytaniem

Czym jest czytanie? Według Brzezińskiej (1987) definicje czytania można podzielić na dwie grupy, kładące nacisk na różne aspekty tego zagadnienia. Pierwszą grupę możemy nazwać definicjami lingwistycznymi, gdyż określają one czytanie jako tworzenie „dźwiękowej formy słowa” na podstawie obrazu graficznego. Druga grupa nazwana została definicjami poznawczo-psychologicznymi i według nich „czytanie polega na rozpoznawaniu symboli /drukowanych lub pisanych/ stanowiących bodziec do aktualizowania znaczeń wbudowanych w doświadczenie jednostki oraz do powstawania nowych znaczeń znanych już poprzez manipulowanie pojęciami już posiadanymi” (za: Tinkner, 1980, s. 15). Każdy człowiek jest w stanie wymienić korzyści wynikające z posiadania tej umiejętności, którymi są niewątpliwie: poszerzanie wiedzy, komunikacja społeczna, przekazywanie kultury czy rozrywka. Czy tak pożyteczna funkcja może mieć jakiś związek z zaburzeniem, jakim jest prozopagnozja? Stawimy hipotezę, że tak. Według badań Pugh (2000) podczas procesu czytania aktywne są następujące obszary mózgu: grzbietowa część skroniowo-ciemieniowa oraz brzuszna część potyliczno-skroniowa. Jak wiemy, te same obszary są aktywne

w procesie rozpoznawania twarzy (Walsh, 2008). Czy więc zbyt wczesne nauczanie się przez dziecko czytania może niekorzystnie wpłynąć na prawidłowy rozwój umiejętności rozpoznawania twarzy? Nie udało nam się dotrzeć do rzetelnych publikacji na ten temat, dlatego na owe pytanie postanowiliśmy odpowiedzieć w naszym badaniu.

METODA

Cele badań, pytania badawcze, hipotezy

Celem badań było sprawdzenie, czy istnieje związek pomiędzy czasem nabycia umiejętności czytania a zdolnością do rozpoznawania twarzy. Zostały postawione następujące szczegółowe pytania badawcze: (1) Czy istnieje i jaki jest kierunek związku pomiędzy czasem nabycia umiejętności czytania a zdolnością do rozpoznawania twarzy? (2) Czy płeć różnicuje poziom zdolności rozpoznawania twarzy? (3) Czy występuje korelacja pomiędzy zdolnością spostrzegania i zapamiętywania twarzy? (4) Czy istnieje różnica pomiędzy płciami w zdolności rozpoznawania twarzy kobiecych i męskich?

Zostały postawione następujące hipotezy: (1) Istnieje różnica pomiędzy kobietami i mężczyznami w zdolności rozpoznawania twarzy; (2) Kobiety lepiej sobie radzą z rozpoznawaniem twarzy niż mężczyźni; (3) Występuje związek pomiędzy rozpoznawaniem a zapamiętywaniem twarzy; (4) Istnieje różnica pomiędzy płciami w zdolności rozpoznawania twarzy kobiecych i męskich.

Wyróżniliśmy następujące zmienne:

Rodzaj zmiennej	Zmienna	Wskaźnik empiryczny
Zależna	Zdolność rozpoznawania twarzy kobiet i mężczyzn	Wynik liczbowy uzyskany w teście twarzy
	Czas rozpoczęcia nauki czytania	Odpowiedź zaznaczona przez osobę badaną w ankiecie
Niezależna	Płeć osoby badanej	Odpowiedź zaznaczona przez osobę badaną w ankiecie

Metody badań

W badaniu została wykorzystana metoda skonstruowana samodzielnie: test twarzy, czyli narzędzie do pomiaru stopnia zdolności rozpoznawania twarzy. Metoda ma formę prezentacji multimedialnej, w skład której wchodzi 45 slajdów przedsta-

wiających czarno-białe zdjęcia twarzy kobiet i mężczyzn (w większości modelek i modeli). Na części ze slajdów przedstawione są cztery zdjęcia – jedno duże, umieszczone centralnie i trzy mniejsze umieszczone pod nimi. Zadaniem osoby badanej jest wybranie spośród mniejszych zdjęć tego, które przedstawia twarz osoby z głównego zdjęcia. W drugiej części prezentacji zdjęcie główne zostało umieszczone na osobnym slajdzie. W tej wersji osoba badana ma za zadanie zapamiętać twarz i rozpoznać ją wśród zdjęć twarzy umieszczonych na kolejnym slajdzie. Do rozpoznania jest 15 zdjęć twarzy (w tym osiem kobiecych i siedem męskich), a do zapamiętania i rozpoznania 15 (osiem twarzy kobiet i siedem mężczyzn).

Do konstrukcji metody zostały wybrane zdjęcia ocenione metodą sędziów kompetentnych. Narzędzie poddano procedurze sprawdzenia rzetelności metodą test – retest (uzyskano satysfakcjonującą rzetelność, korelacja pomiędzy pomiarami równa $r = 0,65$).

Osoby badane

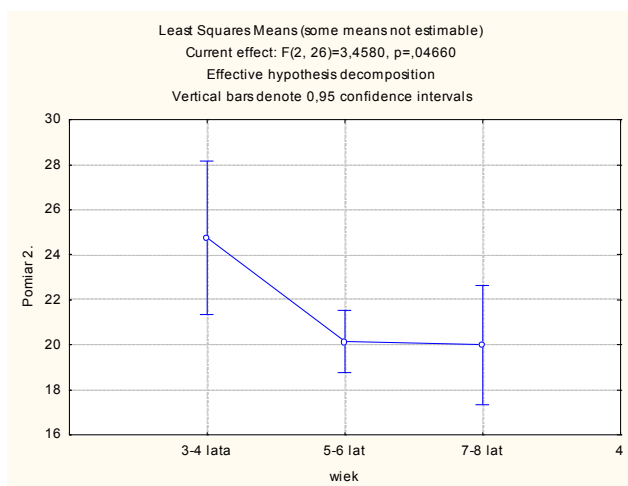
Osobami badanymi było 36 studentów wrocławskich uczelni, w wieku od 19 do 28 lat (średnia wieku wynosiła 22,7). W skład grupy wchodziło 18 kobiet i 18 mężczyzn. Osoby badane odpowiadały na pytania dotyczące wieku, płci, wieku, w którym nabyły umiejętność czytania (możliwe opcje wyboru: 3–4; 5–6; 7–8; 9–10 i powyżej 10 roku życia) i preferowanej aktywności w dzieciństwie i w chwili obecnej.

Przebieg badań

Badanie miało charakter indywidualny. W jego skład wchodziły dwa pomiary oddzielone tygodniowym odstępem czasu. Osobie badanej przedstawiano na monitorze komputera prezentację multimedialną (tempo zmiany kolejnych slajdów badany ustalał samodzielnie). Odpowiedzi oraz czas potrzebny na ich udzielenie kodowała osoba prowadząca badanie. Po drugim pomiarze uczestnik badania był proszony o wypełnienie ankiety.

WYNIKI

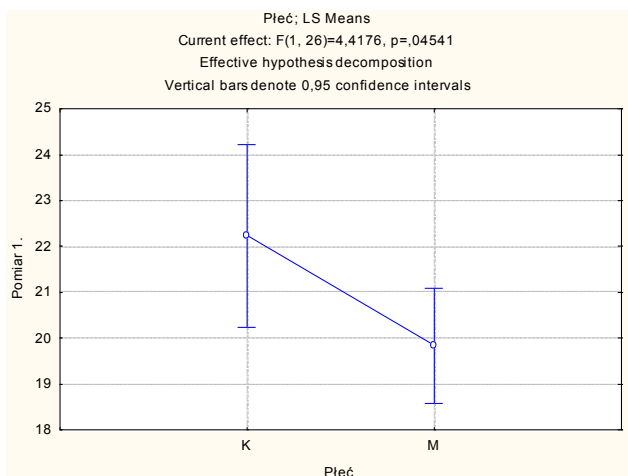
Analiza wyników badań za pomocą metody ANOVA, pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:



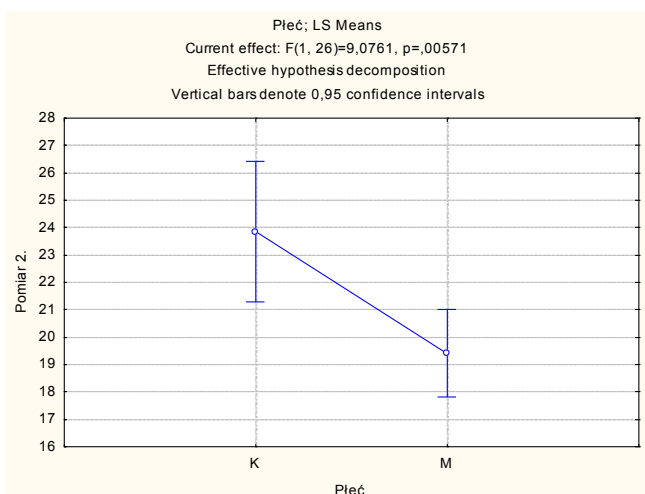
Rysunek 1. Efekt główny wieku dla drugiego pomiaru.

Istnieje związek pomiędzy czasem rozpoczęcia nauki czytania a zdolnością do rozpoznawania twarzy, jednakże jest on odwrotny od przewidywanego. Osoby, które nauczyły się czytać w wieku 3–4 lat lepiej rozpoznawały twarze na zdjęciach, niż osoby, które nauczyły się czytać później (5–6, 7–8 lat; patrz: wykres 1). Różnice pomiędzy wynikami są istotne statystycznie, przy założonym poziomie istotności $p < 0,05$, $F = 3,4580$.

Płeć różnicuje zdolność rozpoznawania twarzy. W obu pomiarach wystąpił efekt główny płci – kobiety lepiej rozpoznawały twarze (patrz: wykres 2 i 3). Przy założonym poziomie istotności $p < 0,05$ dla pierwszego pomiaru $F = 4,4176$, dla drugiego $F = 9,0761$.



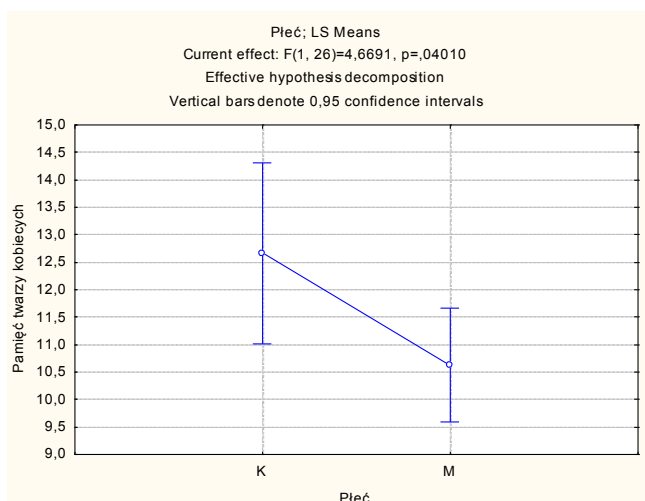
Rysunek 2. Efekt główny płci dla pierwszego pomiaru.



Rysunek 3. Efekt głównej płci dla drugiego pomiaru.

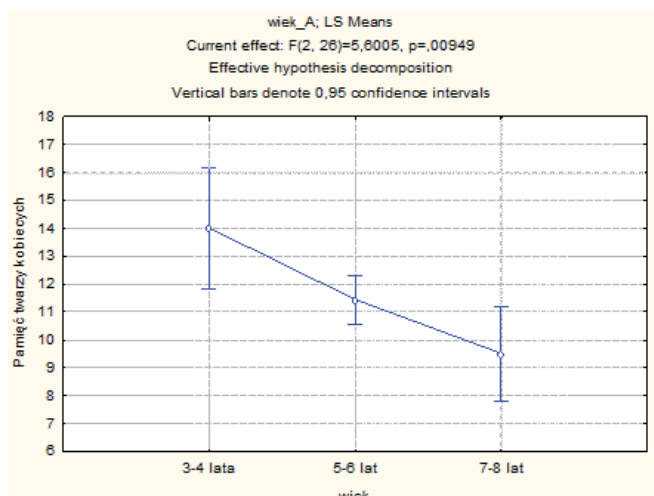
Istnieje korelacja pomiędzy rozpoznawaniem a zapamiętywaniem ludzkich twarzy. Dane korelacyjne pokazują, że oba rodzaje funkcji poznawczych – percepcja i pamięć twarzy są skorelowane dość wysoko ($r = 0,44$).

Następnie przeanalizowano dane dla percepcji twarzy kobiecych, pamięci twarzy kobiecych, percepcji twarzy męskich, pamięci męskich i ogólnie: percepcji i pamięci. Wyniki analiz wskazują na efekt płci i wieku w przypadku pamięci twarzy kobiecych. Kobiety lepiej od mężczyzn zapamiętują twarze kobiece (wykres 3), a różnica ta jest istotna statystycznie – k przy założonym poziomie istotności $p < 0,05$, $F = 4,67$.



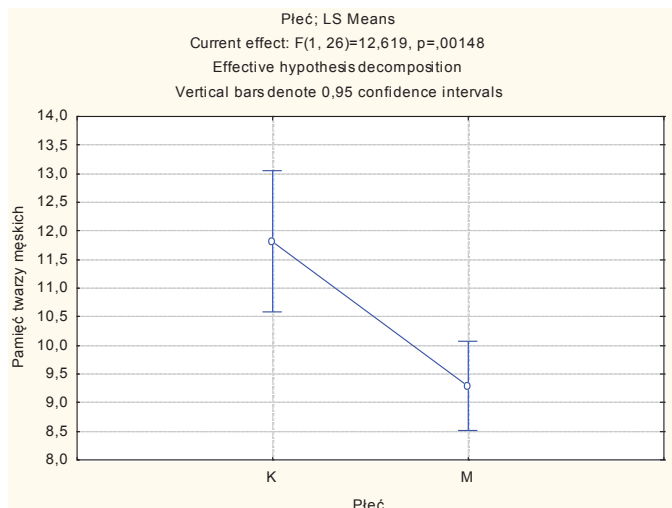
Rysunek 4. Efekt głównej płci dla pamięci twarzy kobiecych.

Osoby, które rozpoczęły naukę czytania w wieku 3–4 lat lepiej rozpoznawały twarze kobiece ($p < 0,05$, $F = 5,6$), niż osoby, które nauczyły się czytać później (5–6 lat, 7–8 lat; wykres 4).



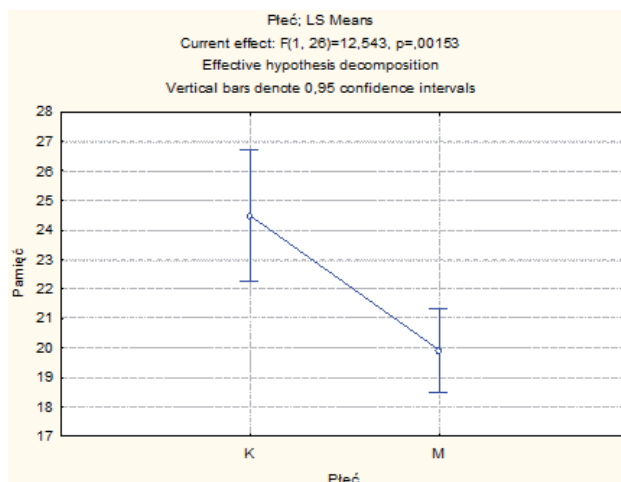
Rysunek 5. Efekt główny wieku dla pamięci twarzy kobiecych.

W przypadku zapamiętywania twarzy męskich analizy wykazały efekt płci (wykres 6). Kobiety lepiej od mężczyzn zapamiętywały twarze męskie ($F = 12,62$, $p = 0,0015$).



Rysunek 6. Efekt główny płci dla pamięci twarzy męskich.

Podobne wyniki uzyskano w przypadku zapamiętywania twarzy w ogóle (wykres 7). Kobiety uzyskiwały istotnie lepsze wyniki od mężczyzn ($F = 12,54$, $p = 0,0015$).



Rysunek 7. Efekt główny płci dla zapamiętywania twarzy.

Pozostałe analizy nie wykazały istotnych różnic.

INTERPRETACJA WYNIKÓW

Na podstawie powyższych badań można udzielić twierdzącej odpowiedzi na pytanie badawcze dotyczące istnienia zależności pomiędzy czasem nabycia umiejętności czytania a zdolnością rozpoznawania twarzy. Ponieważ obie umiejętności umiejscowione są w tym samym obszarze mózgu (grzbietowa część skroniowo-ciemieniowa oraz brzuszna część potyliczno-skroniowa) przypuszczano, że zbyt wczesny i intensywny rozwój umiejętności czytania może wpłynąć ujemnie i dezorganizująco na rozwój zdolności rozpoznawania twarzy. Ku naszemu zaskoczeniu, korelacja pomiędzy zmiennymi okazała się dodatnia – wyniki naszych badań wskazują, że im wcześniej osoba badana nauczyła się czytać, tym lepiej radzi sobie z rozpoznawaniem twarzy.

Potwierdziły się natomiast hipotezy dotyczące różnic międzypłciowych w zakresie rozpoznawania twarzy. Kobiety okazały się lepsze od mężczyzn, co nie budzi zdziwienia, ponieważ przesłanki teoretyczne pozwalały spodziewać się takiego wyniku (Moir, Jessel, 1993). Kobiety są bardziej zorientowane na nawiązywanie i podtrzymywanie relacji interpersonalnych, a dzięki temu rozwój zdolności rozpoznawania twarzy przebiega u nich sprawniej.

W naszych badaniach staraliśmy się również wykazać, czy istnieją istotne różnice pomiędzy spostrzeganiem i zapamiętywaniem twarzy. Osoby mające trudności w rozpoznawaniu twarzy, w zadaniach polegających jedynie na spostrzeganiu, mogłyby uzyskać bardzo dobre wyniki, traktując bodźce nie jako twarze, ale elementy, między którymi trzeba wykazać podobieństwa (w tym przypadku np. rozpoznając twarze na podstawie kształtu brwi lub nosa itp.). Wprowadzając element zapamiętywania, osoby badane musiały zapamiętać twarz jako całość i w tym właśnie momencie mogłyby ujawnić się ich trudność w całościowym przetwarzaniu tego typu bodźców. U osób badanych nie wystąpiła jednak istotne statystycznie różnice w zakresie obu tych procesów (korelacja pomiędzy spostrzeganiem i zapamiętywaniem była dość wysoka i wynosiła $r = 0,44$).

DYSKUSJA

Głównym celem badania było określenie związku pomiędzy czasem nabycia umiejętności czytania a zdolnością rozpoznawania i zapamiętywania twarzy. Rezultaty okazały się zaskakujące, gdyż przeczą przypuszczeniom, jakoby wczesne opanowanie umiejętności czytania upośledzało zdolności rozpoznawania twarzy. Powyższe badania wskazują, iż nie ma żadnych przesłanek, które implikowałyby twierdzenie, że wczesne rozpoczęcie czytania zaburza zdolność rozpoznawania twarzy. Można przypuszczać, że występuje odwrotna zależność – wcześniejsze opanowanie umiejętności czytania współwystępuje z lepszym rozpoznawaniem i zapamiętywaniem twarzy, choć związek ten da się zauważyć tylko u kobiet.

Warto zwrócić uwagę na kilka słabości metodologicznych badania. Liczba osób badanych była stosunkowo mała. Ponadto zdjęcia, które wchodziły w skład prezentacji nie były jednakowej jakości, co mogło implikować trudności osoby badanej w wyborze prawidłowej fotografii (osoby badane zgłaszały takie uwagi po zakończeniu badania, jednak informacje te wymagają dokładniejszej analizy). Dopracowania wymagałyby również pytania ankiety (dotyczące wieku, w którym nabyta została umiejętność czytania), polegające np. na doprecyzowaniu terminu *czytanie* (oznaczające samodzielne czytanie książek). Osobom badanym sprawiało trudność przypomnienie sobie wczesnych lat dzieciństwa i wszystkie odpowiedzi, jakie zostały uzyskane w tej kwestii, to jedynie ich słowne deklaracje. Próba wyeliminowania tego czynnika mogłoby być np. poszerzenie zakresu pytań, aby osoby badane w większym stopniu skupiły się na dotarciu w pamięci do tych informacji lub uzyskiwanie takich informacji od ich rodziców.

Powyższe badania mogą być podstawą do udoskonalania przesiewowego narzędzia do badania prozopagnozji. Uzyskane wyniki mogą stanowić implikacje dla

edukacji przedszkolnej i wychowania dzieci przez rodziców, jednakże konieczne są dalsze badania w tej kwestii, jak również opracowanie metody dostosowanej do możliwości dzieci. Być może jest tak, że wczesna nauka czytania stymuluje rozwój ośrodka w mózgu jednocześnie odpowiedzialnego za czytanie i rozpoznawanie twarzy, co umożliwia lepszy rozwój obu tych funkcji. Wyniki badań są na tyle interesujące, że implikują potrzebę dalszej eksploracji zagadnienia.

W kontekście dalszych badań nad umiejętnością rozpoznawania twarzy istotną wydają się być jeszcze jedna kwestia – dotycząca społecznego rozwoju danej jednostki. Istnieje możliwość, iż jest to zmienna, która w szczególny sposób zakłóciła wyniki naszych badań. Być może możliwą jest sytuacja, w której dziecko „blokuje” poprzez wczesne czytanie ośrodek w mózgu odpowiedzialny za rozpoznawanie twarzy, rozwija tę umiejętność w innym ośrodku (pod warunkiem intensywnego rozwijania kontaktów społecznych). Twierdzenie to ma jednak jedynie status pytania badawczego, ponieważ nie ma do tej pory danych, które mogłyby rozwiązać wątpliwości w tym zakresie i może stanowić tylko inspirację dla prowadzenia dalszych badań w tym obszarze.

BIBLIOGRAFIA

- Biele, C. (2002). Spostrzeganie twarzy u ludzi i zwierząt. *Studia psychologiczne*, 4, 5–25.
- Brzezińska, A. (1987). *Czytanie i pisanie nowy język dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Duchaine, B. C., Yovel, G., Butterworth, E. J., Nakayama, K. (2006). Prosopagnosia as an impairment to face-specific mechanisms: Elimination of the alternative hypotheses in a developmental case. *Cognitive Neuropsychology*, 23, 714–747.
- Grüter, T., Grüter, M., Garbon, G. Ch. (2007). Neural and genetic foundations of face recognition and prosopagnosia. *Journal of Neuropsychology*, 2, 79–97.
- Hyde, J. S., Frost, L. A. (2002). *Metaanalizy w psychologii kobiety*. W: B. Wojciszke (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice*. Gdańsk: GWP.
- Moir, A., Jessel, D. (1993). *Płec mózgu*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Pugh, K. R., Mencl, W. E., Jenner, A. R., Katz, L., Frost, S. J., Lee, J. R. i in. (2000). Functional neuroimaging studies of reading disability (developmental dyslexia). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Review*, 6, 207–213.
- Schwarzer, G., Huber, S., Grüter, M., Grüter, T., Groß, C., Hipfel, M. i in. (2007). Gaze behavior in hereditary prosopagnosia. *Psychological Research*, 71, 583–590.
- Tinkner, M. A. (1980). *Podstawy efektywnego czytania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Walsh, K., Darby, D. (2008). *Neuropsychologia kliniczna Walsha*. Gdańsk: GWP.

EWA TOPOLEWSKA, AGNIESZKA MAŃKO

topolewska.ewa@gmail.com

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

OSOBOWOŚCIOWE UWARUNKOWANIA STYLÓW TOŻSAMOŚCI W UJĘCIU BERZONSKY'EGO

RECENZJA

Recenzent: dr Włodzimierz Strus

Artykuł E. Topolewskiej i A. Mańko prezentuje wyniki dwóch badań dotyczących osobowościowych uwarunkowań stylów tożsamości. Wychodząc od przeglądu dotychczasowych badań nad związkami pomiędzy podstawowymi wymiarami osobowości w Pięcioczynnikowym Modelu Osobowości (PMO) Costy i McCrae a wyróżnionymi przez Berzonsky'ego stylami tożsamości, Autorki w pierwszym kroku podjęły próbę replikacji tych badań w warunkach polskich. Następnie biorąc pod uwagę fakt, że najsilniejsze związki ze stylami tożsamości ujawniały w tych badaniach dwa czynniki PMO, mianowicie: sumienność i otwartość na doświadczenia, Autorki przeprowadziły kolejne badania wykorzystując model AB5C (*Abridged Big Five Dimensional Circumplex*) w wersji zaproponowanej przez Goldberga. W badaniu tym uwzględnili cechy niższego rzędu wchodzące w skład jednego z 10 kół AB5C, mianowicie tego, które jest konstytuowane przez sumienność i intelekt (leksykalny odpowiednik otwartości na doświadczenia).

Przedstawiony plan badawczy uważam za poznawczo interesujący, a ponadto teoretycznie i empirycznie uzasadniony. Autorki przekonująco dowodzą tego we wprowadzeniu teoretycznym do obu części swoich badań. Co prawda w pierwszej części badań wykorzystaly one polską adaptację kwestionariusza IPIP-B5-50, który stanowi operacjonalizację wywodzącego się z tradycji leksykalnej modelu Wielkiej Piątki, nie zaś modelu PMO, ale różnice pomiędzy oboma modelami nie są zasadnicze. Ponadto wykorzystany w drugiej części badań kwestionariusz IPIP-45AB5C także odnosi się do leksykalnej Wielkiej Piątki, stąd spójność teoretyczna w ramach całości prezentowanych badań została zachowana. Należy jednak pamiętać, że jedyna poważniejsza różnica pomiędzy leksykalną Wielką Piątką a wywodzącym się z tradycji kwestionariuszowej PMO Costy i McCrae dotyczy właśnie konceptualizacji wymiaru intelekt/otwartość na doświadczenia.

Wyniki uzyskane przez Autorki są interesujące, szczególnie w kontekście wprowadzonego w warunkach polskich przez Ciecucha i Topolewską dodatkowego rozróżnienia dyfuzyjno-unikowego stylu tożsamości na styl unikowy i styl dyfuzyjno-beztroski. Niestety Autorki nie zamieszczają w pracy tabel z wynikami analiz korelacji, które byłyby moim zdaniem cennym uzupełnieniem prezentacji wyników. Brakowało mi też pogłębionej interpretacji związków pomiędzy cechami osobowości a stylami tożsamości, szczególnie na etapie dyskusji wyników, ale również w tych częściach pracy, w których Autorki formułowały hipotezy badawcze. Uwagi te nie zmieniają mojej całościowej oceny artykułu, jako interesującego i wnoszącego ciekawe wyniki do aktualnego nurtu badań nad osobowościowymi korelatami stylów tożsamości.

We współczesnej psychologii najczęściej przyjmowaną konceptualizacją tożsamości jest model stylów tożsamości Berzonsky'ego. Badania osobowościowych uwarunkowań stylów, przeprowadzone przez Dollinger (1995) oraz Durieza, Soenensa, Beyersa (2004) wskazywały na szczególne znaczenie dwóch czynników: otwartości na doświadczenie oraz sumienności. Wspomniane badania utrzymane były w paradygmacie Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości (PMO) Costy i McCrae. Jest to model hierarchiczny, w którym zakłada się, że na osobowość człowieka składa się pięć niezależnych czynników podstawowych. Analiza osobowościowych uwarunkowań stylów tożsamości, gdzie osobowość rozumiana jest zgodnie z teorią Costy i McCrae, nie uwzględniania zależności zachodzących między cechami osobowościowymi. W Kołowym Modelu Wielkiej Piątki Hofstee, de Raada i Goldberga (1992) zakłada się, że z połączenia każdych dwóch czynników osobowości powstaje koło, na którym można wyróżnić dwie cechy rdzenne oraz cechy mieszane, które w różnym stopniu łączą ze sobą dane dwie cechy rdzenne.

W poniższym artykule zaprezentowane zostaną wyniki dwóch badań osobowościowych uwarunkowań stylów tożsamości. W każdym z nich do pomiaru stylów tożsamości został wykorzystany kwestionariusz ISI-4. Celem badania pierwszego była analiza związków zachodzących pomiędzy stylami a cechami osobowościowymi z Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości Costy i McCrae. Narzędziem wykorzystanym do pomiaru osobowości był IPIP-B5-50.

Drugie badanie przeprowadzono przy użyciu IPIP-45B5C, narzędzia do badania osobowości w paradygmacie Kołowego Modelu Wielkiej Piątki. Badanie miało służyć dokładniejszej analizie związków zachodzących między stylami tożsamości a sumiennością oraz intelektem. Oba badania zostały przeprowadzone on-line. Wykorzystane narzędzia pochodzą z bazy IPIP (*International Personality Item Pool*), dostępne są w domenie publicznej www.ipip.ori.org, która ma również polską wersję www.ipip.edu.pl. Uzyskane wyniki są zgodne z obecnymi w literaturze oraz sugerują, że cechami osobowości najsilniej związanymi ze stylami tożsamości są sumienność i intelekt (otwartość na doświadczenie).

Słowa kluczowe: style tożsamości, Pięcioczynnikowy Model Osobowości, Kołowy Model Wielkiej Piątki

Berzonsky (2011), opierając się na poznawczej perspektywie przyjmowanej m.in. przez Kelly'ego, Epsteina, Inhelder i Piageta, proponuje ujęcie tożsamości jako konstruowanej przez człowieka teorii siebie. W tym rozumieniu teoria siebie jest poznawczą strukturą złożoną z osobistych konstruktów i przekonań, kształtujących się w ciągu życia na bazie doświadczeń i wydarzeń, w jakich człowiek uczestniczy. Tak skonstruowaną teorią siebie człowiek posługuje się przy podejmowaniu decyzji, przetwarzaniu informacji dotyczących własnego ja, rozwiązywaniu problemów osobistych, a także przy zmaganiu się z dylematami tożsamościowymi. W swoim modelu Berzonsky (1989) wyodrębnił trzy style tożsamości: styl informacyjny, styl normatywny oraz styl dyfuzyjno-unikowy. Autor podkreśla, że style te powinny być traktowane jako społeczno-poznawcze strategie, po które ludzie sięgają przy konstruowaniu własnej teorii siebie.

Styl informacyjny kształtowania tożsamości charakteryzuje się wysokim poziomem sumienności, dużą otwartością na doświadczenie i nowe informacje dotyczące tak otaczającego świata, jak i siebie. Osoby o stylu informacyjnym aktywnie poszukują, przetwarzają i oceniają ważne dla siebie informacje przed podejmowaniem decyzji związanych z tożsamością. Wykazują wysoki poziom autorefleksji, duży krytycyzm wobec własnych konstrukcji teoretycznych, są gotowe na zmianę poglądów w odpowiedzi na otrzymywane z otoczenia informacje zwrotne. Styl normatywny kształtowania tożsamości charakteryzuje się potrzebą ładu i zamkniętością poznawczą. Osoby o stylu normatywnym przyjmują poglądy, zalecenia innych, ważnych osób w sposób automatyczny, bez własnej, krytycznej oceny. Jednym z ich głównych celów tożsamościowych jest utrzymanie dotychczasowych przekonań i obrona przed informacjami sprzecznymi z ich poglądami. Styl dyfuzyjno-unikowy kształtowania tożsamości cechuje się niechęcią do zmagania się z problemami, unikaniem podjęcia decyzji. Jeżeli zwlekание trwa zbyt długo, działania i wybory zostają określone przez wymagania sytuacyjne. Dla osób o stylu dyfuzyjno-unikowym charakterystyczny jest brak autorefleksji oraz zewnętrzna kontrola zachowania (Berzonsky, 2011).

Do pomiaru stylów tożsamości Berzonsky (1989) skonstruował *Identity Style Inventory (ISI)* – *Inwentarz stylów tożsamości*. Obecnie dostępna jest zrewidowana wersja *Revised Identity Issues Inventory*, ISI-4 (Berzonsky i in., 2010). Polską adaptację narzędzia wykonały Senejko i Okręglička-Forysiak (Senejko, 2010).

Topolewska i Ciecuch (w druku) przeprowadzili analizy mające na celu weryfikację struktury czynnikowej kwestionariusza ISI-4. Wyniki uzyskane na podstawie eksploracyjnych oraz konfirmacyjnych analiz czynnikowych sugerują, że na styl dyfuzyjno-unikowy składają się dwa style: styl unikowy oraz styl dyfuzyjno-beztroski. Topolewska i Ciecuch (w druku) proponują, aby w badaniach wykorzystujących do pomiaru stylów tożsamości narzędzie ISI-4 wyliczać dwa style dyfuzyjno-unikowe.

W tym celu podają następujący klucz itemowy: na styl unikowy składają się itemy 20, 32, 42, 45, 48, a na styl dyfuzyjno-beztroski itemy 8, 12, 16, 28.

Pięcioczynnikowy Model Osobowości Costy i McCrae

Pięcioczynnikowy Model Osobowości (PMO) Costy i McCrae (McCrae, Costa, 2008) jest najpowszechniej wykorzystywaną w badaniach konceptualizacją podstawowych wymiarów osobowości. W PMO struktura cech osobowości jest zorganizowana hierarchicznie. W modelu tym zakłada się, że na osobowość człowieka składa się pięć niezależnych czynników podstawowych. Są to neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumienność. W skład każdego z czynników podstawowych wchodzi sześć czynników niższego rzędu. Daje to w sumie 30 czynników (inaczej nazywanych cechami), które zgodnie z założeniem teoretycznym, są niezależne od siebie. Poniżej znajduje się opis pięciu podstawowych czynników osobowości.

Neurotyczność określa skłonność do przeżywania silnych, negatywnych emocji, takich jak strach, poczucie winy, lęk, gniew, wrogość. Osoby o wysokiej neurotyczności wykazują tendencję do zamartwiania się oraz przeżywania stresu psychologicznego. Charakteryzują się niskim poczuciem własnej wartości oraz małą zdolnością do kontrolowania swoich popędów. Dwoma biegunami neurotyczności są przystosowanie emocjonalne (stabilność emocjonalna) oraz emocjonalne niezrównoważenie. Osoby charakteryzujące się wysokim poziomem ekstrawersji są towarzyskie, przyjacielskie, rozmowne, skłonne do zabawy. Wykazują tendencję do przeżywania pozytywnych emocji oraz poszukiwania stymulacji. Charakteryzują się optymizmem, asertywnością oraz aktywnością życiową. Otwartość na doświadczenie jest wymiarem związanym z wysoką tolerancją nowości oraz ciekawością poznawczą tak świata zewnętrznego, jak i wewnętrznego. Osoby o wysokiej otwartości na doświadczenie są kreatywne, bliski im jest dywergencyjny sposób myślenia. Wykazują dużą wrażliwość estetyczną oraz bogatą wyobraźnię. Ugodowość wiąże się z zaufaniem oraz wiarą w dobre intencje innych ludzi. Osoby o wysokiej ugodowości są uступliwe, wrażliwe na sprawy innych ludzi, skłonne do udzielania pomocy. Wykazują postawę altruistyczną, są prostolinijne oraz przekonane, że inni mają postawy takie jak one. Wysoki poziom ugodowości związany jest z pozytywnym, a niski z negatywnym nastawieniem wobec ludzi. Sumienność określa stopień zorganizowania, zmotywowania i wytrwałości w działaniach nastawionych na cel. Osoby o wysokiej sumienności są obowiązkowe, rzetelne w pracy, wykazują skłonność do perfekcjonizmu oraz porządku. Charakteryzuje je wysoki poziom aspiracji, świadomość swoich kompetencji oraz duże osiągnięcia zawodowe i akademickie (Costa, McCrae, 1985; Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, Śliwińska, 1998).

Style tożsamości Berzonsky'ego a Pięcioczynnikowy Model Osobowości

W literaturze dostępne są wyniki badań nad związkami pomiędzy stylami tożsamości a cechami osobowości. Przykładem mogą być badania Dollinger (1995) oraz S. J. Dollinger, S. M. Dollinger (1997). Do pomiaru osobowości wykorzystali kwestionariusz NEO-PI Costy i McCrae (1985). Zgodnie z uzyskanymi przez nich wynikami badań, styl informacyjny koreluje dodatnio z ekstrawersją, ugodowością, sumiennością oraz otwartością na doświadczenie. Styl normatywny wykazuje dodatnią korelację z ekstrawersją, ugodowością i sumiennością oraz ujemną korelację z otwartością na doświadczenie.

Badania dotyczące związku pomiędzy stylami tożsamości a cechami osobowości przeprowadzili również Duriez i Soenens (2006) oraz Duriez, Soenens i Beyers (2004). Do pomiaru osobowości wykorzystali kwestionariusz NEO-FFI Costy i McCrae (Hoekstra, Ormel, De Fruyt, 1996). Uzyskane przez nich wyniki badań sugerują, że styl informacyjny koreluje dodatnio z otwartością na doświadczenie, styl normatywny wykazuje korelację dodatnią z sumiennością oraz ujemną z otwartością na doświadczenie.

Związki pomiędzy cechami osobowości a stylami dyfuzyjno-beztroskim i unikowym przedstawili w swoich badaniach Topolewska i Ciecuch (w druku). Zgodnie z uzyskanymi przez nich wynikami, styl dyfuzyjno-beztroski wiąże się ujemnie z neurotycznością oraz sumiennością, styl unikowy wykazuje dodatnią korelację z neurotycznością a ujemną z ugodowością, ekstrawersją, sumiennością oraz otwartością. Wyniki referowanych badań znajdują się w tabeli 1.

Tabela 1

Korelacje pomiędzy stylami tożsamości a cechami osobowości dostępne w literaturze

	D-B		U	styl informacyjny			styl normatywny			
	2012	2012	1995	1997	2004	2006	1995	1997	2004	2006
Neurotyzm	-0,17*	0,36*	-0,09	-0,10	0,02	0,01	-0,12	-0,06	-0,10	-0,07
Ekstrawersja	-0,07	-0,31*	0,19*	0,06	-0,12	0,00	0,17*	0,21*	0,10	0,06
Sumienność	-0,36*	-0,33*	0,29*	0,25*	0,08	0,08	0,35*	0,23*	0,51*	0,33*
Otwartość	0,11	-0,22*	0,40*	0,28*	0,70*	0,46*	-0,19*	-0,33*	-0,23*	-0,18*
Ugodowość	-0,13	-0,13*	0,21*	0,02	0,14*	0,11	0,25*	-0,03	0,04	0,05

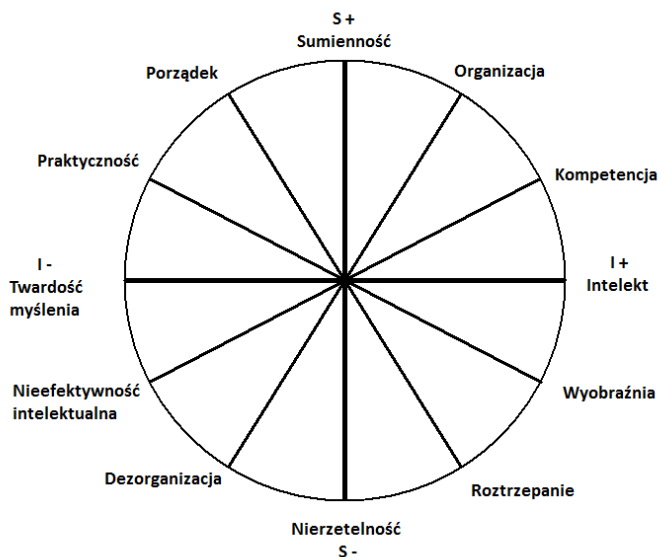
Adnotacja. 1995 – badania Dollinger (1995). 1997 – badania S. J. Dollinger i S. M. Dollinger (1997). 2004 – badania Duriez, Soenens, Beyers (2004). 2006 – badania Duriez i Soenens (2006). 2012 – badania Topolewskiej i Ciecucha (2012). D-B – styl dyfuzyjno-beztroski. U – styl unikowy.

* $p < 0,05$.

Biorąc pod uwagę wyniki powyżej przedstawionych badań, można wnioskować, że w kontekście osobowościowych uwarunkowań stylów tożsamości szczególnie ważnymi cechami są sumienność oraz otwartość. Warto więc przyrzeć się dokładniej samej sumienności i intelektowi, a także cechom niższego rzędu, które są przejawem tych dwóch cech podstawowych. Możliwość szczegółowej analizy zależności badanych zmiennych (w naszym przypadku stylów tożsamości) od cech niższego rzędu będących efektem łączenia się różnych biegunów podstawowych cech osobowości (w naszym przypadku sumienności oraz intelektu) daje Kołowy Model Wielkiej Piątki.

Kołowy Model Wielkiej Piątki Hofstee, De Raada i Goldberga

Kołowy Model Wielkiej Piątki (*Abridged Big Five Dimensional Circumplex – AB5C*) zaproponowali Hofstee, De Raad i Goldberg (1992). Podobnie jak model Costy i McCrae, kołowy model struktury cech osobowości zakłada istnienie pięciu podstawowych czynników osobowości. Różnica pomiędzy modelami występuje w sposobie zorganizowania czynników niższego rzędu. W hierarchicznym modelu Costy i McCrae zakłada się niezależność wszystkich cech osobowościowych. Z kolei zgodnie z założeniami AB5C każdy z czynników niższego rzędu jest zależny od dwóch czynników podstawowych. Cyrkularność modelu oznacza, że każdy z czynników podstawowych, łącząc się z każdym innym czynnikiem podstawowym, tworzy koło. W Kołowym Modelu Wielkiej Piątki jest 10 kół, ponieważ 10 wyczerpuje liczbę możliwych kombinacji dwuelementowych spośród pięciu czynników podstawowych. Zgodnie z kołowym modelem AB5C, na każdy z pięciu podstawowych czynników osobowości składa się dziewięć różnych czynników niższego rzędu (zwanych również aspektami). Wśród aspektów każdego czynnika podstawowego jeden to aspekt rdzenny, niezależny od innych czynników podstawowych. Pozostałe osiem aspektów to aspekty mieszane, będące efektem interakcji pomiędzy danym czynnikiem a dodatnim lub ujemnym biegunem innego czynnika podstawowego. W całym modelu jest więc 45 dwubiegunowych czynników niższego rzędu (pięć rdzennych oraz 40 mieszanych). W zależności od dodatniego/ujemnego nasilenia dwóch spośród pięciu czynników podstawowych, uzyskuje się cztery dwubiegunowe aspekty mieszane: dwa będące przejawem jednego czynnika podstawowego, ale nasycone dodatkowo drugim, oraz dwa będące przejawem drugiego czynnika podstawowego z dodatkiem pierwszego. Te cztery aspekty mieszane razem z dwoma aspektami rdzennymi tworzą jedno koło (Strus, Ciecuch, Rowiński, 2011). Jako przykład, rysunek 1 przedstawia koło budowane przez sumienność oraz intelekt.



Rysunek 1. Koło cech osobowości, którego czynnikami rdzennymi są sumienność oraz intelekt.

Źródło: *The hierarchical vs. circular model of personality structure. Which one fits better to empirical data?*, W. Strus, J. Ciecuch, T. Rowiński, 2012, 16th European Conference on Personality, Trieste.

Zaczynając od górnego bieguna koła, pierwszym aspektem jest rdzenny aspekt sumienności (S+). Idąc zgodnie z ruchem wskazówek zegara, kolejnym jest organizacja (S+ I+), aspekt mieszany sumienności wzbogacony dodatnim nasileniem intelektu. Następnym aspektem jest kompetencja (I+ S+), aspekt mieszany intelektu dodatkowo nasycony wysoką sumiennością. Kolejnym aspektem na kole jest aspekt rdzenny intelektu (I+). Dalej jest wyobraźnia (I+ S-), czyli aspekt mieszany intelektu związany z niską sumiennością. Następnym aspektem na kole jest roztrzępanie (S- I+), będące przeciwieństwem porządku (S+ I-). Porządek jest aspektem mieszanym sumienności dodatkowo nasyconym niskim intelektem. Przedstawione powyżej koło sumienność–intelekt opisuje stosunek do wykonywanych zadań oraz przyswajania nowej wiedzy i umiejętności (Strus i in., 2011).

BADANIA WŁASNE

Prezentowane badania są próbą opisu osobowościowych uwarunkowań stylów tożsamości w ujęciu Berzonsky'ego. Poniżej zostaną przedstawione wyniki dwóch przeprowadzonych przez nas badań.

Badanie pierwsze

Hipotezy. Głównym celem badania było sprawdzenie, jak układają się związki pomiędzy stylami tożsamości a pięcioma cechami osobowościowymi z modelu Costy i McCrae. Na podstawie wyników powyżej referowanych można oczekiwać, że:

1. styl informacyjny wiąże się pozytywnie z ugodowością, sumiennością i intelektem;
2. styl normatywny wiąże się negatywnie i intelektem a pozytywnie z ekstrawersją i sumiennością;
3. styl unikowy wiąże się negatywnie ze wszystkimi pięcioma cechami osobowości;
4. styl dyfuzyjno-beztroski wiąże się pozytywnie ze stabilnością oraz negatywnie z sumiennością.

Metoda. W badaniu wzięło udział 239 osób w wieku 19–24 lata ($M = 21,34$, $SD = 1,34$), wśród których kobiety stanowiły 79%, a mężczyźni 21%. Badanie zostało przeprowadzone on-line, poprzez specjalnie przygotowaną stronę do badań.

Pomiar stylów tożsamości przeprowadziliśmy przy użyciu *Revised Identity Issues Inventory* ISI-4 (Berzonsky i in., 2010) w polskiej adaptacji Senejko oraz Okręglikiej-Forysiak (Senejko, 2010). Zgodnie z kluczem proponowanym przez Berzonsky'ego (Berzonsky i in., 2010) oraz Senejko (2010) na kwestionariusz składają się cztery skale: styl informacyjny (13 itemów), styl normatywny (13 itemów), styl dyfuzyjno-unikowy (13 itemów) oraz skala zaangażowania (9 itemów). Jednak zgodnie z sugestią Topolewskiej i Ciecucha (2012), zamiast jednego stylu dyfuzyjno-unikowego, wyliczyliśmy dwa style: styl dyfuzyjno-beztroski (4 itemy) oraz unikowy (5 itemów). Narzędzie zawiera stwierdzenia, na które osoba badana udziela odpowiedzi na pięciostopniowej skali od 1 (*zdecydowanie do mnie nie pasuje*) do 5 (*zdecydowanie mnie opisuje*). Współczynniki rzetelności alfa Cronbacha dla poszczególnych skal wynoszą odpowiednio: styl informacyjny $\alpha = 0,78$, styl normatywny $\alpha = 0,70$, styl dyfuzyjno-beztroski $\alpha = 0,56$, styl unikowy $\alpha = 0,72$.

Do pomiaru osobowości wykorzystaliśmy kwestionariusz IPIP-B5-50 (Goldberg i in., 2006) w polskiej adaptacji Strusa, Ciecucha i Rowińskiego (2012). Narzędzie IPIP-B5-50 jest dostępne w domenie publicznej www.ipip.ori.org (Goldberg i in., 2006), która ma również polską wersję www.ipip.edu.pl (Strus i in., 2011, 2012). W skład narzędzia wchodzi pięć skal: stabilność emocjonalna (odwrotność neurotyczności), ekstrawersja, sumiennność, ugodowość, intelekt (w modelu Costy i McCrae jest to otwartość na doświadczenie). Na kwestionariusza składa się 50 itemów, po 10 itemów na skalę. Narzędzie zawiera stwierdzenia, na które należy udzielić odpowiedzi od

1 (całkowicie nietrafnie mnie opisuje) do 5 (całkowicie trafnie mnie opisuje). Współczynniki rzetelności alfa Cronbacha dla poszczególnych skal w prezentowanych badaniach wynoszą: stabilność emocjonalna $\alpha = 0,90$, ekstrawersja $\alpha = 0,89$, intelekt $\alpha = 0,82$, sumienność $\alpha = 0,84$, ugodowość $\alpha = 0,83$.

Wyniki. Wszystkie analizy wykonałyśmy w programie PAWS Statistics 18. W celu weryfikacji hipotezy dotyczącej związków pomiędzy stylami tożsamości a cechami osobowości rozumianymi w paradygmacie Costy i McCrae, przeprowadziłyśmy analizę korelacji. Uzyskane współczynniki korelacji były wysokie i istotne statystycznie. Takie wyniki pozwalają przypuszczać, że cechy osobowości są predyktorami stylów tożsamości. Aby sprawdzić, czy cechy osobowości są rzeczywiście predyktorami stylów tożsamości, przeprowadziłyśmy analizę regresji. Zmiennymi zależnymi były style tożsamości, a zmiennymi wyjaśniającymi cechy osobowości. Wyniki znajdują się w tabeli 2.

Tabela 2

Współczynniki beta regresji liniowej stylów tożsamości i cech osobowości uzyskane na podstawie badań własnych (Badanie pierwsze)

	Styl informacyjny $R^2 = 0,29^{***}$	Styl normatywny $R^2 = 0,14^{***}$	Styl dyfuzyjno-beztroski $R^2 = 0,19^{***}$	Styl unikowy $R^2 = 0,27^{***}$
Ekstrawersja	-0,11	0,14*	-0,07	-0,15*
Ugodowość	0,35**	-0,08	-0,09	0,02
Stabilność	-0,03	-0,11	0,24**	-0,25**
Sumienność	0,16**	0,24**	-0,36**	-0,28**
Intelekt	0,38**	-0,24**	0,08	-0,17*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,001$

Okazało się, że istotnymi, pozytywnymi predyktorami stylu informacyjnego były sumienność, intelekt oraz ugodowość. Intelekt okazał się negatywnym, a sumienność oraz ekstrawersja dodatnimi, istotnymi predyktorami stylu normatywnego. Stabilność była istotnym, pozytywnym, a sumienność istotnym negatywnym predyktorem stylu dyfuzyjno-beztroskiego. Ekstrawersja, stabilność, intelekt oraz sumienność były istotnymi, negatywnymi predyktorami stylu unikowego.

Wyniki badań naszych oraz badań obecnych w literaturze (Dollinger, 1995; S. J. Dollinger, S. M. Dollinger, 1997; Duriez, Soenens, Beyers, 2004; Duriez, Soenens, 2006; Topolewska, Ciecuch, w druku) sugerują, że szczególne znaczenie w kontekście osobowościowych uwarunkowań stylów tożsamości mają sumienność oraz intelekt. Aby dokładniej przyjrzeć się związkom pomiędzy wspomnianymi cechami podstawowymi osobowości a stylami tożsamości, przeprowadziłyśmy drugie badanie.

Tym razem jako konceptualizację osobowości przyjęliśmy Kołowy Model Wielkiej Piątki.

Badanie drugie

Hipotezy. Głównym celem badania drugiego było stworzenie systematycznego opisu związków, jakie zachodzą pomiędzy stylami tożsamości a aspektami składającymi się na Koło sumienność–intelekt z Kołowego Modelu Wielkiej Piątki Hofstee, De Raada i Goldberga (1992). Przypuszczaliśmy, że style tożsamości wykazują związki z aspektami mieszanymi koła sumienność–intelekt w sposób odpowiadający związkom z aspektami rdzennymi osobowości. Uwzględniając układ koła sumienność–intelekt, podejrzewaliśmy, że:

1. styl informacyjny wiąże się pozytywnie z sumiennością, intelektem, organizacją oraz kompetencją;
2. styl normatywny wiąże się negatywnie z intelektem oraz wyobraźnią, a pozytywnie z sumiennością oraz porządkiem;
3. styl unikowy wiąże się negatywnie z sumiennością, intelektem, organizacją oraz kompetencją;
4. styl dyfuzyjno-beztroski wiąże się negatywnie z sumiennością, porządkiem oraz organizacją;

Metoda. W badaniu uczestniczyło 155 osób w wieku 16–24 lata ($M = 19,41$, $SD = 2,45$), wśród których kobiety stanowiły 66%, a mężczyźni 34%. Badania zostały przeprowadzone on-line, poprzez specjalnie przygotowaną stronę do badań.

Do pomiaru stylów tożsamości wykorzystaliśmy, podobnie jak w badaniu pierwszym, *Revised Identity Issues Inventory* ISI-4 (Berzonsky i in., 2010) w polskiej adaptacji Senejko oraz Okręglickiej-Forysiak (Senejko, 2010). Opis kwestionariusza znajduje się w części *Metoda* dotyczącej badania pierwszego. Współczynniki rzetelności alfa Cronbacha dla poszczególnych skal wynoszą: styl informacyjny $\alpha = 0,85$, styl normatywny $\alpha = 0,71$, styl dyfuzyjno-beztroski $\alpha = 0,56$, styl unikowy $\alpha = 0,74$.

Pomiar osobowości przeprowadziliśmy przy użyciu narzędzia IPIP-45AB5C (Goldberg i in., 2006), w polskiej adaptacji Strusa, Ciecucha i Rowińskiego (2012). Kwestionariusz IPIP-45AB5C dostępny jest w ramach publicznej domeny www.ipip.ori.org (Goldberg i in., 2006), której powstała również polska wersja www.ipip.edu.pl (Strus i in., 2011, 2012). Wśród dziewięciu zmierzonych skal pięć to aspekty rdzenne: towarzyskość, wyrozumiałość, stabilność, intelekt oraz sumienność, a cztery to dwubiegunowe aspekty mieszane wchodzące w skład koła sumienność–intelekt: kompetencja, organizacja, porządek oraz wyobraźnia. Narzędzie zawiera stwierdze-

nia, na które należy udzielić odpowiedzi od 1 (*całkowicie nietrafnie mnie opisuje*) do 5 (*całkowicie trafnie mnie opisuje*). Współczynniki rzetelności alfa Cronbacha poszczególnych skal wynoszą odpowiednio: towarzyskość $\alpha = 0,86$, wyrozumiałość $\alpha = 0,92$, stabilność $\alpha = 0,86$, intelekt $\alpha = 0,70$, sumienność $\alpha = 0,86$, kompetencja $\alpha = 0,75$, organizacja $\alpha = 0,84$, porządek $\alpha = 0,82$, wyobraźnia $\alpha = 0,80$.

Wyniki. Na początku, podobnie jak w przypadku badania pierwszego, przeprowadziłyśmy analizy korelacyjne pomiędzy stylami tożsamości a pięcioma rdzennymi czynnikami osobowości. Uzyskane współczynniki korelacji były wysokie i istotne statystycznie. Przeprowadziłyśmy więc analizę regresji, aby sprawdzić, czy i ewentualnie jak silnymi predyktorami stylów tożsamości w przypadku tego pomiaru są cechy osobowości. Uzyskane współczynniki regresji prezentuje tabela 3.

Tabela 3

Współczynniki beta regresji liniowej stylów tożsamości i cech osobowości uzyskane na podstawie badań własnych (Badanie drugie)

	Styl informacyjny $R^2=0,32^{***}$	Styl normatywny $R^2=0,14^{***}$	Styl dyfuzyjno-bez troski $R^2=0,15^{***}$	Styl unikowy $R^2=0,32^{***}$
Towarzyskość	-0,11	0,19*	0,05	-0,15*
Wyrozumiałość	0,26**	-0,07	-0,08	-0,06
Stabilność	-0,02	-0,06	0,05	-0,16*
Sumienność	0,28**	0,31**	-0,22**	-0,20**
Intelekt	0,25**	-0,23**	-0,23**	-0,35**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Pozytywnymi, istotnymi predyktorami stylu informacyjnego okazały się sumienność, intelekt oraz wyrozumiałość. Sumienność oraz towarzyskość były pozytywnymi, a intelekt negatywnym predyktorem stylu normatywnego. Sumienność oraz intelekt były istotnymi, negatywnymi predyktorami stylu dyfuzyjno-bez troskiego. Towarzyskość, stabilność, intelekt oraz sumienność były istotnymi, negatywnymi predyktorami stylu unikowego.

Aby sprawdzić, jak style tożsamości wiążą się z aspektami koła sumienność–intelekt wykonałyśmy analizę korelacji. Uzyskane współczynniki były wysokie i istotne statystycznie. Okazało się, że styl informacyjny wykazywał istotne korelacje dodatnie ze wszystkimi sześcioma aspektami koła, styl normatywny wykazuje istotną, dodatnią korelację z porządkiem oraz sumiennością, a ujemną z wyobraźnią. Styl dyfuzyjno-bez troski wiąże się istotnie i ujemnie z sumiennością, intelektem, organizacją oraz wyobraźnią. Styl unikowy koreluje ujemnie z organizacją, kompetencją oraz wyobraźnią. Wysokie współczynniki korelacji pozwalają przypuszczać, że cechy

osobowości są predyktorami stylów tożsamości. Aby sprawdzić, czy cechy osobowości można uznać za predyktory stylów tożsamości, przeprowadziłyśmy analizę regresji. Uzyskane wyniki prezentuje tabela 4.

Tabela 4

Współczynniki beta regresji liniowej stylów tożsamości i aspektów koła Sumienność-Intelekt uzyskane na podstawie badań własnych (Badanie drugie)

	Styl informacyjny $R^2 = 0,31^{***}$	Styl normatywny $R^2 = 0,17^{***}$	Styl dyfuzyjno-beztroski $R^2 = 0,25^{***}$	Styl unikowy $R^2 = 0,35^{***}$
Porządek (S+ I-)	0,007	0,30**	0,23*	0,24*
Sumienność (S+)	0,13	-0,04	-0,34**	-0,41**
Organizacja (S+ I+)	0,28*	0,05	-0,27*	-0,03
Kompetencja (I+ S+)	0,04	0,12	0,20*	-0,19*
Intelekt (I+)	0,14	-0,16	-0,09	-0,16
Wyobrażenia (I+ S-)	0,08	-0,17	-0,24*	-0,20*

Adnotacja. S+ – dodatni biegun sumienności. S- – ujemny biegun sumienności. I+ – dodatni biegun intelektu. I- – ujemny biegun intelektu.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Okazało się, że pozytywnym predykatorem stylu informacyjnego jest organizacja, a negatywnym predykatorem stylu normatywnego jest porządek. Porządek oraz kompetencja okazały się pozytywnymi, a sumienność, organizacja i wyobrażenia negatywnymi predyktorami stylu dyfuzyjno-beztroskiego. Pozytywnym predykatorem stylu unikowego okazał się porządek, negatywnymi predyktorami tego stylu były sumienność, kompetencja oraz wyobrażenia.

DYSKUSJA

Głównym celem prezentowanych badań była szczegółowa analiza związków zachodzących pomiędzy stylami tożsamości w ujęciu Berzonsky'ego a cechami osobowościowymi. Wyniki przeprowadzonych analiz sugerują, że najsilniejszymi predyktorami stylów tożsamości są sumienność oraz intelekt. Takie wnioski dotyczą zarówno cech osobowościowych rozumianych w paradygmacie Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości Costy i McCrae (McCrae, Costa, 2008), jak i aspektów rdzennych osobowości z Kołowego Modelu Wielkiej Piątki Hofstee, De Raada i Goldberga (1992). W Kołowym Modelu Wielkiej Piątki zakłada się, że każde dwie podstawowe cechy osobowości łącząc się, tworzą koło, którego składowe są przejawami różnego nasilenia cech podstawowych (Strus i in., 2011). Z racji, że wyniki badań własnych oraz obecnych w literaturze (Dollinger, 1995; S. J. Dollinger, S. M. Dollinger, 1997;

Duriez i in., 2004; Duriez, Soenens, 2006) wskazywały na szczególne znaczenie sumiennosci i intelektu w kontekście osobowościowych uwarunkowań stylów tożsamości, w dalszych badaniach wykorzystaliśmy koło sumiennosc–intelekt z Kołowego Modelu Wielkiej Piątki Hofstee, De Raada i Goldberga (1992).

Oczekiwaliśmy, że styl informacyjny będzie związany z następującymi aspektami koła: wysoką sumiennością i wysokim intelektem, jako aspektami rdzennymi koła oraz organizacją i kompetencją, aspektami mieszanymi powstającymi jako efekt łączenia się dodatnich biegunów sumiennosci oraz intelektu. Wszystkie wymienione aspekty w przeprowadzonych badaniach wykazywały dodatnią korelację ze stylem informacyjnym. Okazało się jednak, że spośród wymienionych aspektów, istotnym predyktorem tego stylu była tylko organizacja. W przypadku stylu normatywnego zakładaliśmy, że wiąże się on negatywnie z intelektem oraz wyobraźnią, a pozytywnie z sumiennością oraz porządkiem. Wyniki analizy korelacji sugerują, że styl ten koreluje istotnie ze wszystkimi wymienionymi aspektami oprócz intelektu. W analizie regresji, predyktorem stylu normatywnego okazał się tylko porządek. Stawiane w badaniu drugim hipotezy nie zostały potwierdzone w całości. Cechy osobowościowe można jednak traktować jako istotne predykatory stylów tożsamości.

Warto zwrócić uwagę na odmienne wartości współczynników beta regresji pomiędzy stylami dyfuzyjno-beztroskim oraz unikowym. Podział stylu dyfuzyjno-unikowego na dwa wspomniane style jest propozycją nową (Cieciuch, 2010; Topolewska, Cieciuch, w druku), jednak uzyskane w tym opracowaniu wyniki sugerują, że znajdującą potwierdzenie w danych empirycznych. Największa różnica pomiędzy stylami występuje w przypadku związków ze stabilnością. W badaniu pierwszym, stabilność była pozytywnym predyktorem stylu dyfuzyjno-beztroskiego, a negatywnym stylu unikowego. W badaniu drugim, stabilność była istotnym predyktorem tylko stylu unikowego. Towarzyskość z kolei była w obu badaniach istotnym, negatywnym predyktorem tylko stylu unikowego. Różnica pomiędzy stylami występuje również w kontekście związków obu stylów z aspektami koła sumiennosc–intelekt. Okazało się, że kompetencja, aspekt mieszany intelektu wzbogacony wysoką sumiennością, jest pozytywnym predyktorem stylu dyfuzyjno-beztroskiego, a negatywnym stylu unikowego. Organizacja z kolei była istotnym, negatywnym predyktorem tylko stylu dyfuzyjno-beztroskiego. Jak sugerują wyniki naszych badań, intelekt jest cechą osobowości silniej związaną ze stylem unikowym. W badaniu pierwszym intelekt był istotnym predyktorem tylko stylu unikowego. W badaniu drugim, choć intelekt uzyskał istotne współczynniki korelacji w obu stylach, był silniej związany ze stylem unikowym. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, styl unikowy oraz styl dyfuzyjno-beztroski są konstruktami o odmiennym znaczeniu psychologicznym. Style te wiążą się w odmienny sposób z cechami osobowościowymi.

Oprócz zakładanych, w badaniu zostały ujawnione związki nieprzewidywane wcześniej. I tak, porządek okazał się predyktorem pozytywnym, a wyobrażenia predyktorem negatywnym stylów dyfuzyjno-beztroskiego oraz unikowego, przy odmiennych korelacjach pomiędzy wymienionymi stylami a cechami organizacją i kompetencją. Takie układy korelacji pomiędzy stylami tożsamości a aspektami koła mogą świadczyć o zasadności traktowania cech niższego rzędu nie jako przejawów jednej cechy podstawowej, a konstruktów zależnych od dwóch cech podstawowych.

W literaturze obecne są wyniki badań dotyczących związków pomiędzy stylami tożsamości a cechami osobowości. Badania te jednak jako konceptualizację osobowości przyjmują głównie Pięcioczynnikowy Model Osobowości Costy i McCrae. Prezentowane badania rozszerzają problematykę osobowościowych uwarunkowań stylów tożsamości o ich związki z cechami osobowości niższego rzędu, rozumianymi jako zorganizowane cyrkularnie aspekty w Kołowym Modelu Wielkiej Piątki Hofstee, De Raada i Goldberga. W niniejszych badaniach zostało wykorzystane koło konstytuowane przez sumienności oraz intelekt. Style informacyjny oraz normatywny okazały się mieć tylko po jednym istotnym predyktorze spośród sześciu aspektów składających się na to koło. W naszym badaniu wzięło udział 155 osób. Warto sprawdzić jak układają się związki pomiędzy stylami tożsamości a aspektami koła sumienność–intelekt na większej grupie badanych.

BIBLIOGRAFIA

- Berzonsky, M. D. (1989). Identity style: conceptualization and measurement. *Journal of Adolescent Research*, 4(3), 268–282.
- Berzonsky, M. D. (2011). A social – cognitive perspective on identity construction. W: S. J. Schwartz, S. K. Luyckx, V. L. Vignoles (red.), *Handbook of identity theory and research*. (s. 55–76). New York: Springer.
- Berzonsky, M. D., Soenens, B., Smits, I., Luyckx, K., Goossens, L., Dunkel, C. S i in. (2010). *Development and validation of the Revised Identity Style Inventory (ISI-4): Factor structure, reliability, and convergent validity*. Unpublished manuscript, Cortland: State University of New York at Cortland.
- Cieciuch, J. (2010). Struktura czynnikowa Kwestionariusza Stylów Tożsamości Michaela Berzonsky'ego. Ile stylów mierzy ISI-3? *Psychologia Rozwojowa*, 15(4), 49–64.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa: Psychological Assessment.
- Dollinger, S. M. (1995). Identity styles and five factor model and personality. *Journal of Research in Personality*, 29, 475–479.
- Dollinger, S. J., Dollinger, S. M. (1997). Individuality and identity exploration: An autophotographic study. *Journal of Research in Personality*, 31, 337–354.

- Duriez, B., Soenens, B. (2006). Personality, identity styles and authoritarianism: An integrative study among late adolescents. *European Journal of Personality*, 20, 397–417.
- Duriez, B., Soenens, B., Beyers W. (2004). Personality, identity styles, and religiosity: An integrative study among late adolescents in Flanders (Belgium). *Journal of Personality*, 72, 877–910.
- Goldberg, L. R., Johnson, J. A., Eber, H. W., Hogan, R., Ashton, M. C., Cloninger, C. R. i in. (2006). The International Personality item Pool and the future of public-domain personality measures. *Journal of Research in Personality*, 40, 84–96.
- Hoekstra, H. A., Ormel, J., De Fruyt, F. (1996). *NEO Persoonlijkheidsvragenlijsten NEO-PI-R en NEO-FFI. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hofstee, W. K. B., de Raad, B., Goldberg, L. R. (1992). Integration of the Big Five and circumplex approaches to trait structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(1), 146–163.
- McCrae, R. R., Costa, P. T. (2008). The Five-Factor Theory of Personality. W: O. P. John, R. W. Robins, L. A. Pervin (red.), *Handbook of personality. Theory and research*. (s. 159–181). New York: The Guilford Press.
- Senejko, A. (2010). Inwentarz Stylów Tożsamości (ISI) Michaela D. Berzonsky’ego – dane psychometryczne polskiej adaptacji kwestionariusza. *Psychologia Rozwojowa*, 15(4), 31–48.
- Strus, W., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2011). Kołowy model struktury cech osobowości w ujęciu Lewisa Goldberga. *Studia Psychologica*, 11(2), 5–33.
- Strus, W., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2012). *The hierarchical vs. circular model of personality structure. Which one fits better to empirical data?* 16th European Conference on Personality, Triest.
- Topolewska, E., Ciecuch, J. (2012). *Jeden czy dwa style dyfuzyjno-unikowe w modelu Berzonsky’ego? Nerozwiązany problem w nowej wersji Inwentarza Stylów Tożsamości (ISI-4)*. Wyślane do publikacji.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M. (1998). *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

EWA SKIMINA, ARTUR ŚWITALSKI

ewa.skimina@gmail.com, artswitalski@gmail.com

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

INTERAKCJE STABILNOŚCI EMOCJONALNEJ I SUMIENNOŚCI W CYRKULARNYM MODELU OSOBOWOŚCI GOLDBEGRA A DEPRESJA, MANIA I PSYCHASTENIA

RECENZJA

Recenzent: dr Włodzimierz Strus

Ewa Skimina i Artur Świtalski podjęli próbę zbadania związków pomiędzy cechami osobowości ujętymi w Goldberga wersji modelu AB5C (*Abridged Big Five Dimensional Circumplex*) a występowaniem objawów depresji, mani i zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (psychastenii) w populacji osób zdrowych. Próbę tę oceniam jako wartościową, choć nie pozbawioną problemów. Zresztą świadomość większości tych problemów ujawnili sami Autorzy artykułu.

Prezentacja teoretycznych podstaw podjętej problematyki wzbogacona została o przegląd aktualnych badań zależności pomiędzy cechami osobowości w modelu tzw. Wielkiej Piątki a objawami psychopatologicznymi. Można mieć pewne zastrzeżenia odnośnie do precyzji opisu modelu AB5C, co nie zmienia faktu, że Autorzy artykułu w sposób merytorycznie poprawny przedstawili kontekst badań własnych, dobrze uzasadniając ich cel oraz potencjalną wartość uzyskanych wyników. W tym świetle dziwi jednak rezygnacja ze sformułowania hipotez badawczych i nadanie badaniom charakteru eksploracyjnego.

Uzyskane przez Autorów wyniki badań należy uznać za interesujące, chociaż nie w pełni jednoznaczne i zgodne z oczekiwaniami. Co prawda nie rozumiem zasadności zastosowania w tym przypadku analizy ścieżek, ale analiza korelacji i analiza regresji przyniosły informacje ważne dla podjętych badań. Za najbardziej wyraźną przyczynę wspomnianej niejednoznaczności czy niezgodności z oczekiwaniami można uznać deficyty w dobroci psychometrycznej skal *Diagnostycznego kwestionariusza osobowości*, przynajmniej jeśli chodzi o badania populacji osób zdrowych. Autorzy artykułu sami wskazują ten problem, wymieniając też kilka innych, potencjalnie istotnych czynników zakłócających. Wykazują przy tym refleksyjną postawę wobec własnych działań badawczych. Wysoko należy ocenić również bardzo systematycznie i wnikliwie przeprowadzoną dyskusję wyników. Na przykład Autorzy słusznie zwracają uwagę na rozróżnienie osobowości anankastycznej (obsesyjno-kompulsywnej) od zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (nerwicy natręctw), jako istotne dla zrozumienia związków pomiędzy badanymi cechami osobowości a psychastenią. Wskazywane przez Autorów kierunki dalszych badań uzupełniłby o stosunkowo najprostszy pomysł – replikację przeprowadzonych przez nich badań przy użyciu innego narzędzia pomiaru objawów psychopatologicznych.

STRESZCZENIE

Celem badania było sprawdzenie zależności między cechami wpisanymi w koło sumienności i stabilności emocjonalnej w cyrkularnym modelu osobowości L. R. Goldberga a skłonnością do depresji, manii i psychastenii. Badanie internetowe objęło 241 zdrowych osób w wieku od 18 do 30 lat, z czego 158 osób stanowiły kobiety, a 83 osoby – mężczyźni. Cechy osobowości, do których należały rdzenna (czysta) sumienność, rdzenna stabilność emocjonalna oraz wynikające z interakcji wymiarów sumienności i stabilności: samodyscyplina, perfekcjonizm, samokontrola i zrelaksowanie, mierzone były za pomocą odpowiednich skal kwestionariusza IPIP-45AB5C L.R. Goldberga. Do badania podatności na zaburzenia psychiczne wykorzystano skale kliniczne depresji, manii i psychastenii z *Diagnostycznego kwestionariusza osobowości* DKO W. Sanockiego. Badanie wykazało, że uwzględnienie cech interakcyjnych w modelu wyjaśniającym wariancję wyników w skalach klinicznych poprawia dopasowanie modelu i zwiększa zakres wyjaśnionej zmienności depresji, manii i psychastenii przez wymiary sumienności i stabilności emocjonalnej.

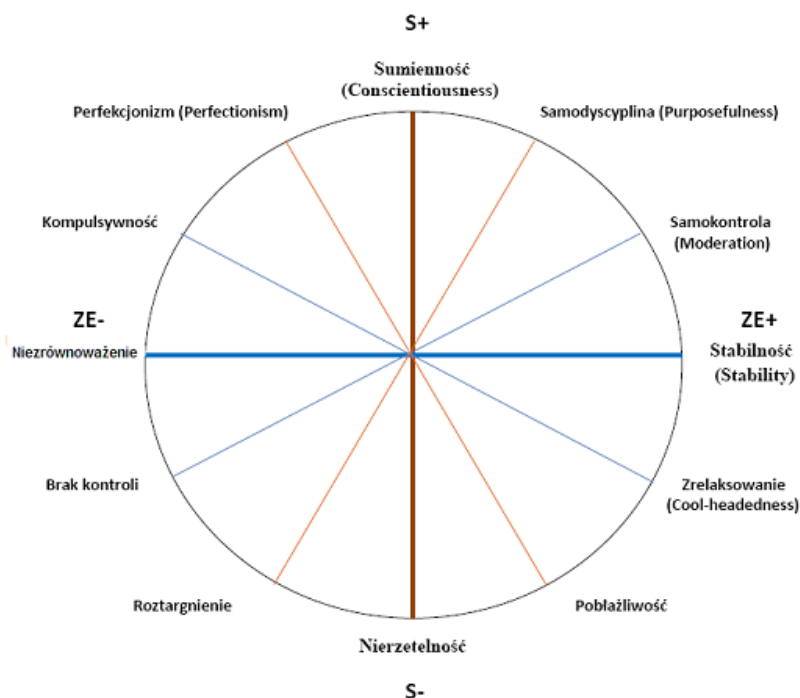
Słowa kluczowe: depresja, mania, psychastenia, cyrkularny model osobowości, sumienność, stabilność emocjonalna

Obecnie najbardziej uznawanym w psychologii modelem osobowości jest model Wielkiej Piątki. Nie brakuje badań wykazujących związki między cechami wchodzącymi w jego skład (ekstrawersja, neurotyczność/stabilność emocjonalna, sumienność, ugodowość i otwartość na doświadczenie/intelekt) a innymi zmiennymi psychologicznymi, jak również psychopatologicznymi. Kotov, Gamez, Schmidt i Watson (2010) dokonując metaanalizy wyników 175 badań dotyczących osobowościowych korelatów zaburzeń lękowych, depresyjnych i uzależnień od substancji psychoaktywnych, wykazali, że wszystkie grupy kliniczne charakteryzowały się wysoką neurotycznością oraz niską sumiennością. Pozostałe wymiary Wielkiej Piątki w mniejszym stopniu korelowały z poszczególnymi zaburzeniami.

Badania te w większości opierały się na hierarchicznym modelu Wielkiej Piątki Costy i McCrae, zakładającym dwupoziomową strukturę osobowości. Według niej każdy z czynników drugiego rzędu można rozbić na sześć czynników pierwszego rzędu, stanowiących różne jego aspekty (np. na ugodowość składają się zaufanie, prostolinijność, altruizm, ustępliwość, skromność, skłonność do rozczulania się; Silva, Laher, 2012). W alternatywnym do niego modelu cyrkularnym Goldberg sugeruje, że na poziomie czynników pierwszego rzędu (składników) dochodzi do integracji czynników drugiego rzędu (wymiarów). Oznacza to, że każdy z pięciu Wielkich Czynników ma dziewięć składników, ale tylko jeden z nich jest niezależny od innych wymiarów (nazywa go składnikiem rdzennym), pozostałe osiem zaś zależy od wysokiego lub niskiego nasilenia innego czynnika (Hofstee, De Raad, Goldberg, 1992). Cechy osobowości Goldberg układa w 10 kołach – każde z nich odzwierciedla zależności pomiędzy dwoma wymiarami i jest podzielone na sektory przez sześć osi. Dwie osie wyznaczają składniki rdzenne, cztery pozostałe odpowiadają składnikom interakcyjnym – ładowanym pierwotnie przez jeden z wymiarów oraz dodatkowo wyznaczanym przez niski lub wysoki poziom drugiego wymiaru. Punkty na okręgu to przeciwległe bieguny składników (DeYoung, Quilty, Peterson, 2007).

Biorąc pod uwagę rezultaty dotychczasowych badań (Kotov, Gamez, Schmidt, Watson, 2010), autorzy tego artykułu postanowili sprawdzić zależności pomiędzy kołem 8 Goldberga, przedstawiającym interakcje sumienności i stabilności emocjonalnej, a objawami zaburzeń psychicznych. Pozwoliłoby to na oszacowanie udziału w wyjaśnianiu stopnia nasilenia zaburzeń takich jak depresja, mania i psychastenia, po pierwsze, czynników rdzennych, a więc czystej sumienności i stabilności emocjonalnej oraz, po drugie, składników będących efektem interakcji tych dwóch wymiarów. Składnikami tymi są: (1) perfekcjonizm (vs pobłażliwość), wyznaczany przez wysoką sumienność oraz niską stabilność emocjonalną; (2) samodyscyplina (vs roztargnienie), wyznaczana przez wysoką sumienność z dodatkiem wysokiej stabilności emocjonalnej; (3) samokontrola (vs brak kontroli), która w pierwszym

rzędzie zależy od wysokiej stabilności emocjonalnej, a w drugim – od wysokiej sumienności oraz (4) zrelaksowanie (vs kompulsywność), zależne od wysokiej stabilności emocjonalnej i niskiej sumienności.



Rysunek 1. Koło 8 w modelu cyrkularnym L. R. Goldberga, ukazujące interakcje wymiarów sumienności i stabilności emocjonalnej.

Wybór zaburzeń uwzględnionych w badaniu poparty został zarówno opisami zespołów psychopatologicznych w literaturze fachowej, sugerujących ich możliwe związki z cechami osobowości umieszczonymi przez Goldberga w kole sumienności i stabilności emocjonalnej, jak i wynikami badań potwierdzającymi istnienie takich związków.

W opisie klinicznym depresji wyraźnie zaznaczają się objawy związane z nasileniem cech neurotycznych, jak niska samoocena, poczucie małej wartości, zamartwianie się, lęk, obniżenie nastroju (ICD-10; Bilikiewicz, 2003). Bilikiewicz powołuje się także na określenie osobowości przedchorobowej osób cierpiących na depresję nawracającą jako *melancholicznej* (2003). Do cech wchodzących w jej skład zalicza się m.in. sumiennność i uporządkowanie (Kronmüller i in., 2005). Kognitywny model depresji Becka natomiast wskazuje na poprzedzenie zaburzeń nastroju zaburzeniami myślenia, dotyczącymi małej wiary we własne możliwości, skuteczność swoich działań i intensywne przeżywanie porażek (Bilikiewicz, 2003), co z kolei daje podstawy do badań

związku perfekcjonizmu z depresją. Badania potwierdziły związki depresji zarówno z neurotycznością (Graham i in., 2010; Kotov i in., 2010; Quilty, Sellbom, Tackett, Bagby, 2009), sumiennością (Kotov i in. 2010), jak i perfekcjonizmem (Graham i in., 2010).

Mania jest zaburzeniem afektywnym o obrazie przeciwnym do depresji. Nastroj maniakałny charakteryzują nieadekwatne reakcje emocjonalne na wydarzenia przykre, wzmożone samopoczucie, przechodzące w bardziej nasilonych stanach w dysfориę – gniew, drażliwość. Zaburzeniom nastroju towarzyszą następstwa w sferze myślenia – bezkrytyczna ocena swoich możliwości, niedostrzeganie trudności i przeszkód w realizacji działań (Bilikiewicz, 2003). Dotychczasowe badania wykazały zależności pomiędzy manią a neurotycznością i sumiennością (Quilty i in., 2008).

Psychastenia mierzona przez *Diagnostyczny kwestionariusz osobowości* odpowiada nerwicy natręctw. Objawy nerwic zaś przypominają wyraźnie zaostrome i przesadne reakcje na sytuacje stresowe ludzi zdrowych. Wśród cech osobowości przedchorobowej wymienia się m.in. bierność, niepewność, sztywność, agresywność. Pacjentom nerwicowym natomiast przypisuje się często cechy takie jak: podwyższony niepokój, niski próg frustracji, zawyżone aspiracje, skupienie na sobie, poczucie niższej wartości, krzywdy (Bilikiewicz, 2003), co stwarza przesłanki do poszukiwania zależności pomiędzy psychastenią a stabilnością emocjonalną, perfekcjonizmem i samokontrolą. Potwierdzenie tych zależności można znaleźć w rezultatach badań, np. związku stabilności emocjonalnej/neurotyczności z lękiem (Kotov i in., 2010) czy sumienności, perfekcjonizmu i samodyscypliny z cechami osobowości anankastycznej, zbliżonej obrazem klinicznym do nerwicy natręctw (Samuel, Widiger, 2011).

Cel badań

Celem badania była próba określenia zależności pomiędzy cechami osobowości opisywanymi w modelu cyrkularnym Goldberga przez dwa duże wymiary – stabilność emocjonalną i sumiennosc a skłonnością do zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, mania i psychastenia. Nawiązując do badań mierzących związki głównych wymiarów – neurotyczności i sumiennosci lub ich aspektów, według hierarchicznej koncepcji osobowości, z zaburzeniami psychicznymi, autorzy tego artykułu przyjęli sobie za cel sprawdzenie, czy zmienność nasilenia depresji, manii i psychastenii jest w większym stopniu wyjaśniana przez czystą stabilność emocjonalną i sumiennosc, czyli rdzenne składniki wymiarów o tych nazwach w modelu Goldberga, czy też przez składniki będące efektem interakcji dwóch wymiarów mających najsilniejszy związek z wymienionymi zaburzeniami. Przypisując swojej pracy badawczej charakter eksploracyjny, autorzy postawili pytania badawcze o siły związków depresji, manii i psychastenii kolejno ze składnikami rdzennymi stabilności emocjonalnej

i sumienności oraz ze składnikami interakcyjnymi: samokontrolą, samodyscypliną, perfekcjonizmem i zrelaksowaniem. Chcieli sprawdzić także, w jakim stopniu koło 8 Goldberga, opisujące zależności pomiędzy wymiarami stabilności emocjonalnej i sumienności, wyjaśnia zmienność nasilenia objawów zaburzeń afektywnych i nerwicowych. Rezultaty badania mogłyby pokazać, czy uzasadnione jest pytanie o relacje między wymienionymi zaburzeniami a układem wzajemnych oddziaływań na siebie neurotyczności i sumienności, czy też jedynie o niezależne związki zaburzeń z dwoma wymiarami. Udzielenie odpowiedzi na to pytanie miałoby swoje implikacje praktyczne w diagnozie podatności na określone zaburzenia. Wykazanie związków pomiędzy niezależnymi wymiarami a nerwicą, w tym silniejszego związku w przypadku neurotyczności przekłada się na przypisanie istotnego prawdopodobieństwa wystąpienia nerwicy u osoby charakteryzującej się wysokim poziomem tej cechy oraz uznania prawdopodobieństwa za tym większe, im niższa jest jej sumienność. Koło 8 Goldberga mogłoby stwarzać szansę bardziej precyzyjnego określania takiego ryzyka, dzięki analizie zależności pomiędzy sumiennością i stabilnością emocjonalną, przejawiającej się na poziomie cech interakcyjnych.

METODA

Osoby badane

Badaniem objęto grupę 241 ochotników, młodych ludzi bez diagnozy klinicznej (średnia wieku $M = 22,7$; odchylenie standardowe $SD = 2,68$). 158 osób stanowiły kobiety (średnia wieku $M = 22,3$; odchylenie standardowe $SD = 2,55$), 83 – mężczyźni (średnia wieku $M = 23,5$; odchylenie standardowe $SD = 2,77$). Większość badanych miała wykształcenie minimum średnie (95,3%), pozostała część kontynuowała naukę w szkole średniej. 40,7% badanych mieszkało w dużych miastach (powyżej 500 tys. mieszkańców), 10% w miastach od 100 do 500 tys. mieszkańców, 31% w miastach poniżej 100 tys. mieszkańców, zaś 18,3% było mieszkańcami wsi.

Zastosowane metody

Do badania koła 8 Goldberga wykorzystano jego autorskie narzędzie, kwestionariusz IPIP-45AB5C w polskiej adaptacji J. Cieciucha, T. Rowińskiego i W. Strusa. Narzędzie to służy do pomiaru wymiarów Wielkiej Piątki oraz ich składników i stanowi alternatywę dla kwestionariusza NEO-PI-R Costy i McCrae. Jego cechą charakterystyczną jest krótkie i zwięzłe sformułowanie itemów. Osoba badana udziela odpowiedzi na pięciostopniowej skali od *całkowicie nietrafnie* *mnie opisuje*

do *całkowicie trafnie mnie opisuje*. Na potrzeby badania wyjęto z kwestionariusza IPIP-45AB5C itemy mierzące składniki rdzenne oraz składniki interakcyjne koła 8, czyli samokontrolę, samodyscyplinę, perfekcjonizm i zrelaksowanie, a następnie zamieszczono je na specjalnie przygotowanej stronie internetowej, do której link został rozesłany ochotnikom.

Na tej samej stronie zamieszczono również metryczkę pytającą o zmienne socjodemograficzne oraz wybrane części narzędzia do pomiaru zaburzeń psychicznych – *Diagnostycznego kwestionariusza osobowości* DKO W. Sanockiego. Narzędzie to jest skróconą i dostosowaną kulturowo polską wersją *Minesockiego wielowymiarowego inwentarza osobowości* MMPI. DKO został skonstruowany strategią empiryczną – jest wynikiem wielu eksperymentów i badań. Składa się, podobnie jak MMPI, z dwóch skal kontrolnych oraz ośmiu skal klinicznych, badających skłonność do różnych zaburzeń psychicznych. Autorzy wybrali trzy spośród nich, które wykorzystali w badaniu – skale depresji, manii i psychastenii. Skala depresji bada aktualny stan. Wyniki wysokie w tej skali wskazują na nadmierne przejmowanie się obowiązkami, zahamowanie i niezadowolenie z siebie. Osoby uzyskujące wysokie wyniki w skali manii cechują się wzmożonym napędem psychoruchowym, podwyższonym nastrojem, dużą aktywnością, ale i roztargnieniem. Wysokie wyniki w skali psychastenii natomiast świadczą o dokładności, skrupulatności, zaburzeniach regulacji psychicznej i występowaniu obsesji i/lub kompulsji. W związku z tym, że w skład tych skal wchodziły inne itemy dla kobiet, a inne dla mężczyzn, ta część badania została przygotowana przez autorów w dwóch wersjach – osobno dla płci. W tej części badany określał, czy dane sformułowanie pasuje do jego osoby, zaznaczając tak lub nie. Punktacja w skalach była ważona, co oznacza, że poszczególne itemy różniły się między sobą ilością punktów przyznawaną za odpowiedź diagnostyczną.

WYNIKI

Wyniki uzyskane w badaniu poddano analizie statystycznej, wykorzystując następujące metody:

- ▶ do oceny współzależności między wynikami w skalach depresji, manii i psychastenii DKO a wynikami uzyskanymi dla składników koła 8 Goldberga mierzonego kwestionariuszem IPIP-45AB5C: współczynnik korelacji liniowej *r*-Pearsona (analizę przeprowadzono w programie PASW Statistics 18);
- ▶ do oceny udziału składników koła 8 Goldberga w wyjaśnianiu zmienności depresji, manii i psychastenii: model równania strukturalnego analizy ścieżek (wykonany w programie SPSS Amos 19).

Wszystkie analizy przeprowadzono oddzielnie dla grupy kobiet i mężczyzn ze względu na różnice w składzie skal DKO.

Pierwszym krokiem analizy było sprawdzenie korelacji między wybranymi skalami klinicznymi *Diagnostycznego kwestionariusza osobowości* a składnikami rdzennymi stabilności emocjonalnej i sumienności w obu grupach.

Tabela 1

Współczynniki korelacji r-Pearsona między skalami DKO a składnikami rdzennymi w grupie kobiet (n = 158)

	Sumiennność		Stabilność emocjonalna	
	r-Pearsona	p	r-Pearsona	p
Depresja	0,105	0,188	0,104	0,194
Mania	-0,045	0,573	-0,159*	0,046
Psychastenia	-0,187*	0,019	-0,265**	0,001

*Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie); **Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

W grupie kobiet istotne okazały się trzy korelacje między skalami DKO a składnikami rdzennymi. Stabilność emocjonalna korelowała z psychastenią (-0,265) i z manią (-0,159). Obie korelacje były ujemne, co świadczy o tym, że im wyższe nasilenie manii lub psychastenii u kobiety, tym niższa jest jej stabilność emocjonalna (wyższa neurotyczność). Istotny okazał się także ujemny związek rdzennej sumienności z psychastenią (-0,187). Ponadto w badanej próbie zaznaczyła się dodatnia korelacja pomiędzy składnikami rdzennymi, wyniosła ona 0,247 i była istotna na poziomie 0,01.

Tabela 2

Współczynniki korelacji r-Pearsona między skalami DKO a składnikami rdzennymi w grupie mężczyzn (n=83)

	Sumiennność		Stabilność emocjonalna	
	r-Pearsona	p	r-Pearsona	p
Depresja	0,020	0,857	-0,253*	0,021
Mania	0,210	0,056	0,087	0,434
Psychastenia	0,104	0,349	-0,464**	0,000

**Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie); *Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

W grupie mężczyzn również najwyższą okazała się korelacja między stabilnością emocjonalną a psychastenią i wyniosła aż -0,464. Inaczej jednak niż w grupie kobiet, istotna okazała się także ujemna korelacja stabilności emocjonalnej z depresją (-0,253). Nie powtórzyły się tutaj korelacje stabilności z manią ani sumienności z psy-

chastenią, które wystąpiły w grupie kobiet. Korelacja między składnikami rdzennymi była nieistotna (0,107). Wyróżnił się natomiast silny ujemny związek depresji i manii u mężczyzn (-0,447), który w przypadku kobiet okazał się nieistotny.

Kolejny krok polegał na sprawdzeniu korelacji między skalami depresji, manii i psychastenii w DKO a składnikami interakcyjnymi opisanymi na kole 8 Goldberga, czyli samokontrolą, samodyscypliną, perfekcjonizmem oraz zrelaksowaniem.

Tabela 3

Współczynniki korelacji r-Pearsona między skalami DKO a składnikami interakcyjnymi z koła 8 Goldberga w grupie kobiet (n=158)

	Perfekcjonizm		Samodyscyplina		Samokontrola		Zrelaksowanie	
	r-Pearsona	p	r-Pearsona	p	r-Pearsona	p	r-Pearsona	p
Depresja	0,024	0,769	0,161*	0,044	0,148	0,063	0,000	0,996
Mania	-0,108	0,177	-0,153	0,055	-0,139	0,082	-0,029	0,718
Psychastenia	-0,046	0,570	-0,203*	0,010	-0,295**	0,000	-0,142	0,076

**Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie); *Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

W grupie kobiet istotne okazały się trzy korelacje: dodatnia korelacja depresji i samodyscypliny (0,161) oraz ujemne związki psychastenii z samodyscypliną (-0,203) i z samokontrolą (-0,295). Rząd wielkości tych korelacji jest zbliżony do rzędu wielkości korelacji skal DKO ze składnikami rdzennymi (korelacje ze składnikami interakcyjnymi są nieco wyższe).

Tabela 4

Współczynniki korelacji r-Pearsona między skalami DKO a składnikami interakcyjnymi z koła 8 Goldberga w grupie mężczyzn (n=83)

	Perfekcjonizm		Samodyscyplina		Samokontrola		Zrelaksowanie	
	r-Pearsona	p	r-Pearsona	p	r-Pearsona	p	r-Pearsona	p
Depresja	-0,039	0,725	-0,007	0,953	-0,321**	0,003	-0,055	0,623
Mania	0,193	0,080	0,147	0,185	0,232*	0,034	-0,095	0,393
Psychastenia	-0,055	0,623	-0,181	0,185	-0,230*	0,036	-0,135	0,223

**Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie); *Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

Jedynie istotne związki w grupie mężczyzn wykazała samokontrola, która korelowała ujemnie z depresją (-0,321) i psychastenią (-0,230) oraz dodatnio z manią (0,232). Związek samodyscypliny z psychastenią był niemal tak duży jak w grupie kobiet, jednak przy niewielkiej liczebności w grupie mężczyzn (n = 83) nie okazał się istotny.

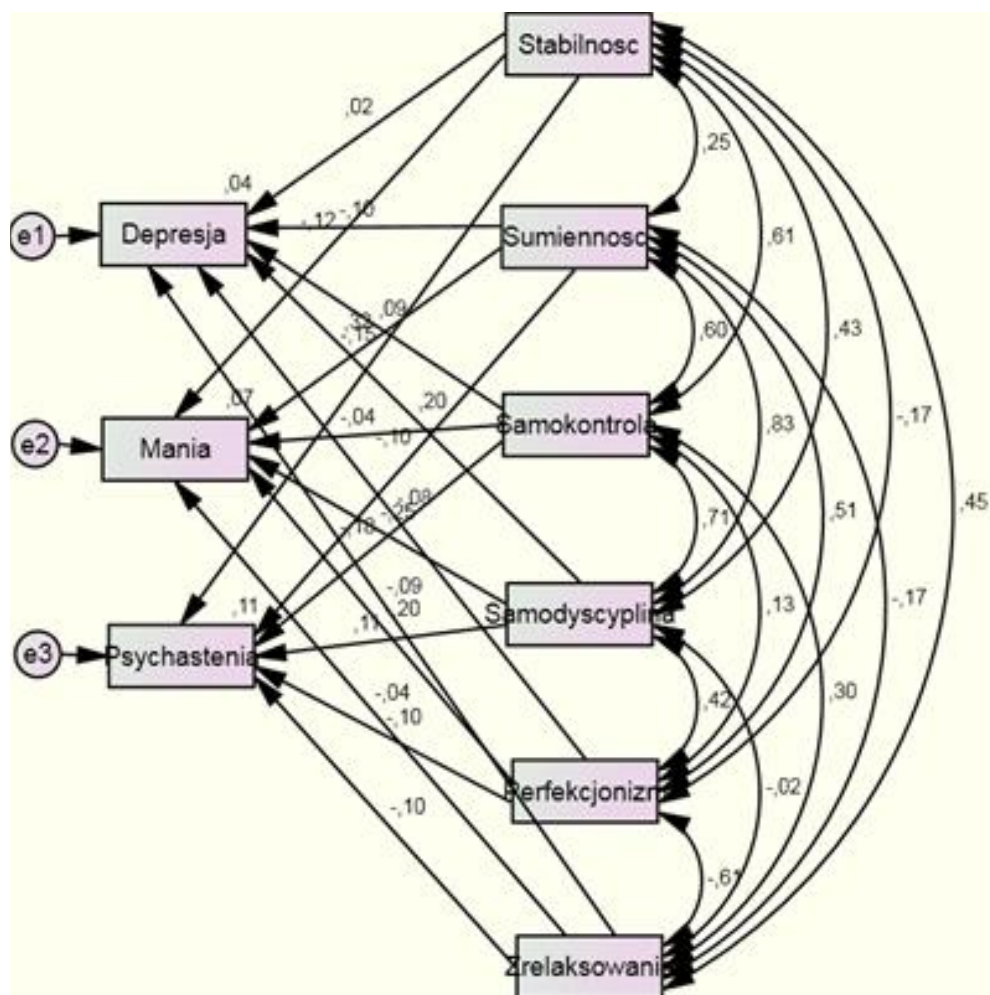
Następnie przetestowano modele, w których depresja, mania i psychastenia są wyjaśniane kolejno: (1) przez same składniki rdzenne, (2) same składniki interakcyjne, a w końcu (3) przez wszystkie składniki 8 koła Goldberga.

W grupie kobiet, liczącej 158 osób, wszystkie modele były dopasowane do danych (model 1, w którym zmienność zaburzeń wyjaśniana jest przez same składniki rdzenne: $\chi^2(3) = 2,189$, $p > 0,05$; $CFI = 1$, $RMSEA = 0,000$; model 2, w którym zmienność zaburzeń wyjaśniana jest przez same składniki interakcyjne: $\chi^2(3) = 2,179$, $p > 0,05$, $CFI = 1$, $RMSEA = 0,000$; model 3, w którym zmienność zaburzeń wyjaśniana jest przez składniki rdzenne i interakcyjne łącznie: $\chi^2(3) = 2,082$, $p > 0,05$, $CFI = 1$, $RMSEA = 0,000$).

Analiza regresji w poszczególnych modelach pokazuje, że w grupie kobiet koło 8 Goldberga wyjaśnia bardzo niewielką część zmienności poddanych analizie zaburzeń. Same składniki rdzenne wyjaśniają taką samą część zmienności depresji, manii i psychastenii (odpowiednio 2%, 3% i 9%), co same składniki interakcyjne (odpowiednio 3%, 3% i 9%). Natomiast uzupełnienie składników rdzennych w modelu o składniki interakcyjne podnosi wyraźnie procent wyjaśnionej zmienności zaburzeń (odpowiednio do 4%, 7% i 11%).

Współczynniki regresji pokazują, że największy w całościowym modelu udział w wyjaśnianiu manii ma sumienność (0,316) oraz dwa składniki interakcyjne, które są pierwotnie przez nią ładowane: samodyscyplina (-0,254) i perfekcjonizm (-0,204). Jedynym współczynnikiem wyróżniającym się wielkością w wyjaśnianiu depresji jest samodyscyplina (0,197), natomiast w przypadku psychastenii najwyższą wartość mają współczynniki samokontroli (-0,182) i stabilności emocjonalnej (-0,151).

W grupie mężczyzn, której liczebność była niemal dwukrotnie niższa od liczebności kobiet ($n = 83$), niełatwo było o dopasowanie modelu do danych. Pierwszy testowany model, w którym depresja, mania i psychastenia były wyjaśniane przez same składniki rdzenne, był najgorzej dopasowany $\chi^2(3) = 26,3$, $p < 0,05$, $CFI = 0,506$, $RMSEA = 0,308$). W modelu tym stabilność i sumienność wyjaśniały 7% depresji, 5% manii i aż 22% psychastenii. Sugerowana przez program modyfikacja modelu dotyczyła wprowadzania korelacji między błędem pomiaru depresji i manii oraz między błędem pomiaru manii i psychastenii. Po dokonaniu modyfikacji parametry dopasowania modelu bardzo wyraźnie się poprawiły – można było wówczas uznać go za dobrze dopasowany $\chi^2(= 1,783$, $p > 0,05$, $CFI = 0,983$, $RMSEA = 0,098$).

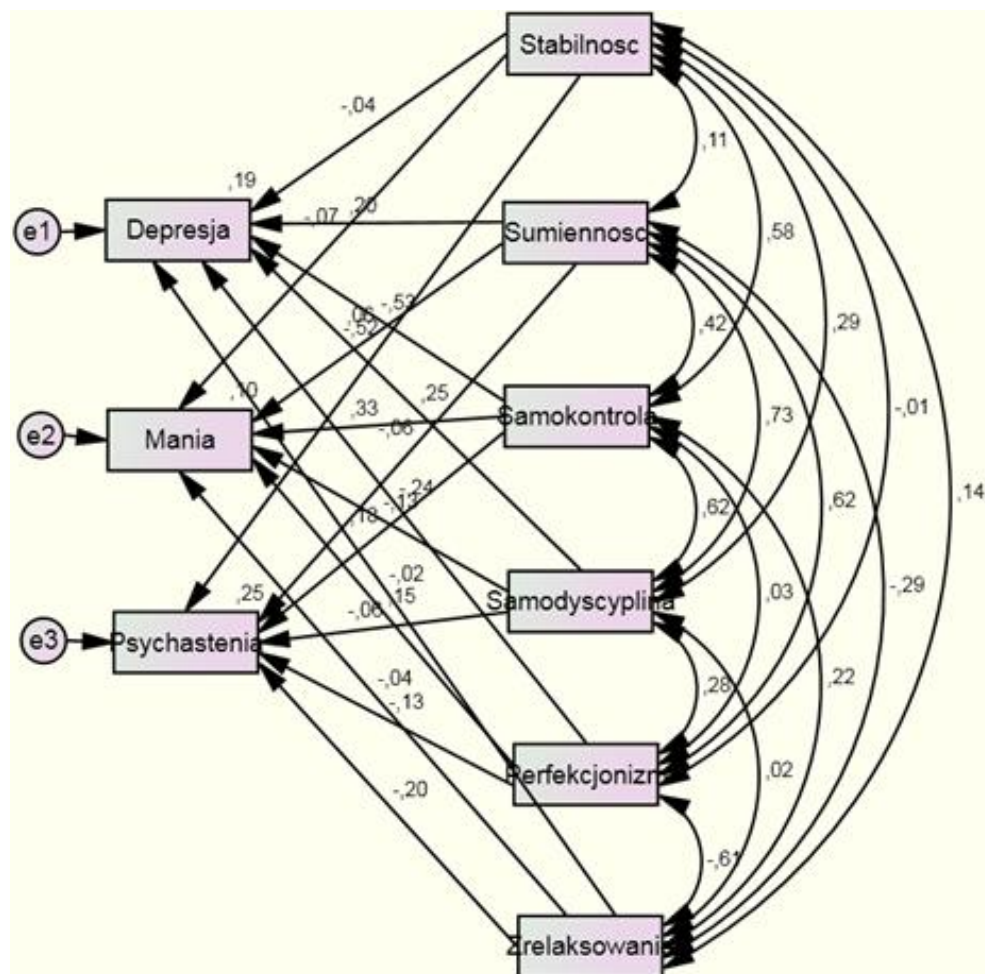


Rysunek 2. Model równania strukturalnego analizy ścieżek, w którym depresja, mania i psychastenia są wyjaśniane przez koło 8 Goldberga w grupie kobiet ($n = 158$).

Kolejny model, w którym wariancja zaburzeń wyjaśniana była samymi składnikami interakcyjnymi, był już lepiej dopasowany $\chi^2((3) = 20,917, p < 0,05, CFI = 0,859, RMSEA = 0,270)$, wskazane było jednak wykonanie tej samej co poprzednio modyfikacji, która po raz kolejny widocznie poprawiła dopasowanie modelu do danych $\chi^2((1) = 0,712, p > 0,05, CFI = 1, RMSEA = 0,000)$. Składniki interakcyjne koła 8 Goldberga wyjaśniały większą część zmienności depresji (18%) i manii (10%) niż składniki rdzenne tego koła, ale mniejszą niż one część zmienności psychastenii (8%).

Model analizy ścieżek, w którym depresja, mania i psychastenia wyjaśniane były przez całe koło 8 był jako jedyny z trzech modeli w grupie mężczyzn dobrze

dopasowany do danych przed modyfikacją $\chi^2(3) = 21,920, p < 0,05; CFI = 0,932; RMSEA = 0,277$). Po wprowadzeniu korelacji błędu depresji i manii oraz błędu manii i psychastenii, CFI zwiększyło się prawie do 1 $\chi^2(1) = 1,345, p > 0,05; CFI = 0,999, RMSEA = 0,065$). Całe koło 8 Goldberga wyjaśniało 19% zmienności depresji, 10% zmienności manii oraz 25% zmienności psychastenii.



Rysunek 3. Model równania strukturalnego analizy ścieżek, w którym depresja, mania i psychastenia są wyjaśniane przez koło 8 Goldberga w grupie mężczyzn ($n = 83$).

Na podstawie wielkości współczynników regresji można stwierdzić, że największy udział w wyjaśnianiu depresji ma samokontrola (-0,532). Niemal równie duży współczynnik osiągnęła stabilność emocjonalna w wyjaśnianiu psychastenii (-0,520). Największy udział w wyjaśnianiu manii miała samokontrola (0,329).

Kończąc analizy, sprawdzono jeszcze rzetelność skal wykorzystanych w badaniach, obliczając współczynnik alfa Cronbacha za pomocą programu PASW Statistics 18. Skale kwestionariusza IPIP-45AB5C, mierzące składniki rdzenne koła 8 Goldberga charakteryzowały się wysoką rzetelnością w całej próbie: rdzenna sumienność $\alpha = 0,810$ (dla 13 itemów); rdzenna stabilność emocjonalna $\alpha = 0,814$ (dla 9 itemów). Również rzetelność skal mierzących składniki interakcyjne była zadowalająca: perfekcjonizm $\alpha = 0,757$ (dla 9 pozycji); samodyscyplina $\alpha = 0,787$ (dla 9 pozycji); samokontrola $\alpha = 0,745$ (dla 10 pozycji); zrelaksowanie $\alpha = 0,692$ (dla 10 pozycji).

Rzetelność skal *Diagnostycznego kwestionariusza osobowości* sprawdzono osobno w grupie kobiet i mężczyzn ze względu na różnice w budowie skal. W żadnej ze skal alfa Cronbacha nie osiągnęła zadowalającego pułapu 0,70, przy czym w grupie mężczyzn współczynniki α były istotnie wyższe (do 0,616 dla psychastenii). Niską rzetelność skal DKO liczoną za pomocą współczynnika alfa Cronbacha mogła spowodować sama metoda. Należy zwrócić uwagę na to, że w kwestionariuszu DKO osoba badana udziela odpowiedzi na skali dwupunktowej, która jest skalą ważoną. W konsekwencji wyniki dla itemów rozkładają się binarnie (np. 0 lub 2). Z kolei wagi poszczególnych itemów znacznie różnią się od siebie, np. w skali psychastenii w grupie mężczyzn mieszczą się w przedziale <2;8>. Może to skutkować tym, że osoba, która udzieliła odpowiedzi diagnostycznej na jedno pytanie, może osiągnąć wyższy wynik od osoby, która udzieliła kilku diagnostycznych odpowiedzi. Z pewnością na taki rezultat wpłynął również fakt, że badane grupy nie były grupami klinicznymi, co skutkowało ogólnie niskimi wynikami we wszystkich skalach. Uzyskane wyniki pokazują jednak, że wersja skal mierzących depresję, manię i psychastenię przeznaczona dla mężczyzn cechuje się wyższą rzetelnością niż wersja tych skal do badania kobiet.

WYNIKI

Uzyskane korelacje między zaburzeniami a składnikami rdzennymi w grupie kobiet, przedstawione w tabeli 1, nie wydają się zaskakujące, biorąc pod uwagę niską rzetelność skal mierzących podatność na zaburzenia w grupie młodych, zdrowych kobiet. Mimo niewielkiej siły związków, te, które okazały się istotne pozostają w zgodzie z dotychczas uzyskiwanymi w badaniach. Ujemny związek stabilności emocjonalnej z psychastenią i z manią znajduje swoje potwierdzenie w wynikach innych badań (Kotovi in., 2010; Quilty i in., 2009). Brak spodziewanej ujemnej korelacji między stabilnością emocjonalną a depresją może wyjaśniać niska rzetelność skali depresji w badanej próbie.

Warto zwrócić uwagę na ujemną korelację rdzennej sumienności z psychastenią. Nie dziwi ona, biorąc pod uwagę wyniki badań nad osobowością osób cierpiących na zaburzenia lękowe, które cechowały się niską sumiennością (Kotov, Gamez, Schmidt, Watson, 2010). Opis kliniczny zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych mógłby sugerować, że osoby, u których zaburzenia te występują, są aż nadto sumienne. Badania na temat relacji sumienności i cech z nią związanych z osobowością anankastyczną, której objawy są zbliżone do objawów nerwicy natręctw, wykorzystujące kilka kwestionariuszy klinicznych i osobowości, wykazują istotne, dodatnie korelacje między tymi cechami. Można jednak zauważyć, że korelacje z obsesyjno-kompulsywnym zaburzeniem osobowości mierzonym MMPI są bardzo różne w zależności od metody pomiaru cech osobowości. W większości jednak korelacje te są ujemne. Należą do nich także korelacje skal sumienności i jej aspektów w modelu Wielkiej Piątki mierzonym przez NEO-PI-R. Tutaj korelacje te są bardzo niskie, a jedyna istotna – to korelacja (ujemna) samodyscypliny z OCPD (Samuel, Widiger, 2011). Uwzględniając fakt, że DKO jest skróconą wersją MMPI, należy oczekiwać, że skale w obu kwestionariuszach mierzą te same lub bardzo podobne zjawiska. Obserwując rezultaty badań, można dojść do wniosku, że skala psychastenii w DKO czy w MMPI odpowiada raczej nerwicy natręctw i dlatego uzasadnione jest porównywanie uzyskanych w niej wyników do zaburzeń nerwicowych, nie zaś zaburzeń osobowości. Z tymi pierwszymi zaś uzyskane w tym badaniu wyniki są zgodne.

Korelacje składników rdzennych z zaburzeniami w grupie mężczyzn również nie pozostawały w sprzeczności w otrzymywanymi dotychczas. Ujemne korelacje stabilności emocjonalnej z depresją i zaburzeniami nerwicowymi wykazały liczne badania (Graham i in., 2010; Kotov i in., 2010).

Sprzeczna z oczekiwaniami była dodatnia korelacja samodyscypliny z depresją w grupie kobiet. Samodyscyplina opisywana jest jako zdolność do automotywacji i wytrwałość w dążeniu do celu, co jest dokładnym przeciwieństwem obrazu depresji. Warto tu jednak zwrócić uwagę na to, że w opisie skali depresji w DKO pojawia się nadmierne przejmowanie się obowiązkami, a w charakterystykach osobowości poprzedzającej wystąpienie depresji – sumiennosc i uporządkowanie. Nie należy też zapominać o tym, że osoby badane były osobami zdrowymi, więc skala depresji mogła różnicować je pod względem podatności na depresję. Jeżeli uwzględniamy wszystkie te okoliczności, otrzymanie takiego wyniku w badanej próbie wydaje się uzasadnione.

Najlepsza pod względem rzetelności w badaniu w grupie kobiet skala, psychastenia, w analizie korelacji ze składnikami interakcyjnymi, wykazała ujemne związki z samodyscypliną – co pozostaje w zgodzie z wyżej przytoczonym badaniem (Samuel, Widiger, 2011) – oraz z samokontrolą – zależną przede wszystkim od stabilności

emocjonalnej. Wskazuje to na obniżenie zdolności do kontrolowania emocji i reakcji nimi wywoływanych, w tym impulsów, głównie w sytuacjach stresogennych, wraz ze wzrostem nasilenia objawów psychastenii, co wydaje się całkowicie spójne z opisem klinicznym tego zaburzenia (Bilikiewicz, 2003).

Korelacja ta (samokontroli z psychastenią) powtórzyła się także w grupie mężczyzn, w której samokontrola wykazała istotny ujemny związek również z depresją. Istnieniu takiej zależności nie przeczy obraz kliniczny epizodu depresji (Bilikiewicz, 2003).

Podsumowując obraz uzyskanych korelacji, łatwo można zauważyć, że wśród składników interakcyjnych występują one z podobną mocą, co wśród składników rdzennych. Uzyskane korelacje są niewielkie, co może wynikać ze słabości metody użytej do pomiaru depresji, manii i psychastenii oraz z faktu, że osoby badane były osobami zdrowymi – nie reprezentowały więc cierpiących na wymienione zaburzenia, a jedynie różniły się wielkością podatności na nie. Mimo to otrzymane związki były zgodne z wynikami innych badań oraz z opisem klinicznym zaburzeń. Wyjątek stanowiła depresja w grupie kobiet, która cechowała się wyjątkowo niską rzetelnością w tym badaniu. Można jednak powołać się tu na badania, które nie wykazały związku pomiędzy depresją a neurotycznością (McCann, 2010).

Modele strukturalne analizy ścieżek pokazały, że wyjaśnianie zmienności depresji, manii i psychastenii poprzez same składniki rdzenne stabilności emocjonalnej i sumienności, można skutecznie wzbogacić o składniki wynikające z interakcji głównych wymiarów sumienności i stabilności emocjonalnej. Modele uwzględniające zarówno składniki rdzenne, jak i interakcyjne wyjaśniały większy procent wariancji każdego z zaburzeń niż same składniki rdzenne lub same składniki interakcyjne.

Zaburzenia w grupie kobiet były wyjaśniane przez koło 8 Goldberga w mniejszym stopniu niż w grupie mężczyzn, mimo iż ta druga była niemal dwukrotnie mniej liczna. W obu grupach największą część zmienności udało się wyjaśnić w przypadku psychastenii. Sugeruje to pewną zależność, polegającą na tym, że im wyższa rzetelność skali mierzącej zaburzenie, tym większą część zmienności tego zaburzenia wyjaśniają składniki koła 8. W połączeniu z najwyższymi korelacjami stabilności emocjonalnej z psychastenią w obu grupach, modele strukturalne mogą sugerować równocześnie inne wytłumaczenie największej części wyjaśnionej wariancji psychastenii – za znaczną część zmienności psychastenii może odpowiadać neurotyczność, uwzględniona w modelach.

Układ współczynników regresji w grupie kobiet wydaje się uzasadniony. Manię w największym stopniu wyjaśniają cechy związane z sumiennością. Spojrzenie na sam tylko współczynnik regresji rdzennej sumienności, ze znakiem dodatnim, wydaje się nie pasować do manii. Jednak niemal równie wysokie, a ujemne współczynniki

regresji przy samodyscyplinie i perfekcjonizmie, wyjaśniają ten rezultat same przez się. Układ ten prezentuje nam osobę, u której występują objawy manii, jako nastawioną na cel, zdeterminowaną, ale mało wytrwałą, porzucającą go w krótkim czasie, a przy tym niedążącą do doskonałości i nieobawiającą się porażki. Jest to zupełnie zgodne z obrazem klinicznym epizodu maniakalnego (Bilikiewicz, 2003), jak również z opisem skali manii w DKO. Wysokie, ujemne współczynniki samokontroli i stabilności emocjonalnej w stosunku do psychastenii zostały już wytłumaczone wyżej, przy opisie korelacji. Powtórzyła się tu dodatnia zależność między samodyscypliną a depresją, ujawniona w analizie korelacji.

Współczynniki regresji w grupie mężczyzn również w większości nie były zaskoczeniem. Samokontrola, wiążąca się z umiejętnością kontrolowania reakcji emocjonalnych w sytuacjach stresowych ujemnie związana z depresją, pokazuje, że w przypadku wyjaśniania wariacji zaburzeń afektywnych większy udział mają cechy interakcyjne. Odwrotny związek samokontroli z manią można by uznać za zupełnie przypadkowy. Obiektywnie należy uznać, że w przypadku epizodu maniakalnego samokontrola jest znacznie obniżona. Jednak zakładając, że zdrowe osoby badane, które uzyskały wyższe od innych wyniki w tej skali, odznaczają się podwyższonym nastrojem i samooceną, pojawienie się takiego współczynnika regresji w badanej próbie przestaje dziwić. Jak już wspomniano, większą część zmienności psychastenii wyjaśniała ujemna stabilność emocjonalna.

DYSKUSJA

Autorzy zdają sobie sprawę z niedoskonałości swoich badań, związanej z nie-reprezentatywnością próby, którą stanowili zdrowi młodzi dorośli, z niedostateczną liczebnością grupy mężczyzn, a także z niską rzetelnością kwestionariusza do pomiaru zaburzeń. Sądzą jednak, że mogą na ich podstawie sformułować kilka wniosków.

Mając na uwadze charakter badanej próby, należy uznać, że badano zależności między cechami opisanymi w 8 kole cyrkularnego modelu osobowości Goldberga a podatnością na depresję, manię i psychastenię. Co za tym idzie, uzyskanych rezultatów nie można w całości odnosić do wyników badań na grupach klinicznych.

Niewielka liczebność badanej próby, nieduży rozrzut wyników w skalach klinicznych i ich niska rzetelność mogły obniżyć otrzymane efekty, dlatego można spodziewać się, że pewne istniejące związki między cechami rdzennymi sumienności i stabilności emocjonalnej oraz cechami wynikającymi z ich interakcji, nie okazały się w omawianym badaniu istotne, a te, które się ujawniły, mogą być większe niż wskazują na to otrzymane rezultaty.

W związku z powyższym trudno odpowiedzieć na pytanie, w jakim stopniu koło 8 Goldberga może wyjaśniać zmienność depresji, manii i psychastenii. Autorzy wnioskuje z otrzymanych wyników, że koło obrazujące interakcje dwóch dużych wymiarów osobowości – sumienności i stabilności emocjonalnej – na poziomie ich składników, wyjaśnia wariancję podatności na depresję, manię i psychastenię w większym zakresie niż same te wymiary analizowane niezależnie. Sądzą więc, że uzasadnione byłoby sprawdzenie zależności między nim a faktycznym nasileniem zaburzeń w grupach klinicznych i porównanie ich z grupą kontrolną pod względem nie tylko poziomu sumienności i stabilności emocjonalnej, ale też samokontroli, samodyscypliny, perfekcjonizmu i zrelaksowania.

W niniejszym badaniu pewne zależności zasygnalizowały się szczególnie i warto byłoby powtórzyć badanie w udoskonalony sposób, aby je potwierdzić. Chodzi tu o zależności między samodyscypliną a podatnością na depresję; między samokontrolą a wszystkimi trzema analizowanymi zaburzeniami oraz stabilnością emocjonalną a psychastenią.

Uzyskane wyniki sugerują też występowanie różnic między płciami w relacjach między cechami osobowości a podatnością na zaburzenia – jest to kolejny trop, któremu warto by się przyjrzeć w kolejnych badaniach. Brak jest w dotychczasowych analizach takich rozróżnień.

Biorąc pod uwagę fakt wysokiej rzetelności skal kwestionariusza IPIP-45AB5C oraz przesłanki świadczące o niesionym przez niego potencjale wzbogacenia dorobku nauki, interesującym byłoby przetestowanie modelu cyrkularnego także w innych dziedzinach oprócz psychopatologii.

BIBLIOGRAFIA

- Bilikiewicz, A. (red.). (2003). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- De Young, C. G., Quilty, L. C., Peterson, J. B. (2007). Between facets and domains: 10 aspects of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(5), 880–896.
- Graham, A. R., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Sherry, D. L., McGrath, D. S., Fossum, K. M. i in. (2010). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: A short-term, four-wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 57(4), 423–438.
- Hofstee, W. K., de Raad, B., Goldberg, L. R. (1992). Integration of the Big Five and circumplex approaches to trait structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(1), 146–163.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., Watson, D. (2010). Linking “Big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768–821.

- Kronmuller, K. T., Backenstrass, M., Kocherscheidt, K., Hunt, A., Fielder, P., Mundt, Ch. (2005). Dimensions of the typus melancholicus personality type. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255, 341–349.
- McCann, S. J. H. (2010). Suicide, Big Five personality factors, and depression at the american state level. *Suicide Research*, 14, 368–374.
- Samuel, D. B., Widiger, T. A. (2011). Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(3), 161–174.
- Silva, L.B., Laher, S. (2012). Exploring the utility of the NEO-PI-R in a sample of South African University students. *IFE Psychologi*, 20(1), 19–48.
- Quilty, L. C., Sellbom, M., Tackett, J. L., Bagby, R. M. (2009). Personality trait predictors of bipolar disorder symptoms. *Psychiatry Research*, 169, 159–163.

NATALIA CYBIS

n.cybis@gmail.com

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

UZALEŻNIENIE OD SIECI. **R**OLA OSOBOWOŚCI I PERSPEKTYW **P**OSTRZEGANIA CZASU

RECENZJA

Recenzent: dr Jan Ciecuch

Artykuł Natalii Cybis jest tekstem interesującym z kilku powodów. Autorka prezentuje szereg modeli, w których związek cech osobowości z uzależnieniem od internetu jest mediowany przez perspektywy czasowe. Obie zmienne wyjaśniające (cechy osobowości oraz perspektywy czasowe) sytuuje Autorka w ramach koncepcji McAdamsa, zgodnie z którą cechy osobowości to konstrukty znajdujące się na pierwszym, a perspektywy temporalne na drugim poziomie opisu osobowości. Na podstawie przeglądu literatury i dotychczasowych wyników badań, Autorka prezentuje modele, do których włącza dwie cechy: stabilność emocjonalną i ekstrawersję oraz dwie perspektywy: przeszłość negatywną i teraźniejszy hedonizm. W kolejnych modelach zmienną wyjaśnianą są kolejne typy uzależnień od internetu. Wprawdzie pojawiają się pewne wątpliwości, ale nie są one kluczowe dla całościowego obrazu. Przykładami taki wątpliwości może być jakoś pomiaru perspektywy teraźniejszego hedonizmu, której rzetelność (mierzona wskaźnikiem alfa Cronbacha) jest dość niska. Można też zastanawiać się, czy po zastosowanej procedurze eliminacji itemów ZTPI pomiar perspektyw czasowych jest ciągle pomiarem perspektyw czasowych w operacjonalizacji Zimbardo. Przydałoby się też nieco głębsze uzasadnienie mediacyjnego charakteru analizowanego związku. Autorka koncentruje się bowiem głównie na relacjach między uzależnieniami a pojedynczymi zmiennymi, które wprowadza do modelu. Zaprezentowany model mediacyjny jest jednakże dość dużym osiągnięciem, a można odnieść wrażenie, że sama Autorka nie docenia jego wagi.

Warto podkreślić dość dużą biegłość analityczną Autorki. Stosuje ona różnego rodzaju techniki statystyczne, jak np. test równoważności pomiaru między pomiarem on-line a tradycyjnym pomiarem papier-ołówek. Zabrakło jednak porównania modeli z mediacją z modelami bez mediacji. Dopiero takie porównanie pozwoliłoby ostatecznie rozstrzygnąć mediacyjną naturę badanych zależności.

Artykuł Natalii Cybis jest rodzajem poszukiwania informacji ukrytych w danych. Autorka wyposażona jest w dwie latarnie – jedną teoretyczną (umiejscawia badane zależności w teorii osobowości McAdamsa), a drugą metodologiczną (zwykle dobiera właściwe analizy). Zarazem jednak obie latarnie czasem nieco tracą światło (brakuje teoretycznego uzasadnienia mediacyjnego charakteru zależności oraz statystycznego kompletnego testu mediacji). Niezależnie od tych nieco ciemniejszych, mniej oświetlonych latarniami, części tekstu, warto go opublikować.

W artykule znajdują się badania roli perspektywy postrzegania czasu jako mediatora między cechami osobowości a typami uzależnienia od internetu. W badaniu wzięło udział 235 osób, które wypełniły za pośrednictwem internetu trzy narzędzia: polską adaptację kwestionariusza osobowości IPIP-B5-50 (Goldberg, 1999), polską, krótką wersję *Kwestionariusza perspektyw postrzegania czasu ZTPI* (Zimbardo *Time Perspective Inventory*, Zimbardo, Boyd, 1999) oraz kwestionariusz TDKI-R, badający typy uzależnienia od internetu w koncepcji Young (2000). Dla każdego z sześciu typów uzależnienia (socjomanii internetowej, uzależnienia od komputera, erotomanii internetowej, kompulsji internetowych, przeciążenia informacyjnego i uzależnienia od gier online) zostały stworzone modele strukturalne oparte o dwie cechy osobowości i dwie perspektywy temporalne. Perspektywa przeszłościowa negatywna okazała się być istotnym predyktorem uzależnienia od internetu (we wszystkich typach z wyjątkiem erotomanii internetowej), natomiast niskie wyniki w skali terażniejszego hedonizmu okazały się istotnie sprzyjać socjomanii internetowej i uzależnieniu od komputera. Perspektywa przeszłościowa pozytywna wykazała ujemny związek z uzależnieniem od gier internetowych. Ponadto badanie potwierdziło silny, ujemny związek stabilności emocjonalnej i perspektywy przeszłościowej negatywnej, dodatni związek ekstrawersji z terażniejszym hedonizmem oraz ugodowości z pozytywną perspektywą przeszłościową.

Słowa kluczowe: ZTPI, perspektywy postrzegania czasu, uzależnienie od internetu, osobowość

Ludzka egzystencja zamknięta jest w ramy czasowe. Płynący czas jako dobro, którego nie da się odzyskać, frapuje naukę od dawna, również w kontekście jego relacji do życia człowieka. Przedmiotem badań staje się m.in. tempo życia, rytm dobowy i cykl rozwojowy (Milfont, Andrade, Belo, Pessoa, 2008), a obecnie coraz więcej uwagi poświęca się psychologicznym aspektom percepcji czasu (Zimbardo, Boyd, 1999).

Okazuje się, że sposób, w jaki osoba kategoryzuje swoje doświadczenia w kontekście przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, ma istotny wpływ na wybór i sposób dążenia do celów związanych z jej funkcjonowaniem społecznym (Carstensen, Isaacowitz, Charles, 1999). Perspektywa postrzegania czasu jako zmienna psychologiczna ma również związek z poziomem zadowolenia z życia (Zhang, Howell, 2011), ze skłonnością do zachowań ryzykownych, np. szybką jazdą samochodem (Zimbardo, Keough, Boyd, 1997) a także nadużywaniem alkoholu, papierosów i narkotyków (Keough, Zimbardo, Boyd, 1999). W niniejszym badaniu podjęto zagadnienie związku perspektyw postrzegania czasu z aktywnością podejmowaną w internecie, a dokładnie z zachowaniami kompulsywnymi i ich typami opartymi o koncepcję Young (2000).

Lewin definiował perspektywę czasu jako sumę zapatrywań osoby na jej psychologiczną przeszłość i przyszłość, przejawianą w danym momencie (za: Milfont i in., 2008). Zdaniem Zimbardo i Boyda (1999) znaczenie perspektywy postrzegania czasu jest centralne dla wielu dziedzin psychologii i powinno być weryfikowane empirycznie z wykorzystaniem perspektywy czasowej jako zmiennej niezależnej, zależnej lub pośredniczącej w różnych modelach teoretycznych.

Zimbardo i Boyd (1999) opracowali własną koncepcję perspektywy postrzegania czasu. Ujmują ją jako „często nieuświadomiony proces, w którym kontinuum osobistych i społecznych doświadczeń jest przypisywane do kategorii czasowych, które te doświadczenia porządkują, nadają im znaczenie i spójność” (s. 1271). Perspektywa czasowa służy do formułowania oczekiwań, celów i tworzenia scenariuszy możliwych wydarzeń. Model Zimbardo i Boyda zakłada względną stałość perspektyw czasowych, ponieważ jednak perspektywy są nabywane w ciągu życia, możliwa jest też ich zmiana. Są one procesem dynamicznym, zależnym od sytuacji: dominacja perspektywy przyszłościowej (trzemą podstawowymi perspektywami są przeszłościowa, teraźniejsza i przyszła) jest korzystna, kiedy jesteśmy w pracy, ale może utrudniać nam relaks podczas wakacji.

Do mierzenia perspektyw postrzegania czasu Zimbardo i Boyd (1999) skonstruowali narzędzie, *Kwestionariusz perspektyw postrzegania czasu* (*Zimbardo Time Perspective Inventory*), składający się z pięciu skal, odpowiadającym poszczególnym perspektywom.

Zimbardo i Boyd wyróżniają dwie perspektywy przeszłościowe: przeszłą pozytywną i negatywną. Osoby z wyższymi wynikami w pierwszej z nich mają senty-

mentalny i ciepły stosunek do swojej przeszłości. Opisują ją takie stwierdzenia, jak „Rozmyślanie o mojej przeszłości sprawia mi przyjemność” i „Lubię słuchać opowieści, jak było w starych, dobrych czasach”. Perspektywa ta dodatnio koreluje dodatnio z samooceną (Zimbardo, Boyd, 1999) i zachowaniami prozdrowotnymi (Hamilton, Kives, Micevski, Grace, 2003). Perspektywa negatywna odzwierciedla negatywne wyobrażenia na temat własnej przeszłości, żal i chęć cofnięcia czasu. Opisują ją stwierdzenia takie, jak „Trudno mi jest zapomnieć o nieprzyjemnych zdarzeniach z młodości” oraz „W przeszłości popełniłem wiele błędów, które chciałbym naprawić”. Ta perspektywa koreluje ujemnie ze stabilnością emocjonalną (Kairys, 2010). Istnieją również dwie perspektywy teraźniejsze: hedonistyczna i fatalistyczna. Osoby z wyższymi wynikami w skali fatalistycznej przejawiają wobec życia postawę bierną i nie mają poczucia wpływu na przebieg wydarzeń. Stwierdzenia opisujące tę postawę to np. „Nie ma większego sensu niepokoić się o przyszłość, skoro i tak nic nie mogę zrobić” i „Co ma być, to będzie, więc nie ma wielkiego znaczenia, jakie działania podejmę”. Perspektywa fatalistyczna również dodatnio koreluje z neurotyzmem (Kairys, 2010). Teraźniejszy hedonizm natomiast to perspektywa osób, które cenią bieżące przyjemności, często odraczając na ich rzecz czekające obowiązki. Związana jest ona również ze skłonnością do zachowań ryzykownych, impulsywnością, poszukiwaniem nowości i doznań (Zimbardo, Boyd, 1999). Wśród itemów reprezentujących tę skalę znalazły się m.in.: „Wspólna zabawa z przyjaciółmi stanowi jedną z istotnych przyjemności w życiu” i „Wolę bardziej znajomych spontanicznych od przewidywalnych”. Skala przyszłościowa natomiast koreluje dodatnio z sumiennością, charakteryzując osoby dobrze zorganizowane, gotowe odroczyć bieżące przyjemności na rzecz przyszłej nagrody (Zimbardo, Boyd, 1999). Reprezentują ją itemy takie, jak „Potrafię oprzeć się pokusom w sytuacji, kiedy wiem, że jest do wykonania praca” i „Kończę projekty na czas dzięki systematycznej pracy”.

Perspektywy postrzegania czasu nie są integrowane z innymi konstruktami teoretycznymi w ramach psychologii różnic indywidualnych, jednak wydaje się, że można je umiejscowić w obrębie *charakterystycznych przystosowań* i *obrazu siebie* będących elementami Pięcioczynnikowej Teorii Osobowości (Costa, McCrae, 1996). Costa i McCrae, autorzy teorii, wyodrębnili trzy centralne komponenty osobowości: *podstawowe tendencje* oraz dwa wymienionej wyżej elementy. *Podstawowe tendencje* to pięć czynników osobowości, tzw. Wielka Piątka (Costa, McCrae, 2003): neurotyzm, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumiennność. Podczas gdy pięć głównych cech tworzy abstrakcyjny potencjał, *charakterystyczne przystosowania* (nawyki, postawy, umiejętności, relacje) rozwijają się w ciągu życia jako ekspresja tego potencjału (Costa, McCrae, 2008). *Obraz siebie* to szczególna część *charakterystycznych przystosowań*, związana z innym elementem tego modelu – *biografią obiektywną*.

Właśnie na jej podstawie, „obserwując to, co robimy, uczymy się częściowo tego, kim jesteśmy” (Costa, McCrae, 2008, s. 164). Zatem ważnym elementem *obrazu siebie* jest historia życia (McAdams, 1993).

Umieszczenie perspektyw postrzegania czasu w roli mediatora między podstawowymi cechami osobowości a zmiennymi typowo behawioralnymi, jakimi są typy uzależnienia od internetu, wydaje się być zatem interesujące z teoretycznego punktu widzenia. Perspektywy czasowe, jako zmienne bliższe bezpośrednio obserwowalnym zachowaniom, powinny mieć większe znaczenie w różnicowaniu ludzi pod względem podobnych skłonności. Badania nad uzależnieniem od sieci są bowiem przykładem, że wnioski płynące z literatury poświęconej osobowościowym korelatom uzależnień behawioralnych są niejednoznaczne. Chociaż Davis (2001) wskazuje na większą skłonność nisko ugodowych, niestabilnych emocjonalnie introwertyków do dysfunkcjonalnego korzystania z internetu, badania Engelberg i Sjöberga (2004) nie ujawniły żadnego związku między poszczególnymi cechami osobowości a stopniem zaangażowania w korzystanie z internetu. Również próby wyjaśnienia przyczyn angażowania się w różne aktywności w internecie za pomocą cech pokazują, że związki te, o ile istotne statystycznie, bywają bardzo niskie (Kraut, Kiesler, Boneva, Cummings, Crawford, 2002).

Uzależnienie od internetu jest zjawiskiem często opisywanym w literaturze (Czincz, Hechanova, 2009; Weinstein, Lejoyeux, 2010), jednak sam syndrom uzależnienia nie doczekał się swojej jednoznacznie przyjętej definicji. Uwzględnienie go jako nowej formy zaburzenia w kolejnej edycji podręcznika DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), planowanej na maj 2013 roku, stanowi obecnie przedmiot dyskusji (Block, 2008; Pies, 2009). Griffiths (1998) definiuje uzależnienie od internetu jako formę uzależnienia od technologii, które z kolei stanowi rodzaj uzależnienia behawioralnego. Kryteria diagnostyczne uzależnienia od internetu (Young, 1996) wiążą się z ilością czasu, jaką użytkownik poświęca sieci, stopniem jego zaabsorbowania tym, co dzieje się w internecie i konsekwencjom, jakie jego zaangażowanie ma dla codziennego życia. W związku z szerokimi możliwościami komunikacji, jakie oferuje obecnie internet, można powiedzieć, że stanowi on równoległą rzeczywistość do życia poza siecią, umożliwiając kultywowanie za jego pośrednictwem prawie wszystkich jego dziedzin. Można zatem oczekiwać, że nie istnieje jeden rodzaj uzależnienia od internetu, lecz co najmniej kilka, w zależności od tego, w jaką aktywność dana osoba angażuje się za jego pośrednictwem w dysfunkcyjny sposób. Young (2000) wyodrębniła pięć typów uzależnienia od internetu: (1) socjomania (*cyberrelationship addiction*), (2) kompulsja internetowa (*net compulsions*), (3) przeciążenie informacyjne (*information overload*), (4) uzależnienie od komputera (*computer addiction*) oraz (5) erotomanię internetową (*cybersexual addiction*).

Socjomania internetowa jest uzależnieniem, które wydaje się być szczególnie aktualne wobec dynamicznego rozwoju rozmaitych portali społecznościowych i ogólnej idei serwisów Web 2.0, w których zawartość jest generowana przez użytkowników. Przeciążenie informacyjne wiąże się z kompulsywnym poszukiwaniem informacji w internecie, a kompulsje internetowe oznaczają m.in. uzależnienie od zakupów, aukcji internetowych i hazardu online.

Osoby korzystające z internetu w dysfunkcyjny sposób to często neurotycy (Cao, Su, 2007; Hardie, Tee, 2007), mający niską samoocenę (Niemz, Griffiths, Banyard, 2005), a także osoby nisko ugodowe i introwertywne (Mottram, Fleming, 2009; Peters, Malesky, 2008; Van der Aa i in., 2009). Perspektywy postrzegania czasu nie były do tej pory włączane do badań nad dysfunkcyjnym korzystaniem z internetu, jednak Lukavska (2012) przeprowadziła badania na grupie osób grających w gry typu MMORPG (*Massive Multiplayer Online Role Playing Game*), które wykazały dodatnią korelację między skalami perspektyw teraźniejszych (fatalistycznej i hedonistycznej) oraz ujemną skali przyszłościowej z czasem poświęcanym na grę. Jednocześnie perspektywa teraźniejsza fatalistyczna miała większy związek z zaangażowaniem w MMORPG niż perspektywa hedonistyczna, która w poprzednich badaniach, skoncentrowanych wokół stosowania używek, okazywała się istotnym predyktorem uzależnienia. Zdaniem Lukavskiej należałoby zatem przyjrzeć się kwestii motywacji do angażowania się w tego typu aktywność internetową.

W oparciu o dostępną wiedzę dotyczącą osobowościowych korelatów uzależnienia od internetu, relacji pięciu czynników osobowości i perspektyw postrzegania czasu, a także relacji perspektyw postrzegania czasu z zachowaniami uzależnieniowymi, zbudowano modele strukturalne dla każdego z typów uzależnienia od internetu.

W każdym modelu uwzględniono stabilność emocjonalną jako predyktor uzależnienia od internetu. Ponieważ niska stabilność emocjonalna wykazuje dodatni związek ze skalą perspektywy przeszłościowej negatywnej, postanowiono włączyć ją do każdego modelu w roli mediatora między stabilnością a typem uzależnienia. Odkrycie istotnej relacji między tymi zmiennymi potwierdziłoby rezultaty badań Lukavskiej (2012), które sugerują, że perspektywa związana z pewnymi deficytami emocjonalnymi (jak teraźniejszy fatalizm lub testowana tutaj negatywna przeszłość) może mieć istotny, motywacyjny wpływ na dysfunkcyjne korzystanie z internetu, być może większy, niż perspektywa związana z poszukiwaniem nowości i zapotrzebowaniem na stymulację (jak teraźniejszy hedonizm).

Drugim czynnikiem osobowości włączonym do testowanych modeli stała się ekstrawersja i wiążący się z nią teraźniejszy hedonizm (Kairys, 2010), w dotychczasowych badaniach łączony ze skłonnością do uzależnienia. W modelu wyjaśniającym uzależnienie od gier online zdecydowano się jednak uwzględnić ugodowość zamiast

ekstrawersji i łączącą się z ugodowością perspektywę przeszłościową pozytywną. Niska ugodowość ma istotny związek z uzależnieniem od gier typu MMORPG (Collins, Freeman, Chamarro-Premuzic, 2012; Peters, Malesky, 2008), wiąże się też z różnymi rodzajami motywacji do grania w gry online, niezależnie od ich tematyki (Park, Song, Teng, 2011). Włączenie perspektywy przeszłościowej pozytywnej do tego modelu jest motywowane jej istotną korelacją z cechą ugodowości i chęcią weryfikacji, jak ta perspektywa, jako przeciwieństwo perspektywy przeszłościowej negatywnej, spełni się w roli mediatora uzależnienia od gier.

METODA

Badanie zostało przeprowadzone za pośrednictwem internetowego serwisu ebadania.pl. Metoda ta była pożądana ze względu na tematykę badania i specyficzną grupę respondentów. Link do ankiety był umieszczany na forach dyskusyjnych i serwisach społecznościowych z informacją, że badanie dotyczy zwyczajów związanych z korzystaniem z internetu. W badaniu wzięło udział 235 osób: 105 mężczyzn i 130 kobiet, w wieku 17–43 lat ($M = 26$, $SD = 5$).

Narzędzia

Zimbardo Time Perspective Inventory. Do zmierzenia perspektyw postrzegania czasu zastosowano polską, krótką wersję kwestionariusza *Zimbardo Time Perspective Inventory* (Cybis, Rowiński, Przepiórka, 2012). Autorzy tej wersji chcieli w procesie adaptacji uzyskać narzędzie, które będzie miało dobre własności psychometryczne, potwierdzone za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej (*confirmatory factor analysis* – CFA). CFA jest obecnie powszechnie stosowana w testowaniu jakości narzędzi psychologicznych, a została zastosowana tylko w trzech z dziewięciu dotychczasowych adaptacji kulturowych ZTPI (Orosz, 2011).

Eksploracyjna analiza czynnikowa przeprowadzona na danych pochodzących z badań wersją papier–ołówkę ($N = 400$) potwierdziła pięcioczynnikową strukturę narzędzia, jednak część itemów nie weszła do odpowiadających im skal z powodu niewystarczających ładunków czynnikowych. Na tej podstawie została podjęta decyzja o skróceniu narzędzia z pierwotnej długości 56 itemów do 30 itemów (po sześć na każdą skalę), wybranych za pomocą procedury zaproponowanej przez Donnellana, Oswalda, Bairda i Lucasa (2006). Tę skróconą wersję kwestionariusza poddano konfirmacyjnej analizie czynnikowej na nowej bazie danych ($N = 516$), jednak niektóre itemy okazały się mieć wysokie ładunki w innych czynnikach. Kierując się

wartościami Modification Index (M.I), podjęto decyzję o redukcji pozycji do trzech na każdą skalę, usuwając problematyczne itemy.

Otrzymane wskaźniki potwierdziły dobre dopasowanie 15-itemowej wersji kwestionariusza do danych i mieściły się w kryteriach proponowanych przez Hu i Bentlera (1999): CFI (*comparative fit index*) = 0,93; RMSEA (*root mean square error of approximation*) = 0,04; SRMR (*standardized root mean square residual*) = 0,06. Wartość χ^2 wskazywała na różnicę istotną statystycznie ($\chi^2(1,95) = 300,71, p < 0,001$), należy jednak zauważyć, że jest to statystyka wrażliwa na wielkość próby badawczej (Hu, Bentler, 1999).

Wskaźniki rzetelności alfa Cronbacha dla poszczególnych skal narzędzia są następujące: terażniejszy hedonizm – $\alpha = 0,45$; pozytywna przeszłość – $\alpha = 0,54$; negatywna przeszłość – $\alpha = 0,78$; przyszłość – $\alpha = 0,80$; terażniejszy fatalizm – $\alpha = 0,60$.

Aby móc bez przeszkód stosować to narzędzie w badaniach internetowych i porównywać dane pochodzące z pomiaru internetowego i metody papier-ołów, należało zweryfikować równoważność pomiaru offline i online. W tym celu zastosowano metodę międzygrupowej konfirmacyjnej analizy czynnikowej (*multi-group confirmatory factor analysis* – MGCFA) zaproponowaną przez Vandenbergę i Lance'a (za: Rowiński, Ciecuch, 2010) za pomocą programu AMOS 19. Równoważność pomiaru powinna być udowodniona na trzech poziomach: konfiguralnym, metrycznym i skalarnym (Ciecuch, Davidov, 2012). Pierwszy poziom oznacza, że struktura czynnikowa jest podobna w obu narzędziach, drugi weryfikuje, czy ładunki czynnikowe itemów są równe w obu grupach (to znaczy, że badani interpretują itemy w jednakowy sposób), natomiast trzeci poziom bada, czy w obu grupach skala odpowiedzi używana jest w taki sam sposób – a zatem, czy można porównywać ze sobą średnie wyniki w skalach między grupami.

Uzyskane wskaźniki równoważności potwierdziły równoważność pomiaru na poziomie konfiguracyjnym, metrycznym i skalarnym (Cybis, Rowiński, 2012).

W analizach prowadzonych na potrzeby niniejszego artykułu uwzględniono zaadaptowaną w powyższy sposób krótką wersję ZTPI. Kwestionariusz ten składa się z pięciu skal odpowiadającym pięciu perspektywom temporalnym: przeszłościowej pozytywnej (PP), przeszłościowej negatywnej (PN), terażniejszej hedonistycznej (TH), terażniejszej fatalistycznej (TF) i przyszłościowej (P). Badany ustosunkowuje się do podanych stwierdzeń, korzystając z pięciostopniowej skali Likerta, w której odpowiedź *całkowicie się nie zgadzam* ma wartość 1, a *całkowicie się zgadzam* wartość 5.

TDKI-R. Typy uzależnienia od internetu zostały zmierzone kwestionariuszem TDKI-R Rowińskiego i Cybis. Kwestionariusz zawiera sześć skal, na każdą z nich

przypadają trzy itemy. Pięć skal odpowiada pięciu typom uzależnienia zgodnie z koncepcją Young (2000), a szósta skala mierzy uzależnienie od gier online. Badani wypełniają kwestionariusz, wykorzystując pięciostopniową skalę odpowiedzi odzwierciedlającą częstotliwość angażowania się w poszczególne aktywności, gdzie odpowiedź *prawie nigdy* ma wartość 1, a odpowiedź *bardzo często* wartość 5. Skale rzetelności Cronbacha dla skal TDKI-R są następujące: infomania – $\alpha = 0,60$; socjomania – $\alpha = 0,75$; erotomania – $\alpha = 0,66$; kompulsje internetowe – $\alpha = 0,60$; uzależnienie od komputera – $\alpha = 0,89$; uzależnienie od gier – $\alpha = 0,80$.

IPIP-B5-50. Choć równolegle do Costy i McCrae’a badania nad Wielką Piątką prowadził Goldberg (1981, 1990), nie zbudował on modelu osobowości opartego o te czynniki. Badacze osobowości zawdzięczają jednak jego pracy zestaw narzędzi do badania cech, udostępnionych w internecie na zasadzie domeny publicznej. Zastosowany w niniejszym badaniu kwestionariusz IPIP-B5-50, w polskiej adaptacji Strusa, Ciecucha i Rowińskiego, mierzy pięć podstawowych wymiarów osobowości, a jego oryginalna wersja została stworzona w ramach projektu IPIP (*International Personality Item Pool*), zainicjowanego przez Goldberga (1999). IPIP to międzynarodowy projekt zrzeszający badaczy chcących konstruować i doskonalić narzędzia do pomiaru osobowości i innych aspektów różnic indywidualnych. Na stronie internetowej projektu (<http://ipip.ori.org>) udostępniono prawie 2500 itemów, za pomocą których można tworzyć kwestionariusze oparte o rozmaite konstrukty teoretyczne, również te, które zostały już zoperacjonalizowane w formie popularnych, komercyjnych kwestionariuszy, takich jak NEO-PI-R (Costa, McCrae, 1992). Wszystkie skonstruowane w ten sposób narzędzia są niekomercyjne, udostępniane do badań w formie domeny publicznej. Strus, Ciecuch i Rowiński dokonali adaptacji wszystkich itemów, a postępy prac nad poszczególnymi narzędziami projektu IPIP-PL są dokumentowane na stronie internetowej <http://ipip.edu.pl>.

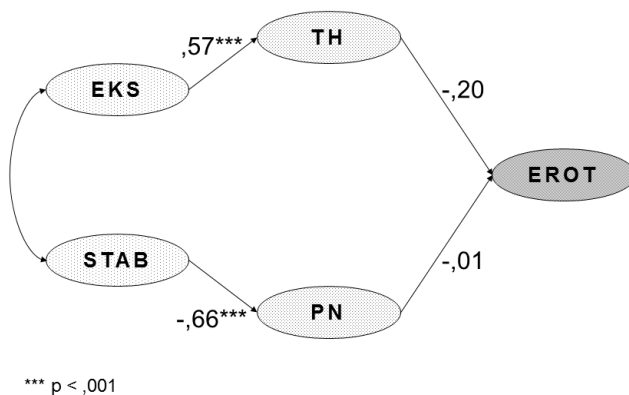
Kwestionariusz IPIP-B5-50 składa się z pięciu skal: ekstrawersji, ugodowości, sumienności, stabilności emocjonalnej i intelektu, a na każdą z nich przypada 10 itemów. Badani wypełniają kwestionariusz, korzystając z pięciostopniowej skali Likerta z odpowiedziami od *całkowicie nietrafnie mnie opisuje* do *całkowicie trafnie mnie opisuje*. Analiza MGCFa potwierdziła równoważność pomiaru wersją online i offline tego narzędzia na trzech poziomach: konfiguralnym, metrycznym i skalar-
nym (Cybis, Rowiński, Ciecuch, Strus, 2012).

WYNIKI

W programie AMOS 19 zostały zbudowane modele strukturalne w oparciu o opisane wcześniej hipotezy. Do analizy podstawiono zmienne latentne wraz z ładującymi je itemami.

Erotomania internetowa

Model strukturalny dla erotomanii internetowej przedstawia rysunek 1. Wskaźniki dopasowania tego modelu (CFI = 0,95; RMSEA = 0,07; SRMR = 0,06) świadczą o jego dobrym dopasowaniu do danych. Potwierdził się dodatni związek ekstrawersji z terażniejszym hedonizmem ($\beta = 0,57, p < 0,001$) oraz ujemny stabilności emocjonalnej i perspektywy przeszłościowej negatywnej ($\beta = -0,66, p < 0,001$).



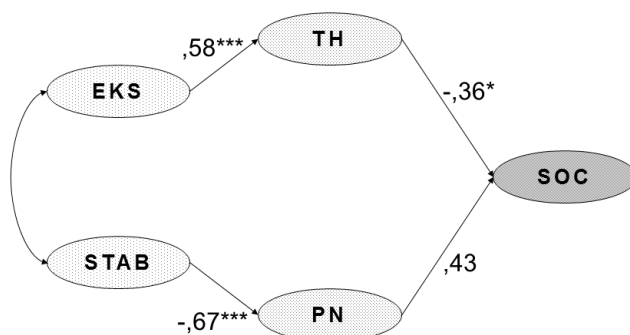
Rysunek 1. Model strukturalny ekstrawersji (EKS), stabilności emocjonalnej (STAB), terażniejszego hedonizmu (TH), perspektywy przeszłościowej negatywnej (PN) i erotomanii internetowej (EROT).

Nie potwierdził się natomiast wpływ tych dwóch perspektyw postrzegania czasu na ten typ uzależnienia od internetu (TH: $\beta = -0,20, p > 0,05$, PN: $\beta = -0,01, p > 0,05$).

Socjomania internetowa

Wyjściowy model strukturalny dla kompulsji internetowych przedstawia rysunek 2. Wskaźniki dopasowania tego modelu (CFI = 0,94; RMSEA = 0,07; SRMR = 0,07) świadczą, że jest on dobrze dopasowany do danych. Poza potwierdzeniem związków między cechami osobowości a perspektywami temporalnymi pojawił się istotny, dodatni związek między perspektywą przeszłościową negatywną oraz ujemny między

dzy perspektywą hedonistyczną a socjomanią internetową na poziomie $\beta = 0,43$ ($p < 0,001$) dla PN oraz $\beta = -0,36$ ($p < 0,01$) dla TH.

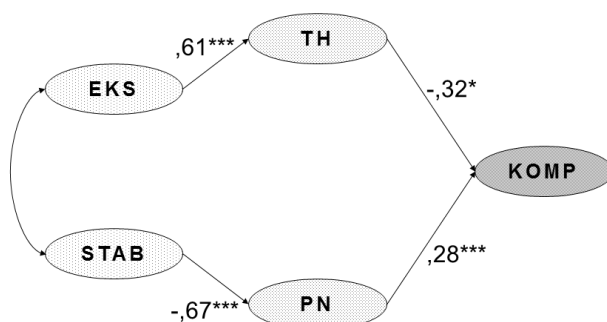


* $p < ,01$; ** $p = ,001$; *** $p < ,001$

Rysunek 2. Model strukturalny ekstrawersji (EKS), stabilności emocjonalnej (STAB), terażniejszego hedonizmu (TH), perspektywy przeszłościowej negatywnej (PN) i socjomanii internetowej (SOC).

Uzależnienie od komputera

Model strukturalny dla uzależnienia od komputera przedstawia rysunek 3. Wskaźniki dopasowania tego modelu ($CFI = 0,92$; $RMSEA = 0,08$; $SRMR = 0,09$) świadczą o jego umiarkowanym dopasowaniu do danych. Wyjściowy model ujawnił, podobnie jak w modelu kompulsji internetowych, istotną rolę obu perspektyw temporalnych w wyjaśnianiu tego rodzaju uzależnienia. Związek perspektywy hedonistycznej ponownie okazał się ujemny ($\beta = -0,32$, $p < 0,01$), a przeszłościowo – negatywnej dodatni ($\beta = 0,28$, $p < 0,001$).

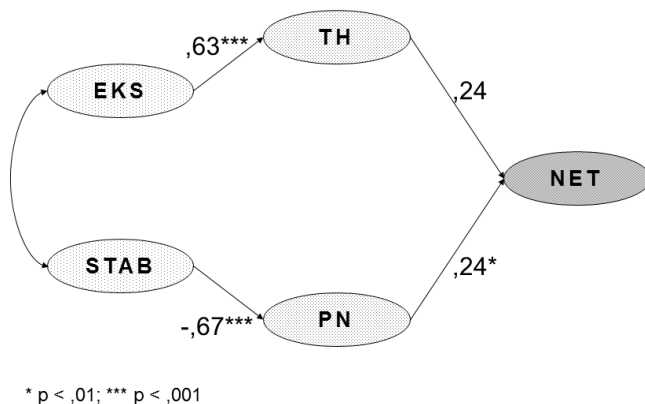


* $p < ,01$; *** $p < ,001$

Rysunek 3. Model strukturalny ekstrawersji (EKS), stabilności emocjonalnej (STAB), terażniejszego hedonizmu (TH), perspektywy przeszłościowej negatywnej (PN) i uzależnienia od komputera (KOMP).

Kompulsje internetowe

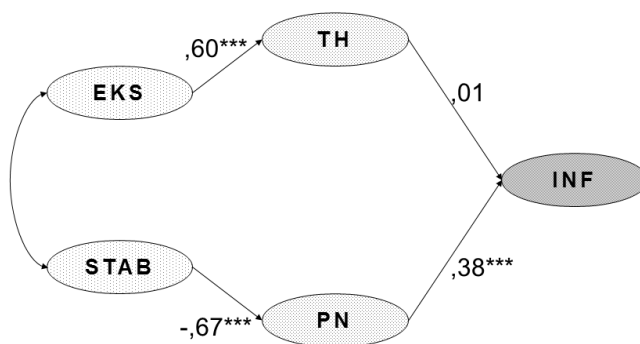
Wyjściowy model strukturalny dla kompulsji internetowych przedstawia rysunek 4. Model ten jest dobrze dopasowany do danych (CFI = 0,95; RMSEA = 0,06; SRMR = 0,07). W tym wypadku nie potwierdził się wpływ perspektywy hedonistycznej na ten typ uzależnienia ($\beta = 0,24$, $p > 0,01$), natomiast wyniki w skali PN okazały się mieć umiarkowany, dodatni związek z ujawnieniem się skłonności do kompulsji internetowych ($\beta = 0,28$, $p < 0,01$).



Rysunek 4. Model strukturalny ekstrawersji (EKS), stabilności emocjonalnej (STAB), teraźniejszego hedonizmu (TH), perspektywy przeszłościowej negatywnej (PN) i kompulsji internetowych (NET).

Przeciążenie informacyjne

Wyjściowy model strukturalny dla przeciążenia informacyjnego przedstawia rysunek 5. Wskaźniki dopasowania tego modelu (CFI = 0,94; RMSEA = 0,07; SRMR = 0,07) są bliskie punktom odcięcia proponowanym przez Hu i Bentlera (1999), zatem można uznać ten model za dopasowany do danych. Model ujawnił istotny, dodatni wpływ perspektywy przeszłościowej negatywnej na pojawienie się tego rodzaju uzależnienia ($\beta = 0,38$, $p < 0,001$), natomiast związek perspektywy hedonistycznej z tym typem uzależnienia nie potwierdził się ($\beta = 0,01$, $p > 0,05$).

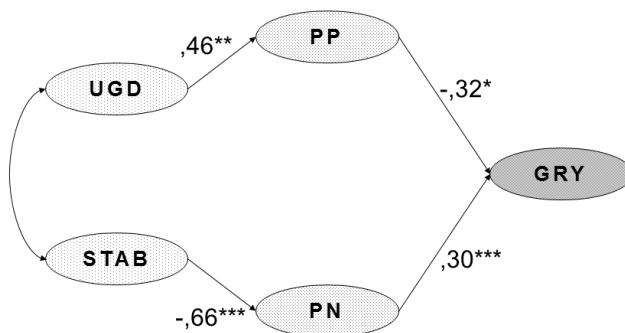


*** $p < ,001$

Rysunek 5. Model strukturalny ekstrawersji (EKS), stabilności emocjonalnej (STAB), terażniejszego hedonizmu (TH), perspektywy przeszłościowej negatywnej (PN) i przeciążenia informacyjnego (INF).

Uzależnienie od gier online

Wyjściowy model strukturalny dla uzależnienia od gier online przedstawia rysunek 6. Wskaźniki dopasowania tego modelu ($CFI = 0,92$; $RMSEA = 0,07$; $SRMR = 0,09$) świadczą o jego umiarkowanym dopasowaniu do danych. Potwierdził się wpływ ugodowości na wyniki w skali perspektywy przeszłościowej pozytywnej ($\beta = 0,46$, $p = 0,001$). Również i tym razem perspektywa przeszłościowa negatywna okazała się być mediatorem między stabilnością emocjonalną a uzależnieniem ($\beta = 0,30$, $p < 0,001$). W roli mediatora między ugodowością a uzależnieniem od gier pojawiła się perspektywa przeszłościowo – pozytywna ($\beta = -0,31$, $p < 0,01$).



* $p < ,01$; ** $p = ,001$; *** $p < ,001$

Rysunek 6. Model strukturalny ugodowości (UGD), stabilności emocjonalnej (STAB), perspektywy przeszłościowej pozytywnej (PP), perspektywy przeszłościowej negatywnej (PN) i uzależnienia od gier online (GRY).

Wskaźniki dopasowania do danych w poszczególnych modelach pozwalają stwierdzić, że perspektywy temporalne pełnią rolę mediatora między cechami osobowości a typami uzależnienia od internetu.

Perspektywa przeszłościowa negatywna okazała się ważnym predyktorem uzależnienia w pięciu typach uzależnienia – jest to odkrycie nowe w stosunku do badań dotyczących relacji perspektyw postrzegania czasu i skłonności do angażowania się w impulsywne zachowania. Rezultat ten sugeruje pytanie o motywację angażowania się w dysfunkcyjny rodzaj aktywności internetowej. Być może ma ono charakter kompensacyjny w stosunku do deficytów wynikających z negatywnych emocji odczuwanych przez jednostkę odnośnie własnej przeszłości. Należy zauważyć, że największy związek, spośród poszczególnych typów uzależnienia od sieci, okazały się mieć z tą perspektywą skale socjomanii internetowej ($\beta = 0,43$, $p < 0,001$) i przeciążenia informacyjnego ($\beta = 0,38$, $p < 0,001$). Hipoteza o dodatnim związku tej perspektywy z erotomanią internetową nie potwierdziła się.

Zastanawiająca jest rola perspektywy terażniejszego hedonizmu w wyjaśnianiu uzależnienia od sieci. Hipotezy o dodatnim związku perspektywy hedonistycznej z problematycznym korzystaniem z Internetu nie potwierdziły się. Rezultat ten jest frapujący tym bardziej, że analizowane modele wykazały odwrotnie proporcjonalną relację tej perspektywy do skali kompulsji internetowych i uzależnienia od komputera. Jest to wynik całkowicie odmienny od wniosków płynących z badań Lukavskiej (2012). Ujemny wynik w skali terażniejszego hedonizmu okazał się być ponadto nieco lepszym predyktorem wystąpienia uzależnienia od komputera, niż perspektywa przeszłościowa negatywna. Mogłoby się wydawać, że osoby z wysokimi wynikami w tej perspektywie, skupione głównie na przeżywaniu bieżących przyjemności i mające niedostateczną kontrolę ego (Zimbardo, Boyd, 1999) powinny wykazywać tendencje do popadania w podobne uzależnienie. Byłoby to też zgodne z wcześniejszymi badaniami w tym zakresie (Lukavska, 2012). Być może problem tkwi w specyfice itemów, które weszły do skali terażniejszego hedonizmu w zaadaptowanej, krótkiej wersji kwestionariusza. Wydają się one uwypuklać bardziej radosny, beztroski aspekt tej perspektywy. Następnym krokiem w poszukiwaniu moderatora dla poszczególnych typów uzależnienia od sieci mogłyby być zatem badania włączające do modelu perspektywę przyszłościową, która – korespondując silnie z sumiennością – być może lepiej wyjaśni impulsywny aspekt angażowania się w tego rodzaju dysfunkcję.

Erotomania internetowa okazała się nie być przewidywana przez uwzględnione w modelu perspektywy temporalne, mimo że opisywany w literaturze związek kompulsywnej seksualności z objawami depresji i neurotyzmem (Reid, Carpenter,

Spackman, Willes, 2008) sugerowałby ujawnienie się zależności tej skali przynajmniej od perspektywy przeszłościowej negatywnej. Być może jednak ten rodzaj uzależnienia jest silniej związany nie tyle z negatywnym afektem, co z ogólnym brakiem umiejętności regulacji i rozumienia własnych emocji (Montaldi, 2002; Reid i in., 2008), zatem zmienne takie jak inteligencja emocjonalna mogłyby być bardziej pomocne w jego przewidywaniu. Uzależnienie od gier online natomiast okazało się być w większym stopniu związane z niskimi wynikami w skali perspektywy przeszłościowej pozytywnej, niż wysokimi w perspektywie negatywnej, co jest nowym odkryciem w stosunku do badań Lukavskiej (2012).

Analizowane modele uwzględniały spodziewaną zależność między trzema cechami osobowości a perspektywami temporalnymi, sugerowaną przez wyniki dotychczasowych badań, wskazujących na dodatnie związki neurotyzmu z ze skalą PN, ekstrawersji i skali PH oraz ugodowości i perspektywy przeszłościowej pozytywnej (Kairys, 2010; Zimbardo, Boyd, 1999). Relacje te potwierdziły się w niniejszych badaniach, które wykazały ujemny związek stabilności emocjonalnej i perspektywy przeszłościowej negatywnej. Testowane modele potwierdziły również tendencję ekstrawertyków do przyjmowania perspektywy hedonistycznej i dodatni związek ugodowości z perspektywą przeszłościową pozytywną.

Fakt, że poszczególne skale kwestionariusza TDKI-R wykazują różny związek z perspektywami temporalnymi świadczy o tym, że uzasadnione jest zarówno mówienie o odmiennych typach uzależnienia od internetu, jak i różnicowanie ludzi pod kątem podatności na każdy z nich. Wskazuje to również, że typy uzależnienia od internetu mogą być efektem leżącego u ich podłoża zaburzenia, które znalazło nową drogę ujścia w postaci łatwo dostępnego i wygodnego medium, jakim jest internet. Jest to istotne z punktu ewentualnych interwencji terapeutycznych, które powinny uwzględniać z jednej strony istniejące już zaburzenie i odnosić się do związanych z nim czynników psychopatologicznych, a z drugiej organizować życie uzależnionej osoby tak, aby wypracowała bezpieczne sposoby korzystania z technologii.

Wydaje się też, że integracja perspektyw temporalnych z pięcioczynnikowym modelem osobowości byłaby możliwa- perspektywy czasowe funkcjonowałyby w nim jako zmienne bliższe obserwowalnym różnicom indywidualnym, będące wynikiem interakcji osobowości z historią życia i środowiskiem. Wówczas negatywna perspektywa przeszłościowa ujawniałaby się w określonych sytuacjach jako szczególnie objaw niskiej stabilności emocjonalnej. Interesująca byłaby próba integracji czynników osobowości i perspektyw temporalnych uwzględniająca badania nad typologią czynników osobowości w odniesieniu do podatności na dysfunkcyjne korzystanie z internetu (Rowiński, 2008).

Perspektywy temporalne jako istotny moderator kilku typów uzależnienia od internetu mogą stanowić ważną inspirację w pracy terapeutycznej z tym zaburze-

niem. Trwały efekt terapeutyczny zależy bowiem od świadomości, jakie czynniki wywołują u osoby potrzebę zaangażowania się w uzależniającą czynność. Znając je, uzależniona osoba może podjąć próbę wypracowania nowych, efektywnych sposobów radzenia sobie z negatywnym afektem i niezaspokojonymi potrzebami (Goodman, 2001). Perspektywy temporalne zaczynają być obecnie uwzględniane w praktyce klinicznej i coachingu, więc weryfikowanie ich relacji do różnego rodzaju dysfunkcji może poprawić skuteczność interwencji terapeutycznej. Funkcja perspektyw temporalnych wskazuje na możliwość ich zmiany w celu opracowania nowej, adaptacyjnej, zrównoważonej orientacji temporalnej, zatem praca z perspektywami może okazać się efektywnym sposobem radzenia sobie z dysfunkcyjnym zachowaniem.

BIBLIOGRAFIA

- Block, J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *The American Journal of Psychiatry*, 165(3), 306–307.
- Cao, F., Su, L. (2007). Internet addiction among Chinese adolescents: Prevalence and psychological features. *Child: Care, Health i Development*, 33(3), 275–281.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165–181.
- Cieciuch, J., Davidov, E. (2012). A comparison of the invariance properties of the PVQ-40 and the PVQ-21 to measure human values across German and Polish samples. *Survey Research Methods*, 6(1), 37–48.
- Collins, E., Freeman, J., Chamarro-Premuzic, T. (2012). Personality traits associated with problematic and non-problematic massively multiplayer online role playing game use. *Personality i Individual Differences*, 52(2), 133–138.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5–13.
- Cybis, N., Rowiński, T. (2012, wrzesień). *Testing the measurement invariance of Polish Zimbardo Time Perspective Inventory across online and paper-and-pencil samples*. Wystąpienie na Ist International Conference on Time Perspective, Coimbra, Portugalia.
- Cybis, N., Rowiński, T., Przepiórka, A. (2012, wrzesień). *Development of the polish version of Zimbardo Time Perspective Inventory*. Wystąpienie na Ist International Conference on Time Perspective, Coimbra, Portugalia.
- Czincz, J., Hechanova, R. (2009). Internet addiction: Debating the diagnosis. *Journal of Technology in Human Services*, 27, 257–272.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17, 187–195.
- Donnellan, M. B., Oswald, F. L., Baird, B. M., Lucas, R. E. (2006). The mini-IPIP scales: Tiny-yet-effective measures of the Big-Five factors of personality. *Psychological Assessment*, 18(2), 192–203.

- Engelberg, E., Sjoberg, L. (2004). Internet use, social skills, and adjustment. *CyberPsychology & Behavior*, 7(1), 41–47.
- Griffiths, M. D. (1998). Internet addiction: Does it really exist?. W: J. Gackenbach (red.), *Psychology and the internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal applications* (s. 61–75). New York: Academic Press.
- Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. W: L. Wheeler (red.), *Review of Personality and Social Psychology* (vol. 2, s. 141–165). Beverly Hills, CA: Sage.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative “description of personality”: The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216–1229.
- Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public-domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. W: I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt, i F. Ostendorf (red.), *Personality psychology in Europe* (vol. 7, s. 7–28). Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.
- Hamilton, J. M., Kives, K. D., Micevski, V., Grace, S. L. (2003). Time perspective and health-promoting behavior in a cardiac rehabilitation population. *Behavioral Medicine*, 28(4), 132–139.
- Hardie, E., Tee, M. Y. (2007). Excessive internet use: The role of personality, loneliness and social support networks in internet addiction. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society*, 5(1), 34–47.
- Hu, L., Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55.
- Kairys, A. (2010). Correlations between time perspectives and personality traits in different age groups. *Bridges/Tiltai*, 51(2), 159–172.
- Keough, K. A., Zimbardo, P. G., Boyd, J. N. (1999). Who’s smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic i Applied Social Psychology*, 21(2), 149–164.
- Kraut, R., Kiesler, S., Boneva, B., Cummings, V. H., Crawford, A. (2002). Internet paradox revisited. *The Journal of Social Issues*, 58, 49–74.
- Lukavska, K. (2012). Time perspective as a predictor of Massive Multiplayer Online Role-Playing game playing. *CyberPsychology, Behavior & Social Networking*, 15(1), 50–54.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: Guilford Press.
- McCrae, R. R., Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. W: J. Wiggins (red.), *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives* (s. 51–87). New York: Guilford Press.
- McCrae, R. R., Costa, P. T. (2003). *A five-factor theory perspective*. New York: Guilford Press.
- McCrae, R. R., Costa, P. T. (2008). The five-factor theory of personality. W: O. John, R. Robins, L. Pervin (red.), *Handbook of personality: Theory and research* (s. 159–181). New York: Guilford Press.
- Milfont, T.L., Andrade, P. R., Belo, R. P., Pessoa, V. S. (2008). Testing Zimbardo Time Perspective Inventory in a Brazilian Sample. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(2), 49–58.

- Montaldi, D. F. (2002). Understanding hypersexuality with an Axis II model. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14(4), 1–23.
- Mottram, A. J., Fleming, M. J. (2009). Extraversion, impulsivity, and online group membership as predictors of problematic internet use. *CyberPsychology & Behavior*, 12(2), 319–321.
- Niemz, K., Griffiths, M., Banyard, P. (2005). Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition. *Cyberpsychology & Behavior*, 8, 562–570.
- Orosz, G. (2011, 07 października). *Hungarian validation of zimbaro time perspective inventory*. Pobrane z: <http://www.univ-reims.fr/site/laboratoire-labellise/ea-4298-laboratoire-de-psychologie-appliquee-lpa/seminaires/archives-2011,11704.html>?
- Park, J., Song, Y., Teng, C.I. (2011). Exploring the links between personality traits and motivations to play online games. *CyberPsychology, Behavior & Social Networking*, 14(12), 747–751.
- Peters, C. S., Malesky, L. A. (2008). Problematic usage among highly-engaged players of Massive Multiplayer Online Role Playing Games. *Cyberpsychology & Behavior*, 11, 481–484.
- Pies, R. (2009). Should DSM-V designate “internet addiction” a mental disorder? *Psychiatry*, 6(2), 31–37.
- Reid, R. C., Carpenter, B. N., Spackman, M., Willes, D. L. (2008). Alexithymia, emotional instability and vulnerability to stress proneness in patients seeking help for hypersexual behavior. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34(2), 133–149.
- Rowiński, T., Ciecuch, J. (2010). Testing for Measurement Equivalence of Internet Activity Questionnaire Across Online and Paper-and-Pencil Surveys. W: A. Błachnio, A. Przepiórka, T. Rowiński (red.), *Internet in psychological research* (s. 207–228). Warsaw: CSWU Press.
- Weinstein, A., Lejoyeux, M. (2010). Internet addiction or excessive internet use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 277–283.
- Young, K. (1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 237–244.
- Young, K. S. (2000). Therapeutic issues with internetaddicted clients. *New Therapist*, 7, 12–13.
- Zhang, J. W., Howell, R. T. (2011). Do time perspectives predict unique variance in life satisfaction beyond personality traits?. *Personality i Individual Differences*, 50(8), 1261–1266.
- Zimbardo, P. G., Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271–1288.
- Zimbardo, P. G., Keough, K. A., Boyd, J. N. (1997). Present time perspective as a predictor of risky driving.. *Personality and Individual Differences*, 23(6), 1007–1023.
- Van der Aa, M., Overbeek, G., Engels, R. C. M. E., Scholte, R. H. J., Meerkerk, G. J., Van den Eijnden, R. J. J. M. (2009). Daily and compulsive internet use and well-being in adolescence: A diathesis-stress model based on Big Five personality traits. *Youth Adolescence*, 38, 765–776.

SANDRA SKRZEK

skrzesandra@gmail.com

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

TEST UKRYTYCH SKOJARZEŃ (*IMPLICIT ASSOCIATION TEST*) — KONSTRUKCJA I ZASTOSOWANIE NARZĘDZIA

RECENZJA

Recenzent: dr Jan Ciecuch

Test ukrytych skojarzeń ma w psychologii swoich zwolenników i przeciwników. Z całą pewnością jest jednak propozycją oryginalną, interesującą i choć już nie pierwszej młodości, to ciągle intrygującą nowe pokolenia psychologów. Recenzowany tekst jest przykładem takiego zainteresowania najmłodszego, bo studenckiego pokolenia badaczy. Autorka w zwięzły sposób przedstawia założenia i kształt IAT oraz przebieg badania. Jest to zasadniczo przegląd literatury już istniejącej, ale skomponowany dość zgrabnie, dzięki czemu może być pierwszym wprowadzającym tekstem w tę problematykę dla kolejnych zainteresowanych. Na korzyść tekstu przemawia szereg drobnych, technicznych szczegółów, które mogą ułatwić badanie, analizy i interpretacje, jak chociażby adresy www z syntaksem lub rozsiane w tekście podpowiedzi, jak prowadzić badanie, jak ustrzec się błędów. Widać, że Autorka zna IAT nie tylko z literatury, ale z własnym z nim zmaganiem. Tekst warto opublikować w zbiorze studenckim, jako pierwsze wprowadzenie do tej tematyki.

Współczesna psychologia wciąż szuka narzędzi, które umożliwią dokładne, bardziej precyzyjne i wszechstronne poznanie człowieka. Obecnie upowszechnionymi i bardzo często stosowanymi narzędziami w psychologii są różnego rodzaju kwestionariusze. Większość z nich oparta jest jednak na samoopisie, a od osoby badanej wymaga dużego wglądu w siebie, dobrej pamięci czy introspekcji, a często są to pomiary mocno obciążone aprobatą społeczną. Bezpośredni pomiar – czyli pytanie wprost, np. o stosunek do obiektu, ma uzasadnienie tylko w przypadku, gdy jest on świadomy lub gdy osoba badana nie ma oporów przed ujawnianiem go. Dlatego rodzi się pytanie, co zrobić ze zmiennymi, które mają charakter nieuświadomiony? Jedną z takich zmiennych jest utajona postawa (*implicit attitude*). Termin zdefiniowany jest jako „rejestr przeszłego, introspekcyjnie niezidentyfikowanego (lub zidentyfikowanego błędnie) doświadczenia, który wpływa na pozytywne (lub negatywne) myśli, uczucia lub działania wobec społecznych obiektów” (Greenwald, Banaji, 1995). W latach 70. i 80. zaczęły upowszechniać się metody pomiaru pośredniego (*implicitt*). Jednak były to metody, głównie oparte na rozmaitych formach zjawiska poprzedzania (*priming*; Maliszewski, 2005). Niewątpliwie stały się punktem wyjścia do opracowania metody badania postaw utajonych – *Test utajonych skojarzeń* (*Implicit Association Test*, IAT; Greenwald i in., 1998). Celem poniższego tekstu jest przybliżenie wymienionego narzędzia, przedstawienie warunków i przebiegu badania.

Słowa kluczowe: utajona postawa, jawna postawa, *Test Ukrytych Skojarzeń* (*Implicit Association Test*), reakcje automatyczne, chwilowa dyspozycja

IAT to narzędzie, u którego podstaw leży teoria postaw. Według definicji podawanej w słowniku psychologicznym (Siuta, 2006), postawa posiada dwie główne własności: wartość i natężenie. Oznacza to, że postawa może być pozytywna lub negatywna, oraz być silna bądź słaba. Wartość postawy ma wpływ na działania dążące (postawa pozytywna) bądź unikające (postawa negatywna). Natomiast natężenie ma decydować o skłonności do jej zmiany. Teoria postaw zakłada również występowanie dualizmu w tym zakresie. Zatem postawy dzieli się na dwa rodzaje: utajone i jawne, a podmiot może posiadać je obie jednocześnie i dodatkowo mogą one być odmienne, nie tworząc konfliktu (Greenwald, Banaji, 1996).

Postawa jawna prawdopodobnie powstaje inaczej niż utajona. Do jej ukształtowania potrzebne jest zaangażowanie poznawcze i głęboka analiza racjonalnych argumentów. Łatwiej podlega kontroli i aktywizowana jest wolicjonalnie. Bardzo często też jej źródło jest uświadomione i dobrze pamiętane (Maison, 2004).

IAT to narzędzie służące do pomiaru utajonej postawy. Termin ten ma swoje źródło w utajonym poznaniu. Mamy z nim do czynienia, gdy w pamięci zarejestrowało się wydarzenie, którego konsekwencją jest utworzenie konstruktów psychologicznych – przekonania, którego sobie nie uświadamiamy, a ma ono wpływ na nasze zachowanie. Owo przekonanie może przejawiać się w wielu sferach życia społecznego, takich jak postawy, stereotypy, uprzedzenia, sądy, ale również w myśleniu o samym sobie (Greenwald, Banaji, 1996). Ukształtowana w ten sposób utajona postawa ma zazwyczaj charakter automatyczny i podmiot nie ma na nią wpływu. Taki pogląd na utajoną postawę jest stosunkowo młody, bo ukształtował się dopiero w latach 90. XX wieku i znacznie różni się od tego z lat 30. Wtedy uważano, że ma ona charakter w pełni uświadomiony (Allport, 1954; Murphy, Zajac, 1994). Nowe spojrzenie na postawę utajoną wymagało innego podejścia metodologicznego. Nie można było już dokonywać jej pomiaru za pomocą kwestionariuszy opartych na samoopisie. W związku z tym zaczęły upowszechniać się metody pośredniego pomiaru. Pierwsze z nich oparte były na zjawisku poprzedzania, gdzie wzbudzało się powstanie postawy utajonej, do tych narzędzi było jednak wiele zastrzeżeń. I tak w 1994 roku zostały przeprowadzone pierwsze badania z zastosowaniem IAT (*Implicit Association Test*) – *Testu utajonych skojarzeń* (Greenwald, 2001).

METODA

IAT – przebieg i warunki badania

Test utajonych skojarzeń (IAT) jest narzędziem mierzącym utajoną postawę na podstawie czasu reakcji na bodziec. Głównie realizowany jest w programie kom-

puterowym Inquisit. Badanie przeprowadza się indywidualnie, przy samodzielnym stanowisku komputerowym. Warunki badania należy wcześniej dobrze zaplanować. Respondent musi mieć ciszę i dobre warunki do koncentracji. Program mierzy reakcję w milisekundach, dlatego nawet najmniejszy hałas, może rozproszyć badanego, a tym samym zakłócić badanie. Należy też sprawdzić, czy w pomieszczeniu, w którym będzie odbywać się badanie, jest dobre oświetlenie i czy nic nie ogranicza przejrzystości obrazu, np. czy nie odbija się w nim światło słoneczne. Jeśli badanie odbywa się na komputerze przenośnym, należy indywidualnie dostosować nachylenie ekranu. Trzeba również sprawdzić, czy badany ma dobry dostęp do klawiatury.

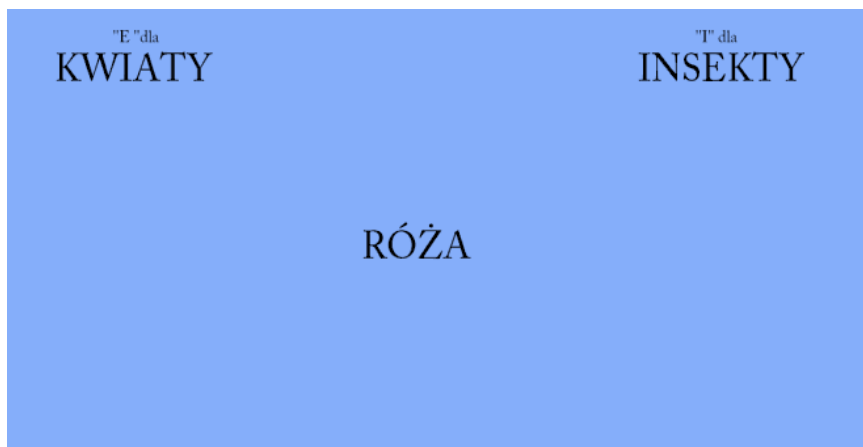
Nie zawsze, konstruując badania przy wykorzystaniu IAT, bada się postawę jawną. Jeśli jednak plan badawczy zakłada porównanie postawy jawnej i ukrytej, warto zastanowić się nad kolejnością pomiarów. Greenwald jasno nie podaje, który pomiar powinien być pierwszy, ale informuje, że są argumenty przemawiające za konkretną kolejnością. Jak pisze (Kim, Greenwald, za: Maison, 2004), respondent nie ma możliwości bezpośrednio wpłynąć na swoją utajoną postawę, dlatego pomiar jawny zaleca się jako pierwszy. Wtedy pomiar kwestionariuszowy będzie niezależny od innych pomiarów (Maison, 2004). Jeśli jednak pomiar jawny odbywa się przy pomocy długiego, trudnego kwestionariusza, może to spowodować zmniejszenie wydajności respondenta, spadek koncentracji i zaangażowania, a to wpłynie na jakość testu IAT.

Test utajonych skojarzeń polega na klasyfikowaniu bodźców do odpowiednich kategorii. Narzędzie może być konstruowane zarówno dla bodźców werbalnych (słów), jak i obrazkowych (zdjęć, rysunków). Poniższy tekst przybliży narzędzie, które wykorzystuje materiał werbalny. Zakłada się, że różne wersje IAT powinny mierzyć taki sam efekt (Banaji, 2001; Steffens, Buchner, 2003) jednak bywa, że jest inaczej. O różnicach w pomiarach, wykorzystujących różny materiał można przeczytać w Foroni, Bel-Bahar (2010).

Kategorie, do których odbywa się klasyfikacja, podzielone są na dwie grupy. Pierwsza to *obiekt* (wobec, którego będzie mierzona postawa), np. grupy narodowościowe lub społeczne (Afroamerykanie, homoseksualiści); marki (Coca-Cola, McDonald, Bakoma); konstrukt psychologiczny (wartości: władza, uniwersalizm) i wiele innych. Druga grupa pojęć to *kategoria wartościująca*: dobre, złe; przyjemne, nieprzyjemne; ważne, nieważne. Te kategorie pojawiają się w górnych rogach monitora, a na środku znajduje się bodziec (słowo lub obrazek), należący do którejś z nich i za pomocą klawiatury jest do niej przypisywany. W podstawowym badaniu IAT kategorią obiektem były: kwiaty–insekty, a kategoria wartościująca przyjemne–nieprzyjemne. Niestety jednym z podstawowych ograniczeń tego narzędzia jest wymóg

kontrastowania w obrębie jednej kategorii, czyli nie jesteśmy w stanie ocenić postawy wyłącznie w stosunku do insektów, McDonalda czy władzy. Należy znaleźć drugi biegun obiektu, dla którego postawa będzie mierzona, czyli można porównać, czy badany ma bardziej pozytywną postawę w stosunku do McDonalda, czy do baru mlecznego; do kwiatów, czy do insektów. Możemy tylko wskazać, co dla respondenta jest bardziej przyjemne, a co mniej. (Maison, 2004). Poniższy rysunek przedstawia zrzut z ekranu badania testem IAT.

W pierwotnej wersji IAT, do każdej kategorii wybrano po cztery prototypowe słowa, będące reprezentantami kategorii. Dla „kwiatów” były to: róża stokrotna, malwa, jaśmin. Dla „insektów”: pluskwa, wesz, pchła, komar. Dla „przyjemne”: słońce, szczęście, zabawa, wakacje. Dla „nieprzyjemne”: choroba, wojna, trucizna, śmierć (Maison, 2004). Słowo, które należy skategoryzować, pojawia się na środku ekranu, a kategorie w jego górnych rogach. Wyrazy klasyfikuje się za pomocą dwóch klawiszy: „E” dla kategorii po lewej stronie ekranu i „I” dla kategorii po prawej stronie ekranu, pozostałe klawisze w trakcie badania są wyłączone. W pierwotnej wersji tego



Rysunek 1. Zrzut z ekranu badania testem IAT, kategoryzacja prosta.

narzędzia używano klawiszy „A” i „5”, później jednak wraz z większą popularnością komputerów przenośnych, w których zwykle nie ma klawiatury numerycznej, były to klawisze „D” i „L”. W tym tekście proponowane są klawisze „E” i „I”, które są równie popularne.

Poprzedzające każde zadanie instrukcje informują, że próby należy wykonywać szybko i dokładnie, ponieważ komputer mierzy czas, w jakim podawana jest poprawna odpowiedź i zawsze prawidłowa jest tylko jedna. W przypadku błędu pojawia się

„X”, informujący o tym, że należy przycisnąć drugi klawisz. Czas mierzony jest od chwili pojawienia się bodźca (słowa) do momentu poprawnego skategoryzowania. Kategorie wyświetlane są na ekranie cały czas. Program rejestruje również błędy. W wersji pierwotnej, eksploracja odbywa się w siedmiu częściach, każda poprzedzona jest instrukcją i prezentacją słów, które będą klasyfikowane. Pierwsza część to kategoryzacja prosta. Badany klasyfikuje słowa do obiektów, czyli w górnym, lewym rogu znajduje się kategoria obiekt – insekty, a w górnym, prawym rogu kategoria obiekt – kwiaty. Na środku pojawiają się słowa, należące do obu kategorii/obiektów, czyli takie słowa, jak: malwa, pluskwa, wesz, róża, jaśmin, komar itd. Druga część to również kategoryzacja prosta, ale z klasyfikacją do kategorii wartościujących (przyjemne/nieprzyjemne), słowa: słońce, wojna itd. Trzecia część to kategoryzacja złożona. W tym zadaniu obie kategorie zostają ze sobą połączone i badany uczy się kategoryzować słowa, kiedy pojawiają się zarówno obiekty, jak i słowa wartościujące. Czyli w prawym górnym, rogu pojawia się „insekty/nieprzyjemne”, a w lewym górnym rogu – „kwiaty/przyjemne”. Na środku pojawiają się zatem słowa należące do wszystkich kategorii: słońce, malwa, wojna, choroba, wakacje, komar itd. Czwarta część to rzetelny, interesujący nas pomiar i wygląda dokładnie tak samo jak część trzecia. Sekwencja części od piątej do siódmej jest powtórzona, z jedną zmianą. Kategorie/obiekty zmieniają swoje strony. Zatem teraz w lewym, górnym rogu znajduje się kategoria kwiaty, a w prawym insekty. Kategoria wartościująca pozostaje bez zmian. Mimo, że czas rejestrowany jest w każdej części, to tylko czwarta i siódma są rzeczywistymi testami. W pozostałych zadaniach respondent oswajał się ze słowami i kategoriami, a zwłaszcza ze stronami ich umiejscowienia. Uczy się kategoryzacji i przyzwyczaja do narzędzia (Greenwald i in., 1998). Przebieg badania obrazuje poniższa tabela.

Tabela 1

Przebieg badania testem IAT

Numer części	Strona ekranu	
	Lewa	Prawa
1 kat. prosta	KWIATY	INSEKTY
2 kat. prosta	PRZYJEMNE	NIEPRZYJEMNE
3 kat. złożona	KWIATY/PRZYJEMNE	INSEKTY/NIEPRZYJEMNE
4 TEST	KWIATY/PRZYJEMNE	INSEKTY/NIEPRZYJEMNE
5 kat. prosta	INSEKTY	KWIATY
6 kat. złożona	INSEKTY PRZYJEMNE	KWIATY/NIEPRZYJEMNE
7 TEST	INSEKTY/PRZYJEMNE	KWIATY/NIEPRZYJEMNE

Wskaźnik efektu IAT

Wskaźnik efektu IAT otrzymuje się na podstawie różnicy między uśrednionymi czasami czwartej i siódmej części badania. (Greenwald i in., 1998) Badany dokonuje wtedy klasyfikacji słów do kategorii złożonych. Założenie teoretyczne testu jest takie, że tylko jeden z dwóch testów badania będzie dla respondenta spójny afektywnie, co znaczy, że czas reakcji będzie krótszy. Większość ludzi kwiaty kojarzy przyjemnie, a insekty nieprzyjemnie. Dlatego klasyfikacja słów powinna być szybsza w części czwartej niż części siódmej. Kiedy na środku ekranu pojawia się np. słowo "róża", to badany szybciej na nie zareaguje i szybciej przycisnie odpowiedni klawisz (w tej sytuacji „I”) w sytuacji, kiedy obiekt – kwiaty i kategoria wartościująca – przyjemne będą po tej samej stronie ekranu. Kiedy po tej samej stronie będzie obiekt – insekty i kategoria wartościująca przyjemne, klasyfikacja będzie dłuższa.

Części czwarta i siódma (testy) składają się z 40 bodźców. Zatem słowa do kategoryzacji powtarzają się (jest ich wszystkich 16). Jednak każde prezentowane słowo generowane jest losowo przez program. Wskaźnik tworzony jest w oparciu o czasy reakcji na wszystkie prezentowane bodźce, także te, które są dłuższe z powodu wystąpienia błędu. Jednak reakcja nie może przekraczać 3000 ms. Greenwald i in. (1998) podkreślają fakt, że pod uwagę mogą być brane wyłącznie czasy z zakresu 300 ms – 3000 ms. Czasy dłuższe mogą być spowodowane np. chwilową dekoncentracją, a czasy krótsze przypadkowym przyciskaniem klawiszy. Do analiz nie bierze się również czasu reakcji na pierwszy prezentowany bodziec. Jest on zazwyczaj dłuższy od pozostałych, ponieważ stanowi przejście od czytania instrukcji do rzeczywistego zadania (Maison, 2004).

Aby obliczyć wskaźnik IAT, można wykorzystać dostępny na stronie <http://faculty.washington.edu/agg/syntax> do programu SPSS. Poleca on wszystkie potrzebne i wymienione wyżej operacje statystyczne. Należy w nim dokonać tylko niewielu zmian, by dostosować go do narzędzia.

Przygotowanie narzędzia

Maison (2004) podkreśla istotę doboru bodźców w przygotowaniu narzędzia. Uważa, że mogą one mieć duży wpływ na trafność pomiaru. Uważa, że istnieją dwa podstawowe błędy w tym zakresie.

Pierwszym błędem mogącym znacznie wpłynąć na jakość pomiaru jest nieodpowiedni dobór słów pod względem prototypowości dla kategorii. W badaniu Mitchell, Banaji i Nosek (1998, za: Maison, 2004) otrzymano inne wyniki w teście IAT, w zależności od tego, jaka kategoria została zbudzona, używając tego samego bodźca. Słowem do klasyfikacji było nazwisko M. Jordana. Postawa pozytywna zo-

stała ukazana dla kategorii „sportowiec” natomiast dla kategorii „Afroamerykanin” uzyskane postawę bardziej negatywną.

Drugim błędem, mogącym wystąpić przy konstruowaniu testu, jest brak symetrii między słowami dobranymi do kontrastowanych kategorii. Może to wystąpić zarówno w kategoriach/bodźcach, jak i w kategoriach wartościujących. Wracając do opisywanego badania na kwiatach i insektach, wyobraźmy sobie, że dla kategorii kwiaty wybrane zostały słowa bardzo znane, takie jak: róża, tulipan, a do kategorii insekty wybrano okazy mniej znane: osnuja, hutnica. Intuicyjnie można się już spodziewać, że reakcja na mniej znane słowa będzie dłuższa, a badanie mniej rzetelne.

Warto jeszcze zwrócić uwagę na asymetrię, która może dotyczyć długości słów w obrębie kategorii. Dobrane słowa muszą być podobnie szybko kojarzone nie tylko semantycznie, ale równie szybko przyswajane percepcyjnie.

Wiele materiałów, udostępnia sam jego twórca – Greenwald, na swojej stronie <http://faculty.washington.edu/aggl/>. Znacznie pomagają one przy konstruowaniu narzędzia. Można tam znaleźć syntaxy do programu Inquisit, które są niezbędną pomocą przy konstruowaniu testu. Znajduje się tam również wiele innych, bardzo przydatnych informacji, takich jak wydane artykuły dotyczące pomiarów za pomocą IAT. Próbną wersję programu INQUIAIT można pobrać ze strony www.millisecond.com.

Własności psychometryczne narzędzia

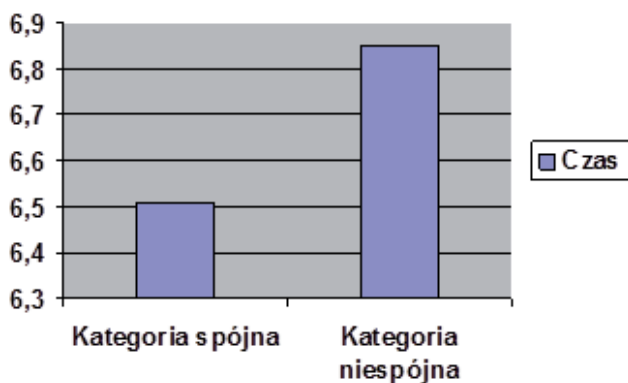
Test utajonych skojarzeń jest obecnie niewątpliwie jednym z najpopularniejszych narzędzi do pomiaru postawy utajonej. Korelacje dla równoważności międzypółkowej narzędzia są wysokie, od $r = 0,89$ do $r = 0,92$ (Nosek, Banaji, Greenwald, 2005). Zadowalające rezultaty dały również analizy związane z innym aspektem trafności. Okazało się, że na wyniki nie ma wpływu, czy osoba jest prawo- czy leworęczna, a także czy do badania wprowadzono 5 czy 25 bodźców (Greenwald i in., 1998). Jednak już na początku stosowania metody, obok głosów aprobujących pojawiły się komentarze krytyczne. W szczególności dotyczą one trafności narzędzia i danych otrzymywanych przy porównaniu go z innymi metodami. Rzetelność badana metodą test-retest w dwukrotnym pomiarze jawnej i utajonej postawy wobec homoseksualizmu, dla IAT wynosiła $r = 0,52$, dla kwestionariusza natomiast $r = 0,67$ (Banse, Seise, Zerbes, 2001). Powodem tak niskiej rzetelności może być duża wariancja wyników (ponad 30%), typowa dla narzędzi opartych na czasach reakcji. (Cunningham, Preacher, Banaji, za: Maliszewski 2005).

Wykorzystanie testu IAT w polskich badaniach

Test IAT stwarza wiele możliwości i faktycznie wykorzystuje się go na różnych obszarach. Od czasu, kiedy metoda stała się popularna, wykonano nim wiele badań mierzących utajoną postawę wobec: innych ras, narodowości, grup społecznych jak np. biali i czarni; homoseksualiści; kobiety i mężczyźni; jak również niepożądanych zachowań takich jak palenie papierosów; czy wobec produktów konsumenckich. Poniżej zostaną przedstawione wyniki polskich badań w dwóch obszarach. Pierwsze badanie jest replikacją klasycznego badania testem, drugie zaś przedstawia wyniki badania postaw konsumenckich wobec McDonalda i baru mlecznego.

Replikacja klasycznego badania IAT: kwiaty–insekty (Maison, Bruin, 1999)

W badaniu wzięło udział 40 studentów psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Postawiona hipoteza mówiła o krótszym czasie kategoryzacji na zadanie spójne afektywnie (kwiaty i słowa pozytywne; insekty i słowa negatywne po jednej stronie ekranu). W pierwszej kolejności dokonano pomiaru postawy jawnej, zapytano o poziom sympatii do wyżej wymienionych kategorii. Odpowiedzi udzielano korzystając ze skali od 1–7 gdzie: 1 – *zdecydowanie nie lubię*, a 7 – *zdecydowanie lubię*. Potwierdzono pozytywny stosunek do kwiatów ($M = 6,7$) i negatywny do insektów ($M = 2,5$). Kolejno porównano czasy kategoryzacji spójnych i niespójnych afektywnie w teście IAT.



Rysunek 2. Średnie czasy kategoryzacji spójnych i niespójnych afektywnie (Maison, 2004).

Wyniki potwierdziły hipotezę: czas odpowiadania na kategorie spójne afektywnie był istotnie krótszy od kategoryzacji niespójnych. Następnie sprawdzono związek pomiaru cechy jawnej z ukrytą. Korelacje efektu IAT z deklarowaną postawą w obrębie kategorii kwiaty wyniosła: $r = 0,213$, natomiast w kategorii insekty: $r = -0,007$. Uzyskane wyniki były niższe (i nieistotne), w stosunku do oryginalnego badania Greenwalda i in. (1998). Autorka argumentuje tę różnicę doborem skali. W oryginalnym badaniu była czuła 100-stopniowa (tu siedmiostopniowa) skala.

McDonald a bar mleczny – związek postaw jawnych i utajonych z zachowaniem (Maison, 2004)

W badaniu wzięło udział 40 osób w wieku od 16 do 25 lat. Badani rekrutowani byli w jednym z warszawskich barów mlecznych i restauracji McDonald, za udział w badaniu otrzymywali 5 złotych. W pierwszej kolejności dokonano pomiaru postawy jawnej, a następnie wykonywano test IAT. Warto zwrócić uwagę na dobór bodźców, zarówno do pomiaru jawnego, jak i ukrytego. W IAT słowami do kategoryzacji były cztery nazwy posiłków charakteryzujące badane miejsca. Dla McDonald: hamburger, cheeseburger, BigMac, McChicken; bar mleczny: barszcz, pierogi, naleśniki, żurek. Pytania w kwestionariuszu dotyczyły trzech zagadnień: zachowanie (częstość korzystania z usług danego miejsca) skala pięciostopniowa: 1 – *prawie nigdy*, 5 – *prawie każdego dnia*. Drugie zagadnienie dotyczyło preferencji jedzenia w McDonaldzie: 5 – *zdecydowanie wolę jeść w McDonaldzie niż w barze mlecznym*. Trzecia część to ocena, w stosunku do sześciu kategorii: niesmaczny/smaczny, niepopularny/popularny wśród rówieśników, nieprzyjemny/przyjemny, zdrowy/niezdrowy, brudny/czysty, wolny/szybki (skala pięciostopniowa).

Analizując preferencje wszystkich badanych osób, bez podziału na miejsce, gdzie byli rekrutowani, dostajemy informację, że McDonald był oceniany jako szybszy, czystszy i bardziej popularny, a bar mleczny jako zdrowszy. Natomiast dzieląc grupę pod względem miejsca, w jakim zostali zrekrutowani, osoby z McDonald oceniał go jako bardziej pozytywny w pięciu z sześciu wymiarów (poza zdrowym). Natomiast klienci baru mlecznego oceniał go pozytywniej w trzech kategoriach (smaczny, popularny i zdrowy), a negatywniej w kategoriach czysty i szybki.

Wyniki w teście IAT informują, że zarówno konsumenci z McDonald, jak i z baru mlecznego wykazują pozytywną utajoną postawę wobec preferowanych i odwiedzanych przez siebie miejsc. Korelacje między postawą jawną i utajoną były istotne statycznie. Osoby, które przejawiały pozytywną postawę utajoną do McDonald, częściej jadły w nim, uważały to miejsce za bardziej popularne, miłsze, zdrowsze. Zgodnie z przewidywaniami, osoby mające pozytywną postawę utajoną

wobec baru mlecznego, oceniali go przychylniej. Trzeba jednak podkreślić, że nie wszystkie wymiary w równym stopniu korelowały z efektem IAT. Dwa wymiary z sześciu (szybki i czysty) nie korelowały z postawą utajoną, natomiast pozostałe cztery korelowały dodatnio. Niezależnie od tego, gdzie osoba jadła, McDonalda uważała za miejsce szybsze i czystsze.

PODSUMOWANIE

Test utajonych skojarzeń, mimo budzących zastrzeżeń, jest niewątpliwie narzędziem, które pozwala na poznanie niedostępnego wcześniej obszaru ludzkiej natury. Mimo że metoda znana jest od kilkunastu lat, wciąż jest bardzo popularna i często stosowana. Wielu badaczy modyfikuje ją i opracowuje nowe wersje. Test jest używany w coraz to nowych obszarach psychologii. Ma zarówno wielu zwolenników, jak i przeciwników, ale trzeba pamiętać, że praca nad pomiarem zmiennych niedostępnych świadomości nie jest łatwa. Zarówno metodologicznie, jak i teoretycznie jest to stosunkowo nowy wymiar psychologii, IAT to z pewnością metoda, której warto się bliżej przyglądać i patrzeć jak dorasta wraz z postępem naukowym, metodologicznym i technologicznym.

BIBLIOGRAFIA

- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- Banaji, M. R., Greenwald, A. G. (1995). Implicit gender stereotyping in judgments of fame. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 181–198.
- Banise, R., Seise, J., Zerbes, N. (2001). Implicit attitudes towards homosexuality: Reliability, validity, and controllability of the IAT. *Zeitschrift für Experimentelle Psychologie*, 48, 145–160.
- Foroni, F., Bel-Bahar, T. (2010). Picture-IAT versus Word-IAT: Level of stimulus representation influences on the IAT. *European Journal of Social Psychology*, 40, 321–337.
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4–27.
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R. (1996). Utajone poznanie społeczne: postawy, wartościowanie siebie, stereotypy. *Przegląd psychologiczny*, 38, 11–63.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., Schwartz, J. K. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464–1480.
- Greenwald, A., Nosek, B., Banaji, M. R. (2003). Understanding and Using the Implicit Association Test: I. An Improved Scoring Algorithm. *Attitudes and Social Cognition*, 38, 11–63.

- Lane, K. A., Banaji, M. R., Nosek, B. A., Greenwald, A. G. (2007). Understanding and using the Implicit Association Test: IV. What we know (so far) (s. 59–102). W: B. Wittenbrink, N. S. Schwarz (red.), *Implicit measures of attitudes: Procedures and controversies*. New York: Guilford Press.
- Maison, D. (2004). *Utajone postawy konsumenckie. Analiza możliwości wykorzystania metody IAT*. Gdańsk: GWP.
- Maison, D., Bruin, R. (1999). Test utajonych skojarzeń (IAT) Greenwalda: metoda badania utajonych postaw. *Studia Psychologiczne*, 37, 61–81.
- Maison, D., Mikołajczyk, T. (2003). Implicit Association Test – teoria, interpretacja i wątpliwości wokół metody. *Studia Psychologiczne*, 41, 69–88.
- Maliszewski, N. (2005). *Regulacyjna rola utajonej postawy*. Warszawa: WUW.
- Murphy, S. T., Zajac R. B. (1994). Afekt poznanie i świadomość: Rola afektywnych bodźców poprzedzających przy optymalnych i suboptymalnych ekspozycjach. *Przegląd Psychologiczny*, 37, 261–299.
- Nosek, B. A., Greenwald, A. G., Banaji, M. R. (2005). Understanding and using the Implicit Association Test: II. Method variables and construct validity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 166–180.
- Siuta, J. (2006). *Słownik psychologii*. Kraków: Zielona Sowa.

**ARTYKUŁY PREZENTUJĄCE
WYNIKI ANALIZ TEORETYCZNYCH**

EWA CIENIEK

ewacieniek@gmail.com

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

**LAUREATKA NAGRODY
IKARY PSYCHOLOGII 2012**

CO NAM W MÓZGU GRA?

– NEUROPSYCHOLOGICZNY ASPEKT DOŚWIADCZANIA MUZYKI

RECENZJA

Recenzent: dr Krzysztof Gąsior

Tematyka artykułu koncentruje się wokół problematyki dotyczącej doświadczania muzyki przez człowieka. We wstępie Autorka krótko wprowadza Czytelnika w omawiane zagadnienie, wyjaśniając źródła ewolucyjne i kulturowe muzyki, ale i sam termin. Następnie omawia mózgową organizację percepcji słuchowej. Jest to niewątpliwie dobre wprowadzenie do zagadnienia przetwarzania muzyki przez mózg. Dominantą artykułu jest omówienie przez Autorkę modelu rozpoznawania muzyki I. Peretz i M. Colthearta. Omówienie to jest klarowne i jasne, ukazuje najważniejsze aspekty *muzycznego mózgu*. W kolejnych częściach artykułu Autorka porównuje mózg muzyka i mózg laika, wskazując na niezwykle zdolności muzyczne, które rozwijają się już od pierwszych lat życia dziecka. Słuch absolutny bowiem, który leży u podłoża tych zdolności, zdaje się być zdolnością wrodzoną, tylko częściowo poddającą się kształtowaniu. Żadne ćwiczenia nie zapewniają możliwości jego pojawienia się. Niezwykle interesującym zagadnieniem dla Czytelnika może być przedstawienie przez Autorkę zjawiska synestezji, czyli barwnego słyszenia. Jest to jedno z najciekawszych zjawisk w muzyce, kiedy to słuchacz może doświadczać nie tylko dźwięków, ale i barw. Muzyka okazuje się być, jak w podsumowaniu stwierdza Autorka, „źródłem wrażeń wielomodalnych” i dalej „niezależnie od tego, czy człowiek celowo poszukuje muzyki, czy jest na nią skazany [...] muzyka posiada niezwykle dużą siłę oddziaływania na człowieka”. Podsumowując, stwierdzić należy, że recenzowany artykuł napisany jest z dużą starannością, językiem czytelnym, a sposób przedstawienia omawianego zagadnienia może zachęcić cCzytelnika do dalszych poszukiwań. Piśmiennictwo, na którym oparła się Autorka nie tylko polsko-, ale i anglojęzyczne. Aby nie było tak słodko, jedna uwaga: warto podawać imiona cytowanych autorów.

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest przedstawienie wybranych zagadnień związanych z doświadczaniem muzyki przez człowieka. Zostaną omówione wyniki badań pozwalających wnioskować o neuronalnych korelatach doświadczania różnych aspektów muzyki przez człowieka, jak również przybliżony zostanie związek muzyki z synestezją oraz model percepcji muzyki zaproponowany przez Peretz i Coltheart. Zaznaczone zostaną również różnice w zakresie doświadczania muzyki pomiędzy muzykami oraz osobami niezwiązanymi procesjonalnie z muzyką.

Słowa kluczowe: mózgowa organizacja doświadczania muzyki, synestezja, kolorowe słyszenie

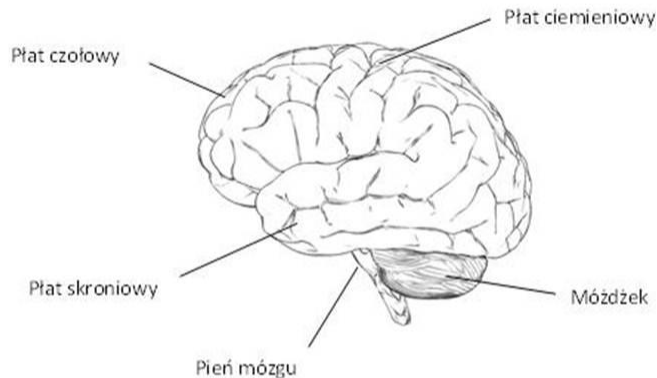
Trudno jest wskazać źródła muzyki. Człowiek nie zawdzięcza jej umiejętności przetrwania, muzyka nie zagwarantowała również zdolności zdobywania pokarmu. Człowiek nauczył się tworzyć oraz odbierać muzykę niejako na uboczu ewolucji, wykorzystując połączenia neuronalne w mózgu, które prawdopodobnie ukształtowały się, by pełnić funkcje inne niż muzyczne (Sacks, 2009). Pinker (za: Sacks, 2009) skłania się nawet ku tezie, że ujmując temat muzyki z punktu widzenia biologii, jest ona dla człowieka bezużyteczna, a umiejętności adaptacyjne człowieka nie uległyby zmianie, gdyby muzyka przestała istnieć. Wydaje się jednak, że wniosek ten jest zbyt daleko idący. Muzyka towarzyszyła człowiekowi od zawsze, jej początek związany jest ze śpiewem. Z czasem człowiek nauczył się wytwarzać instrumenty i łączyć wydobywające się z nich dźwięki z ludzkim głosem, tworząc magiczną całość zdolną przemówić do bogów. Pierwsi ludzie wystukiwali rytmiczne uderzenia podczas obrzędów religijnych, tworzyli pieśni uprzyjemniające pracę i zabawę. Za pomocą muzyki oddawano cześć bogom, okazywano miłość, wyrażano emocje. Największy wpływ na formę muzyki europejskiej miała kultura starożytna. Termin „muzyka” wywodzi się ze starożytnej Grecji – słowo *musike* oznaczało wszelką sztukę, którą opiekowały się Muzy. Wraz z postępem cywilizacji muzyka nabierała bardziej świeckiego charakteru. Zaczęto zwracać uwagę nie tylko na możliwość wzbudzania silnych przeżyć emocjonalnych, ale również na jej wartość estetyczną. Tworzono utwory, które zachwycaly ze względu na swoje brzmienie, ale także budowę. Współcześnie muzyka pojawia się w różnych sytuacjach – towarzyszy ważnym uroczystościom, jak również codziennym czynnościom, jak dojazd do szkoły, pracy lub robienie zakupów. Występuje tak powszechnie, że często człowiek nie zauważa jej obecności (Chomiński, Wilkowska-Chomińska, 1989; Kowalska, 2001).

MÓZGOWA ORGANIZACJA PERCEPCJI SŁUCHOWEJ

Doświadczenie muzyki rozpoczyna się od percepcji przez człowieka poszczególnych elementów dźwięku. Odbywa się to poprzez przekształcanie fizycznych właściwości fal akustycznych na impulsy nerwowe. Wędrująca fala dźwiękowa dociera do ucha i wprawia w ruch kolejne struktury narządu słuchu, docierając do komórek receptorowych (komórek włosowatych narządu Cortiego) znajdujących się w błonie podstawnej ucha wewnętrznego. Komórki receptorowe charakteryzują się znaczną specjalizacją w odbiorze bodźców słuchowych. Szczególnie widoczne jest to w zakresie kodowania informacji o wysokości danego dźwięku, co ma swoje odzwierciedlenie w organizacji tonotopowej układu słuchowego. W zależności od częstotliwości fali, amplituda powoduje drganie odmiennych miejsc błony podstaw-

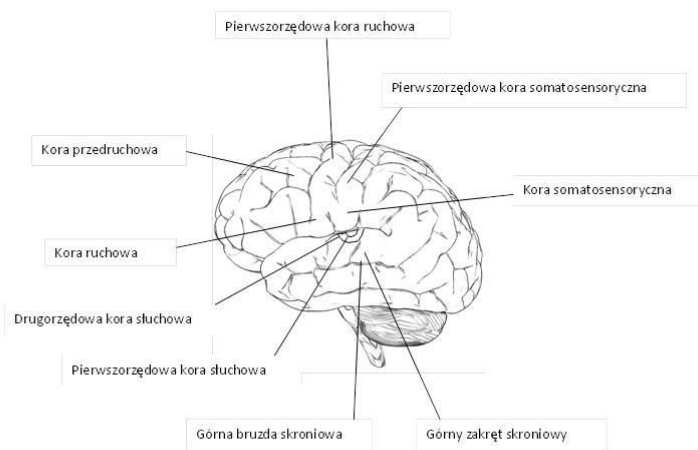
nej, specyficznych dla danej wysokości dźwięku. Fale odpowiadające niskim tonom, o niskiej częstotliwości, pociągają za sobą drgania błony o maksymalnej amplitudzie w okolicy szczytu ślimaka. Z kolei fale odpowiadające wysokim dźwiękom, o wysokiej częstotliwości, powodują drgania w początkowym odcinku ślimaka. Informacja słuchowa jest przesyłana przez odmiennie, zależnie od wysokości tonu, włókna nerwu słuchowego i doprowadzana do różnych miejsc w ośrodkach słuchowych (Critchley, Henson, 1980; Kalat, 2006; Konturek, 1998; Sadowski, 2007).

Analogicznie jak w obszarach korowych innych modalności zmysłowych, w korowej okolicy słuchowej można wyróżnić: pierwszorzędowy obszar dla wrażeń słuchowych (kora projekcyjna) oraz pole słuchowe drugorzędowe – kojarzeniowe, asocjacyjne (Darby, Walsh, 2008; Sadowski 2007). Pierwszorzędowa kora słuchowa (rysunek 2) znajduje się w skroniowych zakrętach poprzecznych – zakręty Heschla. Występuje w niej organizacja tonotopowa. Wyraża się to w odmiennej lokalizacji obszarów odpowiadających za odbiór poszczególnych dźwięków. Tony wysokie reprezentowane są w części przedniej, z kolei tony niskie w części tylnej tej okolicy kory mózgu. Informacja zmysłowa z każdego ucha dociera do pierwszorzędowej kory słuchowej w obydwu półkulach. Pomimo, że reprezentacja ta jest obustronna, nie jest jednak jednakowa – każde ucho ma silniejszą reprezentację w półkuli przeciwległej (Darby, Walsh, 2008).



Rysunek 1. Płaty mózgowia, pień mózgu i mózdzek. Pobrałe z: http://mset.rst2.edu/portfolios/t/thoman_j/toolsvis/mapplerproject/brain.html.

Obszar kory pierwszorzędowej otacza kora słuchowa asocjacyjna (rysunek 2). Zlokalizowana jest ona bardziej ku tyłowi i bocznie w zakręcie skroniowym górnym (odpowiada polu 22 i 42 według Brodmanna). W obszarze tym dokonywana jest analiza i synteza informacji słuchowych, odpowiada, więc za różnicowanie i identyfikację bodźców słuchowych (Darby, Walsh, 2008; Narkiewicz, Moryś, 2001; Sadowski, 2007).



Rysunek 2. Powierzchnia boczna przodomózgowia. Pobrane z: http://mset.rst2.edu/portfolios/t/thoman_/toolsvis/mapplerproject/brain.html.

PRZETWARZANIE MUZYKI PRZEZ MÓZG

Muzyka może być przetwarzana przez mózg w różnorodny sposób: rozproszony, hierarchiczny oraz zgodnie z zasadą asymetrii funkcjonalnej. Zgodnie z pierwszą teorią w mózgu nie istnieje jedna, nadrzędna okolica odpowiedzialna za doświadczanie muzyki. Słuchanie muzyki jest związane z wieloma czynnościami psychicznymi: zaangażowane są procesy pamięci i uwagi, jak również procesy odpowiedzialne za emocje, reakcje motoryczne, analizę struktury czasowej utworu, porównywanie wysokości słyszanych dźwięków. Różnorodność wyzwalanych przez muzykę reakcji powoduje, że aktywacji kory słuchowej towarzyszy również aktywacja innych obszarów: fragmentów płata skroniowego, ciemieniowego, czołowego, jak również mózdzku oznaczonych na rysunku 1 (Karwowska, Kudlik, 2012; Reuter, Przybysz, 2008). Dynamiczny rozwój technik badawczych umożliwiających obrazowanie pracy mózgu, umożliwił wyznaczenie okolic mózgowia szczególnie zaangażowanych w proces analizy poszczególnych elementów muzycznych, jak barwa lub rytm (por. Stewart i in., 2006). Analiza aktywności mózgowej podczas spostrzegania wysokości tonu wykazała częstszą oraz bardziej intensywną aktywację w drugorzędowej okolicy słuchowej niż w pierwszorzędowym obszarze kory. Gdy analizie podlegała barwa dźwięku, zaobserwowano obustronną aktywację tylnych i górnych części płatów skroniowych oraz okolicy górnej bruzdy skroniowej oznaczonej na rysunku 2 (Stewart i in., 2006). Dodatkowo zaobserwowano aktywację górnego zakrętu skroniowego (rysunek 2) w sytuacji rozpoznawania różnych utworów. Gdy słyszaną

melodię należało różnicować jako znaną lub nieznaną, szczególnemu pobudzeniu ulegały środkowe części tego zakrętu. Z kolei podczas analizy słyszanych dźwięków pod względem harmonii wykazano odpowiedź z obszarów znajdujących się w płacie ciemieniowym oraz potylicznym (Karwowska, Kudlik, 2012). Szczególnie zwiększoną aktywację przedniego płata mózdzku oraz obszarów podstawnych mózgu zaobserwowano podczas analizy rytmu, co jest potwierdzeniem silnego powiązania procesów muzycznych oraz motorycznych. Percepcja rytmu może więc zależeć od mechanizmów ruchowych zaangażowanych w jego wykonywanie (wyobrażenie sobie wystukiwania rytmu). Wyniki badań sugerują interakcję pomiędzy ruchem ciała a spostrzeganiem rytmu, w której następują zmiany w percepcji rytmu narzucone przez ruch ciała (Stewart i in., 2006). Słuchanie i granie muzyki wywołuje odpowiedź kory motorycznej (rysunek 2), również gdy obserwowana i słuchana jest gra innej osoby. W badaniach zaobserwowano aktywację okolicy przedruchowej oraz pierwszorzędowego obszaru kory sensomotorycznej (rysunek 2) u muzyków, zarówno w czasie przygotowywania się do grania, w ciągu wykonywania czynności, jak i podczas wyobrażania sobie gry na instrumencie. Profesjonalni muzycy oraz amatorzy różnią się w zakresie obszarów, które ulegają aktywacji podczas rzeczywistej i wyobrażeniowej gry na instrumencie. Podczas rzeczywistego wykonywania czynności w obu grupach obserwowano obustronne pobudzenie pierwszorzędowych obszarów kory motorycznej i kory sensomotorycznej, jak również górnej części kory ciemieniowej, przy czym u amatorów wystąpiła obustronna aktywacja, natomiast u muzyków jedynie po lewej stronie. Dodatkowo u profesjonalnego muzyka wykazano pobudzenie pierwszorzędowej kory słuchowej. W sytuacji wyobrażeniowego grania na instrumencie pobudzeniu ulegały: u muzyków pierwszorzędowa kora ruchowa oraz dodatkowy obszar ruchowy u muzyków po lewej stronie, natomiast u amatorów obustronnie (Karwowska, Kudlik, 2012).

Hierarchiczność doświadczania muzyki odnosi się do odmiennego przetwarzania prostych i złożonych elementów muzyki. Pierwszorzędowa kora słuchowa zaangażowana jest w analizę elementarnych cech dźwięku (np. wysokość, głośność). Obszary kory drugorzędowej odpowiadające za różnicowanie i rozpoznawanie bodźców słuchowych, biorą udział w analizie bardziej skomplikowanych elementów muzyki: organizacji czasowej dźwięków, struktury rytmicznej melodii, harmonii czy konturu muzycznego (por. Zawadzka, Domańska, 2009). Wiele danych wskazuje również na możliwość istnienia trzeciorzędowej kory słuchowej, odpowiedzialnej za syntezywanie powyższych informacji, a poprzez to całościową analizę słyszanego utworu muzycznego. Hierarchiczny charakter przetwarzania muzyki zdaje się potwierdzać odmienna aktywność obszarów kory mózgowej, znajdujących się na różnych piętach analizy bodźców, w odpowiedzi na dźwięki muzyczne różniące

się czasem trwania. Wyróżnić można dwa rodzaje odpowiedzi: trwałą (utrzymującą się niezmiennie podczas stymulacji dźwiękowej) oraz krótkotrwałą (trwającą około 5 s od zadziałania bodźca muzycznego). Pierwszy rodzaj odpowiedzi związany jest z aktywnością pierwszorzędowej kory słuchowej, natomiast drugi z aktywacją licznych jąder otaczających zakręt Heschla (Karwowska, Kudlik, 2012; Reuter, Przybysz, 2008).

Zgodnie z teorią asymetrii mózgu prawa i lewa półkula mózgu różnią się pod względem anatomicznym i funkcjonalnym. Asymetria ta jest szczególnie widoczna w obszarach zaangażowanych w analizę słuchową bodźców: *planum temporale* (tzw. płaszczyzna skroniowa) oraz pierwszorzędowe okolice słuchowe. Przejawia się ona w postaci większej powierzchni lub długości *planum temporale* (średnio o jedną trzecią) w lewej półkuli mózgu (Górka, Grabowska, Zagrodzka, 2005; Kalat, 2006; Sadowski, 2007; Springer, Deutsch, 2005). Do niedawna wielu badawczy wskazywało prawą półkulę mózgu jako odpowiedzialną za percepcję muzyki. Pogląd ten posiadał swoje odzwierciedlenie we wnioskach pochodzących z wielu obserwacji pacjentów będących po udarze mózgu. Udar lewej półkuli powodował zaburzenia językowe, jednak często zachowana pozostawała zdolność śpiewania. Natomiast udar prawej półkuli z reguły pozbawiał osobę umiejętności muzycznych, nie wpływając na funkcje mowy. Podobnych wniosków dostarczyła analiza wyników testów muzycznych wykonywanych przez osoby badane zarówno przed, jak i po operacji usunięcia lewego lub prawego płata skroniowego, podobnie jak ocena zdolności śpiewania u pacjentów poddanych próbie Wady w prawej półkuli (Karwowska, Kudlik, 2012; Reuter, Przybysz, 2008; Sadowski, 2007).

Koncepcja dominacji prawej półkuli w zakresie przetwarzania bodźców muzycznych nie jest jednak jednoznaczna. Obecnie uważa się, że przetwarzanie elementów muzycznych, podobnie jak inne procesy poznawcze, jest związane z funkcjonowaniem obu półkul mózgowych (Karwowska, Kudlik, 2012; Springer, Deutsch, 2005). Analiza wyników badań dotyczących spostrzegania bodźców muzycznych u osób z lewo- i prawostronnymi uszkodzeniami mózgu dokonana przez Zatorre (za: Springer, Deutsch, 2005), jak również Platela i współpracowników (1997) wykazała, że prawa półkula pełni decydującą rolę w zakresie różnicowania wysokości dźwięku oraz barwy dźwięku, natomiast lewa istotnie wpływa na poprawne identyfikowanie rytmu oraz odpowiada za dostęp do muzycznej wiedzy semantycznej umożliwiającej identyfikację i rozpoznawanie melodii.

Inna koncepcja odnosząca się do dominującej roli różnych półkul w zakresie przetwarzania odmiennych aspektów dźwiękowych dotyczy odmiennych preferencji przetwarzania informacji przez każdą z półkul. Zgodnie z nią, lewa półkula predysponowana jest do dokonywania analizy szczegółowych informacji, w przypadku

bodźców muzycznych ma to szczególne znaczenie w percepcji takich aspektów, jak czas trwania utworu, kolejność, sekwencja dźwięków, rytm. Lewa półkula odgrywa szczególną rolę w sytuacji odbioru utworu muzycznego, gdy istotne są szczegółowe wskazówki, np. odnoszące się do interwałów muzycznych. Natomiast domeną prawej półkuli jest analiza informacji na ogólnym, globalnym poziomie, co jest niezbędne podczas zapamiętywania tonów, rozpoznawania melodii, oceny barwy i nasilenia dźwięku, analizy harmonii i metrum, gdy nie zachodzi potrzeba dokładnego i precyzyjnego analizowania materiału muzycznego. Przetwarzanie muzyki odbywa się przy udziale obu półkul, natomiast lateralizacji podlegają poszczególne aspekty jej doświadczania (Reuter, Przybysz, 2008; Springer, Deutsch, 2005).

MODEL ROZPOZNAWANIA MUZYKI

W rozważaniach na temat doświadczania muzyki warto zwrócić również uwagę na możliwość istnienia wspólnego mechanizmu odpowiedzialnego za analizę konturu melodycznego słyszanych bodźców muzycznych oraz intonacji językowej. Kontur melodyczny, rozumiany jako kierunek melodii, może być wznoszący lub opadający. Jego prawidłowa percepcja ma wpływ na odpowiednie rozumienie intonacji słyszanych słów (swoistej melodii wypowiedzi) oraz intencji nadawcy. Wskazuje to na równoległą pracę systemu językowego oraz muzycznego, w której drugi wspiera i uzupełnia pierwszy z nich, pozostając przy tym jednak odrębnym i niezależnym systemem. Wobec powyższego istotne wydaje się przybliżenie kwestii, w jaki sposób człowiek odbiera muzykę. Spójny model dotyczący mechanizmów zaangażowanych w rozpoznawanie muzyki zaproponowali Peretz i Coltheart (2003), na podstawie analizy danych pochodzących z badań pacjentów z uszkodzeniem mózgu. Swoją koncepcję stworzyli na podłożu teorii modularności Fodora. Zgodnie z tą teorią umysł ludzki składa się z wyspecjalizowanych jednostek umysłowych (modułów) analizujących informacje określonego typu, np. słuchowych, wzrokowych. Umysłowe moduły charakteryzują się kilkoma właściwościami (za: Peretz, Coltheart 2003): szybkim i automatycznym przeprowadzaniem operacji, wyspecjalizowaniem w przetwarzaniu specyficznego rodzaju informacji, informacyjnym zamknięciem (*informational encapsulation*) ponadto moduły powinny posiadać neuronalne odzwierciedlenie w mózgu oraz być wrodzone. Jednak jak wskazuje Peretz i Coltheart, ostatnia właściwość jest raczej typowa niż niezbędna dla modułów psychicznych. Najważniejszą cechą jest informacyjne zamknięcie rozumiane jako zabezpieczenie przetwarzanych przez moduł informacji przy pomocy systemu centralnego, który zaangażowany jest w wykonywanie wyższych operacji poznawczych.

Zgodnie z modelem Peretz i Coltheart poszczególne aspekty analizy muzycznej kontrolowane są dzięki skoordynowanej pracy różnych modułów, z których każdy charakteryzuje się specyficznym sposobem przetwarzania informacji, niezależnie od aktywności innych modułów (Peretz, Coltheart, 2003; Springer, Deutsch, 2005). Model muzycznego mózgu zakłada istnienie dwóch równoległych i w dużym stopniu niezależnych od siebie modułów: organizacja informacji melodycznej oraz organizacja informacji rytmicznej. Pierwszy z nich składa się z trzech komponentów odpowiadających za analizę konturu melodycznego, analizę interwałów oraz kodowanie tonalne. Natomiast drugi zorganizowany jest w postaci dwóch komponentów odpowiadających za przetwarzanie rytmu oraz metrum. Dodatkowo wyróżniono moduł – dekodowanie warstwy dźwiękowej wypowiedzi, który nie jest specyficzny dla przetwarzania muzyki, jednakże bierze on udział w globalnej analizie akustycznej bodźca słuchowego (Berkowska, Laskowska, Michalak, 2004; Peretz, Coltheart, 2003). W modelu bodźcem początkowym może być jakikolwiek bodziec akustyczny. Sugeruje to, że segregacja słuchowa mieszaniny różnych dźwięków jest najpierw poddawana analizie w module, dla którego charakterystyczne jest przetwarzanie wszystkich bodźców słuchowych, nie tylko muzycznych. Prawdopodobnie aktywacja modułu muzycznego lub językowego jest zależna od właściwości dźwięku początkowego. Istotne jest, że nie ma nadrzędnego systemu, który przyporządkowuje poszczególne aspekty bodźca słuchowego odpowiednio do modułów odpowiedzialnych za przetwarzanie muzyczne albo językowe. Wszystkie informacje zawarte w bodźcu początkowym (np. w piosence) przesyłane są równocześnie do wszystkich modułów. Jedynie moduły, które specjalizują się w analizie danego rodzaju informacji, zostają aktywowane w odpowiedzi na konkretne elementy informacji słuchowej. Peretz i Coltheart porównują to zjawisko do siatkówki oka, która nie reaguje na docierające do niej fale dźwiękowe (Peretz, Coltheart, 2003).

MÓZG MUZYKA – MÓZG LAIKA

Biorąc pod uwagę dane pochodzące z obserwacji profesjonalnych muzyków, można stwierdzić, że często odznaczają się oni niezwykłymi zdolnościami: bez trudności zapamiętują długie i skomplikowane utwory muzyczne, często również z łatwością wydobywają je z pamięci oraz sprawnie przekładają je na zapis nutowy. Uwzględniając te ponadprzeciętne umiejętności, można przypuszczać, że istnienie zależności pomiędzy zdolnością mózgu do przetwarzania bodźców muzycznych a przygotowaniem i doświadczeniem muzycznym. Liczne badania potwierdziły to założenie. Schneider i współpracownicy (za: Reuter, Przbysz, 2008) odkryli, że objętość

istoty szarej w zakrętach Heschla u profesjonalnych muzyków jest o 130% większa, w porównaniu do osób nieposiadających formalnego wykształcenia muzycznego. Z kolei Elbert, Pantev i Wienbruch (za: Reuter, Przbysz, 2008) dowiedli reorganizacji kory somatosensorycznej (rysunek 2) u muzyków, którzy grają na instrumentach strunowych: reprezentacja palców lewej ręki, używanych do dociskania strun, była istotnie większa (zauważono przesunięcie aktywności z obszaru reprezentującego palce w kierunku obszaru z reguły reprezentującego dłoń), w przeciwieństwie do osób, które nie grały na tych instrumentach. Dodatkowo naukowcy zaobserwowali zależność z wiekiem, w jakim muzycy zaczęli grać: im wcześniej rozpoczynali naukę, tym można było zaobserwować większe zmiany w korze somatosensorycznej. Natomiast w badaniach Schlauga (za: Karwowska, Kudlik, 2012; Sacks, 2009) okazało się, że przednia część spoidła wielkiego mózgu jest znacznie większa u profesjonalnych muzyków niż u osób bez formalnego wykształcenia muzycznego. Odkrycie to jest zgodne z faktem, iż aby poprawnie wykonać dany utwór, muzycy potrzebują doskonałej i automatycznej koordynacji obu rąk. W badaniach tych również stwierdzono zależność z wiekiem, w którym muzycy rozpoczęli naukę gry na instrumencie: na zaobserwowane różnice w wielkości ciała modelowego (łąającego prawą i lewą półkulę) miały wpływ rezultaty głównie tych osób, które zaczęły grać przed siódmym rokiem życia. Uwzględniając wyniki tych eksperymentów, można stwierdzić o istnieniu zależności pomiędzy indywidualnym rozwojem jednostki i zdobywanym w trakcie tego rozwoju doświadczeniem muzycznym a występującą organizacją mózgu w zakresie funkcji muzycznych (Karwowska, Kudlik, 2012; Reuter, Przybysz, 2008; Springer, Deutsch, 2005).Warto zaznaczyć, że powyższa zależność dotyczy również osób charakteryzujących się słuchem absolutnym (umiejętność poprawnego nazwania słyszanego dźwięku, bez porównywania go z dźwiękiem odniesienia). Jednakże pomimo, że wcześniej rozwijana wrażliwość muzyczna oraz nauka gry na instrumencie w znacznym stopniu wpływają na ukształtowanie się słuchu absolutnego, nie zapewniają jednak jego wystąpienia. Niemniej, zaobserwowano większą przednią część zakrętu skroniowego górnego lewej półkuli, powiązaną z rozpoczęciem ćwiczeń około siódmego roku życia (Karwowska, Kudlik, 2012).

KOLOROWA MUZYKA

Bodźce muzyczne mogą być źródłem różnego rodzaju wrażeń kolorów i kształtów:

Pierwsze dźwięki były jak różne odcienie szarości od jasnej do ciemnej; pojawiały się wzdłuż lekko zakrzywionej, nakrapianej złotem wstęgi. Tło było czarne, lecz

przełamane innymi kolorami. Widziałam poruszające się kształty fuksji, i słyszałam ciche dźwięki jak kliknięcia, uderzenia, tworzące niemal rytm perkusyjny. Kiedy słuchałam, wraz z dźwiękami pojawiały się czarne kształty, a inne formy ukazywały się z lewej strony, przechodząc horyzontalnie na prawo, w poprzek dołu, jakbym je oglądała na ekranie filmowym. (Rogowska, 2007, s. 15)

Zjawisko to nazywane jest synestezją, barwnym słyszeniem. Termin synestezja wywodzi się z języka grackiego od słów *syn* – razem oraz *aisthesis* – czucie, i oznacza jedność wrażeń. Jest to współwystępowanie wrażeń pochodzących z różnych modalności przy pobudzeniu jednego analizatora, np. widzenie określonych kolorów przy słyszeniu konkretnych dźwięków lub instrumentów. Jest mimowolną projekcją abstrakcyjnych skojarzeń, które nie ulegają zmianie w ciągu życia (Rogowska, 2002; Sobczak, 2006; Szewczuk, 1979).

Do najczęściej występujących form synestezji należy synestezja barwnego słyszenia, która nazywana jest również chromestezją lub synopsją. Może być wywoływana przez konkretną wysokość dźwięku, tonację muzyczną, barwę jakiegoś instrumentu, jak również brzmienie ludzkiego głosu, poszczególne głoski lub słowa, litery i cyfry. Każdy dźwięk otaczający człowieka rzeczywistości może być źródłem doznania synestetycznego. Barwne słyszenie może być rozumiane dwójako: (1) jako rodzaj synestezji, w której bodźce innej modalności niż wzrokowej wywołują wrażenie widzenia kolorów; (2) jako doświadczanie widzenia barwnego podczas stymulacji słuchowej (Reber, Reber, 2002; Rogowska, 2002, 2007).

Scholes (za: Rogowska, 2002/2007) wskazuje, że synestezję w muzyce wywołuje pięć sytuacji: (1) Kolor powiązany jest z twórczością kompozytorów, np. muzyka Mozarta charakteryzowana jest jako niebieska; (2) Barwy odpowiadają poszczególnym utworom, np. *Aida* jest niebieska; (3) Kolor kojarzony jest z tembrem głosu lub barwą dźwięku poszczególnych instrumentów, np. dźwięk fletu jest fioletowy, klarnetu – żółty; (4) Barwa związana jest z tonacją muzyczną, np. tonacja E-dur jest niebieska, a D-dur pomarańczowa; (5) Kolor kojarzony jest z absolutną wysokością dźwięku, np. dźwięk h jest szary, (6) – zielony (Rogowska, 2002/2007).

Z badań nad występowaniem synestezji w środowisku muzyków (Rogowska, 2002) wynika, że synestezja przejawia się najczęściej wśród muzyków instrumentalistów, którzy grają na instrumentach klawiszowych (takich jak: fortepian, akordeon, organy). Zjawisko synestezji połączone jest ze zdolnością słuchu absolutnego, natomiast nie ma związku z płcią. Ponadto, jak wskazują wypowiedzi muzyków, synestezja kształtuje nowy, odmienny od typowego charakter doświadczania muzyki, pomaga lepiej ją zrozumieć i wyrazić.

PODSUMOWANIE

Doświadczenie muzyki przez człowieka może odbywać się w różnorodny sposób: hierarchiczny, rozproszony lub zgodnie z teorią lateralizacji. Wiąże się z aktywacją różnorodnych obszarów mózgu zorganizowanych w okolicy płata skroniowego, ciemieniowego, czołowego, jak również mózdzku. Okolice skroniowe odpowiadają za analizę barwy słyszanego dźwięku oraz biorą udział w klasyfikowaniu słyszanej melodii jako znanej lub nieznannej. Gdy analizie podlega harmonia utworu aktywacji, ulegają ośrodki zlokalizowane w płacie ciemieniowym i potylicznym. Analiza rytmu wzbudza aktywację obszarów mózdzku, natomiast analiza tonu w drugorzędowej kory słuchowej. Holistyczna analiza utworu muzycznego jest możliwa dopiero przy współpracy wszystkich ośrodków zaangażowanych w doświadczanie różnych cech dźwięków.

Muzyka może być źródłem wrażeń wielomodalnych. Najczęściej występującą formą synestezji jest barwne słyszenie. Z reguły powstaje ono pod wpływem stymulacji słuchowej. Różnorodne cechy dźwięku, jak również całe utwory mogą przyczynić się do wzbudzania u słuchacza współwrażeń w postaci kolorowych kształtów lub figur. Synestezja kolorowego słyszenia bardzo często występuje w środowisku muzyków, wzbogacając ich możliwości doświadczania i rozumienia słyszanego lub komponowanego utworu.

Niezależenie od tego, czy człowiek celowo poszukuje muzyki, czy jest na nią skazany poprzez jej wszechobecność we współczesnym świecie, czy jest uzdolniony muzycznie lub uważa siebie za pozbawionego jakiegokolwiek muzycznego talentu, czy też od tego, w jaki sposób jej doświadczanie jest zorganizowane w mózgu, muzyka posiada niezwykle dużą siłę oddziaływania na człowieka. Nie pozostaje ona dla niego bez znaczenia, a życie bez niej wydaje się być utrudnione w bardzo dużym stopniu.

BIBLIOGRAFIA

- Berkowska, M., Laskowska, I., Michalak, M. (2004). Zaburzenia w zakresie rozpoznawania muzyki. *Polskie Forum Psychologiczne*, 9(1), 74–78.
- Chomiński, J., Wilkowska-Chomińska, K. (1989). *Historia muzyki. Część I*. Kraków: Polskie Wydawnictwo Muzyczne.
- Critchley, M., Henson, R. A. (1980). *Music and the brain. Studies in the neurology of music*. London: William Heinemann Medical Books Limited.
- Darby, D., Walsh, K. (2008). *Neuropsychologia kliniczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Górka, T., Grabowska, A., Zagrodzka, J. (2005). *Mózg a zachowanie*. Warszawa: PWN.

- Kalat, J. W. (2006). *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Karwowska, D., Kudlik, A. (2012). Neurofizjologiczne mechanizmy odbioru i przetwarzania muzyki. W: E. Czerniawska (red.), *Muzyka i my. O różnych przejawach wpływu muzyki na człowieka* (s. 11–26). Warszawa: Difin.
- Konturek, S. (1998). *Fizjologia człowieka. Tom 4. Neurofizjologia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kowalska, M. (2001). *ABC Historii Muzyki*. Kraków: Musica Jagellonica.
- Narkiewicz, O., Moryś, J. (2001). *Neuroanatomia czynnościowa i kliniczna*. Warszawa: PZWL.
- Peretz, I., Coltheart, M., (2003). Modularity of music processing. *Nature Neuroscience*, 6, 7, 688–691.
- Platel, H., Price, C., Baron, J. C., Wise, R., Lambert, J., Frackowiak, R. S. J. i in. (1997). The structural components of music perception: A functional anatomical study. *Brain*, 120, 229–243.
- Reber, A. S., Reber, E. S., (2002). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Reuter, M., Przybysz, P., (2008). Muzyczna uczta umysłu. *Charaktery*, 5, 60–65.
- Rogowska, A. (2002). Związki synestezji z muzyką. *Muzyka. Kwartalnik Instytutu Sztuki PAN*, 47, 1(184), 85–95.
- Rogowska, A. (2007). *Synestezja*. Opole: Oficyna Wydawnicza Politechniki Opolskiej.
- Sacks, O. (2009). *Muzykofilia. Opowieści o muzyce i mózgu*. Warszawa: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Sadowski, B. (2007). *Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sobczak, M. (2006). *Występowanie tendencji synestetycznych, a postawa twórcza*. Niepublikowana praca magisterska, Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii, UMCS, Lublin.
- Springer, S. P., Deutsch, G. (2005). *Lewy mózg, prawy mózg z perspektywy neurobiologii poznawczej*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Stewart, L., von Kriegstein, K., Warren, J. D., Griffiths, T. D. (2006). Music and the brain: disorders of musical listening. *Brain*, 129, 1533–2553.
- Szewczuk, W. (1979). *Słownik psychologiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Zawadzka, E., Domańska, Ł. (2009). Zaburzenia spostrzegania. W: Ł. Domańska, A. R. Borkowska (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej* (s. 144–146). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

ALEKSANDRA SUŁECKA

akceus@gmail.com

Uniwersytet Jagielloński

RELIGIJNOŚĆ A LECZENIE FARMAKOLOGICZNE U OSÓB CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ, CZYLI JAK WIARA WPŁYWA NA ZAŻYWANIE LEKÓW

RECENZJA

Recenzent: dr Katarzyna Prochwicz

Artykuł A. Sułeckiej omawia religijność osób cierpiących na schizofrenię w kontekście skuteczności leczenia farmakologicznego. Autorka wskazuje na religijność, rozumianą jako zespół przekonań i praktyk religijnych, jako ważny czynnik modyfikujący powodzenie w leczeniu chorych. Religijność omawiana jest w relacji do umiejscowienia kontroli, jako zmiennej pośredniczącej między życiem duchowym chorego a jego nastawieniem do leczenia farmakologicznego.

Temat podejmowany przez Autorkę dotyczy zagadnień stosunkowo rzadko omawianych w literaturze. Na uwagę zasługuje interdyscyplinarny charakter podjętej problematyki i próba połączenia podejścia medycznego, wiążącego skuteczność leczenia chorych przede wszystkim z systematycznym zażywaniem leków, z psychologicznym i duchowym wymiarem choroby. Autorka wyjaśnia, w jaki sposób te na pozór odległe sfery, wzajemnie na siebie oddziałują, a nawet wskazuje łączące je relacje przyczynowe. Zaletą pracy jest także wskazanie na złożone, często wielokierunkowe i wielowątkowe związki między religijnością a farmakologicznym leczeniem chorych. Zdaniem Autorki religijność może zarówno wspierać proces leczenia, dając pacjentowi pozytywny obraz własnej choroby i terapii, jak i go utrudniać, tworząc i podtrzymując negatywną wizję choroby. Dla Czytelnika z pewnością cenne będzie wskazanie na konkretne aspekty religijności, które sprzyjają leczeniu i te, które mogą wywoływać negatywne nastawienie do farmakoterapii, a także praktyczne wskazówki, które mogłyby ułatwić pracę z osobami chorymi na schizofrenię. Pewną wadą przeprowadzonych przez Autorkę analiz jest skupienie się wyłącznie na leczeniu farmakologicznym, w tym systematyczności przyjmowania leków. Wydaje się, że problem wpływu religijności na skuteczność leczenia ma znacznie szerszy zakres i w równym stopniu dotyczy motywacji do podejmowania wszelkich form terapii i rehabilitacji chorych na schizofrenię.

Artykuł ma poprawną strukturę, został napisany w przystępny sposób, choć niektóre fragmenty tekstu mogą być niejasne dla Czytelnika.

Artykuł stanowi interesujące źródło wiedzy na temat uwarunkowań skutecznego leczenia schizofrenii i powinien zostać opublikowany.

Leczenie schizofrenii, aby było skuteczne, a więc przeciwdziało nawrotom i hospitalizacjom, powinno opierać się na długotrwałej farmakoterapii, jednak wiele chorujących osób rezygnuje na pewnym etapie leczenia z zażywania leków przeciwpsychotycznych z wielu różnych przyczyn (m.in. ich skutków ubocznych). Czynnikiem modyfikującym zażywanie leków jest religijność chorego: z jednej strony im bardziej religijna osoba, tym bardziej będzie stosować się do leczenia farmakologicznego oraz terapii wspomagającej, z drugiej zaś strony wysoki wskaźnik religijności może prowadzić do zupełnie odwrotnego efektu. Religijność jest tu rozumiana jako zespół przekonań oraz praktyk religijnych, bez znaczenia pozostaje zaś rodzaj wyznawanej wiary. Religijność wpływa na reprezentację choroby posiadaną przez pacjenta oraz jego nastawienie do leczenia. U podłoża tego związku leży wiele procesów psychicznych, a jednym z najbardziej prominentnych jest poczucie umiejscowienia kontroli, które to silnie kształtowane jest pod wpływem posiadanych przekonań religijnych. Ten aspekt życia duchowego, jakim jest wyznawana wiara, może mieć znaczące implikacje w leczeniu szpitalnym oraz ambulatoryjnym nie tylko w kontekście wsparcia chorego, lecz również jego motywacji do leczenia oraz skuteczności całego procesu terapeutycznego.

Słowa kluczowe: religijność, farmakoterapia, schizofrenia

Leczenie schizofrenii polega na oddziaływaniach biologicznych i psycho-społecznych. W spektrum opieki nad chorym znajduje się zmniejszanie objawów psychopatologicznych, przywracanie prawidłowego funkcjonowania poznawczego i społecznego oraz pomaganie pacjentowi przejść na powrót role społeczne, co ma miejsce głównie na etapie rehabilitacji. Aby mogło dojść do odbudowania załamanej linii życiowej pacjenta, w pierwszej kolejności należy usunąć objawy pozytywne i negatywne, dlatego leczenie schizofrenii, aby było skuteczne, a więc przeciwdziało nawrotom i hospitalizacjom, powinno opierać się na długotrwałej farmakoterapii. Proces farmakologicznego leczenia schizofrenii składa się z trzech etapów: fazy ostrej, która rozpoczyna się przy zaostrzeniu psychotycznym, fazy stabilizującej, trwającej od około czterech do sześciu miesięcy oraz fazy podtrzymującej, która w przypadku dwu lub więcej epizodów trwa minimum pięć lat. Leczenie w przypadku schizofrenii wymaga więc dużej mobilizacji i zaangażowania pacjenta. Osoby obecne w terapii (*adherent*) to ci pacjenci, którzy po okresie hospitalizacji zażywają regularnie leki, co jest procesem wieloletnim lub dożywotnim.

Podjęty w niniejszej pracy temat rozwiąże głównie w kontekście poczucia umiejscowienia kontroli, ponieważ jest to fragment wiedzy psychologicznej, który szczególnie mnie zajmuje. Poczucie sprawstwa łączy się ze zjawiskiem religii, co więcej, jest istotnym elementem poznania społecznego oraz funkcji poznawczych, dlatego też przywoływane będzie niejednokrotnie w związku z innymi zjawiskami psychicznymi związanymi z religijnością.

LEKI PRZECIWPSYCHOTYCZNE, CZYLI DOŻYWOTNIA FARMAKOTERAPIA

W pierwszym roku po wypisaniu ze szpitala 50–60% pacjentów ambulatoryjnych nie bierze leków przeciwpsychotycznych. Osoby ze schizofrenią niezażywające leków są bardziej narażone na nawrót choroby oraz ponowną hospitalizację niż chorzy biorący leki (Borras i in., 2007). Istnieje wiele badań, które próbują zidentyfikować i opisać czynniki wpływające na zażywanie leków, a wśród nich najważniejsze są: wgląd, nastawienie do własnej choroby oraz czynniki uboczne leków. Wieloletnie stosowanie leków przeciwpsychotycznych utrudnione jest przez fakt, że wywołują one nieprzyjemne skutki uboczne (dotyczy to również grupy atypowych neuroleptyków), do których zaliczyć można powikłania z zakresu układu pozapiramidowego w postaci dyskinezy późnej, akinezji, akatyzji, dystonii czy parkinsonizmu polekowego (silne neuroleptyki np. Haloperidol w wyniku długotrwałego zażywania mogą przyczyniać się do powstania jatrogennego parkinsonizmu oraz trwałych późnych

dyskinez, lecz z drugiej strony odstawienie leku może te objawy jeszcze pogłębić). Inne, już mniej dokuczliwe objawy, to senność, obniżony nastrój (niektóre silne leki przeciwpsychotyczne jak np. Haloperidol powodują inne zmiany w nastroju w postaci zubożnienia i apatii, czasem nastroju depresyjnego – działanie sedatywne), problemy z koordynacją ruchową oraz deficyty motywacyjne. Co więcej, przeciwwskazane w stosowaniu neuroleptyków jest spożywanie alkoholu, co jeszcze bardziej zniechęca do zażywania tychże leków.

W literaturze znaleźć można klasyfikację Coldhama dotyczącą podziału pacjentów ze względu na stopień, w jakim przestrzegają farmakoterapii (Borras i in., 2007). I tak, są pacjenci stosujący leki w sposób regularny, nie opuszczają nigdy lub prawie nigdy dawek leków. Następną kategorią są pacjenci częściowo stosujący leki, a więc nieregularnie (opuszczają dawki leków, ale nie dłużej niż na kilka tygodni w ciągu roku) lub nie biorą całej przepisanej dawki. Dalej wyróżnia się pacjentów nie stosujących leków, natomiast ostatnią kategorią są chorzy otrzymujący leki za pomocą zastrzyków (*depot medication*), dzięki czemu zażywają je regularnie. (Ten sposób zażywania wynika z faktu, że pacjent nie stosował regularnie leków, co powodowało agresję lub autoagresję).

RELIGIŃNOŚĆ: CZYM JEST I JAK WPŁYWA NA ZAŻYWANIE LEKÓW

Związek między duchowością a zażywaniem leków jest szeroko badany w przypadku np. chorób terminalnych, zaburzeń nastroju i uzależnień od narkotyków. Istnieje wiele badań, które dowodzą, że religia przyczynia się do lepszego radzenia sobie z problemami u pacjentów ze schizofrenią, jednak nie ma praktycznie badań, które dotyczyłyby zależności między stosunkiem pacjenta do leczenia (farmakologicznego i terapii wspierającej) oraz jego religijnością.

Według W. Jamesa (2001) religia to „takie uczucia, czyny i doświadczenia odosobnionej jednostki ludzkiej, o których jednostka ta mniema, że odnoszą się one do czegoś, co ona sama uznaje za boskie” (s. 30). Ten sposób rozumienia religii koresponduje z ujmowaniem tegoż terminu w pracach badawczych, do których sięgnęłam. Na religię składają się dwa komponenty: duchowy (pytania o egzystencję, transcendencję, sens życia) oraz praktyczny (praktyki religijne, doktryny, specyficzne środowisko społeczne). Religia może być czynnikiem wspierającym pacjentów, którzy w wyniku choroby doświadczyli degradacji życia społecznego oraz swojej tożsamości. Badania Borrassa (2007) wskazują, że duchowość i religia stanowią istotny aspekt życia dla wielu pacjentów ze schizofrenią i dotyczy to około 80% badanych. Poza faktem, że religia może pomagać choremu w uczestniczeniu w farmakoterapii, to

wpływa również pozytywnie na obraz choroby – jest ona łagodniejsza, z dłuższymi okresami remisji. Z drugiej jednak strony, może ona stanowić czynnik ryzyka nawrotów i pogorszenia stanu pacjenta, który ze względów na swe przekonania religijne może odmówić przyjmowania medykamentów. Pacjenci mogą też wierzyć, że tylko duchowość przywróci im zdrowie, tym samym nie ufają medycynie. U osób religijnych zażywających leki wiara oddziałuje poprzez kształtowanie pozytywnego obrazu choroby oraz leków. U osób religijnych niezażywających leki wiara tworzy negatywny obraz choroby i leków. Mniejsza część pacjentów ma duchowy obraz choroby i jednocześnie biologiczną wizję leczenia i medykamentów lub odwrotnie. Możliwe jest również odczuwanie przez chorego konfliktu między wiarą a leczeniem (np. traktowanie choroby jako próby danej od Boga, którą należy przejść siłą ducha bez pomocy medycyny; postrzeganie leków jako czegoś niezgodnego z Boską wolą; doświadczanie sprzeczności między przekazami Kościoła a terapeutami itd.). Osoby regularnie zażywające leki praktycznie nie doświadczają takich konfliktów.

KIEDY RELIGIJNOŚĆ POMAGA W TERAPII, A KIEDY JĄ UTRUDNIA?

Próbując wyjaśnić zależność między religijnością a zażywaniem leków przez pacjenta, należy zwrócić uwagę na kilka głównych kwestii. Ze zjawiskiem religii wiąże się taki konstrukt osobowości, jakim jest poczucie umiejscowienia kontroli – opisuje ono zgeneralizowane postrzeganie sprawstwa w stosunku do zdarzeń i zachowań. Według Rybarczyk „zewnętrzna lokalizacja kontroli wiąże się z motywem unikania porażek, zaś wewnętrzna – z motywem osiągnięcia sukcesów” (2007, s. 46). I tak, osoby o wewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli postrzegają siebie jako mające wpływ na wzmocnienia w środowisku (skutki danej sytuacji zależą od ich działania), natomiast jednostki o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli różne sytuacje czy zachowania interpretują jako wynik niezależnych oraz niekontrolowanych przez nie wpływów, takich jak los, przeznaczenie, szczęście czy siła innych ludzi.

W kontekście religii wyróżnia się czynniki, które rozwijać mogą w jednostce zewnętrzne lub wewnętrzne poczucie kontroli. Jeśli chodzi o elementy religii, wypracowujące w jednostce większe poczucie zewnątrzsterowności, to za Ellis i Burdette (2012) należałoby wymienić sześć ogólnych właściwości religii, a więc konserwatywność wyznawanej wiary, literalizm w odczytywaniu nauk, dogmatów czy nakazań religijnych, doktrynę grzechu pierwotnego, pasywny styl radzenia sobie, zewnętrzne atrybucje oraz życie społeczności religijnej. Warto pamiętać, że badania na tym polu są niestety jeszcze w powijkach, dlatego być może lista ta nie jest kompletna i nie wyczerpuje w pełni omawianego zagadnienia.

Omawiając pokrótce wymienione właściwości religii, prowadzące do zewnętrznego poczucia sprawstwa jednostek ją wyznających, zacznę od stopnia konserwatywności, jakim może charakteryzować się określona wiara. Owa konserwatywność wiąże się z dokonywaniem zewnętrznych atrybucji, dosłownym odczytywaniem nauk religijnych i przekonaniem o ich nieomyślności oraz nierzadko z ingerującą grupą społeczną o charakterze religijnym. Często również zaangażowanie w daną religię, szczególnie, gdy jest to (jak w przypadku wyznań konserwatywnych) kosztowna inwestycja pod względem czasu, energii oraz innych zasobów materialnych i niematerialnych, implikuje zjawisko dysonansu poznawczego, które to jednostka dla przywrócenia dobrostanu psychicznego powinna starać się rozwiązać. Wydaje się, że doświadczenie dysonansu poznawczego jest rodzajem informacji zwrotnej dotyczącej porażki w osiągnięciu wyznaczonych celów, zaś duża ilość takich informacji zmusza jednostkę do ukształtowania przekonania o braku własnej skuteczności.

Absolutystyczne i dogmatyczne poglądy religijne mogą służyć jako iluzoryczna podpora psychologiczna, w tym sensie, iż zakładają swoją nieomyślność oraz wyższość ponad ludzkimi sprawami. Traktowanie nauk i treści religijnych literalnie oraz jako niekwestionowane jedyne poprawne podejście, skutkować może sztywnością poznawczą (niesięganiem do innych źródeł informacji) oraz odrzucaniem rozumowania intelektualnego, co wszystko razem ogranicza poczucie kontroli nad własnym życiem. Taki efekt widoczny jest u wierzących pacjentów, którzy nie zażywają leków – tłumaczą oni swoją chorobę i wynikającą z niej konieczność leczenia, odwołując się często tylko do życia duchowego oraz wiary, dewaluując tym samym skuteczność medycyny i demonizując samą chorobę (Borras i in., 2007). Dwa przekonania wcześniej wymienione, a więc doktryna grzechu pierwotnego oraz przekonanie o nieomyślności doktryn biblijnych (i w konsekwencji ich dosłowne odczytywanie) korelują z zewnętrznym poczuciem sprawstwa (Ellis, Burdette, 2012). Wydaje się, że dokonywanie zewnętrznych atrybucji czy wiara w grzeszną naturę człowieka mogą zbliżać wyznanie w kierunku konserwatyizmu, z drugiej strony jednak mogą stanowić niezależne czynniki charakteryzujące również bardziej liberalne założenia religijne.

Wiara w grzech pierwotny i idące za tym przekonanie o nieczystej naturze ludzkiej stanowić może źródło negatywnych emocji i przekonań na własny temat oraz w odniesieniu do człowieczeństwa może też nie dawać nadziei na zmianę, napawać poczuciem winy, wzmacniać ruminowanie. Niestety brak jest wystarczających badań nad związkiem między wiarą w grzech pierwotny a poczuciem kontroli, możliwe jest również, że między tymi zmiennymi pośredniczy trzecia zmienna, modyfikująca rodzaj zależności, a jeszcze niezidentyfikowana i nieopisana. Wiadomo natomiast, iż silne przekonanie o grzesznej naturze człowieka prowadzi ogólnie do niższej satysfakcji z życia, mniejszej pewności siebie oraz większego odczuwanego strachu. Wspomnia-

ne wcześniej w kontekście konserwatywności religijnej dokonywanie zewnętrznych atrybucji również warto jest krótkiego rozwinąć. Przyjmowanie zewnętrznych atrybucji dotyczących odpowiedzialności za negatywne czy pozytywne wydarzenia, gdzie sprawcami są takie figury jak Bóg czy Szatan (wiara w Boską moc kontrolującą życie ludzkie), silnie ujemnie koreluje z wewnętrznym poczuciem kontroli u ludzi starszych, białych ze średnim lub wyższym statusem społeczno-ekonomicznym. Poczucie umiejscowienia kontroli jest częścią dokonywanych atrybucji, które są pojęciem szerszym, obejmującym, obok wymiaru zewnętrznego-wewnętrznego, również takie wymiary oceny zachowań i sytuacji, jak specyficzność-globalność oraz konkretność-ogólność.

Ciężka, przewlekła choroba psychiczna stanowi trudne doświadczenie życiowe, które, aby móc je udźwignąć, wymaga uruchomienia wszelkich posiadanych zasobów oraz nauczenia się funkcjonowania z daną przypadłością. Niemalże znaczenie ma tu wypracowany przez jednostkę styl radzenia sobie w trudnych i stresujących sytuacjach. Istnieje wiele podziałów i klasyfikacji stylów radzenia sobie ze stresem, jednak najważniejsze i uwzględniane w wielu teoriach to strategie walki, obrony, ucieczki oraz prewencji. Omawianie po kolei tych stylów radzenia sobie mija się z celem niniejszej pracy, dla uzupełnienia warto jednak dodać, że nie ma jednej słusznej strategii walki ze stresem – wszystko zależy od sytuacji, środowiska oraz indywidualnych właściwości jednostki. W przypadku radzenia sobie z przewlekłym stresem, jak ma to miejsce np. u osób ze schizofrenią, pomocne jest kanalizowanie swojego lęku (czemu służyć może właśnie religia), tworzenie złudzeń, a więc specyficzny sposób postrzegania faktów, który pozwala na ich pozytywniejszy odbiór. Również ta strategia radzenia sobie może być realizowana za pomocą zaangażowania religijnego (przekonanie w życie pozagrobowe, opieka wyższej mocy, wyższy sens oraz znaczenie choroby i cierpienia z nią związanego, rozwój duchowy jako droga do uzdrowienia fizycznego itd.). Zdolność radzenia sobie z problemami zorientowana na emocje jest czasem najzdrowszą w kontekście dobrostanu psychicznego formą działania, której służyć mogą właśnie wytwarzane iluzje oraz praktyki religijne czy uczestniczenie w społeczności wyznaniowej. Z drugiej strony, wymienione strategie działania mogą stanowić element stylu instrumentalnego, zorientowanego na działanie. Ta strategia jest kluczowa dla aktywnego przezwyciężania choroby i przyjmowania odpowiedzialności za napotymane problemy. Tylko w takich warunkach bowiem możliwe jest postrzeganie siebie jako jednostki sprawczej.

Ostatnim elementem religii, który powodować może *podkopywanie* poczucia sprawstwa, jest społeczność religijna, bowiem, gdy ma ona charakter konserwatywny, wymaga dużego nakładu energii, czasu oraz zasobów (przez co może powodować konflikty ról oraz dysonans poznawczy) wymusza konformizm, jest oceniająca i ingerująca. Jednak relacja między wspólnotą religijną a poczuciem kontroli nie

jest taka prosta, ponieważ z drugiej strony wspólnota może bardzo pozytywnie wpływać na chorą jednostkę. Praktykowanie wiary zapewnia jednostce wsparcie ze strony lokalnej społeczności związanej z tą religią. Co istotne, cechą różnicującą chorych na schizofrenię, którzy zażywają leki od tych, którzy ich nie biorą, jest właśnie uczestnictwo we wspólnocie religijnej (czyli praktyczny i społeczny wymiar religii). Osoby obecne w terapii różnią się od tych, które z niej odpadają (przystając brać leki po okresie hospitalizacji), tym, że są członkami religijnych zgrupowań i wspólnot – osoby niezażywające leków są w znacznej większości w grupie ludzi, dla których religia zajmuje ważne miejsce w ich życiu, jednak nie udzielają się w żadnych zgrupowaniach, brak więc aspektu praktycznego (Borras i in., 2007). Podsumowując, wspólnota religijna może wpływać pozytywnie lub negatywnie na zażywanie leków (oraz poczucie sprawstwa) w zależności od rodzaju i charakteru owej wspólnoty, od posiadanego już poczucia umiejscowienia kontroli oraz od postrzeganego (a nie rzeczywistego) otrzymywanego wsparcia. (Należy jednak wziąć pod uwagę inne alternatywne wyjaśnienia zależności poczucie sprawstwa–przynależenie do wspólnoty. Po pierwsze, być może to poczucie sprawstwa decyduje, do jakiej społeczności przynależymy, a nie odwrotnie. Możliwe jest również, że zależność między poczuciem sprawstwa a rodzajem wspólnoty, której jednostka jest członkiem jest dwukierunkowa. Po trzecie, możliwe jest również, że istnieje trzeci czynnik, który decyduje zarówno o poczuciu sprawstwa, jak i tym, do jakiej wspólnoty wchodzi jednostka – wtedy dwie ostatnie wymienione zmienne byłyby niezależne od siebie). Co ciekawe, osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli postrzegają większe wsparcie niż osoby z zewnętrznym poczuciem kontroli. Być może poczucie otrzymywanego wsparcia jest drugim czynnikiem, obok poczucia umiejscowienia kontroli, które pośredniczy w związku między religijnością pacjenta a zażywaniem przez niego leków.

Przytaczane już badania Borrassa i in. (2007) wykazały, że ponad połowa pacjentów ze schizofrenią reprezentację swojej choroby buduje w oparciu o wyznawaną religię. I tak, może ona dawać pacjentowi pozytywny obraz własnej choroby, farmakoterapii oraz terapii wspomagającej (np. choroba jako część planu Boskiego) lub wręcz przeciwnie – tworzyć negatywną wizję, gdzie choroba jest karą za grzechy czy wpływem Szatana. Reszta pacjentów w rozumieniu choroby przyjmuje model biologiczny oraz genetyczną podatność na zachorowanie, nie angażując w to kwestii wiary. To, jaki obraz choroby i leczenia będzie miała osoba, zależy od wcześniej omówionych elementów religii, które oddziałują pozytywnie lub negatywnie na poczucie umiejscowienia kontroli, funkcjonowanie poznawcze, strategie radzenia sobie z problemem, style atrybucyjne czy kompetencje społeczne. Nie siła wiary czy zaangażowania religijnego decyduje o zażywaniu leków, lecz obraz tej wiary. W tym

miejscu nie można pominąć omówienia tych aspektów religii, które przyczyniają się do wzrostu prawdopodobieństwa zażywania leków przez pacjentów ze schizofrenią.

Jak już zostało wcześniej nadmienione, jedną z cech różnicujących osoby wierzące ze schizofrenią, gdzie jedna grupa zażywa leki, natomiast druga odpada z terapii w leczeniu ambulatoryjnym, jest zaangażowanie we wspólnotę religijną (co wyjaśnia to poczucie umiejscowienia kontroli, które to jest wyższe u osób przynależących do wspólnoty religijnej) – w tym kontekście ważna jest zarówno rola instytucji (jako źródła pomocy materialnej, duchowej oraz społeczno-emocjonalnej), jak i poczucie otrzymywanego wsparcia. Kolejnym aspektem religii pozytywnie wpływającym na zażywanie leków jest wiara w życie pozagrobowe, związek ten jednak jest bardziej skomplikowany, ponieważ bierze w nim udział jeszcze jeden czynnik – stan zdrowia osoby. Stan zdrowia jest albo czynnikiem wpływającym jednocześnie na poczucie sprawstwa oraz religijność osoby, albo czynnikiem pośrednim, moderującym wzajemny wpływ poczucia sprawstwa i religijności. Rodzaj i kierunek zależności nie jest zbadany. Liczne badania dowodzą dwukierunkowego wpływu między zdrowiem a poczuciem umiejscowienia kontroli, a mianowicie z jednej strony poczucie sprawstwa jest silnym predykatorem zdrowia psychicznego i fizycznego, z drugiej zaś, zły stan zdrowia może osłabiać poczucie sprawstwa i zdolności poradzenia sobie z problemem, skutkując rezygnacją z dalszego uczestnictwa w farmakoterapii. Przekonanie o życiu pozagrobowym koreluje natomiast z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli. Spoglądając na związek tych trzech czynników, można wysunąć hipotezę na temat następującej zależności: przekonania religijne (jak wiara w życie pozagrobowe) oraz praktyki religijne (jak modlitwa) mogą pomagać chorującej jednostce (która postrzega swoje zdrowie jako słabe) w przeformułowaniu swojej hierarchii wartości tak, że ważniejszymi wymiarami w percypowaniu świata oraz kształtowaniu samooceny są cechy osobowości i charakteru, zaś status społeczny, sukcesy czy osiągnięcia schodzą na dalszy plan.

Ponadto, religia może być formą aktywnego stylu radzenia sobie z problemami, który w literaturze określany jest jako religijny styl radzenia sobie oparty na współpracy (*collaborative religious coping style*; Nareaho, 2008). Opiera się on na wierze jednostki, że Bóg aktywnie ingeruje w jej życie i pomaga jej w rozwiązywaniu problemów i osiąganiu celów. Wszystko to osiągnięte jest w efekcie współpracy obydwu stron: człowieka i Boga. Osoba z takim stylem radzenia sobie z jednej strony kieruje się przekonaniami typowymi dla zewnętrznego poczucia kontroli, z drugiej jednak strony nie unika problemów, nie stosuje mechanizmów obronnych w myśleniu o chorobie, lecz przeciwnie – aktywnie reaguje na sytuację.

Innym ważnym związkiem w relacji religia–zdrowie–poczucie kontroli jest częstotliwość modlitw. Warto nadmienić, że indywidualne praktyki religijne nie

korelują z poczuciem sprawstwa, zależność ta powstaje natomiast wtedy, gdy zdrowie jednostki jest w złym stanie (i tak też jest przez nią postrzegane). Wtedy bowiem indywidualne praktyki religijne zmniejszają negatywny wpływ zdrowia na postrzeganie siebie i otoczenia, co chroni przed zmianami poczucia sprawstwa. Możliwe jest przytoczone wcześniej wyjaśnienie, iż jednostka w sytuacji złego stanu zdrowotnego dla ochrony dobrostanu psychicznego dokonuje zmiany wartości i kryteriów oceny siebie i innych ludzi. Wyraźnie widać, iż zdrowie stanowi ważny czynnik moderujący związek między poczuciem kontroli a religijnością.

Umiejscowienie kontroli jest ważnym składnikiem samowiedzy oraz motywacji. Wewnętrzne poczucie kontroli związane jest z motywacją wewnętrzną, bowiem, jeśli jednostka postrzega siebie jako aktywną, mającą wpływ na otoczenie, z większym prawdopodobieństwem podejmie się realizacji wyznaczonych zadań i celów i wierząc w sukces. W przypadku zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli w aktywności własnej dominuje raczej motywacja zewnętrzna – ze względu na brak wiary w zdolność wpływania na otoczenie jednostka niechętnie angażuje się w daną sytuację (funkcja ochrony samooceny). Poza tym, dana sytuacja i jej skutki postrzegane są przez taką osobę jako niezależne od niej, przez co reaguje ona nie na własne stany wewnętrzne czy potrzeby, lecz na zewnętrzne i obiektywne w stosunku do niej wydarzenia i zjawiska. Osoba, która nie ma zaufania do własnych możliwości, nie będzie mieć również motywacji do zmiany zachowania czy osiągnięcia zamierzonego celu. Osoby o wewnętrznym poczuciu kontroli działają bardziej realistycznie, w większej mierze uczą się na własnych doświadczeniach i są odporniejsze na frustrację w porównaniu do osób o niskim poczuciu sprawstwa (Rybarczyk, 2007)

Ian Lynam (2005) w swojej pracy, poruszając problem czynników decydujących o tym, kiedy pacjent (badania dotyczyły populacji osób chorych na HIV, natomiast wymienione czynniki decydujące o obecności w terapii są uniwersalne we wszystkich ciężkich i przewlekłych chorobach) jest obecny w terapii (zażywa regularnie leki), a kiedy nie, przywołuje dwa kluczowe w tym zagadnieniu konstrukty psychiczne – poczucie umiejscowienia kontroli oraz regulację własnej autonomii (*autonomous regulation*). To ostatnie pojęcie wywodzi się z teorii samostanowienia (*Self-Determination Theory*, SDT) autorstwa Deci i Ryan. Teoria ta zakłada istnienie trzech wrodzonych potrzeb psychologicznych: kompetencji, autonomii oraz *relatedness*, które jednocześnie stanowią podstawy samookreślenia własnej osoby oraz integracji osobowości. Dwa pierwsze komponenty są szczególnie istotne, ponieważ konieczne są, aby w jednostce wzbudzona została motywacja wewnętrzna. Regulacja autonomiczna daje jednostce poczucie wolności w dokonywaniu wyborów oraz decydowaniu o sobie, dzięki czemu cele i aktywności narzucone z zewnątrz mogą zostać zinternalizowane, co pozwala zaangażować się w nie i oceniać je jako ważne i wartościowe. Regulacja autonomiczna

wykorzystuje emocje typowe dla osobowościowej warstwy superego, jak wstyd czy poczucie winy, przeformułując wartości czy zachowania z narzuconych przez środowisko na zgodne z wewnętrzną hierarchią, pożądane i zindywidualizowane (Standage, Duda, 2005). Badania dowodzą, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli związane jest z częstszym uczestnictwem w terapii. Regulacja autonomiczności oraz poczucie umiejscowienia kontroli są związane z zażywaniem leków i braniem udziału w terapii wspomagającej przez pacjentów (Lynam, 2008), brak jednak badań nad naturą relacji między tymi dwoma predyktorami uczestnictwa w farmakoterapii. Dlatego istotne jest, aby pacjenci ze schizofrenią, uczestnicząc w długoterminowej farmakoterapii, kierowali się wewnętrzną motywacją, ponieważ świadczy ona o zaangażowaniu w aktywność i przede wszystkim poczuciu bycia wolnym i swobodnym w dokonywaniu wyborów. Natomiast z drugiej strony zapewnianie pacjentowi możliwości dokonywania wyborów wzmacnia w nim poczucie autonomii, sprawstwa oraz motywacji wewnętrznej (Gagne, Deci, 2005). Są to istotne w kwestii leczenia i kontaktu z pacjentem przesłanki, do których powrócę w dalszej części pracy.

Religia jest jedną z centralnych kwestii w ludzkim życiu, mimo to niewiele dotychczasowych badań zostało jej poświęconych, szczególnie w kontekście tak ważnego konstruktu psychicznego, jakim jest poczucie umiejscowienia kontroli, będącym podstawowym wymiarem oceny swoich oraz cudzych zachowań. Z jednej strony religia może mieć negatywny wpływ na odczuwane poczucie kontroli i funkcjonowanie poznawcze, a ujawnić się to może pod trzema postaciami: dewaluowania poznania rozumowego w rozwiązywaniu problemów, sztywności poznawczej lub ograniczaniu aktywności, zwiększających wiarę we własne możliwości i poczucie mocy. W kontekście leczenia farmakologicznego osób cierpiących na schizofrenię efektem tego może być demonizowanie medycyny oraz terapii, rezygnacja z szukania różnych, alternatywnych metod pomocy i samopomocy w walce z chorobą oraz z wynikającymi z niej problemami życia codziennego czy obwinianie siebie za przeżywane cierpienia. Z drugiej jednak strony religia może zbliżać jednostkę do innych ludzi, umożliwiając jej ćwiczenie różnych ról społecznych, wypełnianie obowiązków, dawanie pomocy i wsparcia, otrzymywanie tego samego, budowanie i przekształcanie swojej hierarchii wartości, uczenie się funkcjonowania z chorobą na nowo za pomocą modelowania i obserwacji innych członków społeczności religijnej. Ponadto, religia jako aktywny styl radzenia sobie może umacniać w jednostce motywację wewnętrzną, która to jest lepszym niż motywacja zewnętrzna gwarantem powodzenia w osiąganiu wyznaczonych celów. Ciekawe jest również, że takie przekonanie religijne jak wiara w życie pozagrobowe paradoksalnie pozytywnie koreluje z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli. Wydawałoby się bowiem, że owo przekonanie skłania raczej do mniejszego zainteresowania sprawami doczesnymi,

tymczasem wiara w życie pozagrobowe działa raczej jak bufor, dając poczucie nadziei, kompensując tym samym aktualnie przeżywany ból, lęk i inne negatywne emocje.

PRAKTYCZNE IMPLIKACJE, CZYLI JAK PRACOWAĆ Z PACJENTEM, BY ZWIĘKSZYĆ SZANSE REGULARNEGO ZAŻYWANIA PRZEZ NIEGO LEKÓW

Ważne jest, aby w pracy z pacjentem pracować nad jego wizją własnej choroby i przeformułować ją na pozytywną oraz pomóc zaakceptować konieczność leczenia. W przypadku religijnych pacjentów, którzy mają negatywną wizję leków (i przez to ich nie zażywają), należałoby współpracować z ich duchowymi przewodnikami, ponieważ to oni właśnie z większym prawdopodobieństwem mogą być dla pacjenta autorytetem i pomóc mu ukształtować bardziej pozytywny obraz leczenia i terapii. Grupa wsparcia to kolejny czynnik, który może zwiększyć prawdopodobieństwo, że wierzący pacjent, który odpadł z terapii, znów do niej powróci i będzie zażywał leki regularnie.

We wcześniejszej części pracy poruszony został związek między takimi konstrukcjami, jak poczucie kontroli, motywacja wewnętrzna oraz autonomia, które to stanowią ważne predyktory zażywania leków przez pacjenta ze schizofrenią. W związku z tym lekarz czy terapeuta powinien pamiętać o tych aspektach w trakcie pracy z chorym, dając pacjentowi możliwość wyboru (np. w poruszanych tematach, stosowanych technikach w terapii wspomagającej), dostarczając mu jak największą ilość informacji o lekach, farmakoterapii, innych rodzajach leczenia oraz innych aspektach związanych z leczeniem i chorobą – istotne jest budowanie relacji równoległej między pacjentem a lekarzem/terapeutą. Poza tym, warto zachęcać chorego do angażowania się w aktywności o charakterze społecznym (np. wspólnoty religijne), dające sposobność przywracania i wzmacniania pewności siebie, dawania poczucia wsparcia czy ćwiczenia ról społecznych. Wszystko to umożliwia społeczne przywrócenie pacjenta i umocnienie autonomii.

Zależność między byciem we wspólnocie i praktykami religijnymi a zażywaniem leków może być odwrotnie rozumiana niż wcześniej zaprezentowany sposób myślenia, zgodnie z którym wspólnota i praktyki działają pozytywnie na samopoczucie i emocje jednostki, jej radzenie sobie ze stresem i poczucie sprawstwa. Z drugiej jednak strony, związek ten może mieć odwrotny kierunek: w im lepszym stanie psychicznym jest jednostka, tym bardziej jest ona zdolna do udzielania się w życiu społecznym. Jeśli jest w złym stanie psychicznym przez odczuwane negatywne emocje, niepełną remisję, objawy ubytkowe lub mniejsze zdolności komunikacyjne czy społeczne,

to jednocześnie jest mniej zdolna i zmobilizowana do angażowania się w praktyki religijne i życie wspólnoty. Religijna grupa wsparcia może być też dobrym rozwiązaniem dla pacjentów niewierzących, ale będących w kryzysie i mających trudności z braniem leków – wspólnota może dać choremu poczucie więzi i bliskości z innymi, zmniejszyć odczucie osamotnienia oraz utwierdzić go w przekonaniu, że inni też mają podobne problemy. Grupowe praktyki religijne oraz inne aktywności społeczne dają większe poczucie mocy i sprawstwa oraz są konstruktywnym sposobem na radzenie sobie ze stresem i kanalizacją negatywnych emocji. Konkludując tę myśl, zdecydowanie terapeutycznym celem w pracy z osobami dotkniętymi schizofrenią byłoby przywrócenie ich do roli członków wspólnoty.

Należy również wziąć pod uwagę, że osoby z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli są bardziej zmobilizowane do samodzielnego rozwiązywania problemów, mają nastawienie zadaniowe w sytuacjach trudnych i lepiej znoszą stres. Osoby charakteryzujące się zewnętrznym poczuciem kontroli są natomiast bardziej podatne na sugestie, wolą sugerować się radami innych, są niepewne i więcej sytuacji życiowych postrzegają jako poza ich kontrolą (Rybarczyk, 2007). Jeśli więc pacjent jest raczej zewnątrzsterowny, to na etapie rehabilitacji (gdy inne funkcje psychiczne są odbudowane) lekarz lub terapeuta może skupić się na pracy nad poczuciem sprawstwa chorego, tak by je umocnić. Już Rotter pisał, że poczucie umiejscowienia kontroli jako wymiar osobowości jest cechą względnie stabilną na przestrzeni życia, jednak są pewne jej aspekty, które poddają się zmianom. Poczucie kontroli może odnosić się do zgeneralizowanych (trudno modyfikowalne) oraz specyficznych oczekiwań (dotyczących konkretnych sytuacji) i właśnie te ostatnie mogłyby stanowić materiał do pracy w trakcie terapii (np. przeformułowywanie myślenia o własnej chorobie). Już starożytni doceniali zbawczą moc poczucia sprawstwa – według Marka Aureliusza, zmieniając własną ocenę sytuacji, możemy stać się spokojniejsi i mniej zestresowani.

Leczenie schizofrenii jest procesem kompleksowym w tym sensie, iż wymaga współpracy specjalistów z zakresu różnych dziedzin. W kontekście nowych odkryć badawczych warto rozważyć, czy nie należałoby do ich grona włączyć również księdza, rabina czy pastora. Duchowość powinna zostać zintegrowana z leczeniem psychologicznym oraz psychiatrycznym, ponieważ jest ona źródłem nadziei w radzeniu sobie z cierpieniem.

BIBLIOGRAFIA

- Birchwood, M., MacMillan, F., Healy J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387–395.
- Borras, L., Mohr, S., Brandt, P.-Y., Gillie'ron, C., Eytan, A., Huguelet, P. (2007). Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1238–1246.
- Gagne, M., Deci, E. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 331–362.
- Lynam, I., Catley, D., Goggin, K., Rabinowitz, J. L., Gerkovich, M. M., Williams, K. i in. (2008). Autonomous regulation and locus of control as predictors of antiretroviral medication adherence. *Journal of Health Psychology*, 14, 578–586.
- Nareaho, L. (2008). The cognitive science of religion: philosophical observations. *Religious Studies*, 44, 83–98.
- Silverstein, S. M. (2010). Bridging the gap between extrinsic and intrinsic motivation in the cognitive remediation of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 949–956.
- Standager, M., Duda, J., Ntoumanis N. (2005). A test of self-determination theory in school physical education. *British Journal of Educational Psychology*, 75, 411–433.
- Rybarczyk, M. (2007). Poczucie umiejscowienia kontroli a efektywność zawodowa. W: M. Gwoździcka-Piotrowska, A. Zduniak, J. Wołęjszo (red.), *Edukacja XXI wieku. Edukacja w społeczeństwie ryzyka. Bezpieczeństwo jako wartość* (t. 3, s. 44–49). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa w Poznaniu.
- William, J. (2001). *Doświadczenia religijne*. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.

DAGNA SKRZYPIŃSKA, MONIKA SŁODKA

monika.slodka@gmail.com

Uniwersytet Jagielloński

KTO MOŻE ZACHOROWAĆ NA SCHIZOFRENIĘ? CZYLI O MODELACH PODATNOŚĆ–STRES

RECENZJA

Recenzent: dr Katarzyna Prochwicz

Artykuł zawiera przegląd literatury dotyczącej przyczyn schizofrenii, ze szczególnym uwzględnieniem teorii sformułowanych w ramach paradygmatu podatność–stres. Autorki omawiają główne założenia i podstawowe tezy pięciu najważniejszych modeli odwołujących się do znaczenia wewnętrznych predyspozycji i stresu dla powstawania zaburzeń psychicznych: modelu podatności, interaktywnego modelu podatność/stres, modelu zarządzania stresem, modelu stres–podatność–radzenie sobie–kompetencje oraz modelu reaktywności emocjonalnej.

Autorki wskazują na podobieństwa między tymi modelami oraz na ewolucję, jaką przeszły te ujęcia od koncepcji skupionych wyłącznie na relacji między podatnością a stresem, do modeli uwzględniających rolę czynników ochronnych, takich jak wsparcie społeczne czy umiejętność radzenia sobie w sytuacji stresu. Autorki wskazują także na rozwój wspomnianych modeli od ujęć czysto teoretycznych do tych, z których wynikają praktyczne implikacje dla leczenia i rehabilitacji osób chorujących na schizofrenię.

Artykuł ma charakter teoretyczny, Autorki nie rozwijają przytaczanych koncepcji i nie dokonują ich krytycznej oceny, stanowi jednak wartościowe i użyteczne źródło wiedzy o psychospołecznych modelach przyczyn schizofrenii. Informacje zawarte w tekście są dobrze udokumentowane, o czym świadczy rozbudowana literatura uwzględniająca nie tylko opracowania omawianych teorii, ale także teksty źródłowe.

Artykuł ma przejrzystą strukturę, poszczególne modele zostały omówione w jasny i zrozumiały dla czytelnika sposób, choć pewne utrudnienie w odbiorze tekstu może stanowić medyczna terminologia, którą posługują się Autorki. Zastosowanie takiego języka jest jednak o tyle usprawiedliwione, że teorie przyczyn schizofrenii były często rozwijane na gruncie nauk medycznych, co wyznacza sposób opisu omawianych w nich zjawisk.

Artykuł zawiera syntetyczne i wartościowe omówienie teorii podatność–stres w kontekście przyczyn schizofrenii i powinien zostać wydrukowany.

Celem artykułu jest przedstawienie potencjalnych psychospołecznych przyczyn, które mogą leżeć u podłoża schizofrenii. Zaprezentowane zostały rozwijane od lat 70. modele podatność–stres.

Metoda: Przegląd literatury dotyczącej etiologii i modeli podatność–stres w schizofrenii.

Wyniki: Do przyczyn schizofrenii zalicza się czynniki: endogenne, egzogenne i psychogenne. Nie zostały one ostatecznie potwierdzone empirycznie. W celu integracji domniemyanych uwarunkowań schizofrenii, zaproponowano teorie oparte na paradygmacie podatność–stres. Pierwszy z opisanych – model podatności – wskazuje na znaczenie interakcji podatności i stresu, kolejny, orientacyjny, interaktywny model podatność/stres, bierze pod uwagę trzy grupy czynników podatności i wyróżnia stan pośredni między zdrowiem a chorobą. Model zarządzania stresem u osób chorujących na schizofrenię podkreśla znaczenie umiejętności radzenia sobie dla redukcji stresu, natomiast ujęcie stres–podatność–radzenie sobie–kompetencje – rolę czynników ochronnych. Ostatni model – reaktywności emocjonalnej – sugeruje, że może stanowić ona markerem podatności na schizofrenię.

Wnioski: Według zaprezentowanych modeli, interakcja podatności i stresu stanowi istotny wzór zachorowania na schizofrenię.

Słowa kluczowe: schizofrenia, podatność, stres

Schizofrenia uważana jest za najpoważniejszą chorobę psychiczną. Pomimo ponad 100 lat badań, wciąż nie można jednoznacznie określić zarówno jej etiopatogenezy, sposobu leczenia przyczynowego, jak i czynników chroniących przed zachorowaniem. Istnieje jednak wiele hipotez dotyczących uwarunkowań i korelatów tej choroby.

Badania nad schizofrenią rozpoczęto, w związku z działalnością K. Kahlbauma, E. Kraepelina oraz E. Bleulera, na przełomie XIX i XX wieku (Nasierowski, 2007). To właśnie Bleuler w 1911 roku po raz pierwszy użył terminu schizofrenia, wywodząc go od greckich słów *schizis* (rozszczerzenie) i *phren* (rozum). Schizofrenię rozumiał nie jako pojedyncze zaburzenie, ale grupę chorób – zbiór psychoz o zbliżonym obrazie klinicznym i niejednolitej etiopatogenezie. Według niego dochodzi w niej do rozpadu struktury osobowości, uczuciowości oraz myślenia (Sulestrowska, 2000). Wyróżnił objawy określane jako 4A: ambitendencję/ambisentencję/ambiwalencję, czyli współistnienie sprzecznych dążeń/sądów/uczuć; autyzm rozumiany jako skupienie się na przeżyciach wewnętrznych, zamiast na rzeczywistości zewnętrznej; afekt tępy – zubożenie, niedostosowanie i spłylenie emocjonalne; oraz zaburzenia asocjacji – rozkojarzenie, formalne zaburzenia myślenia (Jarema, 2011).

Współcześnie schizofrenię charakteryzuje się poprzez jej obraz kliniczny, rozpoznając typowe objawy. Ocenie poddaje się stan psychiczny osób chorujących, ze szczególnym uwzględnieniem następujących cech: dezintegracji osobowości, zubożenia uczuciowego, zaburzenia funkcji poznawczych, objawów wytwórczych (omamy, urojenia, formalne zaburzenia myślenia) lub/i ubytkowych (autyzm, anhedonia, apatia, zaburzenia wypowiedzi; Drat-Ruszczak, 2005). Co więcej, schizofrenia ma zazwyczaj przewlekły przebieg, mogący prowadzić do dezadaptacji życiowej. U osób cierpiących dochodzi, w takim przypadku, do zaburzeń wielu aspektów funkcjonowania, przede wszystkim: relacji społecznych, aktywności zawodowej, samodzielności oraz rozwoju zainteresowań (Wciórka, 2009).

ETIOPATOGENEZA

Rozpowszechnienie schizofrenii szacuje się na 1% populacji ogólnej, co oznacza, że dotyka ona około 50 mln ludzi na świecie (Meder, 2004). W równym stopniu dotyczy ona obu płci. Mężczyźni zazwyczaj zapadają na schizofrenię wcześniej – w okresie adolescencji i na początku dorosłości (15–24 rok życia), natomiast kobiety później – w wieku dojrzałym (25–34 rok życia; Wciórka, 2009). Zwiastuny choroby mogą być jednak widoczne już dużo wcześniej – nawet w okresie dzieciństwa (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003).

Dotychczas przyczyny schizofrenii nie zostały jednoznacznie określone. Do czynników etiologicznych zalicza się uwarunkowania: endogenne, egzogenne oraz psychogenne.

Pierwsza z grup przyczyn obejmuje czynniki genetyczne, których udział w powstawaniu zaburzenia określa się na około 40% (Sulestrowska, 2000). Ryzyko zachorowania w ciągu życia dla członków rodziny jest wprost proporcjonalne do stopnia pokrewieństwa: dla bliźniąt monozygotycznych jest ono największe – stanowi 30–50%, z kolei dla krewnych III stopnia wynosi 2%. Większość krewnych (60–80%) osób cierpiących na schizofrenię nigdy jednak nie zapada na tę chorobę (Wciórka, 2009).

Przesłanki egzogenne schizofrenii łączą wystąpienie choroby z czynnikami pochodzenia: bakteryjnego, wirusowego, immunologicznego oraz biochemicznego. Ta grupa hipotez obejmuje także wpływ zaburzeń struktur mózgu, zarówno w układzie limbicznym, jak i korze skroniowej oraz czołowej, na rozwój psychozy (Lawrie, McIntosh, Hall, Owens, Johnstone, 2008). Nie odkryto dowodów wskazujących na bezpośredni udział czynników infekcyjno-immunologicznych, takich jak np.: sezonowość zachorowań (Bembenek, 2008) czy gęstość populacji (Gorczyca, Ścisło, Wesecka, 2011), w powstawaniu schizofrenii. Co więcej, wiele badań poświęconych jest zagadnieniu wadliwej transmisji neuronalnej na szlakach: dopaminergicznym (Guillin, Abi-Dargham, Laruelle, 2007), serotonergicznym (Buhot, Martin, Segu, 2000), cholinergicznym (np. Holt i in., 1999), glutaminergicznym (Harrison, 2008) oraz noradrenergicznym (Yamamoto, Hornykiewicz, 2004). Żadna z hipotez dotyczących czynności mózgu nie została dotychczas jednoznacznie potwierdzona, jednak największe znaczenie przypisuje się wpływowi dopaminy.

Równolegle z przesłankami egzogennymi prowadzi się rozważania nad czynnikami środowiskowymi sprzyjającymi rozwojowi schizofrenii. Od końca lat 40. XX wieku powstają koncepcje związane z wpływem rodziny na rozkwit choroby. Pierwsza teoria, stworzona przez F. Fromm-Reichmann (za: de Barbaro, 1999), dotyczy schizofrenogennej matki. Zgodnie z założeniem, matka taka miałaby być: zimna, dominująca, rygorystyczna, kontrolująca oraz sadystycznie agresywna, co starałaby się maskować postawą nadmiernie opiekuńczą w stosunku do dziecka. Z czasem szkodliwy wpływ matki został rozszerzony także na osobę ojca charakteryzującego się: biernością, uległością, wycofaniem oraz podporządkowaniem (Frank, 1965). Dotychczas sformułowano wiele koncepcji zakładających wpływ rodziny na rozwój schizofrenii, m.in. takich, jak teorie: delegacji (Stierlin, za: de Barbaro, 1999), komplementarności potrzeb (Boszormenyi-Nagy, za: de Barbaro, 1999), pseudowzajemności i pseudowrogości (Wynne, za: de Barbaro, 1999), czy destrukcyjnego wpływu relacji między rodzicami (Lidz, Fleck, Cornelison, za: de Barbaro, 1999). Do

jednej z najszerzej omawianych należy hipoteza podwójnego wiązania zaproponowana przez G. Batesona, D. Jacksona, J. Haley oraz J. Weaklanda w 1956 roku (de Barbaro, 1999). Polega ono na przekazywaniu, często nie wprost, przez co najmniej jednego z rodziców wzajemnie wykluczających się komunikatów (myśli, uczuć, wymagań, zachowań bądź żądań). Ten sprzeczny wzór interakcji znajduje odbicie w zdezorientowanym sposobie myślenia dziecka.

Życie rodzinne ma także wpływ na przebieg schizofrenii. Georg Brown wraz ze współpracownikami (za: Rostworowska, 1999) zaobserwował, że pacjenci powracający po hospitalizacji do mieszkania ze swoimi rodzicami/współmałżonkami doświadczają znacznie więcej nawrotów choroby niż pacjenci żyjący wraz z dalszymi krewnymi lub w hostelu chronionym. Ponadto, ryzyko nawrotu zwiększa się wraz z czasem pozostawania cierpiących na schizofrenię w bezpośrednim kontakcie z najbliższymi, szczególnie z tymi, z którymi łączą ich silne bądź wrogie związki emocjonalne. Tak zwany wskaźnik ujawnianych uczuć, obejmujący liczne krytyczne uwagi zgłaszane pod adresem chorego, wrogość i emocjonalne uwikłanie rodziny stanowi zatem, zgodnie z teorią Browna i współpracowników (za: Rostworowska, 1999), korelat nawrotu. Podobnie jak w przypadku pozostałych grup hipotez odnoszących się do etiologii schizofrenii, także w przypadku teorii psychogennych trudno jest stwierdzić pełną zasadność ich założeń.

MODELE PODATNOŚĆ–STRES

Pomimo zebrania dużej ilości materiału dotyczącego biologicznych uwarunkowań zaburzeń psychicznych, nie udało się jednoznacznie ustalić jednego lub kilku czynników odpowiedzialnych za ich powstawanie. W związku z tym, obok przyczyn biologicznych, badając etiologię chorób, należy rozważyć także przesłanki psychospołeczne oraz społeczno-kulturowe. Czynniki te składają się na podatność, czyli predyspozycje danej osoby do rozwinięcia zaburzenia psychicznego. Obok podatności, do wybuchu choroby, niezbędne jest także wystąpienie stresorów. Interakcja podatności oraz stresu, rozumianego jako „szczególny rodzaj relacji pomiędzy jednostką i otoczeniem, który jest przez jednostkę oceniany jako nadwyrężający lub przekraczający jej możliwości i zagrażający jej dobru” (Lazarus, Folkman, 1984, s. 19), prowadzić może w efekcie do zachorowania. Modele podatność–stres leżą u podstaw wielu zaburzeń psychicznych, także schizofrenii.

Model podatności (*The vulnerability model*)

Do jednego z najstarszych modeli podatność–stres należy model podatności zaproponowany przez J. Zubina oraz B. Spring w 1977 roku. Koncepcja ta zakłada, że każda osoba posiada pewien stopień podatności ujawniający się w określonych indywidualnie warunkach, pod postacią epizodów schizofrenii.

Zubin i Spring (1997), łącząc dwa modele etiologiczne schizofrenii: biologiczny oraz środowiskowy, uznali je za czynniki podatności na zachorowanie. Do przyczyn biologicznych zaliczają geny i uwarunkowania neurofizjologiczne, natomiast do środowiskowych: traumy, przebyte choroby, komplikacje okołoporodowe, doświadczenie rodzinne, interakcje społeczne, rezultaty uczenia się, jak również pozostałe wydarzenia życiowe. Podatność danej osoby określa jej zdolność do radzenia sobie z wyzwaniami stawianymi przez otoczenie: im wyższy stopień podatności, tym większe prawdopodobieństwo zachwiania homeostazy organizmu, co może skutkować rozwojem choroby. Stresory środowiskowe, wpływające na jednostkę, powodują zatem wystąpienie u niej mniej lub bardziej nasilonych, przejściowych kryzysów lub długotrwałych zaburzeń.

Tak długo jak stres spowodowany zdarzeniami życiowymi nie przekracza progu umiejętności radzenia sobie, dana osoba jest w stanie reagować na niego w sposób adekwatny i elastyczny. Gdy natężenie stresu przekracza ten próg, wysoce prawdopodobnym staje się rozwój objawów psychopatologicznych schizofrenii. Według Zubina i Spring (1997), epizody choroby są zawsze ograniczone w czasie, ustępując wraz ze spadkiem nasilenia stresu do poziomu, w którym jednostka jest w stanie optymalnie funkcjonować. Ostatecznie osiąga ona stopień przystosowania podobny do tego, jakim charakteryzowała się przed pogorszeniem stanu zdrowia.

Zgodnie z modelem zaproponowanym przez Zubina i Spring (1977) epizod schizofrenii rozwija się w wyniku doświadczania przez osobę, cechującą się dużą podatnością na tą chorobę, stresora przekraczającego jej próg umiejętności radzenia sobie. Autorzy koncepcji zakładają istnienie hipotetycznego związku pomiędzy podatnością na zachorowanie a wystąpieniem istotnych wydarzeń życiowych, takich jak np.: śmierć bliskiej osoby, znaczący awans, zawarcie związku małżeńskiego czy rozwód. Podatność ta może zatem leżeć u podłoża schizofrenii, która rozwinie się (lub nie) w zależności od pojawienia się stresorów oraz wpływu takich czynników, jak: obecność sieci wsparcia społecznego, uwarunkowania środowiskowe oraz osobowość przedchorobowa (Zubin, Magaziner, Steinhauer, 1983).

Orientacyjny, interaktywny model podatność/stres (ograniczonych możliwości (A tentative, interactive vulnerability/stress model of schizophrenia episodes)

Orientacyjny, interaktywny model podatność/stres, nazywany także modelem ograniczonych możliwości stworzony został przez K. Nuechterleina oraz M. Dawsona w 1984 roku. Zakłada on, że u osoby posiadającej biologiczną, psychologiczną oraz środowiskową podatność na psychozę może rozwinąć się epizod chorobowy, gdy zadania i sytuacje życiowe przekraczają jej możliwości poznawcze, takie jak: uwaga, pamięć krótko- i długotrwała, czy zdolność do podejmowania decyzji.

Zgodnie z heurystycznym modelem Nuechterlina oraz Dawsona (1984) u podłoża schizofrenii leżą trwałe charakterystyki osoby, składające się na podatność na zachorowanie. Zaliczają oni do nich trzy czynniki o zróżnicowanym charakterze: poznawczym (zredukowane możliwości przetwarzania informacji), biologicznym (nadmierna reaktywność układu autonomicznego na bodźce awersyjne), jak również społeczno-interakcyjnym (deficyty kompetencji społecznych i radzenia sobie). Podatność w interakcji z wymaganiami środowiskowymi, takimi jak: stresory społeczne oraz ubogie i niewspierające kontakty interpersonalne, mogą doprowadzić do tymczasowego stanu pośredniego pomiędzy zdrowiem a chorobą. Stan ten charakteryzuje się: przeciążonymi zdolnościami przetwarzania informacji, nadmiernym pobudzeniem autonomicznym oraz deficytami przetwarzania bodźców społecznych. Ponadto, poprzez mechanizm błędnego koła, znalezienie się przez osobę w stanie pośrednim zwiększa nasilenie stawianych jej wymagań środowiskowych, co skutkuje pojawieniem się rezultatu behawioralnego, czyli symptomów schizofrenii.

Epizod schizofrenii wywołony może zostać m.in. przez wydarzenia życiowe, stresujące środowisko czy używanie narkotyków. Co więcej, objawy prodromalne (problemy z koncentracją, przewlekłe napięcie, zdenerwowanie; Docherty, van Kammen, Siris, Marder, 1978; Herz, Melville, 1980), zazwyczaj towarzyszące stanom pośrednim pomiędzy zdrowiem a chorobą, wywierają negatywny wpływ na środowisko społeczne osoby zagrożonej schizofrenią, tworząc kolejne błędne koło obejmujące interakcje pomiędzy okresem przedchorobowym i otoczeniem jednostki.

Model zarządzania stresem u osób chorujących na schizofrenię (The stress management model for schizophrenics)

Model zarządzania stresem u osób cierpiących na schizofrenię został zaproponowany przez C. Leclerc, A. Lesage'a i N. Ricard (1997). Podejście to jest przykładem nowego nurtu teorii, w których akcent przeniesiono z tradycyjnego związku stresu

i podatności, na integrację paradygmatów dotyczących stresu i radzenia sobie (*coping*; Ritsner, Ben-Avi, Ponizovsky, Timinsky, Bistrov i in., 2003). Wyjaśnienia te kładą nacisk na ujęcie kontekstualne, podkreślając, jak w trudnych lub konfliktowych sytuacjach procesy radzenia sobie umożliwiają redukcję negatywnych skutków stresu i sprzyjają zachowaniom adaptacyjnym.

Model Leclerca i współpracowników (1997) kładzie duży nacisk na modulującą funkcję zasobów osoby cierpiącej na schizofrenię w radzeniu sobie ze stresem, co wpływa na jej symptomy chorobowe. Co więcej, indywidualne właściwości genetyczne jednostki uwidaczniają się w jej podatności na zachorowanie. Czynniki dziedziczne, podobnie jak we wcześniejszych modelach podatność–stres, wraz z kontekstem społeczno-kulturowym i wymiarami rozwojowymi (także efektami uczenia się), mogą wpływać na podstawową ocenę poznawczą i radzenie sobie w obliczu problemu. Indywidualna podatność połączona z doświadczanym przez osobę stresem może więc skutkować pojawieniem się symptomatologii schizofrenii o określonym nasileniu. Jednakże zasoby, w które jednostka jest wyposażona mogą modulować tę podatność, a tym samym – pojawiające się objawy psychiatryczne.

Leclerc i współpracownicy (1997) do zasobów jednostki zaliczają zdolność oceny poznawczej stresującej sytuacji oraz umiejętność zastosowania odpowiednich adaptacyjnych strategii radzenia sobie. Podczas pierwotnej oceny sytuacji, osoba stara się, według nich, jak najlepiej zrozumieć stresujące zdarzenie i jego konsekwencje. Mobilizuje więc się, by udoskonalić dokonane oceny poznawcze i decyduje, jakich zasobów użyć. Przy ewaluacji zasobów, obok zdolności poznawczych i umiejętności radzenia sobie, szacuje także dostępne wsparcie społeczne. W konsekwencji, w zależności od tego, czy spostrzega aspekty danego problemu jako niemodyfikowalne bądź podlegające zmianie, wybiera strategię radzenia sobie zorientowaną na regulację emocjonalną lub zadanie.

W przypadku przyjęcia strategii zorientowanej na regulację emocjonalną osoba uznaje, że w danej sytuacji nie może nic zrobić, nie jest zdolna do działania lub nie dysponuje niezbędnymi zasobami. Gdy decyduje się na zadaniowe podejście do problemu, uznaje, że działanie aktualnie jest możliwe lub dostrzega zdolność rozwiązania problemu w związku z posiadaniem odpowiednich zasobów. Po dokonaniu pierwotnej oceny, osoba wykorzystując swoje zasoby, wybiera więc jedną lub nawet kilka strategii, ocenianych jako adaptacyjne i umożliwiające jej podjęcie działania.

Po podjęciu prób poradzenia sobie z problemem, osoba dokonuje powtórnej oceny poznawczej wydarzenia. Ewaluacja efektów działań może wpływać na: dalsze odczuwanie przez jednostkę stresu, rozpaczy i zamartwianie się w przypadku nieskutecznego rozwiązania problemu lub zanik dyskomfortu i negatywnych emocji, gdy uda jej się, we własnym odczuciu, skutecznie poradzić z przeciwnościami. Przewyciężenie

stresującej sytuacji powoduje wzrost poczucia kompetencji, autonomii oraz samooceny, jak również łagodzi objawy chorobowe, podczas gdy działania nieskuteczne zwiększają odczuwany stres i przyczyniają się do spotęgowania symptomów schizofrenii. Wraz ze spadkiem dyskomfortu związanego ze stresem, osoba uważa kryzys za zażegnany. Nawet wtedy, gdy powód wystąpienia stresującego zdarzenia jest wciąż obecny lub problem nie został w rzeczywistości rozwiązany. Osoba nie poświęca więcej uwagi takim sytuacjom, jako że nie powodują one dłużej u niej dyskomfortu. W sytuacji odwrotnej – nieskutecznego radzenia sobie, następuje spotęgowanie objawów, co powoduje dodatkowy stres i sprawia, że cały proces rozpoczyna się od początku.

Leclerc, Lesage i Ricard (1997) na podstawie modelu zarządzania stresem w schizofrenii wyciągają praktyczne wnioski. Wskazują na to, że wspomaganie chorych nie może mieć na celu tylko rozwijania nowych kompetencji, ale także powinno celować w te obszary, które pozostają ciągle funkcjonalne. To zachowane kompetencje stanowią zasoby osoby chorej i pozwalają jej na ustalanie priorytetów działania. Założenie to powinno być realizowane w planach rehabilitacyjnych dla osób chorujących na schizofrenię. Istotnym jest, by w programach terapeutycznych zawsze uwzględniać indywidualne zasoby jednostki, oraz by pozostawić jej możliwość wyrażania swoich potrzeb i dokonywania własnych wyborów.

Model stres–podatność–radzenie sobie–kompetencje (The stress–vulnerability–coping–competence model)

Ujęcie zaproponowane przez R. Libermana (1988) wyrasta z nurtu skupionego na występujących w przebiegu schizofrenii deficytach umiejętności społecznych oraz podkreślającego konieczność ich rozwijania. Zagadnienia te podejmowane są w kontekście rozważań i badań nad rehabilitacją osób chorujących (Liberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman i in., 1986).

Liberman (1988) stworzył wieloczynnikowy model (stres–podatność–radzenie sobie–kompetencje) chronicznej choroby psychicznej i upośledzenia funkcjonowania, podkreślający różnorodność czynników wpływających na rezultaty rehabilitacji osób cierpiących na schizofrenię. Co więcej, koncepcja ta stanowi rozszerzenie modelu podatność–stres (Nuechterlein, Dawson, 1984; Zubin, Spring, 1977), zawiera bowiem opis uwarunkowań decydujących o poziomie kompetencji społecznych w schizofrenii (Yanos, Moos, 2007). Istotne są tu także: psychobiologiczna podatność, stresory społeczno–środowiskowe i czynniki ochronne, takie jak wsparcie społeczne i umiejętności radzenia sobie.

Upośledzenie funkcjonowania i niepełnosprawność w przebiegu oraz w wyniku procesu chorobowego mogą osiągać różne nasilenie wśród poszczególnych osób. Ich

wielkość może także ulegać fluktuacji w czasie u poszczególnych jednostek. Liberman (1988) podjął w swym modelu próbę wyjaśnienia tej inter- i intraindywidualnej zmienności. Uwzględnia on czynniki ochronne oraz związane z podatnością i stresem. Początek, przebieg, symptomy choroby i funkcjonowanie społeczne są, według niego, wynikiem złożonej interakcji uwarunkowań biologicznych, środowiskowych i behawioralnych danej osoby.

Zgodnie z modelem, psychobiologiczna podatność może przyczynić się do wybuchu choroby, gdy stresujące wydarzenia życiowe lub chroniczne napięcia w rodzinie/środowisku pracy przekraczają umiejętności radzenia sobie. Podatność i siła oddziaływania stresorów na upośledzenie funkcjonowania są moderowane poprzez obecne i mające określoną dynamikę, czynniki ochronne. Zalicza się do nich: umiejętności radzenia sobie i kompetencje wyćwiczone przez jednostkę lub jej rodzinę, system wsparcia społecznego oraz profesjonalne leczenie. Przykładem tego ostatniego mogą być programy rehabilitacyjne nastawione na: rozwijanie różnorodnych umiejętności, budowanie sieci wsparcia społecznego oraz/lub uzyskanie tymczasowego zatrudnienia. Umiejętności radzenia sobie i kompetencje osoby chorującej zależą zatem zarówno od niej samej, jak i jej środowiska społecznego.

W modelu Libermana (1988) w równym stopniu rozważa się wpływ, na rozwój symptomów chorobowych, zarówno podatności genetycznej jednostki, jak i różnorodnych stresujących wydarzeń życiowych, których siła przekracza zabezpieczające działanie czynników ochronnych (leków, radzenia sobie, wsparcia społecznego). W sytuacji, gdy osoba obciążona dziedzicznie nie jest bezpośrednio narażona na oddziaływanie ograniczonych w czasie stresorów, może wciąż podlegać presji, napięciu i konfliktom zachodzącym w jej środowisku. Dzieje się tak zwłaszcza w przypadku, gdy jest pozbawiona ochronnego wpływu leków, wsparcia społecznego czy umiejętności radzenia sobie. To czynniki ochronne determinują zatem, czy podatność na chorobę zamanifestuje się w postaci symptomów schizofrenii pod wpływem aktualnego nasilenia stresu. Co za tym idzie, umiejętności radzenia sobie i wyuczone kompetencje mogą kompensować negatywny wpływ stresorów i podatności.

Model Libermana (1988) zakłada, że pojawienie się lub wzrost symptomów schizofrenii i związanego z nimi upośledzenia funkcjonowania jest możliwe u osób podatnych, kiedy: leżące u podłoża czynniki podatności zostają wyzwolone (większe prawdopodobieństwo przy braku optymalnego ochronnego działania leków przeciwpsychotycznych); stresujące wydarzenia życiowe przekraczają umiejętności radzenia sobie oraz kompetencje społeczne i zawodowe; sieć wsparcia społecznego jest słaba lub wyraźnie zredukowana; umiejętności radzenia sobie i rozwiązywania problemów są ograniczone w wyniku braku motywacji lub nieprawidłowego funkcjonowania danej osoby.

W modelu tym Liberman (1988) wyraźnie podkreśla, że czynniki ochronne, takie jak: umiejętności radzenia sobie, kompetencje interpersonalne, wsparcie społeczne oraz leki przeciwpsychotyczne, mogą łagodzić lub neutralizować szkodliwy wpływ stresorów społeczno-środowiskowych nakładających się na podatność psychobiologiczną jednostki. Założenie to jest szczególnie istotne podczas planowania programów rehabilitacyjnych. Powinno się w nich kłaść szczególny nacisk na rozwijanie tych czynników zabezpieczających, które mają pozytywny wpływ na zdrowie osoby cierpiącej na schizofrenię.

Model emocjonalnej reaktywności **(The emotional reactivity model)**

Do najnowszych modeli podatność–stres w schizofrenii należy ten zaproponowany przez I. Myin-Germeys, J. van Osa, J. Schwartza, A. Stone’a i P. Delespaula (2001). Wyjątkowość koncepcji polega na oparciu w badaniach empirycznych. U jej podstaw leży jednak to samo założenie, co w poprzednich modelach: u podłoża zaburzeń psychotycznych znajduje się interakcja między podatnością jednostki a stresorami środowiskowymi. Dodatkowo, jako marker podatności, określa się tu reaktywność emocjonalną wobec codziennych stresujących wydarzeń.

Autorzy modelu emocjonalnej reaktywności zauważają, że koncepcja schizofrenii oparta na modelu podatność–stres ma charakter interakcyjny, dlatego może być trudna do weryfikacji. Obecnie większość badań, których autorzy posługują się tym modelem, skupia się na wykryciu wskaźników podatności lub na stresorach, podczas gdy niewiele doniesień poświęconych jest ich wzajemnemu oddziaływaniu. Wśród krewnych pierwszego stopnia osób chorujących na schizofrenię częściej występują takie właściwości, jak: deficyty poznawcze (Faraone, Seidman, Kremen, Toomey, Pepple i in., 2000), odchylenia od normy w ruchach gałek ocznych (Ross, Olincy, Harris, Radant, Adler i in., 1998), zmiany w potencjałach wywołanych (Turetsky, Cannon, Gur, 2000) oraz nieprawidłowości strukturalne mózgu (Cannon i in., 1998), co sugeruje, że mogą one stanowić czynniki podatności. Ponadto, początek lub nawrót schizofrenii lub innego zaburzenia psychotycznego związany jest z występowaniem drobnych codziennych problemów (Malla, Cortese, Shaw, Ginsberg, 1990), stresujących zdarzeń życiowych (Bebbington i in., 1993), narażeniem na stresy miejskiego życia (Marcelis, Takei, van Os, 1999), jak również wrogim środowiskiem rodzinnym (Lukoff, Snyder, Ventura, Nuechterlein, 1984). W badaniach tych nie kontrolowano jednak poziomu podatności osób badanych, jak również nie uwzględniono zjawiska ciągłości stresu o intraindywidualnej zmienności nasilenia.

W badaniu przeprowadzonym przez Myin-Germeys i współpracowników (2001), przewyżczono powyższe problemy. Udział w nim wzięły trzy grupy, różniące się podatnością na zaburzenia psychiatryczne: osoby chore (największa podatność), ich krewni pierwszego stopnia (średnia podatność) oraz grupa kontrolna (najmniejsza podatność). Posłużono się metodą pobierania próbek doświadczenia (*The Experience Sampling Method* – ESM). Badani mieli za zadanie wypełnić ustrukturyzowany rodzaj pamiętnika, w którym odpowiadali na pytania pozwalające udokumentować ich myśli, kontekst sytuacji i nastroj w obliczu stresującego wydarzenia. Celem badania było określenie subiektywnie doświadczanego nasilenia codziennego stresu oraz reaktywności emocjonalnej, rozumianej jako zmiany w negatywnej i pozytywnej emocjonalności, w zależności od poziomu podatności.

Wykazano, że wzrost nasilenia odczuwanego stresu, we wszystkich grupach, ma związek ze wzrostem poziomu negatywnego afektu i spadkiem pozytywnego. Badani różnili się ze względu na nasilenie zmian w reakcjach na stres: osoby cierpiące na zaburzenia psychiatryczne reagowały na codzienne stresujące sytuacje intensywniejszymi emocjami niż grupa kontrolna. Ponadto, spadek pozytywnego afektu u krewnych osób chorych był podobny do tego u pacjentów, podczas gdy wzrost afektu negatywnego w grupie osób spokrewnionych był średni w porównaniu z pacjentami i grupą kontrolną.

Otrzymane wyniki sugerują, że wyższy poziom rodzinnego ryzyka psychozy jest związany z większą reaktywnością emocjonalną na codzienny stres. Subtelne różnice w sposobie interakcji ze środowiskiem, prezentowane przez dane osoby, mogą leżeć u podłoża części podatności na zaburzenia psychiatryczne.

Myin-Germeys oraz współpracownicy (2001) na podstawie sformułowanego przez siebie modelu, wysunęli praktyczne wnioski. Założyli, że jeśli reaktywność na stresujące zdarzenia implikuje reakcje emocjonalne na codzienne problemy, możliwe są dwa opcjonalne rodzaje interwencji: obniżenie stresogenności środowiska; zmiana indywidualnej reaktywności.

Zastosowanie pierwszego typu interwencji przynosi zazwyczaj pozytywne efekty: ograniczenie stresu w środowisku społecznym pacjenta obniża ryzyko nawrotu choroby (Leff, 1994). Zmiana indywidualnej reaktywności wydaje się być trudniejsza, jednak techniki redukujące odczuwany stres, takie jak: ćwiczenia fizyczne i medytacja, powodują obniżenie nasilenia symptomów w przewlekłej schizofrenii (Lukoff, Wallace, Liberman, Burke, 1986). Co więcej, terapia skupiona na zmianie doświadczanych emocji, np. relaksacja i techniki odwracania uwagi od stresujących wydarzeń, wpływają korzystnie na stan emocjonalny w chronicznej schizofrenii, ale nie w początkowych fazach psychozy (Hodel, Brenner, Merlo, Teuber, 1998). Sugeruje się poddawanie osób chorych terapii poznawczo-behawioralnej także w okresach

remisji, w celu zredukowania reaktywności emocjonalnej i pośrednio, zapobiegnięcia nawrotom choroby (Sensky i in., 2000).

PODSUMOWANIE

W każdym z przedstawionych modeli kluczową rolę dla rozwoju schizofrenii odgrywają: podatność na zachorowanie oraz bodźce stresogenne. Starsze ujęcia wpisują się w paradygmat podatność–stres (Lieberman, 1986; Neuchterlein, Dawson, 1984; Zubin, Spring, 1977), podczas gdy nowsze koncepcje zostały uzupełnione o związek podatności i umiejętności radzenia sobie (Leclerc, Lesage, Ricard, 1997; Myin-Germeys, van Os, Schwartz, Stone, Delespaul, 2001). Co więcej, wszystkie ujęcia integrują trzy grupy czynników etiologicznych: biologiczne, egzogenne i psychospołeczne. Warto zauważyć, że autorzy modelu podatności (Zubin, Spring, 1977) oraz orientacyjnego, interaktywnego modelu podatność/stres (Neuchterlein, Dawson, 1984) nie wyciągają z nich praktycznych wskazówek odnośnie do leczenia i rehabilitacji osób cierpiących na schizofrenię. Implikacje takie, warte wykorzystania w praktyce klinicznej, pojawiają się w kolejnych modelach.

Zaprezentowane podejścia są spekulatywne, nie w pełni potwierdzone i wymagają dalszej weryfikacji empirycznej. Może być ona trudna ze względu na szeroki zakres zjawisk, jakie starają się integrować. Najnowsze modele, np. ten zaproponowany przez Yanosa i Moosa (2007), uzupełniają opis obrazu schizofrenii o dodatkowe zmienne, takie jak jakość życia osób dotkniętych chorobą. W oparciu o takie propozycje planowane są badania sprawdzające związek stylu radzenia sobie z poziomem objawów i jakością życia wśród pacjentów cierpiących na schizofrenię w populacji polskiej.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251–264.
- Bebbington, P., Wilkins, S., Jones, P., Foerster, A., Murray, R., Toone, B. in. (1993). Life events and psychosis: initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *The British Journal of Psychiatry*, 162, 72–79.
- Bembenek, A. (2008). Sezonowość urodzeń chorych na schizofrenię w Polsce. *Zastosowania metod statystycznych w badaniach naukowych III*, 241–247.
- Buhot, M. C., Martin, S., Segu, L. (2000). The role of serotonin in schizophrenia. *Annals of Medicine*, 33, 210–221.

- Cannon, T. D., van Erp, T. G., Huttunen, M., Lonnqvist, J., Salonen, O., Valanne, L. i in. (1998). Regional gray matter, white matter, and cerebrospinal fluid distributions in schizophrenic patients, their siblings, and controls. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1084–1091.
- De Barbaro, B. (1999). Podstawy teoretyczne systemowej terapii rodzin w schizofrenii: rys historyczny. W: B. de Barbaro (red.), *Schizofrenia w rodzinie* (s. 15–34). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Docherty J. P., van Kammen, D. P., Siris, S. G., Marder, S. R. (1978). Stages of onset of schizophrenic psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 135, 420–426.
- Drat-Ruszczak, K. (2005). Psychologia schizofrenii. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. (t. 2, s. 75–99). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Faraone, S. V., Seidman, L. J., Kremen, W. S., Toomey, R., Pepple, J. R., Tsuang, M. T. (2000). Neuropsychologic functioning among the nonpsychotic relatives of schizophrenic patients: the effect of genetic loading. *Biological Psychiatry*, 48, 120–126.
- Frank, G. H. (1965). The role of the family in the development of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 64, 191–205.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11, 263–273.
- Gorczyca, P. W., Ścisło, P., Wesecka, A. (2011). Występowanie schizofrenii w przestrzeni miasta. *Current Problems of Psychiatry*, 12, 503–509.
- Guillin, O., Abi-Dargham, A., Laurelle, M. (2007). Neurobiology of dopamine in schizophrenia. *International Review of Neurobiology*, 78, 1–39.
- Harrison, P. J. (2008). Metabotropic glutamate receptors agonists for schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 86–87.
- Herz, M. I., Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137, 801–805.
- Hodel, B., Brenner, H. D., Merlo, M. C., Teuber, J. F. (1998). Emotional management therapy in early psychosis. *British Journal of Psychiatry – Supplement*, 172, 128–133.
- Holt, D. J., Herman, M. M., Hyde, M. T., Kleinman, J. E., Sinton, C. M., German, D. C. i in. (1999). Evidence for a deficit in cholinergic interneurons in the striatum in schizophrenia. *Neuroscience*, 94, 21–31.
- Jarema, M. (2011). Schizofrenia. W: M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 123–140). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lawrie, S. M., McIntosh, A. M., Hall, J., Owens, D. G. C., Johnstone, E. C. (2008). Brain structure and function changes during the development of schizophrenia: The evidence from studies of subjects at increased genetic risk. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 330–340.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leclerc, C., Lesage, A., Ricard, N. (1997). Relevance of the stress-coping paradigm in the elaboration of a stress management model for schizophrenics. *Sante Ment Que*, 22, 233–256.
- Leff, J. (1994). Stress reduction in the social environment of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica – Supplementum*, 384, 133–139.

- Liberman, R. P. (1988). Coping with chronic mental disorders: A framework for hope. W: R. P. Liberman (red.), *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients* (s. 1–28). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T., Massel, H. K. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 631–646.
- Lukoff, D., Snyder, K., Ventura, J., Nuechterlein, K. H. (1984). Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 258–292.
- Lukoff, D., Wallace, C. J., Liberman, R. P., Burke, K. (1986). A holistic program for chronic schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 274–282.
- Malla, A. K., Cortese, L., Shaw, T. S., Ginsberg, B. (1990). Life events and relapse in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 221–224.
- Marcelis, M., Takei, N., van Os, J. (1999). Urbanization and risk for schizophrenia: Does the effect operate before or around the time of illness onset? *Psychological Medicine*, 29, 1197–1203.
- Meder, J. (2004). Schizofrenia – leczenie i rehabilitacja. *Przewodnik Lekarski*, 5, 52–59.
- Myin-Germeys, I., van Os, J., Schwartz, J. E., Stone, A. A., Delespaul, P. A. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1137–1144.
- Nasierowski, T. (2007). Historia schizofrenii. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 1, 42–49.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 204–232.
- Ritsner, M., Ben-Avi, I., Ponizovsky, A., Timinsky, I., Bistrov, E., Modai, I. (2003). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Quality of Life Research*, 12, 1–9.
- Ross, R. G., Olincy, A., Harris, J. G., Radant, A., Adler, L. E., Freedman, R. (1998). Anticipatory saccades during smooth pursuit eye movements and familial transmission of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 44, 690–697.
- Rostworowska, M. (1999). Koncepcja Wskaźnika Ujawnianych Uczuć. W: B. de Barbaro (red.), *Schizofrenia w rodzinie* (s. 51–67). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Seligman, E. P., Walker, E. F., Rosenhan, D. L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R. i in. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165–172.
- Sulestrowska, H. (2000). Schizofrenia u dzieci i młodzieży. W: A. Popielarska, M. Popielarska (red.), *Psychiatria wieku rozwojowego* (s. 250–277). Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Turetsky, B. I., Cannon, T. D., Gur, R. E. (2000). P300 subcomponent abnormalities in schizophrenia, III: Deficits in unaffected siblings of schizophrenic probands. *Biological Psychiatry*, 47, 380–390.
- Wciórka, J. (2009). Psychozy schizofreniczne. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 270–309). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Yamamoto, K., Hornykiewicz, O. (2004). Proposal for a noradrenaline hypothesis of schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28, 913–922.
- Yanos, P. T., Moos, R. H. (2007). Determinants of functioning and well-being among individuals with schizophrenia: An integrated model. *Clinical Psychology Review*, 27, 58–77.
- Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.
- Zubin, J., Magaziner, J., Steinhauer, S. R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551–571.

AGNIESZKA MAJ

pieczatka1@gmail.com

Wyższa Szkoła Handlowa w Radomiu

STRUKTURA WŁASNEGO JA A AKTYWNOŚĆ POZNAWCZA OSOBY Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM – ŚWIAT PRZEŻYĆ, MYŚLI I WYOBRAŻEŃ

RECENZJA

Recenzent: dr Agnieszka Sadowska

Autorem recenzowanego artykułu jest A. Maj, studentka pedagogiki drugiego stopnia w Wyższej Szkole Handlowej w Radomiu. Tytuł artykułu to *Struktura własnego ja a aktywność poznawcza osoby z upośledzeniem umysłowym – świat przeżyć, myśli i wyobrażeń*. Artykuł zawiera 37612 znaków ze spacjami i przypisami. Struktura pracy jest poprawna. Na uwagę zasługuje rozpoczęcie pracy przez Autorkę rozważań naukowych od dokładnego ukazania, czym jest „własne ja”, w jaki sposób kształtuje się osobowość osoby upośledzonej.

Powołując się na M. Kościelską *Oblicza upośledzenia*, Studentka ukazała, jakie problemy w codziennym funkcjonowaniu z własnym ja mają osoby upośledzone umysłowo.

Artykuł byłby bardziej interesujący, gdyby Autorka przedstawiła swój punkt widzenia w oparciu o cytowane publikacje naukowe. Wskazane jest też wykorzystanie innych najnowszych publikacji naukowych omawiających problem własnego ja osób upośledzonych umysłowo.

Zawarta w artykule wiedza jest niezbędna dla zrozumienia funkcjonowania osób upośledzonych umysłowo.

Z artykułem powinni zapoznać się studenci pedagogiki, psychologii, pracownicy służby zdrowia, pracownicy socjalni.

Recenzowany artykuł spełnia wymogi stawiane publikacjom naukowym, dlatego otrzymuje opinię pozytywną.

Kształtowanie osobowości wpływa na aktywność poznawczą człowieka, która powiązana jest ze sferą uczuć i działania. Kształtuje się w relacji osoby z otoczeniem. Wiedza o obrazie siebie i świata osób z upośledzeniem umysłowym jest niezbędna, żeby zrozumieć ich funkcjonowanie, ale być może także przyczyny upośledzenia. Upośledzenie umysłowe traktowane jako zaburzenie psychologiczne jest stanem, do którego dochodzi się na skutek nieprawidłowego procesu rozwojowego. Do tego stanu można by było w wielu przypadkach nie dopuścić, a także z niego wyjść przy stworzeniu właściwych warunków rozwoju dzieci z ryzykiem upośledzenia.

Słowa kluczowe: upośledzenie umysłowe, tożsamość, rozwój, struktura własnego ja, osobowość

Z punktu widzenia psychologii upośledzenia zasadnicze w sensie podmiotowym jest wyjaśnienie, co to znaczy być osobą upośledzoną, jakie są specyficzne właściwości rozwoju osób upośledzonych oraz czy i jak można z tego stanu wyjść. Dla podejścia tradycyjnego do upośledzenia charakterystyczna była koncentracja na deficycie intelektualnym i różnicach w sposobie funkcjonowania osób upośledzonych w stosunku do normy. Upośledzenie było traktowane jako stan nieodwracalny i wyznaczający niski pułap rozwojowy. To podejście było podstawą tworzenia specjalnego systemu edukacyjnego w warunkach izolacji społecznej. Współczesnym nurtem opieki nad osobami upośledzonymi jest koncentracja na problemach i ograniczeniach, ale w zakresie zaspokajania ich potrzeb. Zatem upośledzenie jest traktowane nie jako stan organiczny, ale psychologiczny, czyli taki, do którego się dochodzi na skutek nieprawidłowego procesu rozwojowego. Proces ten dotyczy formowania się osobowości, a przede wszystkim struktury i funkcji własnego ja, którego szczególną właściwością jest blokowanie aktywności poznawczej (Kościelska, 1995).

STRUKTURA WŁASNEGO JA W KSZTAŁTOWANIU SIĘ TOŻSAMOŚCI A SUBIEKTYWNY OBRAZ UPOŚLEDZENIA

Obraz siebie jest elementem struktury osobowości pełniącym funkcję jej integracji i stabilizacji. Zapewnia trwałość i powtarzalność zachowań i działań. Regulacyjna rola struktury ja wiąże się przede wszystkim z faktem, że stanowi źródło ocen dotyczących własnych możliwości. Ocena samego siebie jest ważnym czynnikiem samoakceptacji, dlatego determinuje stosunek człowieka do samego siebie. Jest nie tylko niezbędnym regulatorem zachowania się, ale stanowi podstawowe źródło motywacji, zwłaszcza w podejmowaniu działań na rzecz podtrzymania i rozwoju własnej osoby. Ekspansja własnego ja realizuje się także przez zwiększenie zakresu kontroli nad otoczeniem, umacnianie samokontroli oraz podwyższanie poczucia własnej wartości (Nikodemka, 2003). Zatem obraz własnej osoby to inaczej rodzaj samowiedzy stanowiącej zbiór sądów i wyobrażeń na temat własnego wyglądu zewnętrznego, intelektu, charakteru, dojrzałości emocjonalnej, stosunków z innymi ludźmi czy aspiracji życiowych. Autoportret ten konstruuje treści bardzo zróżnicowane. Jedne z nich są obrazami odzwierciedlającymi związane z własną osobą atrybuty. Inne powstają na podstawie samoopisu, odwołując się do właściwych jednostce standardów działania oraz reguł tworzenia i komunikowania wiedzy o sobie (Błeszyńska, 2003).

Zainteresowanie obrazem siebie ma uzasadnienie naukowe, gdyż we współczesnej psychologii obraz ja jest traktowany jako jeden z zasadniczych mechanizmów regulacji zachowań. Struktura ja, bez względu na to, jak zdefiniowana zajmuje wyróżnioną

pozycję w osobowości człowieka, a sposób jej ukształtowania w znacznym stopniu wpływa na aktywność poznawczą jednostki. Wiedza o obrazie siebie i świata, jaki wytwarzają osoby z upośledzeniem umysłowym, jest niezbędna, żeby zrozumieć ich funkcjonowanie, a także to, w jaki sposób dochodzi się do upośledzenia (Kościelska, 1995).

Zawsze jest tak, że tożsamość jednostki kształtuje się w określonej grupie, pod wpływem określonej kultury. Nie ma innej możliwości tworzenia obrazu siebie, koncepcji siebie czy identyfikowania się, jeżeli nie ma grupy odniesienia, osób znaczących, dziedzictwa kulturowego. Stąd warto wyodrębnić tożsamość przypisaną (dziedziczną), związaną z określonym kontekstem środowiskowym, tożsamość nabywaną (kształtowaną) na skutek socjalizacji i członkostwa w określonych grupach społecznych oraz świadomie wybieraną (odczuwaną) jako wynik mediacji między dziedziczeniem a nabywaniem (Nikirowicz, 2003).

Erikson, psycholog społeczny o orientacji psychoanalitycznej, rozpatrywał tożsamość w wymiarze biograficznym jako stabilną formułę autodefinicji powstającą w punkcie przecięcia trzech podstawowych wymiarów egzystencji jednostki: możliwości jej organizmu, jej aspiracji i szans oraz ról społecznych i prototypowych karier oferowanych przez społeczeństwo. Niepowodzenia w sferze integracji tych trzech wymiarów miały prowadzić do dyfuzji tożsamości, polegającej na braku poczucia ciągłości, bycia tym samym, czyli niemożności określenia, kim się jest i niezdolności dokonywania wyborów.

W praktyce przejawia się to nieumiejętnością kierowania sobą przez jednostkę (por. Encyklopedia socjologii, 2001). Zaburzenia sfery poznawczej powinny być opisywane w kontekście funkcjonowania osobowości, ponieważ, co zauważył już Arystoteles, umysł ludzki nie działa w izolacji, lecz jest powiązany ze sferą uczuć i działania oraz kształtuje się w relacji osoby z otoczeniem. Często dominującym rysem obrazu siebie w przypadku osób, które nie zdobyły samodzielności życiowej, nierzadko miały bierne dzieciństwo z przejawami odrzucenia, co przekładało się na niezadowolające wyniki szkolne oraz towarzyszyło im doznanie osamotnienia i nieprzydatności, jest poczucie zależności od innych i brak możliwości decydowania o swoim losie. To poczucie zależności może obejmować zarówno sferę intelektualną, czyli nieumiejętność określenia swoich możliwości, jak i danych dotyczących własnej osoby, czyli np. określenia swojego wieku. Nie dostrzega się wówczas swojego udziału w zdobytych umiejętnościach oraz możliwościach zmiany istniejącej sytuacji. Charakterystyczne dla tego typu osób są zwroty: nauczyli mnie, bo rodzina się nie zgadza, bo tu nie dadzą nic robić, bo tu nie puszczają itp. Każdy człowiek chce być pożyteczny. Dlatego osoby takie usiłują czerpać satysfakcję z tego, co udaje im się robić. Ale nie jest to działanie celowe. Dobre wspomnienia odnoszą się często do

działań z przeszłości, gdy robili coś tak, jak inni ludzie, np. odrabiali lekcje, chodzili na pocztę itp. (Kościelska, 1995).

Osoby takie zdają sobie sprawę z własnych ograniczeń w pełnieniu roli człowieka dorosłego, nie mają jednak sprecyzowanego obrazu swoich możliwości, nie potrafią wykorzystać innych, nieznanych sytuacji w przyszłości. Występuje wówczas niedorozwój funkcji osobowego ja, gdyż struktura ja nie może pełnić swych regulacyjnych i integracyjnych zadań, ponieważ brak w niej obrazu swoich sprawczych możliwości, poczucia autonomii i wyraźnie zarysowanych granic. Poczucie sprawczości ułożone jest na zewnątrz. Odpowiada temu stanowi poczucie bezradności i pogodzenia się z losem. Pogodzenie to jest tylko pozorne, a w chorobach psychosomatycznych, które zajmują centralne miejsce w obrazie własnych niepełnosprawności, wyraża się poczucie bólu i cierpienia. Taki obraz upośledzenia można nazwać uzależnieniem (Kościelska, 1995).

Inaczej przedstawia się obraz upośledzenia uważanego za udaremnienie szans życiowych. Osoby upośledzone bardzo często porównują swoje osiągnięcia i możliwości z innymi. Dochodzą wówczas do przekonania, że inni są od nich zdolniejsi, a oni nie są w stanie podołać normalnym wymaganiom nauki czy pracy. Swoje upośledzenie przeżywają jako coś bardzo przykrego i wstydliwego. Jest to źródło skrywanego przed innymi cierpienia. Nie czują się w żadnej mierze szczęśliwymi, ponieważ ich życie jest takie słabe jakies. Upośledzenie w takim przypadku uniemożliwia zdobycie kwalifikacji zawodowych odpowiadających poziomowi ich aspiracji oraz założenia rodziny. Szanse realizacji elementarnych planów życiowych są na tyle trudne, że aby je osiągnąć, są w stanie pogodzić się z upokorzeniami i prześladowaniem ze strony innych ludzi. Poczucie upośledzenia przez te osoby polega na zależności od innych. W tym przypadku poziom aspiracji jest odmienny, niż gdy upośledzenie występuje jako uzależnienie. Jest to wyższa klasa dążeń, które uległy frustracji. Nie występuje tu zjawisko obwiniania za swój stan żadnej osoby, wręcz przeciwnie samemu się ponosi odpowiedzialność za swoją słabość, ale to przypadek czy zły los jest wszystkiemu winien. Osoby charakteryzujące się taką postawą potrafią przyjmować perspektywę poznawczą innych ludzi, mają też zazwyczaj pełniejszy obraz swoich możliwości, ale czy potrafią z tego korzystać? Przecież czują się gorszymi od innych, co wywołuje u nich wstyd. W powstawaniu takiego odczucia w dużej mierze miało udział środowisko, w którym się wychowywali i na tle którego czują się gorsi oraz aspiracji którego nie są w stanie spełnić.

Występuje też rodzaj upośledzenia odczuwany przez osoby nim dotknięte jako cierpienie. Jeżeli osoba ma świadomość tego, że źle się rozwijała i z tego powodu nie nadawała się do normalnej szkoły, była kłopotem dla najbliższych, nie radziła sobie z nauką zawodu i w końcu pod wpływem pochopnie podjętych decyzji ży-

cie osobiste też się jej nie ułożyło, ma wszelkie prawo, aby czuć się sfrustrowana, nieszczęśliwa, czyli ma negatywny obraz samego siebie. Temu wszystkiemu często towarzyszy przeświadczenie, że nigdy nie było się kochanym, ponieważ nie jest się tego wartym. Wówczas spostrzega się siebie jako osobę gorszą od innych, a o większości spraw decydowali inni ludzie. Byli oni pomocni albo szkodliwi, ale to zawsze ktoś decydował. Jeżeli nawet podjęli działanie na rzecz zmiany zaistniałej sytuacji, np. wychodząc za mąż, decyzje te na ogół nie okazują się trafne. Wówczas występuje poczucie porażki, które utwierdza w istnieniu przepaści między nimi a normalnością (Kościelska, 1995).

To, co łączy zaprezentowane postawy, to ogromny głód poczucia własnej wartości i potrzeba bliskości z innymi. Pragnienie normalności powiązane jest z poczuciem dyssatisfakcji z życia i niemożności realizowania własnych aspiracji. Zatem upośledzenie jest przede wszystkim ograniczeniem możliwości życiowych. Jest przeszkodą w posiadaniu domu, pracy i rodziny. Z powodu upośledzenia jest się ciężarem dla innych, kimś tak marnym, że niewartym kochania ani niezasługującym na miejsce w ludzkiej wspólnocie. Poczucie bycia gorszym powoduje określone skutki psychologiczne. Uruchamia mechanizmy w obronie choćby najbardziej elementarnego poczucia wartości. Obrona taka wymaga deformacji poznawczej, obejmującej przede wszystkim obraz własnego upośledzenia, czyli zakres zmniejszonej sprawności oraz jej przyczyny. Dominujące poczucie udaremnienia dążeń i pragnień życiowych rodzi stan napięcia, którego objawami są zaburzenia wegetatywne i choroby psychosomatyczne. Projekcja sił sterujących ich życiem na zewnątrz sprawia, że czują się uzależnieni od innych czy wręcz ubezwłasnowolnieni. Natomiast lokowanie w sobie źródła niepowodzeń sprawia, iż do innych złych poczuć dołącza się jeszcze bardzo silne poczucie winy. Znamionym rysem przeżywania upośledzenia jest też poczucie samotności, brak bliskich więzów z ludźmi, a w najbardziej dramatycznych przypadkach poczucie braku miejsca w życiu (Kościelska, 1995).

Badania, które Kościelska (1995) przedstawia w książce *Oblicza upośledzenia*, ukazały, że historia życia osób z upośledzeniem obfituje w urazy, przeżycia traumatyczne, niepowodzenia, ale zdarzają się im też doświadczenia korzystne związane z otrzymywaniem wsparcia, pomocy i opieki. Autorka twierdzi, że to właśnie historia życia ukształtowała tych ludzi, że oni nie urodzili się upośledzeni. Doszli do tego stanu w wyniku przebycia drogi nieprawidłowego rozwoju, niemniej już na starcie byli zagrożeni patologią, ponieważ bilans pozytywów, doświadczeń korzystnych, nie równoważył się w dostatecznym stopniu ze skutkami doświadczeń negatywnych. Doświadczenia szczególnie ważne dla formowania się osobowości badanych obejmowały: poczucie niesprawności, zależności, bycia gorszym, braku miłości i występowały one już w okresie dzieciństwa. Wypracowaną zaś strategią radzenia sobie z tymi

doświadczeniami było podporządkowanie otoczeniu, wytworzenie postawy posłuszeństwa wobec opiekunów, korzystanie z pomocy innych, przyjmowanie poglądów przydatnych w upodobnieniu się do osób znaczących. Zdaniem autorki z psychologicznego punktu widzenia najbardziej uderzającym defektem w organizacji osobowej badanych było słabe ja. Ponieważ struktura ja u badanych była zaburzona, strategie obronne, które badani wytworzyli, nie stymulowały aktywności poznawczej, dlatego nie pozwalały na jego rozwój. Natomiast brak rozwiniętej aktywności poznawczej ogranicza działanie badanych i czyni ich społecznie upośledzonymi. Doświadczenia życiowe formowały wyobrażenia o sobie jako o niesprawnych, zależnych od innych i blokowały rozwój autonomii ja. Występuje tu szczególna triada: upośledzonego ja, upośledzonego umysłu i upośledzonego życia.

Subiektywny obraz upośledzenia stanowi odbicie rzeczywistości społecznej. Sytuacja badanych osób w dużym stopniu kreowana jest przez społecznie funkcjonujący obraz osób z upośledzeniem umysłowym i wiedzę, którą mają specjaliści decydujący o polityce socjalnej. Istnieje ścisła zależność między stereotypowym wyobrażeniem o osobach upośledzonych a funkcjonującym w rzeczywistości społecznej systemem segregacji. Realia życia społecznego odbiły się w obrazie swojej sytuacji, wytwarzanej w umysłach badanych i wtórnie wpływały na sposób ich funkcjonowania, czyli zgodny ze społecznym wyobrażeniem. Można więc sądzić, że zmiana społecznych wyobrażeń o upośledzeniu i w ślad za nim idące inne rozwiązania miałyby w szerszej perspektywie czasowej pozytywne skutki dla zmiany sytuacji życiowej osób z upośledzeniem, a co za tym idzie także ich psychologicznej sylwetki, osoby z upośledzeniem są bowiem nie tylko spragnione normalności, ale też bardzo normalne w swych potrzebach, wartościach i motywach działania (Kościelska, 1995).

ROZPOZNANIE SIEBIE A DROGI WYJŚCIA Z UPOŚLEDZENIA

Stosunek do ja i poczucie własnej wartości kształtuje się u dzieci głównie w rezultacie ocen, które odbierają one z otoczenia. W opinii D. W. Winnicotta dziecko tworzy swoją tożsamość poprzez spojrzenia innych. W przypadku dzieci, które źle się rozwijają lub/i są przez rodziców traktowane jako zło, liczba złych spojrzeń, których doświadczają jest bardzo duża (Obuchowska, 1991). W związku z tym kształtowanie się pozytywnego stosunku do siebie u dzieci z rozpoznawalnym upośledzeniem umysłowym natrafia na poważne przeszkody i zakłóca rozwój reprezentacji ja. Jeszcze gorzej przedstawia się sytuacja, gdy mamy do czynienia z depersonalizacją stosunków i brakiem trwałej więzi między dzieckiem a opiekunem.

Zbiorczo traktując wyniki uzyskane przez różnych badaczy można stwierdzić, że w wieku około 15 miesiąca życia dzieci są już zdolne do odróżnienia siebie od innych, a umiejętność rozpoznawania siebie na zdjęciu nabywają około 15–18 miesiąca życia. Obraz własnego ja zawiera już wtedy elementy związane z cechami charakterystycznymi wyglądu. W wieku 21–24 miesiący dzieci zaczynają nazywać swój obraz imieniem, a około trzeciego roku życia posługują się zaimkiem ja (Kościelska, 19995). Jeżeli po tym czasie u dziecka występuje brak wyraźnie pozytywnych reakcji na swoje zdjęcie, można doszukiwać się problemów emocjonalnych, co z kolei sugeruje negatywny stosunek do własnego ja i niską samoocenę. Jeżeli zaś reakcja na zdjęcie opiekuna jest widocznie żywsza niż na własne, może to sugerować, iż osoba opiekuna stanowi wsparcie dla poczucia tożsamości dziecka i jest pomocna w jego psychicznym funkcjonowaniu, ale może też znaczyć, iż ta osoba jest ważniejsza dla dziecka niż samo dziecko dla siebie, a to jest cechą charakterystyczną słabego ja.

Obraz własnego ciała, czyli ja cielesne determinuje aktywność ruchową. Według koncepcji Winnicotta sposób wykorzystania potencjału ruchowego nie zależy jedynie od stopnia uszkodzenia neuronu ruchowego, ale jest funkcją psychologicznego ja cielesnego. Obraz własnego ciała kształtuje się u dziecka przede wszystkim pod wpływem przekazywania mu tego obrazu przez matkę. Inaczej mówiąc, matka pierwsza wytwarza sobie obraz cielesny dziecka i przybiera doń emocjonalny stosunek. Sposób, w jaki kontaktuje się z dzieckiem, poprzez dotyk, pieszczotę, jest podstawowym dla dziecka źródłem wiedzy o swoim ciele i źródłem jego wartościowania. Matki, które dowiadują się o uszkodzeniu swojego dziecka i obserwują deformacje fizyczne jego ciała, przeżywają rodzaj psychicznej traumy. Różny sposób radzenia sobie z tą traumą przez matki będzie wyzwał różnego typu stosunek do ciała dziecka i wobec niego samego, co z kolei będzie miało wpływ na kształtowanie się ja cielesnego u dzieci. M. S. Mahler twierdzi, że za wyodrębnienie się pierwotnego poczucia siebie, odpowiedzialny jest dotyk. Ta wczesna sensoproprioceptywna stymulacja pozwala noworodkowi na wyodrębnienie z otoczenia swojego schematu ciała. Około drugiego miesiąca życia dziecko wkracza w stadium rozróżniania wewnętrznych stanów ciała, dzięki czemu uzyskuje poczucie realności, które zaczyna wyrastać na bazie zintegrowanego ja cielesnego. Zaczyna się rozwijać łączne wyobrażenie siebie i osoby, która sprawuje nad dzieckiem opiekę; niemowlę zachowuje się tak, jakby ono i matka stanowili wszechmocny układ – podwójną jedność, z jedną wspólną granicą. Ja cielesne zostało tu bowiem odkryte dzięki granicom ciała i odczuwanym stanom wewnętrznym. Zwraca się uwagę na fakt, że regulacja podstawowych stanów, takich jak głód/sytość, sen/czuwanie, aktywność/odpoczynek oraz potrzeb afiliacji, więzi, eksploracji, ekspresji, zmysłowości/seksualności odbywa się w relacji z pierwszym opiekunem. Wzajemna regulacja stanów emocjonalnych, która zachodzi pomiędzy

matką i dzieckiem, jest nierozzerwalnie związana ze zmianami zachodzącymi w ciele, szczególnie z uwzględnieniem zmian, które zachodzą na poziomie autonomicznym (Izydorczyk, Bieńkowska, 2009).

Kościelska (1995) w badaniach przedstawionych w *Obliczach upośledzenia*, zauważa, iż dzieci, których matki nie miały najmniejszych zahamowań emocjonalnych w ich pielęgnowaniu spostrzegały siebie jako posiadające potencjalnie wszystkie możliwości ruchowe, mimo że np. były dotknięte obustronnym niedowładem kurczowym. Metodą prób i błędów, nie zrażając się niepowodzeniami, rozwijały schematy ruchowe poszczególnych części ciała, angażując je w sposób możliwie najbardziej celowy w wykonywanie różnych zadań. Wydawało się wręcz, że traktują one swoje uszkodzenia jako pewną właściwość własnej motoryki, a nie ograniczenie w ruchach. Ponadto miały one zdecydowanie najbardziej pozytywny stosunek do własnego ciała; w sytuacji obnażenia cieszyły się i piszczały z radości, nie miały również zahamowań w dotykaniu osób przeprowadzających badania.

Odwrotnie wyglądała sytuacja wówczas, gdy matki nie mogły poradzić sobie z traumą uszkodzonego dziecka. Były one usztywnione w kontakcie z dzieckiem, pozbawione naturalnej gotowości do kontaktu fizycznego i nie czerpały z niego radości; nie potrafiły one cieszyć się dzieckiem, tulić go i pieścić. Ich dzieci niezależnie od stopnia uszkodzenia wykazywały ruchy zahamowane. Miały mało rozbudowany obraz cielesnego ja, który charakteryzował się lękowym i niechętnym stosunkiem do własnego ciała, małą wiedzą o nim i nieumiejętnością posługiwania się nim. Ponadto często odmawiały współpracy podczas badań. Były też matki, które po okresie pierwszego szoku lepiej dały sobie radę z sytuacją traumy, ale też ich kontakty z fizycznością dziecka nacechowane były ambiwalencją. Stosunek do dziecka i jego uszkodzenia nie był przy tym determinowany tylko stopniem jego ruchowego uszkodzenia, ale również przez inne czynniki, jak poczucie wsparcia otrzymywanego od męża i rodziny oraz oczekiwania dotyczące roli, jaką miało spełnić dziecko w ich życiu. W obrazie ruchowego funkcjonowania dzieci tych matek widoczne były nierównomierności. Dawały sobie radę z niektórymi trudnymi sytuacjami, a zaskakiwały bezradnością w innych (Kościelska, 1995). Zatem niezwykle istotny jest związek między organicznym uszkodzeniem a psychicznym funkcjonowaniem. Znaczenie obrazu ja oraz relacji emocjonalnych dla aktywności ruchowej pozwala sądzić o jego znaczeniu dla aktywności poznawczej w ogóle.

Poczucie własności wyraża zdolność i gotowość jednostki do ujmowania swych relacji z otoczeniem w płaszczyźnie moje–nie moje. Wymaga to od jednostki wcześniejszego wytworzenia się zróżnicowania ja–świat, ja–inni. Około 15 miesiąca życia dziecko odczuwa pragnienie podzielenia się z matką swoimi odkryciami i kontaktuje się z nią coraz bardziej jako niezależną istotą, nie traktując jej jako przedłużenia

siebie. Najważniejszą oznaką tej zmiany jest nowy zwyczaj dziecka, które nieustannie znosi matce różne rzeczy, wypełniając jej podołek swoimi odkryciami w świecie. Wymagania dziecka ulegają zmianie z potrzeby doładowania się na potrzebę zainteresowania rodzicielskiego i współuczestnictwa w procesie odkryć. W ślad za tą zmianą przychodzi większa świadomość odrębności od innych w świecie i większe zainteresowanie interakcjami społecznymi. U dzieci dwu- i trzyletnich zdecydowanie dominują zachowania charakterystyczne dla ustalenia relacji posiadania; jest to faza wyznaczania podstawowych granic ja. U dzieci czteroletnich pojawiają się zachowania wyrażające relację przynależności; służą one dokonywaniu samo-identyfikacji i budowania poczucia tożsamości. U dzieci pięcioletnich szczególnego znaczenia nabierają zachowania sprawcze, akcentujące udział dziecka w powstawaniu zmian w otoczeniu; podkreślenie relacji pochodzenia służy budowaniu poczucia podmiotowości.

U dzieci z objawami upośledzenia umysłowego mogą pojawiać się manifestacje poczucia własności w okresie zbliżonym do normy rozwojowej, pełnić podobną funkcję w kształtowaniu ja i mieć podobną dynamikę przebiegu. Ale mogą też występować odstępstwa od normalnego modelu procesu rozwojowego, wskazujące na patologie w kształtowaniu się ja. Jeżeli faza symbiozy (teoria separacji-indywidualizacji M. Mahler) znacznie się przedłuża, dochodzi do patologii rozwoju ja osobowego. Dziecko nie potrafi rozstać się z opiekunem. Wówczas proces indywidualizacji nie może być poprawnie przeprowadzony, czyli dziecko nie może zauważyć, że ono i opiekun to dwie odrębne osoby. Do sytuacji zagrożenia zalicza utratę obiektu, a ściślej jego miłości (Kościelska, 1995).

Dziecięce ja wyraża się poprzez demonstrowanie poczucia własności wobec przedmiotów w różnego rodzaju relacjach. Wśród dzieci z upośledzeniem umysłowym występują odstępstwa od normalnego przebiegu rozwoju poczucia własności. Jednak tych odstępstw nie tłumaczy obniżony iloraz inteligencji, a raczej braki w kształtowaniu się ja wynikające z indywidualnych doświadczeń społecznych, zwłaszcza w kontakcie z matką.

Od dawna podkreśla się w piśmiennictwie wyższy iloraz dojrzałości społecznej od innych wskaźników inteligencji u osób z upośledzeniem umysłowym, bagatelizując jednocześnie jego znaczenie dla diagnozy upośledzenia (Kościelska, 1984). Tymczasem dzieci, określane jako upośledzone, mogą ujawniać właściwość zwaną wrażliwość na ludzi, czyli wrażliwość interpersonalną, która ma kapitalne znaczenia zarówno dla współżycia społecznego, jak i psychicznego rozwoju jednostki. Przy założeniu, że rozwój psychiczny człowieka dokonuje się dzięki wymianie różnorodnych treści psychicznych z innymi ludźmi, wrażliwość na sytuacje i cechy drugiego człowieka, zdolność do ich spostrzegania i reagowania na nie, stanowi o możliwości rozwoju

umysłowego. W tym miejscu powstaje pytanie, dlaczego ta możliwość nie jest wykorzystywana, nie służy lepszemu rozwojowi osób z upośledzeniem? Oczywiście nie można generalizować, że wszystkie dzieci kwalifikowane jako upośledzone, bez względu na głębokość patologii rozwoju, odznaczają się wymienioną właściwością w stopniu zabezpieczającym prawidłową wymianę z otoczeniem, jednak na pewno wiele z nich ma tę możliwość i należy ją wykorzystywać, stwarzając im odpowiednie wsparcie.

Innym obszarem, gdzie nie do końca wykorzystywane są możliwości osób z upośledzeniem, są kompetencje językowe. Otóż wyniki przeprowadzonych badań pokazują, że z wyjątkiem dzieci najslabiej mówiących, niezdolnych do modyfikowania języka, wszystkie inne dostosowały swój sposób porozumiewania się do partnera (osoby dorosłej) oraz były wrażliwe na ocenę swoich wypowiedzi. Danych tych nie można uznać za wyspy lepszego funkcjonowania na tle ogólnie niskiego rozwoju dzieci, lecz raczej jako wyraz niespełnionych możliwości rozwoju. Wrażliwość interpersonalna stwarza szansę uczenia się od ludzi wszystkiego, co w życiu potrzebne. Jeśli tych umiejętności dzieciom brakuje, oznacza to, że ich kontakty z ludźmi były mało wartościowe lub wręcz szkodliwe dla rozwoju (Kościelska, 1995).

Również podczas zabawy zachowanie dzieci zmieniało się w zależności od funkcjonowania osoby dorosłej. Jeżeli kontakt z dziećmi nacechowany był narzucaniem im linii działania, krytyczną oceną ich zachowania, ignorowaniem komunikatów pochodzących od dzieci, wówczas obniżała się ich gotowość do dzielenia się doświadczeniami, a wymiana emocjonalna ograniczała się do minimum. Jeżeli natomiast zachowanie dorosłego cechowało otwarcie na komunikaty dzieci, spolegliwość, uwzględniona była ich spontaniczna aktywność, wówczas atrakcyjność kontaktu znacznie się podnosiła. Dowodzi to dużej wrażliwości interpersonalnej dzieci z upośledzeniem umysłowym, ponieważ zachowanie ich zmieniało się w zależności od stylu funkcjonowania osoby dorosłej. Badania ujawniły też, jaki typ zachowania się dorosłych służy poprawie funkcjonowania dzieci, czyli podnosi wskaźniki ich aktywności zabawowej, twórczości, gotowości komunikacyjnej. Niestety z badań tych wynika również, że nie często taki właśnie typ opieki nad dziećmi ze specjalnymi potrzebami jest stosowany (Kościelska, 1995).

Człowiek rodzi się po dziewięciu miesiącach przebytej drogi rozwojowej, która mogła być mniej lub bardziej pomyślna i ma wpływ na dalsze losy życiowe. Do stanu zwanego upośledzeniem umysłowym dochodzi się w rezultacie nieprawidłowego przebiegu procesu rozwojowego o specyficznym charakterze. Pod wpływem procesów patologicznych zostaje zablokowana aktywność poznawcza, co prowadzi do niemożności korzystania z doświadczeń. Zapobieganie patologii rozwojowej dziecka powinno się rozpoczynać już na etapie planowania ciąży: albo przez maksymalną

eliminację fizykalnych czynników szkodliwych, albo przez pracę z przyszłymi rodzicami, umożliwiającą im osiągnięcie dojrzałości do ojcostwa i macierzyństwa. Jest to bardzo ważne, gdyż w większości przypadków źródła reakcji odrzucającej dziecko z wadą wrodzoną należy szukać nie w samej wadzie, ale w znacznie wcześniejszych fazach rozwoju osobowości rodziców, które warunkują niedojrzałość do akceptacji dziecka takim, jakie ono jest (Kościelska, 1995).

Samo zaistnienie w życiu dziecka szkodliwych dla rozwoju czynników nie przesadza jeszcze o patologii; w sprzyjających warunkach może nastąpić ich wyrównanie. Prawdziwy proces patologizacji zaczyna się wtedy, kiedy następuje ciąg interakcji o charakterze negatywnego sprzężenia zwrotnego, zarówno w obrębie wewnętrznej organizacji ustroju dziecka i jego psychiki, jak i pomiędzy dzieckiem i jego otoczeniem zewnętrznym. Jeżeli płacz dziecka, będący sygnałem przeżywanego przez nie dyskomfortu, nie wywoła u matki reakcji ukierunkowanej na zaspokojenie potrzeby dziecka, wówczas dyskomfort dziecka pogłębia się powodując koncentrację energii na jego przeżywaniu. Następuje wtedy eskalacja sygnałów, czyli płaczu i krzyku, adresowanych do matki albo wysyłanych w przestrzeń, a w umyśle dziecka wytwarza się obraz matki jako złego obiektu, niezaspokajającego jego potrzeb. Przedłużająca się taka sytuacja doprowadza do obniżenia kontaktu z matką lub traktowania go w sposób ambiwalentny. Pojawiają się wtedy zachowania ukierunkowane na samodzielne poradzenie sobie z dyskomfortem. Może to być sytuacja rozwojowo kształcąca, uruchamiająca właściwe zachowania adaptacyjne, ale może ta sytuacja okazać się za trudną do pokonania dla młodego organizmu. Wyzwalają się wówczas zachowania obronne, które są rozwojowo niekorzystne. Złe doświadczenia wyzwalają lęk przed ich powtórzeniem się, lęk pogarsza sprawność procesów orientacyjnych i obniża skuteczność działania, podnosząc ryzyko powtórzenia się negatywnych doświadczeń. Brak powodzenia w działaniu obniża gotowość do jego powtarzania i zmniejsza szansę właściwego opanowania danej czynności.

Istnieją dwa podstawowe sposoby pomocy osobom z upośledzeniem umysłowym. Jeden, to pomóc im wyjść z upośledzenia, sprawić, żeby straciły cechy patologii, a drugi, to przyjąć je i zaakceptować w upośledzeniu.

Negatywna postawa społeczna wobec dzieci z przejawami wad wrodzonych i zagrożonych nieprawidłowościami rozwojowymi jest decydująca dla powstania zespołu upośledzenia. Poczucie upośledzenia jest wtórne w stosunku do postaw społecznych. Wynika z tego, że zmiana postaw społecznych w stosunku do osób upośledzonych zmieniłaby bardzo zakres tego zjawiska. Podejmowanie działań na rzecz normalizacji życia osób z niepełnosprawnościami jest bardzo skutecznym środkiem oddziaływania na świadomość społeczną. Poprawa stanu świadomości społecznej i wzrost akceptacji dla obecności

w środowiskach dzieci niepełnosprawnych z jednej strony oraz istnienie właściwego zaplecza opiekuńczego, edukacyjnego i rehabilitacyjnego dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi z drugiej, w dużej mierze zmniejszyłoby lek rodziców przed posiadaniem dzieci z odchyleniami od normy (Kościelska, 1995).

Pomoc psychologiczna rodzicom dzieci, u których ujawniono nieprawidłowości we wczesnym rozwoju, powinna być ukierunkowana na wspomnienie rodziców w ich autentycznych problemach i trudnościach. Nie może być mowy o ujednoliconych programach wczesnej interwencji, obejmujących tzw. populację ryzyka. Zakres pomocy, która jest niezbędna dla rodziców jest bardzo zróżnicowany, aczkolwiek można ustalić najczęściej powtarzające się wzory problemów i trudności, mimo to jednak program pracy musi być zawsze indywidualnie dostosowany. Inną sferą wywołującą niemożność przyjęcia pomocy przez rodziców jest ich blokada emocjonalna, polegająca na koncentracji na własnych problemach, powodująca duże deformacje w odbiorze napływających do nich informacji. Rodzice, którzy borykają się z poczuciem winy z powodu złego stanu dziecka, mogą być nastawieni na odbiór w kontakcie z lekarzem lub psychologiem przede wszystkim tych informacji, które nasilają bądź redukują w nich to poczucie. Dlatego reguły pracy poradniczej muszą obejmować diagnostykę zdolności rodziców do przyjęcia informacji oraz gotowości i umiejętności korzystania z nich. Praca z rodzicami musi iść w kierunku wspomnienia tego procesu, gdyż podczas działalności wychowawczo-terapeutycznej wytwarza się szczególny rodzaj interakcji między dzieckiem a osobą dorosłą, bazujący na istniejącym między nimi stosunku emocjonalnym i kontakcie intelektualnym. Niemożliwe jest psychologiczne wsparcie tej pracy bez pozytywnego kontaktu rodziców z dzieckiem, bowiem to właśnie zaburzony kontakt i nieprawidłowości z tego wynikające stanowią podstawę w procesie patologizacji rozwoju dziecka (Kościelska, 1995).

Kanonem tradycyjnego myślenia o terapii dzieci upośledzonych w rozwoju jest stymulacja oraz precyzyjne nauczanie. Pierwsze polega na wzbogacaniu środowiska dziecka w bodźce pobudzające aktywność (Olechnowicz, 1975), drugie najogólniej ujmując, polega na uczeniu dużo i w przemyślany sposób (Car, 1984). Zapleczem teoretycznym dla idei stymulacji jest wizja dziecka upośledzonego jako biernego, z obniżonym pędem do poznawania rzeczywistości. Zapleczem dla drugiego nurtu terapeutycznego jest wizja dziecka powoli i z trudem uczącego się. Istnieje jeszcze trzeci sposób myślenia o psychoterapii, wywodzący się z psychoanalizy. Zapleczem teoretycznym jest tu wizja upośledzenia jako skutku traumy psychicznej, blokującej możliwości rozwoju. Psychoterapia w tym przypadku ukierunkowana jest na uzyskanie wglądu, wydobywanie z podświadomości traumatycznych przeżyć, a następnie takie organizowanie doświadczenia, w którym staje się możliwe odblokowanie rozwoju (Kościelska, 1984).

PODSUMOWANIE

Człowiek nie rodzi się z upośledzeniem umysłowym. Byłoby niedorzecznością mówić o upośledzonym umyśle noworodka. Ale rodzi się z niejednakowymi szansami na korzystny rozwój. Charakter wczesnych stosunków dziecka z dorosłymi ma zasadnicze znaczenie dla rozwoju ja, natomiast stan funkcjonalny ja odgrywa rolę w sterowaniu procesami poznawczymi jednostki. Na proces patologizacji rozwoju dzieci z upośledzeniem umysłowym ma wpływ zarówno zaburzona struktura własnego ja, jak i ogrom niekorzystnych doświadczeń społecznych oraz bardzo liczne traumy przeżyte w kontaktach z ludźmi dorosłymi. Te cechy, przy istniejącej u dzieci wrażliwości interpersonalnej, tworzą ważne ogniwa w procesie patologizacji ich rozwoju. Stopień upośledzenia psychomotorycznego również nie zależy tylko od czynników neurologicznych. Im większa jest akceptacja ciała dziecka przez matkę, tym dziecko bardziej umie korzystać ze swego ciała bez względu na jego fizyczne możliwości. Okazuje się też, że trzeba najpierw być w dobrej relacji z otoczeniem społecznym, aby zaistnieć jako indywidualność i następnie poszerzyć swoje ja o wybrane elementy otoczenia materialnego.

Zatem upośledzenie umysłowe stanowi funkcję nieprawidłowego kształtowania się osobowości, która tworzy się dzięki charakterystycznej dla człowieka potrzebie szukania i kreowania sensu życia i dotyczy jednostki ludzkiej żyjącej w społeczeństwie. Dlatego też to społeczeństwo powinno pomóc w wychodzeniu z niepełnosprawności dzieciom i ich rodzinom. Im większe będzie zrozumienie społeczne potrzeb rodzin wychowujących dzieci z problemami w rozwoju, im więcej rodziny te otrzymają wsparcia, tym mniej będzie, paradoksalnie, rodzin wymagających pomocy terapeutycznej, i tym mniej będzie wśród nas ludzi upośledzonych.

BIBLIOGRAFIA

- Błęszyńska, K. M. (2003). Tożsamość – orientacje teoretyczno-metodologiczne. W: *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku. Tom 6*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- Car, J. (1984). *Pomoc dziecku upośledzonemu*. Warszawa: PZWL.
- Izydorczyk, B., Bieńkowska, N. (2009). Obraz ja cielesnego – wybrane teoretyczne wątki rozumienia psychologicznych mechanizmów zjawiska. Część II. *Problemy medycyny rodzinnej*, 1, 51–54.
- Kościelska, M. (1984). *Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny. Badania uczniów szkół specjalnych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwa Naukowe.
- Kościelska, M. (1995). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Nikirowicz, J. (2003). Tożsamość – istota, geneza, wymiary. *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku. Tom 6*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- Nikodemka, S. (2003). Struktura ja, obraz siebie i radzenie sobie w sytuacji trudnej, u pacjentów leczenia odwykowego. *Świat Problemów*, 10, 4–7.
- Obuchowska, I. (1991). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Olechnowicz, H. (1975). Gotowość czynnościowa dzieci głębiej upośledzonych w zależności od rodzaju tworzyw i zabawek. *Szkoła Specjalna*, 4, 8–12.

DOROTA HENDZEL

dorotahen@o2.pl

Wyższa Szkoła Handlowa w Radomiu

UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE — OBRAZ RODZINY

RECENZJA

Recenzent: dr Agnieszka Sadowska

Autorem recenzowanego artykułu jest D. Hendzel, studentka pedagogiki drugiego stopnia w Wyższej Szkole Handlowej w Radomiu. Tytuł artykułu *Upośledzenie umysłowe – obraz rodziny*. Artykuł zawiera 41293 znaków ze spacjami i przypisami. Struktura pracy jest poprawna. Niemniej Autorka powinna rozpocząć swoje rozważania naukowe od ukazania definicyjnego upośledzenia umysłowego, które wprowadziłoby w analizowaną problematykę. Interesująco Autorka przedstawia zagadnienie świata uczuć rodziców dzieci upośledzonych oraz strategię radzenia i nieradzenia sobie przez z nich z problemem upośledzenia ich dzieci. Omawiane aspekty ukazują specyficzne zachowania występujące u rodziców, ale również i innych członków rodziny, np. dziadków wychowujących dziecko upośledzone umysłowo.

Swoje rozważania naukowe Autorka oparła głównie na pracy M. Kościelskiej *Oblicza upośledzenia*, wydaje się wskazane pogłębienie źródeł wykorzystanych przez Studentkę. Ciekawsze byłoby odwoływanie się do innych prac naukowych, wówczas łatwiej byłoby Autorce dokonywać sądów i opinii materiału naukowego.

Niemniej jednak artykuł ma swoją wartość poznawczą. Może być wykorzystywany przez studentów pedagogiki, psychologii, pielęgniarstwa, zdrowia publicznego do zaznajomienia się z problemami rodzin wychowujących dzieci upośledzone.

Recenzowany artykuł spełnia wymogi stawiane publikacjom naukowym, dlatego otrzymuje opinię pozytywną.

Pojawienie się dziecka o upośledzonym rozwoju jest dla rodziny źródłem cierpień i innych emocji. Część tego cierpienia dałoby się uniknąć lub przetworzyć go na życiodajną siłę, gdyby istniały określone warunki społeczne, psychologiczne i duchowe. Warunki te mogą kreować w pewnym stopniu specjaliści, rodzice i członkowie społeczeństwa. Rodziny osób upośledzonych umysłowo przeżywają również różnego rodzaju trudności i problemy. Dotychczas najczęściej mówiono o przeżyciach i uczuciach rodziców, ale nie można pomijać dziadków, rodzeństwa i innych członków rodziny, których dotyczy sprawa upośledzenia dziecka i którzy mają wpływ na jego rozwój. Jakie strategie radzenia lub nieradzenia sobie w tej sytuacji przybierają rodziny? I jak może im pomóc otoczenie społeczne?

Słowa kluczowe: rodzina, upośledzenie umysłowe, trauma upośledzenia, emocje, problemy, potrzeby, otoczenie społeczne

W 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych wynosiła około 5,5 mln (por. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/dane-statystyczne/dane-demograficzne>), co oznacza, że co siódmy Polak jest osobą niepełnosprawną. Część z nich jest upośledzona umysłowo. Rodziny, których członkami są takie osoby, są w szczególnej sytuacji. Przez lata otoczenie społeczne obwiniało rodziców o istnienie zaburzeń rozwojowych u dzieci. Również specjaliści w procesach diagnostycznych poszukiwali czynników, którymi można by obarczyć rodziców jako sprawców upośledzenia. Od kilkunastu lat ta sytuacja się zmienia. Panuje coraz więcej zrozumienia dla trudnej sytuacji psychologicznej oraz problemów, z jakimi się borykają rodziny dzieci upośledzonych umysłowo.

UCZUCIA RODZICÓW DZIECI UPOŚLEDZONYCH

Rodzice dzieci stwarzających szczególne problemy rozwojowe przeżywają całą gamę uczuć i doznań. Wiele miejsca w ich życiu zajmuje ból, smutek, rozpacz i inne uczucia składające się na poczucie cierpienia, ale jest też miejsce na radość i nadzieję, dumę i szczęście. W opracowaniu tym przedstawię wybrane rodzaje uczuć, ich charakterystykę, psychologiczne podłoże i następstwa (Kościelska, 1998).

LĘK

Kościelska (1998) uważa, że w rodzinach wychowujących dzieci, które źle się rozwijają jest bardzo dużo lęku. W swojej wieloletniej pracy klinicznej nad zjawiskiem upośledzenia umysłowego zauważyła różne rodzaje lęków.

Niektóre lęki pojawiają się w części przypadków jeszcze przed narodzeniem dziecka. Należy do nich lęk przed macierzyństwem. Ma on bardzo skomplikowane uwarunkowania. Najczęściej podkreśla się, że lęk przed posiadaniem dzieci u kobiet ma swój początek w nierozwiązanym konflikcie z własną matką, w obniżonym poczuciu własnej wartości i traktowaniu siebie jako osoby niezdolnej do przekazaniu potomstwu wartościowego dziedzictwa. Zdania badaczy są jednak podzielone. Niektórzy zwracają uwagę na problemy kobiet w relacji z mężczyznami, niektórzy skłonni są widzieć główne źródło lęku w zaburzeniu ja cielesnego. Na uwagę zasługuje występujący u części kobiet lęk przed nienormalnością dziecka. Źródłem tego lęku mogą być zarówno realne zagrożenia dla rozwoju dziecka wynikające z przyczyn zdrowotnych, jak też zagrożenie o charakterze fantazmatycznym, wynikające z urojeń i tzw. złych przeżyć. Z badań Kościelskiej (1998) wynika, że grupa kobiet, która nie

przeżywała stanów lękowych w związku z ciążą i porodem, charakteryzowała się następującymi właściwościami: poczucie więzi z mężem (ojcem dziecka) i poczucie wspólnoty w przeżywaniu ciąży i porodu, dobre kontakty z rodziną macierzystą, szczególnie dobre relacje między przyszłą matką a jej matką, zabezpieczenie materialno-bytowe, korzystne doświadczenia z poprzednich ciąż i porodów. W przypadku braku któregośkolwiek elementu prawdopodobieństwo wystąpienia lęków wyraźnie wzrastało.

Istnieje jeszcze inny rodzaj lęku, którego istotą jest strach matek o siebie i spostrzeganie dziecka jako źródła zagrożenia. Niebezpieczeństwo, jakie stwarza poczęcie dziecka, może dotyczyć bardzo wielu kategorii spraw: utraty zdrowia, urody, atrakcyjności seksualnej, utraty partnera, swobody życiowej, pracy itd.

Lęki występują również w czasie porodu. A. Martyniak (1991) w swoich badaniach stwierdziła, że większość kobiet w czasie porodu nie myśli o dziecku, jest skupiona na lęku o siebie i na swoim bólu albo też na zadaniu i jego właściwej realizacji. Tylko u niewielkiej liczby przypadków w centrum przeżyć rodzącej kobiety znajdował się lęk o dziecko. Inaczej już było po porodzie. Wśród najczęściej występujących lęków, na szczególną uwagę zasługuje ten, który się wiąże z poczuciem złego stanu dziecka.

Sytuacja pobytu dziecka na oddziale noworodkowym, gdy matka nie ma do niego dostępu, gdy dziecko jest w inkubatorze lub na oddziale intensywnej terapii, dostarcza matce bardzo silnych doznań lękowych, które są również udziałem nowo narodzonego dziecka. Matki dzieci zagrożonych mówią o głęboko traumatyzujących je przeżyciach, związanych z odebraniem im dziecka, z brakiem możliwości karmienia go, dotykania, czuwania, a także brakiem pełnej informacji na temat stanu dziecka i przeprowadzanych na nim zabiegów. Z drugiej strony obserwuje się przejawy patologii funkcjonowania dzieci, których geneza nie jest wyłącznie biologiczna, lecz wiąże się z traumą rozłączenia z matką. Kolejnymi przeżyciami są emocje związane z rozpoznaniem wady czy upośledzenia. W części przypadków bezpośredni stan zdrowia dziecka nie wskazuje na zagrożenie jego życia, natomiast widoczne są wady czy znamiona sugerujące patologię rozwoju. Często chodzi o rozpoznanie zespołu Downa. Wypowiedzi rodziców dostarczają dużo informacji na temat traumy związanej z wadliwym sposobem przekazywania przez lekarzy informacji o upośledzeniu dziecka. Skargi na urazowy charakter pierwszej informacji prowadzą do następujących elementów: niedosyt informacyjny: rodzice, którym podano ogólnikową informację, że dziecko będzie upośledzone umysłowo, na ogół nie mają wystarczającej wiedzy fachowej, aby wypełnić te pojęcia właściwą treścią i brak tej treści zastępują totalnym przerażeniem; agresywność w przekazywaniu informacji: przekazanie informacji o złym stanie dziecka jest dla lekarzy bardzo

trudne, w większości przypadków nie potrafią poradzić sobie z trudnością tego zadania i w obronie przed własnymi emocjami ograniczają kontakt z matką czy ojcem do minimum albo usiłują radzić sobie z lękiem, tłumiąc go agresją; wartościowanie informacji: w odczuciu zarówno matek, jak i ojców, z pierwszego kontaktu z lekarzem po urodzeniu dziecka, pozostaje im pamięć tego, że wydarzyło się coś strasznego. W opinii społecznej upośledzenie umysłowe i fizyczne jest złem, którego ludzie się boją. To wartościowanie jest przekazywane przez lekarzy, być może nieświadomych swojej roli. Uwagi personelu medycznego są przez rodziców odbierane jako wyraz społecznej dezaprobaty ich chorego dziecka, a może także ich samych, i stanowią prototyp ich późniejszych relacji z ludźmi. Następnym bardzo silnym uczuciem trapiącym wielu rodziców dzieci upośledzonych umysłowo jest lęk przed wrogością otoczenia społecznego. Niektóre kobiety po usłyszeniu niekorzystnej diagnozy boją się przekazać ją mężowi. Niektórzy mężowie, poinformowani wcześniej, boją się przekazać niepomyślną wiadomość żonie. Niektórzy rodzice boją się poinformować dziadków o upośledzeniu dziecka. Wielu boi się, aby problem nie został ujawniony wśród przyjaciół, sąsiadów czy znajomych. Istnieją różne powody tego typu lęków, generalnie jednak chodzi o brak zaufania. Czasami jest to brak zaufania do sił psychicznych partnera czy rodziców i przyjmowanie wobec nich postawy ochraniającej, a czasami o brak zaufania rozumiany jako obawa przed wrogością.

Wielu rodziców dzieci upośledzonych umysłowo doświadcza tak silnego lęku społecznego, że: zmienia miejsce pobytu, unika znajomych, nie pokazuje się z dzieckiem w miejscach publicznych. Aby odczuwać bardzo głęboki lęk przed kontaktami z ludźmi, nawet najbliższymi, z tytułu posiadania upośledzonego dziecka, trzeba samemu dziecko to traktować jako zło albo widzieć siebie samego jako złą czy złego, i z tego powodu bać się społecznego potępienia. Inną grupę lęków w wychowaniu dzieci z zaburzeniami rozwojowymi tworzy tzw. obawa przed zaprzepaszczeniem szans. Rodzice, dowiedziawszy się o kłopotach zdrowotnych dzieci, z reguły najpierw usiłują zaprzeczyć diagnozie i poszukują specjalistów, którzy by stwierdzili zaburzenie lepiej rokujące. W przypadku potwierdzenia się diagnoz – szukają specjalistów: lekarzy, psychologów, terapeutów, a także znachorów, którzy byliby w stanie im pomóc. U części rodziców zaobserwowano zespół podwyższonego napięcia, wyrażający się w wędrowności po specjalistach. Ci rodzice nie tylko w Polsce, ale również za granicą, poddają dzieci najróżniejszym badaniom i terapiom. Nie jest jednak dobre dla dziecka przeżywanie w ogromnej ilości stresów różnych wizyt, badań i kolejnych terapii. Wolni od lęku przed zaprzepaszczeniem szansy są rodzice, którzy natrafili na specjalistę dającego im poczucie bezpieczeństwa, oraz ci, którzy uwierzyli we własne kompetencje wychowawcze. Kolejnym lękiem pojawiającym się u rodziców jest lęk przed konfrontowaniem swojego dziecka z nowymi sytuacjami życiowymi:

rodzice boją się wyjechać na wakacje, boją się wypuścić dziecko na podwórko, boją się iść na kolejne badanie. Można dopatrzeć się w tym obawy przed ujawnieniem się w nowych sytuacjach mniej widocznej w domu słabości dziecka, przed poszerzaniem widocznego obszaru jego upośledzenia. Następny typ lęków dotyczy zagrożeń dotyczących osobiście rodziców. Przeżywają oni lęk przed przyszłością (że już tak będzie zawsze), lęk przed marnowaniem własnego życia, lęk przed brakiem sił. Szczególnym rodzajem lęku jest lęk matek czy ojców przed dopatrzeniem się w sobie złych skłonności czy niemożności, zaburzających pożądaną przez nich obraz własnego ja.

Podsumowując dotychczasową analizę, można w następujący sposób pogrupować uzyskane dane: (1) lęki rodziców dzieci upośledzonych różnią się stopniem realności fizycznej i psychologicznej, część lęków wynika z realnego zagrożenia, a część przebiega wyłącznie w sferze wyobrażeń; (2) lęki różnią się treścią, część dotyczy zagrożenia wartości ważnych bezpośrednio dla ja rodziców, część dotyczy dzieci spostrzeganych jako indywidualności odrębne. Konsekwencją lęku jako dominującego przeżycia w kontakcie z dzieckiem oraz między rodzicami i światem jest dążenie do unikania tego kontaktu albo próba ochrony przed nim za pomocą całego systemu obron, w tym obron o charakterze psychologicznym (Kościelska, 1998). Ma to negatywne konsekwencje zarówno dla rodziców, jak i dla dzieci.

Kościelska (1998) w swojej praktyce klinicznej spotykała rodziców, którzy byli wolni od wymienionych lęków albo przeżywali lęki o słabej sile, niepowodujące dezorganizacji ich funkcjonowania. Przeżycia alternatywne wobec lęku, które łączyły się z poczuciem spokoju, radości, odprężenia, bezpieczeństwa dotyczyły poniższych sytuacji: kiedy rodzice stykali się z objawami akceptacji siebie i swojego dziecka przez rodzinę, kiedy rodzice doznawali życzliwego zainteresowania przez sąsiadów, znajomych, środowisko pracy, kiedy rodzice i dzieci otrzymywali od lekarzy i innych specjalistów czas, spokój, zainteresowanie ich sprawami i kompetentne orzeczenia, kiedy rodzice otrzymywali od specjalistów jasne i realne wskazówki co do sposobu postępowania z dzieckiem, kiedy rodzice znajdowali dla swoich dzieci dobre miejsce w placówkach oświatowych, które zapewniało właściwe warunki edukacyjne i stwarzało szanse na wartościowe kontakty z innymi ludźmi, kiedy rodzice mieli poczucie wspólnoty z innymi, czuli się członkami określonych społeczności, w których mogli działać na rzecz przyjętych przez siebie wartości, kiedy dostrzegali postępy w rozwoju dziecka i objawy dobrego samopoczucia psychicznego, będące dla nich świadectwem tego, że we właściwy sposób o niego dbają (Kościelska, 1998). Wymienione sytuacje uwalniające rodziców od dużej części lęków, świadczą o znaczeniu czynnika społecznego i wskazują, jak wiele możemy zrobić jako ludzie dla poprawy kondycji psychicznej rodziców, a pośrednio – poprawy rozwoju ich dzieci.

Kolejną grupę uczuć Kościelska (1998) nazwała żałobą, a należą do nich: rozpacz, smutek, depresja, apatia, zniechęcenie. Wszystkie wyrażają się obniżeniem nastroju i dynamiki życiowej. Tak jak w przypadku lęków uczucia te pojawiać się mogą jeszcze przed narodzeniem się dziecka. Część kobiet na wiadomość o ciąży reaguje smutkiem lub rozpaczą i jest w takiej sytuacji element żałoby po utracie wolności i nadziei na realizację różnych życiowych pragnień. Smutek z powodu ciąży nie jest stanem charakterystycznym wyłącznie dla kobiet rodzących dzieci upośledzone, ale zdarza się w tej grupie kobiet także. Przeciwnieństwem kobiet w żałobie są takie, które do swojej ciąży odnoszą się entuzjastycznie i z ogromną nadzieją oczekują urodzenia dziecka. Część rodziców oczekuje nie tylko potomka określonej płci, ale także dziecka wyposażonego w określone zdolności i przymioty charakterologiczne. Część z nich powołuje do życia dziecko z określoną intencją uzyskania od niego w przyszłości pomocy, przekazania mu spuścizny, scalenia małżeństwa itd. Im bardziej wyrazisty obraz oczekiwanego dziecka kreują rodzice przed jego urodzeniem, tym większe jest prawdopodobieństwo, że przeżyją szok po uzyskaniu informacji, że dziecko jest kalekie, chore, upośledzone albo pod jakimkolwiek względem nie odpowiada ich wyobrażeniom (Kościelska, 1998). Niektórzy badacze obejmują mianem żałoby ten stan psychiczny rodziców, który powstaje po utracie przez nich dziecka wymarzonego, w konfrontacji z urodzonym.

Urodzenie dziecka niepełnowartościowego dla wielu rodziców jest utratą obiektu miłości, jakim jest ich własne ja. Czują się ugodzeni w swoich uczuciach narcystycznych i w ich obronie próbują obciążyć winą partnera lub partnerkę czy ich rodzinę. Szukają specjalistów, którzy mogliby odbarczyć ich od poczucia tkwiącego w nich zła. Ten kryzys tożsamości nie jest naprawdę powodowany faktem upośledzenia dziecka. Jest on raczej wyrazem ogólniejszych problemów w stosunku do ja i do świata wartości, które zostają uaktywnione przez sytuację choroby dziecka. Uczucie żałoby z czasem maleje, po okresie od roku do trzech lat zazwyczaj następują u rodziców reakcje adaptacyjne i rozwijają się strategie radzenia sobie z sytuacją. Natomiast aktywizują się w określonych klasach sytuacji: w konfrontacji ze zdrowymi dziećmi i ich osiągnięciami, w okresach przełomowych dla typowych form rozwoju aktywności dzieci, jak rozpoczynanie nauki szkolnej, pierwsza Komunia Św. itd. (Kościelska, 1998).

Jednym z podstawowych czynników leczących żałobę jest czas. Okres 1–3 lat jest potrzebny do wyjścia z szoku i przetrwania okresu przygnębienia, beznadziejności, braku ochoty do życia, przygniatającego poczucia ciężaru i braku sił, by mu sprostać. Jednak zasadniczą rolę w wyjściu z żałoby odgrywa przeformułowanie celów

życiowych. Zadanie opiekuńcze jest czynnikiem aktywizującym i ukierunkowującym życie rodziców. Poczucie osiągnięć z pracy rehabilitacyjnej, dostrzeganie postępów w rozwoju dziecka staje się podstawą dumy u rodziców – uczucia całkowicie przeciwstawnego żałobie. Czynnikiem mającym bardzo poważne znaczenie w wyjściu z żałoby jest wsparcie społeczne, a także kontakty rodziców między sobą. Szczególnie wartościowe jest konfrontowanie wzajemnych kłopotów. Rodzice, którzy weszli w krąg ludzi niepełnosprawnych, relacjonowali, jak mało ich poczuło nieszczęścia po zetknięciu się z bardzo głębokimi postaciami patologii dotyczącymi innych, a także jak wiele korzystali, stykając się z konstruktywnymi sposobami radzenia sobie w trudnych sytuacjach przez innych ludzi. Dużą rolę w procesie wychodzenia z żałoby odgrywają też specjaliści. Rodzice podkreślali, że spotkanie z wybranymi psychologami czy lekarzami okazało się znaczące w ich życiu i pomogło zaakceptować sytuację (Kościelska, 1998).

Wrogość

Uczucia wrogości w pojedynczych przypadkach pojawiają się jeszcze w okresie przed narodzeniem i wiążą się generalnie z pretensjami o zapłodnienie, przybierają postać nienawiści do „brzucha”, irytacji czy wściekłości z powodu różnych utrudnień życiowych w okresie ciąży. Drugą grupę żalów i pretensji zgłaszają matki pod adresem służby zdrowia o zaniedbania, błędy diagnostyczne, błędy w leczeniu i pielęgnacji, będące przyczyną upośledzonego rozwoju dziecka. Wiele z tych błędów zostało popełnionych i pretensje rodziców są uzasadnione. Jednakże można w tej zmasowanej wrogości wobec lekarzy i personelu medycznego dopatrzeć się klasycznej reakcji na frustrację. Ponieważ rodzice czują się bardzo często obwiniani przez lekarzy, a także inne autorytety, starają się przerzucić domniemaną winę na innych i znaleźć wytłumaczenie upośledzenia dziecka poza obszarem ich ja. Rozumienie psychologicznych postaw agresywności u części rodziców nie może być jednak usprawiedliwieniem zaniedbań służby zdrowia. Kolejna grupa uczuć agresywnych dotyczy dzieci. Wiele dzieci ujawniających zaburzenia w rozwoju przysparza ponadprzeciętnych trudności opiekuńczych, rodzice w tej sytuacji odczuwają zmęczenie i na podłożu takiego wyczerpania łatwiej dochodzi do irytacji i wybuchów złości. Bliżej niesprecyzowane uczucie żalu do losu za wszystkie kłopoty przybiera w niektórych przypadkach formę agresji wobec dziecka albo partnera życiowego i prowadzi do dalszego skomplikowania sytuacji życiowej. Kolejna grupa uczuć agresywnych kierowana jest wobec siebie. Poczucie wstydu i upokorzenia, jakie niektórzy rodzice przeżywają z tytułu posiadania upośledzonego dziecka, jest pochodną od wyobrażenia o upośledzeniu jako o czymś hańbiącym, umniejszającym poczucie własnej wartości. Poczucie wstydu

i upokorzenia wiąże się z samokaraniem, a także próbą ratowania przed tymi uczuciami przez odcięcie od ja osoby dziecka: nieakceptowanie jego istnienia, dążenie do oddalenia czy unicestwienia. Rodzice dzieci upośledzonych zazwyczaj przechodzą bardzo długi proces rozwoju duchowego, wiążący się z przechodzeniem przez różne stadia wartościowania i konfrontowania się z różnymi punktami widzenia, zanim dokonają wyborów pozwalających im na uzyskanie wewnętrznego spokoju. W tym procesie dochodzenia do akceptacji zdarzają się okresy załamań i kryzysów, a ich przejawem są depresje, myśli samobójcze albo wzmożona agresywność kierowana na innych (Kościelska, 1998).

Miłość

Bardzo wielu rodziców kocha swoje upośledzone dzieci, a wielu uważa, iż miłość ta jest najważniejszą sprawą w ich życiu i przerasta uczucie, które są w stanie żywić względem siebie i wobec swoich zdrowych dzieci. Jest to jednak miłość trudna i często bolesna, bo przeżywana w samotności i w poczuciu opozycji do nastawień społecznych. Łatwiej byłoby tym rodzicom kochać swoje dzieci, gdyby zarówno nikt ich z tego tytułu nie podziwiał, jak i nie potępiał. Uczucie miłości poprzedzające narodziny dziecka łagodzi emocje związane z szokiem niepomyślniej diagnozy i praktycznie uniemożliwia odrzucenie uczuciowe dziecka z powodu choroby. W przypadku, gdy dziecko początkowo rozwija się dobrze, a jego zaburzenia ujawniają się z wiekiem (jak to się dzieje w przypadku defektów genetycznych) miłość rodzicielska także najczęściej nie jest wycofywana z powodu choroby, ale wzbogacana poprzez troskę i lęk o dziecko, i gotowość niesienia mu pomocy. Szczególna kombinacja miłości i bólu, cierpienia, lęku i rozpacz sprawia, że wśród rodziców dzieci o zaburzonym rozwoju można wyróżnić szczególne typy uczuć rodzicielskich, z których niektóre tworzą zagrożenie nadmiernym uzależnieniem czy nasyceniem emocjami zbyt dla dziecka trudnymi. Kościelska (1998) wyróżniła następujące typy miłości: (1) miłość symbiotyczna – oznacza wspólne ja, a ściślej ja matki ogarniające osobę dziecka i w pełni z nią zidentyfikowane. W najwcześniejszym okresie życia dziecka stadium to jest korzystne, natomiast w okresie późniejszym ten rodzaj relacji oznacza zagrożenie dla rozwoju odrębnego ja dziecięcego, a na swój sposób upośledza także matkę; (2) miłość poświęcająca się i rekompensująca – niektórzy rodzice spostrzegają swoje dzieci jako biedne, skrzywdzone i wymagające ochrony przed zagrażającym je światem. Dlatego stale przy dzieciach czuwają, wynagradzają im krzywdy poprzez dostarczanie dowodów miłości (co łączy się z wysokimi wydatkami), nie dopuszczają dzieci do kontaktów z innymi dziećmi czy jakichkolwiek objawów samodzielności, aby nic im się nie przytrafiło; (3) miłość wstydliva – niektórzy rodzice chowają dzieci

przed gośćmi, wożą je przez miasto wyłącznie samochodem i ubierają w infantylne ubranka, aby wyglądały na młodsze. Czasami uczą dzieci testów, aby lepiej wypadły w badaniu psychologicznym i nie godzą się na pobyt dziecka w szkole specjalnej, aby utrzymać społeczną etykietę normalności. Częściej dotyczy to ojców niż matek; (4) miłość przebojowa – dotyczy rodziców, którzy wykazują bardzo dużą aktywność w organizowaniu warunków życia swoich dzieci, stają na czele klubów i ruchów rodzicielskich, zakładają stowarzyszenia, szkoły i zakłady rehabilitacyjne, piszą petycje do władz państwa i artykuły do gazet. Zdarza się, że ich działania mają charakter roszczeniowy; (5) miłość z oddali – zdarza się, że rodzice (lub któryś z rodziców) unika bezpośrednich kontaktów z dzieckiem, ucieka w pracę zawodową, a opiekę nad dzieckiem powierza babciom lub płatnym opiekunkom. Bardzo trudna bywa ojcowska miłość do dzieci upośledzonych w sytuacji, gdy zostali oni odepchnięci przez żony od bezpośrednich kontaktów jeszcze z niemowlętami. W tej sytuacji niektórzy ojcowie opuścili rodziny, a niektórzy uciekli w teoretyzowanie na temat właściwego wychowania, budząc tym agresję swoich żon; (6) miłość zracjonalizowana – niektórzy rodzice posługują się argumentami uzasadniającymi tę miłość mówiąc np. Widocznie Bóg nas wybrał i powierzył nam opiekę nad tym biednym dzieckiem. Rodzice ci traktują miłość do dziecka jako obowiązek, poważnie podchodzą do wszystkich zaleceń lekarskich, pragną robić wszystko, co w danej sytuacji jest słuszne i dobre; (7) miłość nieodwzajemniona – w tej trudnej sytuacji emocjonalnej znajdują się rodzice dzieci z cechami autystycznymi. Dzieci te nie wykazują zainteresowania otoczeniem społecznym, nie obdarzają rodziców uczuciem miłości, natomiast często zachowują się wobec nich agresywnie. Ogromnie trudno jest zajmować się dzieckiem, kiedy brak jest uczucia emocjonalnego kontaktu z dzieckiem oraz gratyfikacji uczuciowej z jego strony. A jednak bardzo wielu rodziców dzieci autystycznych i upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim, obdarza swoje dzieci wielkim uczuciem, dokonuje heroicznych wysiłków udzielenia im pomocy w rozwoju i nawiązaniu kontaktów ze światem; (8) miłość własna – niektórzy rodzice sprawiają wrażenie, że stosunek do dziecka jest jedynie wyrazem ich miłości własnej, ogromnie koncentrują się na własnych problemach, a każde pytanie na temat dziecka odnoszą do siebie, swoich uczuć i dolegliwości. Ten rodzaj miłości jest w pewien sposób nieodwzajemniony, jednakże tu relacja zamyka się w obrębie rodzica, a nie łączy rodzica z dzieckiem; (9) miłość rozumna – niektórzy rodzice obdarzają swoje dziecko uczuciem i wyrażają je w sposób najbardziej korzystny dla dziecka. Są wrażliwi na potrzeby dziecka, ale dbają również o zaspokojenie swoich potrzeb. Nie dopuszczają, aby problemy zdrowotne czy patologia zdominowały ich życie; (10) miłość za wszelką cenę dążąca do normalności – rodzice ci wyznają zasadę, że dzieckiem upośledzonym można żyć normalnie i nie dopuszczają myśli, aby mieli z powodu dziecka z czegokolwiek

rezygnować. Uważają, że stawiając dzieci wobec normalnych wymagań życiowych, wymuszają na nim normalny rozwój. Z psychologicznego punktu widzenia chodzi tu o mechanizm obronny rodziców, polegający na zaprzeczaniu trudnościom rozwojowym dziecka niż o autentyczną gotowość niesienia mu pomocy w normalizacji rozwoju; (11) miłość uszczęśliwiająca – wśród rodziców deklarujących szczęście, które przyniosło im dziecko, można wyróżnić dwie grupy. Jedni przed narodzinami dziecka nie formułowali żadnych wymagań pod jego adresem. Wydawali się uszczęśliwieni samym darem, jakim jest dziecko. Drugą grupę szczęśliwych rodziców stanowią ci, którzy przeszli długą drogę do akceptacji dziecka upośledzonego. Droga ta była bardzo trudna, naznaczona kryzysami i kolejnymi wzbogaceniami sposobów wzbogacenia swojej sytuacji. Przywiodła ich do tego etapu, w którym stało się możliwe ułożenie życia w sposób pozbawiony poczucia bólu i klęski, a jednocześnie zgodę na dziecko takie, jakie ono jest.

Wyróżnione tutaj typy miłości nie wyczerpują wszystkich możliwych rodzajów tego uczucia ani też nie wykluczają się wzajemnie. Zaprezentowane typologie miały na celu zwrócenie uwagi na bogactwo problemów emocjonalnych i być pomocne w ich rozpoznawaniu (Kościelska, 1998).

Przejawianie konkretnej postawy wobec dziecka upośledzonego umysłowo, stałość emocjonalna i zrównoważenie samych rodziców uznawane są coraz częściej za czynniki najbardziej istotne w procesie rozwoju społecznego tego dziecka. Jest tak, dlatego że postawa rodziców pomnaża względnie trwałe stosunek emocjonalny lub oceniający, o charakterze negatywnym, pozytywnym lub neutralnym bądź dyspozycję do występowania takiego stosunku i decyduje w znacznym stopniu o zaspokojeniu potrzeb psychicznych, które nierozzerwalnie wiążą się z przystosowaniem społecznym. Dużo nieprawidłowości w przystosowaniu dziecka, a później człowieka dorosłego, wiąże się z niezaspokojeniem jego potrzeb psychicznych, stąd też coraz więcej badaczy kieruje uwagę na wewnętrzne stosunki panujące w rodzinie. Zaspokojenie potrzeb afiliacji, uznania, bezpieczeństwa i poczucia przynależności do rodziny warunkuje prawidłowy przebieg procesu dojrzalsości społecznej (Boczar, 1980).

PROBLEMY WYBRANYCH CZŁONKÓW RODZIN

Rodzina zaspakaja potrzeby biologiczne i psychiczne dziecka, przede wszystkim zaś poczucie pełnego bezpieczeństwa i miłości. Kształtuje potrzeby poznawcze dziecka, jego rozwój emocjonalny i społeczny oraz potrzebę życzliwości, uznania, zaspokajania ciekawości itp. To przez rodzinę dziecko zaznajamia się z dorobkiem kultury społeczeństwa. Rodzice i inni jej członkowie dostarczają mu osobistych wzo-

rów postępowania w konkretnych sytuacjach życiowych. Osoby najbliższe przekazują dzieciom określony system wartości i norm społecznych. W rodzinie dziecko uczy się współżycia i współdziałania w grupie, jest ona podstawowym terenem socjalizacji. Rodzina jest też dla dziecka miejscem pierwszych doświadczeń, w którym dziecko próbuje swoich sił i możliwości działania, a rodzice i najbliżsi członkowie rodziny pomagają mu w jego poczynaniach, są wzorami, które dziecko naśladuje (Stawowy-Wojnarowska, 1989).

Przetacznikowa (1981), ze względu na to, kto kieruje rodziną, wyróżnia cztery typy rodzin, gdzie: najważniejszym autorytetem w rodzinie jest ojciec i przede wszystkim on sprawuje funkcje kontroli; funkcje te przypadają matce, obdarzonej w rodzinie wysokim autorytetem; zachodzi równowaga między małżonkami w zakresie władzy i kontroli w rodzinie; rodzina wybiera drogę pośrednią pomiędzy równowagą a dominacją męża lub żony; Mówiąc o uczuciach i przeżyciach, warto zwrócić uwagę nie tylko na rodziców, ale również na rodzeństwo, dziadków oraz innych członków rodziny, których dotyczy sprawa upośledzenia dziecka i którzy mają wpływ na jego rozwój. W parze rodzicielskiej warto rozróżnić specyficzne problemy matek i ojców. W literaturze najwięcej uwagi poświęcono matkom, istnieje jednak grupa problemów specyficznych dotyczących ojców (Kościelska, 1998).

Ojcowie

Wśród uczniów szkół specjalnych większy niż przeciętnie odsetek dzieci nie ma pełnej rodziny. Część matek jako powód samotności wymienia zdystansowanie się ojca od problemów opieki nad dzieckiem po stwierdzeniu jego choroby czy kalectwa. Częste są też skargi matek na ucieczkę ojców od funkcji rodzicielskich w alkohol, całodzienną pracę zawodową, wyjazdy zagraniczne, pracę społeczną i inne. Ten typ reagowania na trudności nie jest swoisty dla mężczyzn, ale spotyka się go częściej niż u kobiet, bo to jednak kobiety spełniają większość zadań opiekuńczych i wychowawczych wobec dzieci. Zjawisko to wynika po części z nieumiejętnego włączania mężczyzn przez kobiety do procesu opiekuńczo-wychowawczego, w sposób, który by sprawiał mężczyznom satysfakcję. Inną przyczyną są – swoiste dla obrazu męskiej roli – trudności w zwracaniu się o pomoc czy ujawnianiu niepowodzeń. Problemy nieszczęśliwego ojcostwa nie są mniejsze ani większe niż nieszczęśliwego macierzyństwa, natomiast mężczyźni dysponują mniejszym repertuarem środków radzenia sobie z tymi trudnościami i rzadziej decydują się na zaangażowanie w opiekę nad chorym dzieckiem jako sposób poradzenia sobie z tym problemem. W przekazie kulturowym opieka nad dzieckiem bardziej przystoi kobiecie, więc niektórzy męż-

czyżni nie wchodzi w sytuacje wychowawcze. Wszystkie kobiety, które uznały siebie za szczęśliwe matki dzieci upośledzonych, a które jednocześnie były mężatkami, podkreślały znaczącą rolę wsparcia, jakie uzyskiwały od mężów w związku z dziećmi. Zaangażowanie w ojcostwo mężczyzn mogło się wyrażać pośrednio poprzez bliski kontakt z żoną, działanie na rzecz jej dobrostanu jako matki, otaczanie miłością i dostatkiem lub bezpośrednio w kontaktach z dziećmi i przybierać postać pracy z nimi, organizowania im leczenia, edukacji itd. (Kościelska, 1998).

Rodzeństwo

Wielu spośród rodziców mających dziecko z wadą rozwojową nie decyduje się na urodzenie kolejnego dziecka. Niektórzy argumentują, iż nie podołaliby tej sytuacji organizacyjnie i finansowo; inni, że boją się powtórzenia upośledzenia; jeszcze inni wskazują na trudności emocjonalne (nie potrafiliby kochać chorego dziecka, gdyby drugie było zdrowe itp.). Wiele dzieci upośledzonych posiada jednak rodzeństwo i jest to rodzeństwo zarówno starsze, jak i młodsze. Wśród rodziców decydujących się na posiadanie dzieci występują najczęściej następujące typy argumentacji tej decyzji: nie planowali kolejnego dziecka, ale z akceptacją przyjęli kolejną ciążę, chcieli mieć zdrowe dziecko, zapewniające im poczucie szczęśliwego spełnienia macierzyństwa i ojcostwa, robili badania prenatalne, aby wykluczyć wadę rozwojową, zakładając rodzinę myśleli o posiadaniu większej liczby dzieci i fakt, że jedno dziecko urodziło się z wadą rozwojową, nie stanowił przeszkody w realizacji tych planów, uznali, że kolejne dziecko czy dzieci w rodzinie są niezbędne do stworzenia bardziej wartościowej rodziny dla chorego dziecka i zapewnienia mu w przyszłości oparcia w rodzeństwie, posłuchali lekarzy, którzy sugerowali oddanie upośledzonego dziecka do zakładu i urodzenie zdrowego w celu realizacji normalnej linii życiowej i zalecenia urazów psychicznych.

Podstawowym problemem rodziców wychowujących dzieci o różnych właściwościach rozwoju: normalnym i nieprawidłowym, jest troska o to, aby dzieci wzajemnie sobie nie zaszkodziły. Rodzice boją się, aby u dziecka zdrowego nie nastąpiło opóźnienie tempa jego rozwoju i nie doszło do przejmowania tzw. wadliwych nawyków. Kolejna grupa obaw dotyczy obciążeń dziecka opieką nad gorzej rozwiniętym rodzeństwem, wstydu przed kolegami, znoszenia dolegliwości współżycia w przypadku dużych zaburzeń zachowania. Jeszcze inną grupę zagrożeń widzą rodzice w rywalizacji dzieci o miłość i uwagę. Z praktyki rodziców, którzy z powodzeniem wychowują dzieci o zróżnicowanych możliwościach rozwojowych, wynika, że wszystkim tym zagrożeniom udaje się zapobiec, a nawet stworzyć z nich sytuacje sprzyjające rozwojowi. Można przecież zadbać, aby obecność mniej sprawnego dziecka w rodzinie

była okazją do uczenia się tolerancji i poszanowania dla odmienności, a przewaga w sprawności dobrze służyła wszystkim (Kościelska, 1998).

Bardzo często zdarza się, że rodzeństwo osoby upośledzonej umysłowo wybiera karierę zawodową związaną z koniecznością bliskiego kontaktu z upośledzonymi. Ci młodzi ludzie wybierają zawody nauczycieli, psychologów, terapeutów. Jest to zasadnicza różnica między rodzinnymi związkami osób upośledzonych z rodzicami a profesjonalnymi raczej niż rodzinnymi związkami z rodzeństwem. Planowanie kariery zawodowej w związku z upośledzeniem brata lub siostry przypomina postawy ludzi aktywnych w ruchu anonimowych alkoholików: istnieją w życiu wydarzenia tak ważne i brzemiennie w skutki, że nie sposób oderwać się od nich w całym dalszym życiu (Zakrzewska-Manterys, 2010).

Babcie i dziadkowie

W wychowaniu dzieci bardzo ważną rolę odgrywają babcie, dziadkowie i inne osoby z rodziny, a także nianie i gosposie. W przypadku dzieci z upośledzeniem rola dalszej rodziny jest szczególnie ważna, ponieważ samodzielne radzenie sobie z wychowaniem chorego dziecka przekracza możliwości pary małżeńskiej, a tym bardziej samotnej matki czy samotnego ojca. Gdy rodzice nie mogą podołać obowiązkowi, jest podstawowo ważne, czy znajdą pomoc i oparcie w rodzinie, czy też pozostaną sami, co sprawi, że ich sytuacja z trudnej (i potencjalnie rozwijającej) przekształci się w sytuację za trudną (i destrukcyjną). Istnieją trzy podstawowe wzorce wsparcia udzielonego przez rodzinę rodzicom dziecka źle rozwijającego się. W pierwszym to babcia staje się osobą decydującą o funkcjonowaniu rodziny i przejmującą główny ciężar odpowiedzialności za wszystkie sprawy związane z dzieckiem. Do dominacji tej dochodzi z różnych powodów np. gdy rodzice nie potrafią zaangażować się w opiekę nad chorym dzieckiem, mają ogromne kłopoty z akceptacją, wolą pracować zawodowo i proszą babcię (dziadków) o pomoc w wychowaniu. Inna sytuacja zachodzi, kiedy babcia spostrzega swoje dzieci jako niedorosłe do opieki nad dzieckiem, zwłaszcza chorym, i wywiera presję w przejęciu uprawnień i obowiązków opiekuńczych na rzecz siebie. Drugi typ wsparcia ma charakter usługowy i polega na pomocy w tych sytuacjach, kiedy małżonkowie potrzebują pomocy, co przybiera postać czasowego przejmowania opieki nad dzieckiem, wspólnych wyjazdów na wakacje, udzielania wsparcia finansowego itd. Trzeci typ wyraża się przede wszystkim więź emocjonalną, akceptację i zrozumienie, gotowość do dzielenia się przeżyciami i doświadczeniami. Bardzo korzystne jest istnienie oparcia w szerszych kręgach rodzinnych, możliwość bywania w domach, w których rodzice i dzieci czują się bezpiecznie, mając tym samym szanse wchodzenia w różnego typu kontakty społeczne. W przypadku braku dużej

rodziny niektórzy rodzice czerpią podobne korzyści z uczestnictwa we wspólnotach religijnych czy stowarzyszeniach świeckich (Kościelska, 1998).

STRATEGIE RADZENIA SOBIE I NIERADZENIA PRZEZ RODZICÓW Z TRAUMĄ UPOŚLEDZENIA

W skargach rodziców pojawiają się informacje, wskazujące na poczucie nieradzenia sobie z sytuacją posiadania dziecka upośledzonego albo też sygnały wyjścia z kryzysu i przyjęcia konstruktywnej strategii radzenia sobie z problemami. Wśród objawów nieradzenia sobie w tych warunkach można wymienić następujące typy skarg rodziców na: ogromne zmęczenie, dolegliwości somatyczne, bałagan w domu, zaniedbywanie męża i zdrowych dzieci, nierealizowanie planów życiowych, osamotnienie, brak kontaktów z ludźmi, poczucie przegranej i braku nadziei na korzystną zmianę.

Natomiast rodzice sygnalizujący wyjście z kryzysu wypowiadają się w następujący sposób: (1) Zdecydowaliśmy się o wszystkim powiedzieć teściowej; (2) Zdecydowaliśmy się na drugie dziecko; (3) Żona wróciła do pracy, ja odwożę dziecko do przedszkola; (4) Możemy śmiać się z jego dziwactw; (5) Kochamy go takim, jakim jest, i nie mamy pretensji do losu. Te wypowiedzi dają wgląd w niektóre mechanizmy psychologiczne pomocne w radzeniu sobie z traumą. Spotykane wśród rodziców wzory radzenia sobie z traumą upośledzenia można podzielić na: reakcje bezpośrednie i reakcje długofalowe: (1) Reakcje bezpośrednie na traumę – zagłuszanie, deformacje percepcyjne, porządkowanie poznawcze, poszukiwanie wsparcia, uprzedmiotowienie dziecka; (2) Strategie długofalowe – można wyróżnić trzy zasadnicze jej typy: linia pierwsza – wiąże się z pozostawieniem dziecka upośledzonego na uboczu głównego nurtu życia rodziców, linia druga – polega na normalizacji życia, linia trzecia – charakteryzuje się zaangażowaniem rodziców w sprawę upośledzenia i uczynieniem z niej centralnego nurtu swojego życia.

POTRZEBY RODZINY

Osoby upośledzone umysłowo nie mają zapewnionego odpowiedniego startu życiowego, najczęściej z powodu niewłaściwego traktowania ich potrzeb ze strony ludzi normalnych. Do udziału w życiu społecznym przygotowuje się je przez dobrze zorganizowaną zabawę, naukę i pracę, czyli przez tworzenie ciągle takich warunków pracy i zabawy, aby sprzyjały one aktywizacji dziecka. Środki masowego przekazu

powinny w szerszym zakresie pokazywać pozytywne osiągnięcia osób upośledzonych. W ostatnich latach jest widoczny postęp w tym zakresie (Wyczesany, 1998).

Rodziny dzieci mających zaburzenia rozwojowe przeżywają różne trudności i mają problemy o różnym charakterze. Zaspokojenie poniższych potrzeb w znacznym stopniu poprawiłoby sytuację tych rodzin: akceptacja społeczna – specjaliści oczekują od rodziców zaakceptowania dziecka w jego upośledzeniu. Ten proces byłby łatwiejszy, gdyby rodzice czuli wokół siebie akceptację otoczenia dla ich dzieci i ich samych, i mieli dowody w sposobie organizacji życia społecznego. Dobre miejsce dla dzieci w systemie służb opiekuńczych, edukacyjnych, rewalidacyjnych. Duża liczba problemów rodziców wiąże się z poszukiwaniem i nieznajdywaniem miejsc, gdzie chciano by ich dziećmi zająć się i gdzie by to czyniono w sposób kompetentny. Prawdziwa, wyczerpująca informacja dotycząca stanu dziecka, rodzajach możliwej mu do udzielenia pomocy, ofertach specjalistycznych placówek, dostępnych książkach, stowarzyszeniach itd. Skutkiem braku właściwej informacji jest poczucie zagubienia u rodziców i lęk przed niewykorzystaniem szans. Specjalistyczna pomoc nakierowana zarówno na dziecko, jak i na rodziców. Pomoc dziecku to: psychoterapia, różne rodzaje ćwiczeń edukacyjnych i terapeutycznych, czasem leczenie farmakologiczne, najczęściej – stworzenie właściwych warunków wychowawczych. Pomoc rodzicom to: właściwa informacja, ukierunkowanie pracy z dzieckiem, właściwy sposób traktowania ich przez specjalistów, nacechowany kulturą, zrozumieniem, spokojem i życzliwością. W dużej części przypadków rodzice potrzebują przynajmniej okresowo pomocy psychoterapeutycznej. Wspólnota, grupa dająca poczucie więzi i oparcia, oraz modelująca wzorce konstruktywnego radzenia sobie z sytuacją. Może to być grupa rodzinna, przyjacielsko-sąsiedzka, religijna, stowarzyszenie rodziców dzieci o podobnym typie zaburzeń, ale niekoniecznie chodzi tu o grupę złożoną z ludzi niepełnosprawnych. Usprawnienia techniczne ułatwiające życie. W pracy rehabilitacyjnej, a także w opiece nad dziećmi o zaburzonym rozwoju istnieje możliwość kompensacji defektów przez różnego typu urządzenia techniczne. Brak dostępu do tych urządzeń jest bolesny i upokarzający w sytuacji, gdy mogą one znacząco poprawić jakość życia (Kościelska, 1998).

PODSUMOWANIE

Rodziny dzieci upośledzonych umysłowo borykają się z różnego rodzaju negatywnymi uczuciami: lękiem, bólem, cierpieniem, wrogością i żalobą, ale odczuwają też miłość, radość, dumę i szczęście. Uporanie się z traumą upośledzenia zajmuje dużo czasu, bo zazwyczaj kilka lat. Bardzo ważną rolę odgrywa w tym otoczenie społeczne, a także kontak-

ty rodziców między sobą. Rodziny takie mogą podolać obowiązkom wychowania dziecka niepełnosprawnego, jeśli znajdą pomoc i oparcie w dalszej rodzinie, otoczeniu społecznym i specjalistach, którzy z nimi współpracują. Trudna sytuacja, w jakiej się znajdują, może je rozwinąć, natomiast sytuacja zbyt trudna bez pomocy z zewnątrz jest dla rodziny destrukcyjna.

BIBLIOGRAFIA

- Boczar, K. (1980). Rozwój społeczny jednostek upośledzonych umysłowo. W: M. Marek-Rurka (red.), *Wybrane zagadnienia z oligofrenopedagogiki* (s. 37–39). Warszawa- Rembertów: Instytut Kształcenia Nauczycieli i Badań Oświatowych.
- Kościelska, M. (1998). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: PWN.
- Przetacznikowa, M. (1981). *Psychologia wychowawcza*. Warszawa: PWN.
- Stawowy-Wojnarowska, I. (1989). *Podstawy kształcenia specjalnego*. Warszawa: WSiP.
- Wyczęsany, J. (1998). *Oligofrenopedagogika*. Kraków: Impuls.
- Zakrzewska-Manterys, E. (2010). *Upośledzeni umysłowo. Poza granicami człowieczeństwa*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

**AGNIESZKA ŚWIERCZYŃSKA*,
MGR MAŁGORZATA TURSKA****

aswierczynska2@st.swps.edu.pl

*Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej – Wydział Zamiejscowy w Sopocie

**Uniwersytet Śląski w Katowicach

KOMUNIKACJA TRENER–ZAWODNIK. PODSTAWY TEORETYCZNE, PRZEJAWY, MOŻLIWOŚCI INTERWENCJI PSYCHOLOGICZNEJ

RECENZJA

Recenzent: dr Wiesław Baryła

Agnieszka Świerczyńska i Małgorzata Turska w tekście *Komunikacja trener – zawodnik. Podstawy teoretyczne, przejawy, możliwości interwencji psychologicznej* w kompetentny i komunikatywny sposób omawiają rolę sprawnej i skutecznej komunikacji w treningu sportowym. Czynnym zawodnikom i trenerom tekst oferuje ramy teoretyczne pozwalające skrótowo scharakteryzować ich własne doświadczenia komunikacyjne, laikom natomiast przybliża specyfikę relacji trener–zawodnik. Dla jednych i dla drugich cenne będą opisy technik korygujących komunikację oraz wskazówki, jak usprawnić komunikację interpersonalną. Tekst jest krótki, jego przeczytanie zajmie chwilę, ale idee w nim zawarte warte są zapamiętania na zawsze, a więc tym bardziej warty jest przeczytania. Polecam.

STRESZCZENIE

Artykuł ukazuje wagę komunikacji na linii trener-zawodnik, podkreślając jej powiązania z kształtowaniem umiejętności sportowych, satysfakcją sportowców oraz ich poziomem wykonania. Autorki opisują pozytywne i negatywne zachowania komunikacyjne, wymieniając przy tym częste przykłady tych ostatnich. Poruszona zostaje także kwestia powodów stosowania różnych typów zachowań komunikacyjnych. Zaprezentowane zostały również przykłady praktycznych technik, możliwych do zastosowania w celu poprawy komunikacji trener-zawodnik.

Słowa kluczowe: trener, zawodnik, komunikacja, psychologia sportu

Komunikację interpersonalną można zdefiniować w sposób uproszczony jako „wymianę werbalnych i niewerbalnych sygnałów w celu osiągnięcia porozumienia i współdziałania” (Kłodecka-Różalska, Mieńkowska, 1996, s. 65). Nacisk położony w powyższej definicji na aspekt kooperacji podkreśla zasadność poruszania tematyki komunikacji w kontekście relacji trenera sportowego z zawodnikiem. Relacja ta bywa określana jako jeden z czynników decydujących o poziomie wykonania we współczesnym sporcie wyczynowym, a także wywierających wpływ na rozwój zawodników (Philippe, Seiler, 2006). Jak podkreśla A. Tajner, wieloletni trener polskiej kadry skoczków narciarskich, „praca trenera polega na współdziałaniu z innymi osobami. [...]. Trener, który nie potrafi stworzyć atmosfery pracy, odpowiedzialności, samodoskonalenia się i zdrowej rywalizacji, wielkich wyników nie osiągnie” (za: Pac-Pomarnacki, 2003, s. 98).

Powyższa problematyka w empirycznym obszarze psychologii sportu doczekała się należytej uwagi stosunkowo późno – badania jej poświęcone zaczęto prowadzić dopiero w latach 70. ubiegłego stulecia. Przyczyniła się do tego na pewno jej delikatna natura (odnajdujemy tu wszak najgłębiej skrywane myśli i odczucia) oraz duże prawdopodobieństwo występowania wątpliwości natury etycznej, związanych m.in. z kwestią poufności uzyskiwanych informacji (Philippe, Seiler, 2006).

Ważna w sporcie jest nie tylko jakość wytworzonej relacji trener–zawodnik, ale również – co jest w sposób szczególny istotne dla problematyki niniejszego artykułu – jakość komunikacji. Zdaniem K. Burke’a (2005), jasna i precyzyjna komunikacja odgrywa istotną rolę dla przyswajania nowych umiejętności, kształtowania się wysokiej satysfakcji drużyny czy wreszcie dla wyniku zawodów.

Odwołując się do przytoczonej wcześniej definicji komunikacji, w niniejszym artykule poruszona zostanie tematyka werbalnego aspektu porozumiewania się trenera z zawodnikiem. Nie mniej interesujący i ważny, niewerbalny aspekt komunikacji, z uwagi na swą złożoność i obszerność zasługuje na osobną publikację.

ROLA UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH W PRACY TRENERA

Marzanna Herzig (2002) za kluczowe dla skuteczności trenera uważa – poza uwarunkowaniami osobowościowymi – następujące kwestie: umiejętności interpersonalne, umiejętność tłumaczenia i perswazji, sposób informowania zawodnika o błędach oraz kontrolę emocjonalną. Dla problematyki niniejszej pracy najistotniejsze są trzy pierwsze spośród wyżej wymienionych.

Umiejętności interpersonalne obejmują bycie otwartym na emocje, przekonania i wątpliwości własne oraz zawodnika, wrażliwość na różnorodne sygnały wysyłane

przez niego, kierowanie się empatią oraz umiejętność aktywnego słuchania (Herzig, 2002) W ich skład wchodzi również umiejętność rozwiązywania konfliktów, będących zjawiskiem nie do uniknięcia – nie tylko w sporcie, lecz również we wszelkiego rodzaju interakcjach społecznych.

Nie mniej istotne w pracy trenera są umiejętności tłumaczenia i perswazji. Należy zwracać uwagę na to, by stosowane argumenty były dopasowane do preferowanego przez zawodnika kanału odbioru informacji (należy więc określić, czy zawodnik jest wzrokowcem, słuchowcem czy kinestetykiem i później dostosować do tego rodzaj stosowanych argumentów), a także by dotyczyły one obszarów i spraw istotnych dla zawodnika. Trener powinien również wykazywać się sporą dozą cierpliwości (Herzig, 2002). Problematyka informowania zawodnika o błędach zostanie rozwinięta w dalszej części artykułu.

Kwestia komunikacji uwzględniana jest także w innych modelach umiejętności i charakterystyk kluczowych dla efektywnej pracy trenera. Charakteryzowany przez A. Kornspana (2009) pozytywny styl przywództwa w sporcie bazuje na włączaniu zawodnika w proces decyzyjny oraz stosowanie wzmocnień pozytywnych, co ma go doprowadzić do sukcesów. Opisywany z kolei przez Jowett (za: Yang, Jowett, 2012; por. Philippe, Seiler, 2006) tzw. model 3C (nazwa wywiedziona od pierwszej litery nazw trzech jego charakterystyk) – będący jednym z najczęściej przywoływanych modeli relacji trener–zawodnik – uwzględnia następujące składowe: bliskość (*closeness*), wspólna orientacja (*co-orientation*; w niektórych opracowaniach cecha ta jest zastępowana konstruktem zaangażowania – *commitment*) oraz komplementarność (*complementarity*). Druga spośród wymienionych charakterystyk, wspólna orientacja, przejawia się w podobieństwie przekonań, wartości i celów. Jej kształtowanie ułatwia otwarta komunikacja między zawodnikiem a trenerem, uwzględniająca dialog, negocjacje i wspólne podejmowanie decyzji. Do jej ukształtowania potrzebne jest również wzajemne zaufanie i szacunek (Philippe, Seiler, 2006).

POZYTYWNE I NEGATYWNE ZACHOWANIA KOMUNIKACYJNE TRENERA

Powyższe modele ukazywały kluczową rolę komunikacji dla efektywności pracy trenera i jakości jego relacji z zawodnikiem. Naturalnym w tym miejscu wydaje się dokonanie rozróżnienia na dobre i złe zachowania komunikacyjne trenera. Każdy z tych typów będzie rzutował na jakość relacji, odpowiednio podwyższając (w przypadku zachowań pozytywnych) lub obniżając ją (zachowania negatywne). Można zaobserwować w sporcie następujące sytuacje: sportowiec jest przez trenera

krytykowany głośno i na forum publicznym, trener udziela wskazówek technicznych w sposób niejasny, w języku niedopasowanym do wieku zawodnika, udzielane wskazówki są niekonkretne, po czym w sytuacji, gdy zawodnik (nie wiedząc, co dokładnie ma zrobić) nie realizuje zamierzeń trenera, ten ostatni reaguje krzykiem i komunikatami w rodzaju: Niczego się nie nauczyłeś!, trener zasypuje zawodnika masą informacji, z których ten ostatni nie jest w stanie wyłowić najistotniejszych, wygłaszane są wskazówki w formie zaprzeczzonej: nie krzyżuj nóg, nie potknij się, brak informacji zwrotnej od trenera itd.

Powyższe przykłady ukazują złą komunikację trenera z zawodnikiem, jednak nie wyczerpują niestety arsenału złych zachowań komunikacyjnych możliwych do zaobserwowania u wielu trenerów. Bardziej usystematyzowaną typologię zachowań komunikacyjnych obserwowalnych w sytuacji zawodów można przytoczyć w oparciu o narzędzie, które w swych badaniach zastosowali Walters ze współpracownikami (2012). Skala została wykorzystana do obserwacji zachowań trenerów w trakcie meczów/rozgrywek. Typy zachowań wyodrębnionych na jej podstawie przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Typy zachowań komunikacyjnych trenera w sytuacji startu (Walters, Schluter, Oldham, Thomson, 2012)

Zachowania pozytywne wzmacnianie (np. dobra robota!)	Zachowania negatywne poprawianie ¹	Zachowania neutralne instrukcje ²
		pytanie bezpośrednie (chcesz zejść z boiska?)
	besztanie	pytanie pośrednie ³
dopingowanie (<i>hustle</i> ; np. dawaj!)	dowcipkowanie (o, świetny strzał! po kompletnie nieudanej próbie)	pytanie retoryczne (co się dziś stało z podaniami?)
	zaprzeczanie sobie samemu (<i>contradicting</i> ; tak, właśnie! Nie, za szybko to zrobiłeś)	społeczne (chodźmy potem na kawę)
		inne

Dokonawszy rozróżnienia na pozytywne i negatywne zachowania komunikacyjne (wskazawszy również te w sytuacji startowej neutralnej), należy w tym miejscu podkreślić, że niektóre spośród zachowań negatywnych mogą stanowić źródło konfliktu,

¹ – komentarz wskazujący, że działanie było złe i powinno zostać wykonane inaczej lub zastąpione innym, który przy tym jest wygłoszony w sposób pozbawiony wsparcia, np. spróbuj strzelić wcześniej

² – nakierowanie co zawodnik ma zrobić, np. zagraj do przodu

³ – pytanie do konkretnego zawodnika, ale niezwiązane z aktualnymi wydarzeniami, np. jak tam twoja praca magisterska?

którego wystąpienie w warunkach startu jest sytuacją wysoce niepożądaną. Dotyczy to zwłaszcza zbyt ostrej krytyki w postaci nieumiejętnego (i nieadekwatnego) przekazywania informacji zwrotnej, słownej agresji oraz emocjonalnych, wybuchowych reakcji (Zapotoczna, 2011).

NIEKTÓRE DETERMINANTY I PRZYCZYNY ZACHOWAŃ KOMUNIKACYJNYCH

W literaturze można odnaleźć wiele czynników, które mogą mieć wpływ na zachowania komunikacyjne trenera. Jednym z nich są obciążenia i związane z nimi stres zawodowy. Herzig (2004) wymienia liczne czynniki działające obciążająco na psychikę trenera, opisywane zarówno na poziomie makro (wyznaczonym przez uwarunkowanie formalno-ekonomiczne i społeczne oczekiwania wobec trenera), jak i mikro (konstytuowanym przez rzeczywistość treningową i startową). Czynnikiem z pierwszego poziomu jest zwłaszcza niepewność losu trenera na stanowisku w danej drużynie czy danym klubie. Z kolei przykładowymi czynnikami obciążającymi z poziomu mikro są: konieczność ciągłego podejmowania decyzji, prowadzenia dokumentacji, codzienne drobne konflikty z zawodnikami na tle np. kwestii punktualności i rzetelności w wypełnianiu poleceń, zmęczenie fizyczne i psychiczne – tak zawodnika, jak i własne itd. Jak podkreśla cytowana autorka, obciążenia te przekładają się na określone stany psychiczne (m.in. poczucie przeciążenia, napięcie wewnętrzne, lęk), z których z kolei wynikają różnorodne zachowania trenera, odbierane przez zawodników jako negatywne: „zbyt częste okazywanie niezadowolenia, reakcje emocjonalne niewspółmiernie silne do sytuacji lub wydarzenia, podejrzliwość, oskarżanie, pretensje, powodowanie konfliktów, brak wrażliwości (np. na złe samopoczucie zawodnika), minimalizowanie kontaktów, ostry styl komunikowania się, [...] niewłaściwe reakcje na błędy zawodnika” itd. (Herzig, 2004, s. 18).

Innym czynnikiem wpływającym na sposób komunikacji trenera z zawodnikiem są oczekiwania tego pierwszego. Warto w tym miejscu wprowadzić pojęcie efektu Pigmaliona. Odnosi się ono do samospełniającego proroctwa w kontekście pracy pedagogicznej (Sas-Nowosielski, 2006). Oczekiwania żywione przez pedagoga (w tym przypadku trenera) wobec danego zawodnika wpływają na jakość i ilość interakcji z nim, co z kolei ma wpływ na poziom aspiracji, spostrzeganie siebie i możliwości uczenia się przez zawodnika i ostatecznie skutkuje zachowaniami potwierdzającymi oczekiwania trenera. Zawodnikom, wobec których trener żywi niskie oczekiwania, dostarcza często „uboższej, bardziej ogólnikowej, informacji zwrotnej, z negatywnym nierzadko tłem emocjonalnym (dominacją krytyki i podkreślaniem przede wszystkim tego, co zawodnik robi źle, z wyrażaniem oznak niezadowolenia, irytacji,

znieczierpliwienia” (Sas-Nowosielski, 2006, s. 58). W przypadku zawodników, pod adresem których trener żywi wysokie oczekiwanie, kształtuje się przeciwna prawidłowość: „sprzężenie zwrotne jest zwykle bardziej różnorodne, treściwe i częstsze, błędy są częściej korygowane niż *krytykowane*” (Sas-Nowosielski, 2006, s. 58–59). Warto w tym miejscu zaznaczyć, że – jak pokazują badania – na powyższy wzorzec nie ma wpływu staż trenerski.

Z badań opisywanych z kolei przez Walters i in. (2012) wyłania się kolejna ciekawa prawidłowość. U trenerów rysują się mianowicie różnice międzypłciowe pod względem sposobu u tych drugich zaobserwować można więcej instrukcji technicznych.

SPOSOBY KORYGOWANIA ZŁEJ KOMUNIKACJI

Opisawszy przejawy, przyczyny i konsekwencje złych zachowań komunikacyjnych trenera, ostatnia część niniejszego opracowania zostanie poświęcona sposobom optymalizacji komunikacji między trenerem a zawodnikiem. Kłodecka-Różalska i Mieńkowska (1996) wymieniają następujące dyrektywy kluczowe dla konstruktywnego porozumiewania się, pozwalającego m.in. uniknąć presji i manipulacji: nie etykietować (uniknąć sformułowań typu: jesteś za młody, żeby to zrozumieć, nie znasz się na tym, jesteś nieodpowiedzialny), nie uogólniać i nie interpretować (nie nadużywać słów nigdy i zawsze), uważnie koncentrować się na zawodniku/zespole, mówić wprost i otwarcie wyrażać swoje potrzeby, uczucia i propozycje.

Respektowanie powyższych dyrektyw usprawni przebieg komunikacji, zniweluje negatywne odczucia drugiej strony oraz może doprowadzić do poprawy relacji trener–zawodnik. Cytowane autorki (Kłodecka-Różalska, Mieńkowska, 1996) podają również reguły skutecznej krytyki: krytykowanie w taki sposób, aby nie słyszał tego nikt postronny; rozpoczynanie krytyki od miłego słowa czy komplementu; krytyka czegoś, a nie kogoś (postępowania/rozwiązania, a nie osoby); przedstawianie prawidłowego rozwiązania problemu; prośenie o współpracę, a nie żądanie jej; jedna nieprawidłowość – jedna krytyka (unikanie powtarzania krytyki); kończenie krytyki przyjazną nutą.

Powyższe postulaty zgodne są z tzw. modelem kanapki (Kornspan, 2009) który obrazowo ilustruje konieczność opakowania sugestii zmiany sposobu wykonania czynności uwagami pozytywnymi czy komplementami. Innym często stosowanym sposobem wprowadzania informacji korygujących jest tzw. podejście IDEA: wprowadzenie (*introduce*) i demonstracja (*demonstrate*) umiejętności, po czym następuje jej wyjaśnienie (*explain*) i obserwacja jej wykonania (*attend*).

Techniką stosowaną przez amerykańskiego psychologa sportu Burke’a (2005) w celu umożliwienia otwartej komunikacji w drużynie sportowej jest tzw. technika

byka w ringu (*Bull in the Ring*). Podczas ćwiczenia drużyna siedzi w kręgu, pośrodku którego stawiane jest dodatkowe krzesło. W pierwszej części ćwiczenia na dodatkowym krześle kładzie się jakiś przedmiot mający reprezentować drużynę, np. maskotkę. Zawodnicy mają kolejno, patrząc na przedmiot, wygłosić jedną negatywną, lecz przy tym konstruktywną uwagę pod adresem drużyny, w sposób szczery, swobodny i bez nadmiernego uzasadniania. Następnie zadaniem jest wygłoszenie pod adresem drużyny uwagi pozytywnej. Drugim krokiem jest usadzanie na miejscu w środku kręgu kolejno każdego członka drużyny (osoba staje się wtedy bykiem), po czym następuje analogiczna procedura wygłaszania jednej uwagi pozytywnej i jednej negatywnej (z możliwością indywidualnego wyboru, czy chce się najpierw usłyszeć pozytywną czy negatywną). Trzeba przy tym patrzeć bykowi prosto w oczy. Po zakończeniu ćwiczenia następuje jego dokładne omówienie. Zawodnicy powinni również mieć możliwość przedyskutowania poruszanych kwestii wraz ze swymi reakcjami podczas indywidualnej sesji z psychologiem. Burke zaznacza przy tym, że stosuje to ćwiczenie jedynie w przypadku drużyn, w których większość członków jest przynajmniej od roku lub przez jeden sezon.

PODSUMOWANIE

Komunikacja interpersonalna odgrywa kluczową rolę w życiu człowieka we wszystkich jego dziedzinach, nic więc dziwnego, że ujmowanie tej tematyki w kontekście sportu jest w literaturze zjawiskiem częstym. Niniejszy artykuł nie stanowi wyczerpującego kompendium wiedzy na temat porozumiewania się trenera z zawodnikiem – nie takie jednak miało być jego zadanie. Stanowi on raczej przewodnik po tej tematyce, ukazujący jak trener powinien (i jak nie powinien) się ze sportowcem komunikować i jaką rolę może odegrać psycholog w ułatwianiu mu wędrówki po tej wyboistej ścieżce.

BIBLIOGRAFIA

- Burke, K. (2005). But coach doesn't understand: Dealing with team communication quagmires. W: M. Andersen (red.), *Sport psychology in practice* (s. 45–59). Champaign: Human Kinetics.
- Herzig, M. (2002). Psychologiczne uwarunkowania i umiejętności a skuteczność pracy trenera. *Sport Wyczynowy*, 5–6, 23–31.
- Herzig, M. (2004). Trener–zawodnik–psycholog. *Sport Wyczynowy*, 7–8, 13–19.

- Kłodecka-Różalska, J., Mieñkowska, B. (1996). Komunikacja interpersonalna – budowanie porozumienia z zawodnikami. W: J. Kłodecka-Różalska (red.), *Przekraczanie umysłem możliwości ciała* (s. 65–71). Warszawa: COS.
- Kornspan, A. (2009). *Foundamentals of sport and exercise psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Pac-Pomarnacki, A. (2003). Zdolności kooperacyjne – nowa dyspozycja trenera. *Sport Wyczynowy*, 3–4, 91–99.
- Philippe, R., Seiler, R. (2006). Closeness, co-orientation and complementarity in coach-athlete relationships: What male swimmers say about their male coaches. *Psychology of Sport and Exercise*, 7, 159–171.
- Sas-Nowosielski, K. (2006). Efekt Pigmaliona – implikacje dla pracy trenera. *Sport Wyczynowy*, 1–2, 54–63.
- Walters, S., Schluter, P., Oldham, A., Thomson, R., Payne, D. (2012). The sideline behaviour of coaches at children's team sports games. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 208–215.
- Yang, S., Jowett, S. (2012). Psychometric properties of the Coach-Athlete Relationship Questionnaire (CART-Q) in seven countries. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 36–43.
- Zapotoczna, D. (2011). Konflikty w sporcie. *Magazyn Trenera*, 8, 5–7.

AGATA MATUSZEWSKA

agatamatuszewska@o2.pl

Uniwersytet Łódzki

EMPLOYER BRANDING — NOWY TREND W OBSZARZE HR

RECENZJA

Recenzent: dr Katarzyna Biegańska

Autorka podejmuje w artykule zagadnienie *Employer Brandingu* (EB). Pojęcie to w wolnym przekładzie oznacza budowanie wizerunku pracodawcy. Jest to nowe zjawisko i na polskim rynku nie są dostępne liczne jego opracowania bibliograficzne. Jednak wiele firm praktykuje *employer branding*, a źródła internetowe przedstawiają przykłady takich działań.

Autorka w swoim artykule dokonała podstawowej charakterystyki zjawiska EB. Czytelnik może zatem zapoznać się z definicją, celami i narzędziami, a także z podstawowym podziałem na EB wewnętrzny i EB zewnętrzny. Odniesienie EB do działania pokrewnego, jakim jest marketing personalny, stanowi dodatkową wartość, gdyż pomaga Czytelnikowi osadzić nowy trend (EB) w szerszym kontekście działań służących budowaniu przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstw. Autorka zwraca również uwagę na pokoleniowe charakterystyki potencjalnych odbiorców działań typu EB, co stanowi bardzo dobre uzupełnienie opisu wybranego zjawiska i podkreśla jego aktualność.

Artykuł jest napisany w sposób ułatwiający Czytelnikowi jego zrozumienie. Treści są prezentowane w sposób uporządkowany. Teoretyczne charakterystyki zostały zobrazowane przykładami praktyk, co zachęca do dalszej analizy prezentowanego zagadnienia. Autorka powołuje się na aktualne i różnorodne źródła informacji o EB, a sposób ich przedstawiania wskazuje na bardzo dobrą znajomość tematu.

Podsumowując, artykuł A. Matuszewskiej posiada walory, które uzasadniają jego publikację.

Obecność firm na targach pracy, coraz liczniejsze strony typu funpage na Facebooku, filmy korporacyjne z pracownikami, tzw. programy ambasadorskie – to tylko niektóre przykłady działań rozszerzającego się od kilku lat nowego trendu w HR, *employer branding*. Zyskuje on na znaczeniu przede wszystkim wśród zagranicznych korporacji, jednak również polskie firmy stopniowo przykładają wagę do budowania wizerunku pracodawcy.

Artykuł prezentuje ideę *employer branding*, jego genezę, a także podział EB na ten skierowany do wewnątrz i na zewnątrz organizacji. Zaprezentowane zostaną również przykłady działań w tym zakresie stosowanych przez przedsiębiorstwa. Artykuł odnosi się również do charakterystyki grup docelowych, do których kierowane są konkretne działania. Odnosi także *employer branding* do pojęcia marketingu personalnego, porównując ze sobą zakres ich działań.

Słowa kluczowe: *employer branding*, budowanie wizerunku pracodawcy, pracodawca z wyboru

Nazwa *employer branding* (EB) nie ma dokładnego polskiego odpowiednika, jednak najczęściej tłumaczona jest jako budowanie wizerunku pracodawcy (Kozłowski, 2012). Kozłowski (2012) przyjmuje następującą definicję *employer branding*: „wszystkie działania, jakie podejmuje organizacja, skierowane do obecnych oraz potencjalnych pracowników, mające na celu budowanie jej wizerunku jako atrakcyjnego pracodawcy, a także wspierające jej strategiczne cele biznesowe” (s. 14). Ogólnie EB można podzielić na wewnętrzny – skierowany do pracowników firmy i zewnętrzny – adresowany do osób potencjalnie zainteresowanych pracą w danej organizacji. Idea *employer branding* opiera się na założeniu, że firma jako pracodawca, traktowana jest jako produkt, który należy sprzedawać. Trend ten jest szczególnie widoczny, gdy prześledzimy oferty rekrutacyjne dużych organizacji. Coraz częściej przypominają one przemysłowe ogłoszenia reklamowe, zachęcające do wzięcia udziału w procesie rekrutacyjnym. Przykładem może być tu firma Infosys, której ogłoszenia zawierają animację oraz informacje o nagrodach dla firmy. Ciekawe rozwiązanie wprowadziła również KPMG, gdzie na profilu firmy na stronie pracuj.pl, kandydaci mogą zadawać przedstawicielom organizacji pytania dotyczące pracy i rekrutacji. Niebanalne ogłoszenia można również spotkać przy rekrutacjach do firm Nordea czy mBank. Co więcej, zgodnie z zasadą, iż najlepszą wizytówką firmy są jej pracownicy, przedsiębiorstwa dbają również o już zatrudnione kadry, oferując np. karnety na basen lub organizując rodzinne pikniki.

Działania *employer branding* wiążą się oczywiście z wysokimi kosztami dodatkowymi. Dlaczego zatem firmy decydują się na ich ponoszenie? Aby odpowiedzieć na to pytanie, najpierw warto rozróżnić dwa kluczowe w tej sprawie pojęcia: rynek pracodawcy i rynek pracownika. Rynek pracodawcy występuje najczęściej przy dość wysokim bezrobociu, gdy stosunkowo łatwo jest pozyskać pracownika przy relatywnie niskich kosztach. W tej sytuacji to pracodawcy dyktują warunki na rynku, gdyż mogą oni przebierać w dużej liczbie aplikacje na stanowiska w swojej firmie. Odwrotną sytuacją jest rynek pracownika, towarzyszący niższej stopie bezrobocia. Wówczas relatywnie trudniej jest organizacji pozyskać pracownika i musi ona liczyć się z wyższymi kosztami procesu rekrutacji. Idea *employer branding* związana jest oczywiście z tą ostatnią sytuacją, gdy firmy chcąc wyjść naprzeciw możliwym problemom rekrutacyjnym, starają się jak najlepiej wypromować własną organizację jako najlepsze miejsce pracy (Kozłowski, 2012).

Co więcej, jak przekonuje Leary-Joyce (2007), pracownicy danej organizacji stanowią jedyną wartość, której konkurencyjne firmy nie są w stanie powielić. Ludzie stanowią trwałą i wyjątkową przewagę nad innymi przedsiębiorstwami, zwłaszcza w sytuacji, gdy firma stwarza im optymalne warunki do wykorzystania własnych zdolności. Autorka przekonuje, iż budowanie wizerunku pracodawcy z wyboru

wpływa pozytywnie na wiele istotnych aspektów funkcjonowania przedsiębiorstwa, m.in. usprawnia procesy rekrutacyjne, zachęcając większą ilość kandydatów do aplikowania, zwiększa retencję pracowników, wpływa na wysoki poziom innowacyjności i kreatywności.

ODBIORCY DZIAŁAŃ *EMPLOYER BRANDING*

Planując działania *employer branding*, warto pamiętać również o dostosowaniu ich do danej grupy docelowej, do której firma kieruje swój przekaz. Grupy docelowe mogą być rozpatrywane ze względu na wiele kryteriów dotyczących ich doświadczenia i kwalifikacji, można na nie spojrzeć również w sposób bardziej globalny, analizując charakterystykę całych pokoleń (Kozłowski, 2012). Kozłowski argumentuje taką rolę tego typu podejścia faktem, iż niezwykle istotna dla komunikacji jest próba zrozumienia kontekstu kulturowego i sposobu myślenia danych grup. Marston (za: Kozłowski, 2012) wyróżnia podział na cztery pokolenia: *mature*, *baby boomers*, generacja X oraz generacja Y.

Pokolenie *mature* (dojrzały) to osoby urodzone przed II wojną światową. Pracownicy ci charakteryzują się dobrą organizacją, zdyscyplinowaniem, ale też niskim poziomem kreatywności. Obecnie większość z nich nie jest już aktywna zawodowo; stanowią około 5% ogółu pracowników (Kołodziejczyk, 2012). Kolejne pokolenie – *baby boomers* – stanowią osoby urodzone w czasach wyżu demograficznego, trwającego od końca II wojny światowej do połowy lat 60. XX wieku (Dobrodziej, 2012). Pracownicy ci charakteryzują się wytrwałością, skłonnością do ciężkiej pracy i gotowością do poświęcenia życia prywatnego na rzecz sfery zawodowej. Obawiają się utraty pracy, a główny motywator stanowi dla nich wynagrodzenie finansowe (Kołodziejczyk, 2012). Następną generację stanowi pokolenie X, określane jako urodzone w latach 1965–1979. Również ta grupa nie stornuje od ciężkiej pracy i pracowania po godzinach. Charakteryzuje ich również poczucie autorytetu względem przełożonego. Nieco inne cechy posiada z kolei pokolenie Y. Chciałabym bliżej scharakteryzować tę ostatnią grupę, szeroko opisywaną w literaturze w ostatnich latach.

Pokolenie Y (zwane również Generacją Y lub Pokoleniem Millenium) są to ludzie urodzeni między późnymi latami 70. a połową lat 90. Nie jest to jednak data urodzenia, która warunkuje przynależność do tej generacji, ale przede wszystkim środowisko, w jakim ci ludzie się wychowywali. Charakterystyczne dla tego pokolenia jest to, że nie różni się znacząco między sobą w obrębie większości krajów. Spowodowane jest to możliwością łatwego porozumiewania się, przede wszystkim za sprawą Internetu i rozbudowanej sieci komunikacyjnej. Elementy te są częścią

systemu wartości przedstawicieli tego pokolenia. Za pomocą tych nowoczesnych narzędzi pokolenie Y komunikuje się ze sobą, przekazując opinie i wyobrażenia na temat świata.

Przedstawiciel pokolenia Y w sytuacji zawodowej charakteryzuje się następującymi cechami: jest zorientowany zadaniowo; oczekuje krótkoterminowych celów oraz wyzwań; oczekuje znajomości sensu pracy oraz otrzymywania częstego *feedbacku*; lubi *multitasking*; dąży do eliminacji rutyny w pracy; jest nastawiony na ciągły rozwój i doksztalcenie, mimo iż jest bardzo dobrze wykształcony; ma większą wydajność w porównaniu do innych pracowników; lubi pracować zdalnie; jest mobilny; umie pracować przy użyciu nowoczesnych technologii; jest indywidualistą; oczekuje jasnej ścieżki kariery, możliwości częstych awansów, rozszerzania zakresu obowiązków; ceni sobie życie prywatne, zachowanie *work-life balance* oraz elastyczny czas pracy; ma niewygórowane oczekiwania finansowe (Gierasimiuk, 2012).

Cechy te tworzą klarowny obraz przedstawiciela pokolenia Y, jego potrzeb, oczekiwań i preferencji w życiu zawodowym. Istotne jest zatem, aby działania *employer branding* skierowane do tej konkretnej grupy uwzględniały jego charakterystykę. Pozwoli to na zwiększenie skuteczności przekazu, a docelowo również na efektywniejsze budowanie wizerunku pracodawcy wśród przedstawicieli tej grupy. Można odnieść wrażenie, iż firmy zwracają uwagę na aspekt różnych potrzeb prezentowanych przez różne grupy odbiorców. Mogą o tym świadczyć np. oddzielne komunikaty w zakładce Kariera na stronach internetowych firm, przeznaczone dla różnych grup odbiorców.

WEWNĘTRZNY EMPLOYER BRANDING

Działania *employer branding* możemy podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne, ze względu na grupę odbiorców, do których są kierowane. Wewnętrzny *employer branding* skierowany jest do osób już zatrudnionych w danej organizacji. Jego nadzrędnym celem jest wzrost efektywności pracowników poprzez inicjatywy zmierzające do poprawy warunków pracy oraz ukazania korzyści płynących z zatrudnienia w danej firmie (Kozłowski, 2012).

Kozłowski (2012) dostrzega pewne powiązania pomiędzy wewnętrznym *employer brandingiem* a pojęciem marketingu personalnego. Marketing personalny, nazywany również kadrowym, jest definiowany jako „całokształt działań wewnętrznych i zewnętrznych firmy związanych z zarządzaniem społecznym potencjałem organizacji, kształtowaniem jego wielkości i struktury oraz doskonaleniem dzięki tworzeniu korzystnych warunków dla angażowania się pracowników w działalność przedsiębiorstwa

biorstwa i podnoszenie jego efektywności rynkowej oraz pozyskiwaniu właściwych pracowników z rynku pracy” (Penc., za: Baruk, 2006, s.239). Warto zauważyć, iż definicja ta, podobnie jak podział *employer branding* na zewnętrzny i wewnętrzny, również rozróżnia działania wewnątrz i na zewnątrz organizacji.

Zarówno w przypadku wewnętrznego *employer branding*, jak i marketingu personalnego, pracownik traktowany jest jako podmiot, nabywca inicjatyw firmy i odbiorca jej działań. Baruk (2006) podkreśla, iż takie podejście pozwala stworzyć dwustronne relacje pomiędzy firmą a pracownikami. Autorka formułuje również tezę, iż jedynie pracownicy odczuwający silną emocjonalną więź z organizacją mogą w pełni wykorzystywać swój potencjał i być bardziej efektywni w swoich zadaniach.

Istnieje szereg narzędzi pozwalających realizować wewnętrzny *employer branding*. Kozłowski (2012) wymienia tutaj następujące elementy: komunikacja wewnętrzna, ścieżki kariery, szkolenia, system okresowych ocen pracowniczych, badania satysfakcji, motywatory płacowe i pozapłacowe, działania integrujące pracowników, system wartości, działania z zakresu CSR wobec pracowników

Warto zauważyć, iż Baruk (2006) opisując działania wewnętrznego marketingu personalnego, uwzględnia podobne inicjatywy, dodając również działania *public relations* oraz system wewnętrznej rekrutacji. Jest to kolejny argument popierający tezę, iż istnieje wiele cech wspólnych pomiędzy *employer brandingiem* a marketingiem personalnym.

ZEWNĘTRZNY EMPLOYER BRANDING

W odróżnieniu od działań adresowanych do pracowników firmy, zewnętrzny *employer branding* kierowany jest do środowiska spoza organizacji, do potencjalnych pracowników firmy. Jego efektem są wszelkie informacje, opinie, jakie potencjalny kandydat może usłyszeć o firmie.

W zakresie zewnętrznego *employer branding* można wyróżnić dwie kategorie działań: wizerunkową i rekrutacyjną. Inicjatywy wizerunkowe służą zwiększeniu świadomości odbiorców na temat przedsiębiorstwa oraz korzyści płynących z zatrudnienia w nim. Tutaj organizacje mogą promować benefity przysługujące jej pracownikom, główne wartości czy też działania w obszarze społecznej odpowiedzialności biznesu. Działania wizerunkowe prowadzone są zazwyczaj na dużą skalę, a ich zadaniem jest dotarcie do jak największej grupy odbiorców. Z kolei działania rekrutacyjne związane są oczywiście z aktualnie prowadzonymi procesami rekrutacyjnymi. Ich celem jest dotarcie do wartościowych kandydatów i skłonienie do aplikacji na dane stanowisko. Działania rekrutacyjne prowadzone są zazwyczaj na mniejszą skalę i służą dotarciu

do wybranej grupy odbiorców, odpowiadającej oczekiwaniom wobec kandydatów na dane stanowisko. Warto zauważyć również, iż działania wizerunkowe i rekrutacyjne przeplatają się między sobą, stąd istotne jest, aby wszelkie działania podejmowane w ramach zewnętrznego *employer branding* były zbieżne ze sobą i oparte na podstawach wspólnej strategii (Kozłowski, 2012).

Podobne zadania do zewnętrznego *employer branding* podejmowane są również w ramach zewnętrznego marketingu personalnego. Baruk (2006) wymienia tutaj trzy grupy działań. Pierwszą z nich jest budowanie wizerunku firmy jako pracodawcy, co odpowiada wizerunkowej kategorii *employer branding* wymienianej przez Kozłowskiego (2012). Druga grupa dotyczy zewnętrznego rekrutacji, jest więc odpowiednikiem kategorii rekrutacyjnej *employer branding*. Z kolei trzecia grupa wymieniana przez Baruk to komunikacja zewnętrzna pomiędzy firmą a potencjalnymi pracownikami. Grupa ta stanowi niejako nadrzędną kategorię zewnętrznego *employer branding*.

Narzędzia stosowane w zewnętrznym *employer branding* skupiają się głównie wokół dwóch zagadnień: wykorzystania nowoczesnych technologii oraz marketingu szeptanego. Użycie najnowszych zdobyczy technologicznych dla celów budowania marki pracodawcy rozpoczyna się od atrakcyjnej i czytelnej strony internetowej firmy, zwłaszcza zakładki dotyczącej kariery i możliwości współpracy w danej firmie. Organizacje oprócz umieszczania aktualnych ofert pracy, często zamieszczają również informacje dotyczące wartości przyswiecających danej firmie, wskazówek dotyczących przygotowania do rozmowy kwalifikacyjnej czy opisu procesu rekrutacji. Warto zauważyć, iż zakładki dotyczące kariery często zawierają również sekcje skierowane do studentów lub/i absolwentów, gdzie opisane są możliwości zdobycia pierwszych doświadczeń zawodowych poprzez np. praktyki, staże czy programy rozwojowe. Fakt ten może świadczyć o tym, iż ta grupa docelowa stanowi ważne środowisko dla pracodawców, stąd formuła umieszczenia treści skierowanych konkretnie do tej właśnie grupy. Ponadto wyodrębnienie wiadomości przeznaczonych dla studentów i absolwentów może również stanowić próbę dopasowania treści i formy przekazu do konkretnych odbiorców. Wówczas jeszcze większe znaczenie nabiera kwestia poznania charakterystyki na przykład generacji Y dla odpowiedniego dopasowania umieszczanych treści.

W artykule *Strony karierowe* (2011) wskazują na kilka istotnych elementów takich działań. Po pierwsze podkreślają, iż ważne jest zastanowienie się nad celami istnienia takiej strony dla potrzeb firmy, w zależności od jej wielkości i zakresu działań. Wskazują również na konieczność wykazania się specyficznymi elementami odróżniającymi daną firmę od innych, jej wizerunku, wartości, oferty dla potencjalnych kandydatów. Ponadto ważny jest również dobór formy i treści do grupy docelowej, do której kierowana jest strona.

Rozbudowana podstrona dotycząca możliwości pracy w danej firmie jest jednym z podstawowych narzędzi *employer branding*, dlatego istnieje wiele dobrych przykładów takich działań. Na potrzeby niniejszego artykułu chciałabym przywołać kilka z nich. Pierwszym z nich jest strona banku Citi Handlowy, na której oprócz informacji o nagrodach i wyróżnieniach zdobytych przez firmę, znajdziemy również opis poszczególnych placówek oraz wartości przyświecające organizacji. Warto też zwrócić uwagę na zamieszczone na stronie wypowiedzi pracowników poszczególnych oddziałów, którzy opowiadają o swojej codziennej pracy i karierze w Citi Handlowym. Zakładka Kariera zawiera również szeroki opis dotyczący narzędzi rozwojowych dla pracowników oraz informacje na temat systemu wynagradzania i benefitów. Występują tutaj również wspomniany wcześniej podział na wiadomości przeznaczone dla studentów i profesjonalistów. Interesujący jest fakt, iż podstrona skierowana do studentów jest znacznie bardziej rozbudowana niż ta dla osób z większym doświadczeniem. Treści w zakładce dla studentów zawierają rozbudowane opisy programów rozwojowych wraz z opisem wymagań oraz korzyści płynących z udziału w nich. Ponadto zakładka Kariera zawiera również wyszukiwarkę aktualnych ofert pracy, a także porady dotyczące przygotowania do procesu rekrutacyjnego. Warto również wspomnieć, iż Citi Handlowy często korzysta z filmów korporacyjnych, zamieszczonych na stronie banku oraz na własnym kanale na portalu YouTube.

Kolejnym przykładem jest również strona firmy z branży finansowej – ING Bank Śląski. W zakładce Kariera przygotowano treści dla studentów i absolwentów oraz profesjonalistów, a także wyodrębniono osobną sekcję o nazwie Kariera w sieci sprzedaży. Opisano w nich możliwości rozwoju zawodowego, przebieg procesu rekrutacji, a także umieszczono najczęściej zadawane pytania wraz z odpowiedziami. Na uwagę zasługuje dodatkowy podział dla kandydatów zainteresowanych karierą w sieci sprzedaży, gdzie wyodrębniono pracę w klientem indywidualnym, biznesowym, a także możliwości współpracy dla osób posiadających własną działalność gospodarczą. Może to świadczyć o szczegółowym dopasowaniu oferty i jej treści do poszczególnych grup odbiorców. Podobnie jak w przypadku Citi Handlowego, również ING oferuje studentom i absolwentom szeroką ofertę współpracy. W sekcji tej znajdziemy szczegółowy opis programów rozwojowych, ich przebieg, sposób rekrutacji, a także opinie uczestników. Zakładka Kariera zawiera również szeroką sekcję pod nazwą *Dlaczego my?*, prezentującą korzyści wynikające z podjęcia współpracy z bankiem. Oprócz standardowego wskazania możliwości rozwoju pracowników oraz benefitów, na uwagę zasługują sekcje poświęcone atmosferze w pracy oraz zachowaniem równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym.

Dobre praktyki w zakresie efektywnego wykorzystania zakładki Kariera można odnaleźć również w branży IT. Tutaj za przykład może służyć firma Sii sp. z o.o.

(Sii, 2011). Oprócz bogatego opisu korzyści wynikających z pracy w organizacji oraz konkretnie wyszczególnionych możliwości rozwoju, znajdziemy tu również szczegółowy opis procesu rekrutacji. Uwagę zwraca także rozbudowana sekcja odpowiedzi na najczęściej zadawane przez Kandydatów pytania. Podobnie jak inne przedsiębiorstwa, firma Sii wyróżniła treści przeznaczone dla studentów, opisując szczegółowo projekt przeznaczony dla tej grupy docelowej oraz prezentując wypowiedzi jego uczestników. Oprócz powszechnej wyszukiwarki ofert pracy w firmie, w zakładce Kariera znajduje się również sekcja zatytułowana Po godzinach, gdzie w mniej formalny sposób przedstawione są różnorodne imprezy integracyjne, grupy sportowe i tematyczne, a także nagranie z weekendu integracyjnego pracowników.

Warto również wspomnieć o stronie internetowej poświęconej pracy w firmie Mars Polska. Obok tradycyjnych zakładki dotyczących wyszukiwania aktualnych ofert pracy, poradnika rekrutacyjnego czy sekcji skierowanych do studentów i absolwentów oraz profesjonalistów, na stronie znajdziemy wiele informacji poświęconych kulturze organizacyjnej. Zostały tutaj umieszczone wiadomości na temat zasad panujących w firmie oraz tzw. koncepcji współpracownika. Pomocna dla potencjalnych kandydatów może być również zakładka opisująca poszczególne działy w korporacji i zakres ich zadań. Dodatkowo firma wiele uwagi poświęca koncepcji rozwoju swoich pracowników; szczegółowo opisuje również kwestie związane z wynagrodzeniem i benefitami.

Kolejnym elementem wykorzystującym nowoczesne technologie jako narzędzie zewnętrznego *employer branding* jest korzystanie z tzw. *social media* w postaci tworzenia profili firm na portalach społecznościowych. Zamieszczane są tam bieżące informacje na temat wydarzeń w organizacji, ciekawostki z życia firmy czy filmy korporacyjne przedstawiające pracę w przedsiębiorstwie i pracowników podczas wykonywania codziennych zadań. Nierzadko organizowane są również konkursy dla fanów profilu. Prym wśród portali społecznościowych wiedzie bezsprzecznie Facebook. Nagraba i Zajac (2012) w raporcie „*Profile HRowe na Facebooku*” wymieniają trzy główne funkcje takich profili: *employer branding* zewnętrzny, wewnętrzny oraz rekrutacja. Funkcja zewnętrznego *employer branding* jest wyraźnie widoczna w profilach firm konsultingowych, których adresatami są studenci i absolwenci. Raport wskazuje również trzy główne kategorie wiadomości zamieszczanych na profilach przez ich twórców; są to informacje z życia firmy, różnorodne ciekawostki oraz posty dotyczące kariery w organizacji. Wśród firm aktywnie prowadzących swoje profile na Facebooku warto wymienić: Mars Polska (2012), Unilever, Nutricia (profil NUTRIsfera), Danone (Praca@Danone), Deloitte (2012).

Warto również wspomnieć o portalu GoldenLine, który z założenia przeznaczony jest do tworzenia sieci kontaktów zawodowych. Umożliwia on przeglądanie

profilu użytkowników, zawierających ich dokonania zawodowe; pozwala również tworzyć podstrony poszczególnych firm i oceniać je, a także zamieszczać ogłoszenia rekrutacyjne. W przeciwieństwie jednak do portalu Facebook, GoldenLine posiada bardziej formalny charakter. Profile pracodawców posiadają tu takie firmy, jak: Sonoco Poland, PwC, Nordea Bank Polska S.A., British American Tobacco Polska czy Kompania Piwowarska. Organizacje, oprócz zaprezentowania podstawowych informacji na temat swojej działalności oraz możliwości rozwoju w firmie, mogą zamieszczać na swoim profilu własne wiadomości. Ponadto GoldenLine daje możliwość gromadzenia pracowników danej firmy w zakładce Ludzie.

Druga grupa narzędzi stosowanych w zewnętrznym *employer branding* opiera się na idei marketingu szeptanego. Warto tutaj zwrócić uwagę na coraz popularniejszą ostatnio funkcję tzw. ambasadora danej firmy. Programy ambasadorskie często kierowane są do młodych ludzi, zwłaszcza studentów. Ich zadaniem jest promowanie marki pracodawcy w swoim środowisku, a także pełnienie funkcji łącznika pomiędzy organizacją a uczelnią Ambasadora. Ambasadorowie wspomagają również procesy rekrutacyjne poprzez informowanie innych o aktualnie prowadzonych rekrutacjach. Promują również wydarzenia organizowane przez firmę, np. szkolenia czy dni otwarte. Wspomagają również przedsiębiorstwo przy organizacji targów pracy czy innego rodzaju spotkań ze studentami.

Przykładem organizacji poszukującej ambasadorów może być firma McKinsey&Company. Od kandydatów na to stanowisko firma oczekuje statusu studenta II, III lub IV roku, a także odpowiedzi na pytanie: Dlaczego właśnie Ty jesteś dobrym Kandydatem na stanowisko Ambasadora McKinsey Twojej uczelni? McKinsey stawia przed ambasadorami zadania polegające na docieraniu do najbardziej aktywnych studentów oraz promocji firmy na uczelni. Generalnym celem jest wzrost świadomości studentów na temat organizacji. Firma oferuje swoim ambasadorom m.in. referencje oraz system motywacyjny. Warto zauważyć, iż organizacja ta proponuje wynagrodzenie za pracę na stanowisku ambasadora. Jednak wiele firm poszukuje ambasadorów na zasadach wolontariatu. Nierzadko ambasador otrzymuje pewne pozafinansowe profity swojej działalności, może np. uczestniczyć w szkoleniach organizowanych przez firmę lub też przystępować do procesu rekrutacji z pominięciem pierwszego etapu.

Podsumowując, mimo iż *employer branding* jest stosunkowo nowych zjawiskiem w zakresie HR, ma realną szansę stać się coraz bardziej istotnym obszarem, zwłaszcza w budowaniu długofalowych strategii przedsiębiorstw. Fakt, iż jest to zjawisko interdyscyplinarne, skłania do zainteresowania nim praktyków z różnych dziedzin: HR, PR, marketingu. Ponadto istotną funkcję pełni w nim wykorzystanie nowoczesnych technologii, co również sprzyja rozwojowi tego obszaru. Szczególnie

istotne wydaje się być zagadnienie porównania kosztów ponoszonych przez firmę na działania *employer branding*, a ich efektywnością i realną korzyścią dla firmy.

BIBLIOGRAFIA

- Baruk, A. I. (2006). *Marketing personalny jako instrument kreowania wizerunku firmy*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Dobrodziej, P. (2012, 12 maja). *Słownik badawczy*. Pobrane z: <http://dobrebadania.pl/slownikbadawczy.html?b=baza&szczegolowo=955>.
- Gierasimiuk, M. (2012, 12 maja). *Generacja Y na rynku pracy. Przegląd narzędzi ich wynagradzania*. Pobrane z: <http://employerbrandingclub.com/generacja-y-na-ryнку-pracy-przegląd-narzędzi-ich-wynagradzania.html>.
- Deloitte. (2012). *Kariera w Deloitte (Polska)*. Pobrane z: <https://www.facebook.com/KarierawDeloitte>.
- Kołodziejczyk, R. (2012, 12 maja). *4 pokolenia pracowników we współczesnej organizacji*. Pobrane z: <http://hrstandard.pl/2011/02/02/4-pokolenia-pracownikow-we-wspolczesnej-organizacji/>.
- Kozłowski, M. (2012). *Employer branding – budowanie wizerunku pracodawcy krok po kroku*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Leary-Joyce, J. (2007). *Budowanie wizerunku pracodawcy z wyboru*. Kraków: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Mars Polska. (2012, 21 listopada). *Ludzie z Marsa*. Pobrane z: <http://www.facebook.com/ludziemarsa?ref=ts>.
- Nagraba, M., Zając, J. (2011). *Profile HRowe na Facebooku*. Warszawa: SmartNet Research&Solutions.
- Sii, Ścieżki kariery. (2011). Pobrane z: <http://pl.sii.eu/pl/kariera>.
- Strony karierowe vol. 1*. (2011, 21 listopada). Pobrane z: <http://www.employerbranding.pl/2011/11/strony-karierowe-vol-1.html>.

ANETA BRUSIK

anetabrusik@wp.pl

Wyższa Szkoła Handlowa w Radomiu

PSYCHOLOGIA KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ, CZYLI JAK ZNAJOMOŚĆ LUDZKICH CHARAKTERÓW POMAGA W ZARZĄDZANIU

RECENZJA

Recenzent: dr Agnieszka Sadowska

Autorem recenzowanego artykułu jest A. Brusik, studentka administracji w Wyższej Szkole Handlowej w Radomiu. Tytuł artykułu *Psychologia kadry zarządzającej czyli jak znajomość ludzkich charakterów pomaga w zarządzaniu*. Artykuł zawiera 40384 znaków ze spacjami i przypisami. Struktura pracy jest poprawna. Na uwagę zasługuje rozpoczęcie przez Autorkę rozważań naukowych od dokładnego omówienia modeli typów psychologicznych, których znajomość ukierunkowuje działania kadry kierowniczej. Następnie Autorka przedstawiła rolę motywowania w aktywizowaniu pracownika do działania. Kontynuując swoje rozważania, Studentka zwróciła uwagę, jak ważna jest praca zespołowa i umiejętność rozwiązywania konfliktów występujących w grupie. Ostatnim zagadnieniem omawianym w niniejszym artykule jest dokładne przedstawienie cech przywódcy.

Autorka bardzo dokładnie ukazała psychologiczne aspekty kadry zarządzającej. Dla lepszego zobrazowania materiału teoretycznego wskazane byłoby odwołanie się do przykładów z życia.

Podjęte przez Studentkę zagadnienie jest niezwykle aktualne, ponieważ obecnie każdy dyrektor szkoły, przedszkola, ośrodka socjoterapeutycznego itd. jest menadżerem swojej placówki

Z artykułem powinni zapoznać się studenci pedagogiki, psychologii, ekonomii, dyrektorzy instytucji oświatowych.

Recenzowany artykuł spełnia wymogi stawiane publikacjom naukowym, dlatego otrzymuje opinię pozytywną.

STRESZCZENIE

Posiadanie rzetelnej wiedzy na temat ludzkiej psychiki, a także najczęściej występujących wzorców ludzkich reakcji pozwala kadrze zarządzającej wypełniać przypisane jej zadania. Jednakże zakres obowiązków i odpowiedzialność kadry zarządzającej stale rośnie. Dzieje się tak, ponieważ dotychczasowy wykonawca poleceń stał się partnerem w realizacji celów biznesowych. Stał się człowiekiem, którego potrzeby dla organizacji są istotne. Nie wystarczy już, aby menedżer przekazał pracownikowi zadanie do wykonania, a następnie kontrolował jego realizację. Menedżer musi rozumieć niektóre reakcje, punkty widzenia, przekonania, sposoby zachowań swoich pracowników.

Słowa kluczowe: menedżer, zarządzanie, znajomość, charakter, pracownik, pomoc, współpraca, efekt, organizacja

Każdy człowiek jest niepowtarzalny. Istnieją jednak teorie, które próbują uporządkować tę różnorodność ludzkich osobowości w układ zmiennych. Dzięki temu ludzkie zachowanie staje się bardziej zrozumiałe i przewidywalne. Najpowszechniejszym i najprostszym przykładem takiego uporządkowania to model czterech typów psychologicznych (von der Heyde, von der Linde, 2009). Podział ten pozwala na wstępną, szybka diagnozę, z kim mamy do czynienia. Im wyższe jest poczucie własnej wartości pracownika, tym chętniej podejmuje on nawet trudne wyzwania i stara się wypełnić powierzone mu zadania. Stąd tak istotne jest wspieranie poczucia własnej wartości pracowników, a także ich rozwoju.

Z całą pewnością jednym z najważniejszych zadań kadry zarządzającej jest motywowanie pracowników do realizowania zadań firmy, ukierunkowanie zaangażowania pracowników na zadania zawodowe, kreowanie możliwości oraz wyzwalanie określonych działań.

Każdy menedżer powinien posiadać wiedzę na temat rozwiązywania konfliktów, jakie bywają powody sporu, co dzieje się w głowach uczestników konfliktu. Ważne jest, aby menedżer potrafił wykorzystać zaistniały konflikt jako impuls do dalszego rozwoju. Współczesny menedżer, aby podołać zadaniom zawodowym związanym z relacjami między ludźmi, musi dysponować określoną wiedzą i umiejętnościami, ale również cechami. Do najważniejszych należą: zdolność motywowania innych, umiejętność przeprowadzania swoich zamiarów, radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych, jak również: umiejętności społeczne, inteligencję, kreatywność, umiejętność rozwiązywania problemów (Witkowski, Listwan, 2008).

MODELE TYPÓW PSYCHOLOGICZNYCH

Istnieje niezliczona liczba teorii na temat ludzkiej osobowości, których ambicją jest scharakteryzowanie człowieka, uporządkowanie jego cech, aby jego zachowanie stało się obliczalne i przewidywalne (von der Heyde, von der Linde, 2009). Najważniejsze dla kadry kierowniczej jest zrozumienie istoty osobowości człowieka z jej indywidualnymi wartościami, nastawieniem, predyspozycjami, sposobami emocjonalnego i społecznego zachowania i wyrażania siebie. Istota polega na wypracowaniu własnych sposobów zachowania i działania poprzez zarządzanie polegające na wczuciu się w różne typy psychologiczne, które reprezentują pracownicy, a także reagowanie na wysyłane sygnały. Model czterech typów służy do sklasyfikowania i przyporządkowania osób według wykazywanych przez nich tendencji w zachowaniu, aby kształtować relacje międzyludzkie w określonym kierunku w celu lepszego zrozumienia siebie i innych, rozpoznania indywidualnych słabych i mocnych

stron, ukierunkowania rozwoju. Model czterech typów psychologicznych jest tylko jedną z wielu możliwości klasyfikowania ludzkich zachowań, który daje się łatwo wprowadzić w życie dla lepszego zrozumienia zasad zarządzania. Poniższy opis czterech typów jest uproszczony po to, by wykazać wyraźniej różnice między nimi. W rzeczywistości każdy człowiek wykazuje w swym zachowaniu cechy w zasadzie każdego typu w zależności od sytuacji i roli, jaką pełni w życiu, czy to prywatnym, czy zawodowym.

Zaganiacz

W relacji z innymi zaganiacz jest zdecydowany, niekiedy agresywny, nastawiony na osiągnięcie celu. Jest rzeczowy i ekstrawertyczny, w swoim działaniu koncentruje się na pytaniu *co*. Uwielbia wyzwania i różnorodne ciekawe działania, natychmiast reaguje na zmiany. Chętnie koryguje wypowiedzi i działania innych osób, jest pewny siebie i niezależny; działa szybko. Cele osiąga najlepiej, gdy ponosi za coś odpowiedzialność, chętnie podejmuje ryzyko (von der Heyde, von der Linde, 2009).

Analityk

Analityk jest osobą rzeczową i powściągliwą, skłoną do przemyśleń, logiczną. Jest skupiony na analizie i jakości oraz skoncentrowany na pytaniu *dłaczego*. Najpierw planuje, rozważa różne możliwości, a następnie konsekwentnie trzyma się podjętej decyzji. Jest niezależny i zdyscyplinowany. Chętnie przekazuje inicjatywę. Jest poważny, bywa zamknięty w sobie. Z powodu zapędów perfekcjonistycznych jest postrzegany jako człowiek uparty i krytyczny. Najlepiej osiąga cel, gdy na wstępie wyeliminuje ryzyko oraz dysponuje optymalną ilością danych. Celem jest pełnia, a nie szybki efekt.

Wyrazisty

Osoba wyrazista jest emocjonalna. Daje się porwać idei, ma inicjatywę. Jest zorientowana na kontakty międzyludzkie. Jej działania skupiają się wokół pytania *kto*. Jest przyjacielska, świetnie czuje się w relacjach z innymi. Potrzebuje aplauzu i skupienia na sobie uwagi, potrzebuje uznania ze strony innych, chętnie występuje przed publicznością. Cechuje ją otwartość i optymizm, decyzje podejmuje intuicyjnie i szybko. Cele osiąga najlepiej, gdy ma dużo swobody w działaniu. Jest kreatywna, ale wymaga kontroli ze względu na słabą organizację (von der Heyde, von der Linde, 2009).

Niezawodny

Osoba niezawodna postrzegana jest jako spokojna, skromna, gotowa do niesienia pomocy. Uwielbia kontakt osobisty, jest życzliwym, przyjaznym słuchaczem. Ceni dobrą atmosferę w pracy i podzieloną odpowiedzialność. Stara się unikać konfliktów i problemów, świetnie współpracuje. Nie lubi nagłych zmian, nieprzewidzianych sytuacji czy źle funkcjonujących struktur. Cele osiąga najlepiej na trwałych relacjach międzyludzkich opartych na wzajemnym zaufaniu. Unika ryzyka i podejmowania szybkich decyzji (von der Heyde, von der Linde, 2009).

MOTYWOWANIE

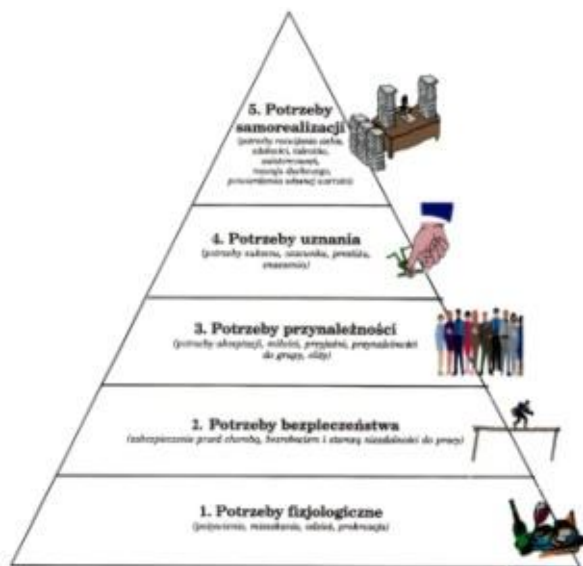
Wiedza o motywowaniu ma charakter interdyscyplinarny. Tym tematem interesują się m.in. psychologia, nauki o zarządzaniu, socjologia, prakseologia, pedagogika pracy, medycyna pracy i filozofia (Oleksyn, 2011). Motywowanie w organizacji oznacza oddziaływanie na pracowników, zorientowanie na podnoszenie efektywności pracy oraz kształtowanie takich postaw i zachowań, na których zależy pracodawcom i kadrom zarządzającym w ich imieniu. Dorze jest, gdy intencje i działania pracodawcy są racjonalne, wówczas głównym celem motywowania jest wzrost wartości i sprawności działania organizacji. Motywowanie ma zawsze charakter osobowy, to znaczy, że motywuje się kogoś do czegoś. Zaangażowani, osiągający dobre wyniki pracownicy są jednym z gwarantów dobrze prosperującej konkurencyjnej firmy. Zdaniem H. Bienioka: „Jeżeli będziemy wymagali od pracowników i samego siebie mało, zostaniemy karłami. Jeżeli będziemy wymagali dużo i konsekwentnie, urośniemy do olbrzymów nie wkładając w to wcale więcej wysiłku niż dają z siebie ludzie bez większych osiągnięć” (2004, s. 38).

MOTYWATORY

Motywatory to czynniki motywacyjnego działania. W związku z tym nasuwa się pytanie: za pomocą jakich czynników powinni być motywowani pracownicy, aby podjęte przez przedsiębiorstwo działanie odniosło zamierzony skutek? W literaturze przedmiotu wyodrębniono szereg motywatorów, które następnie pogrupowano. Joanna Samuel i Anna Tomczuk wyróżniły pięć grup czynników: finansowe, związane z rozwojem, związane z życiem rodzinnym, związane z przedsiębiorstwem i związane z postrzeganiem własnej osoby przez innych. Na podstawie przeprowa-

dzonych badań własnych doszły do wniosku, że jeżeli grupy czynników związanych z rozwojem, życiem rodzinnym, przedsiębiorstwem i postrzeganiem własnej osoby uznać za czynniki pozamaterialne, to ich znaczenie motywacyjne jest zbliżone do czynników materialnych (46%–54%). Według nich firmy powinny odchodzić od utrzymywania dotychczasowych systemów motywacyjnych opierających się w znacznej mierze na motywowaniu finansowym. Znaczenie poszczególnych grup czynników nie jest takie samo dla wszystkich. Jest ono uzależnione nie tylko od naszego statusu społecznego, stanu społecznego czy ilości posiadanych dzieci, ale również od cech osobowościowych. Analizując korelację pomiędzy poszczególnymi grupami motywatorów a informacjami ogólnymi o respondentach, zauważyć można dużo więcej zależności, takich jak: dla pracowników posiadających małżonka wynagrodzenie ma większe znaczenie niż dla osób stanu wolnego, czynniki związane z rozwojem są mało istotne, mniejsza jest wrażliwość na motywatory związane z korzystnym postrzeganiem własnej osoby przez innych; czynniki związane z życiem rodzinnym są coraz mniej ważne wraz z upływem lat, ich znaczenie jest odwrotnie proporcjonalne do wysokości zarobków; wraz ze wzrostem liczby posiadanych dzieci spada znaczenie motywujące grupy czynników związanych z przedsiębiorstwem.

Badania zaprzeczają tezie, że rola świadczeń pozamaterialnych nabiera znaczenia dopiero po osiągnięciu satysfakcjonującego poziomu wynagrodzeń, natomiast do grupy najistotniejszych motywatorów zaliczyć można: perspektywę wzrostu wynagrodzenia, która ma taką samą siłę motywującą, jak utożsamianie się z celami organizacji; perspektywę wzrostu wynagrodzenia, która jest silniejszym bodźcem niż wysokość wynagrodzenia; prestiż firmy na rynku i satysfakcja z wykonanej pracy utożsamiane są z wierzchołkiem piramidy potrzeb Masłowa i mają dla badanych menedżerów takie samo znaczenie, jak zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa przejawiające się w potrzebie stabilności zatrudnienia, premia stanowiąca koszty dla przedsiębiorstwa ma takie samo znaczenie, jak pochwała czy wyróżnienie.



Rysunek 1. Piramida potrzeb Masłowa.

Źródło: *Teoria i piramida potrzeb ludzkich według Masłowa*. Pobrane z: http://www.zarzyccy.pl/p_piramida-potrzeb-maslowa.html.

Starając się dobrać analizowane motywatory do pracownika, znając jego cechy osobowościowe można wywnioskować, że:

- ▶ cechy osobowości, takie jak bycie wymagającym w stosunku do innych, optymizm i komunikatywność oraz motywatory, takie jak: premie, dostępność do informacji, współudział w określaniu celów i prestiż firmy nie wykazują żadnych zależności;
- ▶ osoby charakteryzujące się dużą otwartością na zmiany, wysokim zaangażowaniem w podejmowane działania, oraz dużymi wymaganiami w stosunku do siebie mogą być motywowane tymi samymi czynnikami – najważniejsze są dla nich potencjalny wzrost wynagrodzenia i satysfakcja z wykonywanej pracy;
- ▶ pracownicy wykazujący się konsekwencją w działaniu są stosunkowo tani w motywowaniu, gdyż bardziej niż wzrost wynagrodzenia motywuje je pochwała;
- ▶ ambitnych pracowników nie warto motywować za pomocą bodźców materialnych, ponieważ dla nich liczą się poczucie własnej wartości i dobra atmosfera w pracy;
- ▶ pracownicy cechujący się zdolnością do poświęceń będą usatysfakcjonowani motywowaniem za pomocą poczucia własnej wartości, pochwał poczucia stabilności zatrudnienia, dobrej atmosfery w pracy, a dopiero w następnej kolejności wysokością wynagrodzenia;
- ▶ osoby cechujące się chęcią współpracy wysokość wynagrodzenia jako czynnik motywujący znajduje się na drugim miejscu po atmosferze w pracy; czynniki

finansowe są bardzo ważne dla pracowników, którzy określili się jako jednostki stawiające sobie zarówno wysokie wymagania, jak i ceniące dokładność (Samul, Tomaszuk, 2008).

MOTYWOWANIE A SATYSFAKCJA

Motywacja i satysfakcja nie są tym samym i nie zawsze występują razem, czasem znajdują się ze sobą w konflikcie. Bywa, że pracownik utrzymujący liczną rodzinę, który posiada rozwinięte uczucia wyższe i poczucie odpowiedzialności, jest bardzo silnie umotywowany nawet do ciężkiej pracy. Trudno jednak mówić o satysfakcji z powodu długotrwałej pracy, niekiedy nawet po kilkanaście godzin dziennie i do tego w trudnych warunkach. Pracownik marzy wówczas o odpoczynku i oderwaniu się od pracy i ma nadzieję, że to kiedyś nastąpi. W danym momencie ma on bardzo silną motywację i obniżoną satysfakcję z pracy wynikającą z przeciążenia. Błędne jest również utożsamianie satysfakcji z motywowaniem i jego skutecznością. Menedżerowie motywują do większego wysiłku, a pracownicy często się bronią, w sposób bardziej lub mniej uświadomiony. Wymaga się od pracowników zaangażowania i entuzjazmu, choć nie we wszystkich zawodach i nie przy wszystkich rodzajach wykonywanych czynności zawodowych jest to możliwe, a nawet wskazane. Trudno o satysfakcję i entuzjazm, pracując np. przy uboju drobiu, w oczyszczalni ścieków, przy kontroli biletów, w szpitalu leczącym osoby chore psychicznie i przy wykonywaniu wielu innych prac niesympatycznych czy wręcz wstrętnych. Obiektywnie rzecz biorąc, ludzie pracują z reguły w takich firmach z powodu przymusu ekonomicznego, materialnego i bardziej lub mniej prawdziwego przekonania o braku innych możliwości zarobkowania. Nie jest też tak, że satysfakcje mogą dawać jedynie prace twórcze, intelektualne, wykonywane w estetycznym otoczeniu i komfortowych warunkach, choć człowiek potrafi zaadaptować i przyzwyczaić się prawie do wszystkiego (Oleksyn, 2011).

Oprócz znalezienia bodźców i odpowiedniego ich przyporządkowania do pracowników o określonych cechach, ważne jest znalezienie czynników wpływających w największym stopniu na spadek satysfakcji z pracy. Do grupy najistotniejszych demotywatorów zaliczyć można: 1) stres – jest czynnikiem najsilniej wpływającym na spadek satysfakcji z pracy; 2) zbyt niskie wynagrodzenie, niesprawiedliwe wynagrodzenie oraz brak premii – to trzy czynniki z grupy czynników materialnych najczęściej demotywujące pracowników. Znakomita większość pracowników uznaje swoją pensję za czynnik silnie demotywujący, jednocześnie wskazując perspektywę jego wzrostu za motywator; 3) brak możliwości rozwoju, brak poczucia bezpieczeństwa,

niska kultura organizacyjna, brak pewności zatrudnienia, niesprawiedliwe wynagrodzenia i zbyt niskie wynagrodzenie mają takie samo znaczenie demotywujące; 4) niemal wszystkich pracowników demotywuje brak premii.

Wniosek, jaki się nasuwa wskazuje na to, że menedżerowie powinni pamiętać, że szeroki wachlarz motywatorów nie może być dobierany w sposób przypadkowy, ponieważ nie będzie to system skuteczny. Czynniki motywujące powinny nie tylko tworzyć spójną całość służącą realizacji celów i misji organizacji, ale aby były skuteczne, muszą przede wszystkim uwzględniać potrzeby i oczekiwania pracowników (Oleksyn, 1998).

Wysokie koszty inwestycji w pakiety nagród nie przynoszą spodziewanych efektów. Menedżerowie spostrzegają, że spodziewane przez pracowników podwyżki płac są zbyt wygórowane, funkcjonujące systemy premiowe nie są efektywne, ale przede wszystkim nie widać wyraźnej współzależności pomiędzy kosztami obecnych nagród a efektywnością. Pracownicy natomiast często uważają, że nie są wynagradzani odpowiednio do wyników i wkładu pracy, a nawet, jeżeli ich osiągnięcia zostaną zauważone przez pracodawców, to zazwyczaj nie ma to odzwierciedlenia w wynagradzaniu (Skup, 2007).

MOTYWOWANIE A MOTYWACJA

Motywacja to wewnętrzny impuls do kształtowania i działania (von der Heyde, von der Linde, 2009). To stan człowieka pobudzający go do działania (Oleksyn, 2011). Oddziaływania motywacyjne są najskuteczniejsze wtedy, gdy są zgodne, a przynajmniej niesprzeczne, z wewnętrzną motywacją pracowników. Motywacja jest procesem, który rodzi się wtedy, gdy pojawiają się niezaspokojone potrzeby. Kierunek, siła i czas trwania procesu motywacyjnego różnią się u różnych ludzi. Jakie działania podejmie człowiek, ile jest gotowy zainwestować w nie energii, czy w chwili pojawienia się przeszkód podda się, czy będzie konsekwentnie dążył do celu – zależy od indywidualnych zainteresowań i potrzeb. Motywacja wewnętrzna podkreśla rolę wewnętrznych sił jako motoru do działania. W związku z tym przypuszczać można, że ludzie ciekawscy chętnie czytają słowniki i poszukują nowinek, a ludzie z silną potrzebą porządku zajmują się zbieraniem znaczków. Przy motywacji zewnętrznej to czynniki zewnętrzne, takie jak pensja czy atmosfera pracy pobudzają ten typ motywacji. Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna nie muszą się wykluczać, jednak najefektywniejsi są pracownicy zmotywowani wewnętrznie. Zbytne skupienie uwagi kadr kierowniczych na motywatorach typu pieniądze czy bonusy może z czasem zniszczyć tę motywację.

PRACA ZESPOŁOWA

W procesie kształtowania i rozwoju organizacji bardzo ważną staje się umiejętność tworzenia zespołu i kierowania nim, ponieważ wewnątrz zespołu zachodzą różne procesy, które odgrywają ważną rolę w samorealizacji, kształtowaniu osobowości oraz stosunków między ludźmi, ale też przyczyniając się do zróżnicowania pozycji pomiędzy poszczególnymi osobami w grupie. Praca w zespole pozwala na efektywne wykonywanie zadań dzięki ich odpowiedniej organizacji i podziałowi pracy. Jednostka odgrywa rolę tym lepiej i skuteczniej, im bardziej utożsamia się z grupą, tzn. akceptuje, uznaje za swoje wartości jej członków, a przede wszystkim lidera. Tylko w takim układzie pracownicy mogą odczuwać wewnętrzną satysfakcję z przynależności do niej i osiągać zamierzone cele. Dlatego niezwykle ważne jest, aby menedżerowie zarządzający rozumieli zjawiska zachodzące w zespołach. Należą do nich m.in.: procesy tworzenia się zespołu, kształtowanie się poglądów i wywieranie wpływów przez i na grupę oraz komunikacja. Dzieje się tak, ponieważ praca zespołowa oprócz wielu plusów, takich jak sumowanie się wiedzy i wypełnianie luk jednostek czy stymulująca funkcja zespołu działająca pobudzająco na swoich członków ma również wady. Możemy do nich zaliczyć niezadowolenie z tego, że sukcesem trzeba się dzielić z innymi, w tym także zarobkami. Osiągnięcie celu nie jest bowiem zasługą jednostki, ale wielu ludzi. Inną niedogodnością może być niedopasowanie, niezgranie zespołu, co prowadzi do częstych konfliktów (por. Ledzińska, 2009).

Jednostka pod wpływem grupy

Amerykański psycholog S. Asch opisał zjawisko nazywane efektem większości, czyli wpływu grupy na zachowanie jednostki. Osoba badana przedstawiała błędnie swoje spostrzeżenia, mimo iż jej postrzeganie było prawidłowe. To wpływ grupy spowodował, że jej opinie ulegały zmianie, mimo że jej wewnętrzne przekonanie nadal pozostawało bez zmian. Mechanizm wyrażania oceny indywidualnej zgodnie z oceną grupy przy równoczesnym zachowaniu odmiennego wewnętrznego przekonania jest zjawiskiem bardzo powszechnym. Menedżerowie często przeocząją działanie takiego mechanizmu w zespole. Szczególnie liderzy działający w sposób autorytarny łatwo ulegają złudzeniu, że w grupie panuje zgoda co do podjętych decyzji, ponieważ nikt nie wyraża sprzeciwu. Powinni oni racjonalnie przekonywać pracowników o konieczności podjęcia pewnych działań. Błędem w zarządzaniu jest apelowanie do pracowników lub oznajmianie im decyzji i wiara, że wobec tego wszystko jest już zrozumiałe (von der Heyde, von der Linde, 2009).

Jednostka przeciw zespołowi

Zdarza się, że jednostce uda się pokierować poglądami zespołu. Psycholog S. Moscovici przeprowadził eksperyment, którego celem było sprawdzenie, jakimi strategiami posługuje się jednostka, jeżeli chce przekonać większość prezentującą odmienne poglądy. Jednostka Dzięki konsekwentnemu i zdecydowanemu narzucaniu innym swojego zdania jednostka jest w stanie przekonać grupę. Efekt wpływu mniejszości znika, gdy jednostka daje choćby niewielki powód do zwątpienia bądź przestaje być konsekwentna. Różnica między efektem większości a wpływem mniejszości jest taka, że mniejszość czy jednostka jest w stanie rzeczywiście przekonać większość, natomiast w drugim przypadku jest to wymuszenie wyrażenia pod naciskiem grupy przy jednoczesnym ukryciu własnej opinii. Do mniejszości dołączy tylko ten, kto zostanie przez nią przekonany. Dlatego też siła wpływu mniejszości może być głębsza niż wpływu większości (von der Heyde, von der Linde, 2009).

KONFLIKT

Konflikty dla kadry zarządzającej stanowią szczególne wyzwanie, ponieważ różnice merytoryczne w sytuacji konfliktowej wzmagają emocje, stan napięcia oraz dyskomfort. W takich sytuacjach występuje zjawisko zniekształcenia procesu postrzegania. O konflikcie mówimy wówczas, gdy istnieje między jego uczestnikami wzajemna relacja, w której występują niezgodności w myśleniu, odczuwaniu, chęciach i przekładają się one na konkretne działania. Procesy konfliktowe dzielimy na destrukcyjne i konstruktywne. Do destrukcyjnych skutków zaliczamy: stres, poczucie zagrożenia, negatywne emocje, agresja, złość, nienawiść, pogorszenie relacji i komunikacji, odejście pracownika z firmy. Istnieją również pozytywne skutki konfliktu tj.: wzrost energii, motywacji, wzrost zaufania, poczucie sprawiedliwości, sprecyzowanie celu, wzrost wiedzy, ujawnienie nieprawidłowości, współzawodnictwo (von der Heyde, von der Linde, 2009).

Rodzaje konfliktów

Umiejętność rozróżnienia rodzaju konfliktu jest bardzo ważna dla mediatora, którym często jest menedżer, aby podjąć właściwą strategię działania zmierzającą do rozwiązania konfliktu. Istnieje kilka rodzajów konfliktów jednym z nich są konflikty gorące i zimne. Gorące konflikty charakteryzuje aktywne i agresywne ścieranie się stron. Dyskusja jest otwarta, strony walczą, nie kryjąc emocji. Pracownicy

pozostają w otwartym sporze, spotykając się, są wzajemnie niemili, nie szczędzą uwag i uszczypliwości. Nie ukrywają wzajemnej wrogości, może nawet dochodzić do rękoczynów. W zimnych konfliktach obie strony działają przeciwko sobie w bardziej wyrafinowany i subtelny, a jednocześnie destrukcyjny sposób. Zamiast agresji dominuje rezygnacja i zgorzknienie. Najczęściej konflikt objawia się przez ukrywanie, zamiast przekazania ważnych informacji, mówienie źle o pracowniku do osób trzecich, wyrażanie kąśliwych uwag pod adresem osoby, z którą pozostajemy w konflikcie. Najgorsze jednak jest to, że gdy kwestia konfliktu zostaje postawiona otwarcie, obie strony go bagatelizują, wypierając się istnienia konfliktu. Rozwiązanie konfliktu zimnego jest większym wyzwaniem dla menedżera, gdyż strony otwarcie zaprzeczają istnieniu konfliktu. Mediator musi w tej sytuacji najpierw udowodnić, że konflikt w ogóle istnieje. Kolejnymi rodzajami konfliktów są konflikty oparte na regułach i bez reguł. Konflikty oparte na regułach przejawiają się w rytualnych działaniach, regularnie wykonywanych czynnościach, ścieraniu się zwaśnionych stron. Konflikty pozbawione reguł nie opierają się na żadnej strategii ataku czy obrony. Ważne jest, aby menedżer potrafił rozróżnić te konflikty, ponieważ zazwyczaj osoby uczestniczące w konfliktach opartych na regułach są mniej zaangażowane emocjonalnie. Istniejące reguły nadają konfliktowi granice i w ten sposób powstaje bariera ochronna dla jego uczestników. Jednak tym typem konfliktu trudniej się zarządza, ponieważ nie działają tu skuteczne techniki negocjacyjne. W godzeniu skonfliktowanych stron zwykle pomaga wspieranie indywidualnego zrozumienia sytuacji czy tworzenie osobistej bliskości. Kadra zarządzająca rzadziej spotyka się z konfliktami opartymi na regułach. Częściej spotykane są konflikty chaotyczne, nieposiadające wewnętrznej struktury. Przebieg takiego konfliktu jest nieprzewidywalny (von der Heyde, von der Linde, 2009).

Zarządzanie w sytuacji konfliktowej

Konflikty prowadzą do tarć w grupie, zakłócają rytm pracy, zmniejszają skuteczność działania. Umiejętność radzenia sobie z konfliktami należy do umiejętności osobistych, które mają kluczowe znaczenie dla pracy zespołu. Nie da się całkowicie uniknąć nieporozumień, ale od kadry zarządzającej oczekuje się takiego zachowania, które sprzyja rozwiązywaniu konfliktów. Zarządzanie konfliktami polega na aktywnym rozpoznaniu sytuacji przed konfliktowej lub konfliktowej, dzięki temu można w szybkim stopniu opanować konflikt, oparte jest na działaniach z zakresu psychologii, które dotyczą bezpośrednio konfliktu. Konflikt jako zjawisko różnorodne nie da się sprecyzować za pomocą jednej obiektywnej zasady. Istnieją jednak obserwacje, które wskazują, jakie okoliczności mogą sprzyjać konfliktom. Według

Heyde i Linde (2009) „przestrzenią, w której często rodzą się konflikty, są struktury hierarchiczne” (s. 168).

Często zwierzchnicy poprzez nakazy, sugestie, sankcje czy uwagi wkraczają w obszar decyzji podległych im działów czy stanowisk i sami przyczyniają się do konfliktu poprzez nadużycie władzy czy niemądre decyzje (von der Heyde, von der Linde, 2009).

Sposoby rozwiązywania konfliktów

W literaturze przedmiotu wymienia się pięć głównych strategii rozwiązywania konfliktów: unikanie jest czasem najskuteczniejszym kierunkiem działania. Niekiedy czas sam naprawi problem, a wszelkie próby rozwiązywania samemu mogą tylko pogorszyć sytuację. Ale unikanie działa tylko czasami. Częściej bywa przejawem braku umiejętności zarządzania konfliktami. Ten, kto unika konfliktu, buduje sobie racjonalne uzasadnienie powodów, unika spotkań i rozmów na ten temat, mając nadzieję, że problem zniknie sam. Kolejnym sposobem jest przystosowanie. Jest jednak strategią, która rzadko kiedy prowadzi do rozwiązania problemu. Na początku przystosowanie prowadzi do lepszego zrozumienia problemu, w konsekwencji jednak nie prowadzi do żadnych rozwiązań kryzysowej sytuacji. Unikanie i przystosowanie to podobne techniki. Obie strategie bazują na strachu przed zmierzeniem się z problemem wprost. Techniki unikania i przystosowania *udają*, że problemu nie ma. Czasem lepiej, żeby konflikt wypłynął na wierzch, niż żeby trwał w ukryciu. Zwalczanie konfliktu jest opozycją dla przystosowania. Menedżer zmusza strony konfliktu do wypracowania rozwiązania i zażegnania sporu. Ten sposób może być nawet agresywny. Niestety może prowadzić do pogłębienia konfliktu, wzmacnia agresję i frustrację. Strony zmuszane są do akceptacji rozwiązania, którego same nie wybrały. Kompromis jest często określany jako najlepszy sposób rozwiązywania sporu. Poprzez doprowadzenie obydwu stron do porozumienia szukamy najlepszego wyjścia z zaistniałej sytuacji. Kompromis wiąże się jednak z tym, że obie strony muszą z czegoś ważnego dla nich zrezygnować. Dzieje się tak w przypadku, gdy o zasadach kompromisu decyduje menedżer. Aby skutecznie rozwiązać problem, menedżer musi znać mechanizmy psychologiczne, które stoją za konfliktem. Wykorzystując autorytet przywódcy, musi wdrożyć przekonanie o wyższości kooperacji nad rywalizacją, wzmocnić zaufanie stron do siebie, przekonać zespół o konieczności poszukiwania rozwiązań obustronnie akceptowalnych. Na bazie tych przekonań lider powinien starać się razem ze stronami znaleźć drogi rozwiązania konfliktu. Wypracowanie dobrego rozwiązania jest bardziej prawdopodobne, kiedy poprowadzi on strony konfliktu tylko do pewnego momentu, a oni sami w konsekwencji wskażą

możliwe drogi wyjścia z kryzysu. Pracownicy będący w konflikcie szybciej mogą dojść do porozumienia, kiedy uświadomią sobie, że znalezienie rozwiązania leży w ich interesie. Jeżeli menedżer, angażując się w rozwiązywanie problemów, podkreśli, jak bardzo ufa, że strony będą potrafiły rozwiązać konflikt, wtedy będą one czuły ciężar odpowiedzialności za proces rozwiązania konfliktu. Aby jednak w ogóle rozwiązanie konfliktu było możliwe, wszystkie strony muszą przyznać, że problem istnieje. Menedżer winien stworzyć atmosferę zaufania i uświadomić pracownikom, że konflikty to coś normalnego. Problem powinien zostać przeanalizowany razem z menedżerem jako mediatorem. Następnie strony powinny wskazać wszystkie najlepsze rozwiązania dla problemu i zgodnie wybrać jedno. Menedżer powinien pomóc stronom wdrożyć najlepszy, wspólnie ustalony sposób rozwiązania konfliktu (Competitive Skills Sp. z o.o., 2012).

Zarządzanie przez konflikty

Zarządzanie przez konflikty jest metodą oddziaływania na członków organizacji wszelkimi środkami przeciwdziałającymi niskiej aktywności, apatii, marazmowi w celu wywołania inicjatywy działania oraz wyzwolenia twórczego procesu rozwiązywania problemów. Rozwój organizacji odbywa się poprzez odrzucenie stabilności. Zmieniające się wewnętrzne warunki w organizacji, jak i dynamicznie zmieniające się otoczenie, wymuszają na zarządzających organizacją przystosowanie jej do zmieniających się warunków. Wymaga to akceptacji przez menadżera założenia o organizacji samouczącej się, niezwykle dynamicznej, gotowej w każdym momencie do wprowadzania zmian organizacyjnych. Dominujące we współczesnej literaturze poglądy na temat zarządzania potwierdzają, że zarządzać organizacją, to de facto zarządzać zmianami. Zarządzanie przez konflikty może być wykorzystane z innymi technikami stymulującymi zmiany, jakkolwiek mogą one mieć różny charakter, dotyczyć innej skali i przebiegać na innych poziomach zarządzania. Słabością Kadry zarządzającej jest nieumiejętność godzenia doświadczeń i wyników osiągniętych w przeszłości i odniesienie ich do przewidywania przyszłości. A przecież jak píše J. Krishnamurti: „Cokolwiek nasz mały mózg czyni, [...] znajduje się w stanie konfliktu i tworzy konflikt” (Krishnamurti, 1989, s. 64). Zarządzając przez konflikty menedżer nawiązuje do zasad organizacji uczącej się, gdzie współpraca zastępuje współzawodnictwo, edukacja jest procesem dynamicznym i rozwojowym, a nie biernym powiększaniem zasobu wiadomości. Umiejętność łączenia jest bardziej ceniona od umiejętności tworzenia podziałów. Ważne jest promowanie odmienności i indywidualności. Dla menedżera ważniejsze jest eksperymentowanie i popełnianie błędów od stabilności i planowania (Hesselbein, Goldsmith, Beckhard, 1998).

Zarządzając przez konflikty, należy wprowadzić zasadę wielokrotnego podporządkowania podwładnych kierownikom przynajmniej dwóm. Każdy pracownik ma nie jednego przełożonego, lecz dwóch i więcej. Wadą takiego systemu jest zbyt duża jego podatność do generowania konfliktów. Jednakże z punktu widzenia zarządzania przez konflikty system ten pozwala na wczesne ich ujawnianie. Zarządzanie przez konflikty jest niezwykle trudne do zastosowania w praktyce, samo kierowanie konfliktem wymaga ogromnej wiedzy i umiejętności menedżerskich oraz mediacyjnych (Błaszczuk, 1977)

BYĆ LIDEREM – CECHY PRZYWÓDCY

Ostatnie dwudziestolecie to nawrót zainteresowań nad cechami i atrybutami charakteryzującymi skutecznych kierowników. Badania dowodzą, że skuteczni kierownicy posiadają cechy odróżniające ich od innych ludzi (Listwan, Witkowski, 2008). Nowe rezultaty badań wskazują, że jesteśmy w stanie wskazać zbiór cech związanych z wyłonieniem się przywódcy oraz skutecznością kierowania.

Pojęcie lidera utożsamiane jest z typem przywódcy umiejącym rozwiązywać problemy i doprowadzać do pozytywnych zmian, posiadającym jednocześnie jasno określone wizje celu oraz umiejętności wywierania wpływu na pracowników, traktując ich jak współpracowników. Jedną z najważniejszych funkcji lidera jest kierowanie rozwojem pracowników, czyli budowanie i utrzymywanie wiary w siebie; lider zamiast nakazywać, powinien inspirować, zamiast lęku, budzić zainteresowanie, wspierać i pomagać w naprawieniu błędów i ustaleniu ich przyczyn, zamiast obwiniać. Skuteczny lider musi wiedzieć, że sukces osiągnąć jest poprzez połączenie wysiłków wszystkich członków zespołu i że konieczne jest tworzenie dobrej atmosfery w zespole, ponieważ dzięki temu można odblokować ludzi, zwiększyć ich twórczość i inicjatywę, ułatwić wymianę opinii (Oleksyn, 1997).

Dobrze realizujący swoje zadania menedżerowie powinni zwracać uwagę na następując kwestie:

- ▶ znaczenie i aktualność celów strategicznych – cele powinny być ustalane wspólnie przez przełożonych i pracowników, którzy będą odpowiedzialni za ich realizację, lider powinien zachęcać do wyrażania własnych myśli i poglądów, nawet odmiennych od własnych;
- ▶ troska o członków zespołu i wzbudzanie wzajemnego zaufania zarówno pomiędzy pracownikami, jak i pomiędzy pracownikami a kierownictwem, podkreślanie wagi wspólnej odpowiedzialności osób tworzących zespół;

- ▷ lidera, który zadaniem jest zachęcanie i pomoc pracownikom w rozwijaniu nowych umiejętności oraz przydzielanie nowych zadań i ról, aby umożliwić wykazanie się,
- ▷ pozostawienie możliwości swobodnego działania podwładnym, koordynując poczynania, ale też wspierając, monitorując i kontrolując;
- ▷ lider, który musi pozostać pełnoprawnym członkiem zespołu, wykazując zaangażowanie we wspólną pracę.

W literaturze przedmiotu spotkać się można z pojęciem superlidera, który definiowany jest jako osoba przewodząca innym po to, by sami sobą przewodzili. Największe sukcesy według tej koncepcji osiąga ten lider, który wspiera członków zespołu w pobudzaniu i rozwijaniu umiejętności samoprzewodzenia, a dzięki temu umożliwia członkom zespołu pełne wykorzystanie własnych umiejętności i możliwości (Potocki, 2005).

Każdy pracownik ma własny system motywacji wewnętrznej oparty na określonych subiektywnych wartościach oraz tylko sobie właściwe odczucie, co jest, a co nie jest rozsądne, posiada także indywidualny zakres energii motywującej. Nie każdy pracownik podchodzi do pracy z taką samą pasją. Wrodzoną motywację jest w stanie zablokować bardzo wiele czynników. W efekcie tego pozytywna energia może się przekształcić w negatywne postawy i zachowania. Lider nie może narzucić podwładnym gotowych rozwiązań i własnych argumentów. Powinien doprowadzić do uzyskania gotowych argumentów od pracownika. Takie odwrócenie ról w najgorszym wypadku zwróci uwagę podwładnego na problem, w najlepszym doprowadzi do usunięcia przeszkód blokujących motywację (Nicholson, 2006).

Osobowość

Cechy te zgrupowane są w pięciu podstawowych wymiarach: stabilność emocjonalna – odnosi się do emocjonalnego reagowania i odporności na stres; ekstrawersja – związana ze społecznym funkcjonowaniem, określa jakość i intensywność interakcji społecznych; otwartość na doświadczenia – dotyczy tendencji do poszukiwania i tolerancji nowych doświadczeń; ugodowość – związana jest z jakością ustosunkowania do ludzi, poczynając od empatii i współczucia do postaw antagonistycznych oraz skrupulatność, która odnosi się do zadaniowej sfery życia człowieka (McCrae, Costa, 2005).

Kreatywność

Badania wykazały silny związek inteligencji oraz kreatywności z przywództwem. Kreatywność i myślenie dywergencyjne, czyli zakładające wiele punktów widzenia, traktowane są jako ważne cechy kierownika, ponieważ wiążą się one z rozwiązywaniem złożonych problemów. Poziom kreatywności kadry kierowniczej jest bardzo ważnym wyznacznikiem innowacyjności organizacji. Przede wszystkim konkurencja i duża dynamika zmian powoduje, że sukces zależy od skuteczności w kreowaniu nowych idei i sposobów funkcjonowania (Listwan, Witkowski, 2008).

Inteligencja społeczna i emocjonalna

Inteligencja społeczna to właściwość wyznaczająca poziom rozumienia myśli i intencji innych ludzi. Poziom wiedzy o tym, jak funkcjonuje świat społeczny oraz umiejętność kształtowania wyniku interakcji społecznych. Szereg badań wskazuje, że wysoki poziom umiejętności interpersonalnych i komunikacyjnych jest ważnym czynnikiem wpływającym na sukcesy w kierowaniu. Inteligencja emocjonalna natomiast charakteryzuje się umiejętnością rozumienia emocji swoich i innych, współodczuwania i umiejętności wykorzystywania emocji w procesie rozwiązywania problemów. Wiele danych wskazuje na związek tej zmiennej z procesem wyłaniania się liderów i skutecznością kierowania (por. Goleman, 2007).

Wiedza ukryta – umiejętność rozwiązywania problemów

Umiejętność rozwiązywania problemów złożonych i słabo zdefiniowanych wiąże się z posiadaniem cech istotnych dla przywódcy. Dla skutecznego radzenia sobie z problemami konieczne jest posiadanie szeregu umiejętności poznawczych, poziomu wiedzy oraz tego, co Sternberg określa mianem wiedzy ukrytej. Skuteczne kierowanie uzależnione jest od szybkiego i trafnego dostrzegania trudności. Następnie trudności te muszą zostać przeanalizowane, aby wykryć istotę problemu i w końcu opracowane skuteczne metody rozwiązania go. Na skuteczność radzenia sobie z problemami ma wpływ poziom, struktura wiedzy oraz doświadczenie. W literaturze wskazuje się trzy obszary wiedzy związane z sukcesem kierowniczym: wiedza o problemie metodach jego rozwiązania, wiedza o organizacji i wiedza o ludziach. Sternberg oprócz wyżej wymienionych czynników wskazuje na istnienie wiedzy ukrytej rozumianej jako znajomość tego, co gwarantuje sukces w danej sytuacji. Przekonanie o słuszności określonego sposobu postępowania nie jest oparte na uświadomionej wiedzy, a raczej na podejściu intuicyjnym. Wiedza taka powstaje w wyniku kumulowania doświadczenia, dzięki czemu u doświadczonych kierowników proces kategoryzacji

informacji organizacyjnych przebiega szybciej, ponadto posługują się oni bardziej abstrakcyjnymi kryteriami niż ich mniej doświadczeni koledzy. Wiedza ta jest silnie powiązana z efektywnością kierowania na różnych szczeblach (Listwan, Witkowski, 2008).

PODSUMOWANIE

Przywódcy potrafią nas naprawdę zapalić do czegoś i zaangażować, pociągnąć za sobą i przekonać do jakiejś sprawy. To przywódcy doprowadzają do zmian nas samych i naszych postaw, a także całego swojego otoczenia, na które oddziałują. Często muszą zmagać się z dylematami wynikającymi ze sprzecznych oczekiwań, które są przednimi stawiane. Powinien zarządzać na podstawie współpracy i zrozumienia, a jednocześnie poprzez motywowanie dbać o wydajność. Przy czym błędna ocena pracownika, a następnie nieodpowiednia decyzja podjęta w procesie rekrutacji może mieć fatalne skutki dla organizacji. A przecież jedni wydają się bardziej sympatyczni niż inni, a decyzję często trzeba podejmować na podstawie pierwszego wrażenia. Każdy menedżer zostaje prędzej czy później postawiony w sytuacji konieczności rozstrzygnięcia jakiegoś konfliktu. Ważne jest, aby znał mechanizmy, jakie stoją za irracjonalnymi zachowaniami. Ideałem jest, gdy potrafi wykorzystać zaistniały konflikt jako szansę wprowadzenia impulsu do dalszego rozwoju. Menedżer musi rozumieć sposoby zachowania, reakcje, wychwytywać indywidualne cechy, zarówno u pracowników, jak i u siebie samego. W przywództwie najważniejsza jest autentyczność i szczerość, zdolność do analizowania sytuacji z własnego życia zawodowego i osobistego, znajomość samego siebie. Prawdziwi liderzy wiedzą, że w przywództwie nie chodzi o sukces osobisty, ale o sukces ludzi, na których oddziałują. Prawdziwi liderzy skupiają się na tym, jak pomóc innym osiągnąć ich cele oraz jak przekazywać coraz większą odpowiedzialność i władzę.

BIBLIOGRAFIA

- Bieniok, H. (2004). *Metody sprawnego zarządzania; Planowanie, motywowanie organizowanie, kontrola*. Warszawa: Placet.
- Błaszczuk, B. (1977). Management by conflicts – technika pomocna w koordynacji zarządzania. *Zarządzanie*, 10, 21–22.
- Competitive Skills Sp. z o.o. (2012). *Zarządzanie konfliktem*. Pobrane z: <http://www.competitiveskills.pl/aktualnosci/zarządzanie-konfliktem-213.html>.
- Goleman, D. (2007). *Inteligencja społeczna*. Poznań: Rebis.

- Hesselbein, F., Goldsmith, M., Beckhard, R. (1998). *Organizacja przyszłości*. Warszawa: Business Press Sp. z o.o.
- Von der Heyde A., Von der Linde, B. (2009). *Psychologia kadry zarządzającej: jak znajomość ludzkich charakterów pomaga w zarządzaniu*. Warszawa: Beck.
- Krishnamurti, J. (1989). *Wolność od znanego*. Warszawa: Pusty Obłok.
- Ledzińska, A. (2009, 21 listopada). *Metody pracy zespołowej*. Pobrane z internetu: http://mfiles.pl/pl/index.php/Metody_pracy_zespo%C5%82owej.
- McCrae R. R., Costa, P. T. Jr. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka*. Kraków: WAM.
- Nicholson, N. (2006). Jak motywować „trudnych” pracowników. *Harvard Business Review Polska*, 7/8, 111–114.
- Oleksyn, T. (1997). *Sztuka kierowania*. Warszawa: Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości w Warszawie.
- Oleksyn, T. (1998). Motywowanie do pracy. W: M. Rybak (red.), *Zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie* (s. 168–186). Warszawa: Oficyna wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej.
- Oleksyn, T. (2011). *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska Sp z o.o.
- Potocki, A. (red). (2005). *Zachowania organizacyjne*. Warszawa: Difin.
- Samul, J., Tomaszuk, A. (2008). Metody zatrzymania pracowników w przedsiębiorstwach. W: W. Kowalczewski, W. Matwiejczuk (red.), *Zarządzanie organizacjami; diagnoza i sposoby rozwiązywania problemów*. Warszawa: Difin.
- Skup, M. (2007). Zwrot w motywowaniu pracowników. *Harvard Business Review Polska*, 1, 15–16.
- Witkowski, S., Listwan, T. (red.). (2008). *Kompetencje a sukces zarządzania organizacją*. Warszawa: Difin.

PAULINA WIERUSZEWSKA

pwieruszevska@op.pl

Wyższa Szkoła Handlowa w Radomiu

WPŁYW REKLAMY NA PROCES ZAKUPÓW

RECENZJA

Recenzent: dr Agnieszka Sadowska

Autorem recenzowanego artykułu jest P. Wieruszewska studentka pedagogiki II stopnia w Wyższej Szkole Handlowej w Radomiu. Tytuł artykułu *Wpływ reklamy na proces zakupów*. Artykuł zawiera 18930 znaków ze spacjami i przypisami. Struktura pracy jest poprawna. Na uwagę zasługuje rozpoczęcie przez Autorkę rozważań naukowych od dokładnego ukazania, czym jest reklama, jakie są typy reklam. Następnie Autorka przedstawia, w jaki sposób reklama oddziałuje na odbiorcę.

Dla zobrazowania przedstawianego zagadnienia Autorka powinna odwołać się do kilku przykładów reklamy. Pozwoliłoby to na zobrazowanie świata reklamy, z którym spotykamy się każdego dnia w różnych codziennych sytuacjach.

Autorka powinna również uzupełnić swoje rozważania, odwołując się do najnowszych publikacji omawiających problematykę świata medialnego oraz omówić dokładnie problem uzależnienia od zakupów.

Przedstawiony przez Studentkę temat, pomimo że tylko sygnalizuje wpływ reklamy na zakupy przez społeczeństwo, jest bardzo aktualny i ważny.

Wskazane jest zapoznanie się z niniejszym artykułem przez studentów pedagogiki, psychologii, socjologii, specjalistów zajmujących się reklamą.

Recenzowany artykuł spełnia wymogi stawiane publikacjom naukowym, dlatego otrzymuje opinię pozytywną

Artykuł odzwierciedlać będzie współczesny problem, jakim jest oddziaływanie reklamy na proces zakupów. Każdego dnia wybierając produkty podczas zakupów, działa nasza podświadomość tzn. wybierając daną rzecz, sięgamy do zasłyszanych, obejrzanych przez nas reklam, przez co nasz wybór często jest nieświadomy i mechaniczny.

W pracy zostały poruszone kwestie zdefiniowania pojęcia reklama oraz ukazania, jak ogromny wpływ ma na nas reklama.

Praca została podzielona na dwie części. Pierwsza z nich opisuje definicje oraz typy reklamy, takie jak: prasowa, radiowa, telewizyjna czy internetowa, zaś w drugiej części artykułu Autorka pragnie ukazać, jak reklamy łapią nas w przysłowiowe sidła.

W reklamach występują zazwyczaj młode, atrakcyjne pełne życia osoby, które swój wygląd zawdzięczają kremom firmy A czy odżywcze firmy B. We współczesnym świecie, gdzie większość z nas dąży do osiągnięcia jak największego dobrobytu, zatracamy prawdziwy sens istnienia, który zostaje wyparty przez wymaginowany, bezproblemowy i idealistyczny świat reklam. Z pewnością można stwierdzić, iż reklama ma bardzo duże znaczenie podczas naszych zakupów.

Dzisiejsze media zasypują nas informacjami, które intensywnie wpływają na podejmowane przez nas decyzje. Dźwignią handlu od zawsze był pomysł i reklama, od tych dwóch czynników zależała cała pomyślność przedsięwzięcia. Reklama zawsze będzie wpływać na naszą podświadomość, jednakże to od nas zależy, czy damy złapać się w pułapki medialne zastawiane przez producentów reklam.

Artykuł będzie podkreślał istotę świadomego wyboru, ponieważ to od nas zależy, jaki wpływ będzie miała na nas reklama, pozytywny czy negatywny.

Słowa kluczowe: reklama, wpływ, zakupy, środki przekazu

Żyjąc we współczesnym świecie, każdego dnia spotykamy się z różnego rodzaju reklamami, zarówno w prasie, internecie, jak i telewizji. Niniejsza publikacja przedstawi nam wpływ reklamy na nasze życie oraz różne rodzaje reklamy. Już od dawna wiadomo, że reklama wywiera na nas dużą presję podczas zakupów. Gdy stykamy się z reklamą, zawsze w naszej świadomości zostaje jakiś jej urywek. Zatem, czym jest reklama i jaka jest etymologia tego słowa?

W książce A. Benedikta spotykamy się z następującą etymologią tego wyrazu:

słowo reklama pochodzi od łacińskiego wyrazu *reclamare*, oznaczającego hałasowanie, robienie wrzawy [...]. Z etymologicznym znaczeniem słowa reklama związana jest jej pierwsza rola. W momencie swojego powstania, czyli w drugiej połowie XIX wieku, reklama nie była bezpośrednio związana z procesem produkcji [...]. Pierwszym narzędziem, które wówczas wykorzystano w reklamie był krzyk. (2002, s. 13)

Reklama zatem ma przede wszystkim przyciągnąć nasz wzrok i pobudzić nasze zmysły do pożądania danych rzeczy. Magdalena Napierała za M. Golką „określa reklamę, jako każdy płatny sposób nieosobistego prezentowania i popierania zakupu towarów (usług, idei) przy pomocy określonych środków, w określonych ramach prawnych i w określonych warunkach, wraz z podawaniem informacji o samych towarach, ich zaletach, ewentualnie cenie, miejscach i możliwościach zakupu” (Napierała, 2012, s. 24).

Zdaniem A. Kozłowskiej: „Reklama stanowi jeden z podstawowych instrumentów komunikowania rynkowego. W praktyce rola reklamy w działalności promocyjnej przedsiębiorstwa uzależniona jest od realizowanej strategii marketingowej” (2001, s. 22).

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele definicji reklamy, jednak każda z tych definicji wskazuje na fakt, że reklama ma nas zachęcić do kupna danego przedmiotu.

Podobnie jak wyżej reklamę określa Napierała, uważając, iż jest to „rozpowszechnienie informacji o towarach, ich zaletach, wartościach i możliwościach nabycia, chwalenia kogoś, zalecenie czegoś przez prasę, radio, telewizję; środki (np. plakaty, napisy, ogłoszenia itp.) służące temu celowi” (Szymczak, 2012, s. 24). Większość z nas idąc na zakupy i stając przed wyborem kupna danej rzeczy, zastanawia się, czy ten produkt spełni jego oczekiwania. Producenci reklam przy tworzeniu danego filmu wytwarzają specjalny wytwór, który działa na naszą podświadomość. Ważnym jest fakt, że często zostaje to zarejestrowane przez naszą pamięć do tego stopnia, że podczas zakupów przypominamy sobie cały klip reklamowy i wybieramy właśnie ten produkt.

Reklama wobec powyższych definicji jest sposobem na zapamiętanie przez społeczeństwo danego produktu.

Możliwości XXI wieku, jakimi są coraz doskonalsze media, dają perspektywę dotarcia do bardzo dużej części społeczeństwa. Zatem gdzie napotykamy reklamy, jakie są ich rodzaje i jak one na nas działają? Na te pytania odpowiedź znajdziemy w dalszej części artykułu.

Reklama towarzyszy nam każdego dnia podczas wykonywania codziennych prac. Najczęściej z reklamą spotykamy się w tradycyjnych nośnikach, jak prasa, telewizja, radio, Internet czy uliczne billboardy.

REKLAMA PRASOWA

Jednym z najstarszych przekazów reklamy jest prasa. Każdego dnia zostaje wydanych kilkadziesiąt gazet, gdzie napotykamy na różnego rodzaju ogłoszenia, zaawizowania czy też specjalne rubryki gazet poświęcone tylko i wyłącznie reklamom. Specyfika reklam prasowych z roku na rok staje się coraz to bardziej rozwinięta, a co za tym idzie, ich wygląd poprawia się i zauważa się coraz to lepsze efekty wizualne. Prasa daje jedno z najlepszych możliwości docieralności do konsumentów, gdyż mamy możliwość zatrzymania się na danym odcinku przez dłuższy czas. W książce D. Dolińskiego pod tytułem *Psychologiczne mechanizmy reklamy* znajdujemy przykłady zarówno dobrej, jak i złej reklamy prasowej. Z punktu marketingu za dobrą reklamę uważa się taką, gdzie na dużej powierzchni znajduje się jeden bądź dwa wyrazy odzwierciedlające dany produkt. Ponieważ w ten sposób nasza świadomość zapamiętuje tylko i wyłącznie nazwę rzeczy, którą warto zakupić. Należy jednak zaakcentować fakt, iż reklama prasowa jest przez nas mało wyszukiwana, dlatego też musi przyciągać nasz wzrok. Z badań Ch. Janiszewskiego wynika, iż czytając jakąś notatkę, komunikat, w proces ten zaangażowana jest lewa półkula mózgu, zaś prawa nie jest przeładowana, przepełniona. Wiadomości zamieszczone po tej stronie nie są rejestrowane. Niemniej jednak informacje umieszczone po lewej stronie zostaną zakodowane przez odbiorcę prasy. Z pewnością atutem reklamy prasowej możemy nazwać jej permanencję, gdyż odbiorca może wielokrotnie powracać do danej reklamy. Ważnym jest również fakt, iż gazety są kierunkowe, tzn. przystosowane do danych odbiorców, tak więc ich nacisk na odbiorcę z pewnością jest większy. Pochodną reklamy prasowej możemy nazwać billboardy, gdyż działają w ten sam sposób, mamy możliwość ciągłego spoglądania na nie, często niezamierzenie. Tego typu reklamy umieszczane są przeważnie w miejscach, gdzie są doskonale widoczne i gdzie nie da się ich ominąć wzrokiem. Często mijamy je nawet kilka razy dziennie,

pokonując codzienną drogę do pracy, szkoły czy sklepu, przez co pozostają nam w pamięci.

REKLAMA TELEWIZYJNA

Kolejnym popularnym typem możliwości zaprezentowania reklamy jest telewizja. Reklama telewizyjna jest jednym z najbardziej skutecznych przekazów wiadomości, gdyż działa zarówno na nasze bodźce słuchowe, jak i wzrokowe.

Zdaniem W. Budzyńskiego reklama telewizyjna to „połączenie obrazu z dźwiękiem, jest medium o największej sile oddziaływania [...]. Reklama telewizyjna stosowana jest więc do promowania produktów codziennego użytku w dużych segmentach rynku o wysokim współczynniku konkurencji” (2004, s. 119).

Pierwsze reklamy telewizyjne odbierane były przez widzów jako reklamy radiowe z obrazem. Jednakże z czasem reklamy te zaczęły zdobywać dużą popularność. „Zaczęło się wspieranie żywych komunikatów reklamowych przez wcześniej nakręcone spoty, co w prawdzie znacznie podniosło koszty produkcji, pozwoliło jednak na powtarzanie danej reklamy w telewizji dowolną ilość razy” (Janiszewska i in., 2009, s. 54).

Z czasem reklama telewizyjna ulegała przekształceniom, co czyniło ją coraz bardziej efektywniejszą. Obecne reklamy telewizyjne mają być przede wszystkim głośne i kolorowe, by zwracały uwagę odbiorcy. Producenci reklam telewizyjnych dbają o odpowiednie ustawienie produktu, o przedstawienie go jako rzeczy, bez której nie ma możliwości życia. Pomimo że dźwięk w reklamie jest bardzo istotny, ponieważ pomaga nam w zrozumieniu przekazywanych treści, to główną rolę w telewizji odgrywa obraz. Reklama telewizyjna jest bardzo dobrym źródłem docieralności do odbiorców, zarówno dla wzrokowców, jak i słuchowców. Ma przede wszystkim zaskakiwać, zyskiwać oraz dostarczać klientom informacji na temat produktu.

REKLAMA RADIOWA

Reklama ta jest jednym z najstarszych źródeł przekazywania wiedzy produktowej. „Reklama w radiu do końca lat 60. miała postać krótkich czytanych anonsów, niekiedy z muzyką; pierwszy raz wyemitowano je na antenie I programu Polskiego Radia” (Janiszewska i in., 2009, s. 86). Ten typ przekazu informacji istnieje do dziś i cieszy się podobnie jak przekaz telewizyjny dużym poparciem. Radio ma bardzo duży zasięg, gdyż jest używane przez większość społeczeństwa. Istotnym jest również

fakt, iż radio często słuchane biernie pozostawia w nas zasłyszane informacje, które następnie wpływają na nasze decyzje.

Kolejnym źródłem przekazu wiadomości jest Internet.

REKLAMA INTERNETOWA

We współczesnym świecie dostępność reklamy internetowej cały czas wzrasta. Internet staje się dostępny dla coraz to większej części społeczeństwa, a co za tym idzie reklamy internetowe są dobrą formą przekazu informacji na temat produktu. Dzięki szybkiemu dostępowi do Internetu reklamy stają się coraz tańsze, a również bardziej atrakcyjne.

Dzisiejsze multimedia pozwalają na ciągłe udoskonalanie przekazów reklamowych. Internet jest miejscem coraz to lepszej komunikacji. Pozwala na ulepszanie przekazu wiadomości, a przede wszystkim technika komputerowa umożliwia rozwój i poszerza dostępność reklamy.

Napierała pisze: „Rozwój techniki komputerowej powoduje, że ta forma reklamy rozwija się w niezmiernie szybkim tempie. W znacznym stopniu spowodowane jest to tym, że zamieszczenie reklam na stronach internetowych i w programach komputerowych umożliwia trafienie do ściśle określonego odbiorcy, pozwala na zminimalizowanie sytuacji trafiać przekaz do odbiorcy przypadkowego, niezainteresowanego danym produktem, typem produktu” (Napierała, 2012, s. 58).

Po krótkim opisie najpowszechniejszych typów reklam zostaną przedstawione jeszcze zalety, pozytywy reklam. Jacek Kall wymienia w swojej książce *Reklama* następujące pozytywy:

- ▶ zdolność docierania do olbrzymich mas rozproszonych geograficznie adresatów przy relatywnie niskim koszcie jednostkowego kontaktu z adresatem (reklama przed prognozą pogody, w przeliczeniu na kontakt z jednym telewidzem, jest tańsza niż reklama w radiu, prasie codziennej czy czasopiśmie);
- ▶ zdolność do udratyzowania treści przekazu (tak jak reklamy szamponów potrafią zademonstrować zbawienne działanie na włosy, nie zrobi tego nawet najlepszy sprzedawca);
- ▶ pomoc w długofalowym budowaniu wizerunku marki;
- ▶ możliwość wielokrotnego ponawiania reklamy, co daje adresatowi szanse na dokładniejsze przestudiowanie jej treści i porównanie z informacjami czerpanymi z innych źródeł;
- ▶ przekazywanie adresatowi argumentów sprzedażowych w atmosferze pozbawionej presji (tak charakterystycznej dla bezpośredniego kontaktu klienta ze

sprzedawcą, kiedy to po wejściu do sklepu i zainteresowaniu się naszą osobą ze strony sprzedawcy, czujemy się zobowiązani do wytłumaczenia: Nie dziękuję, tylko oglądam, co może osłabić reakcje obronne adresata wobec oddziałującej na niego perswazji;

- ▶ możliwość wzmocnienia efektu przekazu reklamowego poprzez wykorzystanie kilku komplementarnych nośników reklamy;
- ▶ wywarcie pozytywnego wrażenia o reklamującej się firmie (z wielu badań, prowadzonych wśród polskich konsumentów, wynika, iż reklamująca się firma jest postrzegana coraz częściej jako bogata i duża) (Kall, 1995).

Jak wiadomo reklama, ma swoje wady i zalety, w dalszej części artykułu zostanie przedstawiony wpływ reklamy na proces robienia zakupów.

Czy reklama oddziałuje na nasz proces świadomości podczas zakupów? Czy dokonujemy zakupów w pełni świadomie? Czy też jesteśmy manipulowani kolejnymi kolorowymi i głośnymi nowościami. Każda z reklam emitowana czy to w telewizji, radiu czy internecie ma za zadanie wymusić na odbiorcy chęć posiadania. Kolorowe, głośne reklamy pewnych produktów działają na nasze zmysły w bardzo istotny sposób. Weźmy choćby pod uwagę reklamę napoju coca-cola. W reklamie tego napoju zawsze wszyscy są uśmiechnięci, szczęśliwi panuje rodzinna atmosfera, często domowego obiadu, gdzie na stole nie może zabraknąć właśnie butelki z tym napojem. Po obejrzeniu reklamy, idąc do sklepu, gdy widzimy ów napój, kojarzy nam się on z miłą, rodzinną i szczęśliwą chwilą.

Kolejnym typem reklamy, która przede wszystkim wpływa na bodźce troskliwych mam, są jakże piękne reklamy przetworów dla dzieci. Szczęśliwa buzia dziecka wpływa na decyzję matki przy wyborze produktów. Możemy zauważyć również duże znaczenie komunikatów, jakie są przekazywane w reklamach, np. Sprite gasi pragnienie. „Mimo iż droga od obejrzenia reklamy do zakupu danego produktu jest długa i wiele czynników wpływa na to, jaką decyzję klient podejmie, to jednak, jak wskazuje się w literaturze, oddziaływanie przekazu reklamowego rozpoczyna się już od pierwszego kontaktu człowieka z reklamą. Można powiedzieć, że odbiorca reklamy reaguje na nią, czy chce czy nie” (Orkiszewska, 2006, s. 61). Jednym z kolejnych czynników wpływających na zapamiętanie produktu czy marki jest humor.

Zakłada się, że reklamy nasycone humorem mogą działać skuteczniej niż zwykłe reklamy z trzech różnych powodów: 1) reklamy nasycone humorem są łatwiej zauważalne, tj. lepiej przyciągają uwagę; 2) wobec tych reklam trudniej jest gromadzić kontrargumenty, bowiem odbiorcy traktują je raczej jako rozrywkę i rzadziej uruchamiają procesy ich weryfikacji; 3) takie reklamy bardziej podobają

się i istnieją dowody na to, że prawdopodobieństwo skutecznego oddziaływania lubianej reklamy rośnie. (Kranas, 2003, s. 94)

Humor w reklamach spotykany jest dość często, weźmy choćby pod uwagę reklamy Biedronki czy TP S.A., zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku mamy do czynienia z dużym poczuciem humoru, co wpływa na pozytywne emocje do tych marek. Gadające owoce, warzywa i inne produkty żywnościowe czy też jakże popularne serce i rozum od razu przypominają nam marki wyżej wymienionych firm.

Doliński w książce *Psychologiczne mechanizmy reklamy* podkreśla, iż reklama ma na nas duży wpływ. „W istocie bardzo wiele decyzji dotyczących zakupów podejmujemy właśnie pod jej wpływem. Oddziaływanie reklamy może mieć charakter bezpośredni (stykamy się z reklamą i dlatego kupujemy) lub pośredni (kupujemy coś, bo kupują to inni ludzie, często nasi znajomi; oni zaś czynią to dlatego, że zetknęli się z jakąś reklamą)” (Doliński, 2010, s. 16).

Jak pisze S. Hoffman w artykule *Obronić się przed reklamą*, reklama odgrywa ważną, znaczącą rolę w procesie kształcenia dzieci i młodzieży. Jeżeli chodzi o reklamy, które emitowane są na kanałach odpowiednich dla maluchów czy nastolatków, widać wyraźnie oddziaływanie na odbiorcę. Reklamy przeznaczone dla najmłodszych zawsze przepełnione są radością i intensywnością kolorów. Pierwszym przykładem reklam dla dzieci mogą być emitowane zwłaszcza przed świętami reklamy z zabawkami. Dzieci oglądając najnowszą lalkę Barbii czy supermodny samochód, chcą, pragną być posiadaczami tego typu zabawek. W dość podobny sposób działają wszyscy producenci reklam, chcą, by dany produkt stał się dla odbiorcy całkowicie niezbędny. W reklamach przeznaczonych dla młodzieży nie trudno zauważyć, jak duże znacznie dla młodzieży mają przedmioty ukazywane w telewizji. Z pewnością można stwierdzić, iż reklama ma bardzo duży wpływ na zachowanie dzieci i młodzieży. Podkreślanie oryginalności produktu w reklamie działa na naszą świadomość w taki sposób, że zaczynamy uważać, iż tylko ten produkt może spełnić nasze oczekiwania. Przykładów takich reklam jest bardzo dużo, m.in. reklama kleju Super glue, Vegety, Coca-Coli. Dość obrazowym przykładem reklamy podkreślającej oryginalność produktu z pewnością mogłaby być reklama herbatników Leibniz, w której zaznacza się: *oryginalne z pięćdziesięcioma dwoma ząbkami*. Już podczas tak krótkiego przekazu odbieramy bodźce informujące nas o oryginalność produktu.

Reasumując, celem wszystkich reklam jest ukazanie, jak dzięki zakupionym produktom można czuć się najlepszym i najważniejszym w danym otoczeniu. Zatem musimy być bardziej świadomi, by złudne wyobrażenia, jakie kieruje do nas reklama, nie stały się dla nas pułapką. Uważam, że reklama ma bardzo duży wpływ na naszą

podświadomość, przez co często nieświadomie, mechanicznie wybieramy produkty zasłyszane, zakodowane w naszej pamięci po obejrzeniu spotu reklamowego.

BIBLIOGRAFIA

- Albin, K. (2002). *Reklama – przekaz, odbiór, interpretacja*. Warszawa: PWN.
- Benedikt, A. (2002). *Reklama jako proces komunikacji*. Wrocław: ASTRUM.
- Budzyński, W. (2004). *Reklama techniki skutecznej perswazji*. Warszawa: Wyd. POLTEXT.
- Doliński, D. (2010). *Psychologiczne mechanizmy reklamy*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hoffmann, S. (2004). Obronić się przed reklamą. *Oświata i Wychowanie*, 5, 25–27.
- Janiszewska, K. i in. (2009) *Wiedza o reklamie – Od pomysłu do efektu*. Warszawa- Bielsko-Biała: PWN.
- Kall, J. (1995). *Reklama*. Warszawa: Wydawnictwo Ekonomiczne S. A.
- Kozłowska, A. (2001). *Reklama – socjotechnika oddziaływania*. Warszawa: Wydawnictwo SGH.
- Sutherland, M., Sylvester A. K. (2003). *Reklama a umysł konsumenta. Co działa a co nie działa i dlaczego*. Warszawa wyd. PWN
- Napierała, M. (2012). *Filozofia reklamy*. Kraków: Petrus.
- Nowak, A. (2006). *Ukryta moc reklamy: co tak naprawdę wpływa na wybór marki?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Orkiszewska, B. (2006). Uległość wobec reklam. *Edukacja i Dialog*, 1, 61–63.
- Zawadzka, A. M. (2009). Fuzja i wyobrażenia. *Charaktery*, 5, 58–61.

MICHAŁ SKOWRONEK

alouette87@gmail.com

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego

NEUROPSYCHOLOGICZNE NASTĘPSTWA USZKODZENIA MÓZGU W WYNIKU ROZROSTU GWIAZDZIAKA MÓZGU

RECENZJA

Recenzent: prof. dr hab. Bożydar Kaczmarek

W recenzowanej pracy Autor podjął bardzo ważny temat, związany z neuropsychologiczną diagnozą następstw uszkodzeń mózgu. Zwrócił przy tym uwagę na zaniedbywany często problem funkcjonowania chorych z nowotworami złośliwymi. Na początku zaprezentowano tło problemu, czyli etiologię i klasyfikację guzów mózgu oraz towarzyszących im zaburzeń. Przedstawiono również dane, dotyczące występowania tego typu schorzeń w Polsce i na świecie. Już to stanowi o wartości pracy.

Za najistotniejsze uznać jednak należy omówienie objawów tego typu uszkodzeń mózgu. Autor słusznie wskazuje na wieloznaczność pojawiających się objawów oraz ich zmienność w czasie. Podkreśla przy tym, że wieloznaczność tę trudno wyjaśnić w oparciu o tradycyjne podejście neuropsychologiczne. Dotyczy to zwłaszcza pomijanych lub traktowanych marginesowo zaburzeń emocjonalnych oraz zmian osobowości danego pacjenta. Bardzo przydatna pod tym względem okazuje się być teoria mikrogenetyczna, zaproponowana przez J. Browna. Umożliwia ona dotarcie do istoty obserwowanych objawów i wyjaśnienie przyczyn ich zmienności. Dlatego też podjętą przez Autora próbę omówienia występujących zaburzeń z punktu widzenia teorii mikrogenetycznej uznać należy za udaną. Praca ma ponadto walor aplikacyjny i może być wykorzystana w praktyce klinicznej.

Polska należy do krajów europejskich o wysokim ryzyku zachorowania na nowotwór złośliwy mózgu. Nowotwory powstające z tkanki glejowej, to około 1300 przypadków rocznie. Około 600 przypadków rocznie (czyli blisko 50% z ogólnej liczby nowotworów mózgu) to gwiaździki złośliwe (glejaki wielopostaciowe oraz glejaki anaplastyczne). Nowotwory złośliwe mózgu tworzą nacieki i bardzo szybko rosną. Szczególnie złe rokowania występują przy glejaku wielopostaciowym. Chorzy przeżywają średnio 7–11 miesięcy. Niewielu pacjentów po radioterapii przeżywa pięć lat. Glejaki złośliwe bardzo często dają nawroty. Celem artykułu jest prezentacja złożonych zaburzeń procesów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych, które pojawiają się w następstwie gwiaździka złośliwego mózgu. W dyskusji omówiona zostanie mikrogenetyczna teoria formowania się objawu. Prezentacja zjawiska przenikania objawów według tej teorii pozwoli na lepsze zrozumienie przebiegu choroby tak u rodziny, jak i u personelu medycznego, umożliwi więc planowanie skutecznego leczenia zarówno farmakologicznego, jak i psychologicznego, a przez to wpłynie na poprawę komfortu życia pacjentów z gwiaździkiem złośliwym mózgu.

Słowa kluczowe: uszkodzenia, mózg, gwiaździk, neuropsychologia, teoria mikrogenetyczna

Komórka nowotworowa pozbawiona jest normalnych biologicznych systemów hamujących. Organizm stanowi dla niej tylko pożywkę wzrostową. Normalnie komórki podlegają ścisłej kontroli; działające na nie mechanizmy regulacyjne powodują, że komórki takie dzielą się wtedy, gdy jest to potrzebne, nie ulegają zaś podziałom w momentach niewłaściwych. W wielu tkankach dorosłego organizmu podziały komórek są na stałe zablokowane i ulegają odblokowaniu jedynie w przypadku konieczności wymiany sąsiedniej komórki, która obumarła lub została zniszczona. Komórki nowotworowe są komórkami, które wymknęły się spod tego rodzaju kontroli i mogą się dzielić cały czas. Nowotwór niezłośliwy (łagodny) rośnie powoli, a jego komórki tworzą zbitą, wyraźnie ograniczoną masę, często otoczoną kapsułą tkanki łącznej. Dlatego też mogą być usuwane chirurgicznie. Komórki nowotworowe mogą jednak wymknąć się spod kontroli mechanizmów utrzymujących je we właściwym miejscu. Wchodzą one wówczas w stadium metastazy (przerzutów). Rozprzestrzeniają się do innych części ciała, gdzie dokonują inwazji różnych tkanek, tworząc liczne guzy wtórne. Guzy, których komórki wykazują zdolność do przerzutów, noszą nazwę nowotworów złośliwych. Nowotwór złośliwy (*neoplasma malignum*) charakteryzuje się dużym stopniem zaburzeń zróżnicowania, dojrzewania i budowy tkankowej oraz komórkowej. Nie posiada torebki, rośnie szybko, nacieka i niszczy zaatakowane tkanki. Cechą charakterystyczną komórek nowotworów złośliwych jest ich zdolność wnikania do szczelin tkankowych oraz do światła drobnych naczyń limfatycznych i krwionośnych, co sprzyja rozsiewowi komórek nowotworowych daleko poza główną masę guza. Rozsiane komórki, zagnieżdżając się w odległych narządach lub tkankach, mnożą się i tworzą nowe guzy nowotworowe zwane przerzutami. Komórki nowotworów złośliwych szerzą się również drogą płynu mózgowo-rdzeniowego, a także wszczepiają się do błon surowiczych. Po chirurgicznym, zwłaszcza niezbyt rozległym, usunięciu guza złośliwego utkanie nowotworowe stosunkowo często odrasta w obrębie blizny pooperacyjnej lub w jej otoczeniu, co określa się nawrotem lub wznową (*recidiva*). Nawrót następuje wówczas, gdy w czasie operacji nie udało się usunąć całego nowotworu i pozostawiono komórki nowotworowe.

Nowotwory dzielimy ogólnie ze względu na stopień ich złośliwości oraz komórki, z której one powstały. Nowotwory łagodne to mięśniaki (nowotwór z komórek mięśni gładkich – leiomyoma) i tłuszczaki (nowotwór z komórek tłuszczowych – lipoma). Nowotwory złośliwe dzielimy na raka (*carcinoma*) powstającego z tkanki nabłonkowej, mięsaka (*sarcoma*) powstającego z tkanki łącznej lub mięśniowej, białaczkę (*leucemia*) powstającą z tkanki szpikowej, ziarnicę złośliwą (*lymphogranulomatosis maligna*) powstającą z tkanki limfatycznej, glejaka (*glioblastoma*) powstającego z tkanki nerwowej, rozrodczaka (*dysgerminoma*) powstającego z komórek zarodkowych,

struniaka (*chordomę*) powstającego z zawiązków narządowych, czerniaka złośliwego (*melanoma malignum*) powstającego z tkanki barwnikotwórczej.

EPIDEMIOLOGIA NOWOTWORÓW MÓZGU I ICH KLASYFIKACJA

Występowanie nowotworów mózgu w ludzkiej populacji nie jest równomierne. Najbardziej nowotwory te występują w Afryce i Azji Centralnej, największe ryzyko zachorowania mają mieszkańcy Europy, USA i Australii. Polska należy do krajów europejskich o wysokim ryzyku zachorowania na ten nowotwór.

Według szacunków Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem z 2002 roku Polska na tle innych krajów europejskich zajmowała czwarte miejsce pod względem częstości występowania tego schorzenia. Nowotwory złośliwe mózgu są w Polsce przyczyną około 2% zachorowań na nowotwory złośliwe oraz około 3% zgonów nowotworowych. Co roku prawie 3000 osób dowiaduje się, że rozwija się u nich nowotwór złośliwy mózgu. Statystyki zgonów odnotowują podobną liczbę zgonów (w 2006 roku zmarło 1372 mężczyzn i 1384 kobiet z powodu tego nowotworu).

Guzy mózgu, które powstają w efekcie niekontrolowanego rozrostu nienaturalnych komórek w mózgu, występują zarówno u dorosłych, jak i u dzieci, jednak w obydwu przypadkach jest to choroba rzadka. Guzy mózgu dzielimy na złośliwe (rakowe) i łagodne (nierakowe). Guzy złośliwe zazwyczaj rozwijają się szybciej niż łagodne, jednak obydwa rodzaje są niezwykle niebezpieczne i mogą doprowadzić do śmierci.

Guzy mózgu dzielimy na pierwotne lub przerzutowe, w zależności od miejsca pochodzenia w organizmie. Guzy pierwotne powstają w mózgu i bardzo rzadko przerzucają się na inne organy. Guzy przerzutowe powstają, gdzie indziej i zazwyczaj dostają się do mózgu wraz z krwią lub poprzez układ limfatyczny. Niektóre typy raka mają zwiększoną szansę przerzutów do mózgu, m.in. rak piersi, nerek, płuc i czerniak złośliwy. Rokowanie w przypadku guzów glejopochodnych zależy jest od rozpoznania histopatologicznego, a także od zakresu zabiegu operacyjnego, stanu ogólnego i neurologicznego chorego oraz wieku pacjenta. Przejdziemy teraz do opisu gwiazdziaków złośliwych oraz tworzonych w następstwie ich rozrostu objawów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych. Na końcu omówimy mikrogenetyczną teorię formowania się objawu, która przybliży Czytelnikowi zrozumienie różnorodności i istoty przenikania zaburzeń formujących ten objaw.

Glejaki złośliwe, do których zaliczamy gwiazdziaka, są najpowszechniejsze, jeśli chodzi o guzy pierwotne mózgu. Stanowią około połowę wszystkich objawowych guzów wewnątrzczaszkowych. Częstość ich występowania wzrasta wraz z wiekiem,

głównie w ósmej i dziewiątej dekadzie życia. Niektóre wyniki, sugerują wzrastającą częstotliwość u osób w wieku podeszłym. Może to być związane z dokładniejszymi metodami diagnostycznymi i łatwo dostępnymi nieinwazyjnymi badaniami neuroobrazowania. Ponadto, skuteczniejsze leczenie najczęściej występujących chorób, jak np. niedokrwienność serca, umożliwia przeżycie pacjentów na tyle, aby mogły się u nich rozwinąć choroby rzadsze. Nie znamy czynników środowiskowych, które powodują rozwój guzów mózgu. Jedynym, pewnym czynnikiem ryzyka, jest promieniowanie jonizujące. Napromieniowanie niskimi dawkami, stosowane w grzybicach głowy lub w większych dawkach w leczeniu innych złośliwych guzów (np. rdzeniaka) może podwyższać ryzyko rozwoju glejaków. Okres utajenia może wynosić 10 lat i więcej. Glejaki wywołane przez radioterapię są zazwyczaj złośliwe. Glejaki dzielimy na gwiaździaki (astrocytoma), skąpodrzewiaki (oligodendroglioma) i wyściółczaki (ependymoma). Wszystkie te guzy posiadają zróżnicowany histologiczny stopień złośliwości. Obecnie opieramy się o klasyfikację WHO, która rozróżnia nowotwory mózgu ze względu na obecność lub brak takich cech, jak bogatokomórkowość guza, atypia jądra komórkowego, figury mitotyczne, proliferacja i martwica.

W gwiaździakach wyróżnia się cztery stopnie histologicznej złośliwości, które to są istotnie powiązane z rokowaniem klinicznym. Należy tu:

1. gwiaździak włosatokomórkowy (*astrocytoma pilocyticum*; stopień I), który występuje głównie u dzieci i młodych dorosłych. W jego przypadku rokowanie jest bardzo korzystne, zaś sam typ nowotworu może być związany z nerwiakowłókniakowością typu I;
2. gwiaździak włókienkowy (*astrocytoma fibrillare*; stopień II), który jest uznawany za guza o niskim stopniu złośliwości, ale zwykle przekształca się on w nowotwory stopnia III i IV;
3. gwiaździak anaplastyczny (*astrocytoma anaplasticum*; stopień III), który jest guzem złośliwym, ale o nieznacznie lepszych rokowaniach niż gwiaździak wielopostaciowy (*glioblastoma multiforme*; stopień IV) ze względu na brak u tego pierwszego proliferacji komórek śródbłonka i/lub ognisk martwicy.

Diagnoza i leczenie nowotworów pochodzenia glejowego utrudnia fakt, iż w danym obszarze mogą istnieć dwa rodzaje guzów, np. gwiaździak i skąpodrzewiak. Może dojść również do sytuacji, gdzie w obrębie jednego rodzaju nowotworu, istnieją ogniska o zróżnicowanym stopniu złośliwości.

OBJAWY POJAWIAJĄCE SIĘ W NASTĘPSTWIE NOWOTWORÓW MÓZGU I ICH KLASYFIKACJA

Ogólny opis objawów nowotworów tkanki glejowej mózgu jest w literaturze przedmiotu zbliżony, bez względu na typ histologiczny i stopień złośliwości nowotworu (por. Pąchalska, Kropotov, 2012). Objawy dzieli się na uogólnione i specyficzne. Uogólnione objawy obejmują bóle głowy, nudności, wymioty, senność oraz zaburzenia procesów poznawczych, w tym zaburzenia osobowości i zachowania. Objawy ogniskowe to: napady drgawkowe, niedowład połowiczny, zaburzenia mowy, ataksja oraz uszkodzenia nerwów czaszkowych w przypadku guzów jamy tylnej czaszki.

Chociaż w guzach pochodzenia glejowego o wszystkich stopniach złośliwości zakres objawów jest podobny, częstota występowania tych objawów zależy od złośliwości danej zmiany. W leczeniu złośliwych gwiaździaków mają zastosowanie wszystkie trzy metody stosowane w terapii nowotworów: leczenie operacyjne, radioterapia i chemioterapia. W przypadku gwiaździaka anaplastycznego i wielopostaciowego postępowanie jest identyczne, lecz rokowanie zupełnie inne. Przy takiej samej metodzie leczenia średni czas przeżycia pacjentów z gwiaździakiem anaplastycznym wynosi trzy lata, a niektórzy pacjenci przeżywają dekadę lub dłużej. W przypadku gwiaździaka wielopostaciowego, przeciętny czas przeżycia wynosi około roku i rzadko dochodzi do trzech lat.

Czy można rozróżnić poszczególne objawy?

Jak wspomniałem wyżej, nie sposób wyróżnić tylko objawów emocjonalnych lub tylko objawów poznawczych lub behawioralnych. Bardzo często autorzy piszący o budowie mózgu, powołując się na teorię lokalizacyjną pól Brodmanna. Nie można zaprzeczyć jej użyteczności, jednak ma pewne wady. Uszkodzenie płata czołowego, ciemieniowego lub innego nie wpływa tylko na zdolności poznawcze lub też emocjonalne. Ma swoje oddziaływanie również na zachowanie jednostki. Przykładowo, uszkodzenie płata potylicznego, w wyniku którego zaburzone jest widzenie, wpływa także na emocjonalną ocenę sytuacji oraz zachowanie i podejmowane decyzje. Uszkodzenie płata ciemieniowego, w wyniku którego występuje apraksja konstrukcyjna, chory może stać się drażliwy, zły, szybko się męczyć. W związku z tym, może również dojść do wybuchów złości, agresji fizycznej, przekleństw lub też apatii, zaniechania działań. Potwierdzenie powyższych słów, można odnaleźć w badaniach neuroobrazowania mózgu przy pomocy technik tak statycznych, jak i dynamicznych. Metody te wskazują bezpośrednio, że każda funkcja

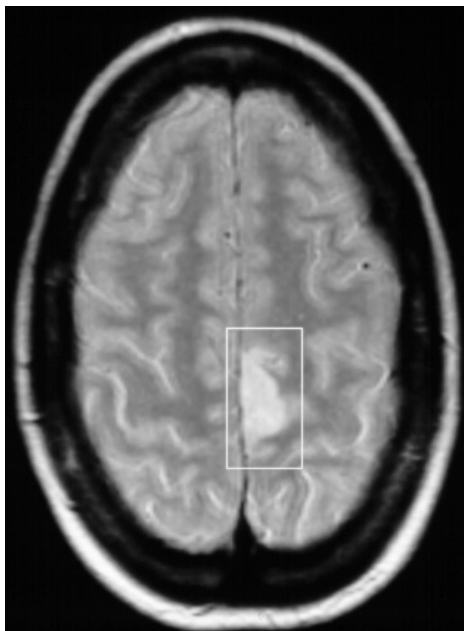
poznawcza realizuje się przy współdziałaniu różnych, często oddalonych od siebie części mózgu, a jednocześnie każdy obszar mózgu bierze udział w wielu różnych funkcjach.

Trudno przedstawić wszystkie możliwe nieprawidłowości, zatem wymienię kilka najczęściej spotykanych w literaturze (Dymecki, Kulczycki, 2005). Osoba, która doświadcza rozwijania się choroby nowotworowej w swoim mózgu, może utracić wzory pamięci kinestetycznej, może być niezdolna do utrzymywania uwagi na danym zagadnieniu czy przejawiać apatię (zmiany w płacie czołowym). Mogą się rozwinąć różne wzory patologicznych stanów, które określane są w literaturze jako zespoły płatów czołowych (Domańska, Borkowska, 2011). Może również rozwinąć afazja przejawiająca się zaburzeniami w mówieniu czy rozumieniu wypowiedzi słownych. Uszkodzenia w płacie ciemieniowym mogą spowodować agnozę, agrafie lub apraksje (wyobrażeniowa, wyobrażeniowo-ruchowa, konstrukcyjna). Chorzy z ogniskiem w płacie ciemieniowym nie odnajdują się w trójwymiarowej przestrzeni. Uszkodzenia w płacie skroniowym mogą objawiać się napadami hakowymi, utratą pamięci świeżej czy afazją przejawiającą się trudnościami w rozumieniu. W uszkodzeniach tego obszaru opisywane są stany marzeń sennych *dreamy states*, wrażenia przeżywania dawnego wydarzenia tzw. *deja vu* – już widziane czy *deja vecu* (*deja connu*) – już słyszane, znane, które mogą mieć inny obraz prawie u każdego chorego (Brown, 2000; Fuster, 2000). Współczesna nauka tłumaczy te zjawiska faktem zafałszowania procesów percepcji i pamięci, co można rozumieć lepiej w oparciu o mikrogenetyczną teorię formowania się objawu, którą zaprezentuję w dalszej części artykułu, według której, proces percepcji u człowieka ma charakter nie tylko twórczy, ale też wysoce subiektywny i związany z uszkodzeniem mózgu (Lipowska, 2011; Pąchalska, 2007). Zmiany w płacie potylicznym mogą powodować: ślepotę korową, ślepotę barw, aleksję (Dymecki, Kulczycki, 2005). Uszkodzenie płata limbicznego powoduje zaburzenia pamięci, wybuchy niepohamowanego napadu złości, zmieniające się reakcje wegetatywne. Zakłócone są również zachowania seksualne (może pojawić się objaw zwany hiperseksualnością). Może też pojawić się bezwiedne oddawanie moczu czy różnorodne ruchy oralne i związane z nimi dziwaczności w jedzeniu (Kertesz, 1998). Drażnienie ciała migdałowatego powoduje odczuwanie lęku i niepokoju (por. Pąchalska, Kropotov, 2012). W łączności z podwzgórzem oraz istotą szarą okołowodociągową odgrywa wiodącą rolę w zachowaniach obronnych, które u chorego mogą być osłabione lub w zaniku. Musimy mieć świadomość, że zaburzeniu nie ulegają tylko sfery poznawcze, behawioralne czy emocjonalne, ale też pewien stan równowagi funkcjonowania neurotransmiterów. Objawy te mogą narastać, przenikać się wzajemnie, tworząc nowy obraz zaburzeń procesów poznawczych, emocjonalnych i zachowania.

STUDIUM PRZYPADKU

Ciekawy opis studium przypadku, ukazujący najpełniej istotę przenikania objawów u chorego z gwiaździakiem mózgu zaprezentowali Pąchalska i Kropotov (2012). Autorzy ci badali pacjenta z gwiaździakiem protoplazmatycznym II stopnia według WHO, który należy do glejaków o niskiej złośliwości (*low grade astrocytoma* – LGG), do których zalicza się nowotwory I i II stopnia.

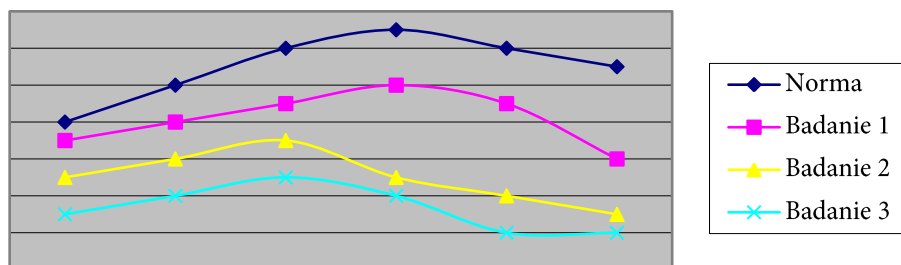
Pacjent, lat 36, został przyjęty do Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii CM UJ w Krakowie w maju 2011 roku z powodu wystąpienia dwóch epizodów napadów padaczkowych (pierwszy napad dziewięć miesięcy wcześniej). Przy przyjęciu chory był w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości bólowych, przytomny, w kontakcie logicznym. Sporadycznie pojawiały się rytmiczne drgawki nóg. W badaniu MRI mózgowia wykazano obecność guza w lewej półkuli mózgu, po stronie ogniska padaczkowego (rysunek 1).



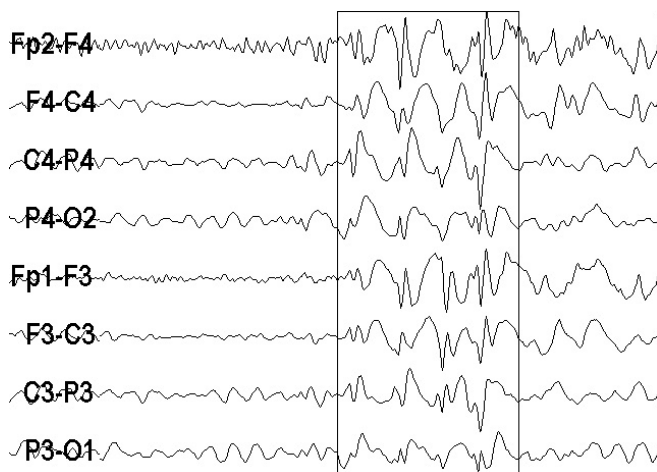
Rysunek 1. MRI pacjenta z 2011 roku z rytmicznymi drgawkami nóg. Stwierdzono guz mózgu po stronie ogniska padaczkowego (Pąchalska, Kropotov, 2012, s. 123).

Na podstawie obrazu klinicznego i radiologicznego, budzącego podejrzenie łagodnego glejaka, wykonano biopsję stereotaktyczną i po rozpoznaniu histopatologicznym guza o utkaniu gwiaździaka protoplazmatycznego II stopnia według WHO, naświetlanie z wykorzystaniem gamma noża.

W kwietniu 2012 roku objawy zaburzeń procesów poznawczych i zachowania zaczęły się nasilać. Największe zaburzenia wystąpiły w zakresie dynamiki pamięci (rysunek 2). Pacjent nie potrafił nauczyć się niczego nowego i wszystko zapominał.

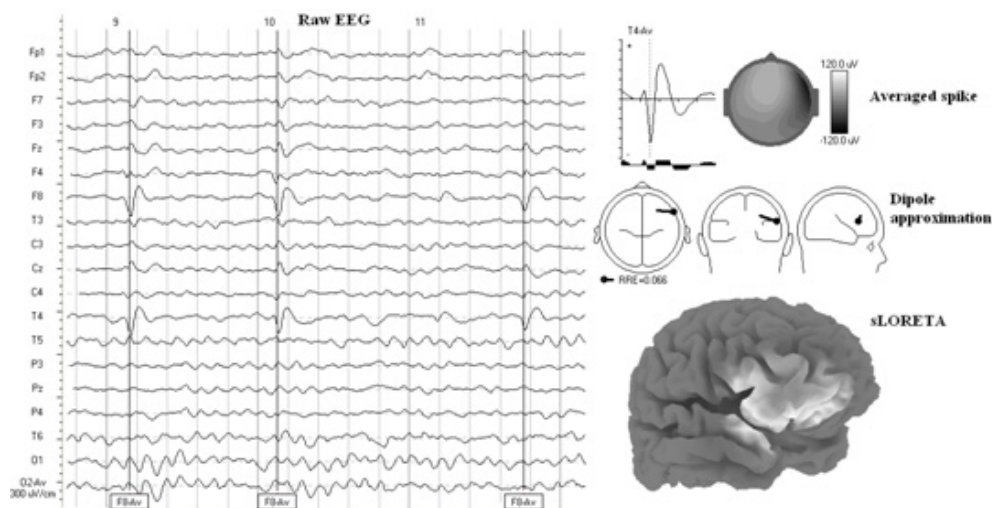


Rysunek 2. Krzywa uczenia się pacjenta GM. I. 36. Badanie 1 – maj 2011; Badanie 2 – październik 2011; Badanie 3 – kwiecień 2012 (Pąchalska, Kropotov, 2012, s. 124).



Rysunek 3. EEG pacjenta z pierwotnie zgeneralizowaną epilepsją. Seria dwustronnych pików w odprowadzeniach fali przedstawiona w obszarze obramowanym prostokątem (Pąchalska, Kropotov, 2012, s. 125).

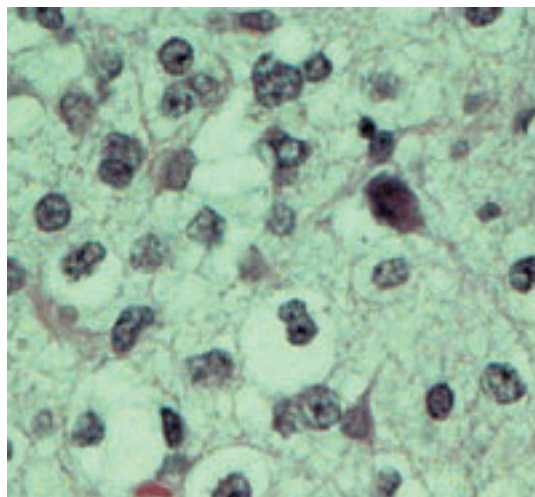
Badania EEG ujawniły serię dwustronnych pików w odprowadzeniach fali przedstawionej w obszarze obramowanym prostokątem (rysunek 3), natomiast analiza komponent niezależnych potencjałów ERPs zobrazowana za pomocą tomografii sLORETA wykazała obecność pików międzynaładowych (rysunek 4).



Rysunek 4. Tomografia sLORETA. Stwierdzono obecność międzynaapadowych pików (Pachalska, Kropotov, 2012, s. 126).

Kilka dni później u pacjenta wystąpił kolejny napad epilepsji oraz następnie objawy afazji (najprawdopodobniej epileptycznej), gdyż trudności w znajdowaniu słów zmniejszały się w ciągu kolejnych dni.

W połowie maja 2012 pacjent został ponownie hospitalizowany z powodu nagłego wystąpienia serii uogólnionych napadów padaczkowych z następowym długotrwałym stanem pomrocznym i niedowładem połowicznym, który nie ustąpił po włączeniu leczenia przeciwoprężkowego. Wynik badania MRI mózgowia z kontrastem ujawnił niejednorodne wzmocnienie w okolicy przyśrodkowej płatów skroniowych, w pobliżu zmian pooperacyjnych. Uzupełniony obraz badaniem spektroskopii MRI wskazywał na wznowę guza. Pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego z użyciem techniki neuronawigacyjnej. Makroskopowy obraz operacyjny również budził podejrzenie wznowy lub zmian bliznowatych popromiennych. Zmienioną tkankę usunięto w całości. Po zabiegu operacyjnym pacjent był w stanie ogólnym dobrym, bez ubytków neurologicznych i napadów padaczkowych. W badaniu histopatologicznym rozpoznano *astrocytoma anaplasticum* III stopnia według WHO (rysunek 5), czyli wznowę guza z cechami zezłośliwienia w porównaniu do badania po pierwszej operacji.



Rysunek 5. Astrocytoma anaplasticum III WHO. Stwierdza się wyraźny pleomorfizm jąder komórkowych z figurami podziału. Figury te zostały oznaczone strzałkami (barwienie H-E; Pąchalska, Kropotov, 2012, s. 127).

Stan pacjenta zaczął się szybko pogarszać. Pacjent stał się niezwykle impulsywny i agresywny i rzucał przedmiotami w kierunku innych osób. Po kilku dniach pojawiła się apatia, a wraz z nią kilkakrotnie zaobserwowana złożona aura padaczkowa, w której pacjent widział kolorowe piki i fale o różnych kształtach. Aura ta przypominała halucynacje wzrokowe. Kolejno wystąpiła seria uogólnionych napadów padaczkowych z następowym długotrwałym stanem pomrocznym i niedowładem połowicznym. Pacjent stracił przytomność i w połowie maja 2012 zmarł.

Autorzy podkreślają, że w ciągu roku obserwacji i wielokierunkowych neurofizjologicznych i neuropsychologicznych badań, stwierdzono u tego pacjenta dużą zmienność i wzajemne przenikanie się różnych objawów klinicznych, które są w pracy zinterpretowane zgodnie z teorią mikrogenetyczną.

OBJAWY NEUROPSYCHOLOGICZNE W UJĘCIU TEORII MIKROGENETYCZNEJ

Zaprezentowana powyżej analiza doniesień z krajowej i światowej literatury oraz omówienie studium przypadku, pozwala stwierdzić, że u osób z gwiazdziakiem mózgu obserwuje się zmienność i przenikanie objawów w czasie. Objawy te mogą wystąpić gwałtownie. Mogą zmieniać się w ciągu godzin, dni, tygodni. W ten sposób formują różnorodne profile zaburzeń procesów poznawczych, które nasilają się w czasie trwania choroby oraz zmieniają swój obraz kliniczny. Jak zatem wytłumaczyć

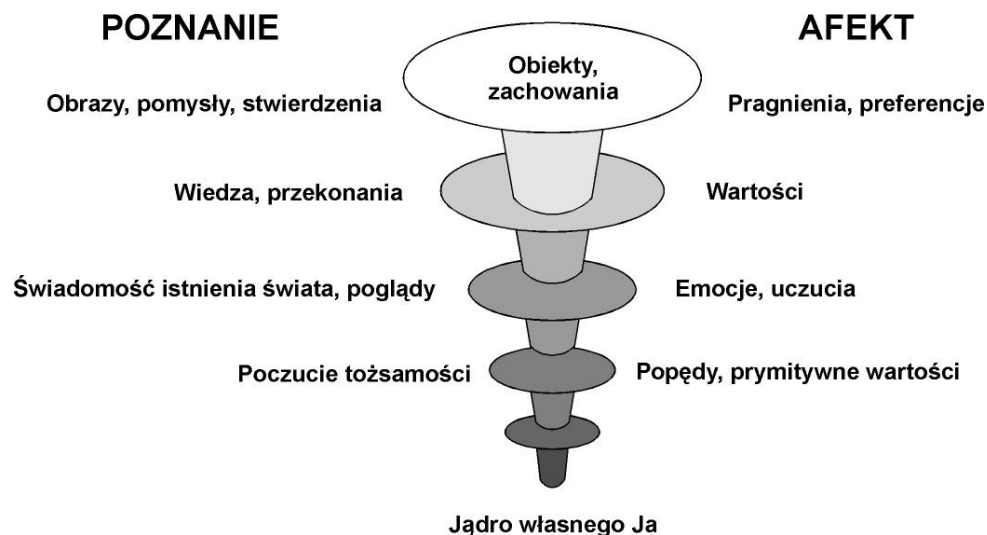
takie zmiany? Łuria (1976), prowadząc wieloletnie badania i obserwacje pacjentów z różnorodnymi uszkodzeniami mózgowia, stwierdził, że mózgowie posiada system wielu specyficznych i niespecyficznych, zintegrowanych układów funkcjonalnych (por. też Kądziaława 1997, 2000, 2002). Podobne poglądy prezentował również niezależnie Brown (1972, 1993, 1996, 2002). Zdaniem tych autorów organizacja psychologiczna funkcji wiązana ze strukturą i funkcją mózgu pozwala na poznawanie związków, jakie zachodzą pomiędzy organizacją i aktywnością mózgu a organizacją psychiki i zachowania człowieka oraz dokonywanie analiz neuropsychologicznych. Brown (1973, 2000, 2005) dodaje, że złożone funkcje psychiczne realizowane są przy udziale zarówno specyficznych i niespecyficznych układów funkcjonalnych na różnych poziomach ośrodkowego układu nerwowego. Wielu autorów (Herzyk, 2005; Kaczmarek, 1998, 2003; Kądziaława, 2002; Pąchalska, 2007a) zgodnie podkreśla, że nadrzędnym celem funkcjonowania tych układów jest integracja wielu symultanicznie przebiegających procesów i zachowania. Pąchalska (2007b) dodaje, że układy te odpowiadają również za dezintegrację tych procesów i zachowania w przypadku uszkodzenia mózgu oraz za tworzenie się objawów, które można rejestrować w zachowaniu. Zmienność i wzajemne przenikanie tych objawów, w przypadku osób z różnorodnymi dysfunkcjami mózgu, można najlepiej zrozumieć w oparciu o mikrogenetyczną teorię formowania się objawu. Formujący się objaw jest silnie związany ze stanami umysłu, które rozwijają się w procesie percepcji i działania, pulsują w czasie i są mierzonymi w milisekundach (Brown, Pąchalska, 2003). Kora mózgowa jest zarazem odbiorcą i nadzorcą zachodzących w mózgu procesów, przy czym nie ma jednego tylko cyklu percepcja–działanie, lecz kilka, z których najkrótszy to odruch, zaś najdłuższy – realizacja planu, nawet wieloletniego. Nakładanie się tych procesów stanowi więc odbicie procesu ewolucji człowieka i jego działania na skali filogenetycznej, ontogenetycznej i mikrogenetycznej, co oznacza, że rozwój od gestaltu do reprezentacji umysłowej jest jednocześnie rozwojem od starszych warstw układu nerwowego do nowszych, od głębi do powierzchni, od poczucia całości do rozumienia szczegółów – innymi słowy: od ogólnego pojęcia istnienia obiektu do jego cech i komponentów. Mówimy tutaj oczywiście o warstwach w sensie topograficznym, strukturalnym, natomiast w sensie chronologicznym, procesualnym, są to etapy. Przy czym – jak już wskazywaliśmy – każdy etap jest sam w sobie kompletnym, czyli samowystarczającym systemem. Można to przedstawić w formie następującego schematu: *surowiec* → *proces* → *wyrób* (gdzie surowiec to percepcja, a wyrób to zachowanie).

Najogólniej mówiąc, każdy kolejny, wyższy system przyjmuje wyrób niższego systemu jako swój surowiec, choć ten wyrób nie jest już surowcem sensu stricte. Co więcej, na każdym wyższym piętrze istnieją możliwości, choć ograniczone, analizy otrzymanego surowca (czy półproduktu). Nie jest tak, że otrzymany bodziec jest ode-

brany przez receptory zmysłowe i przesłany sukcesywnie przez kolejne piętra układu nerwowego do momentu powstania w pełni zrealizowanej reprezentacji umysłowej, na podstawie której podjęta jest decyzja o reakcji, która realizuje się w mniej więcej odwrotnej kolejności. W rzeczywistości, kompletny cykl bodziec–reakcja powtarza się tyle razy, ile jest pięter w układzie nerwowym.

W tym kontekście rodzi się podstawowe pytanie: do czego są potrzebne wyższe piętra, jeżeli już na niższym piętrze tworzy się reakcja na każdy bodziec? Odpowiedź w najprostszej wersji brzmi, że każde piętro kształtuje własny obraz i uruchamia ewentualną reakcję na ten obraz w obrębie swoich specyficznych zdolności przetwarzania danych, a na resztę otrzymywanych danych nie reaguje.

Całokształt danych docierających do organizmu przez wszystkie dostępne kanały nie stanowi jednego bodźca, a nawet nie stanowi sumy od 1 do n bodźców, lecz raczej tylko bezkształtną masę informacji (por. też Kaczmarek, Pąchalska, 2012). Każde piętro, każdy system wydobywa z masy otrzymanych przez siebie danych pewne zbiory, które pasują do istniejących wzorów, a tym samym stają się bodźcami. Bodziec, aby był bodźcem musi być rozpoznawalny na tym poziomie układu nerwowego, na którym ma funkcjonować jako bodziec, a rozpoznanie w tym ujęciu polega na dopasowaniu pewnych zbiorów otrzymanych danych do już posiadanych wzorów. Ilustruje to rysunek 6.



Rysunek 6. Piętrowość w procesie tworzenia percepcji i akcji (Pąchalska, 2008, s. 32).

Również reakcja na bodziec kształtuje się według wyuczonych wzorów istniejących na danym piętrze układu nerwowego. Kolejne, dobudowane w procesie ewolucyjnym piętro układu nerwowego odbiera zatem masę danych, które teraz zawierają:

- ▷ informacje niezorganizowane,
- ▷ informacje zorganizowane (czyli bodźce) z niższego czy z niższych pięter,
- ▷ reakcje uruchamiane na niższym czy niższych piętrach.

Oznacza to, że własne reakcje organizmu na otrzymane bodźce stanowią część danych otrzymanych z niższych pięter układu nerwowego. Kiedy łuk odruchowy zamyka się, aktywizacja określonych neuronów aferentnych następuje natychmiast po aktywizacji określonych neuronów eferentnych bez ingerencji wyższych pięter układu nerwowego. Człowiek jest świadomy faktu swojej reakcji (odruchowej) dopiero po jej realizacji. Nie wynika z tego jednak, że wszystkie reakcje, które nie są sensu stricto odruchami, realizują się w pełnym świetle świadomości. Istnieje raczej skala reakcji, na której odruch stanowi jeden kraniec, a świadoma decyzja – drugą.

Istotną rolę w tym procesie odgrywa możliwość hamowania czy zawieszania reakcji uruchamianej na niższym piętrze. W przypadkach, gdy następuje realizacja reakcji uruchamianej na niższym piętrze, mówimy, że człowiek reaguje odruchowo, automatycznie, czasami nawet wbrew sobie czy wbrew woli. Dalsza reakcja może się pojawić albo i nie. W innych przypadkach reakcje uruchamiane na niższych piętrach ulegają hamowaniu, a reakcja właściwa tworzy się i jest realizowana dopiero na wyższym piętrze. Wszystko wskazuje na to, że tak rozumiane hamowanie należy do podstawowych funkcji płatów czołowych. Płaty czołowe posiadają liczne połączenia wsteczne, czyli zstępujące, z niższymi piętrami – które są filogenetycznie, ontogenetycznie i mikrogenetycznie starszymi od nich ośrodkami.

Wiadomo, że rozrost gwiazdki niszczy mózg zarówno w obrębie struktury, jak i połączeń, zatem odcina niejako płaty czołowe od układu limbicznego, przez co pacjent traci zdolność kontroli nad emocjami. Fakt ten tłumaczy nasilenie się zaburzeń emocjonalnych i zachowania u tych osób. Dzieje się tak nie tylko z powodu lokalizacji, ale też dlatego, iż powiększające się uszkodzenie mózgu nasila dezintegrację procesów mózgowych, sprawia, że formują się i zmieniają zaburzenia procesów poznawczych i zachowania (Pachalska, 2007).

Formujące się objawy wiążą się silnie ze stanami umysłu oraz z zachowaniem, które oddają aktualny stan mózgu i umysłu, dlatego wraz z rozrostem guza mózgu zmieniają się w czasie i wzajemnie przenikają. Sam objaw stanowi bowiem fragment czegoś nieoczekiwanego (czyli odbiegającego od normy) w zachowaniu, choć zachowanie, które pojawia się na powierzchni, może pod innymi względami przebiegać normalnie. Proces, w następstwie uszkodzenia struktury mózgu, jest niedokończony. Wskazuje na zakłócenie jednej, dwu lub kilku faz wchodzących w skład określonego

stanu mózgu/umysłu. Innymi słowy, całokształt zachowania jest objawem. Wynika stąd, że stosunek objawu do zaburzonego fragmentu zachowania, jest tym samym jądrem relacji dowolnego zachowania do tego stanu umysłu/mózgu, który je tworzy (por. Pąchalska, 2008).

Płynie stąd wniosek, że badanie objawów neuropsychologicznych jest nieodzowne w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym. Objawy nie są przecież tylko dodatkami do psychologii naukowej, ale potrafią nam wskazać, jak przebiegały wcześniej dowolne procesy czy to poznawcze, czy emocjonalno-motywacyjne.

Przyjęcie teorii mikrogenetycznej w analizie zmian zachodzących u osób z gwiazdździakiem mózgu umożliwia uchwycenie przebiegu zaburzeń procesów poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych oraz zachowania w kontekście i w czasie. Badanie skoncentrowane jest na procesie dokonywania się zmian pozwalających dostrzec transformację zaburzeń w mikroskali, a następnie zaburzeń w makroskali. Analizy podążają w dwóch kierunkach:

- ▷ dynamiczna fluktuacja w zachowaniu osób z gwiazdździakiem mózgu. Zmienność staje się podstawą wnioskowania o naturze rozwoju zaburzeń neuropsychologicznych. Analizie podlega zbiór danych, zgromadzonych drogą częstego badania pacjentów w procesie leczenia. Takie badania były prowadzone w zespole kierowanym przez Pąchalską i in. (2012).
- ▷ analiza procesu zogniskowana jest na zmieniającej się – śledzonej krok po kroku – strukturze zachowań. Ukierunkowana jest ona na wyodrębnienie z dokonujących się zmian charakterystyki przebiegu zaburzeń w określonym przedziale czasowym, jak to miało miejsce w prowadzonych badaniach (Pąchalska, 2008).

Przykładowo, objaw afatyczny to swego rodzaju zdjęcie fazy przetwarzania, który jest uśpiony w normie, a w patologii wychodzi jako końcowy wytwór. Tak ujęty objaw jest pomostem między patologią a normą, będąc fragmentem niedokończonego wykonania procesu językowego. Zatem, ogniskowe uszkodzenie mózgu nie przerywa w całości, jak niektórzy chcą, danego procesu umysłowego. Komputer nie zatrzymuje się, szuflady nie zacinają się. Co bowiem, możemy uzyskać z takich porównań? Niewiele. Możemy na siłę wyciągnąć szufladę z danym procesem, ale jak zrestartować komputer? Jak widać, takie mnożenie metafor, nie przyczynia się do zrozumienia istoty rzeczy.

Po przyjrzeniu się objawom i odwołaniu się do naszej wiedzy, jak dany proces jest formowany, możemy przewidzieć, w jakim kierunku powinna postępować rehabilitacja, aby była skuteczna. I to bardzo wcześnie, bo w zasadzie od pierwszych momentów stwierdzenia nowotworu mózgu. Pąchalska (2008) zauważa, że teoria mikrogenetyczna podsyca nadzieję, iż rehabilitacja osób z zaburzeniami wyższych funkcji mózgowych mogłaby być możliwa, właśnie dlatego, że są one słabiej zorga-

nizowane w porównaniu do niższych funkcji mózgowych (np. motorycznych), które cechuje silniejsza (czyli bardziej specyficzna) organizacja. Podobnie uważa również Prigatano (1999), który buduje w oparciu o ten model funkcji mózgu swój autorski program neurorehabilitacji.

Sumując, pragnę podkreślić, że mikrogenetyczna teoria formowania się objawu, która ma wartość naukową (Pąchalska i in., 2012), ma również wartość przyspieszającą leczenie pacjenta. W przypadku osób z rozrostowym gwiaździakiem mózgu, prowadzącym najczęściej do śmierci, ma jednak wartość głównie humanistyczną, sprzyja bowiem poprawie jakości życia pacjenta w terminalnej chorobie, łączy go z rodziną i najbliższym otoczeniem (por. też Pąchalska, Kropotov, 2012).

W tym momencie zatrzymam na chwilę swoje dalsze rozważania. Wyobraźmy sobie sytuację, iż pacjent stracił na chwilę przytomność. Został zabrany do szpitala. Nie wiemy o nim zbyt wiele, prócz tego, że stracił zdolność wysławiania się. Dodatkowo nie współpracuje z pielęgniarkami i pozostałym personelem w utrzymywaniu choćby minimum higieny osobistej. Personel dosyć często uzna go, delikatnie mówiąc za ciężki przypadek i z dużą dozą prawdopodobieństwa będzie się z nim nie najlepiej obchodził. Czy my możemy, w świetle powyższej teorii powiedzieć, że jest ciężkim przypadkiem? Być może, mowa została zaburzona, zatrzymana. Co wcale nie oznacza, że pacjent nic nie czuje. Jeden proces umysłowy został zahamowany, inne w wyniku tego osłabną. Jednak pacjent może rozumieć reakcje słowne. Jak wspominałem wyżej, objawy są zmienne w czasie. Jedne się pojawiają, drugie zanikają. Wtedy pacjent może personel zaskoczyć i w końcu powiedzieć parę cierpkich słów na ich temat. Jest to przypadek czysto teoretyczny, ale czy na pewno tak całkowicie niemożliwy?

W świetle powyższych rozważań, chciałem zwrócić uwagę, że im więcej informacji z perspektywy medycznej wiemy na temat danej osoby, o tyle mamy przewagę nad chorobą. Dlatego też zaprezentowałem mikrogenetyczną teorię formowania się objawu w przypadku gwiaździaka mózgu, jako ważne rozwiązanie modelowe, pozwalające na pełniejszą diagnostykę objawów neuropsychologicznych, a więc i na lepsze leczenie i rehabilitację tego pacjenta. Widzę tutaj dość istotne uzupełnienie całości, które pozwoli nam do końca i pomimo wszystko widzieć w chorym istotę ludzką. Z całą swoją historią życia, godnością i niepowtarzalnością.

BIBLIOGRAFIA

- Brown, J. W. (1996). *Time, will and mental process*. New York: Plenum.
Brown, J. W. (2000). *Mind and nature: Essays on time and subjectivity*. London: Whurr.

- Brown, J. W. (2001). Microgenetic theory: reflections and prospects. *Neuropsychanalysis*, 3, 61–74.
- Brown, J. W. (2002). *The self-embodying mind. Process, brain dynamics and the conscious present*. Barrytown, New York, USA: Barrytown/Station Hill.
- Brown, J. W. (2003). What is an object? *Acta Neuropsychologica*, 1(3), 239–259.
- Brown, J. W. (2004a). A microgenetic approach to time and memory in neuropsychology. *Acta Neuropsychologica*, 2(1), 1–12.
- Brown, J. W. (2004b). Word-concept, verbal hallucination, and inner speech in neuropsychology. *Acta Neuropsychologica*, 2(3), 237–251.
- Brown, J. W. (2005). *Process and the authentic life: Toward a psychology of value*. Frankfurt & Lancaster: Ontos Verlag.
- Brown, J. W., Pąchalska, M. (2003). The nature of the symptom and its relevance for neuropsychology. *Acta Neuropsychologica*, 1(1), 1–11.
- Cummings, J. L., Mega, M. S. (2005). *Neuropsychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Domańska, Ł., Borkowska, A. (2011). *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Dymecki, J., Kulczycki, J. (2005). *Neuropatologia*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Didkowska, J. (2012, 30 marca). *Nowotwory mózgu – epidemiologia*.
Pobrane z: <http://mediweb.pl/children/wyswietl.php?id=1638>.
- Fuster, J. M. (1985). The prefrontal cortex, mediator of cross-temporal contingencies. *Human Neurobiology*, 4, 169–179.
- Kaczmarek, B. L. J. (1998). *Mózg język zachowanie*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kaczmarek, B. L. J. (2003). Plastyczność funkcji czy struktur mózgowych. *Kolokwia Psychologiczne*, 11, 180–199.
- Kaczmarek, B. L. J. (2012) *Cudowne krosna umysłu*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kądziaława, D. (1997). Zaburzenia językowe po uszkodzeniu struktur podkorowych mózgu. W: A. Herzyk, D. Kądziaława (red.), *Związek mózg – zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej* (s. 111–115). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kądziaława, D. (2000). Neuropsychologia kliniczna: charakterystyka dyscypliny. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. (t. 3, s. 649–662). Gdańsk: GWP.
- Kądziaława, D. (2002). Zaburzenia neuropsychologiczne w funkcjonowaniu człowieka. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. (t. 3, s. 663–675). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kowalczyk, B. (2012, 30 marca). *Rodzaje nowotworów*. Pobrane z: http://mediweb.pl/diseases/wyswietl_vad.php?id=587.
- Liberski, P. P., Jaskólski, M. (2002). Prion diseases: a dual view of the prion hypothesis as seen from a distance. *Acta Neurobiologiae Experimentalis (Warszawa)*, 62(3), 197–224.
- Łuria, A. R. (1976). *Podstawy neuropsychologii*. Warszawa: PZWŁ.
- Nagańska, E. (2006, 8 maja). *Objawy neurologiczne guzów mózgu*.
Pobrane z: <http://www.czytelniamedyczna.pl/2686,objawy-neurologiczne-guzow-mozgu.html>.

- Pąchalska, M. (2007a). *Neuropsychologia kliniczna: Urazy mózgu. Tom 1 Procesy poznawcze i emocjonalne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pąchalska, M. (2007b). *Neuropsychologia kliniczna: Urazy mózgu. Tom 2. Komunikacja i powrót do społeczeństwa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pąchalska, M. (2008). *Rehabilitacja neuropsychologiczna: Procesy poznawcze i emocjonalne*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe UMCS.
- Pąchalska, M., MacQueen, B., Brown, J. W. (2012). Microgenetic theory: Brain and mind in time. W: R. Rieber (red.), *Encyclopedia of the history of psychological theories* (s. 1001–103). New York: Springer.
- Pąchalska, M., Kropotov, J. D. (2012). Quantitative EEG and event related Potentials in neuropsychology: Case studies. Frankfurt: Ontos.
- Parafiniuk, D., Jeżewski, D., Nowacki, P. (2010). Wznowa gwiazdździaka II stopnia wg WHO w formie uzłośliwionej po 13 latach. Opis przypadku i przegląd piśmiennictwa. *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 56,2, 45–50.
- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. New York: Oxford University Press.
- Pronobis, J., Dyttus-Cebulok, K. (2012, 30 marca). *Poradnik dla pacjentów z guzem mózgu*. Pobrane z: http://neuroonkologia.com.pl/poradnik_net.pdf.
- Rowland, L. (2008). *Neurologia Merritta*. (t. 2, s. 408–422). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Solomon E., Berg, L. Martin, D., Ville, C. (2000). *Biologia*. Warszawa: Multico Oficyna Wydawnicza.

ALEKSANDRA BRZOSTEK, PIOTR DZWINIEL

abrzostek@st.swps.edu.pl, pdzwiniel@st.swps.edu.pl

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej

JAK NEUROBIOLOGICZNE MECHANIZMY LEŻĄCE U PODSTAW POWSTAWANIA RYTMU KORELUJĄ Z ISTNIENIEM STANÓW ŚWIADOMOŚCI?

RECENZJA

Recenzent: dr Mateusz Gola

Autorzy referatu – A. Brzostek oraz P. Dzwiniel – pochylają się nad jednym z najstarszych pytań filozofii – pytaniem o istotę świadomości. Zarówno pani Brzostak, jak i pan Dzwiniel są studentami Neurokognitywistyki na SWPS. Do problemu podchodzą świadomości z perspektywy neuronauki poznawczej oraz badań nad mózgiem. W przystępny, wciągający Czytelnika sposób przedstawiają bogatą merytorycznie mozaikę naukowych odkryć oraz wciąż weryfikowanych hipotez, z których kolejno wyłaniają się przed nami zagadnienia rytmów biologicznych, ich wpisania się w naturę otaczającego człowieka świata. Wychodząc od koncepcji Thauta, w sposób szczególnie przyglądają się rytmom elektrofizjologicznych zapisów pracy mózgu, które obserwujemy od ponad wieku dzięki elektroencefalografii i pomiarom lokalnych potencjałów polowych. W dość przystępny sposób przedstawiają rolę aktywności oscylacyjnej populacji neuronów oraz powiązania tej aktywności z różnymi stanami świadomości. Nawiązując do koncepcji Kocho, pokazują, jaką rolę w procesach świadomego przetwarzania informacji, odgrywa wielomadoalnościowa integracja napływających informacji oraz rywalizacja między jednostkami znaczeniowymi ucieleśnionymi w postaci funkcjonalnie połączonych populacji neuronalnych, których elektryczny ślad aktywności obserwować możemy w postaci oscylacji w paśmie gamma. W pewnym momencie Autorzy, być może nie do końca świadomie przeprowadzają Czytelnika przez pułapkę regresji do nieskończoności, przechodząc od niej do opisu neuroanatomicznego struktur mózgu, bez których świadomość nie może zaistnieć. Mimo że tekst zawiera wiele merytorycznie trudnych zagadnień, Autorzy prezentują je w przystępnej i przyjemnej postaci, która z powodzeniem może być zrozumiała nie tylko dla osób zajmujących się neuronauką. Polecam zapoznanie się z tym tekstem.

Według definicji (Thaut, 2008) „rytm w najprostszym tego słowa znaczeniu odnosi się do wyraźnych podziałów czasu i przestrzeni w przedziałowe systemy czasowe charakteryzujące się okresowością”. Mechanizmy stanowiące jego etiologię wydają się niezbędne do zaistnienia wielomodalnościowego procesu, którego efektem jest świadomość. Nasuwa się więc pytanie – jakie są neurobiologiczne korelaty świadomości (Koch, 2004) i jaką rolę w jej powstawaniu odgrywają przedziałowe systemy czasowe? Ponieważ świadomość, jako stan, wymaga nieodłącznego angażowania wielowymiarowego procesu czasowego, niezależnie od modalności, rytm przyjmuje krytyczną rolę w kształtowaniu oraz modulowaniu formy końcowej świadomego postrzegania, operacjonalizacji czy zwykłej introspekcji (Thaut, 2008).

Słowa kluczowe: rytm, czas, świadomość, fale mózgowe, oscylacje, synchronizacja, percepcja, potencjały czynnościowe, mózg

Czym jest świadomość? Od zarania dziejów ludzie starają się odpowiedzieć na to pytanie, przyjmując odpowiednio do panującej w danym czasie kultury specyficzne formy. Platon, ojciec koncepcji nieśmiertelnej duszy uwięzionej w śmiertelnym ciele, dał początek ideom dualistycznym, gdzie jakoby nad ciałem fizycznym panuje duch pozbawiony materialnej formy. Widzący, słyszający, czujący, myślący, świadomy – duch w maszynie, jak wiele lat później mówił o tym R. Decartes. D. Dennett (1991), współczesny dzisiejszej filozofii, propaguje natomiast koncepcję świadomości iluzorycznej, jakoby ta miała być złożoną iluzją, wytworem zmysłów, podpartą interpretacjami społecznymi i uczeniem się (Koch, 2004). Niektórzy badacze uważają natomiast, że aby wyjaśnić, czym w istocie jest świadomość, konieczne jest sformułowanie całkowicie nowych praw naukowych.

Przypuszczam, że każdy z nas czuje, co to znaczy być świadomym. Według J. Searle’a (1997): „świadomość składa się z tych stanów związanych z wrażeniami, doznaniem lub przytomnością, które rozpoczynają się rankiem, gdy budzimy się ze snu, i ciągną się do chwili, gdy zapadniemy w śpiączkę albo umrzemy, albo znów zaśniemy, albo w inny sposób zapadniemy w stan nieświadomości” (s. 25). Mimo że definicja Searle’a nie obejmuje wszystkich świadomych doznań, których często nie pamiętamy np. snów, które ciężko jest odróżnić od jawy, to subtelnie wskazuje na wielość procesów składających się na niesamowicie złożony konglomerat pojęcia świadomości.

Świadomość pomimo mnogości koncepcji będzie w owej pracy funkcjonowała ostatecznie jako emergentna właściwość neuronów budujących mózg. I tak, przyjmujemy (za: Koch, 2004), że fizyczne podłoże świadomości wynika ze szczególnych oddziaływań między komórkami nerwowymi i ich częściami składowymi, gdzie wybitnie istotnym czynnikiem jest czas, w którym to wszelkie procesy odpowiedzialne za postrzeganie, uwagę, myślenie są nieprzerwanie odzwierciedlane. W niniejszej pracy postaramy się więc zbliżyć do odpowiedzi na pytanie: jak neurobiologiczne mechanizmy leżące u podstaw powstawania rytmu korelują z istnieniem stanów świadomości?

O RYTMIE SŁÓW KILKA – POPULARNIE

Jak pisał Thaut (2008): „rytm w najprostszym tego słowa znaczeniu odnosi się do wyraźnych podziałów czasu i przestrzeni w przedziałowe systemy czasowe charakteryzujące się okresowością” (s. 4). Odgrywa niezbędną rolę m.in. w muzyce jako element odpowiedzialny za czasową organizację utworu. Rytm, krótko mówiąc, organizuje czas.

Parncutt (1994) zasugerował, że rytm tworzą swoiste impulsy (*pulses*) specyficzne dla modalności (np. nuta w utworze), dzieląc upływ czasu regularnymi punktami

odniesienia, niezbędnymi dla synchronizacji, która jest fundamentem powstawania rytmu. Dodatkowo, częstotliwość pojawiania się impulsów definiuje jak szybko czas wyrażany przez np. muzykę płynie. Odniesienie do pojęcia muzyki nie jest bynajmniej przypadkowe. I muzykę, i świadomość cechuje wyraźna nieciągłość. Każda usłyszana nuta, każda zauważona cecha danego obiektu (perceptu) jest niezmienna w obrębie pojedynczego okresu przetwarzania (klatki). Innymi słowy, to, czego doświadczamy w danym momencie czasowym, jest niezmiennie, stałe, nawet jeżeli bodziec ulega dalszym zmianom (dźwięk E-dur przechodzi w F-mol). Do świadomości jeszcze wrócimy – należało jednak naświetlić symbolikę pojęcia rytmu i jego szerokiego wykorzystywania.

O RYTMIE SŁÓW WIĘCEJ – NEUROBIOLOGICZNIE

U podłoża przetwarzania każdej informacji w ludzkim mózgu leży aktywność neuronalna (potencjały czynnościowe), charakteryzująca się różnymi częstotliwościami w zależności od bodźca, kontekstu, sytuacji, stanu organizmu itd. Wzbudzone sieci neuronów tworzą swoiste wzory aktywności czasowej będące nośnikami wszelkich informacji, jakie docierają do organizmu zarówno ze świata zewnętrznego, jak i wewnętrznego. Tak jak w muzyce, tak w mózgu możemy zaobserwować złożoną czasową synchronizację licznych populacji komórek nerwowych, które poddają się rytmicznej oscylacji, różnej w zależności od charakterystyki trwających procesów poznawczych. Od niezaburzonego procesu synchronizacji oscylacji w specyficznych systemach ośrodkowego układu nerwowego, w szczególności kory nowej, zależy poprawne oraz wydajne poznanie, uczenie się czy intencjonalne poruszanie się.

Jak to się dzieje, że mózg wpada w rytm? Za odpowiedź niech posłuży przykład prostego eksperymentu. Wygląda to tak: na neuronie (np. kory wzrokowej) mierzymy ilość generowanych impulsów (potencjałów) w danym przedziale czasowym bez obecności bodźców, a potem powtarzamy tę czynność, tyle że z prezentacją jakiegoś bodźca – np. błysku światła. Wyniki wskazują, że w zależności od rodzaju i charakterystyki bodźca neuron odpowiada z różną częstotliwością generowanych impulsów. I to może potwierdzać słuszność koncepcji kodowania częstotliwościowego informacji.

No dobrze, ale czy utrzymywanie rytmu może cechować całe populacje komórek, a nie tylko pojedyncze neurony? Tak. I tu wraca na scenę pojęcie oscylacji, które krótko mówiąc, są rytmicznymi falami mózgowymi, dającymi się wspólnie monitorować za pomocą elektroencefalogramu (EEG). Dla przykładu, chyba najbardziej „popularnym” rytmem oscylacyjnym jest rytm alfa, występujący np. u odpoczywającej i nieruchomej osoby, charakteryzujący się częstotliwością w przedziale od 8 do 13 Hz.

NEURONALNY METRONOM

Powinny też istnieć jakieś mechanizmy odpowiadające za czasowe strojenie struktur neuronalnych czy nie? Wydaje się, że tak jest w istocie, choć dokładne umiejscowienie neuronalnych generatorów rytmu, odpowiedzialnych za powstawanie specyficznych wzorców EEG jest trudne.

Z pomocą przychodzi metoda rejestracji lokalnych potencjałów polowych elektrodami umieszczanymi w głębi czaszki, która wykorzystywana w niezliczonych eksperymentach potwierdza występowanie rytmicznych wzorców wyładowań występujących m.in. w hipokampie i niektórych strukturach otrzymujących projekcje zarówno z hipokampa (Koch, 2004), jak i grzbietowej części pnia mózgu (Damasio, 2011), do której wrócimy później.

Przy okazji rozprawiania o neuronalnych generatorach rytmu warto krótko wspomnieć o pojęciu synchronizacji, które przewijało się w tekście powyżej, a może być dość mgliste w znaczeniu. Jego wyjaśnienie pomoże również zrozumieć mechanizm powstawania oscylacji i wskaże na ogromne znaczenie czasu w organizowaniu aktywności populacji neuronów oraz pomoże odpowiedzieć na pytanie, jak dochodzi do połączenia tak licznej, rozproszonej aktywności setek tysięcy neuronów w jednolity percept (np. reprezentację twarzy), gdy wszystkie potencjały czynnościowe wyglądają zgoła identycznie.

Von der Malsburg (za: Koch, 2004) wysunął hipotezę, że mózg rozróżnia poszczególne grupy neuronów dzięki synchronizacji ich aktywności. Neurony danej grupy, przetwarzającej dany percept wyładowują się w tym samym czasie, ale nie są zsynchronizowane z neuronami innych grup. Poza tym stopień oraz prawdopodobieństwo zsynchronizowania aktywności są odwrotnie proporcjonalne do odległości między komórkami (im dalej od siebie, tym słabsza synchronizacja). Warto też nadmienić, że w układzie o tak silnym sprzężeniu zwrotnym, jakim jest mózg, synchronizacja aktywności komórek nerwowych pozostaje w ścisłym związku z istnieniem oscylacji.

NEURONALNE KORELATY ŚWIADOMOŚCI (NKŚ)

Cytując Kocha (2004) – „Gdy informacja jest reprezentowana w NKŚ, jesteś jej zawsze świadom. W badaniach zmierzamy do wyodrębnienia najmniejszego zbioru zjawisk neuronalnych i mechanizmów, który wystarcza do powstania swego, świadomego perceptu” (s. 29). W szeregu badań Koch dowodzi, że zsynchronizowane oscylacje na poziomie częstotliwości 40 Hz w grupach neuronów odpowiadających aktywnością na jakiś obiekt, na którym skupia się uwaga, mogą świadczyć o tym,

że taka grupa komórek może być czynnikiem wspomagającym NKŚ. Synchronizacje pomagają tworzącej się koalicji neuronów w osiągnięciu przewagi nad innymi koalicjami. Kiedy taka koalicja zwycięży, a jej cechy zostaną uświadomione, może ona utrzymywać się jeszcze przez pewien czas w świadomości.

DYSKRETNA PERCEPCJA

Z uwagi na fizjologiczne właściwości budowy komórek nerwowych i składających się z nich całych sieci oraz struktur, z uwagi na sposób przesyłania przez nie między sobą informacji (potencjały czynnościowe), nasuwa się myśl, że postrzeganie, świadomość ma charakter nieciągły. Składa się z osobnych przedziałów czasu, momentów percepcyjnych (klatek). Subiektywne życie człowieka byłoby w tej koncepcji zatem nieprzerwaną sekwencją takich klatek, błysków świadomości, kończącą się w chwili zapadnięcia w głęboki sen, śpiączkę czy zakończone śmiercią. Poszczególnym momentom percepcyjnym towarzyszą stałe percepty kształtu, koloru i ruchu zmienne w czasie, ale niezmiennie w danym punkcie kontinuum czasu.

Widać to wyraźnie podczas skupiania przez osobę uwagi na jakimś bodźcu, kiedy to ów proces charakteryzuje się pewną dynamiką i stopniem regularności rytmicznego pojawiania się i zanikania świadomego postrzegania, które pulsuje do momentu osiągnięcia stanu quasi-stabilnego (zwycięstwa koalicji danej sieci neuronów; Koch, 2004). Taki przebieg cechuje większość procesów neuronalnych, które rozwijają się, narastają stopniowo w czasie, będąc istotnym czynnikiem niezbędnym do zaobserwowania NKŚ, za których nieciągłym charakterem przemawiają również liczne dane psychologiczne wskazujące na zmienny czas trwania pojedynczej klatki percepcyjnej, mieszczący się w przedziale między 20 a 200 ms, w zależności od czynników leżących u źródła powstawania stanów świadomości.

Interesujący jest też fakt, że mózg potrafi odróżnić np. obraz zwierzęcia od innych obrazów w ciągu 150 ms, a świadome zobaczenie zwierzęcia trwa już co najmniej 250 ms. Te dodatkowe 100 ms świadczą, że percepcja ma charakter rewizjonistyczny, opóźniony w stosunku do rzeczywistości. Tutaj warto również wspomnieć, że aby zaistniało świadome wrażenie, niezbędna jest aktywność w pętli sprzężenia zwrotnego danej koalicji komórek w celu przekroczenia określonego progu neuronalnej aktywności, co zostało potwierdzone przez doświadczenia Libeta (1993).

RYTM ŚWIADOMOŚCI

W swoim wystąpieniu z 2011 roku A. Damasio przez 18 min rozwodził się nad misterium świadomości. Oczywiście prócz idei głoszących jakoby świadomość była zjawiskiem całkowicie wtórnym do aktywności neuronalnej, Damasio wspomniał również o wielkiej wadze funkcjonalnej górnej części pnia mózgu. Badania kliniczne prowadzone przez jego kolegów wskazywały mianowicie, że z uszkodzeniem górnobrzusznej części pnia mózgu człowieka wiąże się permanentny paraliż całego ciała. Co ciekawe, rzecz ma się inaczej po uszkodzeniu górno-grzbietowej części pnia mózgu. Co się wtedy dzieje? Ginie świadomość. Kompletnie, całkowicie i nieodwracalnie tracimy świadomość. Świadomie nie widzimy, nie słyszymy, nie czujemy, nie istniejemy, choć mózg dalej działa i fizjologicznie żyjemy. Próbując odpowiedzieć na pytanie, dlaczego tak się dzieje, Damasio zbadał połączenia owych dwóch części pnia mózgu z resztą tkanki mózgowej. Co się okazało, brzuszna część pnia mózgu zbiera informacje z ciała i reszty mózgu, a grzbietowa część informacje wysyła. Jaki ma to związek z istnieniem stanów świadomości? Hipotez jest wiele – od teorii funkcji rozruchowej grzbietowej części pnia mózgu poczynawszy.

Jak neurobiologiczne mechanizmy leżące u podstaw powstawania rytmu korelują z istnieniem stanów świadomości? Odpowiedzieliśmy na pytanie, czym jest rytm, jakie są jego składowe i jak powstaje w układzie nerwowym. Potencjały czynnościowe neuronów poprzez synchronizację aktywności tworzą oscylacje, które w rytmach o różnej częstotliwości zależnej od kontekstu korelują z naszym zachowaniem i stanami świadomości. W czasie czuwania, siedząc nieruchomo – fale alfa, przy wzmożonej aktywności uwagi – fale gamma itd. Nakreśliśmy również charakterystykę neuronalnych korelatów świadomości. Opierając się na badaniach cytowanych autorów, okazuje się, że świadomość ma charakter nieciągły, klatkowy, rytmiczny i okresowy, gdzie długość trwania percepcyjnej klatki zależy od kontekstu, sytuacji i bodźca.

W poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie będące powodem napisania tej pracy nie można pominąć przesłanek (potwierdzanych przez liczne eksperymenty z wykorzystaniem techniki rejestracji lokalnych potencjałów polowych (Koch, 2004) dla istnienia neuronalnych metronomów wybijających rytm dla mózgu jako układu fizjologicznego i wypadkowej jego aktywności, czyli świadomości. Czy ich aktywność jest pierwotna, czy wtórna? Nie ma na to jednoznacznej odpowiedzi.

Temat świadomości jest tematem niezwykle intrygującym i ciągle pozostającym bez odpowiedzi na większość stawianych pod nim pytań. Pewne jest natomiast to, że do zaistnienia stanów świadomości niezbędna jest zsynchronizowana aktywność neuronalna zwycięskiej koalicji komórek, która przybiera formy rytmicznej oscylacji

o specyficznej częstotliwości w zależności od bodźca. I tak jak w każdym utworze pojedyncza nuta oznacza tyle co nic, tak w układzie nerwowym trzeba czegoś więcej, aniżeli pojedynczego potencjału czynnościowego do zaistnienia złożonych procesów poznawczych. Kompozycja świadomości wymaga współistnienia wielomodalnościowego rytmicznego przetwarzania informacji, które będą odpowiednio organizowane w czasie i przestrzeni, dając miejsce narodzinom platońskiego nieśmiertelnego ducha w śmiertelnym ciele – świadomości.

BIBLIOGRAFIA

- Damasio, A. (2011). Czym jest świadomość? Pobrane z: http://www.ted.com/talks/lang/en/antonio_damasio_the_quest_to_understand_consciousness.html.
- Denett, D. (1991). *Consciousness explained*. Boston: Little & Brown.
- Koch, Ch. (2004). *Neurobiologia na tropie świadomości*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Libet, B. (1993). *Neurophysiology of consciousness: Selected papers and new essays by Benjamin Libet*. Boston: Birkhauser.
- Parncutt, R. (1994). A perceptual model of pulse salient and metrical accent in musical rhythm. *Music perception*, 11, 409–464.
- Searle, J. R. (1997). *The mystery of consciousness*. New York: The New York Review of Books.
- Thaut, M. H. (2008). *Rhythm, music, and the brain*. New York: Taylor & Francis.

KATARZYNA SOSNOWSKA

kacha_kate@wp.pl

Akademia Pedagogiki Specjalnej im Marii Grzegorzewskiej

JAKOŚCI ŻYCIA SENIORÓW W PERSPEKTYWIE PSYCHOLOGICZNEJ JAKO ISTOTNY CZYNNIK W PROFILAKTYCE PSYCHOGERONTOLOGICZNEJ

RECENZJA

Recenzent: dr hab Lesław Pytka, prof. UW

Recenzowany artykuł (referat) mojej doktorantki mgr K. Sosnowskiej przeczytałem z uwagą. Dobrze i kompetentnie oddaje psychologiczny punkt widzenia na problematykę jakości życia seniorów. Autorka dość wszechstronnie i analitycznie podeszła do tytułowego zagadnienia i przedstawiła wagę zagadnienia, które będzie przedmiotem jej rozprawy doktorskiej. Praca ma wysokie walory poznawcze i w pełni zasługuje na publikację w materiałach pokonferencyjnych Wydawnictwa Liberi Libri.

W artykule zamierzam wyjaśnić, czym jest jakość życia i jakie obszary w perspektywie psychologicznej są ważne dla zrozumienia kondycji i funkcjonowania seniorów m.in.: sens życia, samoświadomość, samoocena, poczucie koherencji, samoakceptacja, samorozwój.

Omówię, w jaki sposób funkcjonują osoby starsze, które wykazują braki w tych obszarach oraz wyjaśnię przyczyny, które składają się na zaistniały stan rzeczy. Przedstawię funkcje, jakie pełni jakość życia seniorów w przeciwdziałaniu negatywnym skutkom starzenia się i starości w tym: izolacji, ograniczenia samorozwoju, pogorszenia kondycji w obszarze relacji międzyludzkich

W referacie wyjaśnię także, w jaki sposób należy eliminować przyczyny wpływające na niską jakość życia, aby poprawić funkcjonowanie seniorów, oraz podkreślę, jak ważną rolę odgrywają określone psychologiczne aspekty w profilaktyce psychogerontologicznej.

Słowa kluczowe: psychogerontologia, seniorzy, jakość życia, profilaktyka

W związku ze starzeniem się społeczeństwa tematyka dotycząca starości coraz częściej poruszana jest w interdyscyplinarnych dziedzinach naukowych, w dyskusjach społecznych i politycznych. Proponowane są rozwiązania, które mają polepszyć funkcjonowanie człowieka starszego w społeczeństwie. Oprócz zastanawiania się nad realizacją zadań wobec seniorów, mając na celu polepszenie ich dobrobytu materialnego, warto zastanowić się nad sferą subiektywnego postrzegania przez nich dobrostanu psychicznego.

Jakość życia określa perspektywę pomyślnego starzenia się i starości, odchodząc jedynie od podejścia nastawionego na rozpatrywanie ułomności, trudności oraz bogatego spektrum problemów związanych z tym etapem ludzkiego życia. Poznając nie tylko jej obiektywne uwarunkowania, ale również psychologiczny aspekt, pogłębiamy wiedzę o starości i jej pozytywnych determinantach.

Jakość życia w definicjach psychologicznych wyznaczana jest często przez satysfakcję jednostki z optymalnej jakości swojego życia. Satysfakcja może stanowić ogólną ocenę refleksji nad swoim życiem (Daszykowska, 2010), jak i poszczególnymi jego obszarami: pracą, życiem rodzinnym, zdrowiem czy relacjami z innymi ludźmi (Straś-Romanowska, 2005). Zdaniem Straś-Romanowskiej (2005) jakość życia odzwierciedla nastawienie emocjonalne oraz poznawcze do określonych obszarów życia. Postawy wobec życia, jak i własnej osoby, uwzględniając samoocenę, są istotnymi czynnikami kształtującymi poczucie zadowolenia. Jakość życia postrzegana jako wyznacznik satysfakcji i postaw wobec niej czy samoakceptacji, utożsamiana jest też z wieloma innymi czynnikami na drodze do zadowolenia, np. takimi jak cele życiowe przejawiające się w realizacji i podejściu do bycia twórczym w swoim życiu (Straś-Romanowska, 2005). Cele życiowe pozwalają zdaniem Straś-Romanowskiej (2005) na poczucie samospełnienia, posiadanie sensu życia oraz możliwość samorealizacji.

W psychologii humanistycznej sens życia i osiągnięta satysfakcja poprzez możliwość własnego rozwoju, jest istotą zrozumienia, czym jest jakość życia. Satysfakcja utożsamiana z dobrostanem psychicznym może odnosić się do oceny własnego życia, pozytywnej postawy, umiejętności radzenia sobie z problemami, ogólnymi umiejętnościami społecznymi, podejmowaną aktywnością, sytuacją, w której człowiek może zaspokajać swoje potrzeby, osiągać cele czy być pozytywnie zaskoczonym przez los (Skrzypińska, 2002). Kontynuując myśl humanistyczną w rozumieniu jakości życia, należy wyjść od analizy potrzeb, które człowiek zaspokoił lub które planuje zaspokoić, gdyż ważna jest ocena stopnia uzyskanej z nich satysfakcji. Potrzeby stanowią źródło motywacji pobudzającej do działania, wyzwalającej stawianie celów życiowych, dążenia do samorealizacji. Ich deprivacja może ograniczać szanse rozwojowe i zatrzymywać człowieka na interpretowaniu rzeczywistości w oparciu o frustrację,

wynikającą z braku ich realizacji. Potrzeby wyznaczają poczucie szczęścia. Zaspokojenie potrzeb wymienianych przez S. Steuden: kompetencji, autonomii, bliskości, umożliwiają lepsze przystosowanie do starości (2011). Dodatkowo zaspokojenie potrzeb wyższego rzędu przyczynia się do lepszych właściwości psychicznych, natomiast braki w tym zakresie prowadzą do stanów nerwicowych, alienacji z życia codziennego oraz unikania podejmowania znajomości (Ludmiła, 2002).

SAMOŚWIADOMOŚĆ A JAKOŚĆ ŻYCIA SENIORÓW

Kolejnym aspektem wpływającym na jakość życia seniorów jest samoświadomość, zarówno w zakresie możliwości uzyskania wsparcia czy dostępu do opieki (Steuden, 2011), jak również świadomości swoich pragnień, mocnych i słabych stron, świadomości własnej osoby, życia przeszłego, teraźniejszego, a także kreowania swojej przeszłości.

Rozumienie siebie, swoich doznań, otaczającej rzeczywistości wpływa na poczucie bezpieczeństwa, a tym samym możliwości stawiania celów i dążenia do ich realizacji. Według teorii S. Kowalika samoświadomość nazwana świadomością refleksyjną oznacza świadomość w zakresie rozumienia ograniczeń, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych, na drodze do realizacji wyznaczonych celów.

Świadomość pozwala na zyskanie niezależności (Kowalik, 2000) poprzez pewną przewidywalność i umiejętność analizy sytuacji, w tym uwzględnienie utrudnień, do których z wyprzedzeniem można się lepiej przygotować, by zmniejszyć negatywne skutki, przyczyny mogące prowadzić do utrudnień w codziennym funkcjonowaniu. Świadomość swoich umiejętności może przyczyniać się do wykorzystywania ich w celu realizowania swoich potrzeb, dążeń, marzeń, planowania przyszłości. Natomiast świadomość braków uzmysławia możliwość pracy nad nimi, poprawienia określonych aspektów swojego życia, by czuć się lepiej i odczuwać zadowolenie. To sprawia, że człowiek zyskuje motywację do samotworzenia, spełniania swojego potencjału, samowyzwalania się z ograniczeń i rozwoju osobistego (Romanowska-Łakomy, Słaba, 2004). Zatem świadomość jest elementem kształtującym wewnętrzną kontrolę i odpowiedzialność za swoje życie i jego jakość. Dodatkowo świadczy o podmiotowości i wolności człowieka do samostanowienia, również dzięki zdolności do refleksji krytycznej oraz autonomicznego ustosunkowania do rzeczywistości. Własna refleksyjność pozwala na dokonywanie zmian w sobie, jak również dokonywanie ich w swoim środowisku (Romanowska-Łakomy, Słaba, 2004). Samoświadomość zatem pozwala jednostce zachować adaptacyjność rozumianą jako asymilacja i akomodacja (Pytko, 2005), wpływając na optymalne i zharmonizowane

możliwości przystosowawcze, a nie tylko na bierne przyjmowanie narzucanych i zaistniałych zmian. Samoświadomość w procesach asymilacji i akomodacji przyczynia się do analizy własnych potrzeb, możliwości, umiejętności lub braków, które można wykorzystać do realizacji pewnych celów lub też wycofania się z aspiracji, które nie jest się w stanie zrealizować (Stueden, 2011).

Człowiek starszy doświadcza licznych strat związanych z zawężaniem grona znajomych, ograniczeniem zdrowotnym, brakiem możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym ze względu na wycofanie z pełnienia przez niego ról społecznych czy wynikających z braku wystarczającej ilości środków ekonomicznych, by uczestniczyć w życiu kulturowym czy konsumpcyjnym. Świadomość swoich ograniczeń nie skłania jedynie do pograżania się oraz skupiania całej swojej energii i uwagi na uzalaniu się nad własnym losem czy nad jakimikolwiek niedogodnościami, ale stanowi próbę świadomego zastanowienia się nad tym, w jaki sposób jednostka może samodzielnie zadbać o siebie i w jakim kierunku podążać, aby zmienić swoją sytuację na tyle, na ile jest to możliwe. Uzmysłowanie chęci wyjścia z impasu świadczy o optymistycznym nastawieniu do własnego życia, woli życia i wierze we własne możliwości. Wola życia w koncepcji J. Czapińskiego zależy od sfery emocjonalnego nastawienia i doświadczenia swojego życia. W *cebulowej teorii* przytacza ją jako najistotniejszy składnik poczucia dobrostanu, środka całej konstrukcji, wewnętrznie ukonstytuowanego, a zatem w mniejszym stopniu podatnego na oddziaływania zewnętrzne, zmiany, straty i pozostałe uwarunkowania (1994). Czynniki wewnętrzne decydują w większej mierze o zachowaniu równowagi wewnętrznej. Wolę życia można potraktować jako element wewnętrznego ja, bycia i tworzenia siebie poprzez własną historię. Samoświadomość w kształtowaniu własnego życia jest wyraźna w koncepcji Z. Zaborowskiego, poprzez własną samorealizację i określenie, kim się jest i jakie ma się własne miejsce w świecie (1998). Pozwala również regulować własne zachowanie, dostosowując własne preferencje czy wybory do możliwości i wartości uznawanych w społeczeństwie. Regulacja swojego życia wewnętrznego do środowiska zewnętrznego pełni integracyjną funkcję samoświadomości. Samoświadomość pozwala na analizowanie informacji z zewnątrz, na tej podstawie jednostka zbiera informacje o sobie, starając się wpływać świadomie na własną zmianę zgodnie z własnymi potrzebami, by móc coraz lepiej uczestniczyć w interakcjach międzyludzkich, dzięki którym może poznawać bardziej siebie i rzeczywistość, w której się funkcjonuje (Gasiul, 2004). Dzięki tym informacjom człowiek poznaje bardziej siebie, wie, czym różni się od innych, a w czym jest do nich podobny, ma większe spektrum widzenia swoich szans, perspektyw na życie czy możliwości poradzenia sobie z problemami. Interakcja z drugim człowiekiem jest ważnym czynnikiem, wymienianym przez H. Gasiulą, kształtowania swojej samoświadomości.

mości, zatem widać obopólne korzyści w tym sprzężeniu zwrotnym, wpływającym na jakość życia

W wieku starym interakcje jednak zostają ograniczone w związku z zawężeniem znajomości wynikających z przejścia na emeryturę, śmierci bliskich osób czy trudności zdrowotnych ograniczających samodzielne poruszanie się i częstsze przebywanie poza domem. Zmniejszony przepływ informacji utrudnia sprawne funkcjonowanie osób starszych, sprawiając, że rzeczywistość może stawać się mniej zrozumiała, budząc obawy i niezgrabne w niej poruszanie.

SENS ŻYCIA SENIORÓW A POCZUCIE DOBROSTANU PSYCHICZNEGO

Samoświadomość siebie oraz swojego życia w wieku starym skłania do refleksyjnego podejścia i dokonania bilansu życia oraz zadania pytania o jego sens. W badaniach dotyczących bilansu życia osób starszych stwierdzono, że pozytywna jego ocena zależy od pozytywnych relacji interpersonalnych, poczucia satysfakcji, przynależności, realizacji wyznaczonych celów, możliwości realizowania siebie w środowisku rodzinnym, towarzyskim, społecznym, jednostkowym oraz poczucia sensu (Steuden, 2011). Pozytywna ocena swojego dotychczasowego życia skłania do optymistycznego nastawienia do przyszłości, zadowolenia z siebie i swoich doświadczeń, integrację wewnętrzną oraz harmonię pomiędzy swoją strukturą wewnętrzną a zewnętrznym środowiskiem (Erikson, 2002). Brak pograżania się w żalu nad tym, co się utraciło, czego się nie zrealizowało, umożliwia koncentrację na teraźniejszości i na przeszłości, patrząc z optymizmem na swoje życie.

Dostrzeżenie przez seniorów życia jako jeszcze nieskończonej narracji, pełnej bogatych przeżyć i nowych doświadczeń pozwala na wyznaczanie nowych celów i planowanie swojej przyszłości. Świadomość i nastawienie do swojego życia jako do etapu, który niczego nie kończy i który permanentnie może być wzbogacany, stanowi podstawę do stawiania sobie nowych celów mogących przynosić spełnienie i zadowolenie ze swojego życia. Cele bowiem wyznaczają jakość życia i kształtują osobowość (Pietrasiniński, 1977). Sens życia zgłębia jego jakość, pobudzając do rozwoju poprzez podejmowanie działań, które poszerzają wiedzę o rzeczywistości i wiedzę o sobie.

SAMOROZWÓJ A JAKOŚĆ ŻYCIA SENIORÓW

Samorozwój jest efektem rozeznania we własnych potrzebach, motywach pobudzających do stałego wzbogacania życia poprzez rozwój własnej duchowości,

doskonalenie, nabywanie nowych kompetencji, za pomocą których łatwiej poruszać się w świecie oraz dzięki którym bardziej można zrozumieć siebie.

Samorozwój jest powiązany ze samoświadomością, oba zagadnienia wskazują na podmiotowość i autonomię w poznawaniu siebie, rzeczywistości i wpływaniu na tworzenie bycia w pełni swoich możliwości. Zdaniem K. Obuchowskiego (2000) nie ma granic wiekowych, które ograniczałyby podejmowanie działań i stawianie celów na drodze własnego rozwoju. Gdyż właśnie samorozwój jest jednym z elementów pozwalających na odnalezienie sensu w swoim życiu. Wszystko to, co wpływa na autentyczne poczucie bycia, samostanowienie, możliwość wpływania na własne życie, przyczynia się do zwiększania jego jakości.

Samorozwój w wieku starczym wynika po pierwsze ze świadomości, że można nadal zrobić coś dla siebie, wzbogacić historię swojego życia, przypisać każdemu etapowi życia możliwości bycia wyjątkowym, dającym szansę na rozwój i zadowolenie. Samorozwój przeciwstawia się stagnacji, popadaniu w bezradność oraz brakowi perspektyw. Niestety we współczesnym społeczeństwie przypisuje się seniorom normy odpowiadające ich możliwościom. Potwierdza to wypowiedź B. Rysz-Kowalczyk (2009), która zwraca uwagę na odgórnie przypisane role życiowe do każdego jego etapu, które w wieku starczym uniemożliwiają dostrzeżenie potencjału i potrzeb tej grupy społecznej. Konkludując, istotą w dążeniu do samorozwoju jest świadomości potrzeb seniorów zarówno przez nich samych, jak i społeczeństwo, które powinno stwarzać możliwości do ich realizacji.

SAMOAKCEPTACJA A JAKOŚĆ ŻYCIA SENIORÓW

Utrudnienia w rozumieniu społecznym potrzeb seniorów i tego okresu życia wpływają na zniekształcanie informacji, przejawiających się w postaci stereotypów, m.in. określając starość jako niepełnosprawną, zdziecinniałą, o ograniczonej zdolności intelektualnej uniemożliwiającej nadążenie za teraźniejszością, zrozumieniem wielu rzeczy i otaczającego ich świata.

Negatywne ustosunkowanie innych do osób starszych może negatywnie wpływać na postrzeganie przez nich własnej starości. Brak akceptacji starości wnika również z niechęci należenia do grupy społecznej, która nie jest akceptowana bądź, która nie ma zbyt dużych szans na integrację społeczną i pozostaje odrzucona, jako zbędny element.

Samoakceptacja jednak często przekracza negatywizm doznań i kieruje się swoją autentycznością, ustabilizowaną strukturą, niezależnie od zmieniających się sytuacji czy uzyskiwanych informacji zwrotnych na swój temat. Samoakceptacja musi być

zbudowana na poczuciu własnej wartości, świadomości swoich słabych i mocnych stron, które można wykorzystać do realizacji celów i nadania życiu sensu niezależnie od zmian i informacji, jakie się uzyskuje.

Samoakceptacja w starości jest szczególnie ważna, aby wyzbywać się ciągłej koncentracji na własnej osobie, a ukierunkować ją na zaciekawienie światem czy innymi ludźmi. Samoakceptacja i zadowolenie z własnej osoby umożliwia nawiązywanie zadowolających kontaktów z innymi osobami, które są ważnymi wyznacznikami jakości życia (Steuden, 2011).

PRZYCZYNY NISKIEJ JAKOŚCI ŻYCIA SENIORÓW W PERSPEKTYWIE PSYCHOLOGICZNEJ

Negatywne nastawienie do osób starszych

Jednym z wielu czynników niskiej jakości życia seniorów jest ich dyskryminacja, która negatywnie wpływa na percepcję własną i satysfakcję z życia (Steuden, 2011). Ze względu na wiek seniorzy często doświadczają dyskryminacji na tle panujących stereotypów społecznych, określających starość jako bezużyteczny okres życia człowieka (Bauman, 2006) oraz gerontofobii wynikającej z lęku przed tym, co stare. Zdaniem Z. Baumana jest to skutek preferencji społeczeństwa do przebywania wśród tego, co modne, piękne, idealne, bez problemowe, co nie wzbudza lęku (2009). W takim społeczeństwie nie ma miejsca na ułomności, śmierć, ból, gdyż wszystko ma sprawiać przyjemność, pojmowaną jako ulotna, zmienna chwila, a w związku z tym szybko zastępowaną kolejną przyjemnością, do której człowiek się nie przywiązuje. Negatywne nastawienie zdaniem Baumana wynika z transmisji wartości nastawionych na indywidualność i kult młodości, w których nie ma miejsca na słabość czy pozytywne nastawienie do drugiego człowieka

Negatywne ustosunkowanie względem seniorów naznacza dodatkowo ten etap życia człowieka, jako nieprzyjemny, o ograniczonej możliwości rozwoju. Wiek starszy często przedstawiany jest jako wiek, w którym nie stwarza się szans na aktywne życie po przejściu na emeryturę. Przedstawiany jest również jako etap życia, w którym zwraca się uwagę na zachowania seniorów, co im przystoi robić, a czego nie. Widnieje zatem obraz nie tylko możliwych ograniczeń wynikających z pogarszającego się zdrowia, ale niekiedy o wiele częściej występujący obraz ograniczeń społeczeństwa i innych ludzi względem seniora. Wykluczenie społeczne, stereotypy, negatywne nastawienie wobec starszych, w którym nie ma poszanowania ich godności, sprawia, że seniorzy doświadczają niższej samooceny, wiary we własne możliwości i chęci cieszenia się swoim życiem.

Negatywna postawa wobec własnej starości

Jedną z przyczyn negatywnej postawy seniorów wobec własnej osoby jest negatywne względem nich nastawienie innych osób. Negatywizm ten cechuje się przekazywaniem informacji w społeczeństwie o małej ich wartości i nieużyteczności, nie tylko poprzez słowa, ale również w sposób czynny, czyli poprzez izolację seniorów ze społeczeństwa, mniejszą ilość czasu im poświęcaną, aż do zupełnego pozostawienia ich w przytułku. W takich przypadkach trudno seniorom zachować swoją wartość i poczucie godności, kiedy nikt tego nie potwierdza.

Brak akceptacji siebie i swojej starości nie przysparza powodów do zadowolenia, a tym samym do lepszego przystosowania, gdyż pozytywne postawy względem siebie i własnego życia sprzyjają satysfakcji życiowej (Steuden, 2011).

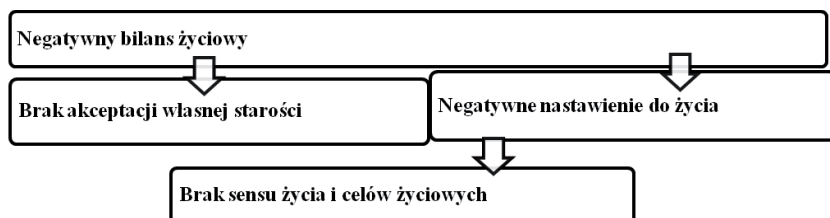
Oslabienie relacji interpersonalnych

Relacje interpersonalne w starszym wieku są słabe na skutek doświadczanych strat: śmierci bliskich osób, znajomych, przejścia na emeryturę. Wszystkie te okoliczności osłabiają kontakty interpersonalne. Wycofanie czy ograniczenie relacji sprzyjają obniżeniu satysfakcji życiowej. Wskaźnik społeczno-psychologiczny w postaci relacji interpersonalnych oraz możliwość otrzymania wsparcia są bardzo istotne w ocenie jakości swojego życia (Gałuszka, 2006) i sprawniejszego funkcjonowania seniorów w otoczeniu społecznym.

Lęki egzystencjalne

Kolejnym aspektem wpływającym na niską jakość życia są kryzysy egzystencjalne. Lęki egzystencjalne ograniczają zadowolenie z życia. Obawy w wieku starszym wynikają często z niepewności dotyczącej swojej egzystencji, możliwości utrzymania się czy poradzenia sobie w codziennych sytuacjach, kiedy traci się sprawność i staje się coraz bardziej zależnym od innych osób. Lęki w starości wynikają z przyziemnych spraw dotyczących kwestii materialnej, jak również są związane z przemijalnością ludzkiego istnienia. Lęk przed śmiercią jest obawą umierania w bólu, samotności, a wraz z nią rodząca się beznadziejność wobec tego, co nieuniknione, konieczne i nieznanne. Według Dąbrowskiego (1986) jednostka o dojrzałej osobowości z poczuciem bezpieczeństwa, samoakceptacją, poczuciem własnej wartości nie postrzega śmierci jedynie jako pejoratywnego elementu ludzkiego życia. Dopiero jej akceptacja i świadomość stwarza szanse na przepracowanie tego tematu i odnalezienie sensu swojego życia (Kübler-Ross, 2010).

Brak sensu życia i celów życiowych



Rysunek 1. Schemat uwarunkowania braku sensu życia u seniorów.

Brak sensu życia i celów życiowych seniorów związany jest z m.in z negatywnym bilansem życiowym osób starszych, który jest ważnym wyznacznikiem jakości życia (Oleś, 2011), wpływającym na brak akceptacji swojej starości (Steuden, 2011).

FUNKCJA JAKOŚĆ ŻYCIA W PRZECIWDZIAŁANIU NEGATYWNYM SKUTKOM STAROŚCI I STARZENIA SIĘ

Funkcja integracyjna jakości życia seniorów

Integracyjna funkcja jakości życia oznacza pewien rodzaj harmonii pomiędzy światem zewnętrznym a własną strukturą ja. Wskazuje na umiejętność w oparciu o samoświadomość możliwości regulacji swojego zachowania, aby efektywniej i skuteczniej realizować swoje cele, dążenia, spełniać marzenia, a tym samym realizować siebie w sposób autentyczny. Możliwość i umiejętność dopasowania swojego sposobu bycia pozwala na lepszy kontakt z otoczeniem. Dzięki samoświadomości człowiek starszy lepiej rozumie rzeczywistość, która staje się dla niego bardziej przewidywalna, a tym samym bezpieczna.

Natomiast niezrozumienie przez seniorów mechanizmów otaczającej rzeczywistości, będzie wzbudzało w nich lęk oraz brak poczucia bezpieczeństwa, skłaniając do wycofania z obszarów wzbudzających niepewność, nawet tylko po to, by nie pokazywać innym braku kompetencji, co może spotkać się dodatkowo z negatywnym odbiorem społecznym.

Funkcja adaptacyjna jakości życia seniorów

Adaptacyjność seniorów można określić pod kątem trzech płaszczyzn:

1. Adaptacji do zmieniających się warunków psycho- fizycznych organizmu.
2. Adaptacji do środowiska zewnętrznego w bliższej perspektywie.
3. Adaptacji do życia w społeczeństwie.

Adaptacyjność jest lepsza, jeżeli człowiek starszy posiada sens swojego życia, wtedy też jego jakość życia jest pełniejsza (Dębska, 2006). Sens życia wyrażany jest przez stawianie sobie celów lub wyznaczanie nowych, w przypadku osób starszych ze względu na ograniczenia fizyczne, zdrowotne, które uniemożliwiają realizację dawnych celów. Z tego wynika, że adaptacyjność związana jest z umiejętnością niekiedy przewartościowania swojego życia, wyboru nowych celów, z których można czerpać satysfakcję. Przewartościowanie swojego życia i zaakceptowanie siebie wpływa na jakość życia jednostki (Juros, 2002).

Wybór jest rodzajem jakości, który umożliwia kreowanie siebie oraz swojej rzeczywistości poprzez bycie odpowiedzialnym za życie. Senior odnajdujący sens swojego życia, nawet pomimo zmienionych uwarunkowań psycho-fizycznych swojego organizmu, wykazuje samoakceptację do własnego wyglądu, ograniczeń.

Jakość życia jest tym lepsza, im bardziej wzrasta sens. Sens życia może być wyznaczany poprzez zadanie sobie pytania: *co można zrobić dla siebie, aby być bardziej szczęśliwym?*, ale również pytania: *co można zrobić dla innych?* Ostatnie pytanie informuje o sensie życia wynikającym z bycia potrzebnym komuś. Adaptacja zatem wynika z akceptacji własnej starości, poprzez co jednostka uważa się za pełnoprawną społecznie osobę, mogącą jeszcze w swoim życiu coś ciekawego osiągnąć, pomimo pewnych ograniczeń. Po drugie adaptacja wynika z zadań realizowanych dla satysfakcji własnej, ale również dla odczucia, że poprzez ich realizację można czuć się komuś potrzebnym lub odczuwać własną wartość ze względu na pełnione funkcje.

Funkcja rozwojowo-transcendentalna jakości życia seniorów

Zdaniem A. Bańka (2005) jakość życia jest efektem rozwoju wynikającym ze standardów porównań między sobą a innymi ludźmi, między tym, jak jest, a tym, jak by się chciało, aby było. Jakość życia zmienia się w czasie na bazie dostarczanych informacji, które kształtują sposób interpretacji rzeczywistości. Stwierdza również zależność odwrotną, od jakości życia zależy jakość rozwoju, które autor określa poprzez sposób, jakość realizacji zadań rozwojowych charakterystycznych i przypisanych danej fazie rozwojowej życia człowieka. Jakość życia zależy również od wyznaczania sobie własnych celów służących samorealizacji i zadowoleniu z życia.

JAKOŚĆ ŻYCIA PSYCHOPROFILAKTYKĄ GERONTOLOGICZNĄ

Jakość życia seniorów wyznaczona przez akceptację seniorów starości i starzenia się, samoświadomość, sens swojego życia i możliwość wyznaczania celów życiowych,

podejmowania aktywności oraz możliwość samorozwoju wpływa na zadowolenie z własnego życia.

Na realizację owych aspektów często oddziałuje wsparcie ze strony innych osób czy rodziny. Wsparcie środowiskowe rzutuje na pozytywne odczucie człowieka starszego, że jest potrzebny, zintegrowany z grupą i społecznością, że komuś na nim zależy, że ktoś go kocha i akceptuje. Takie emocjonalne wsparcie i nie tylko zdaniem Okły i Łukasiewicz (2006) jest elementem wpływającym na jakość życia. Wsparcie przeciwdziała izolacji społecznej, a także wpływa na dobrostan psychiczny w tym samoocenę jednostki (Matecka, 2009). Wsparcie najbliższych przyczynia się również zdaniem A. Gیزی-Poleszczuk (2005) do rozwoju jednostki i chęci samorozwoju. Wsparcie jest złotym środkiem pomiędzy wyręczaniem a ograniczaniem, umożliwia podtrzymywanie niezależności seniorów i motywowanie do pozytywnego postrzegania własnej starości, dostrzegania jego uroków i dbania o swoje potrzeby i rozwój.

Akceptacja swojej starości wpływa na przystosowanie do życia, do zmieniających się warunków biopsychicznych, środowiskowych. Samoakceptacja, jak również akceptacja społeczna człowieka starszego, sprawia, że osiąga on poczucie radości i zadowolenia.

Wiedza na temat jakości życia seniorów pozwala na właściwe rozpoznanie ich oczekiwań i potrzeb, umożliwiając tworzenie programów mających na celu stymulowanie rozwoju, poprawę postaw społecznych, sprawiając, że ostatni etap ludzkiego życia będzie przeżywany satysfakcjonująco.

BIBLIOGRAFIA

- Bańka, A. (2005). Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny. W : A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia* (s. 13–15). Poznań: Wydawca Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Bartosz, B. (2006). Czy bycie twórcą oznacza wysoką jakość życia? (o niekoniecznie prostych związkach między twórczością i jakością życia). W: B. Bartosz, J. Klebaniuk (red.), *Wokół jakości życia, studia psychologiczne* (s. 79–82). Wrocław: Wydawnictwo „Jakopol”.
- Bauman, Z. (2006). *Praca, konsumpcjonizm i nowi ubodzy*. Kraków: WAM.
- Bauman, Z. (2009). *Konsumowanie życia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Czapiński, J. (1994). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Daszykowska, J. (2010). *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Dąbrowski, K. (1986). *Trud istnienia*. Warszawa: Wiedza Powszechna.

- Dębska, U. (2006). Podjąć wyzwanie. W kontekście dynamiki wartościowania, sensu i jakości życia osób niepełnosprawnych. W: B. Bartosz, J. Klebaniuk (red.), *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne* (s. 109–123). Wydawnictwo: „Jakopol”.
- Erikson, E. H. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Gałużka, M. (2006). Jakość życia seniora. Przegląd wybranych koncepcjach i metod badania. W: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Łódź: Zakład Demografii UŁ.
- Gasiul, H. (2004). W poszukiwaniu uwarunkowań rozwoju samoświadomości. W: L. Pytka, T. Rudowski (red.), *Samoświadomość i jakość życia. Perspektywa psychospołeczna* (s. 115–132). ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Juros, A. (2002). Aktywność własna a poczucie jakości życia u osób z zaburzeniami widzenia: system wsparcia społecznego i samopomoc. W: P. Oleś, S. Steuden, J. Toczółowski (red.), *Jak świata widzę mniej* (s. 215–229). Lublin: TN KUL.
- Kowalik, S. (2000). Jakość życia psychicznego. W: R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia* (s. 11–31). Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Kübler- Ross, E. (2010). *Koło życia. Rozważanie o życiu i umieraniu*. Warszawa: MT Biznes Ltd.
- Ludmiła, Z. (2002). Psychologiczna sytuacja człowieka starszego oraz jej determinanty. W: K. Obuchowski (red.), *Starość i osobowość* (s. 53–112). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Matecka, M. (2009). Dobrostan psychiczny w okresie starości. W: D. Talarska, K. Wieczorkowska-Tobis (red.), *Człowieka w wieku podeszłym we współczesnym społeczeństwie* (s. 21–30). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
- Obuchowski, K. (2000). *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Okła, W., Łukasiewicz, M. (2007). Wsparcie społeczne jako czynnik modyfikujący. W: S. Steuden, W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie* (s. 139–150). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Oleś, K. (2011). *Psychologia człowieka dorosłego: ciągłość – zmiana – integracja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pietrasiniński, Z. (1977). *Kierowanie własnym rozwojem*. Warszawa: Iskry.
- Pytka, L. (2005). *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Romanowska-Łakomy, H., Słaba, D. (2004). Człowiek w wymiarze samoświadomości. W: L. Pytka, T. Rudowski (red.), *Samoświadomość i jakość życia. Perspektywa psychospołeczna* (s. 97–107). Warszawa: ENETIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Rysz-Kowalczyk, B. (2009). Zmiany w cyklu życia człowieka stare i nowe zagrożenia społeczne – odpowiedź polityki społecznej. W: M. Książkowski, B. Rysz-Kowalczyk, C. Żołędowski, (red.), *Polityka społeczna w kryzysie* (s. 263–272). Warszawa: Instytut Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego, ASPRA-JR.
- Skrzypińska, K. (2002). *Pogląd na świat a poczucie sensu i zadowolenia z życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Steuden, S. (2011). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Straś-Romanowska, M. (2005). Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę. *Kolokwia Psychologiczne*, 13, 263–274. Warszawa. Wyd. Instytut Psychologii PAN.
- Zaborowski, Z. (1998). *Świadomość i samoświadomość człowieka*. Warszawa: ENETEIA.

AGNIESZKA NIEMCZYK

aerniemczyk@gmail.com

Wyższa Szkoła Psychologii Społecznej w Warszawie

DLACZEGO MAŁE DZIEWCZYNKI SĄ BARDZIEJ SZCZODRE NIŻ MALI CHŁOPCY. CO ODPOWIADA ZA RÓŻNICE PŁCIOWE W ZACHOWANIACH PROSPOŁECZNYCH U DZIECI W WIEKU 5–6 LAT?

RECENZJA

Recenzent: dr Łukasz Tanaś

Autorka pracy podejmuje problem zachowań altruistycznych w jednorazowych interakcjach z osobami nieznaną. Jest to problem istotny, będący obszarem wielu kontrowersji we współczesnej nauce. Autorka koncentruje się na zagadnieniu różnic międzypłciowych w zakresie zachowań prospołecznych u dzieci w okresie średniego dzieciństwa. Przytacza trzy badania, które wskazują na istnienie różnic międzypłciowych w podejmowaniu decyzji ekonomicznych w grze w dyktatora. Wynika z nich, że choć istnieją różnice międzykulturowe, to generalnie chłopcy chętniej przekazują zasoby na rzecz członków grupy własnej niż obcej, co określane jest w literaturze jako altruizm parafialny (*parochial altruism*), natomiast dziewczynki częściej podejmują decyzję o równym podziale zasobów pomiędzy siebie i partnera interakcji, a także są generalnie bardziej szczodre.

Autorka dostrzega, że w omawianych przez nią pracach występuje wiele spekulacji, a badacze ograniczają się do jednostronnych wniosków, stając po stronie natury lub wychowania. Jako rozwiązanie sugeruje przejście na poziom danych fizjologicznych, czyli redukcjonizm metodologiczny oraz większą interdyscyplinarność badań. Następnie omawia propozycję teoretyczną Del Giudice, Angeleri i Manery (2009), w której badacze sugerują, że do powstania różnic międzypłciowych w zakresie szeregu zachowań, w tym związanych z altruizmem i egoizmem, przyczynia się zmiana młodzieńcza (*juvenile switch*), czyli system koordynowanych hormonalnie zmian mających miejsce w okresie średniego dzieciństwa. Ponadto, badacze sugerują, że na kształt zmiany młodzieńczej silnie wpływają wzorce wczesnych interakcji z opiekunami (*attachment patterns*). Propozycja teoretyczna przedstawiona w pracy w interesujący sposób łączy zatem poziom koncepcji biologicznych z koncepcjami psychologicznymi, wskazując na możliwość ich wzajemnych, dwustronnych, relacji. Doświadczenia środowiskowe mogą bowiem wpływać na kształt zmian hormonalnych, a te z kolei na frekwencję określonych zachowań, co w efekcie tworzy system interakcji zwrotnych. Wydaje się, że tego typu badania są dobrym przykładem, jak można zwiększyć interdyscyplinarność w pracy biologów i psychologów, przy zachowaniu autonomii obydwu dyscyplin. Jest to duża zaleta omawianej pracy.

Pewna doza krytyki wydaje się jednak potrzebna. Podczas współpracy biologów i psychologów łatwo o uproszczenia i stronniczość. Często pojawiającym się problemem, wynikającym z intuicji biologii potocznej, jest przekonanie, że jeśli między populacjami występuje zróżnicowanie w zakresie jakiegoś zjawiska, to jest to najpewniej wynik oddziaływania kultury, natomiast jeśli zróżnicowanie nie występuje, to mamy do czynienia z uniwersalną, biologiczną adaptacją. Problem ten Autorka zauważa,

zwracając uwagę na wnioski innych badaczy, ale sama zdaje się go powtarzać. Píše bowiem, że weryfikowanie hipotez ewolucyjnych u ludzi jest trudne ze względu na proces socjalizacji. Takie ujęcie problemu zdaje się utożsamiać zmienność w zakresie jakiejś właściwości z oddziaływaniem procesów socjalizacji, która *ukrywa*, uniwersalną, biologiczną naturę gatunku. Jednakże owo ukrycie oznacza, co najwyżej, konieczność redukcji i wykonania analizy na niższym poziomie, np. badania poziomu hormonów. Plastyczność w zakresie rozwoju określonej cechy, jej zmienność między populacjami, nie wyklucza tego, że jest ona adaptacją. Na podobnej zasadzie stabilność cechy, jej stałość między populacjami, nie przesądza tego, że jest ona adaptacją. Autorka wydaje się zdawać sobie sprawę z tego problemu, ale niekiedy powraca do intuicji potocznych. Jednocześnie warto wspomnieć, że omawiane zagadnienie nie jest proste. Mameli i Bateson (2006) odnajdują w literaturze przedmiotu wiele odmiennych sposobów rozumienia relacji pojęć nabyte i wrodzone. Relacja pomiędzy naukowym a potocznym rozumieniem pojęć natura i kultura (Bateson, Mameli, 2007), to złożony problem, który polecam uwadze Autorki.

Uważam, że praca Pani Niemczyk spełnia wymogi tekstu naukowego, wnosi istotne informacje do obszaru wiedzy psychologicznej i tym samym polecam ją do publikacji.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson, P., Mameli, M. (2007). The innate and the acquired: Useful clusters or a residual distinction from folk biology? *Developmental Psychobiology*, 49(8), 818–831. DOI:10.1002/dev.20277.
- Del Giudice, M., Angeleri, R., Manera, V. (2009). The juvenile transition: A developmental switch point in human life history. *Developmental Review*, 29(1), 1–31.
- Mameli, M., Bateson, P. (2006). Innateness and the sciences. *Biology & Philosophy*, 21(2), 155–188. DOI:10.1007/s10539-005-5144-0.

Pochodzenie zachowań prospołecznych skierowanych do anonimowych niespokrewnionych osób jest obecnie przedmiotem debaty w psychologii i biologii ewolucyjnej. Jednym ze sposobów na testowanie hipotez dotyczących tego zjawiska jest badanie decyzji ekonomicznych, jakie podejmują dzieci w grze dyktatora (GD). Ponieważ dzieci są znacznie mniej ukształtowane przez socjalizację niż dorośli, dane pozyskane z badań z ich udziałem są cennym źródłem wnioskowania na temat ewentualnego biologicznego pochodzenia zachowań. Eksperymenty te pokazały, że dziewczynki składają w GD istotnie wyższe oferty niż chłopcy. Większość badaczy uzasadnia to zjawisko różnicami w socjalizacji chłopców i dziewczynek (np.: częstsze nagradzanie dziewczynek za zachowania prospołeczne). Jednak na podstawie literatury dotyczącej psychologii ewolucyjnej oraz fizjologii dzieci w wieku 5–10 lat można powiedzieć, że istnieje duże prawdopodobieństwo, że to fizjologia, a nie socjalizacja jest odpowiedzialna za te różnice w zachowaniu oraz że różnice te mają swoje adaptacyjne uzasadnienie.

Słowa kluczowe: różnice płciowe, zachowania prospołeczne, dzieciństwo

Funkcja oraz pochodzenie niektórych z ludzkich zachowań prospołecznych wciąż pozostają nieznane. Zachowania altruistyczne wobec członków własnej rodziny można wyjaśnić za pomocą altruizmu krewniaczego (Hamilton, 1964), a wobec przyjaciół czy innych osób, które widzimy na co dzień, za pomocą altruizmu odwzajemnionego (Trivers, 1971). Natomiast na temat wyjaśnienia współpracy i zachowań altruistycznych wobec anonimowych nieznajomych jednostek wciąż toczy się dyskusja i brakuje wiodącej teorii.

Niektórzy badacze uważają, że zachowania prospołeczne wobec nieznajomych są nieadaptacyjne, jako że w środowisku adaptacji ewolucyjnej nie było nieznajomych anonimowych osobników, a więc ludzie nie wykształcili mechanizmów, które chroniłyby ich przed zużywaniem zasobów na rzecz przystosowania niespokrewnionych anonimowych jednostek (Gintis i in., 2003). Powstają również poparte danymi empirycznymi teorie, w ramach których zachowania altruistyczne wobec obcych są uważane za adaptacyjne – jak np. model *strong reciprocity* (Gintis, 2000) – a nawet kluczowe dla istnienia kultury tak skomplikowanej i złożonej jak ludzka, jak teoria M. Tomasello (2008).

Testowanie hipotez na temat ewolucyjnego pochodzenia zachowań jest niezwykle trudne ze względu na proces socjalizacji. Utrudnia on ocenę tego, czy dane zachowanie jest adaptacyjne bezpośrednio, czy też pośrednio jako aprobowane w danej kulturze. Można oddziaływanie kulturowych zmiennych zakłócających zmniejszać za pomocą przeprowadzania badań w wielu odmiennych kulturach i – jeśli nasze hipotezy potwierdzają się w większości kultur – możemy z większym prawdopodobieństwem uznać je za różnice biologiczne. Należy jednak pamiętać, że wariancja wyników może wynikać również z różnic środowiskowych, a niekoniecznie kulturowych. Innym sposobem na zmniejszenie wpływu socjalizacji na wyniki badań nad zachowaniem jest badanie dzieci. Im młodsze dzieci przejawiają dane zachowanie, tym mniej jest ono zanieczyszczone przez socjalizację. Trzeba jednak pamiętać, że nie musi to oznaczać, iż cechy pojawiające się w późniejszym okresie rozwoju mają pochodzenie kulturowe, ponieważ zachowanie zmienia się w ciągu życia nie tylko ze względu na kulturę, ale również wraz dojrzewaniem, a później starzeniem się układów ciała, co ma wpływ na gospodarkę hormonalną oraz ekspresję genów.

Podsumowując, pytanie o funkcję i pochodzenia zachowań altruistycznych wobec niespokrewnionych nieznajomych osób pozostaje otwarte. Badania nad tymi zachowaniami z udziałem dzieci są szczególnie istotne, ponieważ dostarczają danych mniej zdeterminowanych kulturowo niż w przypadku dorosłych osób badanych.

METODOLOGIA BADAŃ NAD ALOKACJĄ ZASOBÓW Z UDZIAŁEM DZIECI

Hipotezy na temat alokacji zasobów przez ludzi testuje się zazwyczaj za pomocą różnego rodzaju gier ekonomicznych, takich jak gra ultimatum (*ultimatum game*) czy gra publicznego dobra (*public good game*; Gintis i in., 2003; Henrich i in., 2001). W tego typu eksperymentach badani w kontrolowanych warunkach podejmują decyzję na temat podziału pieniędzy lub żetonów. Metody te są ostatnio krytykowane ze względu na niewielkie podobieństwo do sytuacji, które zdarzają się ludziom w realnym życiu (Guala, 2012), lecz nie ulega wątpliwości, że mogą być źródłem nowych hipotez i naprowadzać dwóch badaczy na nowe problemy.

Większość gier ekonomicznych używanych w eksperymentach z udziałem dorosłych jest zbyt skomplikowana, aby mogły je zrozumieć małe dzieci. Jednak z powodzeniem stosowane w tego typu eksperymentach są różne warianty gry dyktatora (*dictator game*). Gra dyktatora (GD) polega na tym, że osoba badana (dawca) ma zdecydować, jaką część zasobów (np. pieniędzy, żetonów) chce przeznaczyć na rzecz innej osoby (biorcy). Oferty dawcy w odróżnieniu od gry ultimatum nie mogą zostać odrzucone, w związku z tym dawca może składać niskie oferty bez konsekwencji. Dzięki prostym zasadom GD może być stosowana w eksperymentach z udziałem nawet trzylatków. Wtedy jako waluta stosowane są słodycze lub naklejki ze względu na ich wysoką atrakcyjność dla dzieci (Benenson, Pascoe, Radmore, 2007; Fehr, Bernhard, Rockenbach, 2008).

BADANIA NAD DECYZJAMI EKONOMICZNYMI CHŁOPCÓW I DZIEWCZYNEK

Przeprowadzono zaledwie kilka eksperymentów nad alokacją zasobów u dzieci, w których uwzględniono płeć jako zmienną niezależną. Jednym z nich było badanie nad różnicami w rozdziale zasobów pomiędzy dziećmi z grupy własnej i grupy obcej, gdzie badacze zakładali, że dzieci najczęściej będą dzielić zasoby równo (egalitarnie), lecz bardziej szczodre będą wobec dzieci z grupy własnej (Fehr, Bernhard, Rockenbach, 2008). Dzieci w wieku od trzech do ośmiu lat grały w trzy warianty GD (walutą były cukierki): pierwszym z nich był wariant prospołeczny (*prosocial game*), gdzie można było dokonać wyboru między przydzieleniem sobie i biorcy po jednym cukierku lub tylko sobie pozostawiając biorcę z niczym (1:1 vs 1:0). W drugim wariancie, nazywanym wariantem zazdrości (*envy game*) można było podzielić cukierki po równo lub przekazać dodatkowego cukierka biorcy (1:1 vs 1:2). Trzeci wariant nazwano wariantem dzielenia się (*sharing game*), gdzie dawca miał do rozdysponowania dwa cukierki i mógł podzielić je równo między siebie i biorcę lub obojga zachować dla

siebie (1:1 vs 2:0). Dzieci grały we wszystkie trzy gry w dwóch warunkach eksperymentalnych: wewnątrzgrupowym i międzygrupowym, gdzie odpowiednio miały się dzielić z anonimowym dzieckiem ze swojej klasy lub grupy przedszkolnej bądź z zupełnie obcym dzieckiem. Jak się okazało, dzieci, w każdym z trzech warunków, częściej dokonywały egalitarnych wyborów, a w przypadku wariantu zazdrości, w odróżnieniu od dwóch pozostałych wariantów, gdzie nie zaobserwowano istotnych różnic, chłopcy okazali się istotnie mniej skłonni do dzielenia się z biorcą spoza grupy własnej niż dziewczynki.

Podobne badanie przeprowadzili Gummerum i współpracownicy (2010). Eksperyment dotyczył wpływu rozumienia emocji moralnych na decyzje ekonomiczne w *GD* u dzieci w wieku 3–5 lat z wykorzystaniem naklejek jako waluty. Oprócz hipotez związanych z emocjami moralnymi badacze przewidywali, że dziewczynki będą składać wyższe oferty niż chłopcy. Każde dziecko dysponowało dziesięcioma naklejkami do podziału między siebie i biorcę. Zgodnie z przewidywaniami okazało się, że dziewczynki składały istotnie wyższe oferty niż chłopcy.

Zainspirowany powyższymi badaniami T. Zaleśkiewicz (2011) przeprowadził eksperyment mający na celu zbadanie stricte różnic płciowych w alokacji zasobów w *GD* u dzieci. Tym razem w grupie wiekowej 5–6 lat z wykorzystaniem naklejek jako waluty. Zastosowano podobną procedurę badawczą jak w przypadku pierwszego z opisanych wyżej badań (Fehr i in., 2008), dzieci grały w trzy warianty *DG*: prospołeczny, zazdrości i dzielenia się, lecz nie manipulowano przynależnością do grupy własnej lub obcej. Okazało się, że w wariantcie dzielenia się i w wariantcie zazdrości dziewczynki istotnie częściej niż chłopcy dokonywały bardziej altruistycznych wyborów. Warto zauważyć, że istotne różnice pojawiły się w tych wariantach *GD*, gdzie altruistyczny wybór zmuszał do przydzielenia biorcy większej ilości naklejek niż sobie. Ponieważ metodologia eksperymentów Zaleśkiewicza (2011) była podobna do tej wykorzystanej w eksperymencie Fehra i in. (2008) przeprowadzonego w Szwajcarii, dokonano porównania wyników polskich i szwajcarskich, gdzie dzieci polskie okazały się dokonywać bardziej altruistycznych wyborów.

Wszystkie opisane powyżej eksperymenty ujawniają różnice w alokacji zasobów między chłopcami i dziewczynkami, gdzie dziewczynki okazują się bardziej altruistyczne wobec anonimowego biorcy niż chłopcy. Niestety ilość przeprowadzonych dotąd badań jest zbyt mała, żeby móc wyciągać wnioski na temat specyfiki tych różnic.

JAK BADACZE UZASADNIAJĄ RÓŻNICE?

Trzy wspomniane powyżej badania były poświęcone badaniu różnic w alokacji zasobów u dzieci, m.in. ze względu na płeć. Fehr i in. (2008) starają się wyjaśnić istnienie różnic w zachowaniach altruistycznych chłopców i dziewczynek wobec członków grupy obcej, rozpatrując ich ewentualne adaptacyjne znaczenie. Autorzy twierdzą, że ponieważ na przestrzeni dziejów przede wszystkim mężczyźni czerpali korzyści z konfliktów międzygrupowych, gdyż zyskiwali dostęp do większej liczby partnerek seksualnych, jak również ponosili większe koszty niż kobiety, bo byli narażeni na utratę zdrowia lub życia. W związku z tym u osobników płci męskiej wykształciła się w toku ewolucji silniejsza awersja do zachowań altruistycznych wobec członków grupy obcej niż u płci żeńskiej.

Gummerum i in. (2010) oraz Zaleśkiewicz (2011), którzy również uzyskali wyniki pokazujące istotne różnice w alokacji zasobów w zależności od płci, przypisują je odpowiednio socjalizacji – ponieważ dziewczynki nagradza się za zachowania prospołeczne częściej niż chłopcy – oraz bardziej egoistycznemu i rywalizacyjnemu nastawieniu chłopców. Poza tym fakt, że, jak pokazały poprzednie eksperymenty, różnice płciowe rosną z wiekiem, jest według Zaleśkiewicza (2011) dowodem na to, że są one efektem socjalizacji.

Można powiedzieć, że wiemy, iż różnice płciowe w alokacji zasobów w *GD* istnieją, lecz to, jak są one wyjaśniane przez badaczy, nie jest zadowalające. Ten temat jest potraktowany przez autorów bardzo skrótowo, z niewielką ilością odnośników do literatury, a proponowane wyjaśnienia różnic są oparte na razie w większości na domysłach i brakuje im rzetelnego potwierdzenia empirycznego. Podczas gdy Fehr i in. (2008) proponują ewolucyjne wyjaśnienie różnic międzypłciowych, Gummerum i in. (2010) oraz Zaleśkiewicz (2011) skupiają się jedynie na kulturowym podłożu tego zjawiska, natomiast fizjologiczne podłoże różnic nie jest raczej przez badaczy uwzględnianie jako składowa odmiennych zachowań chłopców i dziewczynek.

FIZJOLOGIA RÓŻNIC W ZACHOWANIU CHŁOPCÓW I DZIEWCZYNEK

Dzięki interdyscyplinarnemu podejściu do badań nad zachowaniem ludzi mamy coraz większą wiedzę na temat procesów fizjologicznych przebiegających u podłoża naszych zachowań. Według teorii Del Giudice, Angeleri i Manery (2009) różnice płciowe w zachowaniu dzieci w wieku 5–10 lat (ten zakres wiekowy obejmuje większość dzieci biorących udział w opisanych wyżej badaniach z użyciem *GD*) należy uzasadniać w oparciu o ewolucyjną teorię historii życia (*life history theory*), a także

mechanizmy biologiczne, które mają kierować zachowaniem na poziomie ekspresji genowej oraz gospodarki hormonalnej.

Teoria historii życia stawia pytanie, w jaki sposób powstała tak bogata różnorodność organizmów na ziemi, co stanowi jedno z głównych pól zainteresowań współczesnej ekologii (Mackenzie, Ball, Virdee, 2005). Podstawowym założeniem tej teorii jest przekonanie, że organizmy mają określoną ilość zasobów takich jak czas czy energia, więc muszą wybierać, w jaki aspekt historii życia inwestować, żeby zwiększać swoje przystosowanie. Strategie te różnią się międzygatunkowo i wewnątrzgatunkowo w zależności od płci oraz warunków ekologicznych. W związku z tym teoria ta jest interesująca również dla psychologów. Zgodnie z teorią historii życia ludzie – tak jak inne gatunki zwierząt – jako młodociane osobniki czynią rozeznanie na temat warunków środowiska, co kieruje je na trajektorie rozwojowe odpowiednio dostosowane do tych warunków. Oczywiście są to procesy złożone, wielopoziomowe nie do końca świadomie regulowane, w dużym stopniu za pomocą nieświadomych procesów fizjologicznych. Ta zdolność organizmów do regulowania zachowania na podstawie informacji pozyskanych w dzieciństwie nazywana jest plastycznością rozwojową (*developmental plasticity*).

Wiek 5–10 lat do niedawna nie wydawał się badaczom interesujący pod względem rozwoju płciowego. Domniemywano, że – skoro różnice fenotypowe między chłopcami a dziewczynkami są niewielkie – procesy biochemiczne zachodzące w organizmie również nie różnią się specjalnie w zależności od płci. Del Giudice, Angeleri i Manery (2009) przekonują, że tego typu założenia nie są uprawnione. Sugerują oni, że w zależności od różnic indywidualnych od 5 do 10 roku życia w organizmie dziecka następuje przemiana nazywana młodzieńczym przejściem (*juvenile transition*). Jest to moment, w którym po wcześniej wspomnianym okresie „rozeznania”, jakim było wczesne dzieciństwo, organizmy – w tym wypadku dzieci ludzkie – zaczynają realizować konkretną strategię pod wpływem czynników środowiskowych, genetycznych oraz w zależności od płci. Podłożem fizjologicznym tych przemian jest *andrenarche*, czyli poprzedzające dojrzewanie płciowe intensywne wydzielanie hormonów tarczycy, co ma istotny, widoczny wpływ na zachowanie, odmienny w zależności od płci. Ponieważ jednak dymorfizm płciowy, czyli różnice w wyglądzie między dziewczynkami i chłopcami, są jeszcze w tym okresie niewielkie, często różnice w zachowaniu przypisuje się wyłącznie socjalizacji.

Jak dokładnie przebiegają typowe dla młodzieńczego przejścia przemiany? Zazwyczaj między szóstym a ósmym rokiem życia nieaktywne od okresu płodowego nadnercza zaczynają się powiększać – w szczególności część siatkowata kory nadnerczy – oraz znów zaczynają stopniowo wydzielać hormony: dehydroepiandrosteron (DHEA), hormon sterydowy, który może się przekształcać w testosteron lub

estradiol, oraz jego metabolit siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEAS). W wyniku oddziaływania DHEA oraz DHEAS pojawia się pierwsze owłosienie w okolicy pach i łona, zmienia się zapach ciała oraz przetłuszczają się włosy i skóra. W przypadku zachowania widoczne jest głównie pośrednie działanie tych hormonów. W niektórych tkankach ciała DHEA i DHEAS przekształcają się w testosteron lub estradiol – odpowiednio męski i żeński hormon płciowy – które mają znaczący wpływ na zachowanie. Zmiany towarzyszące *adrenarche* ujawniają też różnice indywidualne w ekspresji niektórych genów. A więc zanim w okresie dojrzewania zmiany fenotypowe nabiorą tempa, różnice międzypłciowe w zachowaniu, wywołane działaniem hormonów płciowych, są już znaczne (Del Giudice, Angeleri, Manera, 2009).

Można więc powiedzieć, że rozwój chłopców i dziewczynek zaczyna biec osobnymi torami jeszcze przed początkiem okresu dojrzewania. Dzieje się tak za pośrednictwem wzajemnego oddziaływania na siebie trzech sił: środowiska, genów oraz zmian hormonalnych. Warto zaznaczyć, że czynniki hormonalne są potęgowane przez proces uczenia społecznego, które samo jest kształtowane przez czynniki hormonalne, co powoduje dodatnie sprzężenie zwrotne, czyli wzajemne napędzanie się czynników społecznych i biologicznych.

JAK KONKRETNIE MŁODZIEŃCZA PRZEMIANA MOŻE WPŁYWAĆ NA ZACHOWANIE?

W trakcie młodzieńczej przemiany układ dokrewny integruje czynniki środowiskowe z genetycznymi, kierując tym samym strategię reprodukcyjną organizmu na konkretny tor i wpływając na związane z historią życia dziedziny zachowania (np. poszukiwanie partnera lub posiadanie potomstwa). W zależności od obranej strategii zmieniają się takie obszary zachowania, jak: sposób wyrażania własnej seksualności, chęć dominowania, agresja, podejmowanie ryzyka oraz altruizm i współpraca. Del Giudice, Angeleri i Manera (2009) przykładowo opisują dokładniej różnice płciowe, widoczne u dzieci przed okresem dojrzewania, w zakresie agresji oraz stylów przywiązania jako najlepiej zbadane (co zostało opisane poniżej), jednak przewidują, że zachowania prospołeczne również są kształtowane podczas młodzieńczej przemiany oraz różnią się ze względu na płeć.

Pierwotnie oparta na ewolucyjnym rozumowaniu teoria stylów przywiązania (*attachment theory*) to jeden z fundamentów współczesnej psychologii rozwojowej. Okazuje się, że u dzieci w wieku siedmiu lat lub starszych są istotne różnice w częstości występowania pozabezpieczanych stylów przywiązania, gdzie dziewczynki okazują się bardziej lękowe, a chłopcy bardziej unikający (Del Giudice, 2008). U mniejszych

dzieci nie ma tych różnic, co stanowi przekonujący argument za tym, że pojawiają się one w efekcie młodzieńczej przemiany. Różnice te można z ewolucyjnego punktu widzenia tłumaczyć różnicami w inwestycji rodzicielskiej między kobietami i mężczyznami, gdzie kobiety inwestują w potomstwo więcej zasobów niż mężczyźni.

Różnice indywidualne w agresywności są silnie zdeterminowane przez czynniki genetyczne: ich ekspresja jest zależna od hormonów i neuroprzekaźników, których skuteczność i stężenia mogą być modulowane przez *andrenarche*. Różnice płciowe w agresywności pojawiają się między trzecim a szóstym rokiem życia i nasilają w trakcie wkraczania w wiek dojrzewania. Chłopcy wykazują więcej fizycznych przejawów agresji, podczas gdy dziewczynki używają raczej agresji werbalnej lub wykluczania (Del Giudice, Angeleri, Manery 2009).

Na razie nie ma jednoznacznych dowodów na to, że również różnice w poziomie altruizmu i skłonności do współpracy kształtują się w trakcie młodzieńczej przemiany za pośrednictwem *andrenarche*. Wiemy natomiast, że w tym czasie kształtują się różnice płciowe w zakresie wielu zachowań, pod względem których kobiety różnią się od mężczyzn. Istnieją również dowody empiryczne na to, że testosteron (którego poziom wzrasta u chłopców w wyniku *andrenarche*) ma istotny wpływ na wysokość ofert składanych przez mężczyzn w grze ultimatum, gdzie ci badani, którym podawany był testosteron, składali niższe oferty niż mężczyźni z grupy kontrolnej (Zak i in., 2009). Badano także zdolność kobiet do współpracy pod wpływem indukcji testosteronu: osoby badane z grupy eksperymentalnej, w której podawany był testosteron, były istotnie mniej skłonne do współpracy (Wright i in., 2012).

PODSUMOWANIE

Nie można wykluczyć silnego wpływu socjalizacji na alokację zasobów przez dzieci, zwłaszcza że procesy fizjologiczne i uczenie społeczne napędzają się nawzajem. Jednak wymienione wyżej teorie oraz badania empiryczne dostarczają argumentów za uznaniem różnic międzypłciowych w skłonności do altruizmu za determinowane biologicznie ze względu na to, że inne strategie zwiększają przystosowanie w historii życia dziewcząt niż chłopców. Jednak potrzebne są kolejne eksperymenty, których celem będzie wyjaśnienie różnic płciowych w zakresie altruizmu i współpracy.

BIBLIOGRAFIA

- Benenson, J. F., Pascoe, J., Radmore, N. (2007). Children's altruistic behavior in the dictator game. *Evolution and Human Behavior*, 28(3), 168–175. DOI:10.1016/j.evolhumbehav.2006.10.003.
- Del Giudice, M. (2008). Sex-biased ratio of avoidant/ambivalent attachment in middle childhood. *British Journal of Developmental Psychology*, 26, 369–379.
- Del Giudice, M., Angeleri, R., Manera, V. (2009). The juvenile transition: A developmental switch point in human life history. *Developmental Review*, 29(1), 1–31. DOI:10.1016/j.dr.2008.09.001.
- Fehr, E., Bernhard, H., Rockenbach, B. (2008). Egalitarianism in young children. *Nature*, 454(7208), 1079–1083. DOI:10.1038/nature07155.
- Gintis, H. (2000). Strong reciprocity and human sociality. *Journal of Theoretical Biology*, 206(2), 169–179. DOI:10.1006/jtbi.2000.2111.
- Gintis, H., Bowles, S., Boyd, R., Fehr, E. (2003). Explaining altruistic behavior in humans. *Evolution and Human Behavior*, 24(3), 153–172. DOI:10.1016/S1090-5138(02)00157-5.
- Guala, F. (2012). Reciprocity: weak or strong? What punishment experiments do (and do not) demonstrate. *The Behavioral and Brain Sciences*, 35(1), 1–15. doi:10.1017/S0140525X11000069.
- Gummerum, M., Hanoch, Y., Keller, M., Parsons, K., Hummel, A. (2010). Preschoolers' allocations in the dictator game: The role of moral emotions. *Journal of Economic Psychology*, 31(1), 25–34. Elsevier B.V. DOI:10.1016/j.joep.2009.09.002.
- Hamilton, W. D. (1964). The genetical evolution of social behavior. *Journal of Theoretical Biology*, 37, 1–52.
- Henrich, J., Boyd, R., Bowles, S., Camerer, C., Fehr, E., Gintis, H. i in. (2001). Cooperation, Reciprocity and Punishment in Fifteen Small-scale Societies. *Nature*, (May), 1–7.
- Mackenzie, A., Ball, S., Virdee, R. (2005) *Krótkie wykłady: ekologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tomasello, M. (2008). *Why we cooperat*. Cambridge: MIT Press.
- Trivers, R. L. (1971). The evolution of reciprocal altruism. *Quarterly Review of Biology*, 46, 35–57.
- Wright, N. D., Bahrami, B., Johnson, E., Di Malta, G., Rees, G., Frith, C. D. i in. (2012). Testosterone disrupts human collaboration by increasing egocentric choices. *Proceedings. Biological Sciences/The Royal Society*. DOI:10.1098/rspb.2011.2523.
- Zak, P. J., Kurzban, R., Ahmadi, S., Swerdloff, R. S., Park, J., Efremidze, L. i in. (2009). Testosterone administration decreases generosity in the ultimatum game. *PloS one*, 4(12), e8330. DOI:10.1371/journal.pone.0008330.
- Zaleskiewicz, T. (2011). Original papers. *Polish Psychological Bulletin*, 42(2), 46–51.

PAWEŁ TEMPCZYK

paweltempczyk@paweltempczyk.home.pl

Uniwersytet Warszawski

ROZMOWY Z SAMYM SOBĄ. TECHNIKI COACHINGOWE ORAZ PSYCHOLOGII PROCESU POLEGAJĄCE NA DOTARCIU DO WEWNĘTRZNYCH JAKOŚCI

RECENZJA

Recenzent: dr Dorota Kobylińska

Recenzowany artykuł: *Rozmowy z samym sobą* ma na celu prezentację trzech technik opierających się na rozmowie z postaciami reprezentującymi wewnętrzne *ja* – rozmowy z oporem, przejścia nowej jakości od wyobrażonej postaci oraz rozmowy z przyszłym *ja* – w kontekście psychologii procesu, dezintegracji pozytywnej oraz pracy z przekonaniem. Tekst odnosi się do praktyki psychologicznej, nie jest raportem z badań empirycznych, ale raczej analizą wybranych metod pracy np. coachingowej. Autor prezentuje, na podstawie przykładów, zalety stosowania omawianych technik, w szczególności w kontekście uświadamiania sobie źródeł oporu oraz wyzwolenia motywacji do zmiany w kierunku pożądanego stanu.

Artykuł napisany jest przystępnym językiem. Jego struktura (wprowadzenie, rozwinięcie oraz podsumowanie) oraz praktyczne przykłady ułatwiają zrozumienie prezentowanych technik oraz wskazują konkretnie na sposób ich zastosowania tak, aby były one skuteczne. Autor ze zrozumieniem odwołuje się do kontekstu teoretycznego, wyjaśniając działanie omawianych technik. Na uwagę zasługuje właśnie to połączenie teorii z praktyką, co zdecydowanie jest przydatne w pracy praktycznej (wielu bowiem praktyków odcina się od teorii, wielu zaś teoretyków i naukowców zapomina o praktycznych zastosowaniach ich badań i teorii).

Artykuł jest prawidłowo przygotowany pod względem formalnym, być może jedyna sugestia dotyczyć by mogła podziału tekstu na podrozdziały.

Myślę, że choć tekst nie jest typowym raportem z badań, jego wartość praktyczna zdecydowanie przemawia za tym, aby został on opublikowany i udostępniony w ten sposób szerszemu odbiorcy.

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest prezentacja technik opierających się na rozmowie z postaciami reprezentującymi wewnętrzne *ja*. Techniki omówione w artykule – rozmowa z *oporem*, przejście nowej jakości od wyobrażonej postaci oraz rozmowa z *przyszłym ja* – rozpatrywane są w szerokim kontekście teoretycznym: psychologii procesu, dezintegracji pozytywnej oraz pracy z przekonaniem (terapii poznawczo-behawioralnej). Dużo miejsca zostało również poświęcone kwestii oporu oraz spojrzeniu na niego z perspektywy psychologii procesu.

Słowa kluczowe: psychologia procesu, coaching, opór, rozwój osobisty, ja, ja idealne, ja realne

Austriacki dramaturg K. Kraus podobno powiedział: „Z kobietami prowadzę monolog. Ale rozmowa z samym sobą jest bardziej pobudzająca”. Abstrahując od płci, o której się wypowiadał, sedno wypowiedzi jest czytelne – niektóre rozmowy prowadzimy ciekawiej z samymi sobą niż z innymi ludźmi. Założeniem mojego artykułu jest prezentacja zaplecza teoretycznego oraz trzech przykładów technik pracy psychologicznej opartych o dialog między wewnętrznymi głosami; techniki zostały zobrazowane przykładami. Pierwsze ćwiczenie polega na rozdzieleniu monologu wewnętrznego na *ja* oraz *opór* i próbie osiągnięcia między nimi porozumienia; zostało ono ujęte w kontekście psychologii zorientowanej na proces. Drugie ćwiczenie – przejście pożądanej jakości od wyobrażonej postaci – nawiązuje do teorii dezintegracji pozytywnej i jest rozpatrywane pod kątem rozpadu jednostki na fragmenty i integracji ich na wyższym stadium oraz pod kątem pracy z przekonaniami – dotarcia do przekonań kluczowych i spojrzenia na nie z nowej perspektywy. Trzecie ćwiczenie – rozmowa z *przyszłym ja* – dotyczy kwestii akceptacji niektórych obszarów *ja idealnego*, związanych z poczuciem siły i sprawczości. Częścią wspólną prezentowanych technik jest kwestia oporu wewnętrznego – pierwsza technika polega na dojściu do tego, co opór chciałby nam przekazać, natomiast dwie następne – na ominięciu go, dotarciu do nowych, pożądanych jakości i próbie przejścia ich.

Wprowadzając w tematykę artykułu, chciałbym zacząć od przedstawienia założeń i sposobów pracy psychologicznej¹ psychologii procesu. Kluczowy jest podział na proces pierwotny i wtórny, które „określają tendencje do spostrzegania danego doświadczenia jako bardziej przynależnego do *ja* lub *nie ja*” (Teodorczyk, Szymkiewicz, 2011, s. 326). Powyższy podział dotyczy również rozgraniczenia na uświadomione oraz nieuświadomione treści – emocje, postawy, myśli, zachowania. W trakcie przechodzenia z procesu wtórnego w pierwotny (inaczej mówiąc: uświadamiania i akceptacji treści wypartych, zagrażających obecnemu światopoglądowi jednostki) pojawia się próg (*edge*), bliski stosowanemu w wielu szkołach terapii określeniu opór (*resistance*). Pojawienia się progu nie da się, a nawet nie należy unikać – jest on niejako strażnikiem dawnego *ja*, i tylko oswojenie czy też przepracowanie go może prowadzić do powstania zintegrowanego nowego *ja*.

Proces ujawnienia treści zawartych w obszarze „*nie ja*” oraz akceptacji ich (włączenia ich do obszaru *ja*) przedstawię na przykładzie hipotetycznego Adama. To ćwiczenie, należące do repertuaru psychologii procesu, nazywa się rozmową z oporem. Wyobraźmy sobie trzydziestoletniego kawalera o imieniu Adam, który od kilku lat

¹ Celowo nie używam określeń: praca terapeutyczna czy terapeuta, ponieważ one jednoznacznie wskazują na oddziaływanie terapeutyczne; psychologia procesu nie robi rozróżnienia na formy terapeutyczne (kliniczne) oraz formy rozwojowe, dlatego też zdecydowałem się na określenia: praca psychologiczna i prowadzący.

podejmuje próby zawarcia stałego związku, a mimo to wszystkie jego dotychczasowe związki można uznać za krótkotrwałe. Główną motywacją (uświadomioną, zawartą w obszarze ja) Adama jest chęć związania się na dłużej. Wyobraźmy sobie teraz dwie ambiwalentne siły, ścierające się ze sobą: jedna wynikająca ze wspomnianej motywacji, druga blokująca ją, związana z oporem. W przypadku pracy zgodnie z psychologią procesu obie te siły mogłyby zostać przedstawione przestrzennie w formie dwu pól (każde pole reprezentuje inną siłę – perspektywę, rolę, tendencję), natomiast klient przechodziłby z jednego obszaru na drugi w zależności od tego, z której pozycji chciałby się wypowiadać – czy z pozycji ja, czy opór. Przykładowo ta rozmowa mogłaby się odbyć w następujący sposób:

Ja: Witam. Chciałbym porozmawiać z Tobą na temat moich związków... Chciałbym się dowiedzieć, dlaczego blokujesz moje działania zmierzające do bycia w stałym związku.

Opór: Nie wiem, mam wrażenie, że to jeszcze nie pora...

Ja: Dlaczego tak uważasz? Mam już trzydzieści lat, uważam się za osobę dojrzałą, zawodowo ustabilizowaną.

Opór: Ale do związku trzeba czegoś więcej...

Ja: Czego według Ciebie w takim razie mi brakuje, bym mógł zawrzeć związek?

Opór: Mam wrażenie, że dotyczy to sfery emocjonalnej... Nie czuję, byś był emocjonalnie na to gotowy.

Ja: Uważam, że emocjonalnie już dojrzałem, mam w końcu trzydzieści lat, a więc nie wiem, czy o to chodzi...

Opór: Zauważyłeś może, w jakich sytuacjach dajesz o sobie znać?

Ja: Nigdy się głębiej nad tym nie zastanawiałem... Tak teraz pomyślałem, że chyba w tym momencie, gdy moja partnerka zaczyna przejawiać dużą troskę w stosunku do mnie.

Opór: Tak, coś w tym jest... A konkretniej?

Ja: Gdy zaczyna być taka trochę... matczyzna. Chyba przestaję się czuć w takich momentach silny, tracę trochę grunt pod nogami.

Opór: Dokładnie, przestajesz czuć się jak mężczyzna, a przecież uważasz, że mężczyzna jako głowa rodziny jest jej ostoją, a posiadanie rodziny wymaga siły, wytrwałości. Dlatego też wolę Cię zatrzymać, niż pozwolić Ci wejść w ten sposób w relację.

Ja: Tak, to chyba o to chodzi... Powiedz mi w takim razie, bo to mnie bardzo interesuje, przed czym konkretnie starasz się mnie ochronić?

Opór: Chcę Cię uchronić przed sytuacją, gdy zawiodłeś jako mężczyzna...

Ja: Ale nie przypominam sobie takiej sytuacji w kontekście moich poprzednich związków z kobietami...

Opór: A czy to musi wynikać tylko z Twoich związków? Poszukaj głębiej... Z czym Ci się kojarzy taka sytuacja?

Ja: Tak się teraz zastanawiam, że w relacji z kobietami chyba najmniej męsko czułem się w relacji z moją matką. Jakbym czuł się chłopcem, a nie mężczyzną.

Opór: Tak, mam wrażenie, że właśnie o to chodzi – boję się, że w stałym związku będziesz zależny od partnerki, nie będziesz w stanie bronić swoich granic, jak w kontakcie ze swoją matką, i z czasem stracisz swoje poczucie siły.

Ja: OK, rozumiem Twoje obawy, ale w takim razie proponuję, byśmy poszli na kompromis – Ty dasz mi możliwość sprawdzenia, czy poradzę sobie jako mężczyzna, natomiast ja będę pamiętał o Twoich obawach i moim celem będzie utrzymanie swojego poczucia siły.

Opór: Dobrze, jestem w stanie to spróbować, natomiast jeżeli będę czuł, że sytuacja rozwija się w złym kierunku, wtedy znów dam o sobie znać.

Ja: Rozumiem, zgadzam się, tylko teraz jednak proszę, byś dał mi możliwość działania i trochę osłabił.

Opór: Też się zgadzam, w takim razie znikam.

Warto skupić się przez chwilę kwestii oporu. Powołując się na terminologię podstawowych pojęć psychoanalizy: opór w znaczeniu szerszym „ujmowany jest jako obrona (*defence*, *Abwehr*), czyli oznacza ogólną tendencję u ludzi do wypierania w nieświadomość, niezauważania lub zapominania przykrych myśli, wspomnień, przeżyć” (Sokolik, 2005, s. 39). Opór może wynikać z istnienia drugiej strony w ramach pracy psychologicznej: terapeuty, prowadzącego, trenera („odmowa lub niechęć do współpracy z terapeutą, która może przybierać różną formę – od nieświadomego zapominania o terapii do odmowy spełnienia wymogów terapeuty” – Kosslyn; Rosenberg, 2006, s. 686), ale również może pojawiać się też jako wewnętrzna niechęć do zmian, niezwiązana z osobą terapeuty.

Są różne perspektywy patrzenia na opór. Osoby korzystające z pomocy terapeutycznej często przejawiają ambiwalentne tendencje – z jednej strony dążą do wyzdrowienia, z drugiej natomiast obawiają się doświadczenia nieprzyjemnych emocji czy też poznania swoich wypieranych myśli (Załoga, Zarzycka, 2011). W różnych szkołach opór jest różnie rozumiany, np. w kontekście intensywnej krótkoterminowej psychoterapii dynamicznej traktowany jest jako przejaw „patologicznej części superego” (s. 189), a pacjent motywowany jest do wystąpienia przeciwko swojemu oporowi. Opisana technika nie traktuje oporu jako patologii, raczej jako próg, a więc zniekształconą motywację obronną jednostki (a przynajmniej stara się odnaleźć w niej taką część). Obrona nie polega na stawianiu oporu nieuświadomionym treściom przed wydobyciem ich na światło dzienne, raczej rozumiana jest jako tendencja do ochrony jednostki wynikająca z uprzedniego zranienia jej. W tym kontekście jest przejawem adaptacyjnych tendencji człowieka skryzalizowanych w nieadaptacyjną formę unikania.

Wewnętrzny opór może przejawiać się w formie nieuświadomionych mechanizmów obronnych, np. żartowania, racjonalizacji, albo też może zostać przerzucony na terapeutę w postaci przeniesienia. Warunkiem koniecznym do prawidłowego wykonania powyższego ćwiczenia jest umiejętność zidentyfikowania swoich mechanizmów obronnych, pozwala to nawet na lepszą konfrontację z oporem, gdyż umożliwia dotarcie do źródła wypieranych emocji czy przekonań; opór podczas konfrontacji może zostać zapytany, czemu lekceważy albo wyśmiewa pewne symptomy czy problemy:

Ja: Wróćmy jeszcze do kwestii związków.

Opór: Haha, no tak, przecież z Ciebie taki wieczny kawaler...

Ja: Nie rozumiem, czemu tak lekko to traktujesz, mam wrażenie, że trochę wyśmiewasz to, o czym mówię.

Opór: Hmm, ciężko mi stwierdzić...

Ja: Nie jest tak, że ten temat jest dla Ciebie trudny?

Opór: Możliwe, że tak jest. Ciężko mi na ten temat rozmawiać, wolę żartować na ten temat niż się w niego wgłębić.

Ja: Czemu tak to czujesz?

Opór: Chyba dlatego, że gdy wchodzę w ten obszar, czuję się trochę... bezbronny.

Ja: Dlaczego?

Opór: Mam wrażenie, że facet bez związku jest jak żołnierz bez karabinu.

Ja: To znaczy?

Opór: Można by powiedzieć, że... niepełnowartościowy, niemęski.

Ta rozmowa pozwoliła dojść do głębszych przekonań Adama na temat jego kawalerstwa. Gdyby poszukać jeszcze głębiej, można by dotrzeć do konkretnych wydarzeń, które wywołały takie przekonania, i spróbować je przepracować. Praca z przekonaniem zostanie ujęta w dalszej części artykułu.

Pora przejść dalej. Problem, który ma Adam – a więc niedostateczna wiara w swoją siłę, poczucie, że może zawieść jako mężczyzna – można by próbować rozwiązać podejściem psychologii Pprocesu (przejąć pewną pożądaną przez niego jakość od wyobrażonej postaci). Ta praca mogłaby wyglądać tak:

Prowadzący: Adamie, spróbuj określić w dwu zdaniach problem, z którym przyszedłeś.

Adam: Obawiam się, że w mojej relacji z partnerką będzie taka chwila, gdy zabraknie mi siły czy też wytrwałości, i nie spiszę się jako mężczyzna...

Prowadzący: Dobrze. A teraz zastanów się nad jakąś postacią z bajek, filmów, komiksów – taką, która Cię w pewien sposób pociąga, fascynuje, ma w sobie coś magnetycznego.

Adam: Hmmm... Tak sobie pomyślałem o dawnych władcach, np. o królu Arturze. Tylko że to jest bardziej moje wyobrażenie, nie pamiętam w ogóle losów króla Artura.

Prowadzący: W tym ćwiczeniu chodzi właśnie o wyobrażenie. Jakbyś mógł opisać króla Artura?

Adam: Silny, a nawet władczy, myślę, że czasami nawet okrutny...

Prowadzący: Skupmy się bardziej na tych aspektach, które Ci imponują.

Adam: To rzeczywiście siła, taka siła wewnętrzna, wynikająca z tego, że rządzi całym swoim królestwem.

Prowadzący: Dobrze, to spróbuj poczuć się przez chwilę jak król Artur. Możesz pochodzić jak on, spróbować odezwąć się jak on. (Adam wczuwa się w postać.) Jak się czujesz jako król Artur?

Adam: Mam pewne problemy z wejściem w rolę... Nigdy wcześniej czegoś takiego nie robiłem.

Prowadzący: A czy odgrywałeś kiedyś rolę, np. podczas przedstawień w szkole?

Adam: Tak, zdarzyło mi się, z tego, co pamiętam, to nawet dwa razy.

Prowadzący: To potraktuj to jako zadanie aktorskie, takie podejście powinno Ci ułatwić pracę.

Adam: OK., udało się.

Prowadzący: Super, cieszę się, że się udało. Jak się czujesz jako król Artur?

Adam: Czuję się taki... silny. Jakbym nie miał ograniczeń. Czuję się bardzo dobrze w swojej skórze.

Prowadzący: To dobrze, możemy w takim razie przejść dalej. W dalszej części ćwiczenia Ty będziesz cały czas w tej postaci, natomiast ja przyjdę do Ciebie jako Adam.

Adam: Rozumiem, możemy zacząć.

Prowadzący: Witam Ciebie, królu Arturze. Przyszedłem do Ciebie prosić Cię o radę. Słyszałem, że jesteś potężnym władcą, więc myślę, że jesteś w stanie mi pomóc...

Adam: Możliwe... Słucham Ciebie.

Prowadzący: W jaki sposób rządzisz swoim królestwem?

Adam: Jestem silnym, ale sprawiedliwym władcą. Jeżeli ktoś złamie ustanowione przeze mnie prawo, niezależnie, czy to będzie zwykły obywatel, czy też możnowładca, zostanie przeze mnie ukarany.

Prowadzący: Podziwiam takie podejście... Ale skąd czerpiesz siłę, by nie ulegać zewnętrznym naciskom czy też wewnętrznemu wątpliwemu?

Adam: Musiałbym się chwilę nad tym zastanowić. (krótka pauza) Siłę czerpię z tego, kim jestem... Jestem władcą królestwa, które dobrze prosperuje, i to daje mi poczucie, że to, co robię, jest właściwe.

Prowadzący: Rozumiem. Też chciałbym się tak poczuć, ale ja niestety nie mam swojego królestwa, więc nie mogę z tego czerpać siły. Czy mógłbyś mi coś doradzić odnośnie do mojego życia?

Adam: Tak sobie pomyślałem, że pewnie też masz w swoim życiu dziedziny, z których jesteś zadowolony, a nawet dumny... Na przykład praca albo sport, uprawiałeś przecież dużo sportu. Spróbuj w nich odnaleźć to poczucie siły, ufam, że przeniesie się ono też na inne dziedziny.

Prowadzący: Dziękuję bardzo za radę, ufam, że okaże się pomocna!

Podejście ukazane w tym ćwiczeniu wydaje mi się w swojej istocie najbardziej bliskie teorii dezintegracji pozytywnej K. Dąbrowskiego (1979, 1988, 1996). Organizm w swoim rozwoju przechodzi fazy „rozpadu” pozwalające na ponowną integrację na wyższym stadium. „Pola” znane w psychologii procesu określane są u Dąbrowskiego mianem „dynamizmów” („dynamizmem nazywam spoistą, wydzieloną pod względem rodzaju, zakresu i poziomu siłę psychiczną, biorącą zasadniczy udział w rozwoju jednostki w procesie dezintegracji pozytywnej i integracji wtórnej” – 1979, s. 5). W procesie dezintegracji następuje rozluźnienie czy nawet rozbitcie psychiczne, pozwalające na wyodrębnienie (w pierwszych fazach nieuświadomione, z czasem poddające się świadomości) różnych dynamizmów będących ze sobą w sprzeczności, co objawia się najczęściej nerwicami, stanami depresyjnymi lub lękowymi. W procesie integracji do wyższych struktur niezbędne jest rozbitcie struktur niższych:

Z [...] przystosowaniem pozytywnym łączy się bardzo wyraźnie nieprzystosowanie pozytywne. Jest to sprzężenie konieczne z przystosowaniem pozytywnym. Realizacja coraz wyższej hierarchii wartości, coraz wyższej hierarchii celów łączy się z tendencją osłabienia właściwości niższego poziomu, nieprzystosowania się do nich, przekraczania ich, eliminowania ich ze struktury osobowości. (1988, s. 34)

Wróćmy do naszego przykładu. Proces rozdzielania monologu wewnętrznego na dwie (lub czasem więcej) odrębne postaci pozwala na uświadomienie sobie i nazywanie ja realnego, a z drugiej strony – ja idealnego (czy raczej jego części, przejawu), natomiast rozmowa tych postaci i prośba o wskazówki oraz rady, jak osiągnąć oczekiwany stan, nie jest niczym innym jak tylko próbą integracji rozszczępionych fragmentów ja. Postać, która zostaje przywołana, celowo jest wyobrażeniem, a nie wierną repliką istniejącej czy też historycznej postaci, by mogła „przemycić” treści istotne dla jednostki. Dąbrowski pisze, że dezintegracja „stanowi o przeżyciach niezapomnianych, o natręctwach pozytywnych, o entuzjazmie twórczym, o zadziwieniu *nową rzeczywistością*” (1988, s. 45). Traktowanie wchodzenia w postać jako zadania aktorskiego pomaga ominąć próg (opór), który niechybnie pojawi się w odniesieniu do pożądanej jakości. Próg może też przybierać formę bardziej bezpośrednią: „Ale ja taki nie jestem na co dzień, nie wiem, jak to zrobić...” (jakby uczestnik przeczuwał,

że wchodzi w postać w pewnym sensie mu daleką, a więc leżącą w obrębie procesu wtórnego – „nie ja”). W tym ćwiczeniu nie ma miejsca na konfrontację z oporem, należy go ominąć, „oszukać”, by dotrzeć do głębszych, interesujących nas treści. Prośba o udzielenie wskazówek ma również wymiar motywacyjny, ponieważ rozmawiamy z osobą, która nam imponuje; podobnie określił swoje przeżycia jeden z pacjentów Dąbrowskiego – „doświadczałem wielkiej radości, kiedy moja opinia i postawy zostały potwierdzone przez kogoś, kto był dla mnie wysokim autorytetem” (1988, s. 69–70). Takim „wysokim autorytetem” jest właśnie wyobrażona postać.

Ciekawym uzupełnieniem tego ćwiczenia byłaby praca z przekonaniami – element terapii poznawczo-behawioralnej (Beck, 2005; Padesky, Greenberger, 2004; Popiel, Pragłowska, 2011; Rakowska, 2005). Postać, w którą wciela się klient, posiada zupełnie inny zestaw przekonań niż on sam. Znamienny jest moment złapania postaci – uczestnicy bardzo często określają tę chwilę jako bardzo przyjemną, odkrywczą i otwierającą, wiążącą się również z przyływem energii oraz pewnego rodzaju poczucia wewnętrznej siły. U źródła tej zmiany moim zdaniem leży nagłe wybiecie się z wyznawanego światopoglądu – pozbycie się sztywnych, ograniczających przekonań i wyjście poza nie. Dotyczy to przede wszystkich tzw. przekonań kluczowych, a więc „przekonań leżących na najgłębszym poziomie poznania. Są to stwierdzenia o charakterze absolutnym, które określają nas, innych, świat” (Padesky, Greenberger, 2004, s. 145). Ich źródło często leży w dzieciństwie, w związku z czym są one bardzo mało podatne na zmianę (dziecko nie posiada zdolności zweryfikowania sądów przekazywanych mu przez rodziców, a nawet nie czuje takiej potrzeby; przyjmuje je raczej jako sądy ostateczne, bowiem w swoim rozwoju nie zdobyło jeszcze umiejętności przyjmowania innej perspektywy i spojrzenia wielopłaszczyznowego). Na wzrost pewności swoich przekonań mają wpływ wydarzenia traumatyczne lub wielokrotnie powtarzające się. Skoro Adam nie czuł się pewnie w relacji ze swoją matką oraz jego wszystkie związki z kobietami kończyły się po krótkim czasie, mógł sobie wyrobić przekonanie, że jest słaby albo że nie uda mi się związać na dłużej.

Wróćmy do ćwiczenia. Postać, w którą się wcielił – średniowieczny władca – jest natomiast osobą silną, a nawet wszechmocną, biorąc pod uwagę kontekst historyczny. Bardzo dobrze oddaje to zwrot „jakbym nie miał ograniczeń” – należy uznać go za „przekonanie kluczowe”. Progiem, któremu Adam stawiał czoła, było wywrócenie do góry nogami jego zbioru sądów na temat siebie i swojej pozycji w świecie, a konkretniej przejście na drugi koniec kontinuum poczucia własnej siły – z pozycji: słaby na pozycję: wszechmocny. Przyjęcie nowej, przeciwnej perspektywy jest wyjątkowo cenne, ponieważ uświadamia relatywność przekonań klienta i daje możliwość spojrzenia na świat przez pryzmat całkowicie odmiennych przekonań (de facto nie do końca rzeczywistych – wszechmoc nie jest oczywiście możliwa do osiągnięcia, ale

jako jakość, która fascynuje i magnetyzuje Adama, staje się dla niego bardzo rozwojowa). Stanowi to ogromny potencjał, z którego grzechem byłoby nie skorzystać:

Prowadzący: Królu Arturze, powiedziałeś, że czujesz się bardzo silny, jakbyś nie miał ograniczeń... Co przez to rozumiesz?

Adam: Mam ogromną władzę, jestem ponad ludźmi, odpowiadam tylko przed Bogiem i historią, a więc mogę zrobić wszystko, co zechcę!

Prowadzący: Stąd też to przekonanie o braku ograniczeń?

Adam: Dokładnie, uważam, że praktycznie jestem wszechmocny.

Prowadzący: W takim razie podziwiam Ciebie, ja szczerze mówiąc, mam przeciwnie, to znaczy nie czuję się taki silny w życiu, często brakuje mi pewności siebie...

Adam: Uwierz mi, to tylko kwestia wiary oraz tego, co myślisz o sobie. Przyznam, że też kiedyś podobnie uważałem, aż do momentu, gdy sobie uświadomiłem, że to JA kreuję swoją rzeczywistość, i wystarczy, bym się na to otworzył.

Prowadzący: Uważasz, że ja też jestem w stanie tak się poczuć?

Adam: Tak, zdecydowanie tak. Moja rada – wpierw otwórz się na samą możliwość, że mógłbyś taki być – silny, pewny siebie!

Prowadzący: Bardzo ciekawa wskazówka, postaram się ją wykorzystać w życiu. Dziękuję!

Przyjęcie perspektywy wszechmogącego władcy pozwoliło Adamowi na odkrycie, że możliwa jest zmiana przekonań na bardziej adaptacyjne i wspierające. Przejdźmy w takim razie do ostatniej techniki, bazującej na tym wglądzie – do rozmowy z przyszłym ja. Najbardziej bezpośrednią manifestacją dyskusji z samym sobą jest konfrontacja obecnego ja z ja idealnym, czyli wyobrażonym ja, któremu udało się osiągnąć to, co zamierzał osiągnąć. Adam chciałby dokonać zmiany w swoim życiu, by czuć się pewniej w relacji z partnerką. Załóżmy, że poprzez coaching, a więc umiejętnie zadawane pytania (Wilson, 2010), dotarł do tego, co chce osiągnąć i potrafi określić, jaki chciałby być po zmianie, a więc potrafi określić swoje przyszłe ja. Dla klaryfikacji sytuacji prowadzący może zacząć od podsumowania w formie parafrazy:

Prowadzący: Ustaliliśmy, że chciałbyś w procesie coraz silniejszego angażowania się w związek sprawdzić, na ile pewnie będziesz czuł się w głębszej relacji. Sygnałami, które będą wskazywać, że nie idziesz w dobrym kierunku, będą myśli automatyczne – „nie uda mi się”, „nie poradzę sobie” oraz automatyczne obrazy – Ciebie w kontakcie z Twoją matką; wtedy też będziesz starał się nakierować myślenie na nowe tory, poprzez konfrontowanie ich z rzeczywistością. By zwiększyć swoją pewność siebie, zdecydowałeś się wrócić do boksu oraz mniej czasu spędzać przy komputerze na rzecz aktywności na świeżym powietrzu. Postanowiłeś również porozmawiać ze swoją partnerką o swoich obawach. Czy coś pominąłem albo źle zrozumiałem?

Adam: Nie, wszystko się zgadza.

Prowadzący: Dobrze, w takim razie pójdźmy dalej. Wyobraź sobie, że osiągnąłeś już to, co chciałeś osiągnąć – wróciłeś do boksu, więcej czasu spędzasz na zewnątrz, porozmawiałeś ze swoją partnerką oraz konfrontujesz się z automatycznymi myślami i obrazami. Postaraj się wejść w ten stan, ja natomiast odegram Ciebie, czyli obecnego Adama.

Adam: Chyba zaczynam to czuć... OK, jestem w tym stanie.

Prowadzący: Chciałbym się dowiedzieć, jak się teraz czujesz.

Adam: Silniejszy, pewniejszy siebie, to w sumie całkiem przyjemne uczucie. Tak, czuję się bardzo dobrze.

Prowadzący: Świetnie, to oznacza, że jesteś w roli. Zaczniemy teraz rozmowę. Witam, jestem Adam. Chciałbym, abyś mi opowiedział, jak udało Ci się osiągnąć to, co planowałeś osiągnąć?

Adam: Hmmm... Rzeczywiście rozmowa z partnerką była najtrudniejszą częścią mojego zadania, ale postanowiłem się wcześniej przygotować do niej, dlatego też w trakcie niej wiedziałem konkretnie, o co mi chodzi. Moja partnerka przyjęła to bardzo dobrze, przyznam, że pozytywnie mnie tym zaskoczyła. Boks i spędzanie czasu poza domem dają mi dużo siły, jestem dzięki temu też pewniejszy siebie – cieszę się, że zdecydowałem się na powrót do aktywności fizycznej.

Prowadzący: Cieszę się, że widzisz taką poprawę u siebie. Tylko przyznam szczerze, że mam pewne obawy, czy uda mi się dojść do tego, co Ty teraz masz...

Adam: (chwila zastanowienia) Mogę Ci powiedzieć z mojej perspektywy, że warto jest przejść tę drogę, którą ja przeszedłem, ponieważ mam teraz o wiele mniej wątpliwości, jestem w stanie się głębiej zaangażować w związek, mam takie przekonanie wewnętrzne, że sobie poradzę, czuję się lepiej, nawet fizycznie, pewnie dzięki większej ilości sportu.

Prowadzący: A jeżeli będę miał chwile zawahania, co mógłbyś mi wtedy doradzić?

Adam: Pamiętaj, że siła jest w Tobie, Ty tylko musisz dotrzeć do niej. Ważne, byś w trudnych chwilach miał kontakt z nią, to Ci pomoże. Możesz nawet wyobrażać sobie ją jako jasną kulę energii w twoich trzewiach, mnie to pomaga.

Prowadzący: Dziękuję bardzo, czuję, że mi bardzo pomogłeś. Dziękuję też za rozmowę.

W tej technice widzę podobieństwa do terapii humanistycznej – dążenia do zmniejszenia niespójności, czyli „rozdźwięku między ja realnym (jaki jestem) a ja idealnym (jaki chcę być)” (Kosslyn, Rosenberg, s. 687). Albo patrząc z perspektywy psychologii procesu – rozdźwięku między procesem pierwotnym a wtórnym. Co ciekawe, proces wtórny, a więc obszar *nie ja*, wcale nie musi być obszarem negatywnym – wręcz przeciwnie, klientowi może sprawiać trudność uznanie swojego potencjału bycia silniejszym, bardziej rozwiniętym. Próg objawia się więc w momencie uświadamiania sobie swoich możliwości, swojej siły, co wcale nie oznacza, że będzie

w takim razie prostszy do przepracowania... Obszar nie ja, oprócz społecznie nieakceptowanych treści, zawiera też w sobie pokłady ogromnej energii, w zależności od ukierunkowania jej konstruktywnej lub niszczyielskiej, a więc potencjalnie czy też hipotetycznie zagrażającej jednostce lub jej światopoglądowi.

Trzy omówione techniki pozwoliły naszemu hipotetycznemu Adamowi na przyjrzenie się źródłowi swojego oporu, dotarcie do poczucia siły, której mu brakowało, oraz na wzmocnienie motywacji do zmiany i dojście do sposobów osiągnięcia pożądanego stanu. Pozwoliło to na rozpad starych, nieadaptacyjnych wzorców funkcjonowania i rozwinięcie nowych, natomiast to, czy uda się je zintegrować na wyższym poziomie, zależy już od Adama i jego konsekwencji w pracy nad sobą. Jakości, jakie zdobył w trakcie, może przywoływać w momentach dla niego trudnych, np. poczuć się jak władca, gdy czuje, że traci kontakt z wewnętrzną mocą, albo pobyć przez chwilę przyszłym ja, gdy zauważa, że zagubił się w trakcie swojej drogi. Może również bazować na wskazówkach otrzymanych od postaci, jak choćby wyobrażanie sobie jasnej kuli jako sposób odzyskiwania dostępu do wewnętrznej siły. Do przeprowadzenia wymienionych przeze mnie technik nie jest niezbędny terapeuta – mogą one być wykonywane indywidualnie, stając się w ten sposób częścią autoterapii czy też dbania o dobrostan psychiczny (Dąbrowski, 1996) – polegających na wzmacnianiu tych tendencji, które są pożądane, rozwojowo wyższe, a osłabianiu niechcianych, a więc rozwojowo niższych.

BIBLIOGRAFIA

- Dąbrowski, K. (1979). *Psychoterapia przez rozwój*. Warszawa: Prasa ZSL.
- Dąbrowski, K. (1988). *Pasja rozwoju*. Warszawa: Alma-Press.
- Dąbrowski, K. (1996). *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kosslyn, S., Rosenberg, R. (2006). *Psychologia*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Onichimowska, A. (2007). *Hera moja miłość*. Warszawa: Świat Książki.
- Padesky, Ch., Greenberger, D. (2004). *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2011). Psychoterapia poznawczo-behawioralna. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Szkoły i metody* (s. 195–210). Warszawa: ENETEIA.
- Rakowska, J. (2005). Terapia behawioralno-poznawcza. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria* (s. 133–176). Warszawa: ENETEIA.
- Sokolik, Z. (2005). Psychoanaliza. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria* (s. 33–132). Warszawa: ENETEIA.
- Teodorczyk, T., Szymkiewicz, B. (2011). Psychoterapia zorientowana na proces. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Szkoły i metody* (s. 325–342). Warszawa: ENETEIA.

Wilson, C. (2010). *Coaching biznesowy*. Warszawa: MT Biznes.

Załoga, B., Zarzycka, A. (2011). Intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Szkoły i metody* (s. 173–194). Warszawa: ENETEIA.

EMILIA ŁYCZBA

emilia.lyczba@gmail.com

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

„UBRANI W PŁEĆ” – NOWE PODEJŚCIE DO PŁCI W PSYCHOLOGII?

Recenzent: dr hab. Krzysztof Krzyżewski

Recenzowany tekst zawiera, zgodnie z dwuznacznością użytej w jego nagłówku kategorii podejścia, w zarysowej postaci pewne ogólne refleksje metateoretyczne i metodologiczne dotyczące psychologicznych ujęć i badań płci/jej problematyki. Tak teoretyczny kontekst podjętej przez Autorkę sprawy, który stanowią dwie wielkie opozycje/dwa wielkie napięcia: z jednej strony natura–kultura; z drugiej zaś esencjalizm–konstrukcjonizm/konstruktywizm, jak i jej waga uzasadniają w wystarczającym stopniu przedsięwzięcie Autorki; na drugi plan w tej sytuacji schodzi i zarysowość postaci, i specjalny status roboty i jej rezultatu zasygnalizowany słusznie/trafnie (to należy podkreślić) obecnością znaku zapytania w nagłówku dotyczącego faktyczności/pozorności walorów poznawczych wymienionego w nim podejścia.

Struktura rozważań Autorki – jednoznacznie określona przez „wewnętrzną logikę” podjętego przedmiotu/tematu – jest wyraźnie czytelna: punkt wyjścia stanowi konstatacja ograniczonych (w słabej interpretacji) możliwości czy wręcz ich braku (w mocnej interpretacji) dwu funkcjonujących w psychologii w obszarze problematyki płci podejść streszczanych odpowiednio w kategoriach *sex/gender* w ujęciu pewnych form funkcjonowania ludzi w obszarze płci określanych łącznie/ogólnie kategorią *queer*, a konkretyzowanych przez Autorkę w postaci praktyk *crossdressingowych*; bardzo trafnie oddaje to zapożyczony z jednej z wykorzystanych przez Nią publikacji tytuł, trochę metaforycznie i jednocześnie trochę literalnie odczytany doskonale streszcza istotę sprawy.

Rozwinięcie wątku możliwości uwzględnionych w *negatywnej* części tekstu podejść stanowią (krytyczne) uwagi dotyczące metodycznych i interpretacyjnych ich implikacji.

Pozytywną/konstruktywną część roboty rozpoczyna nawiązanie do klasycznej już dzisiaj koncepcji (w tym typologii) S. Bem, po którym sformułowana jest główna teza tekstu o znaczącym dla psychologii (i nie tylko) kroku naprzód w sprawie podchodzenia do problematyki płci, dokonany przez J. Butler, eksplikowana interesująco przez Autorkę (por. z jednej strony charakterystyczny rozkład akcentów w tej eksplikacji oraz, z drugiej, uwagi końcowe niniejszej recenzji); zgodnie z przyjętą przez Nią zasadą konstrukcji całości po wątkach o charakterze przedmiotowym i metateoretycznym powtórnie podjęte są wątki metodologiczne.

Wydaje się, że Autorce udało się – tak dzięki treści prowadzonego przez Nią wyводу, jak i jego strukturze oraz rozkładowi akcentów, wreszcie (*last but no least*) konsekwentnemu abstrahowaniu od mocno obecnej u Butler ideologii – pokazać sens namysłu nad jej propozycją, stwarzającą doskonałą okazję do powrotu kolejny raz do kwestii podstawowych i na dobrą sprawę nigdy ostatecznie niezamkniętych. Nie

wydają się przecież całkiem niedorzeczne uparcie nasuwające się w trakcie lektury Butler skojarzenia z Kantem (i problemem poznawalności rzeczy samej w sobie); i to niezależnie od rezultatu uzyskanego w tych konkretnych okolicznościach i tym konkretnym przypadku.

Kończąc tę recenzję, kieruję w stronę Autorki sugestię namysłu nad (ewentualnym) zasygnalizowaniem już w nagłówku tekstu sprawy zakresu jego ważności i jego adresata (choćby, np., w postaci umieszczenia w nim w nawiasie epitetu „polskiej” w odniesieniu do psychologii.

Wydaje się, że samej psychologii dobrze znane są jej możliwości w zakresie problematyki płci – tak możliwości stawiania określonych pytań, jak i udzielania na nie określonych odpowiedzi. Jednostka identyfikuje się z daną płcią i realizuje przypisaną jej rolę (Imieliński, Dulko, Filar, 2001). Może też organizować percepcję rzeczywistości i swojej osoby w kategoriach kulturowo narzuconych znaczeń dla danej płci (Bem, 1974, 1981, 1993/2000). Może mieć świadomość znaczeń, jakie zostały przypisane jej płci rodzajowej (*gender*). Kierunek jej popędu jest także ściśle określony i obecnie – teoretycznie, zgodnie z ogólnymi normami – nie podlega osądowi normy. Wydaje się zatem, że jednostka w swej płci została przez psychologię zmierzona i zważona i że na ogół bez trudu można wypełnić odpowiednie dla tej materii rubryki.

Istnieją jednakże sytuacje, które uwidaczniają, że formuła dotychczasowego podejścia zdaje się wyczerpywać. Niektóre zjawiska obecne w sferze płciowości, mimo teoretycznie zakończonych prób definiowania ich przez gremia naukowe, cały czas wymykają się jednoznaczemu ujęciu w kategoriach np. normy/patologii. Osoby transseksualne, transwestytyczne, osoby drag king – połączone wspólnym mianownikiem praktyk *crossdressingowych* – zmuszają do ponownego, właściwie stałego stawiania tych samych podstawowych pytań. Odnosząc się do szeroko rozumianego zjawiska *queerowania*, wskazują na nieprzystawalność zastanej kategorii płci, która nadal rządzi we współczesnej akademickiej psychologii polskiej.

W oparciu o obecny stan badań przedstawiono potrzebę i zarys nowego podejścia do płci w polskiej psychologii, zbudowanego na gruncie interdyscyplinarnym i w rozwinięciu teorii społecznego konstrukcjonizmu, uwzględniającego obecność jednostek wyrzuconych poza nawiasy normy, osób *queer*. Ukazano próbę wprowadzenia pojęcia płci performatywnej (Butler, 1990/2000) i jego implikacje dla nowego rozumienia normy i patologii w rozumieniu psychologii.

Wskazując na nieprzystawalność sposobów pomiaru szeroko rozumianej płciowości, przedstawiono jakościowy sposób badania wyrosły z teorii ugruntowanej (*grounded theory*; Charmaz, 2009; Denzin, Lincoln, 2009) i możliwość jego zastosowania w tym obszarze.

Słowa kluczowe: płeć performatywna, drag king, płeć psychiczna, płeć psychologiczna, teoria ugruntowana

Pytanie o istotę (własnej) płciowości – o to, co ją stanowi i jak się ona przejawia – zadaje sobie każdy z nas chcąc, także w tej sferze, o sobie stanowić. Także i psychologia, jako nauka społeczna, poszukuje odpowiedzi na to pytanie zarówno wtedy, gdy korzystając z perspektywy pierwszoosobowej/wewnętrznej obserwatora, próbuje konkretyzować je w postaci, jak to jest być istotą płciową (mężczyzną/kobietą), jak i wtedy, gdy śledzi z perspektywy trzecioosobowej/zewnętrznej obserwatora zachowania ludzi; w tym także te rozwijane w interakcji z innymi. Nowe formy aktywności płciowej wykraczające poza uznane dotąd sposoby realizacji tej sfery mogą budzić w kontekście tego wyjściowego pytania o istotę płciowości rozmaite wątpliwości i każą jeszcze raz do niego wrócić. Jeżeli jest tak, iż to zjawiska z pogranicza marginesu rzucają znaczące światło na normę/normalność większości to warto właśnie na nie skierować szkiełko badacza; trzeba jednak przy tym, jak się wydaje, liczyć się od razu z koniecznością rewizji odpowiedzi na to pytanie wyjściowe albo może nawet, mocniej, z koniecznością rewizji samego pytania.

O płci w psychologii mówi się, uwzględniając tak jej indywidualny charakter, jak i jej charakter społeczny. W konsekwencji płeć psychiczną rozumie się jako identyfikację osoby z daną płcią przejawiającą się podejmowaniem charakterystycznej dla tej płci roli płciowej, określonym kierunkiem orientacji seksualnej oraz zachowaniami wynikającymi z poznawczych różnic między płciami (Imieliński, Dulko, Filar, 2001). Innymi słowy, normę, zgodnie z literaturą przedmiotu określałaby wewnętrzna wzajemna odpowiedniość identyfikacji płciowej, roli płciowej, orientacji seksualnej i zdolności psychicznych jednostki oraz ich zgodność z określonym wzorcem płci żeńskiej lub męskiej. Jeżeli tej odpowiedniości nie ma, mówi się o transpozycji płci, czyli przesunięciu przynajmniej jednej składowej definicji płci psychicznej danej płci w kierunku płci odmiennej (Imieliński i in., 2001). W takim rozumieniu osoba transseksualna jest przykładem skrajnej transpozycji płci, bowiem jej identyfikacja i rola płciowa (czasami także orientacja seksualna) nie jest zgodna z pozostałymi komponentami płci psychicznej oraz w dalszym konkretyzującym rozwinięciu z dziewięcioma innymi płaszczyznami manifestacji płci (Imieliński, Dulko, 2001).

Sposoby organizacji zachowania w kategoriach płci podmiotu w interakcjach społeczno-kulturowych znalazły swój szczególnie interesujący wyraz w teorii schematu rodzaju S. Bem (Brannon, 2002). Zgodnie z jej ujęciem wśród schematów poznawczych kształtujących percepcję rzeczywistości osoby najważniejszy jest schemat płci (Bem, 1993/2000). Rozwija się on w postaci polaryzacji rodzajów, zgodnie z którą różnice płciowe wskazują na konieczność istnienia tylko dwóch płci; natomiast wszelkie zachowania odbiegające od schematów męskich i żeńskich zostają uznane za nienaturalne; oraz założenia teorii esencjalistycznych poszukujących cech istotowych płci podmiotu na bazie budowy biologicznej (Bem, 1981, 1993/2000). Osoby posługujące

się schematem rodzajowym spostrzegają rzeczywistość przez jego pryzmat, wykazując gotowość do zachowań zgodnych ze schematem i unikania tych, które w ramach schematu nie występują. Włączają one także cechy charakterystyczne danego schematu do koncepcji ja (*self-concept*), wtórnie regulując w ten sposób swoje zachowania. Takie osoby stypizowane płciowo (*sex-typed*) spostrzegają rzeczywistość, korzystając z kategorii płci i kategorii pochodnych z akcentem na tradycyjne role przypisane obu płciom; w konsekwencji osoby te są zmotywowane do uwewnętrznienia/uznania za swoje tych zachowań, które są akceptowane przez społeczeństwo jako należące do danej płci (Bem, 1974). Istnieją także osoby niestypizowane płciowo (*non-sex-typed*), które są wolne od narzuconych definicji kobiecości i męskości i w związku z tym ich zachowania są elastyczne i nieograniczone schematem rodzaju (Bem, 1974). Osoby takie – dokładniej osoby androgyniczne i nieokreślone płciowo – nie są, jak jest to czasami rozumiane, podmiotami integrującymi pierwiastki kobiece i męskie, lecz osobami nieposiadającymi zinternalizowanej motywacji, by dzielić ludzi na dwie sztywne kategorie i powielać w ich i swoich zachowaniach skrypty kulturowe dotyczące określonego zachowania. W ten sposób są wolne od wiązania cech osobowości z danym rodzajem (Bem, 1981). Gdy więc jest mowa o cechach psychicznych związanych z płcią, to w ich przypadku nie ma to żadnego związku ze stopniem kobiecości czy męskości. Podobnie osoba nieokreślona płciowo nie jest podmiotem o słabo rozwiniętych cechach płciowych, lecz osobą, do której kategorii związane ze schematem rodzaju nie przystają.

Na gruncie psychologii polskiej teoria schematu rodzaju została wykorzystana przez A. Kuczyńską. Skonstruowany przez Bem kwestionariusz do pomiaru ról płciowych (*Bem Sex Role Inventory*) posłużył jej jako podłoże dla jej narzędzia, *Inwentarza do oceny płci psychologicznej* (Kuczyńska, 1992a). Kuczyńska oparła IPP na bazie teorii Bem oraz wprowadziła konstrukt zwany płcią psychologiczną, rozumiany jako spontaniczna gotowość do posługiwania się wymiarem płci w odniesieniu do siebie i świata (Kuczyńska, 1992a).

Tradycyjnie rozumiane kategorie płci psychicznej i płci psychologicznej, jakie oferuje współczesna psychologia polska i ich wykorzystanie zdają się niewystarczające dla zrozumienia niektórych, przynajmniej obserwowanych dzisiaj, zjawisk z obszaru płciowości człowieka (np. w postaci: interpretacji metodologicznych i metateoretycznych: przedstawienie teorii Bem jako schematu płci zamiast schematu rodzaju (*gender schema*) nie pozwala wystarczająco skupić uwagę na pojęciu rodzaju (*gender*) i angielskim rozróżnieniu *sex/gender*, wynikiem czego pojęcia te mogą się mylnie jawić jako tożsame, podczas gdy bez zrozumienia istoty tożsamości społeczno-kulturowej płci i cech oraz zachowań przypisywanych jednostce ze względu na jej płeć biologiczną niezwykle trudno jest zrozumieć ideę współczesnych procesów rządzą-

cych płciowością; tłumaczenie angielskiego *sex-typed* na osobę określona seksualnie wprowadza chaos definicyjny, niepotrzebnie konotując obszar seksualności (por. Kuczyńska, 1992b,) dyskusyjnych interpretacji teorii Bem: na podstawie wyników IPP wyprowadza się wnioski o osobowości kobiecej, męskiej czy nieróżnicowanej związanej z niskim poziomem socjalizacji, chwiejnością uczuciową, neurotyzmem, wydłużonym osiąganiem okresu dojrzałości czy niepewnością siebie (por. Lew-Starowicz, 1990,); koreluje się wyniki IPP z rozmaitymi zmiennymi osobowościowymi i formułuje tezy o związku stopnia męskości kobiet z ich agresywnością bez dociekania istoty męskości w IPP na tle właściwej mu teorii – przykładów tego typu badań jest bardzo wiele określonych interpretacji praktyk *crossdressingowych* wykorzystujących propozycje Bonneta).

Ostatni punkt jest niezwykle istotny dla dalszych rozważań, problem bowiem w całej swej ostrości pojawia się, gdy na scenę wkracza osoba dziwaczna, osoba *queer* (odmieniec). Takim przykładem jest DK Antonio, członkini zespołu dragkingowego Da Boyz. DK Antonio jest osobą drag king, tzn. zakładającą ubrania przynależne kulturowo do płci odmiennej, stylizującą się na osobnika męskiego, angażującą repertuar zachowań przypisywanych mężczyźnie i prześmiewającą zestaw stereotypowych cech męskich na scenie (Konarzewska, 2010). Polska myśl psychologiczna radzi sobie z taką osobą w jeden sposób: zostaje ona (por. wyżej) uznana za przypadek transwestytyzmu ekshibicjonistycznego (Bonnet, 2006). Jeżeli występ osoby drag king zostanie uznany przez badacza jako widowisko, będzie ona rozumiana jako ekscentryczka. Jednakże jeżeli jej przebranie wywołuje u niej samej pobudzenie seksualne, będzie ona zdiagnozowana jako przypadek kliniczny (Cierpiałkowska, 2009). Jak jednak należy zdefiniować osobę drag king, jeżeli jej przebranie i odtwarzany na scenie performans nie wywołuje u niej podniecenia seksualnego? Jak potraktować poznawczo osobę z publiczności, która widząc na scenie mężczyznę, odczuwa w stosunku do niego pociąg erotyczny? Kto stanowi podmiot pożądania – kostium, ciało pod nim, a może właśnie sytuacja niedopowiedzenia płciowego? Jak w trakcie występu czują się osoby drag i jeżeli nie mieszczą się w ramach definicji zaburzenia, to jak należy o nich mówić?

Wszystko to zdaje się wskazywać na to, że w pewnym przynajmniej zakresie prawdopodobnie formuła diagnostyczna współczesnego polskiego dyskursu psychologicznego nie jest wystarczająca. Warto pochylić się nad możliwościami interdyscyplinarnego podejścia do fenomenów płci, nowe podejście bowiem może uchwycić walory poznawcze zjawisk obecnie włączonych w zakres patologii.

W ciągu lat zainteresowanie kwestią rodzaju ustawicznie rośnie i na gruncie psychologii zachodniej trwają badania nad rodzajem (Denmark, za: Brannon, 2002), przy czym uznaje się, iż płeć kulturowa zostaje „budowana” przez społeczeństwo

i kulturę na bazie niezmiennej i binarnej, oraz w takim ujęciu neutralnej, płci biologicznej. Uznanie istnienia płci społeczno-kulturowej jest o tyle istotne, iż pozwoliło zakwestionować dominujące przekonanie o tym, iż o stopniu kobiecości i męskości, pozycji społecznej, zachowaniu, wyglądzie, zawodzie należy wnioskować z faktu urodzenia się kobietą lub mężczyzną (Mizielińska, 2006). Jednocześnie zakłada się związek między płcią biologiczną i kulturową, to znaczy płeć kulturowa powinna niejako w oczywisty sposób wynikać z płci biologicznej.

Tymczasem wydana w 1990 książka *Uwikłani w płeć. Feminizm i polityka tożsamości* (*Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*) autorstwa J. Butler dokonała pewnego rodzaju rewolucji we współczesnej dyskusji na temat różnicy płci i budowania na niej polityki tożsamościowej, dając początek nowemu myśleniu o płci. Butler poszła bowiem krok dalej: zakwestionowała podział na istniejącą płeć biologiczną (*sex*) i kulturową (*gender*), twierdząc, że od zawsze była to tylko płeć kulturowa, bimodalność bowiem płci, jej naturalny i oczywisty podział na system dwójkowy – nie istnieje.

Przychodząc na świat, ludzie wkraczają w pewien obszar już obecnych i funkcjonujących znaczeń; nie jest jednak tak, że niejako przywdziewają owe znaczenia na neutralne biologiczne ciała, ale raczej tak że już *samo* zastane i funkcjonujące określenie ciał jako takich wymusza ich uczestnictwo w matrycy heteroseksualnej. Kulturą i społeczeństwem rządzi matryca o nakazie heteroseksualności jako powinności dla osoby, oraz o koniecznej binarności płci. Ten nakaz jako wcześniejszy w stosunku do ciał, wytwarza ciała, które poruszają się w przestrzeni już oznakowane. Nie istnieją ciała przedrefleksyjne w rzeczywistości pozamatrycowej (Butler, 1990/2008). Podmioty nie tyle są płcią, co ją odgrywają. Osoby same tworzą płeć, wielokrotnie cytując normę –matryca bowiem wymusza normę a jednostki ją odgrywają, tworzą w ten sposób płeć performatywną (Kochanowski, 2009).

Zakłada się, iż istnienie dwóch płci jest naturalne i oczywiste; a przecież już Bem wspominała o tym, iż zostaje ono znaturalizowane (Bem, 1993/2000). Jedną z baz, na których opiera się nauka, jest bowiem esencjalizm biologiczny, zgodnie z którym to (biologiczne) cechy istotowe stanowią o podmiocie. Znane jest wszak inne podejście – konstruktywizm, a w jego obszarze konstrukcjonizm społeczny. W świetle społecznego konstrukcjonizmu rzeczywistość jest rozumiana i aktywnie kreowana przez osoby, to one konstruują przez swoje spostrzeganie czy w ogóle szerzej poznanie swoją rzeczywistość. Społeczeństwo aktywnie określa granice tego, co jest normalne i naturalne. Wyjaśnienie rzeczywistości odbywa się poprzez kulturę, która wyposaża poszczególne osoby w oczywistą wiedzę (Beall, 2004). Tutaj też tak jak w teorii Bem schemat poznawczy, przez który spoglądają na świat członkowie społeczeństw to soczewki rodzaju (*The lenses of gender* to tytuł książki jej autorstwa).

Ogólnie w ujęciu konstrukcjonizmu człowiek nie tylko wchodzi w posiadanie wiedzy, lecz ją i jej przedmiot aktywnie sam konstruuje. To, jak społeczeństwo rozumie pojęcie męskości i kobiecości, jest w ogromnej mierze zależne od kultury. Kulturowe schematy płci i rodzaju pozwalają szybciej poruszać się w obszarze obcych ludzi, przystosować do oczekiwanych zachowań czy wymagać konkretnych działań ze strony jednostki (jesteś mężczyzną i nie umiesz tego przybić?). Także na osi relacji badacz–osoba badana, nie istnieje rzeczywistość obiektywna, jest to relacja wspólnie konstruowana (Charmaz, 2009).

Zgodnie z ujęciem Butler, uznana biologiczność ciała nie jest faktem przed-dyskursywnym, ale efektem działania kultury. Dlatego nie jest możliwe mówienie o ciele w sposób neutralny; dotrzeć do płci biologicznej można tylko poprzez płęć kulturową, zaś ciało bez interpretacji kulturowej nie istnieje. Warunkiem obecności w świecie każdej osoby jest bycie kobietą lub mężczyzną, a osiąga się to, według Butler, poprzez bezustanne powtarzanie aktów stylizacji ciała na kobietę i/bądź mężczyznę zgodnie z przyjętymi normami płciowymi. Ponawianie, weryfikowanie i konsolidowanie w czasie aktów powołuje do życia płęć i w tym znaczeniu jest to właśnie płęć performatywna, konstruująca znaczenia (Butler, 1990/2008). Osoby, które nie odwzorowują tych norm, są wyrzucane poza obręb społeczeństwa i sankcjonowane etykietą patologii. Tak dzieje się w przypadku osób nieograniczających swojej płciowości czy seksualności do uznanych norm i zasady binarności; osoby takie, *queer*, określające siebie czasami mianem trans, wymykają się normie i polski naukowy dyskurs psychologiczny ma dla nich tylko jedno miejsce: zostają zepchnięte do kategorii patologii.

Odwoływanie się do cech istotowych sprawia, że to, co naturalne staje się bazą, do której podmioty się odnoszą – stąd śmiech i zażenowanie na widok pana M. Boronowskiego, wykładowcy akademickiego, który ubiera sukienki, spódnice, buty na obcasie, pończochy (zob. www.antyfacet.com.pl). Jego obecność, podobnie jak obecność wyżej ukazanej DK Antonio, ukazuje jak działa normatywna opresja heteromatrixy. Jest to opresja, zmusza bowiem jednostki do podporządkowania się ukrytym założeniom: jesteś mężczyzną lub jesteś kobietą oraz jesteś heteroseksualna/y. Dlaczego mężczyzna nie może nosić emblematu kulturowo zarezerwowanego dla kobiet? Dlaczego Antyfacetowi zdarza się słyszeć za sobą na ulicy ciota? Tak właśnie działa heteromatrixa, wszelkie odmienności – osoby *queer* właśnie – sprawiają, że pojawia się wstyd, obrzydzenie, oburzenie, ich obecność bowiem kwestionuje to, co naturalne. Zdaniem Butler takie osoby mogą tworzyć akty subwersji, czyli czynnego oporu przeciwko opresji. Nasuwa się pytanie o to, co psychologia może w takiej sytuacji zaproponować? Teoretycznie rzecz biorąc, dalej może ona postępować utartymi ścieżkami lub wejść na uczęszczaną już przez inne nauki odmienną drogę. I to już

się dzieje, ale w niszy – czasami na wystąpieniach, konferencjach, lecz aby cokolwiek dowiedzieć się na temat płci performatywnej, należy jeszcze, niestety, samemu wyjść z pragnieniem wiedzy.

Przedstawione wyżej, na samym początku, podstawowe definicje płci psychicznej i płci psychologicznej wydają się nieprzystawalne do przedstawianego zjawiska. O ile osoba drag king może odczuwać psychiczną przynależność do swej płci biologicznej (o której wie, iż jest tą płcią ze względu na posiadaną płeć kulturową), o tyle problem pojawia się, gdy realizowana przez nią rola nie jest zgodna z tą przynależną do jej rodzaju. W takiej sytuacji zgodnie z przyjętym rozumieniem, jest ona przypadkiem transpozycji płci. Tymczasem zachowania i obrane scenariusze charakterystyczne dla rodzaju niekoniecznie muszą wynikać z budowy biologicznej, ale mogą być związane z oczekiwaniami kulturowymi kierowanymi w stronę dwóch płci. Osoba drag king posiadająca wiedzę na temat teorii performatywności i opresji matrycy może jako mężczyzna świadomie podejmować zachowania jemu przynależne, po czym przenosić je na obszar dotychczas charakteryzowany jako kobiecy:

drag jest buntem wobec normy, rozmywa heteronormę. Odgrywanie może być parodią, bo jest świadome, że norma jest ograniczeniem [...] ale trzeba wziąć pod uwagę, że nie można stwierdzić jednoznacznie jaką tożsamość ma drag [...]. [Drag king to] przestrzeń dla negocjacji własnej płciowości, przestrzeń poszukiwań [...]. Żeby dobrze stworzyć postać, trzeba długo ćwiczyć, trzeba nią żyć, czasem niektóre gesty lub miny zostają, np. sposób poruszania się, mimika twarzy [...] ale to wszystko świadczy o tym, że te męsko-damskie podziały cech są nieuprawnione. (Konarzewska, 2010, s. 34, 39, 45)

Sięgnięcie do płci psychologicznej osoby drag king również niewiele wnosi do jej zrozumienia, uzyskuje się bowiem tylko informację o tym, czy posługuje się ona schematami rodzaju w spostrzeganiu siebie i rzeczywistości. Nadal niewiele jest opracowań tych zagadnień, gdyż trudności pojawiają się już na samym początku, w fazie doboru narzędzi badawczych. Jak badać i ostatecznie poznawczo ująć kogoś, kto nie jest osobą homoseksualną, nie chce dokonać korekty płci (jak w przypadku transseksualizmu), nie odczuwa pożądania seksualnego w kierunku przedmiotu (tak jak transwestyta fetyszystyczny), nie sprawia mu przyjemności obnażanie się przed innymi (ekshibicjonizm owszem), a mimo to jest diagnozowany jako przypadek zaburzenia i nazwany – z racji braku definicji – transwestytą ekshibicjonistycznym (Bonnet, 2006), *crossdresserem* (Anzia, 2005); tych etykiet jest zapewne dużo więcej?

W poszukiwaniu odpowiedzi na część z tych pytań można sięgnąć do źródeł metod jakościowych (Denzin, Lincoln, 2009). Są one zgodne z duchem konstrukcjonizmu społecznego, na bazie którego powstała idea kształtowania się rodzaju i płci

performatywnej, i który wyznacza podejście odrzucające założoną obiektywność badacza. Metody teorii ugruntowanej (*grounded theory*) pozwalają na dostrzeżenie procesów mających miejsce podczas aktu *crossdressingowego* (który czasami jest aktem subwersji), tak by rozpoznać konstruowaną przez osobę rzeczywistość (Charmaz, 2009). Zakładając w punkcie wyjścia, iż zarówno sposób, w jaki badacz korzysta z teorii nie jest neutralny, jak i neutralne nie są założenia realizowane przez niego w trakcie tego badania (Charmaz, 2009), należy oprzeć się na konstrukcjonistycznej metodologii teorii ugruntowanej, pozwalającej nie tyle na odkrywanie wiedzy, co wspólne konstruowanie i dekonstruowanie znaczeń nadawanych rzeczywistości przez badacza i osobę badaną. Jako że kwestia performatywności jest związana z dynamiką społeczną i kulturową, takie badania pozwalają na elastyczne podejście do zagadnienia i podążanie zawsze za wskazówkami, sugerowanymi przez pryzmat osoby badanej w pierwszej kolejności (Alexander, 2009). Przebieg takich badań i uzyskane rezultaty wydają się być fascynujące (Bielas, w druku), chociaż nadal niewiele jest polskich prac z zakresu psychologii, w których badacz, literalnie, oddaje głos osobie badanej.

Ujęcie płci i rodzaju zaproponowane przez Butler wydaje się być interesujące, ponieważ może wnieść nową jakość w badania zjawisk płciowości. Istnieje szansa obdarzenia niektórych osób określających się mianem *queer* większym zrozumieniem. Osoby takie ubierające odzież odmiennego rodzaju, niezgadzające się z kulturową definicją ich płci, podważające swoim zachowaniem heteromatrixę, w dotychczasowej perspektywie psychologa praktyka nie bardzo mogły liczyć na adekwatne określenie. Istotny jest bowiem w takim przypadku fakt posiadanej przez nie świadomości powodów/racji, jakimi się kierują odgrywając na scenie czy w codziennym życiu płęć odmienną; być może, szukają one wyjaśnień swojej płciowości różnych od tych, które oferuje im oficjalny dyskurs naukowy na gruncie polskiej psychologii. Jeżeli zgodnie z założeniem Butler uznać, że *nie ma* istoty wyrażanej i uzewnętrznianej przez płęć, to należy skupić uwagę na różnorodności wytwarzających płęć aktów. Podejście takie zdaje się otwierać nowe możliwości problematyki podmiotu (jego ciągłości i jedności), zgodności płci i pragnienia oraz możliwości czystego doświadczenia tożsamości podmiotu bez cech. Pozwala podjąć sprawę definiowania orientacji seksualnej i pożądania w kontekście odczuwanego przez świadka performansu pragnienia w stosunku do widzianego na scenie mężczyzny. Autokreacja niejednoznaczności płciowej i rodzajowej stwarza możliwość zadania wielu pytań o wolność w nadawaniu znaczeń i określaniu własnej i cudzej podmiotowości. Wydaje się więc, iż psychologia jako nauka dążąca do poznania człowieka i zorientowana na podniesienie jakości jego życia, może wiele czerpać z nowego ujęcia płci uznanego na innych obszarach nauki już od dłuższego czasu.

Tytuł niniejszego artykułu jest parafrazą i odniesieniem do publikacji skupiającej uwagę na zjawisku drag w kulturze polskiej (Szkudlarek, 2010). Jak wiele innych wywodzących się z tego obszaru, jest to pozycja niszowa, prezentowana głównie przez przedstawicieli i przedstawicielki socjologii, polonistyki, filozofii, antropologii. Sposoby definiowania i rozumienia zjawisk z pogranicza płciowości utknęły w oficjalnym dyskursie psychologicznym w przeszłości polskiego stanu badań, co sprawia, iż odczuwalny jest brak głosu psychologii w tej debacie. Jest to tym dotkliwsze, że to psychologowie i psycholożki właśnie dzierżą w rękach narzędzia dla określania normy i to na ich słowie polegają inni, traktując osoby z pogranicza zrozumiałości jako przypadki kliniczne. W świetle fascynujących zjawisk związanych z płcią słuszną wydaje się być idea podjęcia przynajmniej próby zrozumienia fenomenu, przed wydaniem osądu. Już A. Kępiński napisał: „należałoby powiedzieć, że człowiek dąży do swej męskości czy kobiecości, ale nie jest w stanie w pełni jej osiągnąć. W tym sensie każdy z nas jest jakby trochę transseksualistą” (Kępiński, 1992, s. 56). Czyż tak dalece odbiegają one to od sedna słów Butler: „płeć to rodzaj przechodzenia bez końca” (Mizielińska, 2006, s. 221)?

BIBLIOGRAFIA

- Alexander, B. K. (2009). Etnografia performatywna. Odgrywanie i pobudzenie kultury. W: N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*. (t. 1, s. 581–622). Warszawa: PWN.
- Anzia, L. (2005). *Psychosexual disorders: Sexual dysfunction and paraphilias*. Pobrane z: www.psych.uic.edu/education/courses/m2psypach/paraphilialecture2005.pdf : www.printfu.org/read dostęp 290,01.2012r.
- Beall, A. E. (2004). Społeczno-konstruktywistyczne podejście do rodzaju. W: B. Wojciszke (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice* (s. 81–96). Gdańsk: GWP.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 42, 155–162.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex-typing. *Psychological Review*, 88, 4, 354–364.
- Bem, S. L. (1993/2000). *Męskość, kobiecość. O różnicach wynikających z płci*. Gdańsk: GWP.
- Bielas, J. (w druku). *Doświadczenie cielesności. Podmiotowe uwarunkowania transseksualizmu*. Praca doktorska, Uniwersytet Jagielloński, Wydział Filozofii, Instytut Psychologii, Kraków.
- Bonnet, G. (2006). *Perwersje seksualne. Historia pojęcia, opis objawów, przyczyny*. Gdańsk: GWP.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju*. Gdańsk: GWP.

- Butler, J. (1990/2008). *Uwięzieni w płęć. Feminizm i polityka tożsamości*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Charmaz, K. (2009). *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Warszawa: PWN.
- Cierpiałkowska, L. (2009). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Denzin, N. K, Lincoln, Y. S. (2009). Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych. W: N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych* (t. 1, s. 19–62). Warszawa: PWN.
- Imieliński, K., Dulko, S. (2001). *Przekleństwo Androgyne*. Kraków: Wydawnictwo ARC-EN-CIEL.
- Imieliński, K., Dulko, S., Filar, M. (2001). *Transpozycje płci. Transseksualizm i inne zaburzenia identyfikacji płciowej*. Kraków: Wydawnictwo ARC-EN-CIEL.
- Kępiński, A. (1992). *Z psychopatologii życia seksualnego*. Kraków: Wydawnictwo Sagittarius.
- Kochanowski, J. (2009). *Spektakl i wiedza. Perspektywa społecznej teorii queer*. Łódź: Wydawnictwo Wschód–Zachód.
- Konarzewska, M. (2010). Płęć Drag Kinga. W: P. Szkudlarek (red.), *Przebrani w płęć. Zjawisko drag w kulturze* (s. 26–45). Poznań: Stowarzyszenie Kobiet Konsola.
- Kuczyńska, A. (1992a). *Inwentarz do oceny płci psychologicznej. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kuczyńska, A. (1992b). Przygotowanie do życia w ujęciu Sandry Lipsitz Bem. W: M. Dąbek (red.), *Wybrane aspekty psychologicznej problematyki przygotowania do życia* (s. 43–49). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Lew-Starowicz, Z., Lew-Starowicz, M. (1999). *Homoseksualizm*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mizielińska, J. (2006). *Płęć, ciało, seksualność. Od feminizmu do teorii queer*. Kraków: Universitas.
- Szkudlarek, P. (red.). (2010). *Przebrani w płęć. Zjawisko drag w kulturze*. Poznań: Stowarzyszenie Kobiet Konsola.

MAGDALENA WIKTOR

magda.wiktor@gmail.com

Uniwersytet Jagielloński

ĆWICZENIA SŁOWNE – O JĘZYKU PSYCHOLOGICZNEGO POZNANIA UWAG KILKA

RECENZJA

Recenzent: dr hab. Małgorzata Opoczynska-Morasiewicz

Psycholog może zajmować wobec pacjenta postawę przyrodnika, historyka lub artysty. Przyjmując pierwszą, rozpoznaje w nim obiekt poznania dostępny eksploracji i manipulacji. Obierając drugą, rozpoznaje w nim istotę historyczną, zmienną w czasie i przestrzeni. Bada ją, to znaczy rekonstruuje wydarzenia i układa ich chronologię. Wreszcie, próbując zachować trzecią, traktuje go jak dzieło sztuki; pomny tego, że dzieło nie może być, na mocy genetycznych wyjaśnień, sprowadzone do swych źródeł, powraca do historii, by ją ożywić. I tak, wspólnie z pacjentem, stają się ludźmi sztuki, to znaczy „historykami tego, co niezrozumiałe i nieskończone” (J. Błoński).

Artykuł M. Wiktor, zwraca uwagę na dwie z wymienionych postaw. Czytelnik jednak wie (jeśli odrobił wcześniej lekcje Ćwiczeń stylistycznych R. Queneau), że możliwych postaw jest znacznie więcej. Język wywołuje raczej rzeczy niż je oddaje, toteż mówić to w pewnym sensie je stwarzać. *Wydamy się* sobie, przywidzeni, jak zjawy. Rzadko *widzimy*. Widzenie jest darem zobaczenia człowieka „jak na fotografii, ale wyraźniej/a w tle/coś co jest większe od jego cienia” (por. Tranströmer, 2012, s. 252). Uważam próbę Pani Wiktor namysłu nad językiem psychologicznego poznania za udaną i spełniającą obietnice złożone we wstępie. Esej nie rozwiązuje problemów, ale jest stawia. Ciąg dalszy pewnie nastąpi.

W konkluzji stwierdzam, przeczytałam z przyjemnością i rekomenduję lekturę innym Czytelnikom.

BIBLIOGRAFIA

Tranströmer, T. (2012). *Wiersze i proza. 1954–2004*. Kraków: Wydawnictwo a5.

W artykule podejmowany jest problem języka współczesnej psychologii, ściślej – psychopatologii. Posiłkując się terminem A. Kępińskiego, Autorka uznaje za uprawnione rozważanie o przyrodniczym i humanistycznym (artystycznym) stosunku do pacjenta, rozumianego odpowiednio jako przedmiot badania, tudzież jako podmiot badania, z którym psycholog spotyka się podczas terapii, a także zastanawia się nad konsekwencjami wyboru jednej z tych postaw.

Postawiono pytanie, czy język naukowy, będący w swym zamierzeniu obiektywny i neutralny, jest odpowiednim medium opisu stanu człowieka jako podmiotu badania, a także czy podejście artystyczne, w którym punktem wyjścia do metody jest zadawanie i mnożenie pytań, może być adekwatnym językiem opisującym jednostkę. Celem artykułu jest próba skonstruowania postaw, jakie możemy przyjąć wobec pacjenta, to jest zewnętrznego obserwatora, gdzie opis sytuacji może być ujęty językiem psychopatologii lub też uczestnika sytuacji, terapeuty przyjmującego zaangażowaną postawę związaną z ujmowaniem drugiego jako niewyobrażalnego konkrety – pamiętając przy tym, iż ogląd tej samej sytuacji przez obserwatora i uczestnika jest zawsze inny. Artykuł zakończony zostanie krótką charakterystyką przypadku przedstawioną w kategoriach obu rozważanych paradygmatów.

Słowa kluczowe: język, pacjent, obserwator, uczestnik

Bolesław Miciński napisał: „esej nie rozwiązuje problemów, ale je stawia” (Miciński, 2012, s. 228), ten typ wypowiedzi jest zatem swego rodzaju otwartą formą pozwalającą na subiektywne oraz wybiórcze prezentowanie pewnych treści, na zadawanie pytań bez obowiązku udzielania odpowiedzi na nie. Zapewnia także dużą swobodę tematyki oraz doboru poruszanych kwestii. Andrzej Kapusta w książce *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*, zauważa, że „o ile w przypadku podejścia naukowego możemy mówić o teorii, to psychologiczne rozumienie nie poddaje się spójnej systematyzacji i wymaga innej formy opisu, np. eseistycznej” (2010, s. 74). Czyż zatem esej nie będzie najlepszą formą opisu, tam gdzie materia badana bywa trudna do sprecyzowania, uchwycenia?

Kapusta dodaje, że „rozumienie psychologiczne jest jedynie prawdopodobne i nieustannie narażone na błąd” (2010, s. 74), a zatem należy unikać wszelkiej kategoryczności w formułowaniu swoich myśli. Należy pamiętać o tym, że rozmowa terapeutyczna często rozgrywa się w jakimś pomiędzy lub też nieustannie staje się w relacji między terapeutą a pacjentem, a także jest zależna od dynamiki interakcji między nimi.

W języku francuskim *essai* oznacza próbę, dlatego też i poniższy artykuł będzie swego rodzaju próbą odpowiedzi na pytanie, jakim językiem i dlaczego właśnie takim warto posługiwać się w relacji psychoterapeutycznej?

„Nie wiem, kto mnie wydał na świat, czym jest świat,
czym jestem ja sam, żyję w okropnej niewiedzy
wszystkich rzeczy wszystkich rzeczy”
Blaise B. Pascal

Francuski filozof, siedemnastowieczny matematyk i fizyk, B. Pascal wyróżnił porządki: rozumu i serca. Utrzymywał, że serce ma swój porządek; rozum ma swój, płynący z zasad i dowodów; serce ma inny, taki, który jest związany ze zdolnością rozpoznawania rzeczy nadprzyrodzonych (Tatarkiewicz, 1981). Zwątpienie Pascala wyrasta z racjonalizmu, dlatego jest to ciekawy przykład umysłu wybitnie ścisłego, który postanawia zawierzyć innemu porządkowi niż naukowy. Jak pisze Tatarkiewicz, autor *Prowincjałek*, Pascal spostrzegł, iż „w sprawach doniosłych geometria nie da się zastosować: ani nie pozwala nam poznać nieskończoności, jaka nas otacza, ani nie rozwiązuje zagadnień etycznych i religijnych” (Tatarkiewicz, 1981, t. 2, s. 58) a zatem, jak się okazało, racjonalna metoda naukowa nie jest w stanie wyjaśnić wszystkiego, nie potrafi odpowiedzieć na egzystencjalny niepokój człowieka.

Niewątpliwie za główny cel psychologii uznaje się poznanie człowieka, jednakże drogi do niego wiodące mogą być różne, co należy mieć zresztą na uwadze. M. Opoczyńska w artykule *Próby relacji, czyli etyka psychoterapii* przytacza opowieść I. Calvino o Destinii: „Do Destiny [...] można dojechać na dwa sposoby: statkiem lub

na wielbłądzie. Miasto jawi się inaczej temu, kto nadjeżdża od strony lądu, i temu, kto dociera do niego morzem. Poznać Destinę to «spojrzeć za siebie».

Miejsce, z którego się patrzy; w równym stopniu co rzecz, na którą się patrzy, określa przedmiot pragnienia” (por. Opoczyńska, 2007). Ostatnie zdanie jest kluczem do rozważań prezentowanych w artykule, psycholog bowiem powinien nie tylko podjąć świadomą refleksję nad *swoim* punktem wyjścia, ale i zdawać sobie sprawę z wad, zalet, ale również, a może i przede wszystkim, ograniczeń, jakie się wiążą z przyjętym przez niego szeroko rozumianym światopoglądem. Ponadto podobnie jak R. M. Rilke pisał w listach do A. Rodina, by „dostosować oko do przedmiotu”, psycholog w swych rozważaniach i poszukiwaniach winien być otwarty na przedmiot swych badań, a w konsekwencji elastyczny.

Karl Jaspers, aby uchwycić trudność w określeniu relacji między ciałem a umysłem, posłużył się zgrabną metaforą nieznanego kontynentu. Kapusta streszcza ów punkt widzenia, pisząc:

z jednej strony pojawia się cielesny i mózgowy aspekt zaburzeń, który próbujemy odkryć, poszukując neurofizjologicznych mechanizmów i przyczynowych wyjaśnień, z drugiej zaś – doświadczenie pacjenta, jego sposób postrzegania siebie, świata oraz innych. Kiedy zaczynamy od obu krańców wyspy jednocześnie, powstają pytania: Czy ścieżki wyznaczone przez oba tropy badawcze kiedykolwiek się spotkają? (2010, s. 20)

Dychotomia zauważona przez niemieckiego psychiatrę znajduje również swoje odzwierciedlenie w podziale wprowadzonym przez Kępińskiego związanym z przyrodniczym i humanistycznym czy też raczej artystycznym stosunkiem do świata. Przyrodnicze spojrzenie na świat to spojrzenie zewnętrznego i niezaangażowanego obserwatora. Kapusta doprecyzowuje, iż „stosunek przyrodniczy wyraża się w takich atrybutach, jak wymierność (badanie ilościowe) i sprawdzalność (powtarzalność badań)” (2010, s. 20). Należy jednak podkreślić, że Kępiński bynajmniej nie negował wartości podejścia empirycznego, tylko twierdził, iż takie podejście sprowadza człowieka do sprawnie funkcjonującej maszyny. Postawa humanistyczna związana jest z kolei z emocjonalnym stosunkiem do otoczenia, zakłada aktywne uczestniczenie badacza w relacji.

Jaspers pisał, iż „ku człowiekowi prowadzą dwie drogi, ujmujące go jako przedmiot badań lub jako wolność” (1990, s. 30), a zatem kiedy człowieka rozumiemy jako przedmiot badań stanowi on treść wiedzy, jest zbiorem pewnego rodzaju danych, które należy obliczyć i zinterpretować. Natomiast kiedy ujmujemy człowieka jako wolność, staje się treścią wiary, jest wydarzeniem, może być ujmowany jako marcelowski *homo viator* (por. Marcel, 1984).

Człowiek to nie matematyka. Nic się w nim ze sobą nie zgadza. Dodasz dwie liczby, wyjdzie ci wynik ujemny. I na odwrót.

D. Terakowska

Warto sobie zadać pytanie, dlaczego psychologia tak niezwykle chętnie sięga do języka matematyki? Co tak bardzo urzekło psychologów w magii liczb, że przestali zauważać osobę stojącą przed nimi, że ukryli się za bezpieczną statystyką? Może to właśnie lęk, obawa przed spotkaniem czy też rozmową z drugim człowiekiem sprawił, że badacze psychoterapii uciekają się do bezpiecznych prognoz statystycznych redukujących niepokój, na jaki są niejako skazani? Kępiński zauważył: „stawiając rozpoznanie, psychiatra wkłada swojego chorego, a razem z nim swoje wątpliwości do szufladki; dzięki temu zabiegowi może czasem osiągnąć pozorny spokój wewnętrzny. [...] Psychiatra niestety skazany jest na niepewność i wątpliwości” (2009, s. 7). Jest to zresztą dosyć naturalna reakcja, wobec nieznanego, przyjmujemy często postawę nieufną, potrzebujemy czegoś czego możemy się uchwycić, by odnaleźć grunt pod naszymi stopami, a przecież nie zawsze jest to możliwe.

Opoczyńska w eseju *Jak być dobrym redukcjonistą* zaznacza, że w samej aspiracji, by zbudować naukowe podstawy psychologii, nie ma nic złego, jednakże zastanawia się również, czemu służy odwoływanie się do „wypracowanych na gruncie nowożytnego przyrodoznawstwa wzorów uprawiania nauki, które wyrażała filozofia pozytywistyczna, a później neopozytywistyczna” (2002, s. 31). Wydaje się, że psychologia od jakiegoś czasu zmaga się z czymś, co można by było określić jako kompleks naukowości. Dlatego też może zamiast forsować dostosowanie swojego przedmiotu i podmiotu badań do nazbyt naukowego paradygmatu powinna spróbować wypracować swoje metody lub też korzystać z innych w sposób bardziej świadomy.

Redukcjonizm występujący w psychologii jest związany z dwoma ważnymi czynnikami, a mianowicie: z chęcią stworzenia nauki o człowieku, co szczególnie jest podkreślane przez twórców behawioryzmu, oraz z pragnieniem wyjaśniania zachowania człowieka, co niewątpliwie widoczne jest w psychoanalizie. Główne typy redukcjonizmu, które wymienia autorka *Róży wierszem niezawołanej*, to redukcjonizm metodologiczny i ontologiczny (Opoczyńska, 2002), a jako wyjście z impasu w pewnym sensie proponowany jest redukcjonizm oświecony (Opoczyńska, 2002). Redukcjonizm metodologiczny związany jest z ograniczeniem pola patrzenia na człowieka do stosowanej metody. Prezentuje ona to, co ma stanowić przedmiot badania, a także jak ma być ono wykonane – a zatem to, czego nie ujmuje jest nieistotne (Opoczyńska, 2002).

Z kolei redukcjonizm ontologiczny wywodzi się z redukcjonizmu metodologicznego. Niebezpieczeństwo tej perspektywy zasadza się na ambicji całkowitego

wyjaśnienia funkcjonowania człowieka. Nierzadko wiąże się również, ze sprowadzaniem wszelkiej mentalnej aktywności do zjawisk fizycznych, bo jak precyzował C. G. Hempel: „stanowisko redukcjonistyczne wobec psychologii wyraża się, ogólnie mówiąc, w twierdzeniu, że wszelkie zjawiska psychiczne mają w istocie charakter biologiczny lub fizyko-chemiczny, ściślej – że swoiste terminy i prawa psychologii dają się zredukować do terminów i praw chemii i fizyki” (Opoczyńska, 2002, s. 36). Uważa się, że takie podejście związane jest z lękiem badacza przed przyjęciem odpowiedzialności za swoje działania

Redukcjonizm oświecony czy też jako określa go K. Popper krytyczny, wyraża nie tylko z podstawowego pytania o granice poznania, ale także z refleksji nad możliwością poznania drugiego człowieka. Według Poppera postawa ta wiąże się z jednej strony z metafizycznym antyredukcjonizmem badacza, a z drugiej z jego redukcjonistycznym programem badawczym (Opoczyńska, 2002).

Warto się zastanowić, czy nie ulegamy dzisiaj swego rodzaju magii liczb. Tworzymy kolejne kwestionariusze, taksonomie, ale nie zastanawiamy się nad tym, czy i w jakim stopniu mogą one zredukować człowieka, sprowadzając go tylko i wyłącznie do piętnującej go etykiety? Carl Rogers pisał: „ponieważ domenę nauki stanowi coś, co się da określić jako *przedmiot*, wszystko, czego się ona dotknie, zamienia się w przedmiot [...]. Gdy nauka w ten sposób czyni z ludzi przedmioty, ma to jeszcze inną konsekwencję. Prowadzi do manipulacji” (Opoczyńska, 2002, s. 43). Biorąc pod uwagę dzisiejszą popularność wszelkich podręczników opisujących techniki wpływu na ludzi, warto postawić pytanie, czy celem dzisiejszej psychologii jest nie tyle poznanie drugiego człowieka, ale kontrolowanie i przewidywanie jego zachowania.

Na gruncie psychoterapii również w pewnym sensie obserwujemy ową prawidłowość – posługując się taką czy inną klasyfikacją chorobową (ICD 10, DSM IV). Zatem określamy, na jaką dolegliwość pacjent zapadł, obserwujemy jego objawy, po czym dopasowujemy je do odpowiedniej charakterystyki i dać imię jego cierpieniu. Być może nie zastanawiamy się nawet nad tym, czy leży to w mocy psychoterapeuty i czy ma on do tego prawo.

Dzięki temu mamy złudzenie, iż wiemy, jak nasz klient będzie się – prawdopodobnie – zachowywał, staramy się przewidzieć jego postępowanie po to, by nim zarządzać, a przecież „[...] człowiek zawsze jest czymś więcej niż tym, co o sobie wie i może wiedzieć” (Jaspers, 1990, s. 70), o czym często zapominamy, nazbyt chętnie osadzając poznanie badanego w bezpiecznej teorii.

Martin Heidegger posługuje się terminem myślenie rachujące, oznaczające przyjęcie postępowania według z góry przyjętego planu. Jest to myślenie, które nastawione jest na wynik, planowanie, ale także i na rozporządzanie tym, co mam przed sobą. Hans Georg Gadamer uznał ten typ myślenia za typowy dla epoki elektrycznie

wzmocnionego głosu, a zatem czasów, które zamieszkujemy. Kępiński (2002) w odniesieniu do podmiotu dodaje, że „jeśli on sam może wpływać na przebieg zjawiska i nim kierować, to – na odwrot – przedmiot obserwowany nie może na niego wpływać ani nim kierować; wyklucza się nawet możliwość obserwacji z jego strony” (s. 14).

Według Kępińskiego „postawa naukowca przypomina trochę zachowanie chorego z natręctwami : wciąż sprawdza on to, co widzi i słyszy, podobnie jak chory sprawdza, czy zamknął drzwi, czy zakręcił kurek od gazu itp.” (2009, s. 20), a zatem nieustannie skupia się na wynikach badań, zamiast na żywym pacjencie z jego wyobrażeniami o swoich problemach.

Dla autora *Rytmu życia* oczywistym jest, że „poznanie typu przyrodniczego wymaga planu, przewodnika, trzeba z góry wiedzieć, na co patrzeć, co nam jest aktualnie w poznaniu potrzebne. Jest poznaniem planowanym i pragmatycznym” (Kępiński, 2009, s. 22), co zakłada, że to użyteczność stanowi jego najważniejsze kryterium. Badacz zakłada z góry pewną drogę, którą chce podążać, nie daje się skusić bocznym, krętym ścieżkom, gdyż mogłyby one zakłócić jego wizję.

Przyrodnik wyposażony jest w swoisty immunitet nietykalności. Dzięki psychometrii, jednemu z działów psychologii, możliwe jest przedstawienie jednostki jako pomiaru liczbowego, co miałoby dać szansę na naukowy i obiektywny opis człowieka. Zatem badacz zamknięty w swej wieży z kości słoniowej kalkuluje, szacuje, oblicza i wylicza, ale także i porównuje. Zestawiając różne dane pochodzące z pomiarów, świat jawi się mu jako jasny, zrozumiały, a przede wszystkim policzalny, a wszelkie anomalie mieszczą się w granicach błędu.

Ten typ naukowca kojarzy się również z profesorem matematyki czy też filozofii z filmu W. Herzoga – *Zagadka Kaspara Hausera*, gdy ów przychodzi do Kaspara, by sprawdzić jego umiejętności logiczne, zadając mu zagadkę matematyczną (zagadka logiczna dotyczy tego, jak odróżnić mieszkańca miasta kłamców od mieszkańca miasta osób mówiących prawdę). Kiedy Kaspar nie udziela odpowiedzi zgodnej ze schematem, dopuszczalnej w ramach logiki, a podaje inną – z pozoru absurdalną, profesor nie akceptuje jego racji, stwierdzając jednocześnie niedojrzałość poznawczą Hausera.

Według Kępińskiego dla badacza

człowiek – przedmiot obserwacji – staje się maszyną o skomplikowanych reakcjach, sam w sobie niepoznawalny. Dochodzi się nawet (jak np. u behawiorystów) do ogólnej negacji istnienia tego, czego nie da się wykazać jedynie obiektywnymi metodami przyrodniczymi. Nie mogąc dojść do celu, zaprzecza się jego istnieniu. (2009, s. 33)

Tak bowiem łatwiej jest badać, klasyfikować, opisywać, a także i porównywać ze sobą przypadki kliniczne.

Często podążając za „mirażem przyrodniczej obiektywności, neguje się wartość poznania człowieka w zetknięciu twarzą w twarz. W pochyłej płaszczyźnie kontaktu nie można poznać cudzego stanu psychicznego, gdyż się on w ogóle tu nie liczy. Przyrodnika nie obchodzi, co przedmiot czuje, tylko jak się zachowuje” (Kępiński, 2009, s. 33), a zatem badany jest traktowany jako swego rodzaju marionetka, której zachowanie w pewien sposób klasyfikujemy i systematyzujemy. Redukcjonistyczna postawa związana jest również z tym, że terapeuta wypowiada się na temat pacjenta i zwraca uwagę, na to, co on sam widzi, pomijając przy tym postrzeganie problemu przez samego pacjenta. Badacz zapomina również o tym, iż drugi człowiek jest zawsze inny, a zatem nigdy nie jest prostym przedłużeniem wyobrażeń terapeuty. Dlatego też, jak twierdzi G. B. Madison: „wyjaśnienie tego, co ludzkie czy osobowe, równa się ujmowaniu tegoż w kategorii, które nie są ani ludzkie ani osobowe” (za: Opoczyńska, 2002, s. 55), są to pewne sztuczne konstrukcje, co jakiś czas zmieniane, mające swe źródło w prawach statystycznych.

Wydaje się, że myśl rachująca zapomina o tym, co podkreślał Popper, że „niemal każde rozwiązanie otwiera cały nowy świat otwartych problemów” (za: Opoczyńska, 2002, s. 53). Podobny problem jest akcentowany również przez Jaspersa, który twierdził, że: „tam zaś, gdzie myślowe konstrukcje biorą górę nad poznawaną rzeczywistością, gdzie zapomina się, że stanowią tylko jej nieudolną mapę stworzoną przez omylnego i ograniczonego w swych poznawczych możliwościach człowieka, tam łatwo gubi się to, co dla rzeczywistości wydaje się najistotniejsze, a mianowicie jej otwartość” (za: Opoczyńska, 2002, s. 57). Wszelkiego typu systematyzacje są niewątpliwie przydatne i potrzebne, jeżeli tylko pamięta się o ich arbitralnym charakterze, powinny raczej stanowić punkt wyjścia w terapii niż jej finał.

Jaspers, zresztą zwolennik pluralizmu metodologicznego, zaznaczał, że: „prawda jest nieskończenie bogatsza od naukowej trafności” (Jaspers, 1990, s. 67) i precyzował: „nieodparta trafność nauk nie jest jeszcze całą prawdą” (Jaspers, 1959, s. 66). Humanistyczne (słowo często stosowane wymiennie ze słowem „artystyczny”) w artykule odnosi się do różnienia Kępińskiego i w tekście ma zdecydowane zabarwienie egzystencjalne) podejście.

Sprawdzianem, czy droga jest dobra, czy zła, jest zaufanie, jakie chory ma do badającego, to, co w zawodowym języku psychiatrycznym nazywa się kontaktem z chorym i od czegośkolwiek zależy możliwość zdobycia większej wiedzy o chorym i zyskania głębszego wglądu w jego stan.

A. Kępiński

Jak pisze A. Kapusta, według R. Lainga „naukowy obiektywizm prowadzi [...] do depersonalizacji i nie ujawnia osobowych cech pacjenta” (Kapusta, 2010, s. 22),

warto się zatem zastanowić, w jaki sposób można ujmować człowieka, tak by nie poddawać go reifikacji. Jak mówić o nim, by mówić? Jak słuchać, by słyszeć?

Jaspers w *Filozofii egzystencji* utrzymywał, że „zyskano już znaczną wiedzę, której cechą zasadniczą stanowi to, że każde poznanie jest częściowe – także poznanie względnych całości; wyniki poznania są rozproszone – nie składają się w jeden skończony obraz. Dlatego poznanie to staje się fałszywe zawsze, gdy prowadzi do totalnych sądów o bycie człowieka, do rzekomo pewnej całościowej wiedzy” (1990, s. 30), toteż terapeuta powinien zdawać sobie sprawę z tego, przez okulary jakiegoś paradygmatu patrzy na pacjenta. Winien mieć na uwadze również to, że w taki sposób poznaje go jedynie fragmentarycznie.

Dla amerykańskiego psychiatry D. Brendela: „[...] w dzisiejszych czasach trudno jest napotkać refleksyjne, zaangażowane, kreatywne podejście do ludzkiego cierpienia. Nasze społeczeństwo z coraz większą niecierpliwością poszukuje genów, kuracji, podręczników, witryn internetowych – upatrując w nich źródło współczesnej mądrości, mające uleczyć najgłębsze egzystencjalne lęki” (za: Kapusta, 2010, s. 24), chcemy żeby proces leczenia przebiegał szybko, a najlepiej by go w ogóle nie było, by wystarczyło połknąć jakąś specjalną tabletkę szczęścia. Wydaje się, że nie potrafimy i nie chcemy już rozmawiać ze sobą, a co gorsza, że rozmowa przestaje być potrzebna.

Humanistycznemu czy też artystycznemu ujmowaniu człowieka wobec tego odpowiadałoby myślenie kontemplujące, związane z taką myślą, która swobodnie błądzi, a jej główną cechą byłaby meandryczność. Marcel mówi o uważności, która jest zauważeniem obecności drugiego człowieka, który to dla nas jest niewyobrażalnym konkretem (wniosek wypływający z przedmiotu: Wybrane zagadnienia z psychologii i psychoterapii egzystencjalnej. Konwersatorium z elementami warsztatu prowadzone przez dr hab. M. Opoczyńską-Morasiewicz). Przypominając słowa Jaspersa, że „człowiek zawsze jest czymś więcej niż sam wie o sobie”, zauważmy, że terapeuta stoi w obliczu pacjenta, który przekracza wszelką ideę, jaką nauka może mieć na jego temat. Pacjent nie jest tylko sumą mniej lub bardziej skomplikowanych reakcji, mniej lub bardziej sprawnym mechanizmem, a po prostu człowiekiem, często bezradnym. Dlatego terapeuta o podejściu artystycznym próbuje wychodzić naprzeciw pacjentowi, stara się go otoczyć troską, a jego jedynym staraniem powinno być staranie o wysłuchanie pacjenta (wniosek wypływający z przedmiotu: Wybrane zagadnienia z psychologii i psychoterapii egzystencjalnej. Konwersatorium z elementami warsztatu prowadzone przez dr hab. M. Opoczyńską-Morasiewicz). Pamięta również o tym, że pacjent ma swój własny wymiar sensu, który może być niewidocznym dla terapeuty i co ważniejsze akceptuje ten fakt.

Jaspers np., „stara się [on] bowiem widzieć w pacjencie niepowtarzalną i nigdy do końca niepoznawalną jednostkę, a w diagnozie – jedynie próbę uchwycenia pewnego

aspektu badanej osoby. Równocześnie jest zwolennikiem pluralizmu metodologicznego, gdzie dostrzega się możliwości i ograniczenia każdej z podejmowanych metod badawczych” (za: Kapusta, 2010, s. 25). Tym samym terapeuta powinien umiejętnie integrować różne dostępne techniki terapeutyczne, biorąc niejako odpowiedzialność za wszelkie dokonywane redukcje będące wynikiem świadomej decyzji związanej z przyjęciem określonych metod. Natomiast pacjent zawsze jest swego rodzaju enigmą, jest tajemnicą otoczoną poważaniem.

W egzystencjalnym ujęciu, psychoterapeuta jest dłużnikiem pacjenta (wniosek wypływający z przedmiotu: Wybrane zagadnienia z psychologii i psychoterapii egzystencjalnej. Konwersatorium z elementami warsztatu prowadzone przez dr hab. M. Opoczyńską-Morasiewicz). Jest uczestnikiem relacji, a nie znajduje się poza nią. Kępiński podobnie ujmując podejście humanistyczne do pacjenta. Wyraża się ono m.in. w empatycznym stosunku do pacjenta, w traktowaniu go jako podmiot, a nie przedmiot badań, oczywiście przy zachowaniu odpowiedniego dystansu, który to jest warunkiem relacji. Jaspers zauważał, że:

absolutyzacja jakiegokolwiek zawsze partykularnej wiedzy, nadanie jej rangi całości wiedzy o człowieku, prowadzi do spustoszenia obrazu człowieka. Spustoszenie zaś obrazu człowieka prowadzi do spustoszenia samego człowieka. Obraz człowieka bowiem, który uważamy za prawdziwy, sam staje się czynnikiem naszego życia. Decyduje on o sposobach naszego odnoszenia się do nas samych, do naszych bliźnich, o atmosferze życia, o wyborze zadań. (Kuderowicz, 1983, t. 1, s. 290)

Podobnie, chociaż nieco bardziej poetycko ujął myśl Jaspersa E. Mounier – „Sto tysięcy zdjęć fotograficznych nie tworzy jeszcze człowieka, który chodzi, myśli i chce” (za: Kuderowicz, 1983, t. 1, s. 382, a tworzy jedynie pewne wyobrażenie, które możemy mieć na jego temat.

Należy jednak pamiętać, że „wszelka aktywność człowieka zanurzona jest w świecie, dlatego ostateczną miarą oceny zaburzeń psychiatrycznych są społeczne normy i wyobrażenia oraz możliwości skutecznego działania. Nie da się oddzielić wiedzy psychiatrycznej od samoświadomości terapeutów i pacjentów, od kulturowych i historycznych wyobrażeń szaleństwa i psychozy czy nawet samej psychiatrii” (Kapusta, 2010, s. 13).

S. Plath Ćwiczenia słowne
W pewności niezbędna jest
pokora trwania w pytaniu

K. Jaspers, Filozofia egzystencji

Aby zrozumieć pacjenta, trzeba go
najpierw odnaleźć w samym sobie
Ch. Bollas, The shadow of the object

Kępiński pisał, że „obraz chorego, który czytelnik otrzymuje w historii choroby, jest z konieczności obrazem zniekształconym i niepełnym. Ulega on kolejno trzem transformacjom: w ekspresji chorego (człowiek nigdy nie jest w stanie w pełni wyrazić swymi ruchami i mową tego, co przeżywa), w odbiorze badającego (nikt nie potrafi bez reszty odczytać ekspresji drugiego człowieka), w zapisie (trudno jest oddać w słowach to, co się wie i czuje na temat chorego)” (2009, s.199), a zatem rzeczywistość niczym w tradycji jerozolimskiej (zob. Szestow, 2009) fermentuje, jest w pewnym procesie wiecznej przemiany, co istotne jest nieustalona. Dla terapeuty egzystencjalnego każde spotkanie z pacjentem jest spotkaniem pierwszym.

U Plath, amerykańskiej poetki, pisarki i eseistki rozpoznano zaburzenie depresyjne. Cechy wielkiej depresji według wytycznych DSM IV są następujące: zmęczenie lub utrata energii, bezsenna lub nadmierna senność, zmniejszone łaknienie i znaczna utrata wagi bez specjalnej diety (lub znacznie rzadziej, zwiększone łaknienie i znaczny przyrost wagi), nadpobudliwość lub spowolnienie ruchowe (spadek aktywności psychicznej i fizycznej), zmniejszona zdolność myślenia lub koncentracji, samopotępienie posunięte do odmawiania sobie jakiejkolwiek wartości lub obwinianie się nieproporcjonalnie do jakichkolwiek dawnych grzechów, uporczywe, nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie. Przy czym rozpoznanie wielkiej depresji jest możliwe wtedy, gdy większość z tych objawów (co najmniej pięć) utrzymuje się przez cały dzień i prawie codziennie przez dwa kolejne tygodnie (Carson, 2005). A zatem pisarce postawiono rozpoznanie, co niosło oczywiście za sobą podjęcie określonych środków terapeutycznych i leczniczych.

Plath w swoich *Dziennikach* notuje, odpowiednio pod datami 15 lipca 1957 roku i 19 lipca 1958 roku: „Powoli w wielkim bólu, jakbym rodziła jakieś niekończące się, archetypowe niemowlę, leżę i pozwalam doznaniom pojawiać się, przypatrywać sobie i zmieniać w słowa” (2000, s. 273), następnie „Nadal sparaliżowana. Czuję się tak, jakby mój umysł przestał działać i poddał się siłom natury – teraz rosną tam pomarańczowe muchomory, stukają dzięcioły, drepczą błyszczące zielone żuczki – wszystko to mi ciąży – jakbym musiała upaść na samo dno nieistnienia, absolutnego strachu, nim się odrodzę. Moim najgorszym przyzwyczajeniem jest strach i destruktywne tłumaczenie sobie wszystkiego” (2000, s. 401). Czyż zatem zapis tego wewnętrznego cierpienia nie mówi nam więcej niż niejedna klasyfikacja?

Pozostaje zatem pytanie, jak mówić, by mówić o realnym doświadczeniu jednostki. Czy zamykać je w uogólnionych klasyfikacjach czy też dopuszczać do głosu indywidualne przeżycie? Czy mówienie o relacji terapeutycznej takie, które nie redukuje, jest w ogóle możliwe?

Dla P. Ricoeura człowiek jest symbolem: „a jako taki odsyła zawsze do czegoś, co leży poza nim, czego nie znamy, a czego możemy się jedynie domyślać” (Opoczyńska,

2002, s. 111). Człowiek jest zatem pewną szaradą, którą każdy z nas może odczytać na swój sposób, to znaczy poprzez swoje doświadczenia, odczuwanie świata. Podobnie jak Ingardenowskie dzieło sztuki, człowiek pozostaje zawsze niedookreślony, co oznacza, że zawiera w sobie różne możliwości interpretacji, a owo ukonkretnienie w tym wypadku, zależy od wrażliwości terapeuty. Podążając jednak za Ricoeurem – „pozwólmy mówić symbolom, kiedy już spróbowaliśmy je zinterpretować” (Opoczyńska, 2002, s. 111).

BIBLIOGRAFIA

- Jaspers, K. (1990). *Filozofia egzystencji. Wybór pism*. Warszawa: PIW.
- Kuderowicz, Z. (red.). (1983). *Filozofia współczesna. Tom 1*. Warszawa: WP. Kapusta, A. (2010). *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kępiński, A. (2009). *Poznanie pacjenta*. Kraków: WL.
- Marcel, G. (1984). *Homo viator. Wstęp do metafizyki nadziei*. Warszawa: „Pax”.
- Miciński, B. (2012). *Podróże do piekieł. Tom 1*. Warszawa: Biblioteka Więzi.
- Opoczyńska, M. (2002). *Róża wierszem niezawołana*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Opoczyńska, M. (2007). Próby relacji, czyli etyka psychoterapii. *Psychoterapia* 3. Pobrane z: <http://www.psychoterapiapt.pl/uploads/PT2007n3s15Opoczynska.pdf>.
- Plath, S. (2000). *Dzienniki 1990–1962*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Tatarkiewicz, W. (1981). *Historia filozofii. Tom 1–3*. Warszawa: PIW.
- Szestow, L. (2009). *Ateny i Jerozolima*. Kraków: Znak.

MATEUSZ FAŁARA

fafara.mateusz@gmail.com

*Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, Uniwersytet Wrocławski,
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie*

PRZESZKODA CHOROBY PSYCHICZNEJ PRZYCZYNĄ NIEWAŻNEGO ZAWARCIA ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIEGO W PRAWIE KANONICZNYM I W PRAWIE PAŃSTWOWYM

RECENZJA

Recenzent: ks. dr Jan Dohnalik

Artykuł Pana M. Fąfary *Przeszkoda choroby psychicznej przyczyną nieważnego zawarcia związku małżeńskiego w prawie kanonicznym i w prawie państwowym* podejmuje ważną i skomplikowaną tematykę wpływu chorób psychicznych na ważność związku małżeńskiego w dwóch porządkach prawnych – kanonicznym i państwowym. Ciekawe jest samo ujęcie tematu, które wymaga pewnej znajomości dwóch porządków prawnych. Porównanie tych porządków jest bardzo cenne i pozwala uporządkować podejmowaną tematykę. Samo pojęcie „przeszkody choroby psychicznej” nie występuje w Kodeksie Prawa Kanonicznego i dlatego takie sformułowanie w tytule artykułu jest nieprecyzyjne. Warto jednak zauważyć, że w samym tekście artykułu Autor doprecyzowuje powyższą tematykę, mówiąc nie o przeszkodzie, ale o wadzie zgody małżeńskiej. W omówieniu tematyki kanonicznej autor wyjaśnia kanon 1095, koncentrując się na pierwszym i trzecim numerze tego kanonu. Chyba warto byłoby poświęcić parę słów także numerowi drugiemu, odpowiadając na pytanie, czy brak rozeznania istotnych obowiązków małżeńskich może mieć również źródło w chorobie psychicznej. W przykładach przyczyn natury psychicznej związanych z numerem 3 kanonu 1095 Autor nadmiernie koncentruje się na zaburzeniach psychoseksualnych, podczas gdy na nieważność małżeństwa mogą wpłynąć także choroby psychiczne w sensie ścisłym oraz inne poważne zaburzenia osobowości.

Podsumowując, artykuł Pana Fąfary jest ambitną próbą dokonania porównania wpływu chorób psychicznych na ważność małżeństwa w porządku prawa kanonicznego oraz prawa państwowego. Należy docenić wiedzę autora z obu omawianych dziedzin prawa oraz Jego wysiłek, by usystematyzować powyższą tematykę.

Małżeństwo jest to związek relacji osób, mężczyzny i kobiety, które łączą się ze sobą, w celu połączenia swoich światów i spędzenia razem ze sobą życia. Małżeństwo, jako związek od lat bywa podstawowym zagadnieniem w psychologii, w religii w prawie, w socjologii oraz w filozofii. Związek małżeński to instytucja, która odpowiada potrzebom człowieka, Trwałość związku zależy od odpowiedniej komunikacji, umiejętności rozwiązywania konfliktów. Życie rodzinne płynie w sposób falowy na wielu płaszczyznach. Często bywa tak, że nie w taki sposób, w jaki chcemy. Małżeństwu towarzyszą rozmaite problemy, wręcz nie wyobrażalne w momencie zawarcia związku małżeńskiego. Częstym powodem nie radzenia sobie w małżeńskiej relacji są zdarzenia spowodowane przez ograniczoną wolę osoby w skutek choroby psychicznej, rozmaitych zaburzeń osobowościowych. W takim wypadku są one nieuznawane przez ustawodawcę nadającym znaczenie prawne relacji międzyludzkiej. Praca w sposób treściwy pokazuje, w jaki sposób przeszkoda choroby psychicznej wpływa na ważność związku małżeńskiego w systemie prawa kanonicznego oraz w systemie prawa polskiego.

Słowa kluczowe: choroba psychiczna, prawo, nieważność

Małżeństwo to przymierze „przez które mężczyzna i kobieta tworzą ze sobą wspólnotę całego życia, skierowaną ze swej natury na dobro małżonków oraz do zrodzenia i wychowania potomstwa” (Kodeks Prawa Kanonicznego, 2008). Małżeństwo trwa póki śmierć ich nie rozłączy.

Każdy człowiek z mocy prawa naturalnego posiada uprawnienie przystąpienia do zawarcia małżeńskiego związku tzw. *iusconnubii*. Zarówno prawodawca kościelny, jak i świecki, stawiają nupturientom kilka wymagań, które są dostosowane do godności i powagi związku małżeńskiego. Takim podstawowym i pierwszym jest osiągnięcie odpowiedniego stopnia dojrzałości umysłowej (Świaczny, 2007).

Należy pamiętać, iż małżeństwo w Kościele Katolickim jest znakiem łaski oraz jej udzieleniem przez Chrystusa w Kościele. Jest ono znakiem niepodzielnej jedności Chrystusa z Kościołem, jak również znakiem miłości Chrystusa Pana w pełni w swoim aspekcie psychologiczno-uczuciowym w pełni realizującym się w uświęconej wspólnocie sakramentu tworzącej kościelną Komunię (Żurowski, 1987). Związek małżeński od zawsze był i jest istotny dla spójności wiary. Jezus Chrystus podkreślał, że wydalenie żony przez męża nie jest zjawiskiem, jakie miał na myśli Bóg. Nie potępiał narodu żydowskiego za ten ich element prawa, ale podkreślał wyraźnie, że ludzie dopuszczający się czynu rozvodu, odrzucają w ten sposób Boże zamyślenie nad małżeństwem, którego konsekwencją jest nierozzerwalność węzła małżeńskiego. Małżeństwo, a więc nierozzerwalny związek między kobietą a mężczyzną jest obecny w zamyśle Boga, podlega prawu boskiemu oraz ludzkiemu.

W wymiarze cywilnym małżeństwo definiuje się jako trwały, egalitarny związek mężczyzny i kobiety powstały z ich woli w sposób sformalizowany określony jako swoista dwustronna czynność prawna zbliżona do kategorii umów. Instytucja małżeństwa jest rodzajem stabilizacji społecznej. Stanowi zainteresowanie psychologii, socjologii, prawa, teologii, etyki (Smyczyński, 2009). Trzeba pamiętać, że instytucja małżeństwa ma za sobą długą drogę rozwoju i nadal jest w procesie ciągłej ewolucji. Podstawą ciągłych zmian są przesłanki ekonomiczno-społeczne, jak również zmiana mentalności i obyczajowości społeczeństwa oraz zwięzanie się kręgu. Małżeńskie oraz rodzinne relacje kształtowały osobiste sfery życia ludzkiego (Winiarz, 1995). Porządkują takie sprawy, jak np. ułatwia pochodzenie potomstwa, uporządkowuje jednostkowy stan cywilny, kształtuje rodzinne stosunki, chociażby w stosunku powinowactwa oraz stwarza rodzinne grupy, będące częścią społecznej całości, elementem istotnym w wymiarze cywilnym państwa. To właśnie małżeństwo jest centrum rodziny. Wtedy powstaje bowiem rodzina, kiedy kobieta i mężczyzna postanawiają wspólne pożycie. Aby mogła zająć możliwość owego wspólnego pożycia, należy spełnić kilka podstawowych warunków.

Prawo kościelne Kościoła Katolickiego, jak i prawo świeckie wymieniają przeszkody, które uniemożliwiają wstąpienie w związek lub też stwierdzają nieważność takiego związku, jak chociażby w przypadku choroby psychicznej, kiedy to małżeństwo nie jest związane w sposób przewidziany prawem (Wenz, 2008).

Obecnie ciężko jest podać ogólną podstawową definicję choroby psychicznej. Psychiatria wymienia wiele ich typów, które różnią się od siebie: rodzajem oraz nasileniem objawów, czasem ich trwania, odmiennym ich wpływem na podstawowe życiowe funkcjonowanie człowieka. Brak jest również wyraźnych granic pomiędzy odczuciami, które są prawidłowe a odczuciami patologicznymi. A więc zachowanie, które jest inne niż oczekiwane przez społeczeństwo nie musi zostać uznane za przejaw zaburzenia psychicznego (Falicki, 1985).

W węższym znaczeniu choroba psychiczna jest to synonim psychozy. Zaburzenie psychiczne w znaczącym stopniu ogranicza wgląd, czyli rozpoznanie choroby. Osoby chore psychicznie z reguły nie są świadome swojej choroby, *a więc nie przyznają się do niej. Zaburzenia te ograniczają również zdolność radzenia sobie z podstawowymi czynnościami codziennymi oraz są przyczyną poważnych zakłóceń myślenia*, postrzegania, nastroju, napędu psychoruchowego oraz innych funkcji psychicznych, które powodują zaburzenia zachowania w środowisku społecznym.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 Dz.U. z 1994 roku Nr 111, poz. 535 określa, iż zaburzenia psychiczne w Polsce dzieli się na choroby psychiczne, czyli stany, w których obecnie występują zaburzenia psychotyczne, upośledzenia umysłowe, oraz inne stany, które zakłócają czynności psychiczne. Ta sama ustawa w art. 23, 24 i 28 wymaga, aby ustalić stan pacjenta i stwierdzić, jakie występują u niego psychotyczne objawy. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 w kategoriach manii oraz depresji psychotycznej są: urojenia, omamy (halucynacje), skrajna dezorganizacja myślenia, jak np. niekontrolowany natłok myśli, oraz skrajne zachowania zaburzenia, czyli zatrzymanie wszelkiej aktywności (tzw. osłupienie) bądź też w drugą stronę, czyli beładne pobudzenia (podniecenie) ruchowe (por. Aktualności – Psychiatria Polska, 2011).

Człowiek chory psychicznie często wywołuje w innych osobach poczucie zagrożenia, lęku i niepokoju. Takie odczucia wynikają z niezrozumiałego dziwnego zachowania, opowiadania nieprawdziwych historii, opowiadań zwanych urojeniami.

Do takiej kategorii chorób należą m.in. zaburzenia schizoafektywne, schizofrenia, psychoza maniakalno-depresyjna, nerwice czy zaburzenia psychiczne, które wynikają z ograniczonego uszkodzenia mózgu (Haslam, 1997).

Każda istota ludzka ma prawo do zawarcia ważnego związku małżeńskiego w sposób samodzielny, odpowiedzialny, wolny w wyrażeniu zgody, a także wolny od przeszkody małżeńskiej. Dlatego też warto zastanowić się, w jaki sposób choroba

psychiczna może przyczynić się do unieważnienia związku małżeńskiego w prawie kanonicznym i w prawie cywilnym.

ZDOLNOŚĆ OSOBY CHOREJ PSYCHICZNIE DO ZAWARCIA ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIEGO W PRAWIE KOŚCIELNYM I PAŃSTWOWYM

W prawie państwowym

Przepisy artykułu 11 i 12 KRiO zawierają tematykę dotyczącą zawierania związku małżeńskiego przez osoby, które są dotknięte chorobą psychiczną bądź też niedorozwojem umysłowym. Treść tych artykułów wyraźnie zaznacza, że osoby dotknięte psychiczną chorobą bądź też niedorozwojem umysłowym nie mogą wstąpić w związek małżeński, jeżeli ich ubezwłasnowolnienie jest całkowite. Jeśli stan zdrowie nupturienta nie zagraża zdrowiu przyszłego potomstwa ani przyszłemu życiu małżeńskiemu, a osoba nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd ma prawo zezwolić na zawarcie małżeństwa (Pietrzykowski, 2012).

Ustawodawca państwowy ustanowił, iż choroba psychiczna bądź niedorozwój umysłowy są przeszkodą do zawarcia związku małżeńskiego w prawie polskim. Sąd w niektórych przypadkach może zezwolić chorej osobie wstąpić w związek małżeński, ponieważ tylko całkowite ubezwłasnowolnienie wyklucza możliwość zawarcia małżeństwa (Pietrzykowski, 2012).

Choroba psychiczna lub niedorozwój umysłowy muszą być potwierdzone lekarskim zaświadczeniem. Chorobę psychiczną można uleczyć, natomiast niedorozwój umysłowy jest przypadkiem nieuleczalnym. Piasecki zaznacza, iż w wypadku unieważnienia małżeństwa ważne ma znaczenie fakt, czy choroba psychiczna lub niedorozwój umysłowy stwierdzone były w dacie zawieranego małżeństwa. Choroba psychiczna, która powstała po zawarciu związku małżeńskiego, nie może czynić małżeństwa, które podlegałoby unieważnieniu (Piasecki, 2005). Artykuł 561§. 2 k.p.c. mówi, iż sąd w postępowaniu nieprocesowym może zezwolić osobie dotkniętej chorobą psychiczną wstąpić w związek małżeński na wniosek tej osoby. Choroba psychiczna oraz niedorozwój umysłowy są przyczynami dysfunkcji związków, odbiegają od prawidłowego funkcjonowania przeciętnego związku małżeńskiego. Mogą też być zagrożeniem dla zdrowia i bezpieczeństwa przyszłego potomstwa.

W prawie kościelnym

Prawodawca kościelny z jednych wymogów zawarcia ważnego związku małżeńskiego wymaga, aby zgoda małżeńska była wolna od wad. Zgodę małżeńską w tym

wypadku rozumiemy, jako akt woli mężczyzny oraz kobiety, którzy wzajemnie się przyjmują oraz oddają w celu zawarcia związku małżeńskiego.

W przypadku podjętej analizy w pojęciu niezdolności do zawarcia i podjęcia obowiązków małżeńskich, trzeba zaznaczyć, że pewne uwarunkowania oraz elementy są poznawalne, a także określone oraz usystematyzowane. Dokonuje się to również przez orzecznictwo Roty Rzymskiej (Paździor, 2009).

Kodeks Prawa Kanonicznego kan. 1095 n. 1 wyraża, iż narzeczeni nie są zdolni do wyrażenia zgody małżeńskiej, jeśli jest brak posiadania dostatecznego używania rozumu. Nieposiadanie dostatecznego rozumu jest to wynik habitualnej choroby umysłowej. Natężenie tych chorób może być różne, a więc może różnie wpłynąć na rozeznanie nupturienta. Niedorozwój umysłowy oraz zaburzenia psychiczne skutkują nieważnością małżeństwa, jeżeli pod ich wpływem strona nie może wytworzyć pojęcia właściwego o małżeńskiej naturze. We wszystkich przypadkach, które dotyczą niedorozwoju umysłowego, jak również ciężkich zaburzeń psychicznych, konieczne jest wypowiedzenie się biegłych. Osobami nieważnie zawierającymi związek, pozbawionymi rozumu są np. osoby pijane, odurzeni narkotykami, a także te osoby, które znajdują się pod wpływem hipnozy. Każdy rodzaj przypadku musi być oceniony osobno (Pawluk, 1984). Kanon 1095 n. 3 Kodeksu Prawa Kanonicznego mówi o psychicznej niezdolności do przyjęcia istotnych obowiązków małżeńskich. Psychiczna niemożność, która jest wypełniona istotnymi obowiązkami, które wynikają z umowy małżeńskiej dotyczą najczęściej sfery seksualnej. Taka niemożność może pojawiać się często w sferze seksualnej, a jej najczęstszym przejawem mogą być np. homoseksualizm, czyli zboczenie płciowe, które polega na pociągu seksualnym do osobników tej samej płci, *jeżeli przekreśla ius in corpus*, nimfomania, tzw. choroba wzmoczonego popędu płciowego u kobiet, jeśli ponad jakąkolwiek wątpliwość uniemożliwia dochowanie wierności w związku małżeńskim, pomimo szczerej intencji, a także transseksualizm, polegający na chorobliwym pragnieniu zmiany swojej płci itp. (Pawluk, 1984).

SKUTKI ZAWARTEGO MAŁŻEŃSTWA Z POWODU CHOROBY PSYCHICZNEJ LUB NIEDOROZWOJU UMYŚLOWEGO

W prawie państwowym

Kodeks rodziny i opiekuńczy mówi, iż unieważnienia związku małżeńskiego z powodu choroby psychicznej lub też niedorozwoju umysłowego jednego z małżonków ma prawo żądać każdy z małżonków (art. 12 § 2), a także na ogólnych zasadach prokurator (art. 22). Sprawy o unieważnienie małżeństwa są rozpoznawane w I in-

stancji przez sądy okręgowe w procesie w postępowaniu odrębnym (por. Legeo, n.d.). Według prawa rodzinnego osoby dotknięte chorobą psychiczną lub niedorozwojem umysłowym nie mogą przystąpić do zawarcia związku małżeńskiego.

W momencie uchylenia ubezwłasnowolnienia małżeństwo, które zostało zawarte przez całkowicie ubezwłasnowolnioną osobę, nie może być unieważnione. Ubezwłasnowolnienie całkowite może zostać uchylone w czasie trwania procesu o unieważnienie małżeństwa (Piasecki, 2005).

Małżeństwo, które zostało zawarte bez zezwolenia sądu przez osobę, która jest dotknięta chorobą psychiczną bądź też niedorozwojem umysłowym, po ustaniu choroby psychicznej unieważnić nie można. Zakładając, że sąd wyrazi zgodę osobie, która jest dotknięta omawianą przeszkodą, należy podkreślić, że udzielenie zezwolenia konwaliduje małżeństwo (czyli występuje w momencie, gdy przyczyna, przez którą zawarcie małżeństwa było zakazane, przestaje istnieć). W takiej okoliczności nie może być unieważnione małżeństwo, pomimo iż było zawarte w czasie występowania przeszkody), które zostaje zawierane mimo zakazu przewidzianego w art. 12 ust 1. k.r.o. Postępowanie w sprawie o udzielenie małżeństwa po dokonanych fakcie (*ex post*) może zostać wszczęte na wniosek tego małżonka, który został dotknięty chorobą psychiczną lub też umysłowym niedorozwojem również czasie toku procesu o stwierdzenie nieważności małżeństwa. „Sąd, przed którym ma miejsce postępowanie procesowe w sprawie o unieważnienie małżeństwa, powinien je zawiesić do czasu zakończenia postępowania o udzielenie przez sąd zezwolenia na zawarcie związku małżeńskiego” (Pietrzykowski, 2012, s. 205–209).

W prawie kościelnym

Kodeks Prawa Kanonicznego Jana Pawła II wyraźnie stwierdza, iż niezdolne do zawarcia związku małżeńskiego są osoby, które są pozbawione wystarczającego używania rozumu, mające poważny brak w rozeznaniu oceniającym, co do istotnych praw oraz obowiązków małżeńskich wzajemnie przekazywanych oraz przyjmowanych. Nie są również zdolne z przyczyn natury psychicznej podjąć istotnych obowiązków małżeńskich (kan. 1095). Nupturient swoimi możliwościami psychicznymi powinien wykazać gwarancję, że jest w stanie wypełnić obowiązki małżeńskie, które przyjął. Gdyby jednak tych obowiązków nie był w stanie wypełnić w chwili zawierania małżeństwa (niezależnie od jego dalszego trwania), umowa małżeńska byłaby nieważna. Nupturient swoją postawą psychiczną musi dać gwarancję, że wypełni obowiązki przyjęte przez siebie. Kodeks z 1983 roku uznaje, że przyczyny niezdolności nupturientów są natury psychicznej. W ten sposób pojawia się zgoda wady małżeńskiej. Można stwierdzić, iż niezdolności do podjęcia obowiązków małżeńskich, które mają swój

zależek w przyczynie natury psychicznej, przyczyniają się wadliwości konsensu. Nie ma żadnego znaczenia, czy zaburzenia natury psychicznej powodującej niezdolność są uleczalne czy też nieuleczalne. Bierze się pod uwagę jedynie taki stan psychiki i osobowości nupturienta, który istniał w momencie zawierania ślubu.

Przyczyny braku wystarczającego używania rozumu skutkują nieważnością związku małżeńskiego. Mogą mieć charakter stały: choroba psychiczna, niedorozwój umysłowy w poważnym stopniu lub przejściowy, np. upicie się. W taki sposób nupturient jest niezdolny do zawarcia związku (por. Pierzchalski, 2012). Wymienione wyżej przyczyny ma zapewne na myśli prawodawca kodeksowy, gdy formułuje kan. 1095 n. 1: „Niezdolni do zawarcia małżeństwa są ci, którzy są pozbawieni wystarczającego używania rozumu” (Kodeks Prawa Kanonicznego, 2008, s. 433). Do stwierdzenia przez Sąd kościelny nieważności małżeństwa z tego tytułu, określony stan chorobowy musi istnieć w chwili wyrażania małżeńskiego konsensu związku (por. Pierzchalski, 2012).

Szeroka płaszczyzna dotycząca zagadnienia małżeństwa zawiera w sobie ogromną ilość aspektów. Aby pojąć i zrozumieć całą dziedzinę małżeństwa, należy sięgnąć do aspektu norm prawnych prawa kanonicznego i nauk teologicznych oraz dziedzin nauk prawa cywilnego, psychologicznego – zwłaszcza z dziedziny relacji interpersonalnej, socjologicznego. Każda z tych dziedzin naukowych posiada wiedzę z zakresu małżeństwa. Osoba chcąc wstąpić w związek, powinna zapoznać się z każdą z nich. Dzięki temu przyszli małżonkowie będą lepiej rozumieć, czym jest związek małżeński między mężczyzną a kobietą, poznają lepiej siebie, a przez to lepiej drugą osobę. Będą zapoznani z tym, co można, a co jest przeszkodą bądź też, co ogranicza możliwości zawarcia związku małżeńskiego. Dzięki odpowiedniej wiedzy nupturienti będą mogli uniknąć konsekwencji prawnych prawa polskiego oraz kanonicznego.

BIBLIOGRAFIA

- Aktualności – Psychiatria Polska*. (2011). Pobrane z: http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_6_2011/Aktualnosci157_Psychiatria_Polska_6_2011.pdf.
- Falicki, Z. (1985). *Psychiatria społeczna*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Jan Paweł II. *Kodeks Prawa Kanonicznego*. (2008). Poznań: Pallotinum.
- Haslam, M. (1997). *Psychiatria*. Poznań: Zyski i S-ka.
- Legeo. (n.d). [Baza tekstów prawnych]. Pobrane z: <http://prawo.legeo.pl/iii-czp-7-02>.
- Pierzchalski, J. (2012). *Stwierdzenie nieważności małżeństwa z powodu niedojrzałości*. Pobrane z: <http://pierzchalski.ecclesia.org.pl/index.php?page=10&id=10-01&sz=&pyt=246,2012-05-12>.

- Pietrzykowski, K. (red.). (2012). *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. BECK.
- Paździor, S. (2009). *Przyczyny psychiczne niezdolności osoby do zawarcia małżeństwa w świetle kan. 1095 n.3*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Pawluk, T. (1984). *Prawo Kanoniczne według Kodeksu Jana Pawła II. Prawo małżeńskie*. Olsztyn: Warmińskie Wydawnictwo Diecezjalne.
- Piasecki, K. (2011). *Prawo małżeńskie*. Warszawa: LexisNexis.
- Smyczyński, T. (2011). *System prawa prywatnego. Prawo rodzinne i opiekuńcze*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. BECK.
- Szewczuk, W. (1990). *Psychologia*. Warszawa: PWN.
- Świaczny, S. (2007). *Rozwiązanie małżeństwa i stwierdzenie nieważności małżeństwa w sądach kościelnych*. Warszawa: Lex.
- Wenz, W. (2008). *Kancelaria parafialna jako przestrzeń kościelnego posługiwania. Studium kanoniczno-pastoralne*. Wrocław: Studio Graphito.
- Winiarz, J. (1995). *Prawo rodzinne*. Warszawa: PWN.
- Żurowski, M. A. (1987). *Kanoniczne prawo małżeńskie Kościoła katolickiego*. Katowice: Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej.

