

PERSPEKTYWY W PSYCHOLOGII

Redakcja naukowa:

Joanna Piekarska, Anna Studzińska



WYDAWNICTWO

AEH

PERSPEKTYWY W PSYCHOLOGII

Redakcja naukowa:

Joanna Piekarska, Anna Studzińska



Warszawa 2021

Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

Recenzentka

Dr hab. Stanisława Tucholska

Copyright © 2021 by Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

ISBN 978-83-66552-38-8

Wydawnictwo

Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej

ul. Okopowa 59

01-043 Warszawa

PODZIĘKOWANIA

Zbiór, który oddajemy w Państwa ręce, został poddany pełnej recenzji, którą objęto zarówno poszczególne artykuły, jak i zbiór jako całość. Każdy artykuł był oceniany przez przynajmniej dwóch recenzentów w procesie tzw. podwójnie ślepej recenzji (recenzenci nie wiedzieli, kto jest autorem tekstu; autorzy nie wiedzieli, kto będzie recenzować ich artykuł). Serdecznie dziękujemy wszystkim osobom, które wsparły nas w przygotowaniu niniejszego zbioru i podjęły się recenzji poszczególnych artykułów. Serdecznie dziękujemy Pani dr hab. Stanisławie Tucholskiej, emerytowanej prof. KUL za zrecenzowanie całego zbioru.

Recenzentami poszczególnych rozdziałów byli:

prof. dr hab. Anna Matczak

prof. dr hab. Mieczysław Plopa

prof. dr hab. Wojciech Słomski

dr hab. Bartłomiej Dobroczyński, prof. UJ

dr hab. Konrad Janowski, prof. AEH

ks. dr hab. Mirosław A. Michalski, prof. ChAT

dr z upr. hab. Bogdan Pietrulewicz, prof. UKW

dr hab. Remigiusz Rzyziński, prof. WSB

dr hab. Kamila Bargiel-Matusiewicz

dr hab. Dorota Mącik

dr hab. Małgorzata Starzomska

dr Ryszard Makarowski

dr Katarzyna Martowska

dr n. med. Aleksandra Kühn-Dymecka

dr Anna Skuzińska

dr Joanna Sztuka

dr Katarzyna Szymona-Palkowska

Joanna Piekarska

Anna Studzińska

Spis treści

CZĘŚĆ I

Z PERSPEKTYWY FILOZOFICZNEJ

Wojciech Słomski

Psycholog – zawód zaufania publicznego6

Ryszard Stachowski

Epigeneza w ujęciu Arystotelesa i św. Augustyna17

CZĘŚĆ II

Z BADAŃ NAD RÓŻNICAMI INDYWIDUALNYMI

Katarzyna Awruk

Biologiczne podstawy somatopercepcji i somatoreprezentacji32

Katarzyna Martowska, Joanna Piekarska

Inteligencja emocjonalna a płęć psychologiczna55

Joanna Piekarska

Inteligencja emocjonalna i rola rodziny w jej rozwoju73

CZĘŚĆ III

Z BADAŃ NAD BLISKIMI ZWIĄZKAMI

Mieczysław Płopa, Wojciech Płopa, Inna Szymczak

Wizja bliskiego związku w percepcji polskiej i ukraińskiej młodzieży akademickiej89

Mieczysław Płopa, Agnieszka Rojek

Ekspresje dotyczące partnera u małżonków w procesie rozwodzenia się118

CZĘŚĆ IV

Z PERSPEKTYWY PSYCHOLOGII ZDROWIA I PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

Joanna Kuryłowicz, Konrad Janowski, Stanisława Steuden

Neuropsychologiczne konsekwencje nagłego zatrzymania krążenia138

Konrad Janowski, Daniel Pankowski, Kinga Wytrychiewicz-Pankowska

Wsparcie społeczne a akceptacja życia z chorobą u młodych dorosłych chorych na cukrzycę typu I . 153

Kinga Wytrychiewicz-Pankowska, Daniel Pankowski, Konrad Janowski, Andrzej M. Fał, Jacek Dąbrowski

Zmienne socjodemograficzne, kliniczne a strategie radzenia sobie ze stresem choroby i wskaźniki adaptacji do przewlekłej obturacyjnej choroby płuc 165

Krzysztof Kielkiewicz

Wyjaśnienie koncepcji traumy złożonej według ICD-11. Zmiana tożsamości istotą urazu traumatycznego .. 175

CZEŚĆ I

Z PERSPEKTYWY FILOZOFICZNEJ

Wojciech Słomski

Instytut Psychologii, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

w.slomski@vizja.pl

Psycholog – zawód zaufania publicznego

Zaufanie jest zarówno pewną dyspozycją psychiczną, kształtującą się pod wpływem doświadczeń, w szczególności doświadczeń wczesnego dzieciństwa (por. Erikson, 1997), jak i pewną wartością charakteryzującą relacje międzyludzkie (por. Zaborowski, 1974), w tym także relacje pomiędzy grupami społecznymi (por. Stepulak, 2007). Zaufanie jako zjawisko psychiczne jest dla psychologa istotne o tyle, że ono samo (a ściślej, jego deficyt) może stać się przyczyną istotnych zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym. W takim przypadku zadaniem psychologa jest odkrycie przyczyn owego deficytu oraz praca zmierzająca do jego zmniejszenia. Ponieważ jednak przedmiotem tego rozdziału jest społeczne zaufanie do zawodu psychologa, skoncentrujemy się tutaj na pojęciu zaufania w tym drugim znaczeniu.

Możliwe są dwa podejścia do problemu zaufania jako wartości w pracy psychologa, przy czym w praktyce wybór jednego z nich zależy nie tylko od przekonań etycznych poszczególnych psychologów, lecz także od teorii psychologicznej, którą starają się oni stosować w swojej pracy. Można po pierwsze traktować zaufanie jako wartość jako element celu, do którego zmierza praca psychologa, czyli jako wartość związaną z dobrem klienta. W tym ujęciu zaufanie staje się wartością samą w sobie i już samo jej urzeczywistnienie w kontakcie pomiędzy psychologiem a klientem można traktować jako sukces terapeutyczny. Z tego punktu widzenia jednym z celów kontaktu psychologa z klientem jest zbudowanie relacji opartej na zaufaniu, bez względu na to, czy powstanie tej relacji przyczynia się do osiągnięcia innych celów czy też nie (psycholog może np. uważać, że wszystkie relacje między ludźmi powinny opierać się na zaufaniu).

Można także traktować zaufanie jako wartość instrumentalną, czyli jako środek do osiągnięcia jakiegoś innego celu. Z sytuację taką mamy do czynienia wówczas, gdy psycholog określa pewien cel (np. wzmocnienie poczucia własnej wartości u klienta), a następnie stara się w taki sposób budować relację terapeutyczną, aby dzięki zaufaniu klienta ów cel osiągnąć. Gdyby psycholog ten doszedł do wniosku, że ten sam cel można osiągnąć łatwiej (np. poprzez wzbudzenie u klienta wrogości wobec terapeuty), to, traktując zaufanie wyłącznie jako środek do celu, zrezygnowałby z budowania relacji opartej na zaufaniu, starając się osiągnąć swój cel innymi środkami.

Jeżeli z kolei na problem zaufania w relacjach między psychologiem a klientem spojrzymy z perspektywy psychologii jako zawodu, to również okazuje się, że zaufanie może stanowić zarówno wartość samoistną, jak i wartość instrumentalną. O ile w dwóch wcześniejszych przypadkach zaufanie było wartością urzeczywistnianą w relacji pomiędzy psychologiem a klientem, o tyle tutaj traktuje się je jako jedną z wartości samego zawodu psychologa. Zaufanie pozostaje wprawdzie wartością instrumentalną, ponieważ

celem psychologów nie jest budowanie relacji opartych na zaufaniu (tak zaś byłoby, gdyby zaufanie stanowiło samoistną wartość), lecz niesienie pomocy ludziom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej. Przez trudne sytuacje należy tu rozumieć zarówno okoliczności spowodowane czynnikami zewnętrznymi, takimi jak nagłe kryzysy, jak i stany subiektywnie postrzegane jako ważne, nawet jeżeli nie towarzyszą im żadne „zewnętrzne” zdarzenia, co odróżnia zawód psychologa od zawodów „ratunkowych”, gdzie w grę wchodzi ludzkie zdrowie i życie (np. psychiatra). Z drugiej jednakże strony sam imperatyw niesienia pomocy opiera się na wartości samoistnej, jaką jest godność człowieka. To właśnie z ludzkiej godności wynika zakaz instrumentalnego traktowania drugiego człowieka i tej nadrzędnej, samoistnej wartości są podporządkowane wartości niższego rzędu, wśród nich także zaufanie do psychologii jako zawodu. Brak zaufania do zawodu psychologa byłby zatem sprzeczny z samą istotą tego zawodu, a psychologowie nie mogliby nieść skutecznej pomocy w trudnych sytuacjach, gdyby społeczeństwo nie było przekonane, że pomoc ta wypływa z potrzeby respektowania godności każdego pojedynczego człowieka.

Pojęcie zaufania w odniesieniu do grupy zawodowej jest nie tylko pojęciem z dziedziny etyki, lecz także pojęciem prawnym. Zawód psychologa należy do grupy tzw. zawodów zaufania publicznego, do której należą też takie zawody, jak lekarz, adwokat, nauczyciel itd. Określenie „zawód zaufania publicznego” jest pojęciem prawnym, wpisanym do Konstytucji RP z 1997 r. art. 17, ust. 1 Konstytucji stwierdza: „W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”. Powstaje w związku z tym pytanie, jakie warunki powinien spełniać dany zawód, aby można go było zaliczyć do grupy zawodów zaufania publicznego.

Praca w zawodach zaufania publicznego wiąże się z wywieraniem bezpośredniego wpływu na życie innych ludzi, dlatego ważna jest w nich nie tylko wiedza i umiejętności, lecz także przestrzeganie zasad etyki zawodowej. Przestrzeganie norm etycznych jest ważne także dlatego, że do istoty zawodów zaufania publicznego należą pewne szczególne uprawnienia dotyczące na ogół sfery prywatnej czy wręcz intymnej. Można przy tym wyróżnić uprawnienia charakterystyczne wyłącznie dla poszczególnych zawodów (np. prawo wypisywania recept przez lekarza) oraz uprawnienia właściwe dla wszystkich zawodów zaufania publicznego (np. prawo pozyskiwania informacji dotyczących sfery prywatności i związany z nim obowiązek dochowania tajemnicy).

Zaufanie publiczne (społeczne) w stosunku do psychologów jako grupy zawodowej należy odróżnić od zaufania jako cechy relacji interpersonalnych w ścisłym tego słowa znaczeniu. W pierwszym przypadku zaufanie jest raczej rodzajem społecznego oczekiwania czy też pewnym społecznym wyobrażeniem dotyczącym osób wykonujących dany zawód. Zaufanie do grupy zawodowej można więc określić jako cechę charakteryzującą relacje pomiędzy grupami społecznymi. Różnica pomiędzy tymi dwoma znaczeniami pojęcia zaufania stanie się oczywista, gdy uświadomimy sobie, że można mieć zaufanie do zawodu jako takiego, a jednocześnie nie ufać niektórym przedstawicielom tego zawodu. Z drugiej strony można

wyobrazić sobie sytuację odwrotną, gdy ktoś nie ma zaufania do psychologów jako grupy zawodowej, a mimo to darzy zaufaniem niektóre osoby wykonujące ten zawód.

Oczywiście nie istnieją żadne bezpośrednie lub nawet pośrednie relacje pomiędzy społeczeństwem jako całością (lub poszczególnymi grupami społecznymi) a grupą zawodową psychologów. Relacje takie nawiązują poszczególni pacjenci z poszczególnymi psychologami. Gdyby w społeczeństwie nie istniały żadne wyobrażenia związane z zawodem psychologa, wówczas każdy kontakt psychologa z klientem powstawałby niejako od podstaw, byłby „czystą” relacją pomiędzy dwiema osobami, nie zaburzoną przez społeczne wyobrażenia i oczekiwania. Z sytuacją taką mieliśmy do czynienia jeszcze kilkadziesiąt lat temu, kiedy tożsamość zawodu psychologa i zawodów pokrewnych dopiero się kształtowała. We współczesnym świecie jednak pod wpływem mediów i różnych innych źródeł informacji wykształcił się pewien stereotyp psychologa, który w mniejszym lub większym stopniu oddziałuje na relacje psychologów z ich pacjentami. Społeczne wyobrażenia o zawodzie psychologa, zarówno pozytywne, jak i negatywne, rzutują w istotny sposób na rodzaj bezpośrednich relacji pomiędzy psychologami a tymi, których działanie psychologa dotyczy.

Z uwagi na wpływ społecznego obrazu zawodu psychologa na codzienną pracę psychologów społeczne wyobrażenia o zawodzie psychologa same stanowią przedmiot badań psychologicznych. Bada się zarówno stosunek pewnych grup społecznych do zawodu psychologa i zawodów pokrewnych (np. stosunek młodzieży do nauczycieli, pedagogów), jak i „ogólnospołeczne” oczekiwania wobec psychologów. Na przykład Aleksandra Łuszczynska-Cieślak (za: Stepulak, 2001), powołując się na badania amerykańskie, zauważa, że kobiety będące ofiarami przemocy domowej stosunkowo rzadko zwracają się o pomoc do psychologów (w porównaniu z innymi grupami zawodowymi), jednak kobiety, którym została udzielona pomoc psychologiczna, twierdzą potem, że była ona skuteczniejsza niż pomoc uzyskana od przedstawicieli innych zawodów (policjantów, duchownych itp.). Wnioski z tych badań nie są jednak jednoznaczne, można bowiem sformułować konkluzję, że przebadana grupa kobiet miała mniejsze zaufanie do psychologów niż do innych grup zawodowych, możliwa jest jednak również teza, iż kobiety te po prostu nie zdawały sobie sprawy z możliwości uzyskania skutecznej pomocy od psychologów. Niezależnie jednak od oceny tych konkretnych badań można przypuszczać, że brak zaufania do zawodu psychologa wynika bądź z braku wiedzy o zakresie kompetencji psychologów i możliwościach uzyskania od nich pomocy, bądź też z pewnych wyobrażeń czy wręcz uprzedzeń.

Uprzedzenia wobec zawodu psychologa wydają się być z punktu widzenia społecznego zaufania równie istotne co wyobrażenia pozytywne. Należy przy tym odróżnić wyobrażenia o zawodzie wynikające z wcześniejszych indywidualnych doświadczeń oraz wyobrażenia stanowiące odzwierciedlenie panujących w danej społeczności stereotypów. W przypadku psychologii wyobrażenia będące rezultatem osobistych doświadczeń nie wydają się odgrywać dominującej roli w kształtowaniu się społecznej opinii o grupie zawodowej psychologów, bowiem większość ludzi po prostu nigdy nie styka się osobiście z psychologami.

Doświadczenia takie odgrywają natomiast dużą rolę w przypadku zawodów zbliżonych do psychologii, w szczególności w przypadku zawodu nauczyciela.

Charakterystyczną cechą zaufania społecznego jest brak jasno określonej instancji orzekającej o tym, jaki zawód i w jakim zakresie zasługuje na zaufanie, a jaki nie. Odróżnia to zaufanie do zawodu psychologa od zaufania do poszczególnych psychologów, które mogą być przedmiotem oceny m. in. instytucji wyłonionych przez środowisko psychologów (np. sądy koleżeńskie lub samorząd zawodowy). Aby bowiem uprawiać jakikolwiek zawód zaufania publicznego, należy zdobyć wysokie kwalifikacje, można się zatem spotkać z opinią, że tylko osoby, które same wykonują dany zawód, są w stanie ocenić, czy w konkretnych przypadkach przestrzegane są wymagane dla tego zawodu standardy. Innymi słowy, jeżeli chcemy dowiedzieć się, czy w konkretnym przypadku doszło do złamania zasad, do których przestrzegania są zobowiązani profesjonaliści wykonujący dany zawód zaufania publicznego, nie mamy innej możliwości, jak tylko oprzeć się na opinii innych przedstawicieli tego zawodu.

Przyjęcie tego poglądu odbiera w zasadzie możliwość samodzielnej oceny postępowania psychologów przez osoby, których to postępowanie bezpośrednio dotyczy, a jego konsekwencją jest konieczność całkowitego „zawierzenia” danej grupie zawodowej. Pogląd ten nie wydaje się jednak całkiem uzasadniony, należy bowiem rozróżnić pomiędzy przestrzeganiem standardów „technicznych” właściwych dla danego zawodu a przestrzeganiem standardów etycznych. Opinia ekspertów reprezentujących dany zawód jest podstawą zaufania do tego zawodu tylko w kwestiach „techniki” postępowania w danej profesji, nie obejmuje jednak problemów stricte etycznych, takich jak np. ujawnienie tajemnicy zawodowej.

W tym kontekście należy pozytywnie ocenić możliwość utworzenia samorządu zawodowego psychologów. Celem samorządów zawodowych jest sprawowanie kontroli nad właściwym wykonywaniem zawodu, jednak samorzady nie sprawują tej kontroli w swoim własnym interesie czy też w interesie danego zawodu, lecz w interesie społeczeństwa. Należy jednakże pamiętać, że sprawowanie owej kontroli oznacza w praktyce mniejsze lub większe zawężenie wolności wykonywania danego zawodu, mamy tu zatem do czynienia z istotnym konfliktem dwóch wartości: interesu społecznego oraz swobody działalności zawodowej i gospodarczej. Z tego punktu widzenia działalność samorządu zawodowego jest więc pewnym kompromisem, ogranicza bowiem jednostkową wolność w imię interesu społecznego. Z drugiej strony należy podkreślić, że kompromis ten w przypadku zawodów zaufania publicznego nie sięga dalej niż wymagają zasady współżycia społecznego, bowiem racją ograniczenia wolności jednostki także i tutaj jest po prostu interes innych jednostek.

Spoleczne wyobrażenia na temat psychologii i psychologów sprawiają, że wielu ludzi oczekuje od psychologów odgrywania pewnej roli społecznej. Przez normę rozumieć tu należy nakazy i zakazy odnoszące się do zachowania jednostek zajmujących w społeczeństwie określone pozycje. Rola społeczna nie jest tożsama z rolą zawodową, obejmuje ona bowiem nie tylko pracę zawodową, lecz również życie prywatne. Z tego powodu niektóre kodeksy etyczne zwracają uwagę na potrzebę przestrzegania przez

psychologów standardów etycznych również w życiu prywatnym. Na przykład, w Kodeksie etyczno-zawodowym psychologa czytamy: „Przyjmując określoną postawę wobec norm moralnych i obyczajowych w życiu prywatnym psycholog zdaje sobie sprawę, że jego decyzje w sprawach osobistych mogą wpłynąć na jakość jego czynności zawodowych, a także rzutować na zaufanie społeczne do psychologii i psychologów” (Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 2005). Fakt, iż twórcy kodeksu uzasadniają potrzebę etycznego postępowania w życiu pozazawodowym obawą, iż nieetyczne postępowanie może rzutować na zaufanie społeczne, uprawnia do postawienia tezy, iż etyka została tutaj potraktowana w sposób instrumentalny, a więc jako narzędzie kształtowania pozytywnej opinii społecznej o zawodzie psychologa. Wartością nadrzędną wobec autonomii jednostki, a więc także jej prawa do zachowania, które przez społeczeństwo mogłyby zostać uznane za nieetyczne, jest, zgodnie z Kodeksem, dobro grupy zawodowej.

Spółeczny obraz zawodu psychologa na ogół odbiega od tego, co myślą o sobie sami psychologowie. Dotyczy to zarówno zawodu psychologa jako takiego, jak i poszczególnych aspektów czy też problemów związanych z tym zawodem. Różnice te dotyczą np. wyobrażeń o kompetencjach zawodowych psychologów. „Według oczekiwań społecznych – piszą Anna Brzezińska i Karolina Appelt (2004, s. 15) – psychologowie są psychologami od razu po ukończeniu studiów, natomiast psychologowie – młodzi absolwenci psychologii mają nadzieję, że staną się prawdziwymi psychologami dopiero w trakcie swej pracy, nabywając kolejne doświadczenia i umiejętności”.

Mówiąc o zaufaniu do zawodu psychologa, warto pamiętać, iż zawód ten nie jest tożsamy z zawodem psychoterapeuty, a tym bardziej z takimi zawodami, jak pedagog, specjalista w zakresie resocjalizacji, psychiatra itd. Społeczne stereotypy dotyczą tylko niektórych z tych zawodów (np. psychoterapeuty), innych zaś nie dotyczą w niewielkim stopniu lub nie dotyczą w ogóle. Ponadto ów społeczny stereotyp odnosi się do zawodu jako takiego i nie uwzględnia specjalizacji w obrębie psychologii, nawet jeżeli owe specjalizacje w praktyce mają ze sobą niewiele wspólnego (np. psychologia rozwojowa, psychologia kliniczna, psychologia reklamy, psychologia sportu).

Zaufanie może dotyczyć pracy psychologa jako takiej, może jednak również odnosić się do jej poszczególnych składników. Klient może np. być przekonany o wysokich kwalifikacjach zawodowych swojego psychologa, a jednocześnie nie mieć do niego zaufania w kwestii zachowania tajemnicy zawodowej lub podejrzewać, że żywi on wobec niego nieprzyjazne uczucia.

Anna Brzezińska i Karolina Appelt (2004) zwracają uwagę, że „efektywność pełnienia każdej roli zawodowej zależy przede wszystkim od zasobu posiadanych kompetencji zawodowych”. Zdaniem autorek, w zawodzie psychologa, tak jak w każdym innym zawodzie, można wskazać pewien podstawowy kanon wiedzy teoretycznej i umiejętności, którego opanowanie jest warunkiem skuteczności rozwiązywania problemów właściwych dla tego zawodu. Dla psychologa jest to m. in. wiedza z zakresu psychologii ogólnej, psychologii społecznej, metodologii psychologii, psychologii stosowanej itd. Jednakże oprócz wiedzy i umiejętności jej praktycznego stosowania do kompetencji zawodu psychologa należą określone predyspozycje psychiczne, to, kim psycholog jest jako człowiek, a więc swego rodzaju „powołanie” do

zawodu psychologa (Brzezińska, Appelt, 2004). Ponadto w zawodach, w które wpisany jest ciągły, kontakt z ludźmi, a przy tym kontakt wymagający osobistego zaangażowania, autentycznej chęci i otwartości w nawiązywaniu relacji, trudno jest jednoznacznie odróżnić kompetencje czysto zawodowe, a więc takie, które psychologowie opanowują w trakcie szkolenia, od kompetencji osobistych. Jest tak dlatego, że tożsamość indywidualna jest dla psychologa „narzędziem”, przy pomocy którego oddziałuje on na innych ludzi.

W obrębie indywidualnej tożsamości zawodowej psychologa można z kolei rozróżnić tożsamość w sensie osobowości, a więc to, jakim człowiekiem się jest, jak nawiązuje się kontakty z innymi ludźmi, do jakich celów w życiu się dąży itd. oraz tożsamość w sensie postrzegania samego siebie jako psychologa. Ten drugi obszar tożsamości zaczyna się kształtować w okresie dorastania, kiedy młodzież podejmuje pierwsze wiążące decyzje o wyborze swojej przyszłej drogi życiowej, potem zaś kształtuje się w podczas studiów oraz po ich zakończeniu, w okresie zdobywania podstawowego doświadczenia zawodowego. Student, a potem początkujący psycholog musi odpowiedzieć sobie na pytanie, w jaki rodzaj działalności pragnie się zaangażować, jaką specjalizację wybrać, gdzie szukać zatrudnienia itd. Tak rozumiana tożsamość zawodowa stanowi część ogólnej tożsamości jednostki, choć oczywiście owa ogólna tożsamość nie jest sumą tożsamości związanych z poszczególnymi rolami społecznymi (por. Kuźnik, 2002).

Z ukształtowaną tożsamością zawodową mamy do czynienia wówczas, gdy jednostka postrzega samą siebie przez pryzmat własnego zawodu, uznaje za swoje właściwe dla tego zawodu cele i zasady. U niektórych jednostek nie dochodzi jednak do ukształtowania się spójnego obrazu własnej roli zawodowej. Niekiedy kształtuje się tożsamość odroczone, polegająca na niezdolności trwałego zaangażowania się w jeden rodzaj działalności i ciągłym poszukiwaniu własnej tożsamości. U niektórych jednostek powstaje tożsamość lustrzana, będąca wynikiem „utożsamienia” się z autorytetem i przejęcia jego tożsamości, lub też tożsamość rozproszona, charakteryzująca się brakiem potrzeby poszukiwania trwałej tożsamości, dążeniem głównie do doraźnego zaspokojenia własnego interesu i przypadkowym angażowaniem się w różnego rodzaju działania (por. Gałuszko, 2003; Oleś, 1995).

Z drugiej strony należy jednakże podkreślić, iż indywidualna tożsamość zawodowa podlega ciągłym zmianom przez cały okres trwania kariery zawodowej. Ponieważ zaś tożsamość zawodowa nie jest strukturą stałą, zmieniać się może zarówno w kierunku korzystnym z punktu widzenia celów psychologii, jak w kierunku niekorzystnym. U niektórych jednostek wykonujących zawód psychologa dochodzi niekiedy do tzw. wypalenia zawodowego i utraty poczucia sensu wykonywanej pracy, a więc do osłabienia, a nawet rozpadu tożsamości zawodowej. Przejawem wypalenia zawodowego jest brak satysfakcji z pracy, poczucie zniechęcenia, niezadowolenia, nadmierna drażliwość, ograniczenie dotychczasowej aktywności, zmniejszenie się obszaru zainteresowań itp. Ze względu na szczególnie, wymagający emocjonalnego zaangażowania charakter pracy psychologowie są narażeni na wypalenie bardziej niż inne grupy zawodowe (por. Stepulak, 2007). W takiej sytuacji psycholog sam potrzebuje wsparcia, być może także fachowej pomocy psychologicznej.

Aby nie dopuścić do zawodu osób o nieukształtowanej w pełni tożsamości zawodowej należy wprowadzić procedury oceny i kwalifikowania absolwentów studiów psychologicznych pod względem ich zdolności do wykonywania zawodu. W Polsce procedury takie od kilku lat obowiązują dzięki ustawie o zawodzie psychologa. Ustawa ta określa ogólne warunki dopuszczenia do zawodu psychologa, m. in. wymaga, aby psychologowie rozpoczynający pracę zawodową odbywali staże, w trakcie których ich prawo wykonywania zawodu jest ograniczone, lub też by psychologowie, którzy nie wykonują zawodu przez okres dłuższy niż pięć lat, odbywali dodatkowe przeszkolenie przed ponownym podjęciem pracy zawodowej.

Istnieje też szereg czynników wpływających negatywnie na społeczne zaufanie do zawodu psychologa. Czynnikiem takim jest przede wszystkim nieetyczne postępowanie niektórych psychologów, jednak z otwartym łamaniem norm etycznych mamy do czynienia na tyle rzadko, że nie wydaje się, by był to czynnik decydujący. Zachowania nieetyczne są piętnowane zarówno przez opinię publiczną, jak i przez środowisko psychologów, toteż nawet przypadki skrajne, nagłaśniane w mediach, nie są w stanie na dłuższą metę nadwerzeżyć społecznego zaufania do psychologów jako grupy zawodowej. O wiele większy wpływ na społeczną opinię o psychologii i psychologach mają natomiast niektóre cechy odróżniające zawód psychologa (zarówno jako osoby pomagającej w rozwiązywaniu problemów, jak i jako badacza) od innych zawodów.

Zwrócić należy uwagę w pierwszym rzędzie na prawny i społeczny kontekst, w jakim działają psychologowie. W Polsce obowiązki i uprawnienia psychologów określa ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. Celem tej ustawy, jak sama nazwa wskazuje, było stworzenie prawnej podstawy utworzenia samorządu psychologów oraz rozwiązanie kilku innych problemów, m. in. określenie zasad dostępu do zawodu. Zdaniem krytyków, ustawa ta nie spełnia jednak swego zadania. Zarzucano jej, iż wytworzyła ona stan chaosu prawnego, ponieważ wobec braku aktów wykonawczych w pewnych sferach psychologowie działają w myśl przepisów obowiązujących przed wejściem w życie ustawy, w innych natomiast zgodnie z ustawą. Inny zarzut dotyczy korporacjonizmu wprowadzany rzekomo przez ustawę oraz ograniczania dostępu do świadczenia usług psychologicznych absolwentom psychologii. Wynikać to ma z zapisu, zgodnie z którym „usługi psychologiczne”, takie jak diagnozowanie, opiniowanie, psychoterapia i wszelka inna pomoc psychologiczna, mogą świadczyć jedynie osoby posiadające prawo wykonywania zawodu, a prawo to przyznawać mają Izby Psychologiczne. Jednocześnie ustawa wprowadza skomplikowaną procedurę uzyskiwania pozwoleń na prowadzenie prywatnej praktyki psychologicznej. Ponadto ustawa ogranicza prawo świadczenia „pomocy psychologicznej” tylko do psychologów, nie definiując jednak pojęcia pomocy psychologicznej, skutkiem czego możliwa jest interpretacja, zgodnie z którą członkowie grup samopomocy, którzy świadczą sobie wzajemnie pomoc psychologiczną, działają nielegalnie. Brak precyzyjnych definicji sprawia także, że w praktyce pomoc psychologiczną będą mogły świadczyć osoby bez żadnych formalnych kwalifikacji, o ile tylko w nazwie prowadzonej przez nie działalności nie pojawi się nawiązanie do psychoterapii (a więc np. „wspomaganie rozwoju osobistego”, „duchowe wsparcie”, „rozwiązywanie problemów emocjonalnych” itp.).

Ustawa o zawodzie psychologa stała się przedmiotem krytyki także w środowisku psychoterapeutów. Wątpliwości budzi m. in. zapis ograniczający prawo wykonywania zawodu psychoterapeuty tylko do psychologów. Zapis ten stoi w sprzeczności z rozwiązaniami międzynarodowymi (np. Deklaracją Sztrasburską), która traktuje psychoterapię jako odrębny zawód, a wśród wymogów, których spełnienie jest konieczne do jego wykonywania, wskazuje oprócz wiedzy teoretycznej także osobiste doświadczenie zdobyte poprzez poddanie się psychoterapii oraz praktykę pod nadzorem doświadczonego terapeuty (superwizora). Zarówno osobista psychoterapia, jak i praktyka pod superwizją powinny trwać co najmniej dwa – trzy lata. Przyjmuje się tu wprawdzie, że zawód psychoterapeuty mogą wykonywać osoby nie będące dyplomowanymi psychologami, wymaga się jednak od nich zdobycia odrębnych kwalifikacji, których polska ustawa nie przewiduje, wskutek czego zawód psychoterapeuty mogą wykonywać osoby posiadające tytuł magistra psychologii, jednak nie dysponujące wystarczającym czy wręcz żadnym doświadczeniem praktycznym. Z drugiej strony ustawa zabrania wykonywania zawodu psychoterapeuty psychiatrom, pedagogom oraz absolwentom resocjalizacji (Włodawiec, 2006).

Już same te kontrowersje wydają się świadczyć o tym, iż ustawa o zawodzie psychologa nie przyczynia się do wzrostu społecznego zaufania do psychologów.

Wielu psychologów prowadzi prywatne praktyki, co rodzi problem stosunku pomiędzy bezinteresowną ze swej istoty chęcią niesienia pomocy psychologicznej a żądzą materialnego zysku. Chęci odnoszenia osobistych korzyści z wykonywania zawodu psychologa może zresztą pojawiać się także u psychologów zatrudnionych w różnych instytucjach czy przedsiębiorstwach, przy czym miejsce zysku materialnego zajmuje dążenie do prestiżu i pozycji społecznej. Rozumiana w ten sposób żądza zysku, jak zauważa M. Stepulak (2007), może niekiedy przesłaniać autentyczne wartości, które powinny leżeć u podstaw pracy psychologa. „Należy podkreślić – pisze autor – iż aktualna sytuacja na rynku pracy w Polsce wymusza na niektórych psychologach przyjmowanie postawy hipokryzji i zakłamania” (Stepulak, 2007, s. 119). Zagrożeniem nie jest tutaj cynizm, tzn. przeświadczenie części psychologów, że wartości i normy etyczne stanowią jedynie użyteczny ozdóbek przyciągający klientów do poradni psychologicznych, zakłamanie, czyli „wmawianie sobie wartości moralnych, których się nie posiada” (op. cit.).

Autorytet psychologii niszczy również działalność osób nie mających odpowiedniego przygotowania teoretycznego i praktycznego, a oferujących usługi zbliżone do pomocy psychologicznej. Do grupy tej należą „specjaliści” w dziedzinie astrologii, chiromancji, grafologii, numerologii, jasnowidzenia itd. Do działań tych należy zaliczyć również kursy oferujące poprawę jakości życia w krótkim czasie, poradniki wyjaśniające, jak w oparciu o kilka prostych zasad stać się człowiekiem szczęśliwym, bogatym, inteligentny itp. W poradnikach tych wiedza psychologiczna jest przedstawiana w sposób uproszczony, wręcz zbanalizowany, co jest tym bardziej szkodliwe, że wiele z powtarzanych w nich poglądów przenika do świadomości społecznej (Tavris, Wade, 2008).

Kolejnym czynnikiem, który, jak się wydaje, wpłynął niekorzystnie na opinię o zawodzie psychologa, są eksperymenty psychologiczne naruszające zasady etyki. Wymienić tu można chociażby znany „eksperyment

więzienny” Philipa Zimbardo. Planując eksperyment, Zimbardo nie uwzględnił w wystarczającym stopniu jego oddziaływania na uczestników, narażający ich na krótko- i długoterminowe negatywne skutki eksperymentu. Ostatecznie eksperyment został przerwany właśnie ze względów etycznych. Równie kontrowersyjny był eksperyment Milgrama nad posłuszeństwem wobec autorytetów (Aronson, Wilson, Akert, 1997). Rozgłos, jaki zyskały oba te eksperymenty w mediach, z pewnością nie przyczynił się do podtrzymania w społeczeństwie przekonania, iż psychologowie przywiązują wagę do standardów etycznych. Ich pozytywnym skutkiem było natomiast rozpoczęcie debaty na temat zasad etycznych regulujących eksperymenty psychologiczne z udziałem ludzi (Wadeley, Birch, Malim, 2000).

Zaufaniu do zawodu psychologa nie służy również wykorzystywanie wiedzy psychologicznej do działań, które mogą być postrzegane jako manipulowanie społeczeństwem. Niekorzystnie na społeczne zaufanie do zawodu psychologa wpływa przede wszystkim wykorzystywanie psychologii w biznesie i polityce. Wiedza ta jest wszakże narzędziem, które może być zastosowane zarówno dla dobra społeczeństwa, jak przeciwko temu dobru. Chodzi tu przede wszystkim o wykorzystanie psychologii w reklamie, marketingu i w propagandzie. We wszystkich tych dziedzinach stosuje się techniki perswazji, czyli wpływania na ludzi w taki sposób, aby ci nie zdawali sobie sprawy, iż są przedmiotem sugestii. Odpowiedź na pytanie, co jest, a co nie jest perswazją, a tym bardziej rozróżnienie perswazji w słusznym celu (np. w edukacji) od perswazji nieetycznej nie jest sprawą prostą, jednak z punktu widzenia społecznej zaufania do zawodu psychologa ustalenia definicyjne nie wydają się być najistotniejsze. Na społeczną opinię o zawodzie psychologa rzutuje już sam fakt, iż wiedza psychologiczna jest wykorzystywana do manipulowania jednostką, i to niezależnie od tego, w jakim stopniu, obiektywnie rzecz biorąc, społeczeństwo ulega manipulacji i czy manipulacja ta jest sprzeczna czy też zgodna z interesem społecznym.

Praktyczne wykorzystanie wiedzy psychologicznej wydaje się przybierać w ostatnich latach na sile. Z zjawiskiem wykorzystywania psychologii w reklamie mamy do czynienia od pewnego czasu, ponieważ jednak obecność reklamy w przestrzeni publicznej spowodowała, że ludzie stają się na nią coraz bardziej odporni, specjaliści od reklamy stosują coraz bardziej wyrafinowane sposoby wpływania na zachowania odbiorców reklam. Oprócz reklamy jawnej, której cel jest dla wszystkich oczywisty, w mediach spotkać można różne formy kryptoreklamy, takie jak pisane przez dziennikarzy artykuły wychwalające dany produkt, wykorzystywanie reklamowanych produktów jako rekwizytów w filmach itd.

Propagandę polityczną zastosowano na szeroką skalę w pierwszej połowie XX w., co wiązało się z wynalezieniem radia i rozwojem masowej komunikacji. Skuteczność propagandy w niektórych krajach (m. in. nazistowskich Niemczech) sprawiła, że po II wojnie światowej podjęto systematyczne badania nad skutecznymi metodami wpływania na opinię społeczną. Co ciekawe, zarówno w propagandzie politycznej, jak w marketingu i reklamie stosowane są zbliżone techniki perswazji. Przykładem takiej techniki jest powtarzanie przekazu, które stosuje się zarówno w reklamie (często powtarzanie nazw produktów), jak i w „marketingu politycznym” (często pokazywanie się w mediach polityków biorących udział w wyborach).

Wspomnieć też należy o stosowanych w psychologii metodach diagnostycznych, a więc przede wszystkim testach psychologicznych. Do najczęściej stosowanych testów należą testy edukacyjne, stosowane najczęściej u dzieci i mierzące zdolności w określonej dziedzinie, testy zawodowe, służące do określania predyspozycji do wykonywania określonych zawodów, oraz testy kliniczne, pozwalające zdiagnozować problemy psychiczne, a także ocenić postępy terapii. Testy te stanowią przydatne narzędzie pozwalające oceniać różne aspekty psychologicznego funkcjonowania jednostki, toteż ich stosowanie nie jest niczym złym. Niewłaściwe wydaje się natomiast nadmierne zaufanie do testów, prowadzi ono bowiem do błędnych decyzji mających istotny wpływ na życie jednostek. Przyczyna błędów tkwić może zarówno w niewłaściwej interpretacji testów, jak i w ich wątpliwych podstawach teoretycznych (w wyniku których jedne grupy badanych mogą być preferowane, a inne dyskryminowane). Krytycy wskazują, że testy stosowane na masową skalę stają się narzędziem społecznej selekcji, a w niektórych sytuacjach wręcz stygmatyzacji (por. Fronczyk, 2009).

Ten ostatni problem dotyczy istoty psychologii jako dyscypliny naukowej, w której to, co ogólne, powtarzalne, dające się zmierzyć i wyrazić w sposób ilościowy, ma prymat wobec tego, co indywidualne, zmienne i niepowtarzalne. Dla psychologów traktujących psychologię przede wszystkim jako dyscyplinę badawczą pojedynczy człowiek stanowi jedynie szczególny przypadek ogólnych zjawisk psychicznych. Taka postawa prowadzi do „uprzedmiotowienia” drugiego człowieka, czyli sprowadzania go do sumy funkcji psychicznych, to zaś uniemożliwia dostrzeżenie w nim jego indywidualności i nawiązania z nim równoprawnej, opartej na zaufaniu relacji. Z podobnym uprzedmiotowieniem mamy do czynienia w przypadku stosowania wiedzy psychologicznej w biznesie i polityce.

Dlatego sprawą niezmiernie ważną w psychologii jest życzliwość rozumiana jako otwartość na drugiego, pojedynczego człowieka. Chęć poznania drugiego człowieka, zaangażowania się w relacje z nim, gotowość podjęcia wysiłku zmierzającego do uchwycenia jego wewnętrznego świata, stanowią warunek sine qua non uprawiania zawodu psychologa. Tak pojęta życzliwość jest podstawą szacunku do drugiego człowieka, a więc jednej z podstawowych wartości kontaktu z klientem, której od psychologów wymagają nawet kodeksy etyczne. Wartość ta nie może zostać zrealizowana przez psychologa, który dostrzega w drugim człowieku jedynie mniej lub bardziej typowy „przypadek”. Także respektowanie pozostałych norm etyki zawodowej w zależy dużej mierze właśnie od owej wewnętrznej otwartości na drugiego człowieka.

Bibliografia

- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M. (1997). *Psychologia społeczna: Serce i umysł*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Brzezińska, A., Appelt, K. (2004). Tożsamość zawodowa psychologa. W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu SWPS.
- Erikson, E. H. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Fronczyk, K. (2009). *Psychometria: Podstawowe zagadnienia*. Warszawa: Vizja Press & IT.

- Gałuszko, M. (2003). *Społeczne i kulturowe powinności medycyny: Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Kuźnik, M. (2002). Projektowanie własnego życia jako najważniejsza rozwojowo forma działalności człowieka w okresie wczesnej dorosłości. W: A. Brzezińska, K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Szanse i zagrożenia rozwoju w okresie dorosłości* (s. 137–160). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Oleś, P. (1995). *Kryzys „połowy życia” u mężczyzn: Psychologiczne badania empiryczne*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne. (2005). Kodeks etyczno-zawodowy psychologa. Pobrano z: <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29>.
- Pratkanis, A. R., & Aronson, E. (1991). *Age of propaganda: The everyday use and abuse of persuasion*. Nowy Jork, Stany Zjednoczone: W. H. Freeman: Henry Holt and Co.
- Stepulak, M. (2001). *Tajemnica zawodowa psychologa*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Stepulak, M. (2007). *Psycholog jako zawód zaufania społecznego*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Szewczyk, K. (1998). *Wychować człowieka mądrego: Zarys etyki nauczycielskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tavris, C., Wade, C. (2008). *Psychologia: Podejścia oraz koncepcje*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Wadeley, A., Birch, A., Malim, T. (2000). *Wprowadzenie do psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Włodawiec, B. (2006). Konsekwencje wejścia w życie ustawy o zawodzie psychologa. Pobrano z <http://www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=222>.
- Zaborowski, Z. (1974). *Stosunki międzyludzkie a wychowanie*. Warszawa: Nasza Księgarnia.

Ryszard Stachowski

Instytut Psychologii, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

r.stachowski@vizja.pl

Epigeneza w ujęciu Arystotelesa i św. Augustyna

W roku 1651 ukazała się w Londynie książka zatytułowana *Exercitationes de generatione animalium*. Jej autorem był William Harvey (1578–1657), który dwadzieścia trzy lata wcześniej zasłynął przełomowym w fizjologii odkryciem mechanizmu obiegu krwi. Jak wskazuje tytuł dzieła tego angielskiego biologa, treścią jego siedemdziesięciu jeden stosunkowo krótkich rozdziałów są „ćwiczenia” anatomiczne, w których autor zajmuje się procesem rodzenia się żywych stworzeń na przykładzie jaja kurzego, powołując się na takie autorytety jak Arystoteles (384– 322 przed Chr.), Galen (130–201) czy Girolimo Fabrizio (1537–1619), którego uczniem był Harvey, i z którymi twórczo polemizuje.

Rozwijając myśl Arystotelesa (1993, 724 a, s. 120), Harvey (1651, s. 121-125) w ćwiczeniu 44 poświęconym powstawaniu kurczaka w jajku, omawia dwa znaczenia terminu „coś powstaje z drugiego”. W pierwszym wypadku owo „coś” jest wytworem nienaturalnym jako dzieło sztuki rzemieślniczej, w drugim jest produktem naturalnym, jak to się dzieje w świecie żywych stworzeń. Wytwór sztuczny powstaje z materii czegoś już istniejącego, tak jak łóżko powstaje z drewna, a statua z brązu. W tym pierwszym wypadku zdolny rzemieślnik tnie i dzieli dostępny mu materiał, na przykład odcinając po trochu zbędne części, w drugim zaś garncarz nadaje glinie kształt przez dodawanie lub ujmowanie jej, i tak ją modelując, zarazem przygotowuje swój materiał do użytku (tutaj stosowniejszym słowem będzie „zrobił” niż „wymodelował”).

Analogicznie „coś powstaje z drugiego” w naturalnym procesie rozrodu zwierząt. Niektóre z nich przeobrażają się na drodze metamorfozy z materii już dojrzałej, tak że w wyniku takiego procesu rozmnażania się powstają stworzenia w całym tego słowa znaczeniu, jak na przykład owady. Z drugiej strony pewne organizmy, w których jedna część powstała przed drugą, odżywiają się, wzrastają i wykształcają, zużytkowując tę samą materię. Innymi słowy, składają się one z części, z których jedne występują przed, a inne za drugimi i w tym samym czasie wykształcają się i rosną. Ich konstytucja bierze początek z jakiejś jednej części jako swojego oryginału, dzięki czemu tworzą się inne elementy, o których Harvey powie, że powstały na drodze *epigenezy* (*per Epigenesin*), czyli stopniowo, część po części (Harvey, 1651, s. 121). Epigeneza, której podlegają organizmy krwiste, bardziej adekwatnie niż metamorfoza opisuje według Harveya proces rozrodu. Rozwój kurczaka z kurzego jaja odbywa się zatem epigenetycznie, a nie na drodze metamorfozy, wszystkie bowiem jego części powstają kolejno w określonym porządku, a nie od razu (Harvey, 1651, s. 122). Rozwój to narastający proces wytwarzania nowych bytów z nieustruktrowanego materiału zarodkowego.

Harvey pierwszy nadał nazwę *epigenesis*¹ procesowi rozwojowemu, którego wszakże nie był odkrywcą. Dokonał tego ponad dwanaście wieków wcześniej Arystoteles, który jednak swojej koncepcji epigenezy takiej nazwy nie nadał.

Epigeneza i biologia

Pierwszego gruntownego opracowania Arystotelesowska biologiczna koncepcja epigenezy doczekała się dopiero w wieku XVIII. Przyczynił się do tego niemiecki lekarz, anatom, fizjolog i jeden z twórców embriologii Caspar Friedrich Wolff (1734–1794). W swojej rozprawie doktorskiej opublikowanej w roku 1759 zatytułowanej *Theoria generationis, quam pro gradu doctoris medicinae stabilivit publice eam defensurus d. 28. Novembr. 1759* Wolff nie tylko wskrzesił starą doktrynę epigenezy, czyli emergencji organizmu – która według niego polega nie na stopniowym, ewolucyjnym rozwijaniu się preformowanych zarodków, ale na powstawaniu organizmu *de novo* na podstawie *vis essentialis* kształtującej zarodek od początku – lecz także przyczynił się, jeśli nie do upadku, to z całą pewnością do osłabienia teorii preformacji, otwierając tym samym drogę badań takim uczonym, jak embriolog niemiecki Karl Ernst von Baer (1792–1876). Warto zauważyć, że Baer doświadczalnie potwierdził teorię Arystotelesa, w myśl której w rozwoju embrionu cechy gatunkowe (szczegółowe) tworzą się *po* cechach rodzajowych (ogólnych) (por. Arystoteles, 1993, s. 145, przypis 2). Ogłoszona przez Wolffa teoria powstawania organizmów wywołała kontrowersje ze strony niektórych zagorzałych obrońców preformizmu, jak szwajcarski lekarz i embriolog Albrecht von Haller (1708–1777), znany także z długotrwałych polemik z Wolffem (por. Bednarczyk, 2005).

Biologiczna koncepcja epigenezy stała się także przedmiotem zainteresowania filozofów. Jednym z nich był Immanuel Kant (1724–1804), który systemem epigenezy nazywał system płodzenia jako tworzenie produktów (wytworów), czyli tego, co nie znajduje się w stanie „gotowym”, lecz powstaje dopiero wskutek „obróbki” (Kant, 1986, s. 411). Epigeneza rozpatruje przyrodę, pisze Kant (1986, s. 413), „jeśli idzie o rzeczy, które na początku można sobie przedstawić jako możliwe tylko podług przyczynowości celów, jako samodzielnie twórczą, a nie tylko rozwijającą, przynajmniej w zakresie rozmnażania, i dzięki temu, z możliwie najmniejszym odwoływaniem się do czynnika nadprzyrodzonego, pozostawia przecież przyrodzie wszystko, co po tym pierwszym początku następuje (nie orzekając jednak niczego o tym pierwszym początku, wobec którego fizyka w ogóle okazuje się bezsilną, niezależnie od tego, jaki łańcuch przyczyn próbowałaby tu stosować)”, dodając przy tym, że co się tyczy teorii epigenezy, to „nikt nie dokonał więcej zarówno dla jej udowodnienia, jak i dla sformułowania rzetelnych zasad jej zastosowania, po części dzięki ograniczeniu nazbyt śmiałego z niej korzystania, niż pan radca dworu Blumenbach”².

¹ Józef Majer (1808–1899), polski lekarz, przyrodnik, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, zaproponował w roku 1849 nazwę „noworództwo” jako odpowiednik greckiego słowa *epigenesis* (Majer, 1849, s. 76).

² Johann Friedrich Blumenbach (1752–1848), anatom, fizjolog i zoolog. Kant nawiązuje tu do jego rozprawy *Über den Bildungstrieb* z 1781 roku.

Epigeneza i psychologia

To zasadniczo biologicznej natury pojęcie epigenezy zostało w drugiej połowie XX wieku zaadaptowane przez psychologię rozwoju człowieka i to do tego stopnia, że „(...) wszystkie współczesne teorie rozwoju są teoriami epigenetycznymi” (Brzezińska, 2000, s. 124; por. Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2008, s. 127). Brzezińska powołuje się tutaj na Gilberta Gottlieba (1929–2006), amerykańskiego psychologa, twórcy tzw. epigenezy probabilistycznej, czyli metateorycznego modelu rozwoju, która obejmuje takie dziedziny, jak socjologia, antropologia, biologia i psychologia. Właśnie wyznawcami tej epigenezy probabilistycznej są współcześnie wszyscy przedstawiciele psychologii rozwojowej. Sam Gottlieb uczciwie przyznaje, że „wprawdzie wciąż jeszcze nie mamy pełnej wiedzy o podstawowym mechanizmie leżącym u podłoża epigenezy, ale nie ma wątpliwości, że indywidualny rozwój – z punktu widzenia psychologicznego, behawioralnego, fizjologicznego i anatomicznego – ma charakter epigenetyczny, a nie preformistyczny” (Gottlieb, 2002, s. 4). Według Gottlieba wszystkie wzory percepcji i aktywności nie są bezpośrednio obecne w stadiach początkowych rozwoju embrionalnego ani we wczesnych stadiach rozwoju postnatalnego, a pojawiają się dopiero stopniowo, w toku rozwoju pod wpływem działania wielu czynników (za: Brzezińska, 2000, s. 124). Dalej Brzezińska za Gottliebem przypomina Arystotelesowskie pojęcie epigenezy jako procesu rozwoju „ujmowanego jako ciąg przekształceń zachodzących w ciągu życia zarówno na poziomie psychicznym, jak i na poziomie zachowania” (Brzezińska, 2000, s. 124).

Do zasady epigenezy odwołuje się w swojej teorii etapów rozwoju *ego* Erik H. Erikson (1902–1994), który przyjmuje założenie mówiące, że zmiany rozwojowe zachodzące w każdym z ośmiu wyróżnionych przez niego etapów rozwoju *ego* mają znaczenie dla zmian, jakie będą zachodziły we wszystkich następnych stadiach, które tworzą pewną sekwencję, przez którą rozwijająca się jednostka musi przejść w takiej właśnie, a nie innej kolejności (por. Brzezińska, 2000, s. 250). Każdy człowiek rozwija się zatem według podobnego formalnie *planu epigenetycznego*: poszczególne funkcje psychiczne ujawniają się w takiej samej kolejności, a w każdym okresie życia jest to inna funkcja. Erikson (za: Brzezińska, 2000, s. 250) pisze, że zgodnie z przejętą z embriologii zasadą epigenezy, „wszystko, co rośnie, posiada plan podłoża, na bazie tego planu wzrastają części, a każda część ma swój czas szczególnego rozwijania się do momentu, gdy wszystkie części rozwiną się w formę funkcjonującej całości”, przy czym każda część istnieje od początku życia człowieka jako „preforma”, zanim nadejdzie czas jej pełnego ujawnienia się i rozwoju. Innymi słowy, „każda cząstka osobowości człowieka istnieje w jakiejś formie od początku, zanim nadejdzie decydujący i krytyczny dla niej moment” (Brzezińska, 2000, s. 266).

Z kolei Błażej Smykowski (2012, s. 26, przypis 2) przypomina, że w psychologii do zasady epigenezy odwoływał się między innymi Jean Piaget (1896–1980), który wyjaśniał działanie procesów związanych z adaptacją do środowiska, odwołując się do sformułowanej w roku 1942 przez Conrada Waddingtona (1905–1975) wersji epigenezy, nazwanej przez niego *epigenetyką* (*epigenetics*). Połączył on epigenezę z biologią rozwoju a preformizm z genetyką i to połączenie nazwał epigenetyką. Zatem epigenetyka to epigeneza plus

genetyka (por. Van Speybroeck, 2002)³. Powołanie do życia epigenetyki miało rozstrzygnąć trwający jeszcze od czasów Arystotelesa aż do wieku XIX spór między zwolennikami epigenezy i preformizmu. Według tego ostatniego w jajku czy w plemniku mieści się coś w rodzaju homunculusa, czyli wykończonego organizmu zdolnego do życia. We współczesnej psychologii rozwoju człowieka zasada epigenezy ma fundamentalne znaczenie ponadto w teoriach takich psychologów, jak Heinz Werner (1890–1964), Theodore Schneirla (1902–1968) czy Lawrence Kohlberg (1927–1987).

Nie wszystkich jednak przekonuje takie zajmowane powszechnie przez współczesną psychologię rozwojową stanowisko w sprawie rozwoju człowieka. Jednym ze sceptyków jest amerykański psycholog i filozof Richard F. Kitchener, który twierdzi, że skoro epigeneza biologiczna nie przywiązuje żadnej przyczynowej wagi do środowiska, a tacy badacze, jak na przykład wspomniany Piaget kładą na nie nacisk w procesie aktualizacji zaprogramowanego wcześniej w genach potencjału, to uznanie jej przez psychologię rozwojową za swój podstawowy model pojęciowy rozwoju psychicznego człowieka jest nieuzasadnione (Kitchener, 1978). A inny współczesny amerykański psycholog rozwojowy Gary Greenberg (2007), twierdzi, że Gilbert Gottlieb, na którego powołują się psychologowie rozwojowi, traktuje geny nie jako czynniki przyczynowe w powstaniu zachowania, ale jako czynniki partycypujące w jego powstaniu. Dodam do tego, że w psychologii termin *epigeneza* należy uważać za katachrezę, to jest termin biologiczny używany w niewłaściwym znaczeniu.

Arystoteles i epigeneza

Już w swoim traktacie *O rodzeniu się zwierząt* Arystoteles (1993, 733 b–735 a) podejmuje problem, który na długie wieki miał podzielić biologów na dwa obozy: obrońców preformizmu i obrońców epigenezy⁴.

Epigeneza i preformacja to dwie odwieczne propozycje opisu i zgłębienia tajemnicy rozwoju indywidualnej formy organicznej, którym drogę uświetlały takie pytania, jak to, czy pojedynczy organizm bierze początek z nieuformowanego materiału, a forma wyłania się stopniowo po czasie? Czy ten początek jest już wcześniej ustalony, wstępnie preformowany? Są to pytania po części metafizyczne: czym jest to, co istnieje, czyli forma, czy raczej to, co nieuformowane, co stanie się uformowane? Z drugiej strony są to pytania po części epistemologiczne: jak się o tym możemy dowiedzieć: za pośrednictwem obserwacji czy wnioskowania? (por. Maienschein, 2005).

Arystoteles stanął po stronie epigenezy. To, co się rodzi – pisze – rodzi się z trzech powodów: (1) z konieczności z czegoś, (2) przez coś i (3) w coś (Arystoteles, 1993, 733 b–734 a).

To, z czego rodzi się potomstwo, jest oczywiście materią, którą mają w sobie pewne zwierzęta, a którą otrzymują od matki. Są to zwierzęta, które rodzą się z larw lub z jaj.

³ Analizę krytyczną epigenetyki Waddingtona przeprowadzili Carrie Deans i Keith A. Maggert w artykule „What do you mean, ‘epigenetics?’” w *Genetics*, 2015, 199, 4, 887–896.

⁴ Jednym z pierwszych filozofów, którzy nawiązywali do koncepcji preformizmu był Hipokrates (460–370 przed Chr.).

To, co się rodzi przez coś, to inaczej mówiąc, pod czym wpływem powstają poszczególne części zwierząt. Musi to być część całości, która od samego początku znajduje się w nasieniu. A skoro w każdej części organizmu znajduje się część duszy, musi istnieć taka część, w której dusza znajduje się od samego początku.

To, co się rodzi w coś, to innymi słowy odpowiedź na pytanie, jak się tworzą poszczególne części organizmu. Tutaj mamy dwie możliwości: albo poszczególne części, takie jak serce, płuca, wątroba, oko itd., tworzą się *wszystkie bez wyjątku*, albo tworzą się kolejno jedno po drugim (Orfeusz, jak powiada Arystoteles, miał przyrównać rozwój zwierzęcia do plecenia siatki). Już z samej obserwacji – ciągnie Filozof – wynika, że poszczególne części nie powstają wszystkie razem. Niektóre części embrionu można dostrzec już wtedy, kiedy innych jeszcze nie widać. A nie widać ich nie z powodu ich małych rozmiarów, lecz dlatego, że zjawiają się jedna po drugiej. Płuca, choć są większe niż serce, w początkowym stadium rodzenia zjawiają się *po* sercu.

Skoro zatem jedna część organizmu poprzedza drugą, to czy pierwsza tworzy drugą albo inaczej mówiąc, czy powstanie drugiej zależy od powstania pierwszej? A może trzeba powiedzieć po prostu, że *po* pierwszej tworzy się druga? Przecież nie jest tak, że serce raz utworzone tworzy wątrobę, ani też tak, że wątroba z kolei tworzy inną część. Arystoteles nie ma wątpliwości, że wcześniej powstałe organy nie są przyczyną kształtującą organy pojawiające się później (por. Lenartowicz, 2006, s. 474). W rzeczywistości jest tak, że jedna część zaczyna istnieć *po* drugiej, podobnie jak *po* chłopcu następuje mężczyzna. Nie jest zatem prawdą, że jeden organ tworzy drugi organ. I to jest właśnie sens Arystotelesowskiej koncepcji epigenezy, chociaż ten termin nie był mu znany. W tym miejscu Arystoteles implicite kwestionuje pogląd preformistów, ponieważ według nich forma wątroby musiałaby być już zawarta w sercu.

Teraz Arystoteles musi odpowiedzieć na najważniejsze pytanie: co jest przyczyną rodzenia się? Skoro nie jest nią, jak już wiemy, jakakolwiek część organizmu, to musi istnieć jakiś czynnik kształtujący poszczególne części organizmu z jednorodnego początkowo materiału organizmu (por. Lenartowicz, 2006). Dla Arystotelesa tym czynnikiem kształtującym jest *psyché*.

„Termin *psyché*” – pisze Giovanni Reale (2002, s. 202) – „podobnie jak termin *physis*, wyraża jedno z centralnych pojęć świata antycznego i – podobnie jak termin *physis* – nie da się go oddać jednym terminem współczesnym, który mógłby objąć całe pole semantyczne terminu greckiego. *Dusza* jest najmniej nieadekwatnym terminem współczesnym, jako że zachowuje wszystkie podstawowe znaczenia greckiego oryginału, chociaż zatracca cały szereg odcieni, jakich termin grecki stopniowo nabierał w kulturze greckiej. Na dodatek zachodzi obawa, że termin ten u człowieka współczesnego przywołuje na myśl problematykę głównie religijną, podczas gdy w kulturze greckiej *psyché* odgrywa istotną rolę praktycznie *we wszystkich dziedzinach: od metafizyki do filozofii przyrody, od kosmologii do antropologii, od etyki do polityki, od gnozeologii do religii*”. Przemyślenia Arystotelesa zawarte przede wszystkim w traktacie *O duszy* – pisze dalej Reale – „znacznie poszerzają horyzont problematyki *psyché*. Każdą formę życia Arystoteles interpretuje jako efekt działania duszy” (Reale, 2002, s. 204).

Ów czynnik kształtujący czyli *psyché* musiał więc być obecny w jaju (w ciele materialnym) od samego początku jego rozwoju i to właśnie ten czynnik kieruje epigenetycznym stadialnym procesem rozwoju. Obserwowana w rozwoju embrionalnym epigeneza (emergencja) jest – jak pisze Lenartowicz (2006) – zjawiskiem, które od starożytności „wymusza” koncepcję „duszy”. Tym samym Arystoteles ma argument przeciwko tezie preformizmu, istnieje bowiem coś, co tworzy części embrionu, lecz nie jest to część samoistna, ponadto to coś nie jest obecne w nasieniu jako coś doskonałego od samego początku (por. Arystoteles, 1993, 734 b).

Zauważmy od razu, że mówimy o duszy Arystotelesowej, a nie o duszy w rozumieniu biblijnym. Chrześcijaństwo, opierając się na biblijnym opisie powstania człowieka jako istoty żyjącej (patrz: Księga Rodzaju, 2, 7), przyjęło pochodzenie duszy ludzkiej bezpośrednio od Boga. „Każdą formę życia Arystoteles interpretuje jako efekt działania duszy i w konsekwencji wyróżnia: (a) duszę wegetatywną, (b) zmysłową, (c) rozumną. Nadto pojęcie duszy zostaje określone przez odniesienie do nowo wypracowanych pojęć formy, aktu, entelechii, co przynosi bardzo dobre efekty” (Reale, 2002, s. 204).

Spośród tych dusz tylko dusza wegetatywna jest w równej mierze obecna we wszystkich roślinach i zwierzętach (w tym także i u człowieka) (Arystoteles, 1993, 741 a). W embrionie istnieje tylko dusza wegetatywna i istnieje tam potencjalnie (Arystoteles, 1993, 740 b). To właśnie ona jest przyczyną rodzenia. Dopiero w miarę rozwoju embriony uzyskują duszę zmysłową, dzięki której są zwierzętami (Arystoteles, 1993, 736 b). Arystoteles twierdzi, że nie jest możliwe, żeby oprócz duszy wegetatywnej w embrionie istniały obie pozostałe dusze (Arystoteles, 1993, 736 b). Jest tak dlatego, że zasady, które działają fizycznie, nie mogą istnieć bez ciała fizycznego – jak nie można chodzić bez nóg. Owe zasady nie mogą wejść do embrionu od zewnątrz, ponieważ nie jest możliwe, żeby tam weszły same przez się, nie oddzieliwszy się przedtem od fizycznego ciała, nie mogą też wejść za pośrednictwem jakiegoś ciała (Arystoteles, 1993, 736 b)⁵. Nie pozostaje nam zatem nic innego, jak przyjąć – mówi Arystoteles (1993, 736 b) – że „sam tylko rozum (dusza intelektualna) wchodzi do niego od zewnątrz i że on sam jeden jest boski, bo fizyczne działanie nie ma nic wspólnego z działaniem rozumu” (Arystoteles, 1993, 736 b). Ale sam Filozof przyznaje, że odpowiedź na pytanie „kiedy, i jak, i skąd” jestestwa obdarzone duszą rozumną ją uzyskują, jest niesłychanie trudna. I dodaje: „Musimy się starać rozwiązać go [ten problem] w miarę naszych sił, o ile w ogóle można go rozwiązać (por. Arystoteles, 1993, 736 b).

W traktacie *O duszy* Arystoteles uzasadnia przyczynę, dla której nasieniu i embrionowi musi przysługiwać przede wszystkim dusza wegetatywna. Jest ona bowiem pierwszą i najogólniejszą władzą duszy, bo dzięki niej wszystko, co żyje ma życie. Jej zadaniem jest rodzić i przyswajać pokarm, bo przecież najbardziej naturalną funkcją jestestw żyjących, które z jednej strony doszły do pełnej dojrzałości, a nie są okaleczone, z drugiej zaś nie powstają na drodze samoródtwa, jest tworzyć inne jestestwo o podobnej naturze (por. Arystoteles, 1992, ks. II, rozdział 4).

⁵ Arystoteles chce przez to powiedzieć, że nasienie nie jest jeszcze organizmem wyposażonym w organy pełniące różne funkcje. Jest ono dopiero w drodze do takiego stanu (por. przypis 35 Pawła Siwka na s. 146).

Warto jeszcze zauważyć, że Arystoteles nie przyjmuje istnienia duszy przed powstaniem człowieka, ten bowiem powstaje na mocy przyrody (natury) i według działań przyrody (por. Arystoteles, 1992). Należy pamiętać, że myśl grecka „jest przeciwieństwem tego, co <nadprzyrodzone>, swoistego dla przesłania chrześcijańskiego” (Reale, 2002, s. 170).

Stagiryta porusza też problem podtrzymującej wszystko przyczyny we wszechświecie, którą jest Bóg. „Istnieje u wszystkich ludzi” – pisze w swoim traktacie *O świecie* – „bardzo stara, przekazywana z ojca na syna, tradycja, że wszystko, co istnieje, pochodzi od Boga i przez Boga zostało ustanowione, że natomiast nie istnieje nic, co z siebie czerpałoby suwerenność, co byłoby pozbawione tego trwania, które od Boga pochodzi” (Arystoteles, 1990a, 397 b). Bóg, nie mogąc dać jestestwom materialnym, a więc niszczywalnym, istnienia trwałego (wiekuistego), uczynił to, co pozostało jako możliwe, a mianowicie ustanowił nieprzerwany ciąg narodzin, dzięki którym jestestwa, które powstają, przedłużają niejako istnienie tych, które niszczą. To bowiem jest namiastką i „największym przybliżeniem” istnienia wiekuistego (por. Arystoteles, 1990b, s. 420, przypis 128; patrz także: Arystoteles, 1992, 415 a 25–415 b 7). Bóg, o którym mówi tutaj Arystoteles, nie różni się od koncepcji Boga, jaką mieli wszyscy greccy myśliciele, dla których pojęcie Boga było elementem szerszego pojęcia tego, co boskie (*theion*; por. Reale, 2002, s. 39)⁶. Innymi słowy, to, co boskie Grecy zawsze pojmowali jako strukturalną wielość. Z tego właśnie powodu „niektórzy ze starożytnych filozofów skłaniali się do twierdzenia, że wszystkie rzeczy, które ukazują się naszemu wzrokowi, słuchowi czy też innym zmysłom, są pełne bogów” (Arystoteles, 1990a, 397 b). Ich rozumowanie Arystoteles uważa za słuszne, ale tylko w odniesieniu do mocy Boga, nie zaś jego natury (por. Arystoteles, 1990a, 397 b). Inaczej mówiąc, filozofowie, którzy myśleli, że wszystko jest pełne bogów, po części nie mieli racji, po części zaś rozumowali poprawnie. „Nie jest bowiem prawdą, iż wszystko jest pełne bogów, Bóg jest bowiem transcendentny, ale prawdą jest, iż wszystko pełne jest mocy Bożej. W ten sposób wyjaśniona zostaje relacja: Bóg – świat. Bóg jest niematerialny, świat zaś materialny, i dlatego Bóg nie może być we wszechświecie; we wszechświecie jest natomiast moc Boża” (Arystoteles, 1990a, s. 590, przypis 107 Antoniego Paciorka tłumacza tego traktatu).

Na sygnał dany z góry przez Boga, który rządzi światem i którego Arystoteles przyrównuje do przewodnika chóru, poruszają się gwiazdy i całe niebo, w określonym czasie pojawiają się deszcze, wichry, opady rosy i inne jeszcze zjawiska w atmosferze. Tym zjawiskom podporządkowane jest rodzenie się zwierząt, osiągnięcie dojrzałości i ginięcie, a to wszystko zależy także od natury poszczególnego bytu (por. Arystoteles, 1990a, 399 a). Bóg jako Pan i Rodzic wszechrzeczy jest wprawdzie dla śmiertelnych niewidzialny, ale jest widzialny jedynie rozumem i dostrzegalny przez nich w jego dziełach. Podobnie i dusza, chociaż z natury niewidzialna, to jednak jest dostrzegalna w swych dziełach, cały bowiem porządek życia przez nią został wynaleziony, zorganizowany i podtrzymany (por. Arystoteles, 1990a, 399 b). „Zgodna harmonia bytów pochodzących od jednej przyczyny i do jednego celu zmierzających (...) sprawia, iż wszechświat słusznie

⁶ Jak widać, „nasza koncepcja monoteistyczna, wywodząca się z Biblii, jest wyraźną antytezą koncepcji greckiej” (Reale, 2002, s. 39).

nazywa się porządkiem (*kosmos*), nie zaś bezładem (*akosmia*)” (Arystoteles, 1990a, 399 a). „Pojmowanie i odczuwanie świata jako *porządku* z konieczności prowadziło do postulowania jakiegoś porządkodawcy. Dowody istnienia Boga koncentrują się przecież przede wszystkim na pojęciu porządku i celu. Idea, że do tego, aby człowiek uwierzył w istnienie Boga, konieczne jest jakieś objawienie, jest myśli greckiej z gruntu obca” (Reale, 2002, s. 41). Dlatego można, jak uważa Reale (2002, s. 40), wręcz powiedzieć, że „Bóg greckiej filozofii jest Bogiem stwarzającym tylko o tyle, o ile *porządkuje*, a nie o ile udziela bytu. Nadto przeważa w niej idea, że to co boskie tworzy świat z konieczności”. Jest to zrozumiałe, skoro myśl grecka nie doszła do sformułowania nauki o stworzeniu z niczego, a do tego jeszcze, jak zauważa Etienne Gilson (1884 – 1978), „począwszy od II wieku po Chr. ludzie musieli używać greckiej techniki filozoficznej dla wyrażenia myśli, które nigdy nie powstały w głowie żadnego z greckich filozofów” (Gilson, 1982, s. 42). Warte podkreślenia jest jeszcze i to, że Bóg Arystotelesa nie jest stwórcą, nie interesuje się ludźmi i obce są mu losy zarówno poszczególnych ludzi, jak i całych ludów. Ludzie istnieli od zawsze i istnieć będą zawsze (jako że ani świat, ani gatunki istot żywych nie miały początku) (...) pojedynczy człowiek *ujęty w aspekcie indywidualności* okazuje się ostatecznie bez znaczenia. Dopiero rewolucja dokonana przez chrześcijaństwo potrafi należycie docenić człowieka właśnie jako *jednostkę* i będzie umiała wytłumaczyć, co jest prawdziwym źródłem dobra i zła, to znaczy odpowiedzialności moralnej” (Reale, 1996, s. 588).

Święty Augustyn i epigeneza

Skoro według psychologów Arystotelesowska zasada epigenetyzacji leży u podłoża współczesnej psychologii rozwoju człowieka, to w świetle tego, co wyżej o niej powiedziano, nie jest chyba nieuzasadnione pytanie o to, czego z tej koncepcji psychologia nie przejęła za swoje. Mówi się w niej o bliżej nieokreślonym „planie podłoża”, „wewnętrznym planie rozwoju organizmu” czy „planie epigenetycznym”, ale czy się kiedykolwiek dowiemy, kto/co ten plan obmyślił/o i opracował/o? U Harveya (1651, s. 125) jest to „Bóg wszechmogący”, u Arystotelesa *psyché*. Podpowiedź znajdziemy także u św. Augustyna z Hippony (354 – 430), o którym się mówi, że był tym, który w największym stopniu oddziałał na współczesną psychologię (Macnamara, 1999, s. 64), a który także, choć nie *explicite*, miał koncepcję epigenetyzacji.

Psycholog, opracowując stadia rozwoju umysłowego człowieka, klasyfikację czynników jego rozwoju czy modele przebiegu zmiany rozwojowej, poradzi sobie oczywiście bez tych podpowiedzi, ale kiedy przejdzie na poziom samego zjawiska rozwoju, które z założenia ma mieć charakter epigenetyczny, to stanie przed zagadką emergencji (epigenetyzacji) biologicznej, która, jak twierdzi Piotr Lenartowicz (1934–2012), polski jezuita i filozof przyrody, „pozostanie nierozwiązana tak długo, jak długo intelekt biologów i filozofów przyrody będzie bronił się przed uznaniem, że <życie>, w każdej postaci, jest dynamiką ducha, a nie dynamiką materii” (Lenartowicz, 2006, s. 467). Od siebie dodam: „i intelekt psychologów rozwoju człowieka”. Z taką opinią zgodziłby się zapewne i Św. Augustyn, który przed wiekami tak pisał: „[N]iech się strzegą jednak ci, którzy napuszeni znajomością literatury świeckiej, osądzają je [tj. księgi Pisma Świętego] jako niedojrzałe

i nieklasyczne, jak bezskrzydłe płazy pełzające po ziemi i wyśmiewając się z gniazd skrzydlatych ptaków. Niebezpieczniej wszakże błędzą niektórzy słabi bracia, którzy słuchając owych bezbożników (...), słabną i z westchnieniem przedkładają ich i za wielkich uważając, najpożyteczniejsze pisma pobożności z niesmakiem porzucają i, choć z nich rozkosznie powinni czerpać, ledwie znudzeni dotykają, stroniąc od pożywnego chleba, a pożądamy kwiatów głogu” (Komentarz, I, 20(40), s. 129; patrz także: Augustyn, 1994, III, 5, s. 60).

O Św. Augustynie tak w roku 1912 pisał George Sidney Brett (1879–1944), angielskiego pochodzenia psycholog kanadyjski, znany głównie jako autor opublikowanej w latach 1912–1921 pierwszej napisanej w języku angielskim trzypiętomowej historii psychologii: „Według św. Augustyna świat jest stworzony i podtrzymywany przez Boga, który jest sprawcą dobra. Człowiek jako część tego świata jest bytem stworzonym i nasza wiedza o jego naturze jest oparta na opisie jego stworzenia, zawartym w *Księdze Rodzaju*. Wszystko, co Augustyn ma do powiedzenia o fizycznej stronie człowieka, jest oparte na doktrynie objawionej” (Brett, 1912, s. 335; por. Brett, 1969, s. 180).

Swoją teorię kosmogoniczną Święty Augustyn przedstawia w komentarzach do dzieła sześciu dni pod wspólnym tytułem *De Genesi ad litteram libri duodecim* (czyli *Komentarz słowny do Księgi Rodzaju w dwunastu księgach*), które pisał w latach 401–415 oraz w trzech ostatnich księgach *Wyznań* (XI–XIII). Jak wskazuje tytuł Komentarza, „rodzaj opowiadania zastosowany w tych księgach nie jest metaforyczny, jak w *Pieśni nad pieśniami*, ale historyczny, typu: Księgi Królewskie, czy inne tego gatunku. Ponieważ jednak tam jest opowiedziane to, co w życiu ludzkim jest powszednie i dobrze znane, dlatego bez trudności, a nawet bardzo chętnie od samego początku przyjmowano to opowiadanie w dosłownym znaczeniu, a co zatem idzie, odmawiano mu nawet przywileju zapowiadania rzeczy przyszłych przez czyny dokonane. Tu natomiast, ponieważ opisane jest to, czego nie napotyka się przy badaniu zwykłego biegu świata, dlatego wielu nie chce rozumieć tego dosłownie, ale metaforycznie” (Komentarz, VIII, 1(2), s. 253; por. Augustyn, 1979, 50(24), s. 262).

W swojej metafizyce opartej w części na komentarzu do Księgi Rodzaju Augustyn stanął przed następującym problemem egzegetycznym (Komentarz, VII, 28(41), s. 251). Z jednej strony Pismo św. słowami Księgi Rodzaju opisuje proces stworzenia w ciągu sześciu dni⁷ przebiegający zgodnie z ustanowionym przez Boga uporządkowanym łańcuchem przyczynowym, w którym jedno zdarzenie następowało po drugim, na przykład Bóg stworzył z ziemi trawy i drzewa trzeciego dnia, a piątego zwierzęta wodne. Z drugiej zaś strony to samo Pismo św. słowami Księgi Mądrości Syracha oznajmia, że „Ten, co żyje wiecznie, stworzył wszystko bez wyjątku” (Syr 18,1). Jeżeli zatem Bóg stworzył wszystko bez wyjątku czyli wszystko razem i jednocześnie niektóre rzeczy stworzył po innych rzeczach, to tym samym nie wszystko zostało stworzone razem czyli bez wyjątku.

Jak Augustyn rozwiązuje ten dylemat? Zapewnia, że „choć wydają się one ze sobą niezgodne, prawdą jest i jedno, i drugie”, ponieważ Bóg na początku świata rzeczywiście stworzył wszystko bez wyjątku, ale

⁷ U Augustyna „dzień” nie odpowiada naszemu dwudziestoczerogodzinnemu dniowi.

nie stworzył wszystkiego w identycznym stanie. Do stworzeń uformowanych zgodnie z ich naturą od razu, natychmiast i ostatecznie należą aniołowie, dusza człowieka, podstawowe elementy świata, jak ziemia, morze, powietrze, woda, ogień (Komentarz, s. 19–20). Natomiast rośliny, ryby, ptaki, zwierzęta, wreszcie samego człowieka Bóg stworzył w formie „uprzedzających przyczyn”, tak iż to, „co spostrzegamy, że działa i porusza się w odcinkach czasu, by wypełnić to, co odpowiada każdemu gatunkowi, pochodzi z owych zarodków wszczepionych, które na sposób nasion Bóg rozsiał w akcie stworzenia” (Komentarz, IV, 33(51), s. 191). Dla rozwiązania tej pozornej sprzeczności między Księgą Rodzaju i Księgą Syracha Św. Augustyn wypracował koncepcję *rationes seminales* („racje zarodkowe”, „przyczyny załączkowe”, „racje załączkowe”). Dlaczego sprzeczność jest pozorna? Dlatego, że Księga Rodzaju mówi o rzeczywistej formalnej realizacji, natomiast Księga Syracha o stworzeniu w zarodku (por. Copleston, 2000, s. 91).

Wyrażenie *logoi spermatikoi* znali już stoicy, określając nim racje (*logoi*) wszystkich rzeczy, zawarte w jedynym immanentnym Logosie, który jest jakby *zarodkiem* wszystkich rzeczy, lub, lepiej, jest jakby *nasieniem*, które zawiera w sobie *załączki* wszystkich rzeczy (por. Reale, 2002, s. 206). To wyrażenie i odpowiadające mu pojęcie, aczkolwiek w zmienionym rozumieniu, przechodzi do innych szkół⁸. Tę stoicką koncepcję *logoi spermatikoi* spotykamy także u Arystotelesa (1990a, 401 a), kiedy pisze, że pod niezmiennym i harmonijnym kierownictwem Boga „ustanowiony na niebie i ziemi porządek rozdzielony został pomiędzy wszystkie istoty, stosownie do właściwych im załączków, między rośliny i zwierzęta według ich gatunków i rodzajów. (...) Wszystko to rodzi się, osiąga pełnię życia, a potem umiera posłuszne prawu bożemu”.

U Augustyna mamy zatem taki podział dzieł Bożych: (1) należących do tych, które Bóg stworzył wszystkie razem oraz (2) tych, w których Bóg codziennie działa, kiedy człowiek rozwija się w czasie z owych pierwocin, niejako w osłonach zamkniętych (por. Komentarz, VI, 6(9); s. 219). Bóg oczywiście „w stosunku do tych gatunków rzeczy, które pierwotnie stworzył, tworzy wiele innych, których wtedy nie uczynił. (...) zatem całym stworzeniem kieruje przez utajoną własną moc, dzięki czemu przekształca się ono (...) kiedy zieleń się rozwija i wydaje nasiona; kiedy zwierzęta się mnożą i kierowane różnymi upodobaniami prowadzą własne życie, (...) kiedy rozwija się świat, który w pierwotnym stworzeniu wyszedł w stanie niejako załączkowym. To wszystko nie rozwinęłoby się do takiego stanu, gdyby to, co stworzył, pozbawił swych opiekuńczych rządów” (Komentarz, V, 20(41); s. 211–212; por. Augustyn, 2003, s. 875)⁹. Zauważmy, że *rationes seminales* to nie widzialne dla naszych oczu „zarodki” w potocznym rozumieniu słowa, dające się widzieć nasiona rośliny, jak to jest w wypadku na przykład owoców czy zwierząt, lecz niewidzialne nasiona nasion (Augustyn, 1996, s. 130). A jest tak dlatego, że według Księgi Rodzaju ziemia zrodziła rośliny zielone *przed* ich nasionami (Rdz 1, 12). Zatem nasiona powstały z roślin zielonych i traw, a nie rośliny zielone i trawy z nasion. I podobnie

⁸ Tak na przykład franciszkanin Piotr Jan Olivi (1248–1298) Augustyńskim *rationes seminales* nadaje formę potencjalności materii (Pastuszka, 1971, s. 234).

⁹ „Widzę niebo i ziemię. One same wołają, że zostały stworzone. Zmieniają się bowiem i przekształcają. Jeżeli zaś coś istnieje, co nie zostało stworzone, nie ma w tym nic, czego by przedtem w tym nie było; a zmienianie się i przekształcanie właśnie to oznacza: że pojawia się coś, czego przedtem nie było. Niebo i ziemia wołają także, iż nie stworzyły siebie same: <Istniejemy dlatego, że zostałyśmy stworzone. Abyśmy mogły wyłonić się z samych siebie, musiałybyśmy istnieć, nim zaczęłyśmy istnieć>. Samo więc ich oczywiste istnienie jest dowodem tego, że zostały stworzone” (Augustyn, 1994, s. 259).

jest ze wszystkim, co się rozmnaża według swego gatunku. „Stwórcą tych niewidzialnych nasion” – pisze Augustyn (1996, s. 130) – „jest sam Stwórca wszechrzeczy. Wszystkie bowiem byty, które rodząc się ukazują się naszym oczom, mają swój zaczątek w tych niedostrzegalnych nasionkach. Z nich to wywodzi się ich rozwój dochodzący do określonych wymiarów i zróżnicowania kształtów, jak gdyby z jakichś pierwszych wzorców dla praw ich pochodzenia”. Kiedy Augustyn mówi, że „człowiek zaistniał podczas pierwszego stworzenia rzeczy, (...) nie jak dziecko i nie tylko jak dziecko, ale nawet nie jak niemowlę w łonie matki, ani nawet tak, jak nasienie widzialne człowieka”, to tym samym nie twierdzi, że człowieka wcale nie było. On był „niewidzialnie, potencjalnie, przyczynowo, jak powstają rzeczy, które będą, ale jeszcze nie są” (Komentarz, VI, 6 (10); s. 219). Jak z tego wynika, Bóg nie stworzył na początku wszystkich nasion czy jaj w stanie aktu, i dlatego one również potrzebowały *ratio seminalis* (por. Copleston, 2000, s. 92).

W zależności od pojętności ludzkiej słabości – powiada dalej Augustyn – „możemy poznać rzeczy powstające w czasie, jaka jest natura każdej, którą możemy doświadczalnie zbadać; nie wiemy jednak, czy tak będzie w przyszłości. Do natury na przykład młodzieńca należy, że się zestarzeje, ale czy taka jest również wola Boża, nie wiemy. (...) Oczywiście racja starości w ciele młodzieńca jest utajona, tak jak racja młodości w ciele dziecka; bo ani nie dostrzega się oczami dzieciństwa w dziecku, ani młodości w młodzieńcu, ale na podstawie jakiegoś innego wnioskowania dochodzi się do przekonania, że w naturze jest coś ukrytego, dzięki czemu wnioskuje się o istnieniu gotowej nieznannej liczby zarówno młodości w dzieciństwie, jak i starości w młodości. Ukryta jest ta racja, dzięki której tak się dzieje, ale jedynie dla oczu; dla umysłu zaś nie jest ona tajna” (Komentarz, VI, 16(27); s. 227–228)¹⁰.

Rzeczy stworzone – powiada Augustyn – „są w pewnym stopniu dokonane, ponieważ Bóg pierwotnie stworzył je równocześnie stwarzając świat, ale w ten sposób, aby się rozwijały w czasie – w ich bowiem samej naturze nie brakowało niczego, by mogły się rozwijać w czasie; zatem przyczynowo są dokonane. W drugim przypadku są zaczęte, ponieważ niektóre z nich stanowiły jakby jakieś nasiona przyszłych, które z biegiem czasu z ukrycia na jaw miały się pojawić w odpowiednich miejscach” (Komentarz, VI, 11(18); s. 223). Z powodu tych ukrytych sił załączkowych ziemia jest niejako ciężarna przyczynami rozwojowymi; jest rolą, olbrzymią wylegarnią, gęsto obsianą ziarnem, które rozwija się, zdążając do rozrostu i dojrzewania (Komentarz, V, 7(20); s. 203; por. Böhner i Gilson, 1962, s. 198; Augustyn, 1996, s. 133). Św. Augustyn odróżnia stwarzanie lub wytwarzanie od rozwoju, ponieważ główną przyczyną procesów rozwoju jest byt ożywiony, a środowisko warunkując je, stwarza odpowiednie okoliczności, co znaczy, że Augustyn dostrzega współrelację organizmu i środowiska (por. Łukomski, 1971, s. 167).

Rozwój nasiona Augustyn pojmuje epigenetycznie i tym samym argumentuje przeciw preformizmowi (patrz wyżej: Komentarz, VI, 16(27)). Dzieła „zawinięte”, które Bóg powołał do istnienia w jednym momencie jako prazawinięcia obecnego świata organizmów, który rozwija się z biegiem czasu, nie istniały

¹⁰ Rozwój, o którym mówi Augustyn, jest rozwojem zorientowanym, który w kontekście historii jednostki przypomina rozwój ortogenetyczny, a jego wyznacznikami są przede wszystkim owe rationes seminales. Istnieje przyczynowy łańcuch rationes, ponieważ w każdym przejściowym produkcie istnieje ratio produktu nadchodzącego (por. Łukomski, 1971, s. 167 – 168).

w zmniejszonej formie na wzór homunculusa (patrz wyżej: Komentarz, VI, 6(9) oraz 6(10); por. Łukomski, 1971, s. 169). Jeśli przyjąć, jak uważa Augustyn (Komentarz, IV, 33(52), s. 191–192), że Bóg, rzekąc piątego dnia, żeby wody wyrzuciły wszelkie istoty latające według swojego gatunku, stworzył tylko jajka, to wtedy należałoby chyba słusznie powiedzieć, iż „w owej wilgotnej substancji jaj już było zawarte wszystko, co w odpowiedniej ilości dni rozwija się i utrwała na swój sposób, ponieważ już miały miejsce owe rozliczne zarodki w sposób niecielesny ciałom zaszczipione”. W takim razie „dlaczegożby tego słusznie nie można było powiedzieć przed zaistnieniem jaj, kiedy już w wilgotnym elemencie te same zarodki były, dzięki którym ptaki mogły się rodzić w odpowiednim dla każdego gatunku okresie czasu?” (Komentarz, IV, 33(52); s. 192).

Jak więc widać, „gdyby Augustyn znał dzisiejsze teorie rozwojowe, nie byłby względem nich usposobiony życzliwie. Jeżeli ewolucję rozumiemy w sensie przemiany i transformacji rodzajów, to Augustyn odrzuciłby ją, gdyż nie uznawał żadnego innego początku rodzajów, jak tylko akt stwórczy Boga, przez który – jak to Augustyn dosłownie stwierdza – możliwość zostaje skonkretyzowana w formie [Komentarz, IX, 17(32)]. Teorię rozwoju mógłby on najwyżej przyjąć w tym sensie, że stworzone przez Boga ukryte racje załączkowe w różnych czasach wychodzą na jaw” (Böhner i Gilson, 1962, s. 198). Augustyna nie można też byłoby chyba nazwać współczesną nazwą *kreacjonisty* (*creation scientist*), ponieważ nie uznaje on ewolucji w świecie nieorganicznym. Co do ewolucji w świecie ożywionym, Augustyn nie uznaje rozwoju jednego organizmu z drugiego. Inaczej mówiąc, jeden rodzaj organizmów nie zawiera się potencjalnie w drugim (por. Macnamara, 1999, s. 64; por. Łukomski, 1971, s. 167).

Epilog

Czy Augustyna można uznać za protoewolucjonistę? Z całą pewnością nie, o czym świadczy chociażby poniższy fragment: „Ale oczywiście, jeżeli sądzimy, że On jakieś stworzenie obecnie w ten sposób wywodzi, iż jego rodzaj nie mieści się w pierwotnym stworzeniu, to jawnie sprzeciwiamy się Pismu świętemu mówiącemu, że dnia szóstego dopełnił wszystkie swoje dzieła. Oczywistym bowiem jest, że w stosunku do tych gatunków rzeczy, które pierwotnie stworzył, tworzy wiele innych, których wtedy nie uczynił. A nie można wierzyć, że ustanowił nowy gatunek, ponieważ wtedy dopełnił wszystkiego” (Komentarz, V, 20(41), s. 211; por. Woods, 1924). A na innym miejscu powie: „Ukończył je ze względu na zakończenie wszelkich gatunków; zaczął je ze względu na obieg czasów, ażeby ze względu na zakończenie odpoczął i ze względu na zapoczątkowane aż do tej pory działał” (Komentarz, VII, 28(42), s. 251). Augustyn chce zatem przez to powiedzieć, że jabłoń wyda jabłko, a nie gruszkę. A cytowany już tutaj Frederick Copleston (1907–1994), angielski jezuita i wybitny historyk filozofii, pisał: „Św. Augustyn nie zajmował się zasadniczo problemem naukowym, lecz raczej zagadnieniem z dziedziny egzegezy, tak że mija się z celem powoływanie się na niego jako protagonistę czy też przeciwnika ewolucji w sensie teorii Lamarcka lub Darwina” (Copleston, 2000, s. 92).

Bibliografia

- Arystoteles (1990a). O świecie. W: *Arystoteles, Dzieła wszystkie, t. 2* (s. 569–600). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Arystoteles (1990b). O powstawaniu i niszczeniu. W: *Arystoteles, Dzieła wszystkie, t. 2* (s. 339–424). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Arystoteles (1992). O duszy. W: *Arystoteles, Dzieła wszystkie, t. 3* (s. 33–146). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Arystoteles (1993). O rodzeniu się zwierząt. W: *Arystoteles, Dzieła wszystkie, t. 4* (s. 96–247). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Augustyn, Św. (1979). Sprostowania. W: Św. Augustyn, *O nauce chrześcijańskiej. Sprostowania* (s. 181–287). Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Augustyn, Św. (1980). Komentarz słowny do Księgi Rodzaju w dwunastu księgach. W: Św. Augustyn, *Pisma egzegetyczne przeciw manichejczykom* (s. 113–382). Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Augustyn, Św. (1994). *Wyznania*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Augustyn, Św. (1996). *O Trójcy Świętej*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Augustyn Św. (2003). *O Państwie Bożym, t. 2*. Warszawa: Wydawnictwo De Agostini Polska.
- Bednarczyk, A. (2005). Caspar Friedrich Wolff (1734–1794). Koncepcja epigenezy a problem samoródtwa. *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki*, 50(3–4), 59–86.
- Böhner, Ph., Gilson, E. (1962). *Historia filozofii chrześcijańskiej. Od Justyna do Mikołaja Kuzańczyka*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Brett, G. (1912). *A history of psychology, vol. 1, Ancient and Patristic*. Londyn, Wielka Brytania: Allen.
- Brett, G. (1969). *Historia psychologii*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Brzezińska, A. (2000). *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Brzezińska, A., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2008). Psychologia rozwoju człowieka. W: J. Strelau, D. Doliński, (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 95–292). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Copleston, F. (2000). *Historia filozofii, t. 2*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Gilson, E. (1982). *Bóg i filozofia*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Gottlieb, G. (2002). *Individual development and evolution*. Nowy Jork, Stany Zjednoczone: Psychology Press.
- Greenberg, G. (2007). Why psychology is not a biological science: Gilbert Gottlieb and probabilistic epigenesis. *International Journal of Developmental Science*, 1(2), 111–121.
- Harvey, W. (1651). *Exercitationes de generatione animalium. Quibus accedunt quaedam de paru: de membranis ac humoribus uteris & de conceptione*. Londyn, Wielka Brytania: Pulleyn.
- Kant, I. (1986/1799). *Krytyka władzy sądzienia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kitchener, R. F. (1978). Epigenesis: the role of biological models in developmental psychology. *Human Development*, 21(3), 141–160.

- Lenartowicz, P. (2006). Czy istnieją „dusze” roślin i zwierząt, a jeśli tak, to skąd się one biorą? W: R. Darowski (red.). *Philosophiæ & Musicæ* (s. 467–488). Kraków: WAM.
- Łukomski, J. (1971). Augustyna teoria rozwoju organizmów w świetle współczesnego ewolucjonizmu. *Studia Philosophiæ Christianæ ATK*, 7(2), 151–182.
- Macnamara, J. (1999). *Through the rearview mirror. Historical reflections on psychology*. Cambridge, Stany Zjednoczone: MIT Press.
- Maienschein, J. (2005). Epigenesis and preformationism. W: *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Pobrano z: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/epigenesis/>.
- Majer, J. (1849). Uwagi w przedmiocie zasad słownictwa lekarskiego w ogólności, w szczególności zaś w przedmiocie zasad tworzenia i oceniania wyrazów lekarskich polskich. W: *Rocznik Towarzystwa Naukowego z Uniwersytetem Jagiellońskim złączonego* (s. 54–124), zeszyt 1. Kraków: Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pastuszka, J. (1971). *Historia psychologii*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Reale, G. (1996). *Historia filozofii starożytnej, t. 2, Platon i Arystoteles*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Reale, G. (2002). *Historia filozofii starożytnej, t. 5, Słownik, indeksy i bibliografia*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Smykowski, B. (2012). *Psychologia kryzysów w kulturowym rozwoju dzieci i młodzieży*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Van Speybroeck, L. (2002). From epigenesis to epigenetics: The case of C. H. Waddington. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 981, 61–81.
- Woods, H. (1924). *Augustine and evolution. A study in the Saint's De genesi ad litteram and De Trinitate*. Nowy Jork, Stany Zjednoczone: Universal Knowledge Foundation.

CZEŚĆ II

Z BADAŃ NAD RÓŻNICAMI INDYWIDUALNYMI

Katarzyna Awruk

Instytut Psychologii, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

k.awruk@vizja.pl

Biologiczne podstawy somatopercepcji i somatoreprezentacji

Pojęcie somatopercepcji i somatoreprezentacji

Systematyzacja sposobów organizacji danych o ciele wymaga w pierwszej kolejności zaznajomienia się z biologią naszego „ucieleśnionego umysłu”. Jak się wydaje poznanie biologii somatopercepcji i nierozzerwalnie związanej z nią somatoreprezentacji stanowi newralgiczną podstawę jakichkolwiek deliberacji w odniesieniu do ucieleśnienia człowieka.

Dwa wymienione procesy są zatem kluczowe, gdy mowa o „doświadczeniu” własnego ciała. Somatopercepcja rozumiana jest jako proces odpowiadający za postrzeganie ciała, w tym za zapewnienie somatycznej stałości percepcyjnej (Longo, Azañón, Haggard, 2010). W procesie tym kluczowe są: mapowanie informacji z powierzchni ciała, eksteroceptywna percepcja przedmiotów znajdujących się w kontakcie z ciałem oraz interoceptywna percepcja stanu, w jakim znajduje się ciało. Somatoreprezentacja stanowi natomiast poznawczy proces tworzenia wiedzy o ciele oraz postaw dotyczących ciała. To proces obejmujący tworzenie leksykalno-semantycznej wiedzy na temat własnego ciała, jego budowy/ struktury, funkcji, położenia w przestrzeni, a także postawy i emocje względem ciała (Longo i in., 2010). Podobnie oba procesy definiuje Gontarczyk (2012) przez somatopercepcję rozumiejąc proces doznawania/ postrzegania własnego ciała, a przez somatoreprezentację- zestaw modeli wyższego rzędu, zawierający wiedzę, przekonania oraz ustosunkowanie się do ciała.

Bez wiedzy dotyczącej biologicznych podstaw „ucieleśniania” nie sposób pisać o jakichkolwiek rozstrzygnięciach w zakresie tego, co zwykle się w literaturze nazywało umysłową reprezentacją ciała (*body mental representation*). Stąd też ukucie terminu „ucieleśniony umysł” nie jest zabiegiem bezpodstawnym a obrazującym raczej zawłość percypowania własnego ciała - bez „ucieleśnienia” umysłu nie moglibyśmy doświadczać własnego ucieleśnienia. Innymi słowy chcąc dowiedzieć się czegokolwiek o reprezentacji/ reprezentacjach ciała w umyśle należy znaleźć odpowiedź na pytanie/a odnoszące się do „mózgowych” sposobów organizacji informacji o ciele, a więc de facto o sposób w jaki nasz mózg odczuwa własne ciało. Jest to, więc ukłon w stronę książki „*Neuro nauka poznawcza. Jak mózg tworzy umysł?*” (Jaśkowski, 2009), w której autor podjął się żmudnego zadania wyjaśnienia w jaki sposób nasz mózg widzi, filtruje informacje, steruje działaniem, pamięta czy spostrzega inne mózgi. Jak się wydaje droga dla „czucia we własnym ciele” jest równie złożona, by nie rzec pokrętna, angażująca wiele struktur anatomicznych i integrująca dane z wielu modalności.

Konsekwentnie w publikacji tej zaprezentowana zostanie aktualna wiedza nad biologicznymi podstawami somatopercepcji i somatoreprezentacji, wywiedziona z szeregu badań, przeprowadzonych nad osobami zdrowymi, nad pacjentami neurologicznymi (m.in. z hemisomatoagnozą, autotopagnozą, somatoparafrenią zaniedbywaniem jednostronnym czy anosognozą), jak również nad pacjentami psychiatrycznymi (m.in. z dysmorfofobią, anoreksją, bulimią czy napadowym obżarstwem). W ramach tego omówiona zostanie droga czucia somatycznego i czucia równowagi, przedstawione zostaną struktury mózgowe ulegające deterioracji w przebiegu ww. chorób neurologicznych i psychiatrycznych, jak również opisane zostaną ośrodki mózgowe, których aktywację przypisano istnieniu poszczególnych reprezentacji umysłowych ciała. Zatem za główny cel pracy uznać należy uporządkowanie dotychczasowej wiedzy nad biologicznymi podstawami reprezentacji umysłowych ciała.

Nie będzie przesadą stwierdzenie, że „czucie we własnym ciele” jest procesem na tyle złożonym z anatomicznego punktu widzenia, że nie sposób jest go zredukować do jednego ośrodka mózgowego czy też do jednego rodzaju modalności. Stwierdzenie to jawi się jako oczywiste, gdy rozpatrzymy chociażby:

(1) teorię neuronów konwergencyjnych (tj. wrażliwość neuronów na więcej niż jeden typ informacji sensorycznej np. neurony reagujące na dotyk, reagują również na bodźce wzrokowe, przedsionkowe i proprioceptywne; Maas, 1998),

(2) definicję systemów sensorycznych człowieka („[...] zbiory współdziałających i/lub połączonych ze sobą funkcjonalnie narządów zmysłów oraz dynamicznie połączonych ze sobą struktur anatomicznych,” Pąchalska, Kropotov, Kaczmarek, 2014, s.303),

(3) szczególne bogactwo doznań cielesnych doświadczanych przez człowieka w każdej chwili jego życia (Kępiński, 2012).

Jakkolwiek omówienie każdej z dróg: wzrokowej, słuchowej, węchowej itd., stanowiłoby bezzasadne powielanie dostępnych już w literaturze i jednocześnie wyczerpujących opracowań na ten temat (Grabowska, Jaśkowski, Seniów, 2008; Jaśkowski, 2009; Kalat, 2012; Kosslyn, Rosenberg, 2006). Stąd też w ramach niniejszej pracy zdecydowano się skoncentrować na dwóch (propriocepcja, zmysł przedsionkowy) spośród trzech elementów (wzrok, propriocepcja, zmysł przedsionkowy), wskazywanych w literaturze jako kluczowych z punktu widzenia naszej somatopercepcji (Sacks, 2008).

Podstawę biologiczną somatopercepcji człowieka stanowi czucie somatyczne (epikrytyczne i protopatyczne) oraz czucie równowagi. Za czucie somatyczne uznaje się „zdolność odbioru i przetwarzania informacji pochodzących z powierzchni i wnętrza ciała” (Sadowski, 2001, s. 162), obejmujące czucie powierzchniowe (skórne tj. czucie dotyku, czucie termiczne), czucie głębokie/ proprioceptywne (czucie mięśniowe, kinestetyczne, w tym również czucie równowagi), czucie trzewne oraz wykraczające poza funkcjonowanie układów sensorycznych czucie bólu (Sadowski, 2001). Trójneuronową i jednocześnie dwukanałową drogę czucia somatycznego inicjuje pobudzenie przez bodziec/bodźce adekwatnych receptorów czuciowych (mechanoreceptorów, nocyceptorów, proprioceptorów; tabela 1; Pąchalska

i in., 2014), z których to impuls nerwowy przewodzony jest za pomocą części obwodowej komórek rzekomojednobiegunowych do neuronów I rzędu (perykarionów komórek rzekomojednobiegunowych, zlokalizowanych w zwojach rdzeniowych). W zwojach rdzeniowych następuje „przegrupowanie” neurytów, w taki sposób, że część z nich omija istotę szarą rdzenia kręgowego, zapoczątkowując tym samym drogę przyśrodkową (sznur tylny rdzenia związany z systemem proprioceptywno-kinestetycznym (Maas, 1998), a więc odpowiedzialny za czucie epikrytyczne (czucie głębokie, precyzyjne czucie dotyku, ucisku). Drogę tę tworzy następnie przyśrodkowo położony pęczek smukły (włókna nerwowe z segmentów krzyżowych, lędźwiowych i dolnych piersiowych) oraz bocznie położony pęczek klinowaty (włókna nerwowe z górnych części klatki piersiowej oraz kończyny górnej; Moryś, 2008), których to włókna nerwowe kończą się w jądrze smukłym i klinowatym rdzenia przedłużonego. W jądrze smukłym i klinowatym następuje kolejne przekazanie impulsacji nerwowej do neuronów II rzędu, a wychodzące z obu jąder włókna, krzyżując się (skrzyżowanie wstęgi) tworzą wstęgi przyśrodkowe (Narkiewicz, 2005). Ostatnią „stację przełącznikową” dla czucia epikrytycznego stanowi jądro brzuszno-tylno-boczne wzgórza (neurony III rzędu), skąd ostatecznie impuls nerwowy przekazywany jest za pomocą włókien nerwowych (włókna wzgórzowo-korowe/ promienistość czuciowa) do adekwatnych obszarów somatosensorycznych tj. zorganizowanej somatotopowo pierwszorzędowej kory czuciowej (SI; zakręt zaśrodkowy, pola nr 1, 2, 3a, 3b wg podziału cytoarchitektonicznego Brodmanna), drugorzędowej kory czuciowej (SII; pola 40, 41, 43 wg podziału Brodmanna) oraz okolicy asocjacyjno czuciowej (pola 5 i 7b wg Brodmanna).

W przypadku drugiego kanału (szlak przednio-boczny/ droga czucia protopatycznego, odpowiedzialna za nieprecyzyjne czucie dotyku, bólu i temperatury), impulsacja nerwowa przewodzona jest neurytami komórek rzekomojednobiegunowych do istoty szarej rogu tylnego rdzenia kręgowego, gdzie następuje przekazywanie do neuronów II rzędu. Stąd też aksony przechodzą na przeciwną stronę rdzenia kręgowego, gdzie tworzą 3 drogi: drogę rdzeniowo-wzgórzowo-boczną (impulsy czucia bólu i temperatury), drogę rdzeniowo-wzgórzowo-przednią (nieprecyzyjne czucie dotyku) i drogę rdzeniowo-siatkową (czucie bólu; Sadowski, 2001). Drogi te biegną następnie przez pień mózgu (jako wstęga rdzeniowa, niezależna od wstęgi przyśrodkowej) aż do wzgórza (lub tworzą siatkowatego w przypadku drogi rdzeniowo-siatkowej), w którym to następuje przekazanie impulsacji nerwowej do neuronów III rzędu. Ostatnim etapem drogi przednio-bocznej (podobnie jak wstęgi przyśrodkowej) jest dotarcie impulsu nerwowego do odpowiednich ośrodków korowych mózgu. Podobny sposób przebiegu drogi czuciowej można odnotować również dla czucia proprioceptywnego, z tą jednak różnicą, że neurony I rzędowe zlokalizowane są w tym przypadku w jądrze śródmózgowiowym (Moryś, 2008).

Oprócz wspomnianych dróg czucia powierzchniowego i proprioceptywnego, czucie własnego ciała wymaga zaangażowania drogi wzrokowej oraz układu grawitacyjno-przednio-mózdkowego/układu przednio-mózdkowego. Szczególnie ten ostatni, odbierając bodźce z otaczającego środowiska poprzez komórki receptorowe zlokalizowane w narządzie przednio-mózdkowym, proprioceptory oraz narządy wzroku

i słuchu, odpowiedzialny jest za: 1) dostarczanie aktualnych danych o pozycji ciała w przestrzeni, oraz o kierunku i prędkości jego ruchu, 2) utrzymywanie właściwego położenia ciała względem działania siły ciężkości w warunkach statycznych, 3) koordynację ruchów głowy, 4) utrzymanie stabilności obrazu otaczającej przestrzeni podczas ruchu danej osoby i jej otoczenia, dzięki kontroli ruchu gałek ocznych, 5) ocenę zmian prędkości w warunkach dynamicznych czy nieoczekiwanych np. poślizgnięcie się (Moryś, 2008; Sadowski, 2001; Wilczyński, 2011). W większości procesy te, umożliwiające utrzymywanie przez człowieka równowagi statycznej i dynamicznej, przebiegają bez udziału świadomości (kontrolowane są przez mechanizmy odruchowe). W niektórych jednak warunkach mogą być uświadamiane, a więc zawiadywane przez mechanizmy dowolne (np. podczas przeskakowania przez kałużę). Niewątpliwie wysoka specjalizacja funkcjonalna systemu przedsionkowego wydaje się wymagać unifikacji wrażeń płynących z pozostałych systemów sensorycznych (Przyrowski, 2011).

Narząd przedsionkowy stanowią przedsionek, układ trzech kanałów półkolistych/błędnik kinetyczny (część błędnika kostnego, ucho wewnętrzne), oraz woreczek i łagiewka (część błędnika błoniastego, ucho wewnętrzne). Czucie równowagi inicjuje zmiana pozycji rzęsek komórek włoskowatych (tabela 1) powstała w efekcie ruchu śródchłonki (płyn w błędniku błoniastym). Pobudzenie powstałe odpowiednio w komórkach włoskowatych grzebieni bańkowych lub plamkach woreczka i łagiewki przenoszone jest następnie na komórki dwubiegunowe zwoju przedsionkowego, skąd kierowane jest przez część przedsionkową nerwu przedsionkowo-ślimakowego (neurony komórek zwoju przedsionkowego) do przedsionkowego kompleksu jądrowego tj. jąder przedsionkowych: górnego (odbiera impulsację z kanałów półkolistych), przyśrodkowego (interferencja pobudzenia ze wszystkich jąder, tworzy siatkowatego, mózdzku), bocznego (wpływa na napięcie mięśni, pobudza motoneurony prostowników) i dolnego (silna współpraca z mózdzkiem), zlokalizowanych w moście. Oprócz odbioru impulsacji pochodzących z komórek włoskowatych, jądra te wyspecjalizowane są także w odbiorze informacji pochodzących z receptorów mieszczących się w mięśniach i stawach (Przyrowski, 2011).

W jądrach przedsionkowych przebiegają szlaki:

(1) Pęczek podłużny przyśrodkowy- droga przechodząca od kanałów półkolistych, przez jądra przedsionkowe oraz jądra kierujące ruchami gałek ocznych, do kory mózgowej. Szlak ten uczestniczy w procesie utrzymywania stałości obrazu przedmiotu, niezależnie od przemieszczenia głowy oraz za odczuwanie równowagi.

(2) Droga przedsionkowo- rdzeniowo- przyśrodkowa- szlak przebiegający od kanałów półkolistych do ośrodków unerwiających mięśnie karku (odpowiadające za ustawienie pozycji głowy w warunkach przyspieszenia kątownego).

(3) Droga przedsionkowo- rdzeniowa- boczna - szlak przebiegający od kanałów półkolistych przez jądra przedsionkowe boczne do ośrodków rdzeniowych unerwiających mięśnie tułowia i kończyn dolnych (odpowiadających za utrzymywanie postawy ciała).

(4) Szlak przechodzący od łagiewki i kanałów półkolistych przez jądro przedsionkowe dolne do mózdzku i tworzącego siatkowatego. W mózdzku następuje integracja informacji sensorycznych, korekta ruchu w oparciu o informacje zwrotne z kory mózgowej oraz regulacja napięcia mięśniowego oraz postawy (Przyrowski, 2011).

Z anatomicznego punktu widzenia ostatnim etapem drogi aferentnej dla czucia równowagi jest okolica kory somatosensorycznej. Korowa reprezentacja czucia równowagi stanowi jednak mniej rozwinięte przedstawicielstwo, w porównaniu do reprezentacji korowych pozostałych układów sensorycznych (Sadowski, 2001).

Opisane powyżej drogi czucia somatycznego (protopatycznego i epikrytycznego) oraz czucia równowagi stanowią rudymenatny etap procesu somatopercepcji. W dość anachroniczny sposób na kwestię tę zwracał uwagę w XVII wieku sam Kartezjusz, twierdząc, iż „[...] Łatwo sobie przedstawić, jak owe obrazy czy wrażenia zjednoczyć się mogą w tym gruczole za pośrednictwem gazów, które wypełniają jamy mózgu. Nie masz innego miejsca w mózgu, gdzie by tak zjednoczyć się mogły, jak tylko ten gruczoł” (Clark, O'Malley, 1968; za: Walsh, Darby, 2008, s. 24). Z przytoczonego wynika, że w swych prekursorskich poglądach, Kartezjusz doszukiwał się ośrodków mózgowych, odpowiedzialnych za asocjowanie wrażeń wielomodalnych i percypowanie otaczającej rzeczywistości. Współcześnie poglądy te nie uległy deaktualizacji, choć zdeaktualizowało się „mózgowe miejsce” (szyszynka) wspomnianej asocjacji. Błędne przypisanie przez Kartezjusza funkcji asocjacyjnej szyszynce, zostało obecnie zastąpione obszarami nazywanymi w literaturze neuropsychologicznej transmodalnymi epicentrami sieci neuropoznawczych (Mesulam, 2009).

Koncepcja okolic transmodalnych zakłada, że „[...] informacje sensoryczne są poddawane szeroko zakrojonej obróbce kojarzeniowej i modulacji uwagi w trakcie włączania ich w strukturę poznania” (Mesulam, 2009, s. 233). Informacje zmysłowe podlegają, więc coraz głębszej obróbce w miarę oddalania się od obszarów pierwszorzędowych (Jaśkowski, 2009). Proces postępującego przetwarzania informacji sensorycznych (proces odwrotny do procesu przetwarzania sensoryczno-powrotnego) przebiega w ściśle określonym porządku, a zainicjowany zostaje w pierwotnych okolicach sensorycznych. Z pierwotnych okolic sensorycznych, informacja sensoryczna przekazywana jest do jednomodalnych okolic asocjacyjnych: obszarów początkowego oraz późniejszego przetwarzania informacji, a następnie do okolic heteromodalnych/wielomodalnych (tabela 2). W kolejnym etapie postępującego procesu przetwarzania, informacja sensoryczna kierowana jest do okolic paralimbicznych i wreszcie do pięciu podstawowych struktur układu limbicznego: zespołu hipokampa, zespołu ciała migdałowatego, przedgruszkowej kory węchowej, okolicy przegrody oraz istoty bezimiennej (Mesulam, 2009).

W koncepcji postępującego procesu przetwarzania informacji sensorycznej uwidacznia się częściowo nawiązanie do struktury kory mózgowej w ujęciu Łurii, zgodnie z którą korę podzielić można na trzy strefy, zróżnicowane w zakresie poziomu specyfikacji modalnej:

- pierwszorzędowe (pierwszorzędowe okolice projekcyjne/ rzutowe) – neurony aferentnej warstwy IV kory o silnej specyfikacji modalnej (odbiór wrażeń, doznawanie);

Tabela 1. Receptory zaangażowane w czucie somatyczne i czucie równowagi.

Receptory czucia somatycznego				
Receptor	Rodzaj według podziału Sherringtona*	Charakterystyka	Lokalizacja	Przypis
Ciałka Paciniego	Eksteroreceptor	Jedne z największych receptorów czuciowych i jednocześnie najszybciej reagujące spośród wszystkich receptorów naszego ciała; odbierają informacje o sile nacisku zewnętrznego; dostarczają informacji związanych z kurczeniem i rozkurczeniem się ścięgien podczas ruchu; są receptorami wibracji; reagują na przesuwanie palcem po chropowatej powierzchni, umożliwiając ocenę jej gładkości/ szorstkości.	Stawy, ścięgna, ściany narządów wewnętrznych, ściany naczyń krwionośnych, skóra właściwa (derma)	Maas, 1998 Sadowski, 2001
Ciałka Ruffiniego	Eksteroreceptor	Zakończenia nerwowe skóry właściwej, specjalizujące się w wykrywaniu ciepła oraz odbieraniu bodźców dotykowych; wrażliwe na nacisk.	Skóra właściwa	Ashwell, 2013
Koszyczki okołomieszkowe	Eksteroreceptor	Receptory wrażliwe na lekki dotyk i wibrację; reagują na odchylenie włosów np. podczas przesuwania ręką pod głowie „pod włos”.	Mieszki włosowe w skórze owłosionej	Sadowski, 2001
Ciałka Meissnera	Eksteroreceptor	Oslonięte elastyczną tkanką łączną; znaczenie cieńsze w porównaniu do ciała Paciniego; odpowiadają za wzmózoną wrażliwość okolic ciała, w których występują; reagują na lekkie, delikatne bodźce dotykowe; za ich pośrednictwem otrzymuje się informacje o ruchu przedmiotu przesuwającego się po powierzchni skóry; dane pochodzące z ciała Meissnera wykorzystywane są podczas podnoszenia ciężkich przedmiotów.	Zlokalizowane są między naskórkiem (epidermą) a skórą właściwą (dermą); opuszki palców, dłonie, paluchy, podszwy stóp, język, skóra warg, okolice erogenne (sutki, pochwa, penis)	Maas, 1998 Sadowski, 2001
Wolna zakończenia nerwowe	Eksteroreceptor	Niewielkie zakończenia nerwowe występujące w powierzchniowej warstwie skóry właściwej; nie posiadają określonej funkcji; odbierają wrażenia lekkiego dotyku, nacisku, bólu i temperatury; odbierają czucie o charakterze łaskotania i swędzenia.	Naskórek, skóra właściwa	Vigué, 2012 Sadowski, 2001
Ciałko Krausego	Eksteroreceptor	Zakończenia nerwowe skóry właściwej, odbierające bodźce zimna.	Skóra właściwa	Ashwell, 2013
Krażki Merkela	Eksteroreceptor	Receptor wyspecjalizowany w odbiorze bodźców czuciowych (dotyku, nacisku); komórki te mogą tworzyć skupienia uwypuklające naskórek, zwane kopułkami Iggo.	Występują w głębokiej warstwie naskórka, zwłaszczą w opuszkach palców i warg	Sadowski, 2001

Receptory czucia somatycznego

Receptor	Rodzaj według podziału Sherringtona	Charakterystyka	Lokalizacja	Przypis
Receptory mięśniowe i ścięgnowe	Proprioceptor	Receptory wrażliwe na siły rozciągania; służą kontroli drobnych ruchów, jak również są źródłem precyzyjnego odczuwania położenia części ciała.	Wrzeczona mięśniowe (dłonie, stopy, kark) oraz narządy ścięgnowe Golgiego	Sadowski, 2001
Receptory torebek stawowych	Proprioceptor	Małe i wolno adaptujące się receptory, wrażliwe na siły rozciągania, pobudzone w wyniku różnego stopnia zginania kończyny w stawie (najbardziej przy zgięciu maksymalnym i wyprostowaniu); szybko adaptujące się receptory, przekazujące pobudzenie do włókien mielinowych średniego kalibru, pobudzone podczas ruchów kończyny w stawie; wolno adaptujące się receptory; wolne zakończenia nerwowe	Torebki stawowe	Sadowski, 2001

Receptory czucia równowagi

Komórki włoskowate grzebieni bańkowych	Proprioceptor	Reagują na przyspieszenie kątowe/ rotacyjne (zmiany ruchu obrotowego głowy); aktywizowane są przy nagłych zmianach poruszania się.	Bańki błoniaste przewodów/ kanałów półkolistych	Krechowicki, Czerwiński, 2009 Moryś, 2008 Sadowski, 2001
Komórki włoskowate płamek woreczka i łagiewki	Proprioceptor	Reagują na przyspieszenie liniowe (poruszenie się do przodu i tyłu, do góry i do dołu oraz w bok po linii prostej). Receptory łagiewki reagują również na siłę grawitacji, z kolei receptory woreczka – na wibrację.	Woreczek, łagiewka	Maas, 1998 Moryś, 2008 Sylwanowicz, Narkiewicz, 2005

* Sir Charles Edgar Adrian Sherrington (1857-1952) uznawany jest za ojca terminu „pripriocepcja” („szósty zmysł” ciała ludzkiego), jak również za twórcę klasyfikacji receptorów na: 1) eksteroreceptory (receptory wyspecjalizowane w odbiorze wrażeń ze środowiska zewnętrznego); 2) proprioceptory („[...] wyspecjalizowane komórki zlokalizowane w ścięgnach, więzadłach, skórze, mięśniach, odpowiadających za odbieranie wrażeń będących „czystą formą świadomości ruchu i zajmowania przestrzeni” (Jokiel, Romanowski, s. 107); 3) interoreceptory („[...] receptory zlokalizowane w tkankach narządów wewnętrznych ludzkiego organizmu, które odbierają wrażenia z wnętrza naszego organizmu” (Jokiel, Romanowski, 2014, s. 107)).

- drugorzędowe- tworzone przez neurony kojarzeniowe warstwy II i III; odpowiadające za syntezę napływających pobudzeń, a więc za integrowanie w znaczącą całość informacji specyficznych dla poszczególnych modalności;
- trzeciorzędowe- umiejscowione na pograniczu stref drugorzędowych: ciemieniowej (somatosensorycznej), skroniowej (słuchowej) oraz potylicznej (wzrokowej), odpowiadające za integrację informacji pochodzących z różnych modalności, co stanowi o zaniku specyfikacji poszczególnych modalności zmysłowych (Walsh, Darby, 2008).

Dla somatopercepcji (a co za tym idzie somatoreprezentacji) niewątpliwie istotne znaczenie odgrywiają mechanizmy fizjologiczne opisane powyżej. Jakkolwiek, opisana droga czucia protopatycznego i epikrytycznego wraz z okolicami transmodalnymi stanowi jedynie uproszczoną podstawę spostrzegania własnego ciała. Patrząc przez zwykłą analogię do opisanych w literaturze procesów percepcji (Falkowski, Maruszewski, Nęcka, 2008; Maruszewski, 2001), angażujących zarówno procesy dół-góra jak i procesy góra-dół, wydaje się, że i w przypadku percepcji własnego ciała niewątpliwą rolę odgrywiają procesy pamięciowe, procesy emocjonalne jak również istniejące już (a zarazem jednocześnie ustawicznie aktualizowane) schematy/ reprezentacje. Proces somatopercepcji wydaje się więc „rozbudowywać” somatoreprezentacje, z kolei te ostatnie mogą modyfikować sposób percepcji własnego ciała. Jest to, więc zależność dwukierunkowa, stąd tak duża trudność w jednoznacznym odseparowywaniu od siebie procesów somatopercepcji od somatoreprezentacji.

Rola iluzji w wyjaśnianiu organizacji wiedzy o ciele

Interesujących danych nad somatopercepcją człowieka dostarczają również wyniki pochodzące z licznych eksperymentów neuropsychologicznych. Wśród nich do najczęściej przytaczanych w literaturze neuropsychologicznej zaliczyć można badania nad tzw. złudzeniem gumowej ręki (*the rubber hand illusion*). W swojej pierwotnej/ klasycznej wersji eksperyment ten został zaproponowany przez Botwinicka i Cohena (1998) i polegał na jednoczesnej zsynchronizowanej (czasowo i „przestrzennie”) stymulacji uprzednio zasłoniętej własnej dłoni oraz widocznej dla badanego dłoni sztucznej. Celem badania było sprawdzenie efektu rywalizacji percepcyjnej pomiędzy dotykiem i propriocepcją a wzrokiem. Uzyskany wynik w postaci inkorporacji sztucznej ręki do reprezentacji umysłowej ciała (odczuwanie dotyku w gumowej ręce jakby była własną) stanowi o możliwościach przemieszczenia się doznań z własnego ciała na zupełnie zewnętrzny element otaczającej rzeczywistości (Frith, 2011) oraz o dominacji wzroku nad dotykiem i propriocepcją. Obecnie eksperyment ten doczekał się licznych modyfikacji m.in. dokonywano zmiany ułożenia sztucznej ręki (ułożenie pod kątem 90° w stosunku do ręki prawdziwej), zastąpienie ręki sztucznej drewnianym patykiem, umieszczanie „przeciwnej dłoni” (np. gdy stymulowaną prawdziwą dłonią była ręka lewa, to stymulowaną sztuczną- ręka prawa), rodzaj głaskanego palca (wskazujący versus mały), jednoczesne stymulowanie dwóch palców (wskazującego i małego). Z badań tych wynika, że złudzenie to występuje

Tabela 2. Obszary transmodalne zaangażowane w przetwarzanie informacji sensorycznej.

Okolice transmodalne		Lokalizacja
Obszar	Charakterystyka	
Jednomodalne okolice asocjacyjne (początkowe i późniejszego przetwarzania informacji)	<p>Obszary mózgu, spełniające trzy kryteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • drogi projekcyjne dochodzące do obszarów jednomodalnych odchodzą głównie z pierwotnych okolic sensorycznych lub z innych jednomodalnych okolic asocjacyjnych danej modalności zmysłowej; • neurony zlokalizowane w obszarze jednomodalnym reagują na stymulację danej modalności zmysłowej; • uszkodzenie okolicy jednomodalnej prowadzi do behawioralnych deficytów, ograniczonych do zadań w zakresie tej samej modalności zmysłowej. <p>Obszary początkowego przetwarzania informacji sensorycznej oddzielone są od adekwatnych pierwotnych okolic sensorycznych jedną synapsą.</p> <p>Obszary późniejszego przetwarzania informacji sensorycznej oddzielone są od pierwotnych okolic sensorycznych min. dwoma synapsami</p>	Jednomodalna okolica asocjacyjna w odniesieniu do kory somatosensorycznej obejmuje pola: BA5, BA7, BA2.
Heteromodalne okolice asocjacyjne	<p>Obszary mózgu, spełniające trzy kryteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wyspecjalizowane w konwergencyjnym odbiorze informacji z jednomodalnych obszarów więcej niż jednej modalności; • neurony zlokalizowane w obszarze heteromodalnym reagują na stymulację z więcej niż jednej modalności lub na stymulację z jednej modalności (w przypadku ich przemieszania z neuronami, reagującymi na inną modalność); • uszkodzenie okolicy wielomodalnej prowadzi do wielomodalnych deficytów zachowania <p>Pas paralimbiczny tworzy prymitywna, niejednorodna kora podstawowych struktur układu limbicznego.</p>	Dla okolic somatosensorycznych heteromodalna okolica asocjacyjna zlokalizowana jest głównie w tylnej korze ciemieniowej (tylna część BA 7, BA 39-40 (styk skroniowo-ciemieniowy)
Pas paralimbiczny	<p>Pas paralimbiczny tworzy prymitywna, niejednorodna kora podstawowych struktur układu limbicznego.</p>	Pas paralimbiczny tworzą okolice płata skroniowego, wyspa (dno dołu bocznego, BA 35 i 43), kora oczodołowo-czołowa oraz jądro migdałowe.
Układ limbiczny	<p>Układ ten charakteryzuje prymitywna budowa komórkowa oraz liczne połączenia z podwzgórzem.</p>	Pięć podstawowych struktur układu limbicznego: hipokamp, ciało migdałowe, przedgruszkowata kora węchowa, okolica przegrody, istota bezimienna.

Opracowanie własne na podstawie Mesulam (2009).

tylko wtedy, gdy: (1) ręka sztuczna ułożona jest w identyczny sposób jak prawdziwa, (2) ręka sztuczna wyglądem zbliżona jest do prawdziwej, (3) istnieje zgodność „rodzaju” rąk (np. lewa, własna ręka i lewa sztuczna ręka), (4) następuje synchronizacja stymulacji wizualnej i dotykowej. Wykazano również, że pojawienie się złudzenia gumowej ręki wymaga zaangażowania procesów dół-góra, odpowiedzialnych za integrację zsynchronizowanych spostrzeżeń wizualnych i dotykowych (warunek konieczny do pojawienia się zjawiska), oraz procesów góra-dół, zawiadywanych przez schemat ciała (Tsakiris, Haggard, 2005).

Do zmian w samoświadomości cielesnej zaliczyć można również modyfikacje w zakresie percepcji rozmiaru części własnego ciała. Normand, Giannopoulos, Spanlang i Slater (2011) łącząc wirtualną rzeczywistość z zanurzeniem (*immersive virtual reality*) z synchroniczną stymulacją dotykową i motoryczną wzbudzili w swoich badanych poczucie powiększenia się rozmiarów ich własnego brzucha. Przed przystąpieniem do właściwej części eksperymentu 22 badanych, wyposażonych w hełm wideo (*head-mounted display, HMD*) miało za zadanie dopasować za pomocą specjalnie zaprojektowanego drążka, wielkość brzucha awatara (widzianego z własnej perspektywy (*first person perspective*)). Następnie we właściwej części eksperymentu, zadaniem badanych było poruszanie drążkiem w przód i tył, w taki sposób by istniała możliwość dotknięcia nim własnego brzucha. Adekwatny ruch drążka z możliwością dotknięcia nim brzucha badani mogli obserwować u awatara w sposób synchroniczny (bez opóźnienia czasowego) i asynchroniczny (z opóźnieniem czasowym). W ten sposób badani doświadczali jednoczesnej własnej stymulacji wizualnej, motorycznej i dotykowej. Ocenę wystąpienia iluzji oparto na trzech metodach: a) kwestionariuszowej, b) różnicy ocen w oszacowywaniu rozmiarów brzucha przed przystąpieniem do eksperymentu i po nim oraz korelacji uzyskanych z wynikami w punkcie „a” i „b”. Uzyskane wyniki zdają się wskazywać, że synchronizacja stymulacji wielozmysłowej zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się złudzenia, przy czym poczucie powiększenia się brzucha nie przekłada się na jednoczesne, ogólne poczucie ciężkości. Ponadto złudzenie to jest ograniczone tylko do czasu trwania eksperymentu, tak, że po jego zakończeniu całkowicie ustępuje. Uzyskane wyniki (podobnie jak wyniki poprzednich eksperymentów tego typu) tłumaczy się generowaniem konfliktu „zmysłowego”, będącego efektem stymulacji wielozmysłowej i rozwiązywanym na rzecz stymulacji wzrokowej.

Innym złudzeniem cieszącym się coraz większym zainteresowaniem wśród badaczy jest zjawisko eksterioryzacji (zniekształcenie perspektywy wzrokowej i poczucie zlokalizowania poza własnym ciałem z perspektywy uniesionej) (Łukowska, 2014). Złudzenie to występować może m.in. na skutek: zaburzeń integracji informacji wzrokowych z przedsionkowymi, deprivacji sensorycznej, zażywania środków psychoaktywnych, lezji w obszarze styku skroniowo-ciemieniowego (trudność z poprawnym postrzeganiem lokalizacji własnego ciała), u pacjentów z padaczką skroniową, również w przebiegu migreny. Badania nad eksterioryzacją wywodzą się z prac nad manipulacją wzrokową oraz prac Botvinicka i Cohena (1998) nad zjawiskiem gumowej ręki. Obecnie, dzięki skonstruowaniu hełmów do projekcji wirtualnej rzeczywistości

oraz odpowiedniej synchronicznej (z wyświetlanym obrazem) stymulacji dotykowej, istnieje możliwości wzbudzenia stanu zmienionej samoświadomości cielesnej - wrażenia bycia „poza własnym ciałem”.

Podobnie, możliwe jest zaindukowanie złudzenia zamiany ciała (*illusion of body swapping*), w którym to badani doświadczają poczucia, że ich ciało zastąpione zostało ciałem innej osoby lub manekina. Interesująco, w badaniu tym wykazano, że stymulacja dotykowa pojedynczej części ciała (np. brzucha) oraz spostrzeganie otoczenia z własnej perspektywy są warunkami wystraczającymi do pojawienia się owej iluzji. Innymi słowy dowodzi to, że stymulacje pochodzące z pojedynczej części ciała mogą być generalizowane na niestymulowane części ciała. Ponadto dane wzrokowe i dotykowe pochodzące z różnych części ciała są analizowane i interpretowane razem, a więc centralną reprezentację ciała może stanowić mapa połączonych węzłów (*map of connected nodes*), w której kończyny i poszczególne segmenty ciała tworzą zwartą całość. Wydaje się również, że wspomniany proces integracji danych może następować w obszarze kory przedruchowej i tylnej części płata ciemieniowego (Petkova, Ehrsson, 2008).

Korzystając ze zdobyczy wirtualnej rzeczywistości i wprowadzając trzy binarne czynniki (perspektywę z jakiej badany percypował; ruch (synchroniczny vs. asynchroniczny); dotyk (synchroniczny vs. asynchroniczny), Slater, Spanlang, Sanchez-Vives, Blanke (2010) zaprojektowali jeszcze inny eksperyment, w którym 24 mężczyzn zaczęło odczuwać ciało spostrzeganej kobiety jak swoje własne. Każdy z 24 badanych mężczyzn, siedząc został „wprowadzony” do wirtualnej rzeczywistości/sceny (umeblowany pokój z dwoma kobietami- jedną siedzącą i drugą- stojącą obok pierwszej). Sposób doświadczania tej „sceny” zależał od kombinacji binarnych czynników, a więc np. perspektywy spostrzegania sceny (własna, *first person perspective* vs. osób trzecich, *third person perspective*); dotyku odczuwanego na własnym ciele synchronicznie (opcjonalnie asynchroniczny) z postrzeganym dotykiem ramienia siedzącej kobiety; ruchu (poruszanie głową synchronicznie/ asynchronicznie z głową siedzącej kobiety). Ponadto badany widział pokój z różnych płaszczyzn (z podłogi, z sufitu) i był świadkiem spoliczkowania siedzącej kobiety przez kobietę stojącą. Swoje doświadczenia badani relacjonowali za pomocą metody kwestionariuszowej (np. Jak bardzo ciało siedzącej kobiety odczuwałeś jak swoje własne? *How much did you feel that the seated girl's body was your own?*; Kiedy stojąca kobieta uderzyła siedzącą, jak bardzo odczułeś to jako atak na twoje ciało? *When the standing woman hit the seated woman, how much did you feel this as if this was an attack on your body?*) oraz pomiaru tętna. Wyniki, zgodnie z wcześniejszymi wnioskami potwierdziły istotne znaczenie własnej perspektywy postrzegania sytuacji i synchronizacji dotyku dla wytworzenia iluzji inkorporowania obcego ciała do somatoreprezentacji. Wykazały również dominującą rolę procesów dół-góra (integracja danych wzrokowych, dotykowych, przedsionkowych i proprioreceptywnych) w procesie organizacji informacji o ciele.

Opisane powyżej eksperymenty dostarczają wiedzy o dominującym rodzaju informacji i technikach wykorzystywanych przez mózg w procesie organizacji wiedzy o ciele. Rzucają także istotne światło na „omyślność” mózgu, który bazując na ww. metodach i danych potrafi inkorporować do reprezentacji

umysłowych ciała nie tylko przedmioty fizyczne (np. gumową rękę), ale również obiekty wirtualne. Co więcej, wspomniana iluzoryczność dotyczyć może całego ciała, a nie tylko pojedynczych jego części (Slater i in., 2010).

Frith (2011) na podstawie przeglądu prac badawczych wysunął kilka dodatkowych konkluzji dotyczących tego, co mózg mówi nam o naszych ciałach. Przede wszystkim wydaje się, że mózg (choć istotnie połączony z ciałem), przekazuje nam tylko fragmentaryczną (zapośredniczoną) wiedzę o jego stanie i najprawdopodobniej dokonuje wyborów chwilę przed uświadomieniem „nam” tego (np. pojawieniem się chęci zrobienia czegoś). Wnioski te oparto na badaniach, w których zarejestrowano aktywność mózgu chwilę (dokładnie 300 milisekund) przed uświadomieniem sobie przez badanego chęci wykonania ruchu (w tym przypadku podniesienia palca). Zdarza się również, że mózg kontroluje i modyfikuje działania człowieka bez jego wiedzy. Dowodem tego są badania nad złudzeniem Roelofsa, angażującym widzenie dla akcji. Złudzenie to polega na tym, że przesunięcie prostokątnego obramowania przedmiotu w danym kierunku (np. na prawo), wywołuje złudzenie wzrokowe, że przedmiot (punkt znajdujący się wewnątrz ramki) przesuwa się w kierunku przeciwnym (Ciszewski, Wichowicz, Żuk, 2015). Wskazanie ręką przez badanych (osoby zdrowe) położenia wspomnianego punktu, okazywało się (pomimo istnienia złudzenia) prawidłowe.

Rola doznań fantomowych w wyjaśnianiu organizacji wiedzy o ciele

Informacji o somatotopowej organizacji kory somatosensorycznej dostarczają natomiast dane pochodzące od osób, doświadczających doznań fantomowych. Doznania te po raz pierwszy zaobserwował francuski chirurg Ambroise Paré w 1551 roku (Denes, 1998). Jakkolwiek wprowadzenie samego pojęcia „kończyny fantomowej” wraz z jej pierwszym klinicznym rozumieniem przypisuje się Mitchellowi (1871, 1872; za: Ramachandran, Hirstein, 1998). Od czasów Mitchella progresja badań nad doznaniem fantomowymi przyczyniła się do rozszerzenia wiedzy nad neuroplastycznością „dorosłego” mózgu oraz obrazem ciała – konstruktem choć pozornie trwałym i niezmiennym, to jednakowoż jak się wydaje wyłącznie przejściowym („the resurrection of a long-lost phantom in some patients, and its „amputation” in others, suggest that body image, despite all its appearance of durability and permanence, is in fact a purely transitory internal construct, a mere shell that our brain creates temporarily for passing on our genes to the next generation”; Ramachandran, Rogers-Ramachandran, 2000, s. 320).

Doznania fantomowe polegają na poczuciu obecności kończyny pomimo jej braku oraz na odczuwaniu wrażeń (często bólowych (w tym ból stały, napadowy, piekący, palący, kłujący, miazdzący, strzelający, elektryzujący), ale także dotyku, nacisku, temperatury, swędzenia, wibracji, ukłucia, przestrzennej rozciągłości) pochodzących z amputowanej kończyny (Denes, 1998; Graczyk, Krajnik, Malec-Milewska, 2010; Nowakowski, 2010). W większości przypadków (75%) doznania te pojawiają się bezpośrednio po

zabiegu tj. w przeciągu pierwszej doby od amputacji. U pozostałych osób (25%) mogą jednak występować z kilkudniowym lub kilkutygodniowym odroczeniem (Ramachandran, Hirstein, 1998).

Fantomy doświadczane są częściej przez osoby dorosłe (90-98%) niż dzieci (20% dzieci poniżej 2 lat; 25% u dzieci pomiędzy 2 a 4 rokiem; 61% dzieci w wieku od 4- 6 lat; u 75% dzieci pomiędzy 6 a 8 rokiem życia) (Simmel, 1962; za: Ramachandran, Hirstein, 1998). Uznaje się jednak, że tego typu doświadczenia kończyny fantomowej (fantomy poamputacyjne) nie stanowią doświadczeń patologicznych, a są raczej przejawem prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego (Nowakowski, 2010).

Interesujących danych nad doznaniem fantomowymi dostarczają wyniki eksperymentów. W jednym z nich poczucie mrowienia w amputowanej kończynie (w tym przypadku ręce) wywołano delikatnym stymulowaniem (głaskaniem) prawej strony twarzy. W innym badaniu wykazano, że mózgową reprezentacją amputowanego palca wskazującego odpowiada mózgowej reprezentacji policzka (Ramachandran, Rogers-Ramachandran, 2000). Dowodzi to „mózgowego sąsiedztwa” obszarów reprezentujących w korze somatosensorycznej rękę i twarz. Tłumaczy się to także faktem przechwytywania przez ośrodki korowe (reprezentujące pozostałe, nieamputowane części ciała, ale leżące w bliskim sąsiedztwie ośrodków reprezentujących kończynę fantomową) informacji sensorycznych, które powinny trafić do ośrodków reprezentujących utraconą kończynę (Berlucchi, Aglioti, 1997). W ramach badań nad fantomami wykazano również pozytywne korelacje pomiędzy rozmiarem reorganizacji korowej powstałej po amputacji z intensywnością wrażeń fantomowych (Ramachandran, Blakeslee, 1998; za: Gut, 2007). Ponadto interesujących danych dostarczyło porównanie wrażeń fantomowych u osób z wrodzonym niewykształceniem się kończyny oraz osób, u których amputacja nastąpiła już po urodzeniu. Magnetyczna stymulacja odpowiednich fragmentów kory ruchowej wywoływała wrażenie ruchu nieistniejącej dłoni lub jej palców wyłącznie u osób, które straciły kończynę po urodzeniu (Kew i in., 1999; za: Gut, 2007). Wyniki te po części rzucają światło na etiologię fantomów, wzmacniając koncepcję istnienia plastyczności mózgu (Berlucchi, Aglioti, 1997), przejawiającej się w tym przypadku pod postacią rozległej „poamputacyjnej” reorganizacji w korze mózgowej. Reorganizację tę rozumieć można dwojako. Z jednej strony jako stopniowe wyhamowanie wszystkich sygnałów pochodzących z amputowanej kończyny, z drugiej natomiast jako postępujące zmiany w pierwszorzędowej mapie somatosensorycznej (S1; Ramachandran, Hirstein, 1998). Za dowód tej koncepcji świadczyć mogą badania nad zjawiskiem teleskopowym (zjawisko zanikania kończyn fantomowych; poczucie, że amputowana kończyna skraca się i przybliża do kikutu) oraz stopniową utratą kończyny, w których wykazano ustawiczną aktualizację fantomu w umyśle dokonywaną przez układ nerwowy (Graczyk i in.; Nowakowski, 2010).

Koncepcje „reorganizacyjne” nie mają jednak większego przełożenia w wyjaśnianiu fantomów w przypadkach amelii (wady wrodzonej polegającej na całkowitym braku kończyny lub kończyn), czy fokomelii (niedorozwoju lub braku kości długich z obecnością stóp lub dłoni). Również słabo radzą sobie z wyjaśnianiem braku wystąpienia zjawiska teleskopowego u osób, u których zabieg amputacji

przeprowadzono przed wielu laty. W odniesieniu do tych pierwszych doznania fantomowe wyjaśniane są za pomocą koncepcji odnoszących się do istnienia neuronów lustrzanych, dzięki którym możliwe jest doświadczanie ciał innych ludzi, a więc samoświadomość cielesna uzależniona jest od wymiaru intersubiektywnego, rozumianego jako interakcje z innymi ludźmi (Nowakowski, 2010). Z kolei w drugim przypadku Melzack (1992; za: Ingram, 1996) odnosi się do istnienia niezmiennej niezależnie od wszelkich reorganizacji reprezentacji ciała w mózgu. Jego zdaniem istnieją trzy struktury zachowujące neurodopis ciała: dotykowy homunkulus, układ limbiczny oraz płat ciemieniowy. Swoje wnioski dotyczące układu limbicznego jako jednej ze struktur neurodopisu ciała, wysnuł na podstawie analizy wypowiedzi osób z paraplegią (porażeniem dwukończynowym, spowodowanym uszkodzeniem rdzenia kręgowego), w których to doznania fantomowe, opisywane były często za pomocą określeń emocjonalnych typu przyjemne, wyczerpujące itp. Z kolei znaczenie płatów ciemieniowych sprowadzał przede wszystkim do ich funkcji w odróżnianiu w sensie przestrzennym siebie od środowiska zewnętrznego, tworzenia trójwymiarowego odczuwania ciała w przestrzeni oraz ich roli w przebiegu anosognozji. Jak się wydaje zastosowanie koncepcji trójstrukturalnego neurodopisu pozwoliło poradzić sobie z wyjaśnieniem utrzymywania się doznań fantomowych pomimo wyeliminowania wrażeń napływających do neurodopisu.

Znaczenie wybranych zaburzeń psychicznych i neurologicznych w wyjaśnianiu organizacji wiedzy o ciele

Specyficznych informacji nad biologicznymi mechanizmami somatoreprezentacji dostarczają dane dotyczące jednostek nozologicznych, u podstaw, których leży szeroko pojęta deterioracja struktury ośrodków mózgowych. Do zaburzeń tych zaliczyć można m.in. autotopagnozję, hemisomatoagnozję, zaburzenia tożsamości integralności ciała (*body integrity identity disorder*, BIID), zespół Gerstmana, zaburzenie orientacji lewa-prawa oraz pomijanie jednostronne. Zaburzenia te, jako że częściej omawiane w literaturze neurologicznej lub stricte neuropsychologicznej, zdecydowano się na potrzeby niniejszej pracy (w tym również przejrzystości tabeli 3) zakwalifikować do bloku zaburzeń neurologicznych.

Drugi blok stanowią zaburzenia, które zwykle się omawiać/ faworyzować w literaturze stricte psychologicznej/psychiatrycznej i których to uwarunkowania zdają się wykraczać poza dysfunkcję struktur mózgowych (rozważanie znaczenia czynników biopsychospołecznych w ich etiologii). W ramach tej grupy omówione zostaną zaburzenia takie jak anoreksja, bulimia, napadowe obżarstwo oraz dysmorfofobia. Trzecią grupę stanowią zaburzenia uplasowujące się na pograniczu neurologii i psychiatrii. Przykładem takiego zaburzenia jest somatoparafrenia. W przypadku tego zaburzenia trudność klasyfikacyjna zdaje się wynikać ze specyfiki symptomów. Z jednej strony występujące w przebiegu somatoparafrenii uznawanie własnej części ciała jako obcej, należącej do innej osoby zdaje się wskazywać na zniekształcenia w zakresie reprezentacji umysłowych ciała. Z drugiej, występujące w jej przebiegu przekonania o charakterze urojeniowym umiejscawiają ją w obszarze psychiatrii. Wydawać by się mogło, że podobny dylemat ma

Tabela 3. Wybrane zaburzenia świadomości ciała i postrzegania własnego ciała.

Zaburzenia neurologiczne		
Nazwa	Krótki charakterystyka	Uwarunkowania biologiczne
Autotopagnozja (somatotopagnozja)	<p>Autotopagnozja, opisana przez Picka w 1908 roku, uznawana jest za zniekształcenie schematu ciała, przejawiające się w utracie zdolności do nazywania, umiejscawiania lub rozpoznawania konkretnych części ciała. Zaburzenie to polega na trudności umiejscawiania i znajdowania części własnego ciała, przy zachowaniu zdolności do wskazywania różnych części przedmiotów, roślin czy zwierząt. Autotopagnozja może współwystępować w chorobie Alzheimer'a. Autotopagnozja wyjaśniana bywa również w odniesieniu do zniekształceń pojęciowej reprezentacji ciała (conceptual representation), stąd zgodnie z niektórymi koncepcjami może należeć do zaburzeń obrazu ciała (np. de Vignemont, 2007). Autotopagnozja uplasowuje się pomiędzy afazją a asomatotopagnozją</p>	<p>Deterioracja w lewym, tylnym płacie ciemieniowym; uszkodzenie lewej, tylnej części brzozy śródciemieniowej</p>
Hemisomatopagnozja	<p>Zaburzenie polegające na zaprzeczaniu posiadania własnej kończyny ze zróźnicowanym stopniem wglądu (od poczucia braku kończyny przy zachowaniu przekonania o nieprawdziwości tego poczucia aż po urojeniowe przekonanie o nieobecności kończyny bez zachowania sądu realizującego). Osoby z hemisomatopagnozją mogą przekonywać innych, że utraciły swoją kończynę, oskarżać innych o jej zabranie lub nawet szukać jej w różnych miejscach np. pod łożkiem. Hemisomatopagnozja może występować w przebiegu ataków padaczki.</p>	<p>Lezja płata ciemieniowego</p>
Zaburzenie orientacji lewa-prawa	<p>Zaburzenie to polega na myleniu przez osobę, strony lewej i prawej w odniesieniu do wszystkich części ciała. Uznawane za jedno z zaburzeń schematu ciała, które dodatkowo może wiązać się z pogorszeniem zdolności rozumienia języka.</p>	<p>Brak precyzji w zakresie dookreślenia obszarów mózgowych prowadzących do zaburzenia orientacji lewa-prawa. W literaturze wskazuje się na znaczenie dysfunkcji w lewej półkuli.</p>
Zespół Gerstmann	<p>Zaburzenie opisane po raz pierwszy w 1924 roku przez Gerstmann (oburączny pacjent, który na skutek guza w prawym płacie ciemieniowym, utracił zdolność rozpoznawania i nazywania palców własnej dłoni). Zaburzenie to Gerstmann wiązał z zaburzeniem schematu ciała. W latach 1927-1930 zaobserwowano współwystępowanie agnozji palców z zaburzeniem orientacji lewa-prawa, agraafią, akalkulią. Konstelację wspomnianych objawów określono mianem zespołu Gerstmann. Z uwagi na rzadkość występowania „czystej” postaci zespołu (cztery ww. objawy), a częstsze jego współwystępowanie z innymi objawami, istnienie zaburzenia wielokrotnie poddawano w wątpliwość (m.in. Benton).</p>	<p>„Czysta” postać zespołu Gerstmann wiąże się z uszkodzeniem lewego zakrętu kąтового.</p>

Nazwa	Krótka charakterystyka	Uwarunkowania biologiczne	Przypis
Zaburzenia tożsamości integralności ciała (<i>body integrity identity disorder</i>)	<p>Zaburzenie to polega na przejawianej przez jednostkę (często już od dzieciństwa) chęci do usunięcia/amputacji (w precyzyjnie dookreślonym przez osobę miejscu), zdrowej, funkcjonalnej, bez jakichkolwiek defektów (najczęściej lewej) kończyny, nie z powodów natury seksualnej (rozróżnienie od apotemnofilii i akrotomofilii) czy ideologicznej. Kończyna ta choć odczuwana i postrzegana jest w sposób prawidłowy (brak uszkodzeń w korze somatosensorycznej czy wzorkowej), wydaje się nie być włączona w strukturę reprezentacji umysłowej ciała. Stąd amputacja w przypadku tego zaburzenia nie jest rezultatem struktury urojeniowej, a raczej przejawem pragnienia odzyskania właściwej dla jednostki integralności cielesnej. Postuluje się jednak, że wśród reprezentacji umysłowych ciała, zaburzeniu ulega obraz ciała a nie schemat ciała (brak pogorszenie kontroli ruchu). Wśród innych mechanizmów amputacji na „zyczenie” (prócz wspomnianego zaburzenia tożsamości integralności ciała- uzyskanie ciała zgodnego z jego umysłową reprezentacją) wymienia się:</p> <ul style="list-style-type: none"> • apotemnofilii (pobudzenie seksualne na skutek idei amputowania swojej kończyny), akrotomofilią (pociąg do osób po amputacji) - wyjaśnienie to kładzie nacisk na osiągnięcie satysfakcji seksualnej w obecności osoby po amputacji lub też odczuwania pobudzenia seksualnego na samą myśl o amputacji własnej części ciała; • dysmorfofobię- w tym ujęciu amputacja ma na celu pozbycie się zdeformowanej, zniekształconej, mającej w opinii osoby liczne defekty kończyny; • somatoprafrenię- pozbycie się obcej, należącej do kogoś innego części ciała; • ekstremalne modyfikacje ciała. <p>W większości jednak wyjaśnienia te okazują się być niewystarczające (np. odnotowuje się stosunkowo mały odsetek osób cierpiących na dysmorfofobię, którzy jednocześnie pragną amputacji zdrowej kończyny). Z uwagi na rosnące kontrowersje wokół nazewnictwa tego zaburzenia, w literaturze spotkać się można z próbą inkorporowania nazwy ksenomelia (<i>xenomelia</i>) (od gr. słów <i>xeno</i> = obcy i <i>melos</i> = kończyna).</p>	Wrodzona lub rozwojowa dysfunkcja prawego górnego płacika ciemieniowego	Bayne, Levy, 2005; Dudek, 2011; McGeoch, i wsp., 2011

Nazwa	Krótka charakterystyka	Uwarunkowania biologiczne	Przypis
Zespół zaniedbywania połowicznego	<p>Zespół opisany po raz pierwszy w 1876 roku przez Jacksona. Definiowany jako „[...] niepowodzenie w relacjonowaniu, odpowiadaniu lub orientowaniu się ku nowemu i znaczącemu bodźcowi działającemu po stronie przeciwległej do uszkodzenia mózgowego (Heilman i wsp., 1987; za: Domańska, 1999). Innymi słowy osoba dotknięta zaniedbywaniem jednostronnym wydaje się być nieświadoma istnienia przestrzeni osobniczej i/lub pozaosobniczej po stronie przeciwległej do uszkodzonej (części prawej) półkuli. Uszkodzenia prawopółkulowe prowadzą do bardziej dojmujących objawów, rozumianych jako utrzymujące się dłużej i w większym nasileniu. Efekt zaniedbywania może występować jednak również ipsilateralnie w stosunku do uszkodzenia. Kliniczne symptomy mogą obejmować pomijanie jednej strony ciała (zaprzeczanie istnienia jednej strony ciała, ignorowanie jednej strony ciała w trakcie czynności samoobsługowych lub pielęgnacyjnych) lub jednej strony przestrzeni okołosobowej/ odległej/ wyobrażonej (zaniedbywanie jednej strony przestrzeni np. opróżnianie jednej strony talerza, niedostrzeganie osób znajdujących się po stronie, którą osoba pomija, zaniedbywanie połowy przestrzeni w zadaniach kopiowania rysunków), dysleksję, dysgrafię, dyskalkulię, akinezę jednostronną (nieużywanie kończyn pomimo braku ich niedowładu lub paraliżu), nieuwagę sensoryczną, allestazję (pacjent stymulowany dotykowo po stronie pomijanej, deklaruje uczucie dotyku po stronie przeciwnej), bradykinezę (spowolnienie aktywności ruchowej prawej ręki w obrębie lewej przestrzeni), hipometrię (słabe wykorzystanie zaniedbywanej ręki przy czynnościach oburęcznych, utrudniona eksploracja otoczenia (częściej) lewą ręką. W obrazie klinicznym może dodatkowo wystąpić dezorientacja w czasie i przestrzeni, reduplikacja w świadomości faktów, przedmiotów, części ciała, zmiennosc nastroju (w tym apatia, euforia). Pomijanie stronne jest zjawiskiem obejmującym różne modalności i jako takie charakteryzować się może dużą dynamiką symptomatologii w czasie rekonwalescencji.</p>	<p>Uszkodzenie prawego płata ciemieniowego na skutek udaru mózgu lub choroby nowotworowej; uszkodzenie zakrętu nadbrzeżnego i kątownego (płacik ciemieniowy dolny), zakrętu skroniowego górnego; uszkodzenie prawego płata czołowego; uszkodzenie w prawej półkuli ośrodków podkorowych (wzgórze i zwojów podstawy)</p>	<p>Domańska, 1999; Siwik, Osowska, Przepióra-Rusak, 2008; Walsh, Darby, 2008; Wojtan, Wojtan, 2009</p>

Nazwa	Krótką charakterystyka	Uwarunkowania biologiczne	Przypis
Somatoparafrenia	<p>Somatoparafrenia (opisana po raz pierwszy przez Gertsmana w 1942 roku) to rzadkie (do roku 2009 odnotowano 56 przypadków) zaburzenie w doświadczaniu własnego ciała, w którym dominują przekonania o charakterze urojeniowym. Zaburzenie to polega na odczuwaniu własnej kończyny (częściej jest to kończyna górna, lewa, spalizowana) jako obcej, należącej do kogoś innego, a więc nieprzynależącej do reszty ciała. Somatoparafrenia uznawana jest za przejaw poważnych zaburzeń prawopółkulowych reprezentacji ciała (w tym również jako skutek wadliwości integracji wielozmysłowej, powstałych w wyniku uszkodzeń kory przedczołowej, tylnej kory ciemieniowej i ośrodków podkorowych tj. wzgórze, jądro podstawne, wzgórek górny, bardziej niż uszkodzeń w zakresie poszczególnych modalności). Często współwystępuje z anozognozą (brak świadomości występowania u siebie zaburzeń chorobowych) oraz asomatognozą (brak możliwości rozpoznawania przez osobę części własnego ciała i jego stron). W przypadku tej ostatniej, somatoparafrenia bywa uznawana za jej (asomatognozji) skrajny i niezwyczajny podtyp. Somatoparafrenia występuje głównie u osób po wylewach / udarach, z następstwem w postaci hemiplegii (porażenie jednostronne), hemiparezy (niepełny paraliż), zaniedbywania wzrokowo-przestrzennego (visuo-spatial neglect) / pomijania stronnego (personal neglect). Często współwystępuje somatoparafrenii z anozognozą odnosi się do zaburzeń schematu ciała (deterioracja wyspy) - oba zaburzenia traktowane są jako różnicowane przejawy uszkodzenia tej samej reprezentacji umysłowej ciała</p> <p>Jednostki chorobowe o podłożu psychicznym, przejawiające się pod postacią zaburzeń łaknienia. Towarzyszy im obawa przed przytyciem, dążenie do utrzymania szczupłej sylwetki (często) za pomocą środków takich jak ograniczenie ilości spożywanych pokarmów, stosowanie środków przeczyszczających/ moczopędnych, uzależnienie od ćwiczeń fizycznych, prowokowanie wymiotów, oraz wykonywanie lewatywy.</p> <p>Charakteryzuje się trudnością w zakresie utrzymywania wstrzemięźliwości w nadmiernym spożyciu pokarmów. Brak zachowań kompensacyjnych służących zapobieganiu przyrostowi masy ciała istotnie różni je od zaburzenia od żarłoczności psychicznej. Do kryteriów diagnostycznych włączono: spożywanie nadmiernej ilości pokarmu w krótkim czasie (w ciągu 2 godzin), utrata kontroli w trakcie epizodu, aż do wystąpienia nieprzyjemnych objawów gastrycznych, spożywanie dużej ilości pokarmu bez fizjologicznego uczucia głodu, szybkie spożywanie posiłków (często w samotności), poczucie winy oraz wstrętu.</p>	<p>Deterioracja (często na skutek udaru) obszarów podkorowych: prawa część wzgorza, zwoje podstawy mózgu (skorupa, gałka błada), torebka wewnętrzna, prawa tylna część wyspy, zakręt nadbrzeżny, wieniec promienisty, jądro migdałowe; Prawopółkulowe uszkodzenie głównie w obszarze skroniowo-ciemieniowym</p>	<p>Ardila, 2016; Invernizzi i wsp., 2013; Vallar, Ronchi, 2009;</p>
Zaburzenia odżywiania (w tym anoreksja, bulimia)		<p>Zmiany w podwzgórze, prawopółkulowe leże płata czołowego i skroniowego; mniejsza aktywacja płata ciemieniowego</p>	<p>Thurm et al., 2011 Uher, Treasure, 2005;</p>
Zespół napadowego objadania się		<p>Zmiany w korze przedczołowej, wyspie, korze oczodołowo-czołowej, brzusznej i grzbietowej części prążkowania (jądro ogoniaste + skorupa)</p>	<p>Brytek-Matera, 2008; Kessler, Hutson, Herman, Potenza, 2016</p>

Nazwa	Krótka charakterystyka	Uwarunkowania biologiczne	Przypis
Dysmorfofobia (zaburzenie dysmorficzne ciała)	<p>W zaburzeniu tym charakterystyczna jest obecność silnych przekonań (nadmierne zaabsorbowanie) niewielkimi (lub często wyimaginowanymi) defektami w wyglądzie własnego ciała. Przekonania te często prowadzą do poczucia własnej nieatrakcyjności fizycznej/ brzydoty, i jako takie angażują myśli jednostki, wpływając dysfunkcjonalnie na jej życie osobiste, społeczne i zawodowe, tym samym prowadząc do istotnego cierpienia. Z behawioralnego punktu widzenia, zaburzenie to przejawia się pod postacią ustawicznego kontrolowania defektu tj. przeglądanie się w lustrze/ witrynach sklepowych, stosowanie specjalnych ubrań i kosmetyków mających na celu ukryć defekt, korzystanie z zaplecza chirurgii plastycznej (korekta/ usuwanie defektów). Dysmorfofobia przez niektórych badaczy zaliczana jest do spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD) poprzez jej liczne podobieństwa do OCD (w tym zamartwianie defektem opisywane jako obsesyjne, trudno kontrolowalne i wywołujące lęk; zaangażowanie w powtarzane, zajmujące nieraz wiele godzin w ciągu dnia zachowania, społeczne wycofanie, wysokie rozpowszechnienie dysmorfofobii u pacjentów z OCD (7.7%- 15.3%). Oba zaburzenia (tj. dysmorfofobię i OCD) różnicuje jednak często urojeniowa postać dysmorfofobii, w której to obsesje dotyczące swojego wyglądu przybierają postać urojeń. Szacuje się, że zaburzenie to występuje u 1 do 2% populacji ogólnej.</p>	<p>Nieprawidłowości w korze przedczołowej, korze wzrokowej, jądrze ogoniastym, w prawej części jądra migdałowatego, mniejsza objętość kory oczodołowo- czołowej, przedniej kory zakrętu obręczy, większa objętość istoty białej, zwiększona objętość wzgórza</p>	<p>Phillips, 2004; Phillips, Menard, Fay, 2006; Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borckenhagen, Brähler, 2006; Sarwer, Crerand, Magee, 2010;</p>

miejsce w stosunku do hemisomatoagnozji. Jakkolwiek z uwagi na zróżnicowany u pacjentów poziom wglądu – od pełnego (pacjent jest przekonany o nieprawdziwości swojego poczucia braku kończyny) aż po całkowity jego brak, zdecydowano się umieścić hemisomatoagnozję w bloku zaburzeń neurologicznych.

W tabeli 3 przedstawiono krótki przegląd nabytych i/lub wrodzonych zaburzeń związanych ze zniekształceniami w zakresie odczuwania lub postrzegania własnego ciała. Przegląd ten opatrzony został dodatkowo krótką charakterystyką ze wskazaniem uwarunkowań biologicznych, leżących u podstaw każdego z zaburzeń.

Analiza danych pochodzących z literatury przedmiotu i odnoszących się do sposobów organizacji wiedzy o ciele pozwala przypuszczać, że czucie we własnym ciele wymaga zaangażowania różnych szlaków (epikrytyczne, protopatyczne, równowagi, wzrokowe itd.), a tym samym różnych rodzajów danych (prioproceptywne, wzrokowe, dotykowe, słuchowe itp.; Maravita, Spence, Driver, 2003; za: Thurm, Pereira, Fonseca, Cagno, Gama, 2011) oraz aktywizacji różnych ośrodków korowych i podkorowych. Zaprezentowany w tabeli 3 przegląd ośrodków mózgowych ulegających deterioracji/ zmianie w przebiegu różnych jednostek nozologicznych, zdaje się potwierdzać to przypuszczenie. Ważna obserwacja dotyczy także „uprzywilejowanej” roli płata ciemieniowego dla doświadczania własnego ciała. W literaturze wskazuje się na istotne znaczenie upośledzenia funkcji płata ciemieniowego (częściej prawego) dla zaburzeń reprezentacji umysłowych ciała (Walsh, Darby, 2008). Prawidłowość tę dobrze obrazuje również tabela 3 (pogrubiona czcionka).

Tak rozumiany schemat ciała związany jest z aktywizacją obszarów zlokalizowanych w zakręcie nadbrzeżnym i kątowym, w dolnym płacie ciemieniowym oraz z regionami otrzymującymi informacje wzrokowe, słuchowe i przedsionkowe (tj. górny płat ciemieniowy oraz płat skroniowy). Z kolei obraz ciała związany jest ze zwiększoną aktywnością kory przedczołowej, obszarów limbicznych (w tym ciała migdałowatego), kory zakrętu obręczy, oraz prawej kory potyliczno-skroniowej (obszar percepcji wzrokowej).

Przytoczone powyżej wyniki badań rzucają istotne światło na biologiczne podstawy somatopercepcji i somatoreprezentacji, pokazując, że tak jak trudno jest oba te procesy jednoznacznie oddzielić od siebie na poziomie biologicznym, tak trudno jest na poziomie biologicznym dokonać jednoznacznego rozróżnienia pomiędzy schematem ciała a obrazem ciała.

Podsumowując, w pracy tej podjęto się żmudnego zadania uporządkowania dotychczasowej wiedzy z zakresu biologicznych uwarunkowań obrazu ciała. Podyktowane to było faktem braku publikacji, które w sposób wyczerpujący omawiałyby wspomnianą problematykę. Stąd dla jasności wyводу pominięto aspekt uwarunkowań społeczno-kulturowych, gdyż jak się wydaje został on już omówiony w literaturze w dość wyczerpujący sposób.

Bibliografia

- Ardila, A. (2016). Some unusual neuropsychological syndromes: Somatoparaphrenia, akinetopsia, reduplicative paramnesia, autotopagnosia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(5), 456–464.
- Ashwell, K. (2013). *Anatomia. Ilustrowany słownik i repetytorium dla studentów*. Warszawa: Wydawnictwo ARKADY Sp. z o.o.
- Bayne, T., Levy, N. (2005). Amputees by choice: Body integrity identity disorder and the ethics of amputation. *Journal of Applied Philosophy*, 22(1), 75–86.
- Berlucchi, G., Aglioti, S. (1997). The body in the brain: Neural bases of corporeal awareness. *Trends in Neuroscience*, 20(12), 560–564.
- Botvinick, M., Cohen, J. (1998). Rubber hand „feel” touch that eyes see. *Nature*, 391(6669), 756.
- Brytek- Matera, A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin.
- Ciszewski, S., Wichowicz, H.M., Żuk, K. (2015). Postrzeganie fizjologicznych złudzeń wzrokowych przez osoby cierpiące na schizofrenię. *Psychiatra Polska*, 49(2), 325–336.
- David, A. S., Kopelman, M. D. (2009). Neuropsychology in relation to psychiatry. W: A. S. David, S. Fleminger, M. D. Kopelman, S. Lovestone, J. D. C. Mellers (red.), *Lishman's organic psychiatry: A textbook of neuropsychiatry*, 4th ed., (s. 29–102). Oxford, Wielka Brytania: Wiley-Blackwell.
- Denes, G. (1998). Disorders of body awareness and body knowledge. W: G. Denes, L. Pizzamiglio (red.), *Handbook of clinical and experimental neuropsychology* (s. 497–506). Hove, Wielka Brytania: Psychology Press.
- Domańska, Ł. (1999). Ocena pomijania stronnego metodami angażującymi procesy wzrokowe. *Przegląd Psychologiczny*, 42(1-2), 49–56.
- Dudek, M. (2011). „Dopiero po amputacji będę kompletny” - Body Integrity Identity Disorder jako interdyscyplinarne wyzwanie. Zarys problematyki. *Rocznik Kognitywistyczny*, 5, 25–31.
- Gontarczyk, M. (2012). Ciało i cielesność w ujęciu współczesnej neuropsychologii. *Nowiny Lekarskie*, 8(5), 558–563.
- Grabowska, A., Jaśkowski, P., Seniów, J. (2008). Mózgowe mechanizmy funkcji psychicznych i ich zaburzeń z perspektywy neuropsychologii i neuronauki. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki t. 2* (s. 581–643). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Graczyk, M., Krajnik, M., Malec-Milewska, M. (2010). Ból fantomowy - wyzwanie terapeutyczne. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 4(2), 66–73.
- Gut, M. (2007). Zmiany plastyczne w zdrowym i chorym mózgu. *Kosmos Problemy Nauk Biologicznych*, 56(1-2), 63–74.
- Falkowski, A., Maruszewski, T., Nęcka, E. (2008). Procesy poznawcze. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki t. 1* (s. 339–511). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Frith, Ch. (2011). *Od mózgu do umysłu. Jak powstaje nasz wewnętrzny świat*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

- Ingram, Y. (1996). *Płonący dom. Odkrywając tajemnice mózgu*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Invernizzi, P., Gandola, M., Romano, D., Zapparoli, L., Bottini, G., Paulesu, E. (2013). What is mine? Behavioral and anatomical dissociations between somatoparaphrenia and anosognosia for hemiplegia. *Behavioural Neurology*, 26(1-2), 139-150.
- Jaśkowski, P. (2009). *Neuronauka poznawcza. Jak mózg tworzy umysł*. Warszawa: VIZJA PRESS & IT.
- Jokiel, M., & Romanowski, L. (2014). Człowiek w przestrzeni – historia propriocepcji. *Acta Medicorum Polonorum*, 4, 100-108.
- Kalat, J. (2012). *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kessler, R. M., Hutson, P. H., Herman, B. K., Potenza, M. N. (2016). The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 63, 223-238.
- Kępiński, A. (2012). *Lęk*. Warszawa: Wydawnictwo Literackie.
- Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2006). *Psychologia. Mózg. Człowiek. Świat*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Krechowiecki, A., & Czerwiński, F. (2009). *Zarys anatomii człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Longo, M. R., Azañón, E., & Haggard, P. (2010). More than skin deep: Body representation beyond primary somatosensory cortex. *Neuropsychologia*, 48(3), 655-668.
- Łukowska, M. (2014). Poza ciało: różnice indywidualne w podatności na eksterioryzację. *Rocznik Kognitywistyczny*, 7, 31-41.
- Maas, V. F. (1998). *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej dla rodziców i specjalistów*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Maruszewski, T. (2001). *Psychologia poznania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- McGeoch, P. D., Brang, D., Song, T., Lee, R. R., Huang, M., Ramachandran, V. S. (2011). Xenomelia: A new right parietal lobe syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry*, 82(12), 1314-1319.
- Mesulam, M. M. (2009). Od doznania do poznania. W: K. Jodzio (red.), *Neuropsychologia. Współczesne kierunki badań* (s. 233-319). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Moryś, J. (2008). Anatomia czynnościowa ośrodkowego układu nerwowego. W: W. Kozubski, P. Liberski (red.), *Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 15-44). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Narkiewicz, O. (2005). Ośrodkowy układ nerwowy. W: J. Sokołowska-Pituchowa (red.), *Anatomia człowieka. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 704-797). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Normand, J. M., Giannopoulos, E., Spanlang, B., Slater, M. (2011). Multisensory stimulation can induce an illusion of larger belly size in immersive virtual reality. *PLoS One*, 6(1), 1-11.
- Nowakowski, P. (2010). Fantom ciała jako cielesna samoświadomość. *Avant*, 1(1), 225-246.
- Pąchalska, M., Kropotov, J. D., Kaczmarek, B. L. J. (2014). *Neuropsychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Petkova, V. I., Ehrsson, H. H. (2008). If I were you: Perceptual illusion of body swapping. *PLoS One*, 3(12), 1-9.

- Phillips, K. A. (2004). Body dysmorphic disorder: Recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry*, 3(1), 12-17.
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40(7), 317-324.
- Przyrowski, Z. (2011). *Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii*. Warszawa: EMPIS.
- Ramachandran, V. S., Hirstein, W. (1998). The perception of Phantom limbs. The D.O. Hebb lecture. *Brain*, 121, 1603-1630.
- Ramachandran, V. S., Rogers-Ramachandran, D. (2000). Phantom limbs and neural plasticity. *Archives of Neurology*, 57, 317-320.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*, 36(6), 877-885.
- Sacks, O. (2008). *Mężczyzna, który pomylił żonę z kapeluszem*. Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka.
- Sadowski, B. (2001). *Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sarwer, D. B., Crerand, C. E., Magee, L. (2010). Body dysmorphic disorder in patients who seek appearance-enhancing medical treatments. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 22(4), 445-453.
- Siwik, P., Osowska, A., Przepióra- Rusak, I. (2008). Wpływ występowania zespołu zaniedbywania jednostronnego na wczesną rehabilitację pacjentów po udarze mózgu. *Polish Annals of Medicine*, 15(1), 43-50.
- Slater, M., Spanlang, B., Sanchez- Vives, M. V., Blanke, O. (2010). First person experience of body transfer in virtual reality. *PLoS One*, 5(5), 1-9.
- Sylwanowicz, W., Narkiewicz, O. (2005). Gruczoły dokrewne związane z ośrodkowym układem nerwowym. W: J. Sokołowska- Pituchowa (red.), *Anatomia człowieka. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 851-866). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Thurm, B. E., Pereira, E. S., Fonseca, C. C., Cagno, M. J. S., Gama, E. F. (2011). Neuroanatomical aspects of the body awareness. *Journal of Morphological Sciences*, 28(4), 296-299.
- Tsakiris, M., Haggard, P. (2005). The rubber hand illusion revised: Visuotactile integration and self-attribution. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 31(1), 80-91.
- Uher, R., Treasure, J. (2005). Brain lesion and eating disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76(6), 852-857.
- Vallar, G., Ronchi, R. (2009). Somatoparaphrenia: A body delusion. A review of the neuropsychological literature. *Experimental Brain Research*, 192, 533-551.
- Vigué, J. (2012). *Atlas budowy ludzkiego ciała*. Ożarów Mazowiecki: Firma Księgarska Olesiejuk Spółka z o.o. S.K.A.
- Walsh, K., Darby, D. (2008). *Neuropsychologia kliniczna Walsha*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wilczyński, J. (2011). Posturologia - nauka o postawie ciała człowieka. *Studia Medyczne*, 23(3), 7-17.
- Wojtan, A., Wojtan, S. (2009). Charakterystyka zespołu zaniedbywania połowicznego; specyfika opieki pielęgniarskiej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 17(2), 132-138.

Katarzyna Martowska¹, Joanna Piekarska²

¹ Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego

k.martowska@uksw.edu.pl

² Instytut Psychologii, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

j.piekarska@vizja.pl

Inteligencja emocjonalna a płęć psychologiczna

Wprowadzenie

Różnice indywidualne w zakresie inteligencji emocjonalnej są przedmiotem licznych badań, które zostały zapoczątkowane blisko ćwierć wieku temu. Inteligencja emocjonalna bywa rozumiana jako zbiór zdolności, kompetencji, cech osobowości czy cech charakteru (por. Bar-On, 1997; Goleman, 1995; Mayer, Caruso, Salovey, 2000; Petrides, Furnham, 2001). Bywa szacowana za pomocą kwestionariuszy i testów, zarówno jednowymiarowych (dających jeden wskaźnik), jak i wielowymiarowych (wiele wskaźników). Ze względu na niejednakowe rozumienie inteligencji emocjonalnej i zróżnicowanie sposobu jej pomiaru, otrzymuje się wyniki, które mogą dotyczyć tej samej lub zupełnie innej dyspozycji, która jednakowoż bywa określana mianem inteligencji emocjonalnej.

Argumentem przemawiającym za tym, że inteligencja emocjonalna mierzona za pomocą testów i kwestionariuszy nie jest tą samą dyspozycją, są korelacje między miarami testowymi a kwestionariuszowymi, które są na ogół albo niskie, zwłaszcza jeśli kontroluje się wpływ czynników osobowościowych (Austin, 2004; Brackett, Mayer, 2003; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner, Salovey, 2006; Ciarrochi, Chan, Bajgar, 2001; Gohm, Clore, 2002; Warwick, Nettlebeck, 2004; Zeidner, Shani-Zinovich, Matthews, Roberts, 2005) albo nieistotne (Austin, 2005; Davies, Stankov, Roberts, 1998; Livingstone, Day, 2005; Matczak, Piekarska, Studniarek, 2005). Wyniki te mogą świadczyć o tym, że istotnie testy i kwestionariusze nie mierzą tej samej zmiennej. Testy mierzą zdolności emocjonalne, które warunkują zachowania maksymalne (*maximal performance*), kwestionariusze zaś pozwalają na ocenę umiejętności emocjonalnych, czyli takich dyspozycji, które dotyczą zachowań typowych (*typical performance*; Ackerman, 1994; por. Matczak, 2008). Wydaje się zatem, że warto analizować różnice indywidualne w zakresie inteligencji emocjonalnej oddzielnie dla miar testowych i kwestionariuszowych.

Szczególnie interesującym przejawem tych różnic jest odmiennosc wyników kobiet i mężczyzn w testach i kwestionariuszach inteligencji emocjonalnej. Na ogół przypisuje się wyższą inteligencję emocjonalną kobietom niż mężczyznom. Sądzi się, że są bardziej emocjonalne, mają większe zdolności do rozpoznawania i wyrażania emocji, a ich ekspresja emocji jest bardziej czytelna dla otoczenia (por. Hargie, Saunders, Dickson, 1995; Lafferty, 2004; Robinson, Johnson, 1997; Schaffer, 2000; Tapia, Marsh II, 2006; Trobst, Collins, Embree, 1994).

Najwięcej danych dotyczących różnic międzypłciowych pochodzi z badań prowadzonych przy użyciu kwestionariuszy samoopisowych: Nicoli Schutte i współpracowników (Schutte Self-Report Inventory EIS, SEI, SREIT, SSRI, INTE; Schutte i in., 1998), Bar-Ona (Bar-On Emotional Quotient Inventory EQ-i, Bar-On, 1997), Saloveya i współpracowników (Trait-Meta Mood Scale TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, Palfai, 1995) oraz testów Mayera, Caruso i Saloveya (Multifactor Emotional Intelligence Test MEIS; Mayer, Caruso, Salovey, 1999) Mayera, Saloveya i Caruso (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test MSCEIT; Mayer, Salovey, Caruso, 2002). Wyniki badań dotyczące różnic międzypłciowych przeprowadzane przy użyciu kwestionariusza Nicoli Schutte i współpracowników nie są jednoznaczne. Na ogół kobiety otrzymują wyższe wyniki niż mężczyźni (Austin, 2005; Austin, Evans, Goldwater, Potter, 2005; Charbonneau, Nicol, 2002; Ciarrochi i in., 2001; Guastello, Guastello, 2003; Saklofske, Austin, Minski, 2002; Van Rooy, Alonso, Viswesvaran, 2005), choć przytaczane są również dane, które wskazują na wyższe wyniki mężczyzn niż kobiet (Brackett i in., 2006). W literaturze przytacza się również badania, w których nie stwierdzono różnic międzypłciowych (Brackett, Mayer, 2003; Chan, 2004; Guastello, Guastello, 2003) lub znalezione różnice na korzyść kobiet lub mężczyzn dotyczyły tylko niektórych czynników w kwestionariuszu. Kobiety uzyskiwały wyższe wyniki niż mężczyźni w czynnikach Umiejętności społeczne (Petrides, Furnham, 2000; Saklofske i in., 2002) oraz Ocena emocji (Saklofske i in., 2002). Mężczyźni uzyskiwali wyższe wyniki w czynniku Wykorzystanie emocji (Saklofske i in., 2002).

Równie niejednoznaczne wyniki otrzymuje się, gdy inteligencję emocjonalną szacuje się przy użyciu kwestionariusza Bar-Ona. W wielu badaniach nie stwierdza się różnic między kobietami i mężczyznami. Dotyczy to zarówno wyniku ogólnego (Brackett, Mayer, 2003; Dawda, Hart, 2000; Derksen, Kramer, Katzko, 2002), jak i wyników w poszczególnych skalach (Dawda, Hart, 2000). Jednak są również i takie badania, w których wyższe wyniki uzyskują kobiety niż mężczyźni; dotyczy to zarówno wyniku ogólnego (Harrod, Scheer, 2005; Parker, Taylor, Bagby, 2001; Parker, Hogan, Eastabrook, Oke, Wood, 2006), jak i wyników w skali Interpersonalnej (Austin, Farrelly, Black, Moore, 2007; Parker i in., 2001; Parker i in., 2006) oraz podskali: Odpowiedzialność społeczna (Dawda, Hart, 2000). W niektórych badaniach odnotowuje się również przewagę mężczyzn, co zwłaszcza dotyczy podskal Niezależność i Optymizm (zob. np. Dawda, Hart, 2000).

Podobne wyniki otrzymuje się, gdy do pomiaru inteligencji emocjonalnej stosuje się Trait-Meta Mood Scale Saloveya i współpracowników. W literaturze można znaleźć zarówno dane świadczące o braku różnic międzypłciowych we wszystkich trzech skalach Zwracanie uwagi na emocje, Wyrazistość emocji, Regulacja emocji (Fernandez-Berrocal, Extremera, Ramos, 2004), jak też dane wskazujące na to, że kobiety otrzymują wyższe wyniki niż mężczyźni w skali: Zwracanie uwagi na emocje (Amelang, Steinmayr, 2006; Bastian, Burns, Nettelbeck, 2005) i Jasność w odróżnianiu uczuć, a niższe wyniki niż mężczyźni w skali Regulacja emocji (Amelang, Steinmayr, 2006).

Nieco czytelniejszy obraz różnic międzypłciowych otrzymuje się przy stosowaniu testów. W przypadku testów Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS) oraz Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence

Test (MSCEIT) kobiety otrzymują wyższe wyniki niż mężczyźni (Bracket, Mayer, 2003; Brackett, Mayer, Warner, 2004; Day, Carroll, 2004; Mayer i in., 1999; Palmer, Gignac, Manocha, Stough, 2005; Trinidad, Unger, Chou, Azen, Johnson, 2004; Trinidad, Unger, Chou, Johnson, 2004; Yip, Martin, 2005; Zeidner i in., 2005). Niekiedy uzyskują one wyższe wyniki tylko w niektórych skalach – np. Postrzeganie emocji (Kafetsios, 2004) lub Zarządzenie emocjami (Lyons, Schneider, 2005).

Interesujące są również prace, w których analizuje się różnice międzypłciowe stosując zarówno kwestionariusze, jak i testy. Z badań wynika, że na ogół kobiety uzyskują niższe wyniki w kwestionariuszach samoopisowych (self-report) niż w testach wykonaniowych (performance test; Brackett, Mayer, 2003; Brackett i in., 2006; Petrides, Furnham, 2000). Odwrotnie jest u mężczyzn, którzy uzyskują wyższe wyniki w kwestionariuszach, a niższe w testach. Może to świadczyć o tym, że kobiety mają tendencję do niedoceniań swoich kompetencji i umiejętności emocjonalnych, podczas gdy mężczyźni mogą je przeceniać.

Gdyby uznać, że to testy, a nie kwestionariusze, mierzą inteligencję emocjonalną (zdolności emocjonalne), to obraz różnic międzypłciowych wydaje się jasny – kobiety mają wyższą inteligencję emocjonalną niż mężczyźni. Pewne dane mogą przemawiać za biologicznym podłożem tych różnic; świadczą o tym wyniki badań, w których stwierdzono różnice w budowie mózgu męskiego i żeńskiego. Mózgi mężczyzn w porównaniu z mózgiami kobiet charakteryzują się silniejszą lateralizacją; ośrodki związane m.in. z emocjami i mową są w nich inaczej zorganizowane. Niewątpliwie różnice międzypłciowe w zakresie zdolności emocjonalnych mogą też wynikać z budowy ciała modelowego, która jest odmienna u obu płci (Baron-Cohen, 2003, 2005; Gur, Gunning-Dixon, Bilker, Gur, 2002; Kimura, 1992; Moir, Jessel, 1991).

Nie ulega jednak wątpliwości, że różnice międzypłciowe w zakresie zdolności emocjonalnych mogą także wynikać z odmiennego traktowania dzieci przez dorosłych w zależności od płci, jak też zależeć od treningu społecznego, który często jest inny w przypadku dziewcząt i chłopców. W badaniach prowadzonych techniką „niemowlę X” udowodniono, że zachowanie tego samego dziecka jest odmiennie interpretowane w zależności od przekonania otoczenia o jego płci fizycznej. Płaczącemu niemowlęciu, które przez otoczenie jest uważane za dziewczynkę, na ogół przypisuje się strach. Natomiast jeśli otoczenie przekonane jest, że płaczące niemowlę to chłopiec, częściej przypisuje mu się złość (Condry, Condry, 1976). Z badań wynika także, że dorośli częściej akceptują okazywanie smutku i strachu przez dziewczynki, a złości przez chłopców (Casey, Fuller, 1994; Eisenberg, Fabes, Murphy, 1996). Dorośli stosują inny sposób komunikacji w zależności od jego dziecka – z dziewczętami rozmawiają w sposób łagodny, a z chłopcami bardziej asertywnie. W kontaktach z dziewczętami rodzice częściej używają słów dotyczących emocji, wyrażają więcej emocji, a także częściej rozmawiają o emocjach niż w przypadku kontaktów z chłopcami (Fagot, Hagan, Leinbach, Kronsberg, 1985; Fivush, Brotman, Buckner, Goodman, 2000).

W procesie kształtowania się zdolności emocjonalnych nie bez znaczenia pozostają stereotypy płciowe. Dzieci od najmłodszych lat są uczone zachowań, które są uważane za typowe dla danej płci w danej kulturze. Dzieci, w zależności od płci, są zachęcane do podejmowania odmiennych form aktywności

zabawowej, wyznacza się im innego rodzaju obowiązki domowe, przekazuje wiedzę na temat dziewczęcych i chłopięcych strojów, zainteresowań i zachowań właściwych „dla dziewcząt” i „dla chłopców”. Tym samym dzieci wrastają w kulturę, która jest bardzo silnie nacechowana polaryzacją rodzajów (Bem, 1981; Frable, 1989; Jodl, Malanchuk, Eccles, Sameroff, 2001; Serbin, Poulin-Dubois, Colburne, Sen, Eichstedt, 2001). Zarazem w każdej kulturze znane są przypadki osób, które zachowują się w sposób niezgodny ze stereotypem własnej płci, i to już w okresie wczesnego dzieciństwa (Zucker, 1985), a w konsekwencji podejmują aktywność bardziej typową dla osób o płci odmiennej.

Nasuwa się pytanie, czy płeć psychologiczna różnicuje poziom inteligencji emocjonalnej. Płeć psychologiczna to spontaniczna gotowość do posługiwania się wymiarem płci w odniesieniu do siebie i świata (por. Bem, 1981). Może to wpływać na rodzaj spostrzeganych u siebie cech i rzeczywisty sposób zachowania. Płeć psychologiczna jest rozumiana jako niezależna od płci fizycznej, co oznacza, że jednostka niezależnie od płci fizycznej może w różnym stopniu przypisywać sobie cechy psychiczne uważane za typowe dla kobiet i/lub mężczyzn w danej kulturze. Bem (1974) wyróżnia cztery typy płci psychologicznej: osoby stypizowane płciowo (*sex-typed*), które cechują się cechami psychicznymi odpowiadającymi ich płci biologicznej (kobięce kobiety, mężczy mężczyźni), osoby androgyniczne, które odznaczają się w dużym stopniu zarówno cechami kobiecymi, jak i męskimi, osoby krzyżowo stypizowane płciowo (*cross-sex-typed, sex reversed*), które charakteryzują się cechami psychicznymi typowymi dla płci przeciwnej niż ich płeć biologiczna (kobięcy mężczyźni, męskie kobiety) oraz osoby niestypizowane płciowo (*undifferentiated*), które w niewielkim stopniu identyfikują się z cechami kobiecymi i męskimi.

Według teorii schematów płciowych (Bem, Lewis, 1975) ludzie w różnym stopniu kształtują poznawczy schemat własnej płci wykorzystując społeczne stereotypy płciowe. Osoby o typowej płci psychologicznej mają silnie rozwinięty schemat płci – kształtują obraz własnej osoby oraz regulują swoje zachowanie spójnie z kulturową definicją kobiecości i męskości. Osoby niestypizowane płciowo kształtują swoją tożsamość płciową poza schematem płci, gdyż standardy kulturowe nie są dla nich ważne (Bem, 1974). Jeśli chodzi o osoby androgyniczne zdania są podzielone. Bem (1974) uważa, że androgynicy są aschematyczni, a Markus (1977) sądzi, że są schematyczni i w kształtowaniu swojej tożsamości kierują się zarówno stereotypami dotyczącymi kobiecości, jak i męskości.

Przyczyn różnic między ludźmi w zakresie płci psychologicznej badacze upatrują głównie w czynnikach natury socjalizacyjnej (Chaplin, Cole, Zahn-Waxler, 2005; Fivush, 1998; Jodl i in., 2001). Jednak dane z zakresu genetyki przemawiają za tym, że predyspozycje do kobiecości i męskości są wrodzone (Kimura, 1992). Hormony działające w okresie prenatalnym wpływają na rozwój mózgu płodu, a w konsekwencji prowadzą do odmiennych preferencji wobec określonych ról płciowych. Aby wytworzyć męską strukturę mózgu, potrzebne jest działanie androgenów w okresie pierwszych sześciu tygodni od zapłodnienia (Moir, Jessel, 1991). Niedostateczna ilość tych hormonów powoduje zachowanie kobiecego schematu mózgu w ciele mężczyzny. Jeżeli płód jest genetycznie żeński, podstawowy schemat mózgu nie ulega zmianie.

Jeśli jednak zostanie poddany działaniu hormonów męskich (np., w sytuacji, gdy gruczoły nadnerczy matki lub płodu nie funkcjonują prawidłowo lub gdy do organizmu matki w trakcie ciąży dostaje się przypadkowo substancja, która działa na płód jak androgen), wówczas w ciele kobiety rozwija się schemat mózgu męskiego (Hines, Kaufman, 1994). W przypadku męskich dziewczynek zauważono, że czynniki genetyczne odgrywają istotną rolę w kształtowaniu tożsamości płciowej (Knafo, Iervolino, Plomin, 2005). Badania w grupie młodych kobiet wykazały dodatni związek między wynikami w skali męskości w Bem Sex Role Inventory (BSRI) a poziomem testosteronu (Deady, Law Smith, Sharp, Al-Dujaili, 2006). Z kolei w badaniach młodych mężczyzn ujawniła się ujemna korelacja między ich wynikami w skali kobiecości w BSRI a poziomem testosteronu (Law Smith, Deady, Sharp, Al-Dujaili, 2013).

Podsumowując można sądzić, że płeć psychologiczna jednostki może być wynikiem zarówno uwarunkowań biologicznych, jak i socjalizacyjnych. Jest jednak możliwe, że cechy związane z płcią (*sex-typical traits*) są silniej kształtowane w procesie wczesnej socjalizacji, a płeć psychologiczna krzyżowo stypizowana (*opposite-sex*) może być w mniejszym stopniu wynikiem socjalizacji, a w większym stopniu uwarunkowana biologicznie (Law Smith, i in., 2013).

Choć temat dotyczący związku między inteligencją emocjonalną a płcią psychologiczną wydaje się interesujący, niewiele jest badań, w których zajmowano by się tą problematyką. W badaniach Guastello i Guastello (2003) okazało się, że zarówno męskość, jak i kobiecość (mierzona BSRI) są istotnymi predyktorami inteligencji emocjonalnej mierzonej w sposób kwestionariuszowy (Schutte i in., 1998). Również w badaniach Loganathan i Krishnan (2010) ujawnił się dodatni związek między kwestionariuszowo mierzoną inteligencją emocjonalną (EIQ; Wong i Law, 2002) a kobiecością ($r = 0,53; p < 0,05$) i męskością ($r = 0,63; p < 0,05$). Jednocześnie wyniki wykazały, że najniższe wyniki w kwestionariuszu inteligencji emocjonalnej otrzymały osoby niestypizowane. Z kolei w badaniach Conwaya (2000), który badał związki między płcią psychologiczną a emocjonalną świadomością (przy użyciu Levels of Emotional Awareness Scale, LEAS; Lane, Schwartz, 1987) okazało się, że męskość była ujemnie skorelowana z wynikami w LEAS, natomiast kobiecość nie wykazała związku z LEAS. Te nieliczne badania sugerują, że stwierdzane związki między płcią psychologiczną a inteligencją emocjonalną mogą zależeć od metody pomiaru inteligencji emocjonalnej.

W prezentowanym badaniu postanowiono sprawdzić, czy istnieją związane z płcią psychologiczną różnice w zakresie inteligencji emocjonalnej, szacowanej przy użyciu testów wykonaniowych. Przyjęty w niniejszej pracy sposób rozumienia inteligencji emocjonalnej jest najbliższy koncepcji Mayera i Saloveya (por. Mayer i in., 1999), którzy inteligencję emocjonalną określają jako zbiór zdolności do przetwarzania informacji afektywnych i ich wykorzystywania w celach adaptacyjnych. Zdaniem autorów, inteligencja emocjonalna obejmuje cztery grupy zdolności: zdolności do percepcji i wyrażania emocji, zdolności emocjonalne wspomagające myślenie, zdolności do rozumienia i analizowania emocji oraz wykorzystywania wiedzy emocjonalnej oraz zdolności do świadomej regulacji emocjonalnej (Mayer, Salovey, Caruso, 2004). Choć autorzy podkreślają zdolnościowy charakter koncepcji, można mieć wątpliwości, czy wszystkie wyróżnione

w ich modelu komponenty rzeczywistości mają taki charakter. Z jednej strony można sądzić, że do pojęcia zostały włączone czysto poznawcze zdolności związane z przyswajaniem i przetwarzaniem wiedzy emocjonalnej, z drugiej zaś wydaje się, że zdolności emocjonalne wspomagające myślenie oraz zdolności do świadomej regulacji emocjonalnej są raczej kompetencjami, czyli umiejętnościami wykorzystywania wiedzy w celach adaptacyjnych (Martowska, 2012). W prezentowanym badaniu postanowiono skoncentrować się na dwóch zdolnościach emocjonalnych będących komponentami inteligencji emocjonalnej w ujęciu Mayera i Saloveya (1997), tj. zdolności do rozpoznawania emocji innych ludzi na podstawie ekspresji mimicznej oraz zdolności do rozumienia emocji.

Biorąc pod uwagę fakt, że kobiety częściej niż mężczyźni uzyskują wyższe wyniki w testach inteligencji emocjonalnej, można oczekiwać, że posługiwanie się kategoriami dotyczącymi kobiecości będzie sprzyjało nabywaniu zdolności emocjonalnych, które zgodnie ze stereotypem płci mogą być traktowane jako bardziej kobiece. Postawiono następujące hipotezy:

1. Istnieje związek między zdolnością do rozpoznawania emocji innych ludzi na podstawie ekspresji mimicznej i zdolnością do rozumienia emocji a kobiecością i męskością. Zdolności te są dodatnio związane z kobiecością, a ujemnie z męskością.

2. Istnieją różnice w zakresie zdolności do rozpoznawania emocji innych ludzi na podstawie ekspresji mimicznej i zdolności do rozumienia emocji między osobami różniącymi się płcią psychologiczną. Zdolności te u osób o kobiecej i androgenicznej płci psychologicznej będą wyższe niż u osób z pozostałych dwóch grup.

Metoda

Osoby badane. W badaniu uczestniczyło 487 osób dorosłych w wieku 18-46 lat ($M_{\text{wieku}} = 23,21$, $SD = 3,79$), w tym 297 kobiet ($M_{\text{wieku}} = 22,86$, $SD = 3,76$) i 190 mężczyzn ($M_{\text{wieku}} = 23,74$, $SD = 3,79$). Większość osób badanych była studentami różnych kierunków (77.2%). Wśród badanych były zarówno osoby pracujące ($N = 156$; 32%), jak i niepracujące ($N = 251$; 51,5%). Informacji o zatrudnieniu nie uzyskano od 80 badanych.

Narzędzia

Skala Inteligencji Emocjonalnej – Twarze (SIE-T; Matczak i in., 2005) została zastosowana do pomiaru zdolności rozpoznawania emocji innych ludzi na podstawie ekspresji mimicznej. Test składa się z 18 fotografii twarzy (zarówno kobiety jak i mężczyzny), przedstawiających różne, złożone stany emocjonalne. Do każdej fotografii jest przypisanych 6 nazw emocji. Osoba badana ma za zadanie ocenić, czy każda z podanych emocji jest widoczna czy też nie jest widoczna na twarzy, poprzez zaznaczenie jednej z odpowiedzi „wyraża”, „nie wyraża”, „trudno powiedzieć”. Liczba punktów możliwa do uzyskania w teście SIE-T waha się w granicach 0-108 pkt.

Test Rozumienia Emocji (TRE; Matczak i Piekarska, 2011) wykorzystano do pomiaru zdolności rozumienia emocji. Test składa się z 5 części. Każda z nich poprzedzona jest instrukcją i składa się z 6

pozycji. W części 1 badani mają za zadanie ułożyć podane emocje w kolejności od najsłabszej do najsilniejszej. W pozostałych częściach badani wybierają jedną z podanych odpowiedzi. W części 2 badani wybierają emocję, która jest przeciwieństwem wskazanej emocji. W części 3 wskazują emocję, będącą nieodzownym elementem wskazanej emocji złożonej. W części 4 określają emocję, która z największym prawdopodobieństwem pojawi się w przedstawionej sytuacji. W części 5 badani oceniają, jakie muszą być spełnione warunki, aby w opisanej sytuacji wystąpiła podana emocja. Liczba punktów możliwa do uzyskania w teście TRE waha się w granicach 0-30 pkt.

Kwestionariusz Płci Psychologicznej (IPP; Kuczyńska, 2012) zastosowano do oceny płci psychologicznej. Kwestionariusz składa się z 35 pozycji, z których 15 obejmuje cechy stereotypowo kobiece (tworzące skalę Kobiecości), a 15 cech stereotypowo męskie (składające się na skalę Męskości). Pozostałe pozycje są buforowe i nie wchodzi do żadnej ze skal. Zadaniem osoby badanej jest ocena na 5-stopniowej skali, na ile każda z podanych cech ją opisuje. Wyniki oblicza się oddzielnie w skalach Kobiecości i Męskości. Następnie na podstawie wyników uzyskanych na tych skalach można ocenić płeć psychologiczną osoby badanej.

Procedura badania

Badanie przeprowadzono grupowo lub indywidualnie. Badanych poinformowano, że badanie dotyczy związku między zdolnościami emocjonalnymi a płcią psychologiczną. Ustnie przekazano instrukcję dotyczącą udzielania odpowiedzi na pytania zawarte we wszystkich zastosowanych narzędziach. Poproszono badanych, aby również samodzielnie zapoznali się z instrukcjami zamieszczonymi w zeszytach testowych. Czas badania nie był ograniczany. Badanie było anonimowe. Zgodę na badanie uzyskiwano ustnie. Badanych poinformowano o przysługującym im prawie do rezygnacji z udziału w badaniu na każdym etapie jego trwania, bez konieczności podawania przyczyny i bez ponoszenia z tego tytułu jakichkolwiek konsekwencji.

Wyniki

Analizy wstępne. W tabeli 1 przedstawiono statystyki opisowe badanych zmiennych w całej próbie. Porównano wyniki uzyskane przez kobiety i mężczyzn. Istotność różnic oszacowano testem *U* Manna-Whitneya (tabela 2). Kobiety uzyskały wyższe wyniki niż mężczyźni w testach mierzących zdolności emocjonalne (rozpoznawanie emocji i rozumienie emocji) oraz w skali Kobiecości. Natomiast mężczyźni uzyskali wyższe wyniki w skali Męskości.

W ramach analiz wstępnych sprawdzono także, czy istnieje związek między zdolnością rozpoznawania i rozumienia emocji. Współczynnik korelacji rho Spearmana między tymi zdolnościami emocjonalnymi wyniósł: w całej badanej próbie 0,37 ($p < 0,001$), w grupie kobiet 0,35 ($p < 0,001$), a w grupie mężczyzn 0,27 ($p < 0,001$).

Płeć psychologiczna a zdolności emocjonalne. W celu weryfikacji hipotezy 1 obliczono współczynniki korelacji rho Spearmana między miarami zdolności emocjonalnych a wynikami w skalach Kobiecości i Męskości (tabela 3). W całej próbie otrzymano niskie, ujemne korelacje między zdolnościami

Tabela 1. Statystyki opisowe dla zdolności emocjonalnych, skal Kobiecości i Męskości w całej próbie.

Zmienna	N	M	SD	Me
Rozpoznawanie emocji	484	76,00	9,54	78,00
Rozumienie emocji	486	18,63	4,29	19,00
Kobiecość	486	54,80	7,60	55,00
Męskość	486	50,54	8,70	51,00

N = liczba badanych, M = średnia, SD = odchylenie standardowe, Me = mediana.

Tabela 2. Porównanie wyników kobiet i mężczyzn w miarach zdolności emocjonalnych oraz w skalach Kobiecości i Męskości.

Zmienna	Kobiety			Mężczyźni			U
	N	M	SD	N	M	SD	
Rozpoznawanie emocji	295	77,76	8,83	189	73,25	9,97	20539,00***
Rozumienie emocji	296	19,45	4,26	190	17,35	4,03	19856,00***
Kobiecość	296	56,78	6,98	190	51,73	7,53	16967,00***
Męskość	296	49,09	8,31	190	52,78	8,85	20863,50***

*** $p < 0,001$.

emocjonalnymi (rozpoznawanie emocji i rozumienie emocji) a męskością. Nie wystąpił natomiast związek między zdolnościami emocjonalnymi a kobiecością.

Współczynniki korelacji obliczone oddzielnie w grupach kobiet i mężczyzn wskazują, że relacje między zmiennymi zaobserwowane w całej badanej próbie są efektem związków istniejących jedynie w grupie kobiet. W grupie kobiet zdolność rozpoznawania emocji była słabo, ujemnie związana zarówno z kobiecością, jak i męskością, a zdolność rozumienia emocji słabo i ujemnie korelowała jedynie z męskością. Natomiast w grupie mężczyzn zdolności emocjonalne nie były związane ani z kobiecością, ani z męskością.

W celu weryfikacji hipotezy 2 przeprowadzono dwie jednoczynnikowe analizy wariancji (ANOVA). Ponieważ istotne korelacje między zdolnościami emocjonalnymi a kobiecością i męskością wystąpiły jedynie w grupie kobiet, w analizach uwzględniono płeć biologiczną badanych. Jako zmienne zależne wprowadzono zdolności emocjonalne (oddzielnie rozpoznawanie emocji i rozumienie emocji), a jako zmienną niezależną płeć psychologiczną (kobięce kobiety, kobiece mężczyźni, męskie kobiety, męscy mężczyźni, androgyniczne kobiety, androgyniczni mężczyźni, niestypizowane płciowo kobiety, niestypizowani płciowo mężczyźni). Płeć psychologiczna została określona na podstawie median w skalach Kobiecości i Męskości w badanej próbie. Do grupy o kobiecej płci psychologicznej zaliczono osoby, które w skali Kobiecości uzyskały wyniki wyższe lub równe medianie, a w skali Męskości wyniki poniżej mediany. Do grupy o męskiej płci psychologicznej włączono osoby, które w skali Męskości uzyskały wyniki równe lub wyższe od mediany, a w skali Kobiecości wyniki niższe od mediany. Osoby uznane za androgyniczne w obu skalach (Kobiecości i Męskości) otrzymały wyniki równe lub wyższe od mediany. Natomiast osoby,

Tabela 3. Współczynniki korelacji rho Spearmana między zdolnościami emocjonalnymi a skalą Kobiecości i Męskości.

Zmienna	Cała próba N = 482 ¹		Kobiety N = 293 ¹		Mężczyźni N = 189 ¹	
	Kobiecość	Męskość	Kobiecość	Męskość	Kobiecość	Męskość
Rozpoznawanie emocji	-0,02	-0,15**	-0,14*	-0,15*	-0,04	-0,02
Rozumienie emocji	0,02	-0,17**	-0,09	-0,18**	-0,07	0,03

¹ – braki danych wyłączono z analizy obserwacjami.

** $p < 0,01$.

* $p < 0,05$.

które zarówno w skali Męskości, jak i w skali Kobiecości otrzymały wyniki poniżej mediany, zaliczone zostały do grupy osób o niestypizowanej płci psychologicznej.

Uzyskane wyniki wskazały, że płć psychologiczna różnicuje badanych pod względem poziomu zdolności rozpoznawania emocji, $F(7, 475) = 4,766 p < 0,001$, oraz zdolności rozumienia emocji, $F(7, 477) = 5,486 p < 0,001$. W tabeli 4 przedstawiono wyniki w testach zdolności emocjonalnych osób różniących się płcią psychologiczną.

Tabela 4. Zdolności emocjonalne osób różniących się płcią psychologiczną.

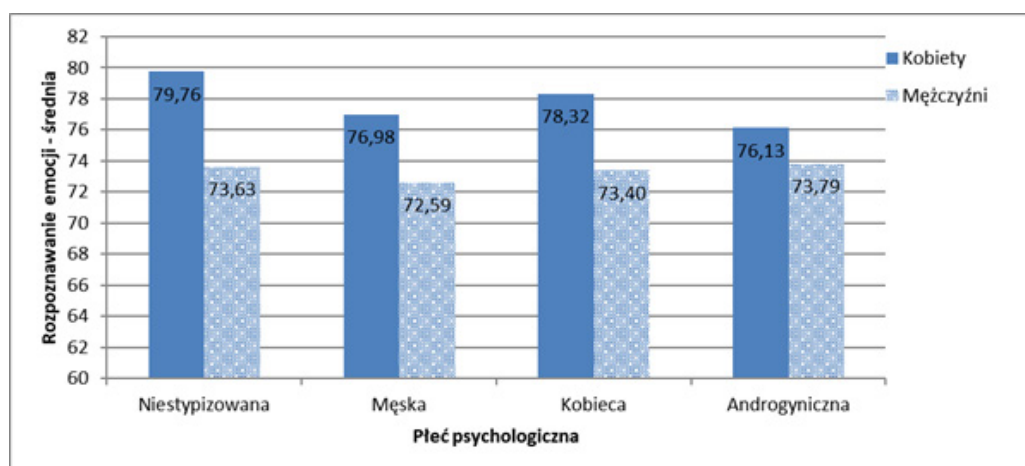
Płć psychologiczna	Rozpoznawanie emocji			Rozumienie emocji		
	N	M	SD	N	M	SD
Niestypizowane kobiety (NK)	54	79,76	8,99	53	20,34	4,62
Niestypizowani mężczyźni (NM)	46	73,63	9,56	46	17,02	4,86
Męskie kobiety (MK)	46	76,98	9,09	46	18,91	3,64
Męscy mężczyźni (MM)	71	72,59	10,44	71	17,51	3,97
Kobiece kobiety (KK)	111	78,32	8,14	113	19,73	4,06
Kobięcy mężczyźni (KM)	25	73,40	11,27	25	18,56	3,03
Androgyniczne kobiety (AK)	83	76,13	9,34	83	18,83	4,54
Androgyniczni mężczyźni (AM)	47	73,79	9,15	48	16,81	3,66

Test post hoc NIR wskazał, że płć psychologiczna nie różnicuje kobiet pod względem zdolności rozpoznawania emocji za wyjątkiem kobiet niestypizowanych płciowo i androgynicznych – niestypizowane płciowo kobiety mają większą zdolność rozpoznawania emocji niż androgyniczne kobiety. Płć psychologiczna nie różnicuje mężczyzn w zakresie zdolności rozpoznawania emocji. Różnice wystąpiły między kobietami i mężczyznami różniącymi się płcią psychologiczną. Kobiety niestypizowane płciowo i kobiece mają większą zdolność rozpoznawania emocji aniżeli mężczyźni niezależnie od płci psychologicznej. Kobięty męskie i androgyniczne charakteryzują się wyższą zdolnością rozpoznawania emocji w porównaniu z męskimi mężczyznami (wykres 1). Tabela 5 prezentuje poziom istotności zaobserwowanych różnic.

Test post hoc NIR wskazał, że płć psychologiczna nie różnicuje kobiet pod względem zdolności rozumienia emocji za wyjątkiem kobiet niestypizowanych płciowo i androgynicznych – kobiety niestypizowane płciowo mają większą zdolność rozumienia emocji niż kobiety androgyniczne. Mężczyźni

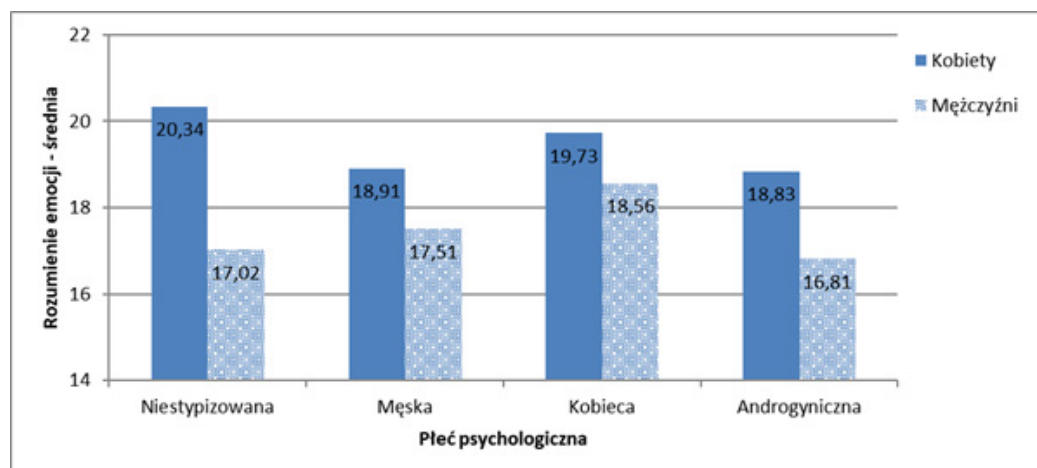
Tabela 5. Różnice w poziomie zdolności rozpoznawanie emocji u osób różniących się płcią psychologiczną.

Różnica	Poziom istotności	Różnica	Poziom istotności
NK > AK	$p < 0,05$	KK > NM	$p < 0,01$
NK > NM	$p < 0,001$	KK > MM	$p < 0,001$
NK > MM	$p < 0,001$	KK > KM	$p < 0,05$
NK > KM	$p < 0,01$	KK > AM	$p < 0,01$
NK > AM	$p < 0,001$	AK > MM	$p < 0,05$
MK > MM	$p < 0,05$		



Wykres 1. Płeć psychologiczna a zdolność rozpoznawania emocji.

niezależnie od płci psychologicznej nie różnią się istotnie zdolnością rozumienia emocji. Kobiety niestypizowane płciowo, kobiece i androgyniczne mają wyższy poziom zdolności rozumienia emocji aniżeli mężczyźni niestypizowani płciowo, męscy i androgyniczni. Ponadto męskie kobiety lepiej rozumieją emocje niż mężczyźni niestypizowani płciowo i androgyniczni. Natomiast kobiece mężczyźni nie różnią się istotnie poziomem zdolności rozumienia emocji od kobiet niezależnie od ich płci psychologicznej (wykres 2). W tabeli 6 przedstawiono poziom istotności zaobserwowanych różnic.



Wykres 2. Płeć psychologiczna a zdolność rozumienia emocji.

Tabela 6. Różnice w poziomie zdolności rozumienia emocji u osób różniących się płcią psychologiczną.

Różnica	Poziom istotności	Różnica	Poziom istotności
NK > AK	$p < 0,05$	KK > AM	$p < 0,001$
NK > NM	$p < 0,001$	AK > NM	$p < 0,05$
NK > MM	$p < 0,001$	AK > MM	$p < 0,05$
NK > AM	$p < 0,001$	AM > AM	$p < 0,01$
KK > NM	$p < 0,001$	MK > NM	$p < 0,05$
KK > MM	$p < 0,001$	MK > AM	$p < 0,05$

Dyskusja

Przeprowadzone analizy wstępne wykazały, że kobiety w porównaniu z mężczyznami charakteryzują się wyższym poziomem zdolności rozpoznawania i rozumienia emocji. Jest to zgodne z wynikami licznych wcześniejszych badań (np., Day, Carroll, 2004; Siegling, Saklofske, Vesely, Nordstokke, 2012). W niniejszym badaniu zaobserwowano również różnice międzypłciowe w wynikach uzyskanych w skalach Kobiecości i Męskości. Kobiety uzyskały wyższe wyniki niż mężczyźni w skali Kobiecości. Natomiast mężczyźni otrzymali wyższe wyniki niż kobiety – w skali Męskości. Wskazuje to, że kobiety i mężczyźni przypisują sobie generalnie cechy zgodne ze stereotypem płci. Kobiety postrzegają siebie jako bardziej kobiece niż męskie, a mężczyźni dostrzegają u siebie więcej cech męskich niż kobiecych.

Głównym celem przeprowadzonego badania było sprawdzenie, czy istnieje związek między mierzonymi zdolnościami emocjonalnymi a kobiecością i męskością oraz czy istnieją związane z płcią psychologiczną różnice w zakresie zdolności emocjonalnych. Oczekiwano, że zdolności emocjonalne są związane dodatnio z kobiecością, a ujemnie z męskością. Oczekiwano również, że osoby o androgynicznej i kobiecej płci psychologicznej mają wyższe zdolności emocjonalne niż osoby o męskiej i niestypizowanej płci psychologicznej. Uzyskane wyniki potwierdziły postawione hipotezy tylko częściowo. Okazało się, że jedynie w grupie kobiet zdolność rozpoznawania emocji była słabo i ujemnie związana zarówno z kobiecością, jak i męskością, natomiast zdolność rozumienia emocji była słabo i ujemnie związana tylko z męskością. W grupie mężczyzn zdolności emocjonalne nie były związane ani z kobiecością, ani z męskością.

Dalsze analizy wykazały, że w grupie mężczyzn nie było związanych z płcią psychologiczną różnic w zakresie zdolności emocjonalnych. Różnice takie wystąpiły jedynie w grupie kobiet. Kobiety o niestypizowanej płci psychologicznej charakteryzowały się wyższą zdolnością rozpoznawania emocji i zdolnością rozumienia emocji niż kobiety androgyniczne. Wyniki te mogą sugerować, że kobiety o wysokim poziomie zdolności emocjonalnych w sposób bardziej refleksyjny, wyważony i ostrożny przypisują sobie cechy zarówno kobiece, jak i męskie. Warto w tym miejscu wspomnieć, że zdolności emocjonalne są związane z inteligencją ogólną. Osoby o wysokiej inteligencji ogólnej (płynnej) uzyskują, w porównaniu z osobami mniej inteligentnymi, niższe wyniki w kwestionariuszach inteligencji emocjonalnej (narzędzia samoopisowe) a wyższe w testach inteligencji emocjonalnej (narzędzia wykonaniowe; Zeidner i in., 2005). Sugeruje to, że osoby bardzo

inteligentne mają tendencję do niedoceniań posiadanych umiejętności emocjonalnych, która może wynikać m.in. z ich niższej samooceny, a osoby mniej inteligentne do ich przeceniania, co prawdopodobnie jest związane z ich wyższą samooceną (op. cit.). Można przypuszczać, że skoro inteligencja emocjonalna jest związana z poziomem inteligencji ogólnej, to osoby o dużych zdolnościach emocjonalnych również będą miały tendencję do ostrożniejszego przypisywania sobie różnych cech. Tym samym można tłumaczyć fakt, że kobiety o niestypizowanej płci psychologicznej (nisko się oceniające) uzyskały wyższe wyniki w testach zdolności emocjonalnych niż kobiety androgyniczne (o wysokiej samoocenie). Z drugiej jednak strony, ponieważ przeprowadzone badania miały charakter korelacyjny, trudno jest jednoznacznie określić kierunek zależności i z całą pewnością stwierdzić, że to poziom zdolności emocjonalnych wyznacza percepcję posiadanych cech kobiecych i męskich. Prawdopodobna jest również zależność odwrotna. Uważa się, że płć psychologiczna kształtuje się w okresie dzieciństwa, pod wpływem socjalizacji (np., Chaplin i in., 2005), ale może mieć także podłoże biologiczne (Kimura, 1992). Natomiast zdolności emocjonalne rozwijają się wraz z wiekiem w wyniku uczenia się i zdobywanych doświadczeń. Ich poziom może zwiększać się niemal przez całe życie. Jak pokazują wyniki badań, najlepsze możliwości przystosowawcze mają osoby o androgynicznej płci psychologicznej (Jones, Mendenhall, Myers, 2016; Shimonaka, Nakazato, Kawai, Sato, 1997). Można zatem przypuszczać, że osoby o nieokreślonej płci psychologicznej są bardziej motywowane niż osoby androgyniczne do nabywania zdolności i umiejętności, które mogą wykorzystywać do lepszego radzenia sobie w życiu i w relacjach interpersonalnych. Do takich zdolności niewątpliwie należą zdolności emocjonalne. Uzyskane wyniki mogą sugerować, że kobiety o niestypizowanej płci psychologicznej, jako posiadające mniejsze możliwości przystosowawcze w porównaniu z kobietami androgynicznymi, są bardziej motywowane do rozwijania zdolności emocjonalnych. Dlatego też uzyskane wyniki mogą wskazywać, że większe zdolności emocjonalne mają kobiety o niestypizowanej płci psychologicznej, podczas gdy kobiety androgyniczne charakteryzują się mniejszymi zdolnościami emocjonalnymi.

W przeprowadzonym badaniu zaobserwowano ponadto, że zdolność rozpoznawania emocji jest wyższa u kobiet kobiecych i niestypizowanych płciowo aniżeli u mężczyzn niezależnie od ich płci psychologicznej oraz u kobiet męskich i androgynicznych w porównaniu z męskimi mężczyznami. Natomiast zdolność rozumienia emocji jest wyższa u kobiet niestypizowanych płciowo, kobiecych i androgynicznych w porównaniu z mężczyznami męskimi, niestypizowanymi płciowo i androgynicznymi oraz u męskich kobiet aniżeli niestypizowanych płciowo i androgynicznych mężczyzn. Ponadto porównując zdolności emocjonalne u kobiet i mężczyzn o tej samej płci psychologicznej, można zauważyć, że niemal zawsze kobiety uzyskiwały wyższe wyniki niż mężczyźni w zakresie zdolności emocjonalnych. Wyniki te sugerują, że czynnikiem różnicującym poziom zdolności emocjonalnych jest przede wszystkim płć biologiczna. Płć psychologiczna pełni tu drugorzędną rolę i to tylko u kobiet.

Podsumowując, przeprowadzone badanie potwierdziło hipotezę dotyczącą istnienia związku poziomu zdolności emocjonalnych (rozpoznawania i rozumienia emocji) z płcią psychologiczną. Jednak

związek ten istnieje jedynie u kobiet. Ponadto jest on inny aniżeli oczekiwano. Wyższymi zdolnościami emocjonalnymi charakteryzują się kobiety o niestypizowanej płci psychologicznej w porównaniu z kobietami androgynicznymi. Natomiast u mężczyzn zdolności emocjonalne nie są powiązane z ich płcią psychologiczną. Wydaje się, że płć psychologiczna może być traktowana jako jeden z czynników odgrywających rolę w nabywaniu zdolności emocjonalnych, ale jedynie u kobiet. Uzyskane wyniki wykazały również, że poziom zdolności emocjonalnych jest związany z płcią biologiczną. Podobnie jak we wcześniejszych badaniach, okazało się, że wyższe zdolności do rozpoznawania emocji na podstawie ekspresji mimicznej i do rozumienia emocji mają kobiety.

Podziękowania

Dziękujemy Pani Marcie Marciniak za zebranie części danych.

Bibliografia

- Ackerman, P. L. (1994). Intelligence, attention, and learning: Maximal and typical performance. W: D. K. Detterman (red.), *Current topic in human intelligence: Vol 4. Theories of Intelligence* (s. 1-27). Norwood, Stany Zjednoczone: Ablex Publishing Corporation.
- Amelang, M., Steinmayr, R. (2006). Is there a validity increment for tests of emotional intelligence in explaining the variance of performance criteria? *Intelligence*, 34(5), 459-468.
- Austin, E. J. (2004). An investigation of the relationship between trait emotional intelligence and emotional task performance. *Personality and Individual Differences*, 36(8), 1855-1864.
- Austin, E. J. (2005). Emotional intelligence and emotional information-processing. *Personality and Individual Differences*, 39(2), 403-413.
- Austin, E. J., Evans, P., Goldwater, R., Potter, V. (2005). A preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. *Personality and Individual Differences*, 39(8), 1395-1405.
- Austin, E. J., Farrelly, D., Black, H., Moore, H. (2007). Emotional intelligence, Machiavellianism and emotional manipulation: Does EI have a dark side? *Personality and Individual Differences*, 43(1), 179-189.
- Bar-On, R. (1997). *EQ-i BarOn Emotional Quotient Inventory. A measure of emotional intelligence. User's manual*. Toronto, Kanada: Multi-Health Systems Inc.
- Bastian, V. A., Burns, N. R., Nettelbeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1135-1145.
- Baron-Cohen, S. (2003). *The essential difference: Men, women and the extreme male brain*. Londyn, Wielka Brytania: Allen Lane.
- Baron-Cohen, S. (2005). The essential difference: The female and male brain. *Phi Kappa Phi Forum*, 85, 22-26.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155-162.

- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88(4), 354-364.
- Bem, S. L., Lewis, S. A. (1975). Sex-role adaptability: One consequence of psychological androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(4), 634-643.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(9), 1-12.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. W: P. Salovey, M. A. Brackett, J. D. Mayer (red.), *Emotional intelligence: Key readings on the Mayer and Salovey model* (s. 223-241). Port Chester, Nowy Jork, Stany Zjednoczone: Dude Publishing.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N., Salovey, P. (2006). Relating emotional intelligence to social functioning: A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 780-795.
- Casey, R. J., Fuller, L. L. (1994). Maternal regulation of children's emotions. *Journal of Nonverbal Behavior*, 18, 57-89.
- Chan, D. W. (2004). Perceived emotional intelligence and self-efficacy among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. *Personality and Individual Differences*, 36(8), 1781-1795.
- Chaplin, T. M., Cole, P. M., Zahn-Waxler, C. (2005). Parental socialization of emotion expression: Gender differences and relations to child adjustment. *Emotion*, 5(1), 80-88.
- Charbonneau D., Nicol, A. A. M. (2002). Emotional intelligence and prosocial behaviors in adolescents. *Psychological Reports*, 90(2), 361-370.
- Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y. C., Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31(7), 1105-1119.
- Condry, J., Condry, S. (1976). Sex differences: A study of the eye of the beholder. *Child Development*, 47(3), 812-819.
- Conway, M. (2000). On sex roles and representation of emotional experience: masculinity, femininity and emotional awareness. *Sex Roles*, 43, 687-698.
- Dawda, D., Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 797-812.
- Davies, M. A., Stankov, L., Roberts, R. D. (1998). Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(4), 989-1015.
- Day, A. L., Carroll, S. A. (2004). Using an ability-based measure of emotional intelligence to predict individual performance, group performance, and group citizenship behaviours. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1443-1458.
- Deady, D. K., Law Smith, M. J., Sharp, M. A., Al-Dujaili, E. A. S. (2006). Maternal personality and reproductive ambition in women is associated with salivary testosterone levels. *Biological Psychology*, 71(1), 29-32.

- Derksen, J., Kramer, I., Katzko, M. (2002). Does a self-report measure for emotional intelligence assess something different than general intelligence? *Personality and Individual Differences*, 32(1), 37-48.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B. C. (1996). Parents' reaction to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Development*, 67(5), 2227-2247.
- Fagot, B. I., Hagan, R., Leinbach, M. D., Kronsberg, S. (1985). Differential reactions to assertive and communicative acts of toddlers boys and girls. *Child Development*, 56(6), 1499-1505.
- Fernandez-Berrocal, P, Extremera, N., Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modifies version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755.
- Fivush, R. (1998). Methodological challenges in the study of emotional socialization. *Psychological Inquiry*, 9(4), 281-283.
- Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P., Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent-child emotion narratives. *Sex Roles*, 42, 233-253.
- Frable, D. E. S. (1989). Sex typing and gender ideology: Two facets of the individual's gender psychology that go together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(1), 95-108.
- Gohm, C. L., Clore, G. L. (2002). Affect as information: An individual-differences approach. W: L. Feldman Barrett, P. Salovey (red.), *The wisdom in feeling* (s. 341-359). Nowy Jork, Stany Zjednoczone: The Guilford Press.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Nowy Jork, Stany Zjednoczone: Bantam Books.
- Guastello, D. D., Guastello, S. J. (2003). Androgyny, gender role behavior, and emotional intelligence among college students and their parents. *Sex Roles*, 49, 663-673.
- Gur, R. C., Gunning-Dixon, F., Bilker, W. B., Gur, R. E. (2002). Sex differences in temporo-limbic and frontal brain volumes of health adults. *Cerebral Cortex*, 12(9), 998-1003.
- Hargie, O., Saunders, C., Dickson, O. (1995). *Social skills in interpersonal communications*. Londyn, Wielka Brytania: Routledge.
- Harrod, N. R., Scheer, S. (2005). An exploration of adolescent emotional intelligence in relation to demographic characteristics. *Adolescence*, 40(159), 503-512.
- Hines, M., Kaufman, F. R. (1994). Androgen and the development of human sex-typical behavior. Rough-and-tumble play and sex preferred playmates in children with congenital adrenal hyperplasia (CAH). *Child Development*, 65(4), 1042-1053.
- Jodl, K. M., Malanchuk, O., Eccles, J. S., Sameroff, A. (2001). Parents' roles in shaping Elary adolescent' occupational aspiration. *Child Development*, 72(4), 1247-1265.
- Jones, K., Mendenhall, S., Myers, Ch. A. (2016). The effects of sex and gender role identity on perceived stress and coping among traditional and nontraditional students. *Journal of American College Health*, 64(3), 205-213.
- Kafetsios, K. (2004). Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Personality and Individual Differences*, 37(1), 129-145.

- Kimura, D. (1992). Sex differences in the brain. *Scientific American*, 267(3), 119-125.
- Knafo, A., Iervolino, A. C., Plomin, R. (2005). Masculine girls and feminine boys: Genetic and environmental contribution to atypical gender development in early childhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(2), 400-412.
- Kuczyńska, A. (2012). *Inwentarz do oceny Płci Psychologicznej IPP. Podręcznik (Wydanie drugie uzupełnione)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Lafferty, J. (2004). The relationship between gender, empathy, and aggressive behaviors among early adolescents. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(12), 6377B.
- Lane, R. D., Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133-143.
- Law Smith, M. J., Deady, D. K., Sharp, M. A., Al-Dujaili, E. A. S. (2013). Sex-role orientation in men is related to salivary testosterone levels. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 3(7), 518-521.
- Livingstone, H. A., Day, A. L. (2005). Comparing the construct and criterion-related validity of ability-based and mixed model measures of emotional intelligence. *Educational & Psychological Measurement*, 65(5), 757-779.
- Loganathan, N., Krishnan, V. R. (2010). Leaders' femininity and transformational leadership: Mediating role of leader's emotional intelligence. *Great Lakes Herald*, 4(2), 53-72.
- Lyons, J. B., Schneider, T. R. (2005). The influence of emotional intelligence on performance. *Personality and Individual Differences*, 39(4), 693-703.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(2), 63-78.
- Martowska, K. (2012). *Psychologiczne uwarunkowania kompetencji społecznych*. Warszawa: Liberi Libri.
- Matczak, A. (2008). Do czego może być potrzebne pojęcie inteligencji emocjonalnej? W: M. Śmieja, J. Orzechowski (red.), *Inteligencja emocjonalna. Fakty, mity, kontrowersje* (s. 46-61). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Matczak, A., Piekarska, J. (2011). *Test Rozumienia Emocji TRE. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Matczak, A., Piekarska, J., Studniarek, E. (2005). *Skala Inteligencji Emocjonalnej – Twarze. SIE-T. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., Salovey, P. (2000). Emotional intelligence as zeitgeist, as personality, and as a mental ability. W: R. Bar-On, J. D. Parker (red.), *The handbook of emotional intelligence* (s. 92-117). San Francisco, Stany Zjednoczone: Jossey-Bass.

- Mayer, J. D., Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? W: P. Salovey, D. J. Sluyter (red.), *Emotional development and emotional intelligence* (s. 3-31). Nowy Jork, Stany Zjednoczone: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) item booklet*. Toronto, Kanada: MHS Publishers.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. (2004). A further consideration of the issues of emotional intelligence. *Psychological Inquiry*, 15(3), 249-255.
- Moir, A, Jessel, D. (1991). *Brain sex: The real difference between men and women*. New York, NY: Carol Publishing Group.
- Palmer, B. R., Gignac, G., Manocha, R., Stough, C. (2005). A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence*, 33(3), 285-305.
- Parker, J. D. A., Hogan, M. J., Eastabrook, J. M., Oke, A., Wood, L. M. (2006). Emotional intelligence and student retention: Predicting the successful transition from high school to university. *Personality and Individual Differences*, 41(7), 1329-1336.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2001). The relationships between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 107-115.
- Petrides, K. V., Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 313-320.
- Petrides, K. V., Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15(6), 425-448.
- Robinson, M. D., Johnson, J. T. (1997). Is it emotion or is it stress? Gender stereotypes and the perception of subjective experience. *Sex Roles*, 36, 235-258.
- Saklofske, D. H., Austin, E., J., Minski, P. S. (2003). Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, 34(4), 702-721.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using Trait Meta-Mood Scale. W: J. W. Pennebaker (red.), *Emotion, disclosure and health*. Waszyngton, Stany Zjednoczone: APA.
- Schaffer, D. R. (2000). *Social and personality development*. Belmont, Stany Zjednoczone: Wadsworth, Thomson Learning.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167-177.
- Serbin, L. A., Poulin-Dubois, D., Colburne, K. A., Sen, M. G., Eichstedt, J. A. (2001). Gender stereotyping in infancy: Visual preferences for and knowledge of gender stereotype toys in the second year. *International Journal of Behavioral Development*, 25(1), 7-15.

- Shimonaka, Y., Nakazato, K., Kawaai, Ch., Sato, S. (1997). Androgyny and successful adaptation across the life span among Japanese adults. *The Journal of Genetic Psychology*, 158(4), 389-400.
- Siegling, A. B., Saklofske, D. H., Vesely, A. K., Nordstokke, D. W. (2012). Relations of emotional intelligence with gender-linked personality: Implications for a refinement of EI constructs. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 776-781.
- Tapia, M., Marsh II, G. E. (2006). The effects of sex and grade-point average on emotional intelligence. *Psicothema*, 18, 108-111.
- Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C.P., Azen, S. P. Johnson, C. A. (2004). Emotional intelligence and smoking risk factors in adolescents: Interactions on smoking intentions. *Journal of Adolescent Health*, 34(1), 46-55.
- Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C.P., Johnson, C. A. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36(4), 945-954.
- Trobst, K. K., Collins, R. L., Embree, J. M. (1994). The role of emotion in social support provision: Gender, empathy and expression of distress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 11(1), 45-62.
- Van Rooy, D. L., Alonso, A., Viswesvaran, C. (2005). Group differences in emotional intelligence scores: Theoretical and practical implications. *Personality and Individual Differences*, 38(3), 689-700.
- Warwick, J., Nettelbeck, T. (2004). Emotional intelligence is ...? *Personality and Individual Differences*, 37(5), 1091-1100.
- Wong, C. S., Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13(3), 242-274.
- Yip, J. A., Martin, R. A. (2006). Sense of humor, emotional intelligence, and social competence. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1202-1208.
- Zeidner, M., Shani-Zinovich, I., Matthews, G, Roberts, R. D. (2005). Assessing emotional intelligence in gifted and non-gifted high school children students: outcomes depend on the measure. *Intelligence*, 33(4), 369-391.
- Zucker, K. (1985). Cross-Gender Identified Children. W: B. W. Steiner (red.), *Gender dysphoria: Development, research, management* (s. 75-174). Nowy Jork, Stany Zjednoczone: Plenum Press.

Joanna Piekarska

Instytut Psychologii, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

j.piekarska@vizja.pl

Inteligencja emocjonalna i rola rodziny w jej rozwoju

Pojęcie inteligencji emocjonalnej

Inteligencja emocjonalna została po raz pierwszy w pełni opisana w 1990 roku przez Saloveya i Mayera. Autorzy zdefiniowali ją wówczas jako „podzakres inteligencji społecznej, który obejmuje zdolności do monitorowania uczuć i emocji własnych oraz innych ludzi, rozróżniania ich oraz wykorzystywania tej informacji w kierowaniu własnym myśleniem i działaniem” (Salovey, Mayer, 1990, s. 189). W 1997 r. Mayer i Salovey dokonali rewizji swojej koncepcji. Uznali, że inteligencja emocjonalna nie powinna być rozpatrywana jako składowa inteligencji społecznej. Tylko niektóre zdolności są wspólne dla obu tych inteligencji. Na przykład, zdolność do rozpoznawania emocji innych ludzi, jest komponentem zarówno inteligencji emocjonalnej, jak i społecznej. Inne zdolności, jak np. rozpoznawanie i ocena własnych emocji, zaliczyć można tylko do inteligencji emocjonalnej, a zdolność rozumienia norm społecznych należy tylko do składowych inteligencji społecznej. Obecnie jednak oddzielają od siebie obie inteligencje i uważają, że inteligencja emocjonalna i społeczna należą do tzw. gorących inteligencji i plasują się wśród szerokich zdolności w koncepcji Cattella–Horna–Carrolla (Mayer, Caruso, Salovey, 2016). Dokonując rewizji swojej koncepcji autorzy jednoznacznie stwierdzili, że inteligencja emocjonalna w ich modelu odnosi się wyłącznie do zdolności intelektualnych (Mayer, Salovey, 1997). Jest to koncepcja rozwojowa – zdaniem autorów poszczególne zdolności są stopniowo nabywane w toku rozwoju i pod wpływem zdobywanych doświadczeń; najpierw kształtują się zdolności prostsze takie jak, rozpoznawania emocji i uczuć własnych i innych, a dopiero później zaczynają rozwijać się zdolności bardziej złożone, jak rozumienie emocji czy zdolność świadomej kontroli emocji. Aktualnie jest to również koncepcja hierarchiczna – oprócz czterech grup (gałęzi) zdolności emocjonalnych składających się na inteligencję emocjonalną, autorzy wymieniają także bardziej szczegółowe zdolności będące komponentami poszczególnych grup (gałęzi) zdolności emocjonalnych (Mayer i in., 2016). Wprowadzając zmiany do swojej koncepcji, Mayer i Salovey (1997) zwrócili uwagę, że w swoim pierwszym podejściu pominęli bardzo ważny aspekt inteligencji emocjonalnej, jakim jest zdolność analizy i rozumienia emocji oraz wiedza o emocjach. Zdolność ta została więc włączona do modelu inteligencji emocjonalnej i obecnie składają się na nią 4 grupy zdolności: (1) zdolność do rozpoznawania i wyrażania emocji; (2) zdolność do emocjonalnego wspomaganie myślenia; (3) zdolność do analizy i rozumienia emocji oraz wiedza o emocjach; (4) zdolność do świadomej i refleksyjnej kontroli emocji własnych i innych ludzi w celu wspierania rozwoju emocjonalnego i intelektualnego (Mayer i in., 2016; Mayer, Salovey, 1997).

Rodzaje inteligencji emocjonalnej

Pojęcie inteligencji emocjonalnej zyskało bardzo dużą popularność, do czego niewątpliwie przyczyniła się wydana w 1995 r. książka Golemana pt. „Inteligencja emocjonalna”. Szybko zaczęły pojawiać się nowe koncepcje, w których była ona odmiennie rozumiana, np., jako zbiór pozapoznawczych zdolności, kompetencji i umiejętności (Bar-On, 1997) czy cecha osobowości (Petrides, Furnham, 2001). Zaczęły powstawać narzędzia służące do jej pomiaru, będące zarówno testami wykonaniowymi, jak i kwestionariuszami samoopisowymi. Biorąc pod uwagę różnorodność stosowanych metod pomiaru inteligencji emocjonalnej, opartych na koncepcjach, w których jest ona różnie rozumiana, trudno było uznać, że wyniki otrzymywane w różnych badaniach faktycznie odnosiły się do tego samego konstruktów – inteligencji emocjonalnej. W efekcie, Petrides i Furnham (2000, 2001) zaproponowali rozróżnienie na inteligencję emocjonalną – zdolność oraz inteligencję emocjonalną – cechę. Ta propozycja została zaakceptowana i obecnie uznaje się, że inteligencja emocjonalna – zdolność i inteligencja emocjonalna – cecha to dwa różne konstrukty teoretyczne.

Inteligencja emocjonalna – zdolność odnosi się do zdolności intelektualnych umożliwiających przetwarzanie informacji emocjonalnych oraz kontrolę emocji. Wyznacza maksymalne wykonanie (maximal performance). Jej poziom pokazuje, jakie są maksymalne możliwości jednostki (Petrides, Furnham, 2001, 2003). Może być traktowana jako pewien potencjał, który może być zamieniony w konkretne umiejętności praktyczne (por. Zeidner, Olnick-Shemesh, 2010). Wysoki poziom inteligencji emocjonalnej – zdolności nie musi jeszcze oznaczać, że jednostka potrafi posiadane zdolności wykorzystać w swoim życiu w rzeczywistych sytuacjach (por. Gohm, Corser, Dalsky, 2005). Inteligencja emocjonalna – zdolność nie jest więc tożsama z kompetencją emocjonalną. Do pomiaru inteligencji emocjonalnej – zdolności stosuje się testy wykonaniowe, które są konstruowane na wzór testów służących do pomiaru inteligencji i innych zdolności skryzalizowanych (Petrides, Furnham, 2001, 2003). Przykładem koncepcji inteligencji emocjonalnej – zdolności jest model Mayera i Saloveya (1997; Mayer i in., 2016).

Inteligencja emocjonalna – cecha to zbiór cech osobowości oraz przekonań dotyczących posiadanych zdolności, a także kompetencji i umiejętności emocjonalnych (Petrides, Furnham, 2001, 2003). Wyznacza typowe wykonanie (typical performance). Jej poziom pokazuje, jak jednostka będzie radzić sobie zazwyczaj w swoim życiu, w rzeczywistych sytuacjach. Może również wskazywać, na ile potencjał, jakim jest inteligencja emocjonalna – zdolność, został zamieniony w konkretne umiejętności. Inteligencja emocjonalna – cecha może być więc utożsamiana z kompetencją emocjonalną. Podobnie jak inne cechy osobowości do jej pomiaru będą stosowane kwestionariusze samoopisowe. Przykładem koncepcji inteligencji emocjonalnej – cechy jest podejście Petridesa i Furnhama (2001).

Podział na inteligencję emocjonalną – zdolność i inteligencję emocjonalną – cechę nie jest jedyny, jaki istnieje. Na podstawie przeprowadzonych analiz czynnikowych wyników kwestionariuszy i testów inteligencji emocjonalnej udało się wyodrębnić jej typy czy podwymiary (Matczak, 2006). Można wyróżnić inteligencję emocjonalną doświadczeniową (experiential) i strategiczną (strategic; Mayer, Salovey, Caruso,

2004). Inteligencja emocjonalna doświadczeniowa umożliwia dostrzeżenie doświadczanych emocji i niesionych przez nie informacji. Składają się na nią dwie pierwsze grupy zdolności wyróżnione w koncepcji Mayera i Saloveya, tj. zdolności do rozpoznawania i wyrażania emocji oraz zdolności do emocjonalnego wspomaganie myślenia. Natomiast strategiczna inteligencja emocjonalna stanowi tzw. „metazdolności”, które umożliwiają refleksję i kontrolę nad inteligencją doświadczeniową. Zaliczają się do niej dwie pozostałe zdolności wyróżnione w koncepcji Mayera i Saloveya, czyli zdolności analizy i rozumienia emocji oraz zdolności do refleksyjnej kontroli emocji.

Na podstawie wyników innych analiz można natomiast wyodrębnić inteligencję emocjonalną poznawczą i działaniową (Jaworowska, Matczak, 2008; Matczak, 2006). Poznawcza inteligencja emocjonalna obejmuje zdolności rozpoznawania i rozumienia emocji, a także wiedzę o emocjach. Natomiast działaniowa inteligencja emocjonalna dotyczy zdolności do odczytywania informacji niesionych przez emocje i umiejętności ich świadomego wykorzystywania, np. w celu motywowania się do działania.

W dalszej części dla określenia inteligencja emocjonalna – zdolność będę zamiennie używać określenia zdolności emocjonalne, a określenie inteligencja emocjonalna – cecha będę zastępować pojęciami umiejętności emocjonalne i kompetencje emocjonalne.

Czynniki wpływające na rozwój inteligencji emocjonalnej

Zdaniem Mayera i Saloveya (1997) inteligencja emocjonalna nie jest wrodzona, lecz składające się na nią poszczególne zdolności kształtują się stopniowo wraz z rozwojem jednostki. Opisując komponenty inteligencji emocjonalnej, autorzy wskazują na kolejność, w jakiej zaczynają rozwijać się poszczególne zdolności emocjonalne. Jako pierwsze zaczynają kształtować się zdolności mniej złożone. Są one ulokowane w pierwszej „gałęzi”, tj. w grupie zdolności do rozpoznawania i wyrażania emocji. W obrębie tej grupy jako pierwsza zaczyna kształtować się zdolność do rozpoznawania własnych uczuć. Gdy wszystkie zdolności należące do pierwszej „gałęzi” zostaną w pewnym stopniu rozwinięte, możliwe staje się nabywanie zdolności z kolejnej „gałęzi”. I tu również jako pierwsza zaczyna się rozwijać zdolność obejmująca prostsze procesy, a więc wymieniona w drugiej „gałęzi” jako pierwsza. Jako najwyższe rozwojowo i tym samym obejmujące najbardziej złożone procesy, Mayer i Salovey (1997) wskazują zdolności należące do czwartej „gałęzi”, tj. zdolności do refleksyjnej kontroli emocji. Autorzy zaznaczają, że zdolności pojawiające się na wczesnym etapie rozwoju są słabiej zintegrowane, w przeciwieństwie do zdolności kształtujących się później. Mayer i Salovey (1997) przypuszczają również, że osoby o wysokiej inteligencji emocjonalnej rozwijają więcej zdolności emocjonalnych i jednocześnie rozwój ten przebiega u nich szybciej – szybciej przechodzą przez poszczególne etapy kształtowania się zdolności emocjonalnych.

Proces kształtowania się zdolności emocjonalnych jest niewątpliwie złożony i wpływa na niego wiele czynników (Matthews, Zeidner, Roberts, 2002) zarówno o podłożu biologicznym, np. cechy temperamentalne, lateralizacja półkul mózgowych, jak i środowiskowym, np. proces socjalizacji (Piekarska, 2010). Zdaniem

Anny Matczak (2004b) w nabywaniu zdolności emocjonalnych niezwykle ważna jest aktywność własna jednostki – społeczna i zadaniowa. Podejmowanie takiej aktywności wiąże się z narażaniem się na doznawanie silnych emocji, co z kolei niejako wymusza ich przetwarzanie (np. rozpoznanie, nazwanie, zrozumienie, dostrzeżenie ich wpływu) i radzenie sobie z nimi (Matczak, 2004b). W rozwoju inteligencji emocjonalnej istotną rolę odgrywać będą zatem te czynniki, które wpływają na społeczną i zadaniową aktywność jednostki. Są to determinanty zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne, ale także ich wzajemna interakcja (Matczak, 2003; Matczak, Knopp, 2013). Determinanty zewnętrzne to szeroko pojęte oddziaływanie środowiska: warunki środowiskowe, stawiane wymagania, wzorce pożądanego zachowania. Natomiast determinanty wewnętrzne obejmują możliwości i preferencje, które w znacznej mierze są wyznaczone przez cechy temperamentu, ale także przez możliwości poznawcze. Od posiadanych cech temperamentu zależy to, jak duże zapotrzebowanie na stymulację ma dana osoba i jakie są jej możliwości radzenia sobie z silną czy długotrwałą stymulacją. Tym samym cechy temperamentu wpływają na wybór sytuacji i sposobów funkcjonowania jednostki (Strelau, 2006). Na przykład mogą wpływać na ilość i intensywność kontaktów społecznych, a poprzez to na intensywność treningu społecznego, który jest bardzo ważny, wręcz niezbędny dla kształtowania zdolności emocjonalnych (Matczak, 2004a). Osoby o dużym zapotrzebowaniu na stymulację będą poszukiwać i wybierać takie sytuacje, które zapewnią im odpowiednio duży dopływ bodźców, w tym także emocjonalnych (Strelau, 2006). Osoby takie mogą chętnie podejmować liczne i intensywne aktywności, także społeczne, i „wystawiać się” na częste doświadczanie intensywnych emocji. Tym samym stwarzają sobie doskonałe warunki do rozwijania poszczególnych zdolności emocjonalnych.

Przeprowadzone badania potwierdzają istnienie związku między inteligencją emocjonalną a cechami temperamentu (Matczak, 2004a, 2004b; Matczak, Martowska, 2011; Piekarska, 2010) oraz między temperamentem a intensywnością treningu społecznego (Matczak, 2004a). Pokazują one m.in., że istnieje związek inteligencji emocjonalnej – cechy z cechami temperamentu, wskazującymi na duże zapotrzebowanie na stymulację i duże możliwości jej przetwarzania (Matczak, Martowska, 2011; Piekarska, 2010). Bardzo ciekawe są wyniki badania dotyczącego związku między temperamentem a intensywnością treningu społecznego. Pokazują one, że intensywność treningu społecznego jest związana z posiadaniem cech wskazujących na duże możliwości przetwarzania stymulacji, tj. aktywności, żwawości, wrażliwości sensorycznej, ale także z cechą wskazującą na małe zapotrzebowanie na stymulację jaką jest duża reaktywność emocjonalna (Matczak, 2004a).

Warto tu zaznaczyć, że niektóre cechy temperamentu czy podstawowe cechy osobowości mogą wspierać nabywanie umiejętności emocjonalnych także w ten sposób, że niejako motywują do ich rozwijania po to, by poradzić sobie z trudnościami w funkcjonowaniu w określonych sytuacjach (Piekarska, 2010). Do takich cech należy np. neurotyczność. Osoba charakteryzująca się dużą neurotycznością jest podatna na stres i doświadczanie negatywnych emocji (McCrae, Costa, 2005). Posiadanie takiej cechy może motywować do rozwijania umiejętności pomocnych w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych, w których występują intensywne, negatywne emocje. Może zatem skłaniać do rozwijania inteligencji emocjonalnej.

Rola środowiska rodzinnego w rozwoju inteligencji emocjonalnej

Zdolności emocjonalne nie kształtują się w społecznej próżni (Saarni, 2005), a środowisko, w jakim wzrasta jednostka, może ten rozwój wspierać lub zakłócać. W zasadzie każda relacja z drugim człowiekiem może oddziaływać na rozwój inteligencji emocjonalnej. Jednak w literaturze, gdy traktuje się o roli środowiska w nabywaniu inteligencji emocjonalnej, podkreślana jest przede wszystkim rola rodziny, a w szczególności rodziców. Rodziców uznaje się za pierwszych nauczycieli w zakresie emocji (Mayer, Salovey, 1997). Mogą oni wpływać na rozwój inteligencji emocjonalnej dziecka zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio. Znaczenie mogą tutaj mieć m.in. powadzone o emocjach rozmowy (np. Denham, Auerbach, 1995), umiejętność rodziców do wspierania dziecka w radzeniu sobie z różnymi sytuacjami problemowymi (Matczak, Piekarska, 2011; Matczak, Piekarska, Studniarek, 2005; Piekarska, 2004), postawy rodzicielskie (Knopp, 2007), ekspresja emocjonalna charakterystyczna dla danej rodziny, tj. intensywność, częstość i rodzaj okazywanych emocji (np. Denham, 1998; Halberstadt, 1986) czy funkcjonowanie systemu rodzinnego, relacje między członkami rodziny i oddziaływania wychowawcze rodziców (Martowska, 2007, 2009, 2015).

Rodzice mogą rozwijać zdolności i umiejętności emocjonalne dzieci oraz przekazywać wiedzę o emocjach w sposób bezpośredni rozmawiając z nimi o emocjach – ich przejawach, sposobach rozpoznawania, kontrolowania, przyczynach emocji. Okazją do takiej rozmowy może być np. czytanie lub oglądanie bajek, sytuacje problemowe dziecka jak np. konflikt z przyjacielem, trudności w szkole, a także sytuacje, w których to dziecko sprawia trudności wychowawcze rodzicom. Na przykład, badania przeprowadzone przez Denham i Auerbach (1995) wykazały, że rozmowy na temat emocji prowadzone przez matki z ich dziećmi w wieku przedszkolnym przyczyniają się do rozwoju empatii.

Reakcje rodziców na zgłaszane przez dziecko drobne problemy mogą wspierać lub utrudniać nabywanie inteligencji emocjonalnej (Piekarska, 2004). Szczególnie negatywny wpływ może mieć tendencja rodziców do automatycznego obarczania dziecka odpowiedzialnością za zaistniałą sytuację problemową, bez wcześniejszego ustalenia, co rzeczywiście się wydarzyło. Natomiast wspieranie dziecka w samodzielnym zrozumieniu problemu i poszukiwaniu najlepszego rozwiązania oraz okazywane zrozumienie dla emocji dziecka są reakcjami rodziców, które sprzyjają rozwojowi inteligencji emocjonalnej - zdolności (Matczak, Piekarska, 2011; Matczak i in., 2005; Piekarska, 2004).

O emocjach dzieci mogą uczyć się także poprzez obserwację i naśladowanie rodziców. Na przykład ekspresja emocjonalna rodziców może dostarczać dziecku informacji o tym, czy, w jaki sposób oraz kiedy można ujawniać własne emocje. Okazuje się, że dzieci matek wyrażających więcej pozytywnych emocji, podobnie jak ich matki okazują więcej emocji pozytywnych, a dzieci matek okazujących więcej emocji negatywnych, również naśladowują matki i wyrażają więcej emocji negatywnych (Denham, 1989). Istotną rolę w rozwoju zdolności i kompetencji emocjonalnych może odgrywać ekspresyjność emocjonalna w rodzinie. Wyniki badań sugerują, że na etapie wczesnego rozwoju zdolności rozpoznawania emocji korzystna jest ogólna ekspresyjność emocjonalna w rodzinie, tj. okazywanie zarówno emocji pozytywnych, jak

i negatywnych (Ogren, Burling, Johnson, 2018). Dzięki temu małym dzieciom łatwiej jest nauczyć się odróżniania i kategoryzowania stanów emocjonalnych (por. Ankowski, Vlach, Sandhofer, 2013). Znaczenie dla rozwoju zdolności i kompetencji emocjonalnych ma nie tylko samo okazywanie emocji w rodzinie, ale także intensywność okazywanych emocji. Bardzo subtelna ekspresja emocjonalna rodziców może przyczyniać się do tego, że dziecko nauczy się zwracać szczególną uwagę na bardzo delikatne przejawy emocji. W efekcie jego zdolności i umiejętności rozpoznawania emocji innych ludzi mogą być większe (Halberstadt, 1986). Subtelna ekspresja emocjonalna rodziców może jednak niekorzystnie wpływać na nabywanie wiedzy o emocjach (Denham, Kochanoff, 2002).

Przeprowadzone badania wskazują, że okazywane przez rodziców ciepło oraz troska są związane z większą inteligencją emocjonalną dzieci (np. Gallitto, Leth-Steensen, 2019). Warto jednak zaznaczyć, że kształtowaniu zdolności emocjonalnych sprzyjają zróżnicowane reakcje rodziców na stany emocjonalne doświadczane przez dziecko. Wspieranie dziecka podczas doświadczania negatywnych emocji przyczynia się do rozwoju zdolności rozumienia emocji. Jednak okazuje się, że największym rozumieniem emocji charakteryzują się dzieci, których jeden rodzic jest wspierający, a drugi nie jest wspierający (McElwain, Halberstadt, Volling, 2007). Dzięki zróżnicowanym reakcjom rodziców na tę samą sytuację dziecko zdobywa większą wiedzę o emocjach i możliwych sposobach reagowania ludzi w różnych sytuacjach - uczy się, że nie wszyscy zachowują się tak samo w tej samej sytuacji, a uzyskanie wsparcia i zrozumienia od jednej osoby nie oznacza otrzymania ich od innych.

Różne reakcje rodziców na zachowania i stany emocjonalne dziecka mogą wynikać m.in. z postaw rodzicielskich. Można przypuszczać, że zarówno rodzice zbyt liberalni, zbyt ochraniający dziecko, jak i rodzice zaniedbujący, odrzucający lub nadmiernie wymagający, mogą nie stwarzać warunków sprzyjających dla nabywania przez dziecko zdolności i kompetencji emocjonalnych. Natomiast dzieci rodziców prezentujących postawę kochającą mogą mieć większe możliwości ich kształtowania (Piekarska, 2020). Potwierdzają to wyniki przeprowadzonych badań (Knopp, 2007; Martowska, 2007, 2009).

Dla nabywania inteligencji emocjonalnej istotne znaczenie może mieć także posiadanie rodzeństwa i zachodząca między nim relacja. W literaturze zwraca się uwagę, że posiadanie rodzeństwa ma znaczenie dla rozwoju poznawczego dzieci, do którego przyczyniają się wspólne zabawy, a także pełnione przez rodzeństwo role. Na ile jednak posiadanie rodzeństwa będzie wspierać rozwój, zależy od jakości relacji między nimi. Jakość relacji między rodzeństwem zależy z kolei od jakości relacji między rodzicami a dziećmi, ponieważ dzieci powielają zachowania, które obserwują w swojej rodzinie. Okazywany przez rodziców w relacji z dziećmi brak akceptacji oraz chłód emocjonalny, przyczynia się do wzajemnej niechęci rodzeństwa, a optymalne warunki dla nabywania nowych zdolności i umiejętności oraz rozwoju już posiadanych istnieją jedynie wówczas, gdy rodzeństwo pozostaje w dobrych, przyjacielskich relacjach, a nie w długotrwałym konflikcie (Alekseeva, Kozlova, Baskaeva, Pyankova, 2014).

Właściwe relacje między rodzeństwem niewątpliwie będą sprzyjały także rozwojowi zdolności i umiejętności emocjonalnych. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że dobre relacje między rodzeństwem moderują związek między rozumieniem sytuacji konfliktowej a dojściem do kompromisu (Recchia, Howe, 2009). Gdy są prawidłowe dojście do kompromisu jest bardzo prawdopodobne nawet wówczas, gdy młodsze rodzeństwo ma małą zdolność rozumienia sytuacji konfliktowej. Rozwiązując konflikty i wspólnie poszukując kompromisu rodzeństwo może rozwijać poszczególne zdolności i umiejętności emocjonalne. Wyniki innych badań dowodzą, że dobre relacje między rodzeństwem mogą pełnić funkcję ochronną w sytuacji konfliktu między rodzicami (Davies, Parry, Bascoe, Martin, Cummings, 2019). Jest to tym bardziej istotne, że konflikt między rodzicami przyczynia się do wzrostu poczucia braku bezpieczeństwa (op. cit.), które negatywnie wpływa na rozwój zdolności i kompetencji emocjonalnych. Dobra relacja z rodzeństwem może więc także zapewniać poczucie bezpieczeństwa, które jest istotne w rozwoju zdolności i kompetencji emocjonalnych.

Rodzeństwo, zwłaszcza starsze, może podobnie jak rodzice wspierać rozwój inteligencji emocjonalnej. Starszy brat czy siostra może stać się wzorem do naśladowania. Może pomagać w radzeniu sobie z emocjami, ich rozumieniu. O emocjach można przecież rozmawiać nie tylko z rodzicem, ale także z rodzeństwem. Na podstawie obserwacji naturalnych rozmów prowadzonych w rodzinach Dunn, Bretherton i Munn (1987) stwierdziły, że rozmowa o emocjach w wieku 18. miesięcy prowadzona ze starszym rodzeństwem przyczynia się do nabycia umiejętności samodzielnego mówienia o emocjach w wieku 2 lat. Badaczki zauważyły również, że o emocjach częściej rozmawiano z małymi dziewczynkami aniżeli chłopcami.

Ogólnie można powiedzieć, że specyfika systemu rodzinnego wpływa na rozwój zdolności i umiejętności emocjonalnych dzieci. W prawidłowym systemie rodzinnym jego członkowie okazują sobie szacunek, zrozumienie, ciepło. System ten zapewnia poczucie przynależności z jednoczesnym zapewnieniem zachowania własnej odrębności i indywidualności (Martowska, 2007). Demokratyczny styl wychowania jest typowy dla takiego systemu rodzinnego i jednocześnie styl ten sprzyja rozwojowi inteligencji emocjonalnej (Martowska, 2007, 2009). Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że większą inteligencją emocjonalną – cechą nabywają nastolatki wychowywane w prawidłowym systemie rodzinnym (Martowska, 2007) oraz charakteryzującym się dużą elastycznością i spójnością (Alavi, Mehrinezhad, Amini, Singh, 2017).

Poniżej zostały zaprezentowane wyniki dwóch badań, które mogą stać się inspiracją dla dalszych i bardziej pogłębionych badań na temat roli rodziny w rozwoju inteligencji emocjonalnej. W pierwszym badaniu poszukiwano związku między inteligencją emocjonalną – zdolnością młodzieży i ich rodziców. Natomiast autorka drugiego opisanego badania starała się dociec, czy mężczyźni wychowywani wśród siostr charakteryzują się wyższą inteligencją emocjonalną – cechą w porównaniu z mężczyznami posiadającymi tylko braci.

Badanie 1. Inteligencja emocjonalna – zdolność młodzieży i ich rodziców

Rodzice niewątpliwie odgrywają bardzo ważną rolę w rozwoju zdolności emocjonalnych swoich dzieci. Zdaniem Mayera i Saloveya (1997) są oni pierwszymi osobami, które kształtują zdolności emocjonalne dzieci. Uczą swoje dzieci, jak rozpoznawać emocje własne i innych ludzi, jak komunikować własne stany emocjonalne w sposób adekwatny do sytuacji oraz akceptowalny w danym środowisku. Przekazują swoim dzieciom posiadaną wiedzę o emocjach i różnych technikach ich kontrolowania, a także własne przekonania na temat emocji. Od rodziców dzieci dowiadują się, np. czy emocje one ważne i przydatne w życiu, czy należy zwracać na nie uwagę, czy mogą być cennym źródłem informacji wykorzystywanym przy rozwiązywaniu problemów. Rodzice mogą przekazać swojemu dziecku tylko taką wiedzę o emocjach, jaką sami posiadają; mogą rozwinąć u dziecka tylko takie zdolności emocjonalne, które sami posiadają. Można zatem oczekiwać, że poziom inteligencji emocjonalnej – zdolności młodzieży będzie związany z poziomem inteligencji emocjonalnej rodziców, a zwłaszcza matki.

W opisywanym badaniu wzięli udział uczniowie 2 i 3 klasy liceów ogólnokształcących w Warszawie i Częstochowie oraz ich rodzice (matka lub ojciec)¹. Do pomiaru inteligencji emocjonalnej - zdolności wykorzystano test MEIS Mayera, Saloveya i Caruso (1997) w polskiej adaptacji Matczak, Piekarskiej i Studniarek (Pilotaż-3). W celu sprawdzenia, czy inteligencja emocjonalna - zdolność nastolatków jest związana z inteligencją emocjonalną – zdolnością rodziców obliczono współczynniki korelacji r-Pearsona między wynikami uzyskanymi w teście MEIS przez nastolatka i jego rodzica (matkę lub ojca). Wyniki zaprezentowano w tabeli 1. Nie obliczono współczynników korelacji dla par ojciec – córka ze względu na zbyt małą liczbę pełnych kompletów testów ($n = 11$).

Tabela 1. Współczynniki korelacji r Pearsona między inteligencją emocjonalną – zdolnością nastolatka i jego rodzica.

	n	Skala MEIS			Wynik ogólny
		Wykorzystanie emocji	Rozumienie emocji	Kontrola emocji	
Matka – córka	108	0,43***	0,44***	0,21*	0,57***
Matka – syn	77	0,10	0,24*	0,14	0,33**
Ojciec – syn	35	-0,11	0,31#	0,27#	0,32#

Źródło: Piekarska, 2007.

n = liczebność par.

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, # $p < 0,10$ (tendencja).

Uzyskane wyniki wskazują, że inteligencja emocjonalna - zdolność nastoletnich dziewcząt jest pozytywnie związana z poziomem inteligencji emocjonalnej - zdolności matki. Związek ten dotyczy zarówno ogólnego poziomu inteligencji emocjonalnej - zdolności (wynik ogólny w teście MEIS; związek silny), jak i poziomu zdolności wykorzystania emocji i zdolności rozumienia emocji (związki umiarkowane) oraz zdolności

¹ Badanie zostało zrealizowane w ramach projektu badawczego nr 2 H01 F 062 23.

kontroli emocji (związek słaby). Inteligencja emocjonalna – zdolność nastoletnich chłopców jest również dodatnio związana z jej poziomem u matki, ale związek dotyczy tylko ogólnego poziomu inteligencji emocjonalnej – zdolności (korelacja umiarkowana) oraz zdolności rozumienia emocji (korelacja niska).

Uzyskane wyniki wydają się być oczywiste. Im większą inteligencją emocjonalną – zdolnością dysponuje rodzic, w tym większym zakresie może rozwinąć u swojego dziecka poszczególne zdolności emocjonalne. Dziecko może rozwijać swoje zdolności emocjonalne także poprzez obserwację i naśladowanie rodzica, a w ten sposób zapewne uczy się najwięcej (por. Denham, Kochanoff, 2002; Obuchowska, 2000). Rodzic posiadający duże zdolności emocjonalne jest dla dziecka doskonałym wzorem do naśladowania. Ponadto posiadane zdolności emocjonalne rodziców mogą modyfikować sposób wychowywania dziecka, a także odnoszenia się do niego oraz reagowania na jego emocje.

Uzyskane wyniki wskazują, że inteligencja emocjonalna – zdolność chłopców jest statystycznie istotnie dodatnio powiązana z jej poziomem u matki. Związki między inteligencją emocjonalną – zdolnością synów i ojców nie osiągnęły progu istotności statystycznej – korelują dodatnio jedynie na poziomie tendencji statystycznej. Może to sugerować, że inteligencja emocjonalna – zdolność chłopców jest rzeczywiście przede wszystkim związana z inteligencją emocjonalną – zdolnością matki. Za taką interpretacją może przemawiać fakt, że w okresie wczesnego dzieciństwa, dziecko ma większy kontakt z matką niż ojcem i w związku z tym jest z nią bardziej związane. W wieku 8 lat, gdy zdolności emocjonalne podlegają intensywnemu rozwojowi, dzieci mają bardzo silną potrzebę bliskości z matką (Ilg, Ames, Baker, 2001). Biorąc również pod uwagę fakt, że to kobiety zazwyczaj charakteryzują się większymi zdolnościami emocjonalnymi niż mężczyźni (Jaworowska, Matczak, 2008; Matczak i in., 2005; Mayer, Caruso, Salovey, 1999), można sądzić, że zdolności emocjonalne dziecka w większym zakresie będzie kształtowała matka aniżeli ojciec. Należy jednak zauważyć, że w prezentowanym badaniu próba par ojciec – syn była stosunkowo mała i to właśnie mała liczebność próby może być przyczyną braku istotności statystycznej. Na podstawie zaobserwowanej tendencji można jednak zaryzykować stwierdzenie, że poziom inteligencji emocjonalnej – zdolności ojca najprawdopodobniej również odgrywa istotną rolę w rozwoju zdolności emocjonalnych u syna. Dalsze badania w tym zakresie są niezbędne.

Otrzymane wyniki wskazały również, że inteligencja emocjonalna matki jest związana silniej z inteligencją emocjonalną i poszczególnymi zdolnościami emocjonalnymi córki niż syna. Dotyczy to w szczególności ogólnego poziomu inteligencji emocjonalnej (statystyka z Fishera potwierdza istotność różnic: $z = 2,01, p < 0,05$) oraz zdolności wykorzystania emocji ($z = 2,37, p < 0,05$). W przypadku zdolności rozumienia emocji oraz zdolności do kontroli emocji nie wystąpiły istotne statystycznie różnice w wielkości współczynników korelacji (odpowiednio: $z = 1,50, p > 0,05$; $z = 0,48, p > 0,05$). Poziom inteligencji emocjonalnej matki ma większe znaczenie dla kształtowania inteligencji emocjonalnej córek niż synów. Wyniki te również wydają się być oczywiste i można je wyjaśnić procesem identyfikacji z rodzicem tej samej płci. Matka jest przede wszystkim wzorem do naśladowania dla córek (por. Vasta, Haith, Miller, 1999).

Wyniki niniejszego badania warto porównać z wynikami uzyskanymi przez Martowską (2007), która badała związek między inteligencją emocjonalną - cechą nastolatków i ich rodziców. Uzyskane przez nią wyniki wskazały na istnienie umiarkowanego, pozytywnego związku między inteligencją emocjonalną – cechą córki i ojca. Wyniki obu badań nasuwają wniosek, że poziom zdolności emocjonalnych (zwłaszcza u dziewcząt) jest przede wszystkim związany z ich poziomem u matki, natomiast poziom kompetencji emocjonalnej nastoletnich dziewcząt jest związany z ich poziomem u ojca. Matka o wysokiej inteligencji emocjonalnej – zdolności, na przykład poprzez rozmowę o emocjach może wspierać rozwój zdolności emocjonalnych swojego dziecka, a zwłaszcza córki, natomiast ojciec o wysokiej inteligencji emocjonalnej – cesze może pomagać córce zamienić posiadane zdolności emocjonalne w konkretne umiejętności emocjonalne.

Badanie 2. Inteligencja emocjonalna - cecha mężczyzn wychowywanych z braćmi i siostrami

Inteligencja emocjonalna rozwija się pod wpływem treningu, a w szczególności jako efekt treningu społecznego (Matczak, 2004a; Matczak, Knopp, 2013). Intensywny trening społeczny może przyczyniać się nie tylko do rozwijania zdolności emocjonalnych, ale jest także niezbędny, aby posiadane zdolności przekształcić w konkretne umiejętności emocjonalne. Niewątpliwie im większy będzie trening społeczny danej osoby, tym większe będzie ona mieć możliwości nabycia poszczególnych umiejętności emocjonalnych. Trening społeczny może odbywać się także w środowisku rodzinnym. Można przypuszczać, że będzie on bardziej intensywny w liczniejszej rodzinie, a posiadanie rodzeństwa stwarza warunki umożliwiające kształtowanie się większych umiejętności emocjonalnych aniżeli wzrastanie w małej rodzinie, bez rodzeństwa. Dla rozwoju kompetencji emocjonalnych istotne znaczenie może mieć nie tylko liczba rodzeństwa, ale także jego płeć. Można zastanowić się, czy fakt wychowywania się wśród samych sióstr przyczyni się do nabycia większej inteligencji emocjonalnej - cechy u mężczyzn. Na to pytanie starała się odpowiedzieć w swoim badaniu Czarnecka (2009).

W badaniu przeprowadzonym przez Czarnecką (2009) uczestniczyło 87 mężczyzn w wieku 20-25 lat. Z braćmi wychowywało się 43 mężczyzn, natomiast 44 wychowywało się z siostrami. Do grupy mężczyzn wychowywanych z braćmi zaliczono tych, którzy mieli przynajmniej dwóch braci i żadnej siostry. Natomiast w grupie mężczyzn wychowywanych z siostrami byli mężczyźni, mający przynajmniej dwie siostry i ani jednego brata. Do pomiaru inteligencji emocjonalnej - cechy wykorzystano Popularny Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej PKIE autorstwa Matczak, Ciechanowicz, Stańczak i Zalewskiej (Jaworowska, Matczak, 2005). Uzyskane w badaniu wyniki w obu grupach przedstawia tabela 2.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że mężczyźni wychowywani z siostrami w porównaniu z mężczyznami wychowywanymi z braćmi charakteryzują się większą inteligencją emocjonalną – cechą, a w szczególności większą akceptacją dla swoich emocji i umiejętnością wyrażania ich w działaniu oraz większymi umiejętnościami rozumienia i uświadamiania sobie własnych emocji, a na poziomie tendencji

statystycznej większą poznawczą kontrolą nad własnymi emocjami. Wyniki te sugerują, że dorastanie wśród przynajmniej dwóch sióstr może przyczyniać się do nabywania większej inteligencji emocjonalnej – cechy przez mężczyzn. W badaniach dość często stwierdza się, że wyższym poziomem inteligencji emocjonalnej – cechy charakteryzują się kobiety w porównaniu z mężczyznami (np. Jaworowska, Matczak, 2008). Kobiety w porównaniu z mężczyznami potrafią lepiej okazywać emocje (Mayer, Geher, 1996). Badanie Czarneckiej (2009) sugeruje, że wychowywanie się wśród większej liczby kobiet może pomóc mężczyznom w rozwinięciu akceptacji dla własnych uczuć i emocji, umiejętności ich okazywania, uświadamiania sobie oraz ich zrozumienia. Można przypuszczać, że podczas zabawy, ale także podczas ewentualnych nieporozumień z siostrami, chłopcy mogą rozwijać u siebie umiejętności emocjonalne, składające się na inteligencję emocjonalną – cechę. Siostry mogą zwracać bratu uwagę na doświadczane przez niego uczucia i emocje i zachęcać go do ich uświadamiania sobie i zrozumienia. Nie jest wykluczone, że mogą robić to nawet w większym zakresie niż rodzice, choć przypuszczenie to wymaga empirycznej weryfikacji. Siostry mogą bowiem z bratem rozmawiać o emocjach w sposób, jakiego same doświadczyły rozmawiając z rodzicami, a zwłaszcza matką (o emocjach z dziećmi częściej rozmawia matka niż ojciec; Dunn i in., 1987). Wyniki wcześniejszych badań pokazują, że rodzice inaczej odbierają i inaczej reagują na uczucia i emocje doświadczane przez chłopców i dziewczynki (np. Eisenberg, Fabes, Murphy, 1996). O emocjach także częściej rozmawiają z dziewczynkami niż chłopcami (Fivush, Brotman, Buckner, Goodman, 2000). Można przypuszczać, że dorastanie wśród samych sióstr może zapewniać większy trening emocjonalny aniżeli wychowywanie się wśród samych braci.

Tabela 2. Porównanie inteligencji emocjonalnej – cechy mężczyzn wychowywanych z braćmi i siostrami.

Skala PKIE	Mężczyźni wychowani z				t
	braćmi		siostrami		
	M	SD	M	SD	
AKC	51,60	5,81	55,11	6,19	-2,723**
EMP	63,76	5,46	64,61	7,28	-0,614
KON	32,46	6,20	35,00	6,48	-1,861#
ROZ	30,39	5,29	35,53	4,77	-4,471***
WO	318,58	28,33	335,70	31,48	-2,668**

Źródło: Czarnecka, 2009, s. 26.

AKC = akceptacja i wyrażanie własnych emocji w działaniu; EMP = empatia, rozumienie i rozpoznawanie emocji innych ludzi; KON = kontrola poznawcza nad własnymi emocjami; ROZ = rozumienie i uświadamianie sobie własnych emocji; WO = wynik ogólny kwestionariusza PKIE.

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, # $p < 0,10$ (tendencja).

Podsumowanie

Wyniki uzyskane w opisanych badaniach potwierdzają przedstawione we wprowadzeniu założenia dotyczące środowiskowych, a zwłaszcza rodzinnych uwarunkowań inteligencji emocjonalnej. Pokazują, że rodzina odgrywa istotną rolę w jej nabywaniu. Pierwsze badanie wykazało, że inteligencja emocjonalna

– zdolność nastolatków jest związana z jej poziomem u ich rodziców. Najsilniejszy związek wystąpił w parze matka – córka. Sugeruje to, że poziom zdolności emocjonalnych dorastających dziewcząt jest silnie związany z poziomem tych zdolności u matki. Natomiast u chłopców ich zdolności emocjonalne są wyznaczone w mniejszym stopniu przez ich poziom u rodziców. Być może inteligencja emocjonalna – zdolność u nastoletnich chłopców jest determinowana w większym stopniu także przez inne czynniki. W przyszłych badaniach warto ich poszukać. Ponadto w prezentowanym badaniu liczba par ojców – syn oraz ojców – córka była niewielka, co uniemożliwiło pełne zbadanie związku między inteligencją emocjonalną – zdolnością ojców i ich dzieci. Podobne badanie powinno być zatem powtórzone na większej próbie.

Wyniki drugiego badania wskazały na różnice w poziomie inteligencji emocjonalnej – cechy u mężczyzn wychowywanych z braćmi i siostrami. Okazuje się, że mężczyźni dorastający wśród samych sióstr dysponują większymi kompetencjami emocjonalnymi w porównaniu z mężczyznami dorastającymi wśród samych braci. Wyniki tego badania są ciekawe. Nie dostarczają jednak informacji o tym, dlaczego tak się dzieje. W przyszłych badaniach można podjąć próbę identyfikacji tych czynników, które decydują o tym, że dorastanie wśród sióstr korzystnie wpływa na kształtowanie się kompetencji emocjonalnych mężczyzn. Warto także w takich badaniach kontrolować wiek rodzeństwa – czy jest starsze czy młodsze, a także różnicę wieku, gdyż te zmienne mogą być bardzo istotne. Starsze rodzeństwo może stanowić wzór do naśladowania, ale zajmowanie się i zabawa z młodszym rodzeństwem również może stwarzać liczne sytuacje sprzyjające rozwijaniu kompetencji emocjonalnych.

W obu zaprezentowanych badaniach ujawniła się rola płci – inteligencja emocjonalna – zdolność nastolatków (dziewcząt i chłopców) była związana z jej poziomem u matki, a inteligencja emocjonalna – cecha młodych mężczyzn była wyższa u tych, którzy wychowywali się z siostrami aniżeli u mężczyzn wychowywanych wśród braci. Łącząc wyniki niniejszych badań oraz wynik otrzymany przez Martowską (2007), można powiedzieć, że w rozwoju inteligencji emocjonalnej nastoletnich dziewcząt istotną rolę odgrywa jej poziom u obojga rodziców; inteligencja emocjonalna – zdolność matki przekłada się na poziom zdolności emocjonalnych córki, a inteligencja emocjonalna – cecha ojca przekłada się na posiadane przez córkę kompetencje emocjonalne. Natomiast w rozwoju inteligencji emocjonalnej młodych mężczyzn ważniejszy okazuje się być większy kontakt z kobietami niż mężczyznami. Twierdzenia te warto potwierdzić w przyszłych badaniach prowadzonych na większej próbie. Warto także sprawdzić, czy istnieją różnice w poziomie inteligencji emocjonalnej kobiet wychowywanych z siostrami i kobiet wychowywanych z braćmi.

Bibliografia

- Alavi, M., Mehrinezhad, S. A., Amini, M., Singh, M. K. a/p P. (2017). Family functioning and trait emotional intelligence among youth. *Health Psychology Open*, 4(2).
- Alekseeva, O. S., Kozlova, I. E., Baskaeva, O. V., Pyankova, S. D. (2014). Intelligence and sibling relationship. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 146(25), 187–191.
- Ankowski, A. A., Vlach, H. A., Sandhofer, C. M. (2013). Comparison versus contrast: Task specifics affect category acquisition. *Infant and Child Development*, 22(1), 1–23.
- Bar-On, R. (1997). *EQ-i BarOn Emotional Quotient Inventory. A measure of emotional intelligence. User's manual*. Toronto, Kanada: Multi-Health System Inc.
- Czarnecka, M. (2009). *Inteligencja emocjonalna u mężczyzn wychowywanych z braćmi i siostrami*. [Niepublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii WSFiZ, Warszawa].
- Davies, P. T., Parry, L. Q., Bascoe, S. M., Martin, M. J., Cummings, E. M. (2019). Children's vulnerability to interparental conflict: The protective role of sibling relationship quality. *Child Development*, 90(6), 2118–2134.
- Denham, S. A. (1989). Maternal affect and toddlers' social-emotional competence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(3), 368–376.
- Denham, S. A. (1998). *Emotional development in young children*. Nowy Jork, Stany Zjednoczone: The Guilford Press.
- Denham, S. A., Auerbach, S. (1995). Mother-child dialogue about emotions and preschoolers' emotional competence. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 121(3), 311–337.
- Denham, S. A., Kochanoff, A. (2002). „Why is she crying?” Children's understanding of emotion from preschool to preadolescence. W: L. F. Barrett, P. Salovey (red.), *The wisdom in feeling. Psychological processes in emotional intelligence* (s. 239–270). Nowy Jork, Stany Zjednoczone: The Guilford Press.
- Dunn, J., Bretherton, I., Munn, P. (1987). Conversations about feeling states between mothers and their young children. *Developmental Psychology*, 23(1), 132–139.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B. C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Development*, 67(5), 2227–2247.
- Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P., Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent-child emotion narratives. *Sex Roles*, 42, 233–253.
- Gallitto, E., Leth-Steensen, C. (2019). Moderating effect of trait emotional intelligence on the relationship between parental nurturance and prosocial behaviour. *Journal of Adolescence*, 74, 113–119.
- Gohm, C. L., Corser, G. C., Dalsky, D. J. (2005). Emotional intelligence under stress: Useful, unnecessary, or irrelevant? *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1017–1028.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Nowy Jork, Stany Zjednoczone: Bantam Book.
- Halberstadt, A. G. (1986). Family socialization of emotional expression and nonverbal communication styles and skills. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(4), 827–836.

- Ilg, F. L., Ames, L. B., Baker, S. M. (2001). *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jaworowska, A., Matczak, A. (2005). *Popularny Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej PKIE. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Jaworowska, A., Matczak, A. (2008). *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE N. S. Schutte, J. M. Malouffa, L. E. Hall, D. J. Haggerty'ego, J. T. Cooper, C. J. Golden, L. Dornheim. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Knopp, K. (2007). Inteligencja emocjonalna a temperament studentów oraz postawy rodzicielskie ich matek i ojców. *Roczniki Psychologiczne*, 10(2), 113–133.
- Martowska, K. (2007). Cechy środowiska rodzinnego a inteligencja emocjonalna u dzieci. *Studia Psychologica*, 7, 181–194.
- Martowska, K. (2009). Inteligencja emocjonalna licealistów a oddziaływania wychowawcze rodziców. *Ruch Pedagogiczny*, 3/4, 55–69.
- Martowska, K. (2015). Cechy rodziny pochodzenia a przystosowanie społeczno-emocjonalne młodych kobiet. W: A. Margasiński (Red.), *Rodzina w ujęciu systemowym. Teoria i badania* (s. 33–51). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Matczak, A. (2003). *Zarys psychologii rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Matczak, A. (2004a). Rola temperamentu w rozwoju człowieka. *Psychologia Rozwojowa*, 9, 9–21.
- Matczak, A. (2004b). Temperament a inteligencja emocjonalna. *Psychologia - Etologia - Genetyka*, 10, 59–82.
- Matczak, A. (2006). Natura i struktura inteligencji emocjonalnej. *Psychologia - Etologia - Genetyka*, 13, 59–87.
- Matczak, A., Knopp, K. (2013). *Znaczenie inteligencji emocjonalnej w funkcjonowaniu człowieka*. Warszawa: Liberi Libri.
- Matczak, A., Martowska, K. (2011). Z badań nad uwarunkowaniami kompetencji emocjonalnych. *Studia Psychologica*, 11, 5–18.
- Matczak, A., Piekarska, J. (2011). *Test Rozumienia Emocji TRE*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Matczak, A., Piekarska, J., Studniarek, E. (2005). *Skala Inteligencji Emocjonalnej—Twarze. SIE-T. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Matthews, G., Zeidner, M., Roberts, R. D. (2002). *Emotional intelligence: Science and myth*. Cambridge, Stany Zjednoczone: The MIT Press.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267–298.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion Review*, 8(4), 290–300.
- Mayer, J. D., Geher, G. (1996). Emotional intelligence and the identification of emotion. *Intelligence*, 22(2), 89–113.
- Mayer, J. D., Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? W: P. Salovey, D. J. Sluyter (Red.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (s. 3–31). Nowy Jork, Stany Zjednoczone: Basic Books.

- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197–215.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. (1997). *Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS)*. Simsbury, Stany Zjednoczone: Charles J. Wolfe Associates.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- McElwain, N. L., Halberstadt, A. G., Volling, B. L. (2007). Mother- and father-reported reactions to children's negative emotions: Relations to young children's emotional understanding and friendship quality. *Child Development*, 78(5), 1407–1425.
- Obuchowska, I. (2000). *Kochać i rozumieć ciąg dalszy*. Poznań: Media Rodzina.
- Ogren, M., Burling, J. M., Johnson, S. P. (2018). Family expressiveness relates to happy emotion matching among 9-month-old infants. *Journal of Experimental Child Psychology*, 174, 29–40.
- Petrides, K. V., Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 313–320.
- Petrides, K. V., Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15(6), 425–448.
- Petrides, K. V., Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, 17(1), 39–57.
- Piekarska, J. (2020). *Uwarunkowania inteligencji emocjonalnej*. Warszawa: Wydawnictwo AEH.
- Piekarska, J. (2004). Inteligencja emocjonalna młodzieży a sposoby reagowania rodziców w sytuacjach problemowych. *Psychologia Rozwojowa*, 9, 23–33.
- Piekarska, J. (2007). *Źródła inteligencji emocjonalnej: Rola oddziaływań wychowawczych rodziców* [Rozprawa doktorska, Wydział Psychologii UW, Warszawa].
- Piekarska, J. (2010). Temperamentalne uwarunkowania inteligencji emocjonalnej. *Psychologia - Etologia - Genetyka*, 21, 55–76.
- Recchia, H. E., Howe, N. (2009). Associations between social understanding, sibling relationship quality, and siblings' conflict strategies and outcomes. *Child Development*, 80(5), 1564–1578.
- Saarni, C. (2005). Społeczny kontekst rozwoju emocjonalnego. W: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 392–412). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Salovey, P., Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185–211.
- Strelau, J. (2006). *Temperament jako regulator zachowania. Z perspektywy półwiecza badań*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Vasta, R., Haith, M. M., Miller, S. A. (1999). *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Zeidner, M., Olnick-Shemesh, D. (2010). Emotional intelligence and subjective well-being revisited. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 431–435.

CZEŚĆ III

Z BADAŃ NAD BLISKIMI ZWIĄZKAMI

Mieczysław Plopa¹, Wojciech Plopa², Inna Szymczak¹

¹ Instytut Psychologii, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

² Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

Autor do korespondencji: Mieczysław Plopa

m.plopa@vizja.pl

Wizja bliskiego związku w percepcji polskiej i ukraińskiej młodzieży akademickiej

Wprowadzenie

Wraz ze zmianami w wielu obszarach życia człowieka w Trzecim tysiącleciu, zachodzą zmiany również w stosunkach międzyludzkich. W ostatnich dziesięcioleciach znaczącym zmianom ulega rodzina i jej funkcjonowanie. Progres naukowo-techniczny, globalizacja sprzyjają zanikaniu wielowiekowych tradycji i powstawaniu w ich miejsce nowych zwyczajów. Wielowiekowa tradycja ślubów, zawierania małżeństw jest negowana. Coraz częściej różne formy współżycia między ludźmi postrzegane są jako życie rodzinne. Powstają nowe, alternatywne do małżeństwa, formy współżycia. Wydaje się, iż obserwujemy kryzys instytucji małżeństwa, pojawiają się nawet tendencje „odwrotu od małżeństwa”.

Ale czy rzeczywiście nastąpiła era „odwrotu od małżeństwa” i instytucję małżeństwa zastąpią inne formy współżycia między ludźmi? Wewnątrzrodzinne stosunki, relacje między małżonkami nabierają innego charakteru. Inny jest styl zachowania partnerów w związku, zmieniają się również wyznawane przez nich wartości (Adamski, 2002; Kwak, 2005; Plopa, 2011a; Gębuś, 2006).

Poczucie bezpieczeństwa ekonomicznego rodziny obecnie utożsamiane jest z posiadaniem pracy przez oboje współmałżonków. Podkreśla się znaczenie zadowolenia z posiadanej pracy. Kobiety stają się coraz bardziej aktywne zawodowo, kariera zawodowa staje się dla nich nie mniej ważna niż życie rodzinne. Idąca za tym niezależność finansowa kobiet przyczynia się do powstawania rodzin egalitarnych – z układem partnerskim między małżonkami, przeciwstawnym układowi tradycyjnemu: nie ma już precyzyjnego podziału ról między mężem a żoną, wspierają się oni wzajemnie i są równoprawnymi partnerami.

Od połowy zeszłego stulecia motywy zawierania związków małżeńskich zaczynają różnić się od motywów, które były ważne dla poprzednich pokoleń. Coraz rzadziej motywem zawarcia małżeństwa są sprawy majątkowe lub pochodzenie wybranka. Jako najważniejsze deklarowane są motywy uczuciowe: miłość, chęć ułożenia życia z ukochaną osobą, ucieczka od samotności, narodzenie i wychowywanie wspólnie dzieci. Również decyzja o zawarciu związku małżeńskiego jest podejmowana przez młodych samodzielnie, bez konieczności liczenia się ze zdaniem rodziców. (Łobodzińska, 1963, Plopa, 2011a; Łukasiewicz, 2011).

Jednak współcześnie, jak uważa J. Rostowski (2009), nie tylko motywami uczuciowymi kierują się młodzi ludzie podejmując decyzję zawarcia małżeństwa. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni poszukują kandydatów

do małżeństwa z odpowiednim poziomem wykształcenia i pozycją na rynku pracy, a „odwrót od zawierania małżeństwa następuje w przypadku partnerów z najmniejszymi zasobami, zarówno umysłowymi, jak i materialno-ekonomicznymi”.

Ważne znaczenie w preferencji bliskich związków interpersonalnych odgrywają wzorce kulturowe. Paweł Boski (2009) podkreśla, że jedną z konsekwencji psychologicznych kultury polskiej jest „rodzina jako podstawowa grupa tożsamościowa oraz wsparcia w radzeniu sobie z trudnościami”. To rodzina w trudnych dla Polski czasach przekazywała młodemu pokoleniu wartości kulturowe i patriotyczne.

Dosyć liczne badania wydają się potwierdzać, że dla Polaków rodzina i małżeństwo pozostają jednak jedną z podstawowych wartości. Zdecydowana większość młodych ludzi (70-90%) planuje zawarcie związku małżeńskiego (Rostowski, 2009; Płopa, 2011a).

Institucja rodziny zmienia się globalnie i w dzisiejszych czasach niewiele jest krajów, gdzie zmiany te nie byłyby przedmiotem dociekań naukowców, a także zaniepokojenia społeczeństwa. Intensywność zmian w różnych krajach zależy głównie od poziomu rozwoju ekonomicznego, ale także od norm religijnych i kulturowych. Także instytucja małżeństwa nie jest już jedyną formą bliskich związków, normą stają się inne formy współżycia (Slany, 2008; Rostowski, 2014).

W świetle przeobrażeń rodziny, zmian w jej funkcjonowaniu, powstawania nowych form współżycia między ludźmi, interesujące są poglądy młodych ludzi dotyczące małżeństwa i rodziny, bo przecież to właśnie oni stoją na progu wejścia w dorosłe życie, którego ważnym elementem zawsze było założenie rodziny. Czy dla współczesnej młodzieży jest to nadal ważne? A jeśli tak, to co będzie motywować ich do założenia rodziny? Jakie mają oczekiwania i jak widzą swoją przyszłą rodzinę? Czy będzie to tradycyjny związek małżeński, czy wybiorą alternatywną jego formę?

Z badań nad percepcją rodziny młodzieży polskiej

Wiele dotychczasowych badań, przeprowadzonych wśród młodych Polaków, wskazują, że założenie rodziny jest bardzo ważne dla większości z nich. Aż 94,8% badanych deklaruje chęć zawarcia związku małżeńskiego (Płopa, 2011). Swoje związki małżeńskie młodzież widzi jako związki egalitarne, partnerskie. W ich wyobrażeniu powinien być to związek, w którym oboje partnerzy mają równe prawa i obowiązki, funkcjonują jako przyjaciele. Związek taki opierać się powinien na miłości i wzajemnej atrakcyjności dla siebie partnerów.

Niezależność partnerów, czyli swobodna aktywność i samorealizacja poza rodziną, jest deklarowana jako bardzo ważny element pożycia małżeńskiego. Jednak to dla mężczyzn wolność w małżeństwie jest ważniejsza, kobiety nie samorealizację poza rodziną, ale właśnie dobro rodziny deklarują jako najważniejsze. Ważnymi cechami przyszłych współmałżonków dla młodych Polaków są wierność i uczciwość. Na takich wartościach swoje małżeństwa chce w przyszłości budować zdecydowana większość młodych Polaków (Płopa, 2011a).

Ważnym i interesującym zagadnieniem jest także to, w jakim wieku młodzi ludzie planują założyć rodzinę i jak motywują podjęcie takiej decyzji. Młodzież akademicka najczęściej deklaruje zamiar zawarcia

małżeństwa po ukończeniu nauki. Za właściwy wiek do zawarcia małżeństwa część badanych podaje 30 lat. Niektórzy nie uzależniają tej decyzji od wieku czy innych warunków, ważne jest dla nich znalezienie odpowiedniego partnera. Jednak duża grupa badanych studentów uważa zawarcie związku małżeńskiego za bardzo odległe wydarzenie w ich życiu, chociaż ma taki zamiar w planach (Plopa, 2011a; por. W. Plopa, 2013).

Najważniejszym motywem zawarcia małżeństwa dla młodych Polaków, jak wykazały badania, jest miłość. Bardzo ważnym jest też charakter partnera i chęć posiadania bliskiej osoby. Najmniej motywującym do założenia rodziny czynnikiem jest dla młodzieży presja rodziców (Plopa, 2011a). Ewa Budzyńska (2001) opisuje badania przeprowadzone w 1998 roku wśród młodzieży katowickiej (uczniowie klas III szkół ponadpodstawowych - losowo dobrana próba 500 osób). Analiza badań przeprowadzona została w ramach modelu przyszłościowego, który obejmuje wyobrażenia młodzieży o przyszłej rodzinie. Wyniki badań wykazały, iż większość badanych planuje zalegalizować swoje małżeństwo - 72,6%, ale jedna czwarta za bardziej odpowiednią dla nich uważa alternatywną do małżeństwa formę związku interpersonalnego: kohabitacja - 13,6%, luźne spotkania z wieloma partnerami - 9%. Widoczne są różnice ze względu na płeć- dziewczęta częściej opowiadają się za małżeństwem - 79,8%, niż chłopcy - 64,3%. Postawy religijne badanych (autodeklaracja wiary) też wydają się mieć wpływ na planowanie przez młodzież przyszłego życia- osoby deklarujący się jako wierzący częściej opowiadają się za zalegalizowanym związkiem małżeńskim.

W planach prokreacyjnych badanej młodzieży również przeważa orientacja tradycyjna: 50% badanych planuje mieć dwoje dzieci, aż 24,5% marzy o rodzinie wielodzietnej, jedno dziecko planuje mieć 12,1% badanych. 3,8% planuje mieć dzieci poza związkiem małżeńskim. 6,7% badanych młodych ludzi deklaruje bezdzietność z wyboru. Rodzinę wielodzietną planują częściej osoby religijne - 37,2 badanych, osoby „oddalone od religii” opowiadają się za bezdzietnością lub jednodzietnością.

Na podstawie danych badań przeprowadzonych wśród młodych mieszkańców Katowic można stwierdzić, iż modelem przyszłościowym rodziny dla większości z nich pozostaje tradycyjny związek małżeński z co najmniej dwójką dzieci. Jednak uwidacznia się wyraźna tendencja młodzieży do planowania życia w związkach alternatywnych do tradycyjnego modelu rodziny, a nawet do spędzenia życia w pojedynkę i bez dzieci. (Budzyńska, 2001; Skopińska, 2011).

M. Plopa (2011a) podaje, opierając się na badaniach własnych, iż wśród celów życiowych młodych dorosłych „wolnych” i będących w związkach małżeńskich najważniejszymi są: „chciałbym żyć w szczęśliwym, trwałym związku małżeńskim” i „chciałbym mieć dziecko(i) i wychować je na szczęśliwych ludzi” (I i II ranga), co dowodzi, iż dla młodych Polaków to wartości prorodzinne wyznaczają cele nadrzędne w życiu. Podkreśla też, że ze względu na dużą grupę badawczą „można przyjąć, że jest to w pewnym sensie preferowany model życia współczesnego, młodego, wykształconego Polaka”.

Jednak zważając na to, iż bardzo ważne cele młodych Polaków, deklarowane tuż po założeniu rodziny i posiadaniu dzieci, to: „chciałbym się realizować w pracy zawodowej”, „chciałbym zyskiwać przyjaciół”,

„chciałbym odnieść sukces finansowy” (odpowiednio III, IV i V ranga) , można przypuszczać, że z czasem orientacje młodzieży mogą ulec zmianie, szczególnie jeśli chodzi o rodzicielstwo, ponieważ „ popularne stają się orientacje na wartości podkreślające sukces, ekscytacje życiem, niezależność - mogą one negatywnie wpływać na popularność rodzicielstwa, ponieważ dotyczą takich form aktywności, które bezpośrednio konkurują z obowiązkami rodzicielskimi” (Plopa, 2011b).

Krystyna Slany w 2001 roku przeprowadziła badania socjologiczne wśród 1500 studentów państwowych uczelni w Polsce studiujących na różnych kierunkach. Zdecydowana większość badanych była stanu wolnego (93%) co, jak uważa autorka, wskazuje na to, że przed ukończeniem studiów związki małżeńskie zawierane są rzadko. Najwyższe miejsce w hierarchii wartości badanych studentów zajmuje miłość (62,7%), posiadanie rodziny jest na drugim miejscu (40,4%), na trzecim – zdrowie (37,5%). Następnie, po tych wartościach wybierane są jako najważniejsze takie, które „symbolizują ducha ponowoczesnego świata”: samorealizacja (18,5%), praca (14,6%), niezależność ekonomiczna (14,4%), sukces życiowy (11,6%). Z badań wynika również, iż większość badanych posiada partnera (62%), a u 80% z nich związek ten trwa już ponad rok. 66% z nich jest przekonanych, że związek ten jest traktowany jako stabilny, co związane jest z planami jego zalegalizowania w przyszłości. Częściej deklarują chęć pozostania w związku nieformalnym mężczyźni (18%). Deklarację taką składa 12,3% kobiet. Jak widać, iż wśród grupy badanych studentów wyraźna większość ma zamiar zawrzeć związek małżeński, jednak 67% z nich nie ma zamiaru uczynić tego w najbliższej przyszłości. Decyzja o związku małżeńskim jest odkładana na dalszą przyszłość przez młodych Polaków, ponieważ, zdaniem K. Slany, to uwarunkowania świata ponowoczesnego wpływają na tę decyzję. Żeby dostosować się do owych uwarunkowań, czyli zapewnić sobie godziwe warunki życia, młodzież na pierwszym miejscu stawia wykształcenie i stabilizację zawodową. Edukacja i kariera zawodowa wydają się być najważniejszymi czynnikami wpływającymi na decyzje młodych ludzi o zawarciu związku małżeńskiego, jak i posiadanie dzieci. W Polsce rodzina jest jedną z najważniejszych wyznawanych wartości, więc opóźnienie wieku, w którym młodzi deklarują zamiar zawarcia związku małżeńskiego nie musi oznaczać kryzysu instytucji małżeństwa, a nowy, ponowoczesny styl życia (Slany, 2008).

Wszystkie powyższe badania wskazują, iż związek małżeński nadal jest ważnym elementem w planach młodych Polaków i większość z nich deklaruje zamiar założenia rodziny, chociaż zarysowuje się tendencja do zawierania małżeństw w bardziej dojrzałym wieku. Jednak widoczna jest wysoka tolerancja dla związków nieformalnych, a także deklaracje chęci pozostawania w takich związkach.

Wartości rodzinne w percepcji młodych Ukraińców

Dla narodu ukraińskiego wartością nadrzędną zawsze była rodzina, a zawarcie małżeństwa od wieków uważane było na Ukrainie za jedno z najważniejszych wydarzeń w życiu człowieka. Rodzina była konserwatywną małą grupą i nie reagowała zbyt mocno na wpływy środowiska zewnętrznego. Początki zmian wielowiekowych rodzinnych tradycji zachodzą w połowie XIX wieku w carskiej Rosji, kiedy to warunki

socjalno-ekonomiczne zmusiły jej obywateli, w większości chłopów, do poszukiwania pracy i nowych terytoriów do zagospodarowania w granicach imperium lub za granicą. Następne niekorzystne wpływy dla rodziny przyniosły Pierwsza Wojna Światowa, rewolucje, wojna domowa. Także wielki głód na Ukrainie w latach 1932-1933 wśród chłopów, przymusowe masowe przesiedlenia przyczyniły się do dalszych zmian w spostrzeganiu związków i tradycji rodzinnych.

Globalnym czynnikiem społecznego wpływu, który znacząco zmienił społeczne wyobrażenia o rodzinie, była Druga Wojna Światowa, a także procesy urbanizacji, niezbędne do odbudowy gospodarki po wojnie. Jak zaznacza W. Poliszczuk (2012), w stosunkach rodzinnych stały się dostrzegalne tendencje wzajemnego braku szacunku, szorstkość i brutalność, które efektywnie były zwalczane nieograniczoną wtedy ingerencją administracyjną i osądem społecznym. Także od lat 1960 rodzina i jej funkcjonowanie stały się przedmiotem wnikliwych badań psychologów.

Wraz z rozpadem Związku Radzieckiego psychologia rodziny znowu transformuje się pod wpływem znaczących zmian społecznych i demograficznych na Ukrainie: socjalnej i politycznej niestabilności, braku gwarancji prawnych, agresywnych wpływów społecznych, a co za tym idzie – niepewnej przyszłości. Przekształca się system wartości w świadomości Ukraińców, również wartości rodzinne doznają poważnych przemian. Proces ten, podsycany stresem emocjonalnym, ogarnia niemal wszystkie warstwy społeczne i wpływa na proces tworzenia i funkcjonowania rodziny. Pod wpływem socjalno-ekonomicznej niestabilności nasilają się tendencje pragmatyczne w motywach założenia rodziny. Rodzina postrzegana jest przede wszystkim jako sposób na zabezpieczenie się przed bytowymi i materialnymi niedogodnościami.

Od lat 90 ubiegłego wieku zauważalna jest tendencja do powierzchowności w stosunkach przedślubnych, co przejawia się niedostatecznym pragnieniem do poznania osobowości partnera, jego zainteresowań i pragnień. W stosunkach małżeńskich prowadzi to do braku zrozumienia partnera i wzajemnego szacunku. Niefrasobliwość w wyborze partnera, uproszczone wyobrażenia o wspólnym życiu, kiedy to atrakcyjność zewnętrznych atrybutów wybranka przysłania jego wartości duchowe, przeszkadzają w uświadomieniu sobie późniejszych problemów we wspólnym życiu. Oczywiście, takie podejście do wyboru partnera istniało już wcześniej, ale nie było typowe. Osłabienie wpływu i osądu społecznego pogłębia te negatywne tendencje.

Współczesne społeczeństwo ukraińskie znajduje się na etapie, kiedy jedne wartości już zostały utracone, a inne jeszcze nie są wypracowane. Znany socjolog ukraiński J. Golowacha nazwał ten fenomen „anomiczną demoralizacją” ludzi, którzy znaleźli się w warunkach nagłych zmian tradycyjnych norm i wartości. W dzisiejszych warunkach politycznych i socjalno-ekonomicznych wartości i orientacje rodzinne zmieniają się wraz ze zmianą ogólnego systemu wartości, ale niezmiennym pozostaje sama idea rodziny. Fundamentalne wartości rodzinne utrzymują się jeszcze pod wpływem starszego pokolenia.

Z badań Ministerstwa Ukrainy w sprawach rodziny, młodzieży i sportu, przeprowadzonych w 2007 roku, wynika, iż stworzenie rodziny nadal jest bardzo ważne dla młodych Ukraińców. W hierarchii ogólnych wartości założenie rodziny zajmuje u kobiet pierwsze miejsce, a u mężczyzn drugie.

Następnie za najważniejsze dla siebie wartości kobiety deklarują:

- szczęście własnych dzieci (2),
- spokój i szczęście w rodzinie (3),
- własne zdrowie (4),
- szczerść w stosunkach z partnerem (5),
- własny wygląd zewnętrzny (6),
- materialny dobrobyt rodziny (7),
- miłość (8),
- stała praca (9),
- ciekawa i twórcza praca (10),
- posiadanie własnego mieszkania (11),
- zadowolenie potrzeb seksualnych (12),
- kulturowe i duchowe samodoskonalenie się (12),
- kariera (13),
- kształcenie się (14),
- dobre odżywianie się (15),
- uczestniczenie w życiu społecznym (15),
- ciekawe i wesołe spędzanie czasu wolnego (15).

Hierarchia wartości mężczyzn przedstawia się nieco inaczej. Najważniejszym dla mężczyzn jest status materialny (materialny dobrobyt rodziny), dopiero na drugim miejscu jest założenie rodziny. Inne wartości plasują się następująco:

- stała praca (3),
- własne zdrowie (4),
- szczęście własnych dzieci (5),
- szczerść w stosunkach rodzinnych (6),
- kariera (7),
- zadowolenie potrzeb seksualnych (8),
- posiadanie własnego mieszkania (9),
- spokój i szczęście w rodzinie (10),
- ciekawa i twórcza praca (11),

- ciekawe i wesołe spędzanie czasu wolnego (13),
- uczestniczenie w życiu społecznym (14),
- miłość (15),
- własny wygląd zewnętrzny (16),
- kształcenie się (16),
- kulturowe i duchowe samodoskonalenie się (17).

W książce „Psychologia rodziny” W. Poliszczuk (2012) zamieszcza dane z badań Ukraińskiego Państwowego Instytutu Problemów Rodziny i Młodzieży za 2003 rok (tabela 1).

Z badań wynika, iż około 1/4 badanych w ogóle nie omawia przed ślubem, kiedy i ile będą mieć dzieci, jak będą układać stosunki z rodzinami pochodzenia, jak podzielą obowiązki rodzinne. Nie można pominąć różnic w transformacji współczesnej rodziny między wschodnimi a zachodnimi regionami Ukrainy. Obwody (województwa) zachodnie - lwowskie, iwano-frankowskie, tarnopolskie, rówieńskie, wołyńskie, zakarpackie, czerniowieckie, charakteryzują się bardzo silnym przywiązaniem do tradycji, w tym pielęgnowania wartości rodzinnych. Ważne jest zarejestrowanie ślubu (w większości są to śluby cerkiewne, nie cywilne), stałość stosunków małżeńskich, rodzenie i wychowywanie dzieci w pełnej rodzinie, podział ról męża i żony, wierność i wzajemny szacunek w małżeństwie. Śluby w tych województwach zawierane są przez osoby w młodszym wieku, w rodzinach rodzi się więcej dzieci, niższy jest wskaźnik rozwodów, dzieci nieślubnych, rodzin niepełnych. Związki kohabitacyjne w tych województwach nie są akceptowane, szczególnie jeśli dotyczą ludzi młodych. Zwłaszcza jest to widoczne w mniejszych miejscowościach, gdzie wpływ i osąd społeczny jest nadal bardzo silny, rodzina wciąż zachowuje swoje cechy tradycyjne, wywodzące się z dawnosłowiańskiej i staroukraińskiej kultury rodzinnej i chrześcijańskiej (przeważnie prawosławnej) etyki.

Interesujące są motywy, z jakich młodzi Ukraińcy zawierają związki małżeńskie. W raporcie Prezydenta Ukrainy, Rady Najwyższej Ukrainy i Rady Ministrów Ukrainy o sytuacji rodzin i stanie realizacji państwowej polityki rodzinnej za 2010 rok zawarte są badania socjologiczne, przeprowadzone w 2002 roku, wśród respondentów stanu wolnego, dotyczące motywów, z jakich skłonni byłiby założyć rodzinę.

Tabela 1. Tematy omawiane przez młodych dorosłych przed ślubem (w %).

Tematy	Częstość rozmów		
	Często	Rzadko	Nie rozmawialiśmy
Kiedy mieć dzieci i ile	43	34	23
Problem pogodzenia nauki z obowiązkami rodzinnymi	26	34	40
Stosunki z rodzinami pochodzenia	35	41	24
Problem podziału domowych obowiązków	32	44	24
Kto będzie zarządzać finansami rodziny	21	37	42
Kto będzie głową rodziny	18	29	53

Tabela 2. Motywy zawierania związków małżeńskich przez młodych Ukraińców*.

Motywy zawarcia małżeństwa	Mężczyźni	Kobiety
Status społeczny (zamężna/zonaty)	VI	VII
Możliwość wspólnego życia z kochaną osobą	I	I
Uniezależnienie się od rodziców	VII	V
Narodziny dzieci	III	II
Chęć poświęcenia się kochanej osobie, uszczęśliwienia jej	IV	IV
Możliwość awansu społecznego	VIII	VIII
Zalegalizowanie stosunków seksualnych	VII	VI
Zapewnienie sobie bezpieczeństwa finansowego	V	IX
Zapewnienie sobie lepszych warunków mieszkaniowych	VII	VIII
Możliwość samorealizacji	VI	V
Życie z człowiekiem, który wyznaje te same poglądy i wartości życiowe	II	III

*I = najważniejszy motyw, IX = najmniej ważny motyw.

Z powyższych badań wynika, iż deklarowanym najważniejszym motywem zawarcia związku małżeńskiego zarówno dla kobiet jak i mężczyzn jest motyw romantyczny - możliwość wspólnego życia z ukochaną osobą, a także życie z kimś, kto wyznaje te same poglądy i wartości życiowe. Również ważnym motywem założenia rodziny jest chęć narodzin dzieci: u mężczyzn jest to III miejsce w hierarchii motywów, u kobiet - II.

Z badań także wynika, iż dla kobiet bardzo ważnym motywem zawarcia ślubu jest możliwość zapewnienia sobie bezpieczeństwa finansowego (V miejsce), zaś dla mężczyzn jest on najmniej ważnym. Ukraińskie kobiety po zawarciu małżeństwa liczą także na większe bezpieczeństwo finansowe rodziny. Jednak zastanawiające jest, z czego wynika takie podejście kobiet do założenia rodziny - poglądy patriarchalne, które wciąż są bardzo popularne na Ukrainie, czy trudna sytuacja ekonomiczna w kraju i często niemożliwość otrzymania dobrze płatnej pracy przez kobietę.

Interesujące są dane z międzynarodowego projektu porównawczych badań socjologicznych „Europejski sondaż społeczny” (ESS), w którym uczestniczyła również Ukraina. Na Ukrainie badania w ramach tego projektu prowadzone były w marcu-kwietniu 2005 roku i w roku 2007 Instytutem socjologii Narodowej Akademii Nauk Ukrainy pod kierownictwem J. Gołowachy (za: Poliszczuk, 2012). Wynika z nich, iż na Ukrainie nadal panuje ideologia patriarchalna, a kobiety postrzegane są przez pryzmat ich ról matki i żony. Szczęście osobiste, samodoskonalenie się, kariera podporządkowane są życiu rodzinnemu. 97% respondentów uważa, że to kobieta jest odpowiedzialna za wychowanie dzieci, a znacząco mniej (59%) takim obowiązkiem obarcza również mężczyzn. Tylko 63% respondentów uważa, że rola mężczyzny w rodzinie jako wychowawcy własnych dzieci jest ważna, natomiast 95% respondentów uważa tę rolę za bardzo ważną dla kobiety. 97% kobiet i 98% mężczyzn uważa, że to mężczyzna powinien zadbać o dobrobyt rodziny. Wśród wszystkich krajów, biorących udział w badaniu, Ukraina okazała się krajem najbardziej patriarchalnym.

Jednak ukraińscy socjologowie uważają, iż w rzeczywistości na Ukrainie przeważają rodziny egalitarne, w których panuje demokratyczny podział ról między mężem i żoną. Dotyczy to podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów rodzinnych, podziału obowiązków. Szacują, iż 50-70% rodzin ukraińskich to

rodziny egalitarne. Można mieć wrażenie, iż zachodzi rozbieżność między wyobrazeniami Ukraińców o stosunkach rodzinnych, a rzeczywistym funkcjonowaniem rodzin. Popierane są rodziny tradycyjne, patriarchalne, gdy w rzeczywistości przeważają małżeństwa partnerskie, egalitarne. Możliwe, iż przeciwstawne oczekiwania współmałżonków co do pełnienia ról męża i żony są przyczyną wielu konfliktów w rodzinie.

Analiza danych badań socjologicznych przeprowadzonych na Ukrainie wykazała, iż wśród ludzi młodych, nie przebywających jeszcze w związkach małżeńskich, dominują tradycyjne i uproszczone wyobrażenia o „dobrym mężu” i „dobrej żonie”.

W wyobrazeniu młodych mężczyzn z Ukrainy żona powinna być:

- dobrą i łagodną – 52%
- schludną, dbać o swój wygląd – 45%
- dobrą gospodynią w domu – 45%
- nie bardzo wymagającą – 42%
- nie nadużywać alkoholu – 31%
- mieć spokojny charakter – 28%
- być dobrą seksualną partnerką – 26%

Młode Ukrainki natomiast dobrą żonę widzą nieco inaczej:

- dobra gospodyni w domu – 61%
- schludna, dba o swój wygląd – 60%
- zajmuje się wychowaniem dzieci – 49%
- dobra i łagodna – 44%
- nie pali – 49%
- nie bardzo wymagająca – 37%
- ma spokojny charakter – 31%

Ponadto z badań wynika, iż młode kobiety ukraińskie opowiadają się za tradycyjnym, konserwatywnym wizerunkiem żony, co jest wyraźnie odmienne od wizerunku potencjalnej żony w krajach Europy Zachodniej. Ukrainki obowiązek żony do materialnego zabezpieczenia rodziny stawiają na ostatnim, 14 miejscu. Szczególnie zastanawiające jest to, że tylko co dziesiąta kobieta uważa miłość do męża za ważną cechę dobrej żony, podczas gdy 90% badanych uważa, iż najważniejszym motywem zawarcia związku małżeńskiego jest miłość. Dla młodych kobiet ukraińskich największe znaczenie mają tradycyjno-instrumentalne role żony - dobra gospodyni, schludna, dbająca o swój wygląd, nie pali, zajmuje się wychowaniem dzieci, dobra i łagodna, a „kochać męża” i „kochać swoje dzieci” jest na przedostatnim, 13 miejscu.

"Dobrego męża" młodzi ukraińscy mężczyźni charakteryzują tak:

- materialnie zabezpiecza rodzinę – 68%
- ma spokojny, powściągliwy charakter – 39 %
- ma poczucie humoru – 32%
- zajmuje się gospodarstwem domowym – 28%
- nie nadużywa alkoholu – 26%
- dba o żonę – 21%
- nie pali – 17%

Charakterystyka „kochać żonę” zajmuje u mężczyzn 11 miejsce. Młode kobiety charakteryzują dobrego męża tak:

- materialnie zabezpiecza rodzinę – 83%
- nie nadużywa alkoholu – 54%
- ma spokojny charakter – 38%
- ma poczucie humoru – 37%
- nie wybredny, niezbyt wymagający – 34%
- nie pali – 32%
- dba o żonę – 28%

Ponadto, takie cechy „dobrego męża”, jak pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego kobiety stawiają na miejscu 9, miłość do żony – na miejscu 10, a wychowanie dzieci przez męża na 11 miejscu. Obecnie, kiedy narzędzia wpływu na rodzinę (religia, zakaz rozwodów, osąd społeczny) są słabe i nie mają takiego znaczenia, jak dawniej, zwiększa się znaczenie stosunków interpersonalnych w rodzinie – miłość, opiekowanie się partnerem, wsparcie psychologiczne, co może zapewnić dobrą jakość a co za tym idzie - stabilność małżeństwa. Na Ukrainie, podobnie jak w wielu innych krajach to właśnie kobiety wnoszą najczęściej pozwów o rozwód, co najprawdopodobniej wynika z niedostatecznego spełniania ich oczekiwań co do małżeństwa.

Problem i cel badań

W czasach, kiedy instytucja małżeństwa wydają się tracić swoje znaczenie i wartość, a związki małżeńskie coraz częściej zastępowane są alternatywnymi ich formami, lub nawet życiem w pojedynkę, a i wewnątrz bliskich związków, w stosunkach między małżonkami zachodzą znaczące zmiany, interesujące są poglądy młodych ludzi na temat małżeństwa, a także poznanie ich celów życiowych i wartości, jakimi zamierzają kierować się w swoim życiu.

Poglądy ludzi, ich cele i hierarchia wartości mogą różnić się w zależności od warunków społeczno-ekonomicznych, a także kulturowych i religijnych. W różnych kulturach, nawet w czasach globalizacji, znaczenie i rola rodziny mogą być odmienne.

Jak wynika z literatury tematu, w Polsce zachodzą znaczące zmiany w obszarze bliskich związków między ludźmi. Związki małżeńskie wydają się mieć coraz mniejszą wartość dla współczesnej młodzieży. Związki alternatywne w stosunku do małżeństwa budzą coraz większe zainteresowanie (Janicka, 2009; Płopa, 2011). Zmiany zachodzą też w relacjach między małżonkami lub partnerami w bliskich związkach. Rodziny stają się coraz bardziej egalitarne, stosunki między małżonkami budowane są na zasadach partnerstwa.

Inaczej postrzegane są bliskie związki między ludźmi na Ukrainie. Małżeństwo wciąż jest tu jedną z najważniejszych wartości. Związki kohabitacyjne, w porównaniu do krajów Europy Zachodniej, są względnie rzadkie i nie są w zasadzie akceptowane, szczególnie w małych miejscowościach. Na bardziej tradycyjnych zasadach opierają też stosunki między małżonkami lub partnerami w związku.

Z danych międzynarodowego projektu porównawczych badań socjologicznych „Europejski sondaż społeczny” (ESS), w ramach którego badania były prowadzone również na Ukrainie w latach 2005 i 2007 wynika, iż ze wszystkich krajów biorących udział w badaniu Ukraina jest krajem najbardziej patriarchalnym. Młode kobiety ukraińskie są bardzo konserwatywne, jeśli chodzi o wizerunek i rolę żony. Poglądy Ukrainek na ten temat bardzo różnią się od poglądów kobiet z Europy Zachodniej, które opowiadają się za modelem partnerskim w stosunkach małżeńskich.

Interesujące są poglądy współczesnej młodzieży akademickiej na temat instytucji małżeństwa: jakie miejsce zajmuje ono w hierarchii ich wartości, czy założenie rodziny jest dla nich ważnym celem w życiu, a także jak widzą swoje przyszłe małżeństwo?

Czy poglądy na temat bliskiego związku między ludźmi w czasach globalizacji bardzo różnią się pod względem kulturowym i zależą od miejsca zamieszkania i kultury pochodzenia?

Prezentowane opracowanie ma na celu poznanie preferencji młodzieży akademickiej polskiej i ukraińskiej w zakresie bliskich związków, ich planów co do zawarcia w przyszłości związku małżeńskiego, a także oczekiwania co do partnera i wzajemnych relacji w związku

Metoda badań

W badaniach zastosowano kwestionariusz „Bliski związek w percepcji młodych ludzi”, opracowany przez M. Płopę (patrz załącznik). W celu przeprowadzenia badań na Ukrainie kwestionariusz został przetłumaczony na język ukraiński przez współautorkę artykułu niniejszego opracowania. W badaniach analizowano system wartości, cele życiowe, stosunek do różnych form życia w bliskim związku, warunki udanego związku.

Badane osoby. Badaniem objęto młodzież akademicką z różnych uczelni wyższych polskich i ukraińskich. Na Ukrainie badania były przeprowadzone wśród studentów różnych lat studiów Bukowińskiego Uniwersytetu Medycznego i studentów ekonomii i prawa Uniwersytetu Bukowińskiego w Czerniowcach.

W badaniach na Ukrainie wzięło udział 157 osób (120 kobiet i 37 mężczyzn) w wieku 18-23 lat. Grupa polska liczyła 233 osób (149 kobiet i 84 mężczyzn) w podobnym przedziale wiekowym. W grupie ukraińskiej 61,2 procent badanych pochodziło z małych miast i wsi, natomiast w grupie polskiej – 51 procent badanych.

Wyniki badań

Analizowanym problemem było sprawdzenie, czy młodzi dorośli (obojsza płci) z dwóch porównywanych narodowości różnią się w swojej wizji bliskiego związku. Brano pod uwagę następujące kwestie:

Poglądy na temat atrakcyjności związków małżeńskich i kohabitacyjnych, sprawiedliwości, władzy, pracy żon w związkach małżeńskich, warunków udanego związku.

Postawiono hipotezę głoszącą, że w zakresie wizji bliskiego związku zaistnieją istotne statystycznie związki między grupami osób badanych ze względu na narodowość. W rezultacie przeprowadzenia analiz statystycznych miarą χ^2 i testem U Manna-Whitneya częściowo przyjęto hipotezę o istnieniu istotnych statystycznie związków i różnic ze względu na narodowość osób badanych pomiędzy młodzieżą akademicką z Polski i z Ukrainy w ich wizji bliskiego.

Spostrzeżenie związków małżeńskich i kohabitacyjnych. Młodzież akademicką z obu krajów zapytano, co sądzą o związkach partnerskich (kohabitacji) w stosunku do związków małżeńskich (tabela 3).

Dane zawarte w powyższej tabeli uzasadniają tezę, że zarówno młodzi dorośli z Ukrainy jak i Polski uważają związek małżeński za lepszą formę bycia razem w porównaniu ze związkiem partnerskim. Większość badanych osób z obydwu krajów (81,5 % i 69,5%) uważa, że związek małżeński jest bardziej atrakcyjną formą bycia razem niż związek partnerski, niemniej istotnie częściej taki pogląd deklarują młodzi z Ukrainy ($p = 0,004$).

Tabela 3. Różnice narodowościowe w postrzeganiu związku małżeńskiego jako pożądanej formy bliskiego związku.

Kraj	Czy związek małżeński jest lepszą formą bycia razem niż związek partnerski?								Test χ^2 Pearsona	
	Tak		Nie		Nie mam zdania		Ogółem		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ukraina	128	81,5	19	12,1	10	6,4	157	100,0	11,149	0,004
Polska	151	69,5	56	25,9	9	4,2	216	100,0		

Tabela 4. Postrzeżenie małżeństwa jako formy bliskiego związku przez kobiety z Polski i z Ukrainy.

Kobiety	Czy związek małżeński jest lepszą formą bycia razem?								Test χ^2 Pearsona	
	Tak		Nie		Nie mam zdania		Ogółem		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ukraina	101	84,2	10	8,3	9	7,5	120	100,0	16,007	0,000
Polska	94	68,1	38	27,5	6	4,3	138	100,0		

n = liczebność; $V = 0,249$, $p < 0,001$

Tabela 5. Postrzeganie małżeństwa jako formy bliskiego związku przez mężczyzn z Polski i z Ukrainy.

Mężczyźni	Czy związek małżeński jest lepszą formą bycia razem?								Test χ^2 Pearsona	
	Tak		Nie		Nie mam zdania		Ogółem		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ukraina	27	73,0	9	24,3	1	2,7	37	100,0	0,111	0,946
Polska	57	73,1	18	23,1	3	3,8	78	100,0		

$V = 0,031, p = 0,946$

Tabela 6. . Różnice międzypłciowe w postrzeganiu związku małżeńskiego jako formy bliskiego związku w populacji młodzieży akademickiej z Ukrainy

Ukraina	Czy związek małżeński jest lepszą formą bycia razem?								Test χ^2 Pearsona	
	Tak		Nie		Nie mam zdania		Ogółem		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kobieta	99	82,5	15	12,5	6	5,0	120	100,0	3,241	0,198
Mężczyzna	27	73,0	9	24,3	1	2,7	37	100,0		

$V = 0,031, p = 0,946$

Tabela 7. Różnice międzypłciowe w postrzeganiu związku małżeńskiego jako formy bliskiego związku w populacji młodzieży akademickiej z Polski.

Polska	Czy związek małżeński jest lepszą formą bycia razem?								Test χ^2 Pearsona	
	Tak		Nie		Nie mam zdania		Ogółem		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kobieta	94	68,1	38	27,5	6	4,3	138	100,0	0,588	0,475
Mężczyzna	57	73,1	18	23,1	3	3,8	78	100,0		

$V = 0,052, p = 0,475$

Między poglądami kobiet z Polski i kobiet z Ukrainy stwierdzono istotny statystycznie związek ze względu na narodowość w ich preferencji małżeństwa, jako formy bliskiego związku ($V = 0,249, p < 0,001$). Kobiety z Ukrainy częściej opowiadają się za małżeństwem jako lepszą formą bycia razem (tabela 4).

Nie stwierdzono istotnych statystycznie związków pomiędzy narodowością a preferencją związku małżeńskiego przez młodych mężczyzn z Polski i z Ukrainy (tabela 5).

Kolejne pytanie dotyczyło ewentualnych różnic międzypłciowych w ocenie preferencji związków – małżeńskiego czy partnerskiego. W populacji polskiej i ukraińskiej młodzieży akademickiej nie zaobserwowano istotnych statystycznie związków pomiędzy preferencją małżeństwa lub kohabitacji, jako formy bliskiego związku a płcią osób badanych (tabela 6 i 7).

Tabela 8. Czy w XXI wieku małżeństwo to przeżytek?

Czy małżeństwo to przeżytek?	Kraj				U Manna-Whitneya	
	Ukraina ($n = 157$)		Polska ($n = 233$)		U	p
	M	SD	M	SD		
	3,99	1,18	3,92	1,17	17519,00	0,453

Kolejne pytanie dotyczyło ewentualnych różnic międzypłciowych w ocenie preferencji związków – małżeńskiego czy partnerskiego. W populacji polskiej i ukraińskiej młodzieży akademickiej nie zaobserwowano istotnych statystycznie związków pomiędzy preferencją małżeństwa lub kohabitacji, jako formy bliskiego związku a płcią osób badanych (tabele 6 i 7).

Atrakcyjność małżeństwa. Kolejne pytanie dotyczyło ogólnej atrakcyjności związków małżeńskich w dzisiejszych czasach. Stosowne dane znajdują się w tabeli 8. W wyniku przeprowadzonych analiz statystycznych testem *U* Manna-Whitneya nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic ze względu na narodowość osób badanych w wyrażaniu przez nich opinii na ten temat.

Młodzi dorośli obojga płci z Ukrainy i Polski mają podobny stosunek do instytucji małżeństwa, nie uważają jej za przeżytek.

Sprawiedliwość w bliskim związku. Osoby badane zapytano, czy ich zdaniem prawdziwe jest stwierdzenie, że w bliskich związkach zazwyczaj nie ma sprawiedliwości. Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku w wyrażaniu opinii o sprawiedliwości w bliskich związkach a narodowością osób badanych (tabela 9).

Priorytet ról w rodzinie. Badani ustosunkowywali się do pytania, czy zgadzają się ze stereotypem kulturowym, według którego to mężczyzna jest głową rodziny i na nim ciąży większa odpowiedzialność. Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy wyrażaniem opinii na ten temat a narodowością osób

Tabela 10. Mężczyzna jako głowa rodziny – różnice narodowościowe.

Kraj	Czy to mężczyzna jest głową rodziny?								Test χ^2 Pearsona	
	Tak		Nie		Nie mam zdania		Ogółem		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ukraina	95	60,5	58	36,9	4	2,5	157	100,0	19,932	0,000
Polska	86	37,7	128	56,1	14	6,1	228	100,0		

$V = 0,228, p < 0,001$

Tabela 11. Mężczyzna jako głowa rodziny- różnice między kobietami z Polski i z Ukrainy.

Kobiety	Czy to mężczyzna jest głową rodziny?								Test χ^2 Pearsona	
	Tak		Nie		Nie mam zdania		Ogółem		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ukraina	67	55,8	49	40,8	4	3,3	120	100,0	24,147	0,000
Polska	39	26,5	96	65,3	12	8,2	147	100,0		

$V = 0,301, p < 0,001$

Tabela 12. Mężczyzna jako głowa rodziny- różnice między mężczyznami z Polski i z Ukrainy.

Mężczyźni	Czy to mężczyzna jest głową rodziny?								Test χ^2 Pearsona	
	Tak		Nie		Nie mam zdania		Ogółem		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ukraina	28	75,7	9	24,3	0	0,0	37	100,0	3,843	0,146
Polska	47	58,0	32	39,5	2	2,5	81	100,0		

$V = 0,180, p = 0,146$

badanych ($V = 0,228, p < 0,001$). Więcej studentów z Ukrainy niż studentów z Polski uważa, że mężczyzna jest głową rodziny i to na nim ciąży większa odpowiedzialność za jej losy (tabela 10).

Dalsze analizy wskazują, że pogląd ten jest podobny w przypadku mężczyzn z obydwu krajów, natomiast w przypadku kobiet różnice okazały się statystycznie istotne (tabela 11 i 12). Oznacza to, że młode Ukrainki (55,8%) istotnie częściej traktują mężczyznę jako głowę rodziny w porównaniu z młodymi Polkami (26,5%). Dane zawarte w tabelach wskazują na ciekawą konkluzję, a mianowicie, że za głowę rodziny uważa mężczyznę większość mężczyzn z Ukrainy (75,7%) i najmniej kobiet z Polski (26,5%).

Praca zawodowa kobiet. Młodzież akademicką poproszono o wyrażenie swojej opinii na temat pracy zawodowej kobiet – czy ma ona wpływ na zadowolenie z małżeństwa lub bliskiego związku obu partnerów. Istotny statystycznie związek stwierdzono pomiędzy narodowością osób badanych a wyrażaniem przez nich poglądów na ten temat ($V = 0,397, p < 0,001$).

Więcej studentów polskich (68,4%) niż studentów ukraińskich (36,3%) stwierdziło, że, ich zdaniem, fakt podjęcia przez kobietę pracy zawodowej ma wpływ na zadowolenie ze związku obu partnerów (tabela 13). Dalsze analizy zaprezentowane w tabelach 14 i 15 sugerują, że prawidłowość ta dotyczy badanych obojga płci. Zatem można stwierdzić, że młodzi dorośli z Polski (zarówno kobiety jak i mężczyźni) istotnie częściej wiążą pozytywnie pracę kobiet z satysfakcją w małżeństwie. Ten pogląd wyraża mniejszość badanych z Ukrainy (40% kobiet i 24% mężczyzn).

Tabela 13. Praca zawodowa kobiet a zadowolenie ze związku- różnice narodowościowe.

Kraj	Czy fakt podjęcia pracy zawodowej przez kobietę może mieć wpływ na zadowolenie z bliskiego związku?								Test χ^2 Pearsona	
	Tak		Nie		Nie mam zdania		Ogółem		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ukraina	57	36,3	39	24,8	61	38,9	157	100,0	60,813	0,000
Polska	156	68,4	54	23,7	18	7,9	228	100,0		

$V = 0,39, p < 0,001$

Tabela 14. Praca zawodowa kobiet a zadowolenie ze związku - różnice między kobietami z Polski i z Ukrainy.

Kobiety	Czy fakt podjęcia pracy zawodowej przez kobietę może mieć wpływ na zadowolenie z bliskiego związku?								Test χ^2 Pearsona	
	Tak		Nie		Nie mam zdania		Ogółem		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ukraina	48	40,0	29	24,2	43	35,8	120	100,0	34,796	0,000
Polska	102	69,4	33	22,4	12	8,2	147	100,0		

$V = 0,361, p < 0,001$

Tabela 15. Praca zawodowa kobiet a zadowolenie ze związku - różnice między mężczyznami z Polski i Ukrainy.

Mężczyźni	Czy fakt podjęcia pracy zawodowej przez kobietę może mieć wpływ na zadowolenie z bliskiego związku?								Test χ^2 Pearsona	
	Tak		Nie		Nie mam zdania		Ogółem		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ukraina	9	24,3	10	27,0	18	48,6	37	100,0	29,780	0,000
Polska	54	66,7	21	25,9	6	7,4	81	100,0		

$V = 0,502, p < 0,001$

Tabela 16. Praca zawodowa kobiet, a wychowanie dzieci - różnice narodowościowe.

Kraj	Czy praca zawodowa kobiet zawsze ma negatywny wpływ na wychowanie dzieci?								Test χ^2 Pearsona	
	Tak		Nie		Nie mam zdania		Ogółem		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ukraina	50	31,8	95	60,5	12	7,6	157	100,0	0,759	0,684
Polska	79	34,5	137	59,8	13	5,7	229	100,0		

$V = 0,044, p = 0,684$

Tabela 17. Podział władzy w bliskim związku- różnice narodowościowe.

Kraj	Jak powinna być podzielona władza w bliskim związku?								Test χ^2 Pearsona			
	Po równo		Jego większa		Jej większa		Trudno powiedzieć		Ogółem		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ukraina	117	75,4	21	13,4	3	1,9	16	10,2	157	100,0	10,954	0,012
Polska	194	83,3	10	4,3	3	1,3	26	11,2	233	100,0		

$V = 0,168, p = < 0,05$

Tabela 18. Podział władzy w małżeństwie (bliskim związku) - różnice między kobietami z Polski i z Ukrainy.

Kobiety	Jak powinna być podzielona władza w bliskim związku?								Test χ^2 Pearsona			
	Po równo		Jego większa		Jej większa		Trudno powiedzieć		Ogółem		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ukraina	94	78,3	14	11,7	2	1,7	10	8,3	120	100,0	15,520	0,001
Polska	134	89,9	1	0,7	2	1,3	12	8,1	149	100,0		

$V = 0,240, p = < 0,01$

Tabela 19. Podział władzy w małżeństwie (bliskim związku) - różnice między mężczyznami z Polski i z Ukrainy.

Mężczyźni	Jak powinna być podzielona władza w bliskim związku?								Test χ^2 Pearsona			
	Po równo		Jego większa		Jej większa		Trudno powiedzieć		Ogółem		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ukraina	23	62,2	7	18,9	1	2,7	6	16,2	37	100,0	1,988	0,575
Polska	60	71,4	9	10,7	1	1,2	14	16,7	84	100,0		

$V = 0,240, p = 0,575$

Praca zawodowa kobiet a pełnienie roli rodzicielskiej. Badaną młodzież akademicką zapytano, czy mają wrażenie, że praca zawodowa kobiet ma negatywny wpływ na wychowanie dzieci. Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku ze względu na narodowość osób badanych w wyrażaniu opinii na ten temat przez młodzież polską i ukraińską (tabela 16).

W odpowiedziach na pytanie, czy praca zawodowa kobiet zawsze źle wpływa na wychowanie dzieci nie zaobserwowano istotnych statystycznie związków między opiniami kobiet z Ukrainy i z Polski, a także między opiniami mężczyzn z Ukrainy i z Polski.

Podział władzy w bliskim związku. W rezultacie przeprowadzonych analiz statystycznych stwierdzono, że istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy narodowością osób badanych a ich poglądami na podział władzy w bliskim związku ($V = 0,168, p < 0,05$).

Większość młodych dorosłych z Ukrainy (75,4%) jak i Polski (83,3%) uważa, że władza w małżeństwie (bliskim związku) powinna być podzielona po równo między partnerami. Niemniej, te różnice procentowe są statystycznie istotne. Wśród badanej młodzieży akademickiej z Ukrainy więcej osób niż z Polski uważa, że władza mężczyzny w małżeństwie (bliskim związku) powinna być większa, niż kobiety (tabela 17). Po uwzględnieniu czynnika płci (tabela 18 i 19), okazało się, że ta prawidłowość odnosi się jedynie do kobiet. Oznacza to, że większy odsetek kobiet z Ukrainy niż z Polski zgadza się z większą władzą mężczyzn w bliskim związku.

Warunki udanego związku a narodowość i płeć. Kolejny problem poddany analizom dotyczył poglądów młodzieży akademickiej z obydwu krajów na temat warunków, jakie powinny być spełnione, aby związek małżeński miał szansę na powodzenie (dobrą jakość i stabilność). W badaniach zastosowano kwestionariusz zawierający 10 warunków, do których ustosunkowywali się badani poprzez przyporządkowanie im liczby od 1 do 10 (1-najważniejszy warunek osiągnięcia szczęścia w związku, 10- najmniej ważny).

Postawiono hipotezę głoszącą istnienie istotnych statystycznie różnic ze względu na narodowość osób badanych w ocenie wartości ważnych dla szczęścia w bliskim związku.

Tabela 20. Różnice narodowościowe w ocenie warunków udanego związku.

Co sprawia, że związek dwojga ludzi jest udany i szczęśliwy?	Narodowość				U Manna-Whitneya	
	Ukraińcy ($n = 157$)		Polacy ($n = 214$)		U	p
	M	SD	M	SD		
Dobry standard materialny	5,16	2,89	6,23	2,68	14367,50	0,000
Posiadanie dzieci	4,44	2,84	5,38	2,86	14746,00	0,001
Wzajemna uczciwość i szacunek	2,48	2,09	3,28	2,95	16537	0,093
Satysfakcjonująca praca	5,66	2,65	6,42	2,41	15246,00	0,006
Podobne charaktery	5,74	2,86	5,34	2,73	16638,00	0,165
Miłość	2,49	2,53	2,97	3,09	17282,00	0,346
Poczucie bezpieczeństwa	5,70	2,92	4,17	2,93	12701,50	0,000
Udane życie seksualne	4,58	2,71	4,74	2,86	17788,00	0,695
Dobre zdrowie	4,54	2,82	5,33	2,69	15155,00	0,007
Wspólne zainteresowania	5,21	2,97	5,76	2,84	16212,50	0,056

Tabela 21. Ranking warunków udanego związku młodzieży akademickiej z Ukrainy i Polski.

Ukraina	M	Ranga	M	Polska
Wzajemna uczciwość i szacunek	2,48	I	2,97	Miłość
Miłość	2,49	II	3,28	Wzajemna uczciwość i szacunek
Posiadanie dzieci	4,44	III	4,17	Poczucie bezpieczeństwa
Dobre zdrowie	4,54	IV	4,74	Udane życie seksualne
Udane życie seksualne	4,58	V	5,33	Dobre zdrowie
Dobry standard materialny	5,16	VI	5,34	Podobne charaktery
Wspólne zainteresowania	5,21	VII	5,38	Posiadanie dzieci
Satysfakcjonująca praca	5,66	VIII	5,76	Wspólne zainteresowania
Poczucie bezpieczeństwa	5,70	IX	6,23	Dobry standard materialny
Podobne charaktery	5,74	X	6,42	Satysfakcjonująca praca

Tabela 22. Różnice między kobietami z Polski i z Ukrainy w ocenie warunków udanego związku.

Co sprawia, że związek dwojga ludzi jest udany i szczęśliwy?	Kobiety				U Manna-Whitneya	
	Ukraińcy ($n = 120$)		Polacy ($n = 149$)		U	p
	M	SD	M	SD		
Dobry standard materialny	5,44	2,91	6,39	2,76	7259,50	0,008
Posiadanie dzieci	4,24	2,78	5,66	2,85	6373,00	0,000
Wzajemna uczciwość i szacunek	2,30	1,99	3,08	2,80	7869,00	0,075
Satysfakcjonująca praca	5,73	2,61	6,59	2,38	7214,50	0,008
Podobne charaktery	5,70	2,78	5,45	2,66	8411,50	0,455
Miłość	2,14	2,10	2,79	3,01	8407,00	0,400
Poczucie bezpieczeństwa	5,72	2,97	4,17	2,95	6224,50	0,000
Udane życie seksualne	4,72	2,79	4,75	2,85	8936,00	0,995
Dobre zdrowie	4,41	2,82	5,43	2,64	6900,00	0,003
Wspólne zainteresowania	5,11	2,92	5,81	2,75	7592,50	0,033

Tabela 23. Różnice między mężczyznami z Polski i z Ukrainy w ocenie warunków udanego związku.

Co sprawia, że związek dwojga ludzi jest udany i szczęśliwy?	Mężczyźni				U Manna-Whitneya	
	Ukraińcy ($n = 37$)		Polacy ($n = 84$)		U	p
	M	SD	M	SD		
Dobry standard materialny	4,27	2,68	5,96	2,52	989,50	0,001
Posiadanie dzieci	5,11	2,98	4,89	2,84	1498,50	0,753
Wzajemna uczciwość i szacunek	3,08	2,31	3,64	3,19	1544,50	0,956
Satysfakcjonująca praca	5,43	2,83	6,14	2,47	1321,00	0,187
Podobne charaktery	5,89	3,17	5,14	2,86	1306,50	0,191
Miłość	3,65	3,37	3,31	3,23	1508,50	0,753
Poczucie bezpieczeństwa	5,62	2,84	4,17	2,94	1087,00	0,008
Udane życie seksualne	4,14	2,45	4,72	2,91	1380,50	0,375
Dobre zdrowie	5,00	2,86	5,15	2,79	1507,50	0,792
Wspólne zainteresowania	5,57	3,16	4,25	4,03	1519,00	0,843

W celu weryfikacji hipotezy zastosowano test U Manna-Whitneya. W rezultacie przeprowadzonych analiz zaobserwowano istotne statystycznie różnice pomiędzy studentami z Polski i z Ukrainy w zakresie oceniania wartości ważnych dla szczęścia w bliskim związku. Wyniki analiz są przedstawione w tabeli 20.

Młodzi dorośli z Polski w porównaniu z młodzieżą akademicką z Ukrainy istotnie częściej jako warunek udanego małżeństwa wymieniali poczucie bezpieczeństwa ($U = 12701,50$, $p < 0,001$). Z kolei młodzi Ukraińcy zwracali uwagę, że w ich ocenie bardziej liczą się (w porównaniu z młodymi Polakami) następujące uwarunkowania: standard materialny rodziny ($U = 14367,50$, $p < 0,001$), posiadanie dzieci ($U = 14746,00$, $p < 0,01$), dobre zdrowie ($U = 15155,00$, $p < 0,01$), wspólne zainteresowania ($U = 16212,50$, $p < 0,05$).

Pomimo tych różnic, ranking warunków udanego związku badanych z obydwu grup narodowościowych jest podobny (tabela 21). Największe znaczenie dla dobrej jakości i stabilności małżeństwa w ocenie młodzieży z Ukrainy i Polski ma relacja oparta na uczciwości, wzajemnej miłości, satysfakcjonującym życiu seksualnym. Istotne znaczenie ma także fakt posiadania dzieci i dobre zdrowie. Najmniej ważne jest podobieństwo charakterów.

Kolejny problem dotyczył różnic międzypłciowych w ocenie warunków udanego związku. Stosowne dane porównawcze znajdują się w tabelach 22 i 23. Okazało się, że Ukrainki w większym stopniu akcentują następujące uwarunkowania: standard materialny ($U = 7259,50$, $p < 0,01$), posiadanie dzieci ($U = 6373,00$,

$p < 0,001$), satysfakcjonującą pracę ($U = 7214,50, p < 0,01$), dobre zdrowie ($U = 6900,00, p < 0,01$), wspólne zainteresowania ($U = 7592,50, p < 0,05$). Polki zaś istotnie częściej podkreślały znaczenie poczucia bezpieczeństwa w związku jako warunku jego trwania ($U = 6224,50, p < 0,001$).

Mężczyźni z obydwu porównywanych narodowości wykazywali większą zbieżność w ocenie poszczególnych warunków (w porównaniu z kobietami). Różnice statystycznie istotne dotyczyły jedynie dwóch uwarunkowań: standard materialny i poczucie bezpieczeństwa (tabela 23). Dla mężczyzn z Ukrainy bardziej znaczący dla trwałości rodziny jest standard materialny ($U = 989,50, p < 0,01$), zaś dla mężczyzn z Polski – poczucie bezpieczeństwa w związku ($U = 1087,00, p < 0,01$).

W tabelach 23, 24 i 25 zamieszczono jeszcze dane porównawcze różnic międzypłciowych w poszczególnych krajach. Wskazują one, że kobiety ukraińskie w porównaniu z mężczyznami z tego kraju większą wagę przywiązują do relacji opartej na uczciwości i szacunku ($U = 1709,00, p < 0,05$), a także miłości ($U = 1774,00, p < 0,05$) między partnerami, mężczyźni zaś większą wagę przywiązują do standardu materialnego ($U = 1709,00, p < 0,05$). W porównaniu rangowania dokonanego przez kobiety i mężczyzn z Polski różnica statystycznie istotna uwidoczniła się jedynie do warunku – posiadanie dzieci. Wiązanie udanego życia małżeńskiego z posiadaniem dzieci częściej jest podkreślane przez mężczyzn ($U = 5260,50; p < 0,05$).

Tabela 24. Różnice międzypłciowe w percepcji warunków udanego związku młodzieży akademickiej z Ukrainy.

Co sprawia, że związek dwojga ludzi jest udany i szczęśliwy?	Ukraina				U Manna-Whitneya	
	Kobiety ($n = 120$)		Mężczyźni ($n = 37$)		U	p
	M	SD	M	SD		
Dobry standard materialny	5,44	2,91	4,27	2,68	1709,00	0,034
Posiadanie dzieci	4,24	2,78	5,11	2,98	1865,50	0,139
Wzajemna uczciwość i szacunek	2,30	1,99	3,08	2,31	1709,00	0,026
Satysfakcjonująca praca	5,73	2,61	5,43	2,83	2075,50	0,547
Podobne charaktery	5,70	2,78	5,89	3,17	2116,00	0,665
Miłość	2,14	2,10	3,65	3,37	1774,00	0,041
Poczucie bezpieczeństwa	5,72	2,97	5,62	2,84	2195,00	0,919
Udane życie seksualne	4,72	2,79	4,14	2,45	1959,00	0,277
Dobre zdrowie	4,41	2,82	5,00	2,86	1934,00	0,232
Wspólne zainteresowania	5,11	2,92	5,57	3,16	2049,50	0,478

Tabela 25. Różnice międzypłciowe w percepcji warunków udanego związku młodzieży akademickiej z Polski.

Co sprawia, że związek dwojga ludzi jest udany i szczęśliwy?	Polska				U Manna-Whitneya	
	Kobiety ($n = 148$)		Mężczyźni ($n = 84$)		U	p
	M	SD	M	SD		
Dobry standard materialny	6,38	2,76	5,96	2,52	5564,50	0,157
Posiadanie dzieci	5,66	2,85	4,89	2,84	5260,50	0,050
Wzajemna uczciwość i szacunek	3,08	2,80	3,64	3,19	5850,50	0,390
Satysfakcjonująca praca	6,59	2,38	6,14	2,47	5518,50	0,153
Podobne charaktery	5,45	2,66	5,14	2,86	5775,50	0,449
Miłość	2,79	3,01	3,31	3,23	5557,50	0,142
Poczucie bezpieczeństwa	4,17	2,94	4,16	2,94	6128,50	0,857
Udane życie seksualne	4,75	2,82	4,72	2,91	6100,50	0,865
Dobre zdrowie	5,43	2,64	5,15	2,79	5746,00	0,424
Wspólne zainteresowania	5,81	2,75	5,68	3,02	6097,50	0,744

Dyskusja i wnioski

Zarówno w Polsce, jak i na Ukrainie małżeństwo i rodzina od wieków były uważane za jedną z największych wartości w życiu człowieka. Tradycja nakazywała młodym ludziom legalizację swoich relacji, a śluby w większości były zawierane w kościołach lub w cerkwiach. Związki partnerskie, kohabitacyjne nie były akceptowane przez społeczeństwo i w opinii społecznej, ponieważ nie stanowiły prawdziwej rodziny.

Jednak obecnie coraz częściej młodzież woli pozostawać w związkach kohabitacyjnych, a tradycja ślubów nabiera coraz mniejszego znaczenia. Instytucja małżeństwa dla współczesnej młodzieży nie jest już tak ważna, jak była dla ich rodziców. Inne wartości są dziś ważne dla młodych ludzi: wolność osobista, samorealizacja, odnalezienie się we współczesnym świecie.

Wewnątrzrodzinne stosunki też układają się inaczej. Kobiety nie chcą już tylko pełnić roli matki i żony, pragną realizować się w pracy zawodowej i robić karierę. Rodziny są coraz bardziej egalitarne, małżonkowie kierują się zasadami partnerstwa, a ich zadania i zobowiązania wobec rodziny i społeczeństwa nie są jednoznacznie określone.

Zmiany te zachodzą w obu krajach - w Polsce i na Ukrainie, ale jak pokazały badania, Ukraińcy nadal pozostają bardziej tradycyjni w swoich poglądach, dotyczących bliskich związków między ludźmi.

Młodzież ukraińska zdecydowanie częściej, niż młodzież polska wybiera związek małżeński jako lepszą formę bliskiego związku, a dużo więcej osób wśród studentów z Polski, niż studentów z Ukrainy uważa, że kohabitacja jest lepszą formą związku. Jednak wśród Polaków i wśród Ukraińców związek małżeński wciąż dla większości jest bardziej pożądaną formą bliskiego związku.

Jednak dane Ministerstwa Ukrainy w sprawach rodziny, młodzieży i sportu z 2007 roku wskazują, że na Ukrainie też stopniowo wzrasta ilość związków kohabitacyjnych, a młodzież coraz częściej wyraża przekonanie, że najważniejsze są uczucia do partnera, a nie legalizacja związku. Zauważalny jest tu wpływ liberalnych poglądów na instytucję małżeństwa z krajów Europy Zachodniej. Ale z międzynarodowych badań socjologicznych „Europejski sondaż społeczny” (ESS) wynika, że na Ukrainie, w porównaniu do innych europejskich krajów, panują nadal dość surowe poglądy w kwestii związków partnerskich (kohabitacji) - Ukraińcy najmniej są skłonni do popierania takich związków (średnia zgody 2,37%). Tak surowe poglądy Ukraińców dzielają tylko mieszkańcy Rumunii i Rosji. Mieszkańcy innych europejskich krajów mają bardziej liberalne poglądy w tej kwestii, na przykład średnia zgody w Danii wynosi 4,47%, a w Norwegii - 4,25. W Polsce średnia zgody na związki kohabitacyjne wyniosła 3,11%. Prawdopodobnie, z czasem na Ukrainie opinia społeczna w tej kwestii też będzie się zmieniać w bardziej liberalnym kierunku.

Poproszeni o uzasadnienie swojego wyboru studenci z Ukrainy najczęściej odwoływali się do tradycji i religii: „tylko związek małżeński jest deklaracją swoich stosunków przed Bogiem i ludźmi”, „tak kaže cerkiew”, „tak było zawsze i tak powinno być”, „związek małżeński jest moralny, a kohabitacja jest banalna”.

Swój wybór na rzecz związku małżeńskiego studenci z Ukrainy uzasadniają też bardziej pragmatycznie: zalegalizowany związek daje poczucie bezpieczeństwa, pewność przyszłości, związki małżeńskie są trwalsze,

decyzja małżeństwa oznacza poważne zamiary i odpowiedzialność za partnera, tylko w małżeństwie można wychować szczęśliwe dzieci.

Prezentowane badania na Ukrainie były prowadzone w Czerniowcach, regionie, w którym ludzie wciąż są bardzo przywiązani do tradycji. Wartości rodzinne należą do najważniejszych, małżeństwa muszą być zawarte zgodnie z tradycją - w cerkwi, a negatywny osąd społeczny wobec osób, żyjących w nie zarejestrowanych, kohabitacyjnych związkach nadal jest bardzo silny. W wielu miejscowościach w obwodzie czerniowieckim do dzisiejszych czasów kobieta jest przygotowywana do zamążpójścia na długo przed ślubem. Wykonywany jest specjalny strój regionalny, bardzo kosztowny, w którym, oprócz sukni ślubnej, panna młoda musi wystąpić na weselu. Więc ślub i związek małżeński dla wychowanej tu pod wpływem starszego pokolenia młodzieży jest czymś oczywistym i nie podlegającym dyskusji.

Również podział ról w związkach małżeńskich nadal jest tradycyjny - to żona zajmuje się wychowaniem dzieci, dba o dom i męża, a rolą mężczyzny jest zabezpieczenie materialne rodziny. Ma to swoje uzasadnienie też w tym, że mężczyźni często wyjeżdżają do pracy do innych miejscowości na Ukrainie lub za granicę, a w takich warunkach inny podział ról w małżeństwie nie jest możliwy. Z danych sondażu społecznego, przeprowadzonego w ramach projektu „Ukraińskie społeczeństwo - monitoring zmian socjalnych” przez Instytut Socjologii Ukraińskiej Akademii Nauk w latach 1994 – 2010 wynika, że 97% kobiet i 98% mężczyzn ukraińskich uważają, że główną rolą mężczyzny w rodzinie jest rola zdobywcy.

Wśród studentów ukraińskich w stosunku do studentów polskich jest wyraźna przewaga osób, które swoje bliskie związki widzą jako związki tradycyjne, a nie egalitarne. Studenci z Polski częściej niż studenci z Ukrainy, opowiadają się za partnerskim modelem bliskiego związku. Co ciekawe, zarówno w Polsce, jak i na Ukrainie to mężczyźni, a nie kobiety częściej opowiadają się za modelem tradycyjnym rodziny.

Potwierdzeniem tego, że młodzież ukraińska jest bardziej tradycyjna w swoich poglądach na bliskie związki między ludźmi są odpowiedzi na pytanie, czy zgadzają się ze stwierdzeniem, że to mężczyzna jest głową rodziny i na nim ciąży większa odpowiedzialność za jej dobro i pomyślność. Zdecydowanie więcej studentów w grupie badanych z Ukrainy, niż studentów z polskiej grupy badanych odpowiedziało, że zgadzają się z tym stwierdzeniem i ich zdaniem, to właśnie mężczyzna jest głową rodziny.

Też wśród studentów z Ukrainy przeważało zdanie, że mężczyźni należy się większa władza w małżeństwie (bliskim związku), a wśród studentów z Polski - że władza powinna być podzielona po równo między partnerami. U młodzieży akademickiej z Ukrainy zauważono tendencję do częstszego deklaruwania, że w bliskim związku rządzi ten, kto zarabia więcej.

Związane to może być nie tylko z tradycją i kulturą ukraińską, ale także z sytuacją socjalno-ekonomiczną na Ukrainie. O związku partnerskim możemy mówić, kiedy oboje partnerzy są w planie materialnym od siebie niezależni. Na Ukrainie, w warunkach kryzysu i bezrobocia, to mężczyzna ma większe możliwości zarobienia pieniędzy, więc kobieta jest od niego zależna finansowo. Pod wpływem socjalno-ekonomicznej

niestabilności szczególnie wśród kobiet nasilają się tendencje pragmatyczne w motywach założenia rodziny - jako sposób zabezpieczenia przed bytowymi i materialnymi niedogodnościami.

Wśród młodzieży akademickiej z Polski przeważa pogląd, że praca zawodowa kobiet ma wpływ na zadowolenie z małżeństwa, wśród młodzieży ukraińskiej – że nie ma wpływu, lub nie mają zdania na ten temat. Można sądzić, że przynajmniej w niektórych rejonach Ukrainy temat pracy kobiet nie jest zbyt często poruszany, bo to mężczyzna wciąż pozostaje głównym żywicielem rodziny, a głównym obowiązkiem kobiety jest wychowywanie dzieci. Może to być powodem, dla którego mężczyźni z Ukrainy wykazują też tendencję do deklarowania, że praca zawodowa kobiet ma negatywny wpływ na wychowanie dzieci.

Młodzież z Ukrainy częściej, niż młodzież polska deklaruje, że dla szczęścia w bliskim związku ważne są takie wartości, jak standard materialny życia, posiadanie dzieci, satysfakcjonująca praca i dobre zdrowie.

Ale to mężczyźni na Ukrainie, częściej niż kobiety deklarują, że standard materialny życia jest ważny dla szczęścia w bliskim związku, kobiety za ważniejsze uważają wzajemny szacunek partnerów, uczciwość i miłość.

Młodzież polska częściej, niż młodzież ukraińska, deklaruje, że dla szczęścia w bliskim związku ważne jest poczucie bezpieczeństwa. Interesujące jest, że to mężczyźni częściej niż kobiety wśród młodzieży polskiej deklarują, że dla szczęścia w bliskim związku ważne jest posiadanie dzieci.

Badania potwierdziły hipotezę, że młodzież akademicka z Polski i z Ukrainy różni się w swoich poglądach na bliskie związki między ludźmi. Młodzież ukraińska jest bardziej tradycyjna w swoich poglądach, co wynikać może nie tylko z uwarunkowań kulturowych, ale też z sytuacji politycznej i socjalno-ekonomicznej na Ukrainie.

Bibliografia

- Adamski, F. (2002). *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Boski, P. (2009). *Kulturowe ramy zachowań społecznych. Podręcznik psychologii międzykulturowej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, ACADEMIKA Wydawnictwo SWPS.
- Budzyńska, E. (2001). Model małżeństwa i rodziny u młodzieży wielkomejskiej. W: Z. Tyszka (red.), *Współczesne rodziny polskie - ich stan i kierunek przeobrażeń*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Gębuś, D. (2006). *Rodzina. Tak, ale jaka?* Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Janicka, I. (2009). Perspektywy związków kohabitacyjnych. W: T. Rostowska (red.), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań*. Warszawa: Engram, Difin.
- Kwak, A. (2005). *Rodzina w dobie przemian*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Łobodzińska, B. (1963). *Manowce małżeństwa i rodziny*. Warszawa: INTERPRESS.
- Łukasiewicz, A.M. (2011). Współczesne formy kohabitacji w Polsce- ujęcie teoretyczne. W: H. Liberska, A. Malina (red.), *Wybrane problemy współczesnych małżeństw i rodzin*. Warszawa: Engram, Difin.
- Plopa, M. (2011a). *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Plopa, M. (2011b). Rodzicielstwo jako wyzwanie dla małżeństwa: perspektywa teorii systemowej. W: H. Liberska, A. Malina (red.), *Wybrane problemy współczesnych małżeństw i rodzin*. Warszawa: Engram, Difin.

- Plopa, W. (2013). Wartości w percepcji młodych Polaków. W: M. Plopa (red.), *Człowiek we współczesnym świecie. Zagrożenia i wyzwania: perspektywa interdyscyplinarna*. Elbląg: EUH-E.
- Rostowski J. (2009). Współczesne przemiany rozumienia związku małżeńskiego. W: T. Rostowska (red.), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Rostowski, J. (2014). Dobór partnerów do małżeństwa w świetle teorii psychologicznych. W: J. Rosrowski, T. Rostowska (red.), *Małżeństwo i miłość. Kontekst psychologiczny i neuropsychologiczny*. Warszawa: Engram, Difin.
- Skopińska, S. (2011). Opinie młodych dorosłych na temat związków nieformalnych W: H. Liberska, A. Malina (red.), *Wybrane problemy współczesnych małżeństw i rodzin*. Warszawa: Engram, Difin.
- Slany, K. (2008). *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*. Kraków: Zakład Wydawniczy „NOMOS”
- Poliśuk, V.M. (2012). *Psyhologija simyï. Sumi*. Universitetska kniga.
- Ministerstvo Ukraïni u spravah simyï, molodi ta sportu. Stanoviše simej v Ukraïni*. Kiiiv 2010.

Aneks

ОПИТУВАЛЬНИК

БЛИЗЬКІ СТОСУНКИ В СПРИЙНЯТТІ МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ

Опрацювання Мечислав Пльопа

Переклад Інна Шимчак

Вік _____ Стать _____

Навчальний заклад _____

Факультет _____

Місце роботи(якщо працюєте) _____

Чи маєш братів, або сестер? Якщо так, то скількох _____? В якому віці? _____

Походиш з:

великого міста (більше 100 тисяч мешканців)

середнього міста (до 100 тисяч мешканців)

малого міста (до 20 тисяч мешканців)

з села

До 18 року життя Ти виховувався\виховувалась:

обидвома батьками

батьком, мама померла

батьком, мама жила

матір'ю, батько помер

матір'ю, батько жив

іншими особами, батьки померли

в дитячому будинку

Як оцінюєш своє дитинство:

нещасливе

посереднє

щасливе

дуже щасливе

Як оцінюєш свої стосунки з батьком:

дуже вдалі

вдалі

посередні

невдалі

дуже невдалі

Як оцінюєш свої стосунки з матір'ю:

дуже вдалі

вдалі

посередні

невдалі

дуже невдалі

Від кого/чого залежить, чи Твоє життя буде вдале, або ж ні:

від мене

від інших людей

від влади в країні

від долі

Як вважаєш, що для тебе в житті найважливіше

(прошу вибрати і підкреслити п'ять найважливіших- надай їм місце від 1 до 5):

___ матеріальний рівень життя

___ хороша, міцна сім'я

___ справжні друзі

___ улюблена робота

___ здоров'я

___ освіта-можливість дальшого розвитку

___ бути чесною людиною

___ мати дітей

___ віра в Бога

___ особиста свобода, невимушеність дій

___ реалізація своїх зацікавлень і хоббі

___ інше (напишіть, будь ласка- що) _____

Як оцінюєш матеріальний рівень життя сім'ї, в якій Ти виховувався\виховувалась?

чудовий

добрий

досить добрий

поганий

трагічний

Твій попередній досвід перебування в близьких відносинах:

з одним партнером (співжителем), скільки часу, чи ви замешкували разом?

з кількома партнерами (співжителами), скільки часу з кожним, чи ви замешкували разом?

Чи на даний час перебуваєш в близьких відносинах, якщо так, то відколи, чи замешкуєте разом?

Чи маєш замір створити сім'ю і зареєструвати шлюб?

так- коли? _____

ще не знаю

швидше за все ні

напевно ні

Чи маєш замір мати дітей?

так-коли? _____

скільки? _____

ще не знаю

швидше за все ні

напевно ні

Спробуй оцінити наскільки важливою є для тебе кожна з наступних цілей. Оціни їх на шкалі від 1 до 9, де 1 значить, що є вона зовсім неважливою, а 9 значить, що є вона надзвичайно важливою:

____ я б хотів\хотіла бути знаменитістю, кимсь, ким всі захоплюються

____ я б хотів\хотіла могли в житті робити тільки те, що мені захочеться

____ я б хотів\хотіла жити в щасливій, міцній сім'ї

____ я б хотів\хотіла добитися фінансових успіхів

____ я б хотів\хотіла з'єднати собі друзів

___ я б хотів\хотіла допомагати людям, які потребують допомоги

___ я б хотів\хотіла гарно, привабливо виглядати

___ я б хотів\хотіла бути чесним громадянином

___ я б хотів\хотіла жити в щасливих, міцних партнерських відносинах з коханою людиною

___ я б хотів\хотіла реалізувати себе в професійній діяльності

___ я б хотів\хотіла мати дітей (дитину) і виховати їх на щасливих людей

Як Ти оцінюєш партнерські стосунки (співжителство) в порівнянні з сімейними (офіційними шлюбними стосунками)?

A\ офіційний шлюб то краща форма близьких стосунків (поясни чому)_____

B\партнерські стосунки (співжителство) то краща форма близьких стосунків (поясни чому)

Чи погоджуєшся зі ствердженням, що в XXI столітті сім'я то пережиток?

Так __ Швидше за все так __ Не знаю __ Швидше за все ні __ Ні __

Чи погоджуєшся з поглядом, що в близьких стосунках(в сім'ї,партнерських стосунках) зазвичай немає справедливості?

Поясни чому_____

Згідно з деякими стереотипами вважається, що чоловік є головою сім'ї і на ньому лежить більша відповідальність. Чи погоджуєшся з тим твердженням? Поясни.

Чи вважаєш, що професійна зайнятість жінки може мати вплив на задоволення з сім'ї (співжителства), як її, так і його (чоловіка)? Чому?

Чи погоджуєшся зі ствердженням, що так насправді в сім'ї (партнерських стосунках) керує той, хто більше заробляє? Чому?

Чи маєш враження, що професійна зайнятість жінок майже завжди має негативний вплив на виховання дітей? Чому?

Як на твою думку повинна бути поділена влада в сім'ї (партнерських стосунках)? Чому?

Чи погоджуєшся зі ствердженням, що хороша сім'я (партнерські стосунки), це така, в якій керує чоловік?

Так ___ Швидше за все так ___ Не знаю ___ Швидше за все ні ___ Ні ___

Які на Твою думку головні причини розпаду сім'ї?

Які на Твою думку головні причини розпаду партнерських стосунків (співжителства)?

Що на твою думку призводить до того, що близькі стосунки двох людей є вдалі й щасливі? Хоч це може бути не просто, постарайся підпорядкувати кожному ствердженню цифру від 1 до 10, де 1 значить, що це є найважливіше для досягнення щастя у близьких відносинах, а 10- найменш важливе.

___ хороші матеріальні умови

___ наявність дітей

___ взаємна повага і чесність

___ хороша робота

___ подібні характери

___ кохання

___ почуття безпеки

___ вдале сексуальне життя

___ хороше здоров'я

___ спільні інтереси

___ інше (що?) _____

Чи Ти б хотів\хотіла, щоб Твої близькі стосунки функціонували згідно з традиційною моделлю, де чоловік працює, а жінка займається домом?

Так ___ Швидше за все так ___ Не знаю ___ Швидше за все ні ___ Ні ___

Чи близькі стосунки (сімейні, або партнерські) , де обоє партнерів працюють і в міру можливостей порівну ділять між собою домашні обов'язки, є моделлю, якій Ти надаєш перевагу?

Так ___ Швидше за все так ___ Не знаю ___ Швидше за все ні ___ Ні ___

Чи вважаєш, що в ваших близьких стосунках ви повинні бути однаково відповідальні за справи вашої сім'ї (партнерських стосунків)?

Так ___ Швидше за все так ___ Не знаю ___ Швидше за все ні ___ Ні ___

Mieczysław Plopa, Agnieszka Rojek

Instytut Psychologii, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

Autor do korespondencji: Mieczysław Plopa

m.plopa@vizja.pl

Ekspresje dotyczące partnera u małżonków w procesie rozwodzenia się

Z badań nad problematyką rozwodów

Temat rozwodów jest niezmiennie przedmiotem badań naukowców zajmujących się zagadnieniami dotyczącymi życia rodzinnego, czego dowodem jest ponad 2000 publikacji w ostatniej dekadzie (Amato, 2010).

W Polsce w latach 1995-2002 orzekano średnio 40-45 tys. rozwodów, to obecnie liczba ich bardzo szybko wzrasta, w latach 2005-2012 ich liczba przekracza zdecydowanie 60 tysięcy. Na przykład w 2009 roku sądy przeprowadziły ich już 72 tysiące, co oznacza, że na 100 nowo zawartych małżeństw było 35 rozwodów. Małżonkowie średnio przeżywają ze sobą 15 lat. W ponad 2/3 przypadków powództwo składa kobieta. Najczęstsze przyczyny (według statystyk sądowych) to: niezgodność charakterów, zdrada, trwały związek uczuciowy z inną osobą, alkoholizm współmałżonka (Lavner, Bradbury, 2012).

Polska nie jest krajem wyjątkowym, pod względem statystyk rozwodowych wyprzedza nas wiele krajów europejskich. Do tych, w których rozpada się przynajmniej połowa małżeństw należą Austria, Belgia, Białoruś, Czechy, Estonia, Finlandia, Hiszpania, Lichtenstein, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Norwegia, Rosja, Szwecja Szwajcaria, Ukraina. Europa nie jest wyjątkiem, stosunkowo dużą liczbę rozwodów notuje się w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii, Japonii, Kubie, Zjednoczonych Emiratach Arabskich (Przybyła-Basista, 2004, 2006; Plopa, 2007; Zajdlis-Plopa, 2009).

Ważną przesłanką współczesnego kontekstu kulturowego człowieka jest powszechne wręcz przekonanie o konieczności jego rozwoju osobistego i samorealizacji w różnych obszarach życia. Skutkiem takiej filozofii życia jest permanentna kontrola własnych pragnień i potrzeb, co może sprzyjać zrywaniu jednych związków i tworzeniu nowych, jak również definiowaniu zbyt wysokich, często nierealnych oczekiwań wobec potencjalnego małżeństwa. Wykreowane wyobrażenia, niespełnione potrzeby i pragnienie zmiany partnera są często powodem rozpadu związku. Można zatem przypuszczać, że kulturowy indywidualizm ukierunkowany na akceptację rozstania generuje wyższy wskaźnik rozwodów (Demo, Buehler, 2013).

Na wzrost prawdopodobieństwa rozpadu małżeństwa wpływają również czynniki socjodemograficzne oraz wynikające z cyklu życia. Bardziej narażone na rozwód są na przykład pary z rodzin z mniejszymi dochodami, niższym stopniem wykształcenia, zawierające związek w zbyt wczesnym wieku, żyjące przed ślubem w konkubinacie lub wcześniej posiadające dzieci (Amato, 2010; Rhoades, Stanley, Markman, 2009). Inne czynniki kojarzone z podwyższonym ryzykiem rozstania to rozwód rodziców, niepewność kariery zawodowej, życiowej w różnych obszarach, kryzys wartości religijnych (Crowell, Treboux, Brockmeyer, 2009).

Na przewidywany wzrost wskaźnika rozwodów ma wpływ wiele innych powiązanych ze sobą czynników. Często wskazywanymi przyczynami rozpadu małżeństw jest brak właściwej komunikacji między partnerami, utrata poczucia bycia kochanym i docenianym czy też seks pozamałżeński (Amato, Previti, 2003). Zdrady są podstawowym motywem podejmowania działań prorozwodowych obserwowanych w wielu krajach. Pozytywne interakcje oraz małżeńską satysfakcję rujną przedmiotowe interakcje, takie jak nadmierna krytyka, agresywna postawa, odmowa komunikacji i współpracy na rzecz związku. Jak wskazuje wiele badań istnieje duża zależność między zachowaniem agresywnym partnerów (partnera) a rozpadem małżeństwa (Huesmann, Dubow, Boxer, 2009). Pomimo, że wyznacznikiem prawdopodobieństwa rozwodu jest wysoki poziom negatywnych interakcji i domowych konfliktów, małżeństwa z niewielkimi tego typu problemami również są narażone na ryzyko rozwodu, jeżeli konstruktywne zaangażowanie partnerów jest zbyt małe. Do rozpadu małżeństwa przyczyniają się także problemy wynikające z podmiotowych uwarunkowań któregoś z partnerów (neurotyzm, zachowania antyspołeczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych (narkotyki, alkohol itp), częste ujawnianie negatywnych emocji, zaburzenia psychiczne oraz bezkompromisowość w relacji (Hertenstein, Hansel, Butts, Hile, 2009). Jako główne powody rozstania rozwodnicy często podają również brak zgodności charakterów, zbyt oddalenie się od siebie oraz problemy osobiste.

Wiele danych wyjaśniających tło rozwodowe wynika z systemowego podejścia do procesów rodzinnych. Pozwala ono zauważyć, że krzyżujące się efekty i skutki uboczne, na przykład problemy behawioralne dziecka, wychowawcza efektywność i skuteczność rodzica wpływają na skłonność do rozwodu. Skutki uboczne zachodzą wewnątrz osoby (np. ojcowska efektywność w stosunku do osobistej skłonności do rozwodu). Natomiast krzyżujące się efekty zachodzą wewnątrz pary (np. ojcowska efektywność w stosunku do skłonności rozwodowych swej żony). Teoretycznie, czynienie z dzieci kozłów ofiarnych czy ich włączanie (triangulacja, koalicje) w problemy małżeńskie może wpływać na zmniejszenie skłonności do rozwodu, ponieważ rodzice mogą przenosić swoje emocje związane z niepokojem i brakiem satysfakcji w diadzie małżeńskiej na innych członków rodziny, co czasowo może osłabiać tendencje separacyjne. Uwzględnić należy także tezę, że na skłonność do rozwodów w dorosłym życiu ma wpływ nagromadzenie się negatywnych życiowych zdarzeń w okresie dzieciństwa (takich jak ubóstwo, przemoc, depresja rodzica). Doświadczanie lub przeżywanie podobnych doświadczeń zazwyczaj nasila emocjonalną niestabilność, generuje problemy ze zdrowiem psychicznym, w konsekwencji osłabia małżeńską spójność zwiększając tym samym ryzyko rozwodu.

Małżeńską interakcję kształtują również stresujące wydarzenia, które z biegiem czasu wpływają na postrzeganie jakości małżeństwa. Ta natomiast jest odwrotnie proporcjonalna do prawdopodobieństwa rozwodu. Teoria systemowa rodziny nasuwa konkluzję, że międzypokoleniowa transmisja rozwodu wskazuje na pozytywny związek pomiędzy rozwodem rodziców i wyższym prawdopodobieństwem rozpadu własnego małżeństwa. Związek ten jest mocniejszy, gdy rodzice obojga partnerów się rozwiedli (Demo, Buehler, 2013). W rodzinach generacyjnych potencjalni rozwodnicy doświadczali negatywnych

relacji małżeńskich swoich rodziców (triangulacji, koalicji, polaryzacyjnych postaw) co w konsekwencji mogło osłabiać ich motywację na rzecz angażowania się w rozwój własnego małżeństwa (trudności w radzeniu sobie z konfliktami, różnicami w preferowanych zasadach, wartościach).

Proces rozwodowy wymaga od małżonków rozwodzących się przewartościowania dotychczasowego życia oraz pogodzenia się ze stratą. Zupełne i trwałe zerwanie więzi między małżonkami wiąże się z utratą przynależności i poczucia bezpieczeństwa. Wszystko to może powodować powstawanie dyskomfortu emocjonalnego, zaburzeń samooceny oraz być źródłem aberracji w odczuwaniu i ekspresji stanów emocjonalnych.

Podjęcie decyzji o rozwodzie bardzo rzadko jest efektem obopólnych ustaleń małżonków i w związku z tym małżonkowie posiadają zróżnicowany poziom gotowości do opuszczenia małżeństwa. Doświadczenie odmiennych stanów emocjonalnych jest źródłem powstawania napiętych relacji między małżonkami. Małżonkowie rozwodzący się mogą postrzegać siebie jako aktywnych sprawców lub bierne ofiary zaistniałych okoliczności. Postrzeganie rozwodu jako porażki życiowej może powodować uruchomienie środków zaradczych i mechanizmów obronnych prowadzących do dokonania atrybucji przyczyn rozpadu małżeństwa na niekorzyść partnera. Zagrożone poczucie własnej wartości w obliczu porażki powoduje uruchomienie egotyzmu atrybucyjnego. Wówczas zarówno żony, jak i mężowie, przyczynę rozpadu małżeństwa najczęściej upatrują w drugiej stronie. Postrzeganie siebie jako biernej ofiary zmniejsza skłonność do kompromisów oraz obniża satysfakcję z życia.

Doświadczone przez małżonków rozwodzących się stany psychiczne, ich sposób ekspresji oraz odczuwane poczucie winy za rozpad związku małżeńskiego mogą mieć istotny wpływ na przebieg rozwodu i proces budowanie nowej tożsamości.

Podjęcie decyzji o rozwodzie bardzo rzadko jest efektem obopólnych ustaleń małżonków i w związku z tym, małżonkowie doświadczają odmiennych stanów emocjonalnych. Zazwyczaj jedna ze stron zaczyna odczuwać dyssatisfakcję ze stanu małżeństwa, która jest początkiem okresu przed decyzyjnego a w efekcie prowadzi do podjęcia decyzji o rozwodzie. Statystyki pokazują, że dwukrotnie częściej inicjatorkami rozwodu są kobiety. Przyczynę takiego stanu rzeczy można upatrywać w fakcie, że mężczyźni posiadają niższą niż kobiety umiejętność dostrzegania problemów mogących stanowić zagrożenie dla trwałości małżeństwa (Beisert, 2000). Kobiety zaś, mają wyższe oczekiwania co do satysfakcjonującego dla nich poziomu intymności w związku (Plopa, 2005, 2011). Bez względu na to, która ze stron jest inicjatorem rozwodu, sam fakt, iż decyzja nie zapada obopólnie, sprawia, iż strony rozwodu są na różnych etapach psychologicznego procesu rozstania i posiadają tym samym różną gotowość do opuszczenia małżeństwa.

U osób rozwodzących jak zauważa M. Błażek (2014) się może dochodzić do różnego rodzaju aberracji w odczuwaniu i ekspresji stanów emocjonalnych (dyskomfort emocjonalny, negatywizm w postawie i zachowaniach, tłumienie emocji, prezentowanie fałszywych emocji, występowanie agresji). Proces radzenia sobie z kryzysem, jakim jest rozwód, może powodować postrzeganie go jako porażki życiowej.

Uruchamiane wówczas środki zaradcze i mechanizmy obronne sprawiają, iż osoby rozwodzące się mogą postrzegać siebie jako aktywnych sprawców lub bierne ofiary zaistniałych okoliczności. Reakcje emocjonalne pojawiające się w obliczu porażki są uzależnione od atrybucji przyczyn. Egotyzm atrybucyjny chroniący zagrożone poczucie własnej wartości w obliczu porażki powoduje, iż przyczyny zaistniałej sytuacji są upatrywane w czynnikach zewnętrznych (Rathus, 2004). Zdefiniowanie określonej sytuacji jako porażki powoduje uruchomienie wielu reakcji emocjonalnych dzięki procesowi atrybucji.

W przypadku rozwodu postrzeganie siebie jako biernej ofiary i upatrywanie przyczyn zaistniałej sytuacji jedynie w czynnikach zewnętrznych (działalności innych osób) wydaje się uzasadnione gdy rozwód jest orzekany z winy drugiej strony. Poczucie winy jest emocją będącą reakcją na własne czyny i zachowania mającą swoje źródło w świadomości naruszenia norm obyczajowych i moralnych (Gasiul, 2010). Emocja ta związana jest z odczuwaniem żalu, wyrzutów sumienia oraz napięcia mających swoje mocowanie w konkretnej sytuacji życiowej. Badania wskazują (Plopa, 2005, 2019), że atrybucja przyczyn rozpadu małżeństwa najczęściej dokonywana jest na niekorzyść partnera. Zarówno mężowie, jak i żony przyczynę rozpadu małżeństwa upatrują w drugiej stronie. Kiedy jedyną przyczyną rozpadu małżeństwa jest na przykład niewierność małżeńska, nadużywanie alkoholu lub przemoc taka atrybucja przyczyn jest uzasadniona, a pojawiające się wówczas emocje takie jak złość i wściekłość wydają się w pełni zrozumiałe. Biorąc pod uwagę fakt, że najczęstszą podawaną przyczyną rozwodu jest niezgodność charakterów, obiektywnie rzecz biorąc trudno jest obwiniać o rozwód tylko drugą stronę i nie dostrzegać zupełnie własnego udziału w zaistniałej sytuacji. Znikomy odsetek osób badanych przyznaje się do własnego sprawstwa i współudziału w zaistniałej sytuacji. Różnice międzypłciowe wskazują, iż mężczyźni, częściej niż kobiety, są skłonni przyznać się do poczucia winy za rozpad małżeństwa (Plopa, 2005). Odczuwane poczucie winy może wpływać negatywnie na konstruktywne rozwiązywanie problemów i konfliktów występujących podczas rozwodu, zmniejsza skłonność do kompromisów, obniża satysfakcja z życia.

Ambiwalencja występująca podczas rozwodu może generować powstawanie konfliktów intrapsychicznych. Konflikty wewnętrzne są związane z pojawieniem się sprzecznych motywacji popychających jednostkę w dwóch lub więcej kierunkach (Rathus, 2004). Realizacja jednego celu wyklucza realizację drugiego, następuje rozdarcie między dwoma pragnieniami. W sytuacji, gdy jedno pragnienie jest wyraźnie silniejsze od drugiego stosunkowo łatwo jest podjąć decyzję. Kiedy jednak oba sprzeczne pragnienia są równie silne podjęcie decyzji może być bardzo stresujące. Powstaje dysonans poznawczy, czyli stan napięcia towarzyszący występowaniu niezgodnych ze sobą elementów poznawczych (Zimbardo, Gerrig, 2011). Racjonalne podjęcie decyzji w przypadku występowania konfliktów wewnętrznych podczas rozwodu jest trudne. Na liczne stresory generowane przez rozwód jako taki, nakładają się dodatkowe związane z występowaniem konfliktów wewnętrznych, co zwiększa dodatkowo dyskomfort psychiczny jednostki, a tym samym może wpływać negatywnie na racjonalność decyzji. Źródłem tego typu konfliktów podczas rozwodu może być niewygaszona jeszcze więź emocjonalna między małżonkami w konfrontacji z uruchomioną negatywną

emocjonalnością, będącą efektem poczucia skrzywdzenia. Mogą one również powstawać w efekcie istnienia sprzecznych celów. W obliczu zagrożenia w realizacji jednostkowych dążeń uruchomiony egocentryzm może kolidować na przykład z rozstrzygnięciem kwestii związanych z dobrem dzieci.

Trudności w obiektywnej ocenie sytuacji w obliczu kryzysu jakim jest rozwód mogą być powodowane dyskomfortem emocjonalnym, zaburzeniami samooceny czy też tłumieniem negatywnych emocji (Błażek, 2014). Do braku obiektywizmu może się przyczyniać wystąpienie zjawiska regresji, które może obejmować nie tylko obraz własnej osoby, ale również dotyczyć może relacji z ludźmi. Wystąpienie regresji wpływa na gorsze radzenie sobie ze stresem rozwodowym i przejawia się mniejszą samodzielnością w podejmowaniu decyzji i ograniczeniem inicjatyw (Beisert, 2000). Na wystąpienia regresji w obszarze relacji z innymi osobami mają również wpływ czynniki zewnętrzne, takie jak nieadekwatne wsparcie otoczenia dla osoby rozwodzącej się na przykład rodziców. Następuje wówczas regresja do roli dziecka własnych rodziców przejawiająca się głównie utratą autonomii.

Stres rozwodowy będący efektem zagrożenia dla tożsamości nasilony jest przez sytuacje konfliktowe związane z ryzykiem nie osiągnięcia celów. Wszystko to może powodować u małżonków rozwodzących się występowanie silnego wzburzenia emocjonalnego oraz pojawianie się nieadekwatnych reakcji emocjonalnych. Co z kolei może prowadzić do znacznego obniżenia poziomu decentralizacji interpersonalnej. Obniżona umiejętność postrzegania sytuacji z perspektywy różnych osób, uniemożliwia adekwatne identyfikowanie i interpretację zachowań partnera (partnerki), oraz odpowiednie do sytuacji regulowanie własnej emocjonalności i zachowania. Przy niskim poziomie decentralizacji interpersonalnej łatwo o bezkompromisowość i radykalność w działaniu.

Relacja pomiędzy dwojgiem ludzi, którzy znajdują się w sytuacji konfliktowej są określane poprzez rodzaj wyrażanych przez nich emocji. Ekspresja emocjonalności ma znaczący wpływ na przebieg konfliktu, przyjmowane postawy oraz komunikację między stronami konfliktu. Podstawową emocją związaną z konfliktem jest strach, u podstaw którego leży poczucie zagrożenia lub krzywdy. Strach jest emocją pierwotną będącą efektem utraty poczucia bezpieczeństwa (Gasiul, 2010). Odczuwanie silnego strachu w obliczu konfliktu niewątpliwie ma wpływ na jego przebieg i może powodować eskalację konfliktu lub pojawienie się tendencji ucieczkowych. Zagrożone poczucie bezpieczeństwa i odczuwanie w związku z tym strachu prowadzi do najważniejszej emocji związanej z konfliktem jaką jest gniew. Gniew jest wtórną emocją odczuwaną w obliczu bezradności będącej efektem odczuwania strachu. Odczuwanie silnego gniewu w dłuższej perspektywie czasu ma duży wpływ na percepcję rzeczywistości i racjonalną ocenę sytuacji. Gniew może prowadzić do wyolbrzymiania zagrożenia, pojawia się złość, w efekcie której może powstać chęć rewanżu. Złość jest emocją wtórną, pojawiającą się w wyniku odczuwania lęku, cierpienia, wstydu (Gasiul, 2010). Trudno jest, zwłaszcza w sytuacji kryzysowej, konfrontować się z własną słabością, złość stanowi wówczas obronę przed doświadczaniem emocji obnażających słabość jednostki. Eskalacja sytuacji konfliktowej spowodowana chęcią rewanżu prowadzi do podjęcia działań odwetowych, czyli zemsty

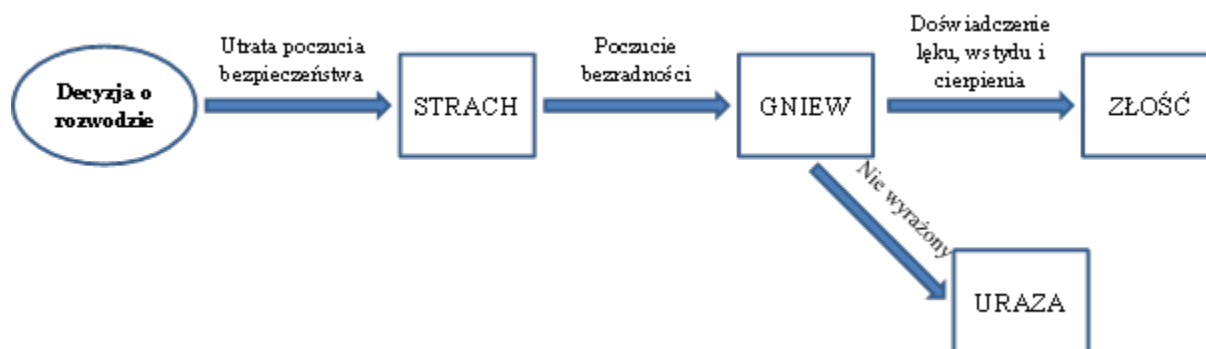
i tym samym następuje zepchnięcie podstawowego konfliktu na dalszy plan. Z drugiej strony niewyrażony gniew prowadzi do powstania urazy, która w dłuższej perspektywie czasu ma wyłącznie negatywny wpływ na funkcjonowanie jednostki (Wilmont, Hocker, 2011). Drogę prowadzącą do powstania złości podczas rozwodu ilustruje rysunek 1.

Rozwód może być niezwykle traumatycznym doświadczeniem. Na jego przebieg w dużej mierze mają wpływ różnice indywidualne w obszarze dostępnych jednostce zasobów psychologicznych oraz stosowane przez nią środki zaradcze w obliczu kryzysu. Zaburzone poczucie własnej tożsamości oraz utrata poczucia bezpieczeństwa przyczyniają się do powstawania dużego dyskomfortu psychicznego. Pozostawanie długo w dyskomforcie może doprowadzić jednostkę do sytuacji „kiedy strach staje się niepokojem, pragnienie przeradza się w chciwość, irytacja ustępuje złości, a złość nienawiści, przyjaźń zmienia się w zawiść, miłość w obsesję, a nasze emocje zaczynają się obracać przeciwko nam” (LeDoux, 2000).

W obliczu rozwodu, aby nie przybrał on destrukcyjnego charakteru, niezwykle istotna jest umiejętność nieagresywnego wyrażania emocji przy jednoczesnym minimalizowaniu postawy mającej na celu jedynie deprecjonowanie drugiej strony. Możliwe to się staje w sytuacji, gdy posiadamy umiejętność właściwego rozpoznawania emocji i mamy z nimi tak zwany kontakt nieobronny (Gasiul, 2010). Uzyskujemy w ten sposób możliwość racjonalnego wglądu w sytuację w jakiej się znajdujemy i tym samym bardziej rzeczowo możemy zarządzać kryzysem.

Badania własne

Metoda i grupa badana. W prezentacji przedstawiono i dokonano opisu i interpretacji fragmentu badań prowadzonych przez biegłych psychologów uczestniczących w procesach rozwodowych. Badani poproszeni zostali o odpowiedź na pytanie mające charakter otwarty (projekcyjny) o następującej treści: „Proszę sobie wyobrazić, że po raz ostatni spotyka Pani swojego męża (Pan swoją żonę). Co by Pani mu powiedziała (Pan jej powiedział)?” Analizie poddano wypowiedzi 131 kobiet i 127 mężczyzn. Średni wiek w grupie par rozwodzących się wynosił 36,61 ($SD = 7,62$). W badanej grupie pozew o rozwód wniosło 63% kobiet i 37% mężczyzn. Staż małżeński wahał się od roku do 48 lat ($M = 11,38$; $SD = 7,64$). Wśród rozwodzących się kobiet



Rysunek 1. Emocjonalność w procesie rozwodowym.

i mężczyzn najliczniejszą grupą były osoby z wykształceniem średnim (kobiety: 43,2%; mężczyźni: 38,4%). Średni okres znajomości przedślubnej w grupie par rozwodzących się wynosił 2,74 lata ($SD = 2,11$; minimum 3 miesiące, maksimum 11 lat).

Dokonana dokładna analiza wszystkich uzyskanych odpowiedzi pozwoliła na dokonanie stosownej klasyfikacji tematycznej według sześciu kategorii typologicznych:

Negatywna emocjonalność (NE).

Życzenie powodzenia, szczęścia (SZ).

Orientacja na dzieci (DZ).

Przepraszanie za rozwód(P).

Deklaracja trwającego uczucia (K).

Odcięcie (O).

Wyniki

Kategoria – negatywna emocjonalność (NE). Jak wspomniano wcześniej postrzeganie rozwodu jako kryzysu generującego wiele konfliktów interpersonalnych w pełni uzasadnia występowanie u współmałżonków rozwodzących się negatywnych stanów emocjonalnych. Ma to swoje odzwierciedlenie w występowaniu kategorii negatywnej emocjonalności (NE) w odpowiedziach na pytanie projekcyjne. Przyjęto założenie, że kategoria ta ma odpowiadać wszystkim wypowiedziom respondentów, w których występuje negatywna emocjonalność związana z poczuciem skrzywdzenia, żalu, pretensji oraz rozczarowaniem drugą stroną. Występowanie tych stanów emocjonalnych wydaje się zrozumiałe podczas procesu rozwodowego, zwłaszcza gdy postrzega się rozwód jako porażkę, sytuację lub nasilają się konflikty. Potrzeba zwerbalizowania wszystkich nagromadzonych negatywnych emocji związanych z poczuciem skrzywdzenia jest naturalnym odruchem człowieka zmierzającym do tego, aby sprawca krzywdy zrozumiał co zrobił. Ilustracją takiej ekspresji negatywnych emocji mogą być następujące wypowiedzi osób badanych:

- Że bardzo skrzywdził dzieci i mnie.¹
- Że mnie strasznie zranił.
- Że mam do niego żal ...
- Że nie spodziewałem się tego po żonie co zrobiła, jaką krzywdę zrobiła mi i dziecku.
- Zniszczyłaś naszą rodzinę, zabrałaś Zuzi udane dzieciństwo.
- Że zniszczył moją godność...

Wśród uzyskanych odpowiedzi nacechowanych negatywną emocjonalnością występuje grupa osób, których wypowiedzi są w zasadzie pytaniami otwartymi. Są to pytania typu:

- Dlaczego tyle bólu zadałaś nam?

¹ Wszystkie cytowane w pracy wypowiedzi są zgodne z pisownią oryginalną.

- Dlaczego tak mnie traktuje po 19 latach? Dlaczego to tak rozwaliliśmy? Czy naprawdę mnie kochał?
- Dlaczego mnie nie szanował?
- Dlaczego nas tak skrzywdziłeś?
- ... czy żałuje tego co zrobił?

Wszystkie tego typu wypowiedzi respondentów świadczą o aberracjach w komunikacji współmałżonków podczas procesu rozwodowego. Jeden z współmałżonków werbalizując takie pytania komunikuje, że nie rozumie motywacji jaka kierowała postępowaniem drugiej strony. Dotyczyć to może zrozumienia zarówno powodów, które doprowadziły do rozpadu małżeństwa, jak i zrozumienia postawy współmałżonka podczas procesu rozwodowego.

Oddzielną podgrupę, w kategorii negatywnej emocjonalności, stanowią wypowiedzi nacechowane wysokim poziomem złości i chęci odwetu. Przykładami takich wypowiedzi są:

- Że mu zdrady nie wybaczę nigdy!
- ... życzę Ci, aby Twoja miłość szybko się skończyła, a wtedy zrozumiesz co straciłeś.
- Nie jestem w stanie mu wybaczyć, zapomnieć co zrobił!
- Nie chcę w ogóle z nią gadać, musi żyć z tym co zrobiła!

Taka werbalizacja negatywnych emocji, może wiązać się z wysokim poziomem skrzywdzenia emocjonalnego i postrzeganiem siebie jako ofiarę zaistniałej sytuacji. W dłuższej perspektywie czasu, rozpamiętywanie doznanych krzywd i tym samym podtrzymywanie urazy, prowadzi do powstawania chęci odwetu i zemsty. Dążenie do odwetu jest motywowane głównie chęcią wyrównania doznanych krzywd.

Kategoria – Życzenie powodzenia, szczęścia (SZ). Rozwód jako proces rozłożony w czasie kończy się fazą nowej równowagi, w której to następuje przede wszystkim budowa nowej tożsamości, odnajdywanie się w pełnieniu nowych ról oraz stabilizacja stosunków między byłymi partnerami. W przyjętej typologii, w kategorii szczęścia (SZ), zawarte są te wszystkie wypowiedzi byłych partnerów, które wskazują na akceptację decyzji rozwodowej przejawiającej się pogodzeniem się z rozwodem poprzez życzenie drugiej stronie wszystkiego najlepszego, szczęścia, powodzenia oraz wyrażaniu podziękowań. Ilustracją dla kategorii szczęścia są następujące wypowiedzi osób badanych:

- Dziękuję Tobie za te dobre chwile spędzone razem. Dziękuję za Jowitę. Chciałabym abyś był szczęśliwy, miał płaszczyzny do rozwoju osobistego.
- By był szczęśliwy, by ułożył sobie życie tak jak tego pragnie.
- Życzę Ci powodzenia, szkoda tylko że ponieśliśmy w życiu tak wielką porażkę i nie potrafiliśmy odnaleźć wspólnej drogi, którą mieliśmy razem kroczyć.
- Aby życie mu się ułożyło lepiej niż nam.

- Życzę jej szczęścia i zawsze pomogę.
- Podziękowałbym jej za wspólnie spędzone lata, wspomniałbym dobre chwile. Życzyłbym jej powodzenia, poukładania własnego życia.
- Nie rozdrapywałbym starych ran, tylko podziękowałbym za chwile, które spędziliśmy razem i życzył jej udanego szczęśliwego życia dalej.
- Że mimo wszystko dobrze będę ją wspominał, że w pamięci zostanie wiele chwil tych najlepszych z okresu małżeństwa. Podziękowałbym za wszystko co było między nami dobre. Życzyłbym jej powodzenia w dalszym życiu.

Kategoria – orientacja na dzieci (Dz). Kategoria dzieci (DZ) zawiera te wszystkie wypowiedzi respondentów, w których podnoszone były kwestie związane z świadomością, iż rozwód jest końcem tylko relacji małżeńskich. Byli współmałżonkowie nadal pozostają rodzicami i dzieci zawsze będą ich łączyć. W kategorii tej zwarte są przede wszystkim wypowiedzi podnoszące kwestie związane z dalszą opieką nad dziećmi, ale również wypowiedzi będące tylko podziękowaniem za wspólne potomstwo. Przykładami odpowiedzi zakwalifikowanych do niniejszej kategorii są:

- Żeby się interesował dziećmi.
- Ma nie zapomnieć o synu i ma go kochać oraz utrzymywać z nim kontakt. Żeby doszedł ze mną do porozumienia dla dobra dzieci.
- ... zawsze będziemy rodzicami naszego Jakuba i to dla niego nasze relacje powinny być dobre!
- Porozmawiałbym o dzieciach.
- Żeby pozwoliła odwiedzać moje dzieci.
- Podziękowałbym jej, że urodziła mi wspaniałe trzy córki i jest dla nich wspaniałą matką.

Kategoria – przeproszenie za rozwód (P). Wypowiedzi zawierające świadomość własnego współudziału i sprawstwa w rozpadzie małżeństwa oraz poczucie żalu z powodu rozpadu rodziny pozwoliły na stworzenie kategorii przeproszam (P). Kategoria ta zawiera te wszystkie wypowiedzi byłych współmałżonków, w których zawarte były prośby do drugiej strony o wybaczenie, darowanie winy, czy też wyrażenie smutku i rozgoryczenia z powodu rozpadu małżeństwa. Są to wypowiedzi typu:

- Przepraszam za to co było złe z mojej strony...
- Że go przeproszam, ale nie można nikogo zatrzymać na siłę ...
- Przepraszam za wszystko co złe zrobiłem jej i dzieciom. Prosił o wybaczenie.
- Przepraszam za przykrości oraz za złe chwile.
- Przepraszam!
- Przepraszam za wszystko.
- Przepraszam, że tak się stało

- Przepraszam za wszystkie stresy na jakie była narażona ...
- Że nie żałuję tych 15 lat małżeństwa, że przepraszam, że tak wyszło.

Występowanie pozytywnych emocji odczuwanych wobec współmałżonka, przejawia się w wypowiedziach będących deklaracją miłości i wyrażaniem chęci pracy nad naprawą małżeństwa.

Kategoria – deklaracje trwającego uczucia (K). Uzyskane tego typu odpowiedzi spowodowały stworzenie kategorii *kocham nadal (M)*. Wypowiedzi te zawierają przede wszystkim wyznanie miłości w czasie teraźniejszym oraz wyrażaniem tęsknoty za byłym partnerem/partnerką. Egzemplifikacjami dla powyższej kategorii są następujące wypowiedzi:

- Że kocham ją i nie chcę stracić, chcę to wszystko naprawić.
- ... Że ją bardzo kocham. Jest kobieta mojego życia.
- Że nie przestałem jej kochać.
- Kocham Cię bardzo mocno i spróbuję uratować ten związek dla dobra dzieci.
- Że nadal go kocham i nigdy nie przestanę, był moja jedyną miłością, a ja dla niego zrobiłabym wszystko.
- Że nigdy nie przestanę go kochać, że dla mnie pozostanie moim mężem i że będę czekała choćby miał wrócić przed samą śmiercią.
- Że będę go kochała całe życie, że jest moją miłością.

Można sądzić, iż składane deklaracje, że nadal kocha się współmałżonka, mogą świadczyć o istniejącym nadal zaangażowaniu emocjonalnym i tym samym braku gotowości na przerwanie więzi małżeńskiej. Pozew rozwodowy jest zazwyczaj dla tej grupy osób zaskoczeniem, przyjmują go z niedowierzaniem.

Kategoria – odcięcie (O). Wydawać by się mogło, że jedynie brak uzyskania odpowiedzi na pytanie świadczy o braku chęci na dalszą komunikację werbalną z byłymi partnerami. Jednak analiza uzyskanych odpowiedzi pozwoliła na stworzenie oddzielnej kategorii nazwanej odcięciem (O). W części wypowiedzi osób badanych zawarta jest deklaracja, że nie chcą oni w żadnym razie mieć kontaktów z byłym partnerem/partnerką. Do kategorii tej zakwalifikowane te wszystkie odpowiedzi, w których wynikało, że osoba wypełniająca kartę informacyjną nie ma już nic do powiedzenia byłemu współmałżonkowi i nie chce mieć już z nim do czynienia. Najczęściej powtarzającą się uzyskaną w tej kategorii odpowiedzią jest jedno słowo: nic. Wielokrotnie waga tego stwierdzenia była podkreślana poprzez interpunkcję, np. dodanie wykrzyknika. W kategorii tej pojawiły się również wypowiedzi będące wyrazem niewiedzy, co respondenci chcieliby powiedzieć byłemu partnerowi, są to wypowiedzi typu:

- Nie wiem, nie mam pojęcia.
- Nie wiem, po prostu nic.
- Nie wiem. Mam nadzieję, że taka sytuacja mnie nie spotka.

Analiza kategorii wypowiedzi – pierwsze wskazanie. W przypadku niektórych osób odpowiedzi uzyskane na pytanie projekcyjne były złożone i dotyczyły różnych kwestii. Uzyskane odpowiedzi klasyfikowały się jednocześnie do dwóch przyjętych kategorii typologicznych. Z tego względu przyjęto założenie, że analiza uzyskanych od tych osób danych będzie dokonywana również według drugiego wskazania typologicznego. Przykładem tego typu odpowiedzi, klasyfikujących się jednocześnie do dwóch kategorii tematycznych, jest zdanie: „Pomimo tego co się stało życzę Ci szczęścia i pamiętaj, że zawsze będziesz ojcem naszych dzieci”. Pierwsza część odpowiedzi została zaklasyfikowana do kategorii szczęścia, natomiast druga do kategorii dzieci. Innym przykładem jest wypowiedź: „Nadal Cię Kocham i przepraszam”. Dokonano jej klasyfikacji do kategorii Kocham nadal według pierwszego wskazania i do kategorii przepraszam według drugiego wskazania. Dla uzyskanej odpowiedzi: „Z czystym sumieniem życzyłabym mu powodzenia i przeprasiła za nieudany związek małżeński”, pierwsze wskazanie to kategoria szczęścia, natomiast drugie to kategoria przepraszam.

Kobiet rozbudowujących swoje wypowiedzi, które można było zaklasyfikować jednocześnie do dwóch kategorii tematycznych, było 23. W natomiast w przypadku mężczyzn liczebność tej grupy była większa i kształtowała się na poziomie 39 osób. Wypowiedzi mężczyzn częściej były złożone tematycznie, natomiast wypowiedzi kobiet w przypadku obu wskazań, były dłuższe niż wypowiedzi mężczyzn.

Wyniki uzyskanych danych pierwszego wskazania dla wyodrębnionych kategorii typologicznych przedstawiono w tabeli 1.

Analiza otrzymanych wyników wykazała, iż najliczniejszą kategorią jest kategoria szczęścia, a wypowiedzi do niej zaklasyfikowane stanowią około jednej trzeciej ogółu odpowiedzi. W przypadku kobiet kategoria ta stanowi 36,6 % wszystkich odpowiedzi, natomiast w przypadku mężczyzn jest to odpowiednio 29,1 % ogółu odpowiedzi. Wskazuje na to, że jedna trzecia badanych osób, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, deklaruje poprzez swoje odpowiedzi, iż relacja małżeńska jest dla nich zakończona i nastąpiło pogodzenie się z jej ustaniem. Tym samym można przypuszczać, że u osób tych, rozwód psychiczny jest faktem dokonany.

Negatywna emocjonalność jest drugą kategorią pod względem liczebności w przypadku kobiet i wynosi ona 29 %, co stanowi około jedną trzecią ogółu uzyskanych odpowiedzi. Wypowiedzi kobiet w tej kategorii są nacechowane niechęcią i pretensjami wobec byłych mężów. Kobiety demonstrowują rozżalenie będące efektem poczucia skrzywdzenia. Wypowiedzi kobiet w tej kategorii zawierają głównie opisy odczuwanych negatywnych stanów emocjonalnych, natomiast rzadko nawiązują do konkretnych zarzutów wobec byłych

Tabela 1. Liczebności według pierwszego wskazania u kobiet i mężczyzn.

Rodzaj wskazania	Kobiety (n = 131)		Mężczyźni (n = 127)	
	Liczba wskazań	Wartość względna	Liczba wskazań	Wartość względna
Negatywna emocjonalność (Z)	38	29,0 %	13	10,2 %
Życzenie powodzenia (SZ)	48	36,6 %	37	29,1 %
Przepraszanie za rozwód(P)	7	5,3 %	19	15,0 %
Orientacja na dzieci (D)	18	13,7 %	15	11,8 %
Deklaracja trwałego uczucia (K)	6	4,6 %	32	25,1 %
Odcięcie (O)	14	10,7 %	11	8,7 %

małżonków. W przypadku mężczyzn w kategorii negatywna emocjonalność uzyskano wynik na poziomie 10,2 % i zajmuje ona u mężczyzn dopiero piąte miejsce pod względem liczebności. Podobnie jak w przypadku kobiet w swojej treści zawierają one demonstrowanie jedynie poczucia skrzywdzenia emocjonalnego przez żonę. Można przypuszczać, że taka ekspresja negatywnej emocjonalności, zarówno w przypadku kobiet jak i mężczyzn, ma na celu upatrywanie przyczyn rozpadu związku małżeńskiego głównie w działaniach drugiej strony. Drugą pod względem liczebności kategorią w przypadku mężczyzn jest kocham nadal. 25,1 % ogółu mężczyzn deklaruje, że nadal kocha swoje byłe żony i jest gotowych pracować nad naprawą relacji. W kategorii tej wynik badanych kobiet jest jedynie na poziomie 4,6 % i zajmuje ostatnie miejsce. Wskazuje to na duże dysproporcje pomiędzy wynikami uzyskanymi od kobiet i mężczyzn w kategorii przepraszam. Statystyki rozwodowe pokazują, że kobiety są dwukrotnie częściej inicjatorkami rozwodu. Rozwodzący się małżonkowie są na różnych etapach psychologicznego procesu rozstania, a tym samym posiadają różną gotowość do opuszczenia związku. Osoby będące stroną pozwaną mogą być nadal zaangażowane emocjonalnie w małżeństwo i poprzez swoją deklarację miłości wyrażać chęć naprawy relacji. Strona pozwana może również, z powodu zaskoczenia decyzją o rozwodzie, przejawiać zachowania zmierzające jedynie do utrzymania relacji małżeńskiej. W tym przypadku deklaracja, iż nadal się kocha małżonka może być przejawem zachowania mającego na celu jedynie podtrzymania status quo i nie mieć nic wspólnego z faktycznie odczuwanymi uczuciami.

Wypowiedzi 15 % mężczyzn zostały zakwalifikowane do kategorii przepraszam i tym samym kategoria ta pod względem liczebności w przypadku mężczyzn zajmuje trzecią pozycję. Jedynie 5,3 % kobiet wyraziło gotowość zwerbalizowania przeprosin skierowanych do byłego męża i tym samym kategoria ta w przypadku kobiet jest na przedostatnim miejscu. Jak wspomniano w części teoretycznej niniejszej pracy, umiejętność skonfrontowania się z własnym współsprawstwem jest niezwykle cenne, zarówno w procesie dochodzenia do równowagi po kryzysie jakim jest rozwód, jak i podczas budowania nowej tożsamości. Dostrzeżenie własnej współodpowiedzialności jest możliwe dzięki decentralizacji interpersonalnej, umożliwiającej w miarę obiektywną ocenę sytuacji.

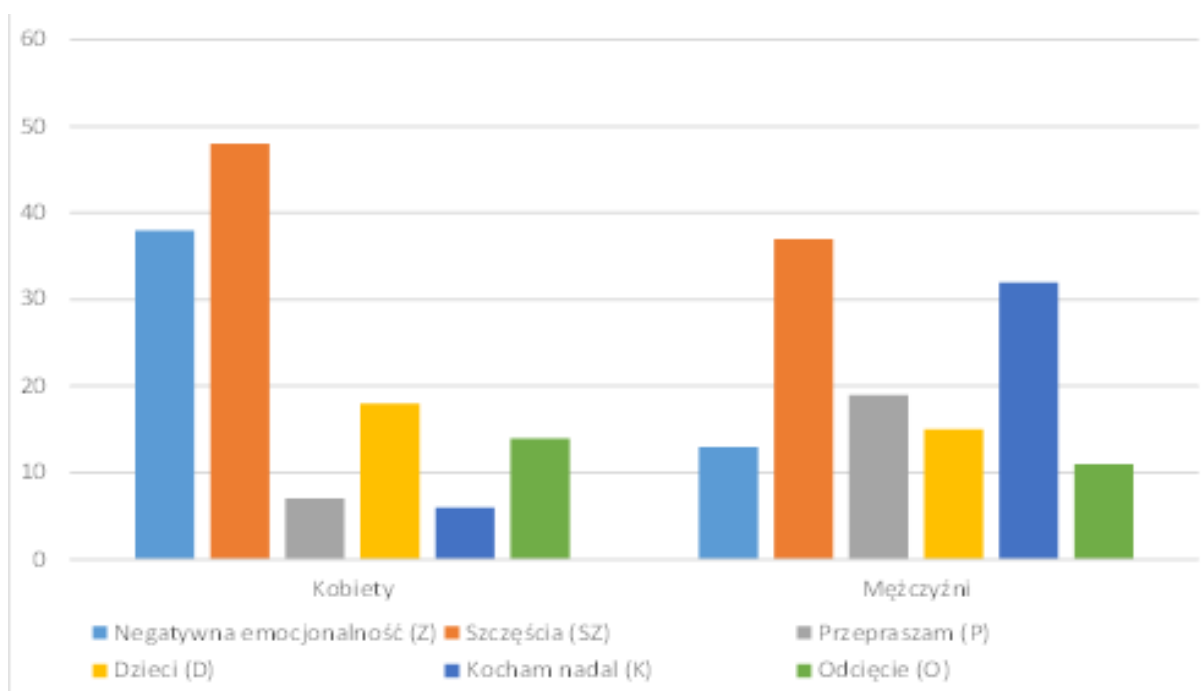
Analizując wyniki zwrócono uwagę że w wypowiedziach kobiet uzyskano kategorii przepraszam niskie wyniki (5,3 %) przy jednoczesnym wysokim odsetku odpowiedzi zakwalifikowanych do kategorii negatywnej emocjonalności (29 %). Może to wskazywać na występowanie u kobiet tendencji do postrzegania siebie jako strony pokrzywdzonej przy jednoczesnej niskiej świadomości własnego współdziałania w zaistniałej sytuacji. W przypadku mężczyzn, w tych dwóch kategoriach liczebności odpowiedzi mają odwrotne proporcje – więcej mężczyzn jest w stanie wyrazić przeprosiny niż demonstrować negatywną emocjonalność w stosunku do byłej żony.

Podnoszenie w wypowiedziach przez współmałżonków kwestii związanych z dziećmi jest na zbliżonym poziomie. W grupie kobiet w kategorii dzieci uzyskano wynik na poziomie 13,7 %, natomiast w przypadku mężczyzn było to 11,8 %. Pod względem liczebności kategoria dzieci u kobiet jest na trzecim miejscu,

natomiast u mężczyzn zajmuje ona czwartą pozycję. Jak wspomniano kategoria ta zawiera te wszystkie wypowiedzi respondentów, w których zawarte były różne kwestie związane z posiadanymi wspólnymi dziećmi. Posiadanie świadomości, iż rodzicielstwo jest niewątpliwie elementem, który dalej będzie łączył małżonków jest niewątpliwie ważnym czynnikiem wpływającym na przebieg i kształt dokonującej się podczas rozvodu rekonstrukcji rodziny. W związku z tym, że większość małżeństw rozwodzących się posiadała wspólne potomstwo (jedynie 2 pary z badanych 138 nie posiadały dzieci), wskazania w tej kategorii na poziomie około jednej dziesiątej dają dość niskie wyniki. Może to świadczyć o przyjmowaniu przez małżonków, w ekspresji werbalnej kończącej relację głównie postaw egocentrycznych, mających na celu zaspokojenie jedynie ich indywidualnych celów.

Kategoria odcięcie kształtuje się w przypadku kobiet na poziomie 10,7 % i zajmuje czwartą pozycję, natomiast w przypadku mężczyzn uzyskano w tej kategorii wyniki na poziomie 8,7 %, co daje ostatnie miejsce. Jak wspomniano do kategorii tej zakwalifikowano odpowiedzi respondentów, którzy deklarowali, że nie mają już nic do powiedzenia byłemu współmałżonkowi. Brak chęci do komunikacji werbalnej z byłym współmałżonkiem może świadczyć zarówno o potrzebie ostatecznego zamknięcia kończącego się etapu życia, jak i o wysokim poziomie odczuwania urazy wobec drugiej strony i w efekcie do dużej niechęci do dalszych kontaktów interpersonalnych. Omówione powyżej wyniki analiz zilustrowano za pomocą wykresu przedstawionego na rysunku 2.

Analiza drugiego wskazania. Jak wspomniano, wypowiedzi niektórych osób były złożone tematycznie i tym samym kwalifikowały się jednocześnie do dwóch różnych kategorii typologicznych. W związku z tym dokonano analizy wyników dla drugiego wskazania, będącego efektem rozszerzenia tematycznego



Rysunek 2. Liczebności poszczególnych kategorii typologicznych dla kobiet i mężczyzn.

wypowiedzi. Liczebności w przypadku niektórych kategorii są na poziomie jednostkowym, jednak postanowiono zaprezentować otrzymane wyniki (tabela 2), podkreślając w ten sposób fakt występowania zjawiska złożenia tematycznego wypowiedzi.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że potrzebę rozbudowywania swoich wypowiedzi, a co za tym idzie poruszania więcej niż jednego tematu, miało więcej mężczyzn niż kobiet. W przypadku mężczyzn było ich 39, zaś kobiet tylko 23. Może to sugerować, iż mężczyźni formułując swoje odpowiedzi mieli bardziej analityczne podejście do kwestii rozwodowych, stąd rozbudowanie tematyczne wypowiedzi. Kobiety zaś w swoich wypowiedziach były bardziej skupione na jednej zasadniczej kwestii.

Analizując wyniki według drugiego wskazania należy również zwrócić uwagę, że zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn, nie uzyskano odpowiedzi kwalifikujących się do dwóch kategorii: negatywna emocjonalność oraz odcięcie. Może to sugerować, iż w przypadku kategorii negatywna emocjonalność, odczuwanie i ekspresja silnych negatywnych emocji ogranicza złożoność wypowiedzi. Brak drugich wskazań w kategorii odcięcie wydaje się w pełni zrozumiałe, dlatego kategoria ta występuje tylko w pierwszym wskazaniu. Jak wspomniano, osoby zakwalifikowane do tej kategorii przede wszystkim deklarują, że nie mają nic do powiedzenia współmałżonkowi. W związku z tym nielogiczna byłaby sytuacja, gdyby w wypowiedzi, istniało pierwsze wskazanie zakwalifikowane do którejś z innych kategorii typologicznych, przy jednoczesnym istnieniu drugiego wskazania kwalifikującego do kategorii odcięcie. W przypadku kobiet nie uzyskano również żadnych wskazań w kategorii Kocham nadal, co poniekąd koresponduje z faktem, iż kategoria ta u kobiet w pierwszym wskazaniu znajduje się na ostatniej pozycji pod względem liczebności.

Zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet najwięcej wskazań zakwalifikowanych jako drugie dotyczyło kategorii dzieci. W przypadku kobiet było to 20 wskazań, co stanowi 87 % ogółu drugich wskazań kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn było ich 17, co stanowi 43,6 %. Można założyć, iż osoby te w pierwszym wskazaniu podnosiły kwestie dotyczące ich indywidualnego i osobistego stosunku do ustającej więzi małżeńskiej, natomiast poprzez dodanie drugiego wskazania podnosiły kwestie związane z wspólnym rodzicielstwem. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż w przypadku kobiet kategoria dzieci jest zdecydowanie dominującą w drugim wskazaniu.

Tabela 2. Liczebności według drugiego wskazania kobiet i mężczyzn.

Rodzaj wskazania	Kobiety (n = 23)		Mężczyźni (n = 39)	
	Liczba wskazań	Wartość względna	Liczba wskazań	Wartość względna
Negatywna emocjonalność (Z)	0	-	0	-
Życzenie powodzenia (SZ)	2	8,7 %	12	30,8 %
Przepraszanie za rozwód(P)	1	4,3 %	8	20,5 %
Orientacja na dzieci (D)	20	87,0 %	17	43,6 %
Deklaracja trwałego uczucia (K)	0	-	2	5,1 %
Odcięcie (O)	0	-	0	-

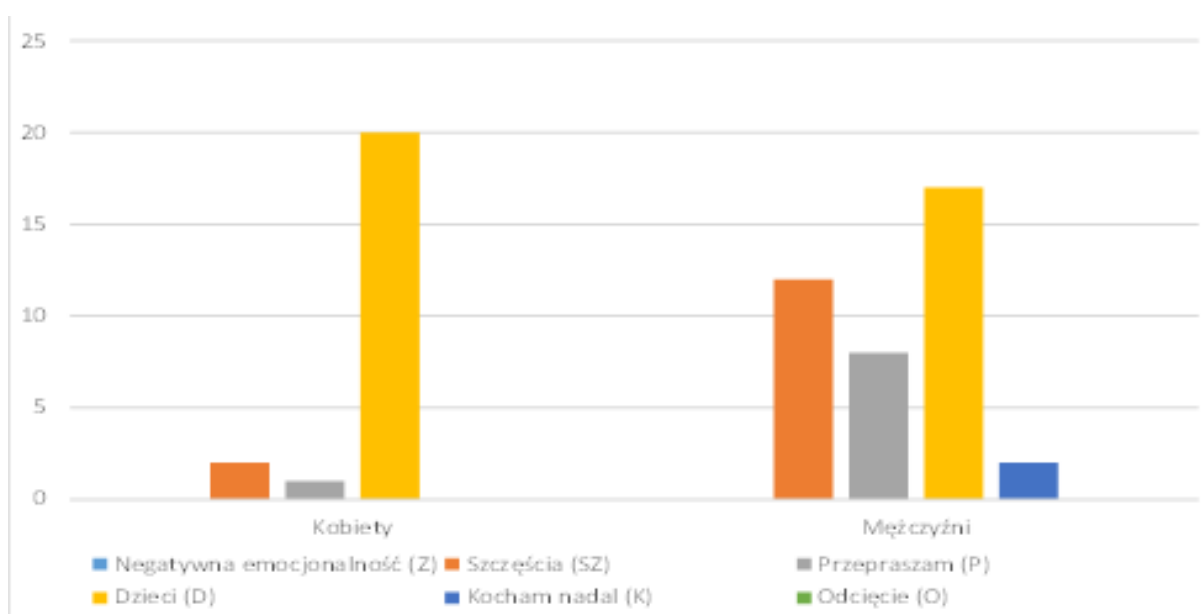
W przypadku mężczyzn drugie miejsce pod względem liczebności zajmuje kategoria szczęścia. 30,8 % mężczyzn poprzez rozbudowanie wypowiedzi życzyło bylej żonie, aby ułożyła ona sobie dalsze życie jak najlepiej. Również na drugim miejscu u kobiet jest kategoria szczęścia, przy czym jej liczebność w stosunku do liczebności mężczyzn jest znacznie niższa i wynosi tylko 8,7 %. Można przypuszczać, że u osób tych w przypadku pierwszego wskazania poruszano kwestie zasadnicze, a życzenie wszystkiego najlepszego stanowi swoiste domknięcie wypowiedzi.

20,5 % drugich wskazań mężczyzn (8 osób) przypada na kategorię przepraszam, natomiast tylko jedna kobieta rozbudowując swoją wypowiedź wyraziła przeprosiny skierowane do byłego męża. Jak wspomniano w przypadku kobiet brak było drugich wskazań w kategorii Kocham nadal, natomiast liczebność w tej kategorii w przypadku mężczyzn kształtowała się na poziomie 5,1 %. Ilustrację dla drugich wskazań osób badanych stanowi wykres przedstawiony na rysunku 3.

Podsumowanie

Przeprowadzone analizy wykazały występowanie różnic między kobietami i mężczyznami w liczebnościach w ramach poszczególnych kategorii typologicznych. Gradacja ilościowa w ramach poszczególnych kategorii typologicznych pierwszego wskazania w grupie kobiet jest następująca:

- Życzenie szczęścia – 36,6 %;
- Negatywna emocjonalność – 29,0 %;
- Orientacja na dzieci – 13,7%;
- Odcięcie – 10,7 %;
- Przepraszanie za rozwód – 5,3 %;



Rysunek 3. Liczebności drugiego wskazania dla kobiet i mężczyzn.

- Deklaracja trwającego uczucia (kocham nadal) – 4,6 %.

W przypadku mężczyzn uzyskano poniższe wyniki:

- Życzenie szczęścia – 29,1 %;
- Kocham nadal – 25,1 %;
- Przepraszanie za rozwód – 15,0 %;
- Orientacja na dzieci – 11,8 %;
- Negatywna emocjonalność – 10,2 %;
- Odcięcie – 8,7 %.

Najliczniejszą kategorią typologiczną, zarówno w przypadku kobiet jak i mężczyzn, jest kategoria szczęścia. Do kategorii tej zostały zaklasyfikowane wypowiedzi byłych partnerów, w których zawarta były życzenia drugiej stronie wszystkiego najlepszego, szczęścia i powodzenia. Można stwierdzić, iż jedna trzecia osób badanych deklaruje w ten sposób, że relacja małżeńska jest dla nich zakończona i nastąpiło pogodzenie się z jej ustaniem.

Uzyskane wyniki pozwoliły na wskazanie następujących różnic dla grupy kobiet i mężczyzn.

1. Kategoria negatywna emocjonalność jest w przypadku kobiet na drugim miejscu pod względem liczebności, natomiast w przypadku mężczyzn zajmuje ona dopiero piątą pozycję. Oznacza to, iż kobiety częściej niż mężczyźni deklarują potrzebę ekspresji poczucia skrzywdzenia, żalu, pretensji oraz rozczarowania współmałżonkiem. Można więc przypuszczać, że kobiety w wyniku rozwodu prawie trzykrotnie częściej niż ma to miejsce w przypadku mężczyzn, czują się ofiarami zaistniałej sytuacji.

2. Kategoria kocham nadal w przypadku mężczyzn zajmuje pod względem liczebności drugie miejsce, natomiast w grupie kobiet jest ona na ostatniej pozycji. Oznacza to, że aż jedna czwarta badanych mężczyzn deklaruje, iż nadal odczuwa pozytywne uczucia do żony. U kobiet ambiwalencja emocjonalna jest na dużo niższym poziomie.

3. Biorąc pod uwagę liczebności wypowiedzi kobiet i mężczyzn zakwalifikowanych do kategorii przepraszam można stwierdzić, iż mężczyźni trzykrotnie częściej są skłonni wyrazić przeprosiny, niż ma to miejsce w przypadku kobiet. Na tej podstawie można wnioskować, iż mężczyźni mają zdecydowanie wyższe poczucie niż kobiety, że swoimi działaniami przyczynili się do rozpadu związku małżeńskiego.

4. Analizując wyniki zwrócono uwagę, na występowanie zależności pomiędzy kategorią przepraszam oraz negatywna emocjonalność. W wypowiedziach kobiet uzyskano w kategorii przepraszam niskie wyniki (5,3 %), przy jednoczesnym wysokim odsetku odpowiedzi zakwalifikowanych do kategorii negatywnej emocjonalności (29 %). Może to wskazywać na występowanie u kobiet tendencji do postrzegania siebie jako strony pokrzywdzonej przy jednoczesnej niskiej świadomości własnego współdziałania w zaistniałej sytuacji. Natomiast w przypadku mężczyzn w tych dwóch kategoriach liczebności odpowiedzi mają

odwrotne proporcje - więcej mężczyzn jest w stanie wyrazić przeprosiny niż demonstrować negatywną emocjonalność w stosunku do byłej żony.

Należy na koniec podkreślić, iż na rodzaj ekspresji oraz odczuwane poczucie winy ma wpływ zarówno sam fakt podjęcia decyzji o zakończeniu relacji małżeńskiej, jak i przebieg procesu rozwodowego. Jak wspomniano wcześniej, rozwód jest procesem rozłożonym w czasie, podczas którego mnogość kwestii, będących do rozstrzygnięcia przez małżonków, może być źródłem powstawania konfliktów interpersonalnych, które mogą być dodatkową przyczyną wzrostu dyskomfortu psychicznego u małżonków rozwodzących się.

Przeprowadzone i przedstawione w tym pracowniu analizy wskazują, jak silne emocje wzbudza sytuacja rozwodowa u każdego z małżonków. W wypowiedziach badanych widoczny jest smutek, żal, bezradność, złość, ale także zauważalna jest „zadaniowa orientacja”, wiara w lepsze ułożenie sobie życia bez dotychczasowego partnera (partnerki).

Przedstawione analizy mogą być pomocne dla diagnostów, doradców, mediatorów, terapeutów w przygotowywaniu strategii pomocowej danej rodzinie czy konkretnej osobie. W szczególności ważne jest otrzymanie informacji od obojga partnerów, dokonanie ich analizy pod kątem podobieństwa i różnic przeżywanych emocji, wzajemnego obwiniania się, dążenia do rozstania czy podjęcia próby pracy nad związkiem. Najczęściej jest tak, że po uzyskaniu rozwodu dotychczasowi partnerzy małżeńscy są pozostawieni sami sobie (Beisert, 2000; Błażek, 2014; Błażek, Lewandowska-Walter, 2017; Plopa, 2019; Plopa, Zajdlic-Plopa, 2013; Przybyła-Basista, 200).

To przedstawione krótkie badanie projekcyjne (jak też wiele innych badań) uzasadnia naszym skromnym zdaniem potrzebę rewitalizacji „prawa rozwodowego” w Polsce. W administracyjne „wszcęcie” sprawy rozwodowej powinien być wpisany nakaz uczestniczenia stron w postępowaniu mediacyjnym czy terapeutycznym prowadzonym przez odpowiednio przygotowanych specjalistów (psychologów, terapeutów, prawników). Czas jego trwania powinien być uzależniony od „stanu emocjonalnego” nie tylko małżonków, ale także ich dzieci. Gdyby polityka edukacyjna państwa była w istotnie większym wymiarze zorientowana na psychologicznie dojrzałe rozwijanie tożsamości młodych osób (uczenie spostrzegania i rozumienia siebie i innych, uczenie komunikacji, psychologii kobiety, mężczyzny, szacunku i tolerancji dla inności) prawdopodobnie mniej zawieranych byłoby związków małżeńskich mających w sobie „czynnik ryzyka rozpadu”.

Rozwód to cięcie operacyjne, a co dalej? Zasadne też jest pytanie, dlaczego doszło do operacji?

Biorąc pod uwagę społeczne, ekonomiczne konsekwencje rozwodów w wielu krajach zaczyna się myśleć o próbach powstrzymania tego niepokojącego trendu. Badacze zauważają, że zbyt liberalne prawo rozwodowe przyczynia się często do podejmowania zbyt pochopnych decyzji o rozwodzie jako „metodzie” na problemy rodzinne i małżeńskie (Antle, Karam, Christensen, Barbee, Sar, 2011; Gonzalez, Viitanen, 2009; Hawkins, Willoughby, Doherty, 2012; Plopa, 2014, 2019; Plopa, Zajdlic-Plopa, Karasiewicz, 2017; Przybyła-Basista, 2004, 2006). Wzrasta społeczna świadomość, że budowanie zdrowego społeczeństwa wiąże się

z upodmiotowieniem rodziny i przywróceniem jej szczególnego znaczenia. Potrzebna jest korekta prawa utrudniająca rozwody w sensie podejmowania prób „pracy nad związkiem”, co może wiązać się z lepszym rozumieniem procesów związanych z dezintegracją rodziny a w szczególności problemów rozwojowych dzieci.

Bibliografia

- Amato, P. R. (2010). Research on divorce: Continuing trends and new developments. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 650–666.
- Amato, P. R., Previti, D. (2003). People's reasons for divorcing gender, social class, the life course, and adjustment. *Journal of Family Issues*, 24(5), 602–626.
- Antle, B. F., Karam, E., Christensen, D. N., Barbee, A. P., Sar, B. K. (2011). An evaluation of healthy relationship education to reduce intimate partner violence. *Journal of Family Social Work*, 14(5), 387–406.
- Beisert, M. (2000). *Rozwód. Proces radzenia sobie z kryzysem*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Błażek, M. (2014). Rozwód jako sytuacja kryzysowa w rodzinie. W: I. Janicka, H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny* (s. 459-482). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Błażek, M., Lewandowska-Walter, A. (2017). *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Crowell, J., Treboux, D., Brockmeyer, S. (2009). Parental divorce and adult children's attachment representations and marital status. *Attachment and Human Development*, 11(1), 87–101.
- Demo, D. H., Buehler, Ch. (2013). Theoretical approaches to studying Divorce. W: A. Fine, F. Fincham (red.), *Handbook of family theories* (s. 263-279). Nowy Jork, Stany Zjednoczone: NY 10017.
- Gasiul, H. (2010). *Teoria emocji i motywacji*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Gonzalez, L., Vitanen, T. K. (2009). The effect of divorce laws on divorce in Europe. *European Economic Review*, 53(2), 127–138.
- Hawkins, A. J., Willoughby, B. J., Doherty, W. J. (2012). Reasons for divorce and openness to marital reconciliation. *Journal of Divorce and Remarriage*, 53(6), 453–463.
- Hertenstein, M., Hansel, C., Butts, A., Hile, S. (2009). Smile intensity in photographs predicts divorce later in life. *Motivation and Emotion*, 33, 99–105.
- Huesmann, L., Dubow, E., Boxer, P. (2009). Continuity of aggression from childhood to early adulthood as a predictor of life outcomes: Implications for the adolescent-limited and life-course-persistent models. *Aggressive Behavior*, 35(2), 136–149.
- Lavner, J. A., Bradbury, T. N. (2012). Why do even satisfied newlyweds eventually go on to divorce? *Journal of Family Psychology*, 26(1), 1–10.
- LeDoux, J. (2000). *Mózg emocjonalny*. Poznań: Media Rodzina.

- Plopa, M. (2005). *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków: Oficyna wydawnicza „Impuls”.
- Plopa, M. (2007). *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza “Impuls”.
- Plopa, M. (2011). *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza “Impuls”.
- Plopa, M. (2014). Więzi małżeńskie i rodzinne w perspektywie teorii przywiązania. W: I. Janicka i H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny* (s. 141–157). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Plopa, M. (2019). Rozwody jako niepokojące zjawisko współczesności. Psychologiczna perspektywa badań. W: T. Rostowska, A. Walter-Lewandowska (red.), *Psychospołeczne konteksty relacji rodzinnych*. Warszawa: Difin.
- Plopa, M., Zajdlc-Plopa, T. (2013). Psychospołeczne predyktory rozpadu związków małżeńskich. W: M. Plopa (red.), *Człowiek we współczesnym świecie. Zagrożenia i wyzwania: perspektywa interdyscyplinarna, tom 5* (s. 43–138). Elbląg: Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Plopa, M., Zajdlc-Plopa, T., Karasiewicz, K. (2017). Dynamika związku małżeńskiego jako predyktor sytuacji rozwodowej. *Czasopismo Psychologiczne*, 23(1), 71–87.
- Przybyła-Basista, H. (2004). Rozwiązywanie konfliktów przez pary małżeńskie w sytuacji rozwodowej. W: K. Popiołek (red.), *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy. Zjawiska współczesnej cywilizacji*. Poznań: Wydawnictwo Stowarzyszenia Psychologia i Architektura.
- Przybyła-Basista, H. (2006). *Mediacje rodzinne w konflikcie rozwodowym*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Rathus, S. (2004). *Psychologia współczesna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Rhoades, G., Stanley, S., Markman, H. (2009). The pre-engagement cohabitation effect: A replication and extension of previous findings. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 107–111.
- Wilmont, W. W., Hocker, J. L. (2011). *Konflikty między ludźmi*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zajdlc-Plopa, T. (2009). Z badań nad percepcją swojego małżeństwa przez partnerki rozwodzące się. W: M. Plopa (red.), *Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia. Zagrożenia i wyzwania. Tom III.* (s. 269–291). Elbląg: Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Zimbardo, P., Gerrig, R. (2011). *Psychologia i życie. Wydanie nowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

CZEŚĆ IV

Z PERSPEKTYWY PSYCHOLOGII
ZDROWIA I PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

Joanna Kuryłowicz¹, Konrad Janowski², Stanisława Steuden²

¹ Oddział Neurologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana kard. Wyszyńskiego w Lublinie

² Instytut Psychologii, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

Autor do korespondencji: Konrad Janowski

k.janowski@vizja.pl

Neuropsychologiczne konsekwencje nagłego zatrzymania krążenia

Wstęp

Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) polega na ustaniu mechanicznej czynności serca, cechującym się brakiem reakcji chorego na bodźce, brakiem wyczuwalnego tętna oraz bezdechem lub agonalnym oddechem. Bezzwłoczne podjęcie odpowiedniego działania resuscytacyjnego ma na celu skuteczne przywrócenie krążenia spontanicznego. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa ma na celu wymuszenie uznanymi i zalecanymi technikami (wg American Heart Association i European Resuscitation Council) możliwie jak najbardziej efektywnego przepływu krwi w naczyniach ważnych narządów, do momentu przywrócenia krążenia spontanicznego (Virmani, Burke, Farb, 2001). U chorych którzy przeżyli NZK obserwuje się złożony obraz patofizjologiczny zwany zespołem poresuscytacyjnym (*post-cardiac arrest syndrome*). Zespół poresuscytacyjny stanowi wyraz dysfunkcji wielonarządowej, rozwijającej się w następstwie zatrzymania krążenia i przebytej resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W większości przypadków po przywróceniu krążenia spontanicznego rozwija się, trwająca najczęściej bardzo długo, niewydolność dotycząca wielu narządów, która w niewielkim stopniu zależy od potencjalnych następstw uszkodzeń wynikających z zastosowania samych technik resuscytacyjnych (Mysiak, 2005). Objawy zespołu poresuscytacyjnego wynikają zarówno z upośledzenia funkcji mózgu, ale także mięśnia serca, naczyń, nerek, wątroby i pozostałych organów (Mysiak, 2005; Nolan i in., 2008; Stub, Bernard, Duffy, Kaye, 2011).

Czynnikami o znaczeniu rokowniczym w okresie poresuscytacyjnym są: wiek, czas, po jakim rozpoczęto resuscytację od momentu zatrzymania krążenia, przyczyna NZK (migotanie komór lepiej rokuje niż asystolia), temperatura ciała (hipotermia rokuje lepiej niż hipertermia, Kozubski, Michalak, 2005). Ze względu na odmienne rokowanie można wyróżnić subpopulacje chorych po wewnątrzszpitalnym i pozaszpitalnym zatrzymaniu krążenia oraz ze względu na mechanizm zatrzymania krążenia. Ze względu na przyczynę wyróżnia się zatrzymanie krążenia pierwotne – spowodowane chorobą serca oraz wtórne – spowodowane przyczyną pozasercową np. zatrzymaniem oddechu, urazem (Mysiak, 2005).

Nagłe zatrzymanie krążenia może nastąpić w jednym z 4 mechanizmów: migotania komór (*ventricular fibrillation* - VF), częstoskurczu komorowego bez tętna (*ventricular tachycardia* - VT), asystolii (brak czynności elektrycznej i mechanicznej serca; także gdy czynność <10/min), czynności elektrycznej bez tętna

(brak skutecznej hemodynamicznie czynności mechanicznej serca pomimo zachowania zorganizowanej czynności elektrycznej (Jankowski, 2010).

Nagle zatrzymanie krążenia może być następstwem przyczyn pierwotnie sercowych (najczęściej związanych z chorobą niedokrwienną serca), co stanowi ponad 30% ogółu zgonów, ostrej niewydolności oddechowej z następową asfiksją (najczęściej w przebiegu urazów, zatruc, utonięć oraz w przypadku większości NZK u dzieci), zatoru tętnicy płucnej, utraty dużej ilości krwi z łożyska naczyniowego (np. w wyniku urazu), szybko narastającej tamponady serca, hipowolemii, a także (znacznie rzadziej) hipotermii, wstrząsu anafilaktycznego czy przedawkowania leków. Najczęstszą przyczyną pierwotnego zatrzymania krążenia są ostre zespoły wieńcowe, a najpowszechniejszym mechanizmem migotanie komór (Górecki, 2007).

Neuropatologia w konsekwencji NZK

Uszkodzenie mózgu należy do najpoważniejszych konsekwencji zdrowotnych u pacjentów z tzw. pozaszpitalnym NZK. Patologia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) wynika z małej tolerancji na niedokrwienie i specyfiki odpowiedzi na reperfuzję. Tkanki mózgowia mają niemal 5-krotnie większe zapotrzebowanie energetyczne w porównaniu z innymi tkankami ciała (Kozubski, Michalak, 2005). Po około 2 minutach od zatrzymania krążenia stężenie tlenu w tkankach mózgowia spada do zera (Schneider, Böttiger, Popp, 2009). W tym czasie dochodzi do kumulacji szkodliwych metabolitów, takich jak adenozyne i kwas mlekowy, które powodują zaburzenie homeostazy wewnątrzkomórkowej i nagromadzenie jonów wapnia, będących kluczowymi w uszkodzeniu komórki (Weyandt, 2006). Spadek dystrybucji krwi w organizmie powoduje natychmiastowe uruchomienie mechanizmów zabezpieczających mózg przed uszkodzeniem. Jednakże, uwalnianie mózgowych zapasów glukozy i glikogenu wystarcza najwyżej na 4 minuty (Temple, Porter, 2012). Zdaniem Waltona (1994), prawie każdy, kto przez 5 minut był narażony na brak tlenu lub przez 15 minut znaczenie niedotleniony, doznaje nieodwracalnego uszkodzenia mózgu. Inni badacze wskazują, że przedłużanie się NZK powyżej 8 minut wywołuje uszkodzenia mózgowia nie tylko trwałe, ale też ciężkie (van Alem, de Vos, Schmand, Koster, 2004).

Zarówno długotrwałe niedokrwienie mózgu, które towarzyszy zatrzymaniu krążenia, jak i krótkotrwałe, występujące także w trakcie zabiegów kardiochirurgicznych oraz implantacji wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora, może spowodować występowanie zaburzeń neurologicznych oraz deficytów neuropsychologicznych (Bartman, Pierzchała, 2005; Krzyżanowska, Friedman, 2012).

Podstawową przyczyną uszkodzenia mózgu w NZK jest jego niedokrwienie. Przywrócenie krążenia, poprzez resuscytację krążeniowo-oddechową lub spontaniczny powrót krążenia, hamuje degenerację neuronów, lecz niekoniecznie przywraca ich funkcje. Aktywacja genów wczesnej odpowiedzi komórkowej uruchamia w jednych komórkach mechanizmy naprawcze, a w innych – mechanizmy apoptyczne (Böttiger, Schmitz, Wiessner, Vogel, Hossmann, 1998). Te ostatnie są najbardziej widoczne w rejonach

mózgu wrażliwych na niedotlenienie, czyli część CA-1 hipokampa, jądra siatkowate wzgórza oraz kora mózgowa (Busl, Greer, 2010; Seniów, 1999). W mózgowiu osoby dojrzałej istota szara jest bardziej wrażliwa na niedotlenienie niż istota biała, a kora mózgowa bardziej niż pień mózgu. Obszary mózgowia i rdzenia kręgowego leżące na pograniczach obszarów unaczynienia są szczególnie wrażliwe na niedokrwienie (Dave i in., 2004).

U pacjentów po NZK w badaniach neuroobrazowych wykonywanych wcześniej zwykle nie ujawnia się zmian strukturalnych w mózgu (KT, MR), ale od razu ujawnia się patologię czynnościową (fMRI, PET). Wraz z upływem czasu od zachorowania uwidaczniają się zaniki korowo-podkorowe, najwyraźniejsze w rejonach przyśrodkowych części korowo-podkorowych płatów czołowych, układów hipokampa (głównie pola CA-1), kory ciemieniowo-potylicznej, przedniej części wzgórza i jąder podstawy (głównie jądra ogoniastego i skorupy, Hopkins, 2005).

Zaburzenia neurologiczne

Brak jest swoistego wzorca zaburzeń neurologicznych w efekcie globalnego niedokrwienia i niedotlenienia mózgu po NZK. Nasilenie objawów neurologicznych w okresie poresuscytacyjnym zależy od czasu trwania zatrzymania krążenia (co podkreśla znaczenie czasu, jaki upłynął od NZK do przywrócenia krążenia i oddechu) (Goldberg, Ellis, 1997).

Krótkotrwałe zatrzymanie krążenia (poniżej 5 minut) powoduje przejściową utratę przytomności (minuty do kilku godzin), zespół amnestyczny (przypominający zespół Wernickego-Korsakowa) i zaburzenia innych funkcji poznawczych. W ciągu następnych 7 do 10 dni po resuscytacji może rozwinąć się encefalopatia demielinizacyjna cechująca się postępującymi zaburzeniami funkcji poznawczych, zespołem piramidowym i/lub pozapiramidowym, napadami padaczkowymi, zespołem majaczeniowym, agnozą wzrokową, ślepotą korową (niekiedy z zespołem Antona) i zaburzeniami osobowościowymi (Kozubski, Michalak, 2005).

Zaburzenia te należy różnicować ze stanami chorobowymi o etiologii innej niż NZK, takimi jak zespół zamknięcia i mutyzm akinetyczny. W zespole zamknięcia (uszkodzenie brzusznej części mostu) przytomny chory porozumiewa się jedynie za pomocą ruchów gałek ocznych oraz powiek, gdyż są to jedyne ruchy, jakie może wykonać ze względu na występujące porażenia pozostałych części ciała (Szyrocka-Szwed, Wajgt, Dudzic, 2003). Z kolei w mutyzmie akinetycznym chory jest podsypiający, otwiera oczy i reaguje kończynami na bodźce bólowe, ale nie wykonuje żadnych poleceń. Występują tu także zaburzenia gałkoruchowe. Ta postać mutyzmu akinetycznego nazywana jest apatycznym (uszkodzenie śródmózgowia, tylnej części okolicy komory III oraz jąder wzgórza i podwzgórza), a w odróżnieniu od mutyzmu akinetycznego hiperpatycznego (uszkodzenie przednio-przyśrodkowych okolic płatów czołowych), w którym nie występują zaburzenia gałkoruchowe, a chory jest okresowo niespokojny, pobudzony i agresywny. Wśród innych objawów spotyka się zaburzenia ruchów gałek ocznych i mioklonie (zespół Lance-Adamsa). Rzadziej występują objawy uszkodzenia rdzenia kręgowego (zwykle z poziomu dolnych segmentów piersiowych)

obejmujące wiotkie porażenie kończyn dolnych, zniesienie odruchów głębokich w kończynach dolnych i zaburzenia zwieraczy (Kozubski, Michalak, 2005, Michalak, Lenart-Jankowska, Woźniak, 2007).

Długotrwałe zatrzymanie krążenia powoduje rozlane uszkodzenie OUN klinicznie objawiające się śpiączką lub przetrwałym stanem wegetatywnym. Przy długotrwałym wstrzymaniu krążenia możliwa jest niezdolność do wszelkiej świadomej aktywności (w tym poznawczej) w związku z upośledzeniem mózgowych mechanizmów wzbudzenia (śpiączka, stan wegetatywny) oraz głębokie zaburzenia systemów uwagi i świadomości (np. minimalny stan świadomości, stany splątaniowe) (Anderson, Arciniegas, 2010; Peskine, Rosso, Picq, Caron, Pradat-Diehl, 2010).

Ciężkie niedotlenienie prowadzi zawsze do utraty przytomności. Na początku załamują się funkcje kory, natomiast funkcje pnia są zachowane, utrzymane jest spontaniczne oddychanie i można wywołać odruchy pniowe. W razie przedłużającej się hipoksji również i te czynności zanikają. Następuje zatrzymanie krążenia i oddychania, a następnie śmierć mózgu (Lindsay, Bone, 2006). Przy hipoksji trwającej dłużej niż 3-5 minut może dojść do trwałych uszkodzeń. Bezpośrednio po powrocie czynności krążenia i oddychania objawy kliniczne mogą być podobne jak w przypadku śmierci mózgu (Mumenthaler, Mattle, 2001). Jeżeli jednak stan taki utrzymuje się dłużej niż 1-2 godziny, to prognoza jest niekorzystna. Pacjenci z ciężkim uszkodzeniem, po powrocie funkcji życiowych pozostają bez reakcji, z rozbieżnym ustawieniem gałek ocznych i zachowanymi odruchami pniowymi. Napięcie w kończynach jest wiotkie, a rdzeniowe odruchy własne są osłabione, lub też napięcie mięśniowe jest podwyższone. Przy drażnieniu stóp brak jest reakcji lub pojawia się objaw Babińskiego, a bodźce bólowe wywołują reakcje ułożeniowe typowe dla odkorowania (Lindsay, Bone, 2006). W ciągu kilku dni po resuscytacji u około 1/3 chorych pojawiają się napady padaczkowe o różnej morfologii. W miarę poprawy stanu chorego mogą występować odruchy ucieczki na bodźce zewnętrzne, pochwytywanie, otwieranie oczu, a w końcu próby nawiązania kontaktu z otoczeniem. Chory, który odzyskuje przytomność w ciągu pierwszej doby, jest zwykle pobudzony i zdezorientowany, ale w ciągu kilku godzin lub dni odzyskuje większość czynności poznawczych. Wraz z odzyskiwaniem przytomności przez chorego możliwe jest pełniejsze badanie neurologiczne, które ujawnia objawy ogniskowe i pozwala na ocenę funkcji poznawczych (Mongardon i in., 2011).

U części chorych rozwija się przetrwały stan wegetatywny, który rozpoznaje się po 1 miesiącu utrzymywania się objawów. Chorzy ci leżą z otwartymi oczyma, nie nawiązują jednak kontaktu z otoczeniem, szybko powraca rytm snu i czuwania, odpowiedzi ruchowe na bodźce polegają na przyjmowaniu pozycji ciała wskazującej na odkorowanie. Kończyny dolne układają się w trójzgięciu z towarzyszącymi ruchami odpychania lub drżeniem. Pojawia się ziewanie, zgrzytanie zębami, śmiech, płacz, kichanie lub mruganie oczyma. Chorzy ci nie wodzą wzrokiem za otoczeniem (Jankowski, 2010).

U niektórych pacjentów w okresie poresusycacyjnym dochodzi do objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w następstwie obrzęku mózgu. Do innych objawów należą niedowłady połowicze, porażenie rzekomoopuszkowe, zespół parkinsonowski, choreoatetoza, dystonia i mioklonie (Kozubski,

Michalak, 2005). Przeprowadzone badania pokazują, że bez względu na miejsce wystąpienia zatrzymania krążenia (tj. w warunkach wewnątrzszpitalnych czy poza szpitalem) połowa osób, które były wypisane ze szpitala, miała umiarkowane lub ciężkie deficyty neurologiczne (Nunes i in., 2003).

Zaburzenia neuropsychologiczne

W ostatnich 10 latach liczba pacjentów, którzy przeżyli NZK wzrosła. Jednym z efektów tego jest zwiększone zainteresowanie neuropsychologicznymi konsekwencjami przebytego NZK (O'Reilly, Grubb, O'Carroll, 2003).

Najpowszechniejszą konsekwencją NZK są zróżnicowane zmiany poznawczo-behawioralne. Przegląd piśmiennictwa w tym zakresie skupia się na ocenie deficytów neuropsychologicznych uwzględniając czas i stopień niedotlenienia oraz okoliczności, w których doszło do NZK (wewnątrz- i zewnątrzszpitalne), a także konsekwencje w postaci rozlanej encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej (Lu-Emerson, Khot, 2010; Middelkamp i in., 2007).

Jak wskazują autorzy, łagodne niedotlenienie mózgu może powodować zaburzenia uwagi, zdolności do formułowania sądów i podejmowania decyzji. Jeżeli nie wystąpi utrata przytomności, zaburzenia te zwykle są odwracalne. Mimo początkowych zaburzeń stan pacjenta może ulec znacznej poprawie, a nawet może dojść do wyleczenia bez pozostawienia objawów ubytkowych (Mongardon i in., 2011).

Po długotrwałym zatrzymaniu krążenia patologia kliniczna może objawiać się niezdolnością do wszelkiej świadomej aktywności (m. in. poznawczej), głębokimi zaburzeniami systemów uwagi i samoświadomości bądź ogniskowymi zespołami poznawczo-behawioralnymi, współwystępującymi lub nie z ubytkowymi objawami neurologicznymi (Polanowska, Paprot, Seniów, 2012).

Piśmiennictwo przedmiotu wskazuje na to, że obrazie klinicznym dominują dysfunkcje pamięciowe, związane z uwagą, wykonawcze, szybkości i efektywności przetwarzania informacji, uczenia się, myślenia abstrakcyjnego, zdolności rozwiązywania problemów oraz wykonywania złożonych zadań psychomotorycznych (Walsh, 2001; Jodzio, 2008). Mogą wystąpić także zaburzenia wzrokowo-przestrzenne, mowy i języka oraz agnozja i apraksja (Kaplan, 1999; Mateen i in., 2011). Nierzadko opisywane są także nieprawidłowości emocji i motywacji oraz zmiana cech osobowości (Mongardon i in., 2011).

Zaburzenia uwagi i szybkości przetwarzania

Badania pacjentów po NZK potwierdzają deficyty w zakresie uwagi (złożonego systemu obejmującego czujność, selektywność, podzielność i przełączanie) z dominacją osłabienia selektywności i podzielności uwagi (Peskin i in., 2010; Polanowska i in., 2012; Kaplan, 1999).

Deficyt podzielności uwagi jest w tej grupie pacjentów dość powszechny i ujawnia się szczególnie w testach wymagających wykonywania dwóch zadań w tym samym czasie (*dual tasks*). Często współwystępuje z trudnościami podtrzymywania uwagi przez dłuższy czas oraz elastycznego jej przełączania zgodnie z wymogami zadania (Anderson, Arciniegas, 2010).

Deficyty czujności uwagi oraz szybkości przetwarzania są obserwowane u pacjentów po NZK zarówno we wczesnym jak i odległym okresie po zachorowaniu. Podkreśla się także zasadność jakościowej oceny tych zaburzeń w oparciu o wywiad i badanie narzędziami przesiewowymi (np. *Mini-Mental State Examination*), zwłaszcza u chorych z ciężką encefalopatią niedotlenieniowo-niedokrwienną (Kaplan, 1999).

Uwaga jest silnie związana z efektywnością wszystkich czynności poznawczych, a osłabienie jej wtórnie zakłóca przebieg wszelkiej złożonej, celowej aktywności człowieka. Szczegółowa diagnostyka neuropsychologiczna powinna być nakierowana na ocenę różnych aspektów uwagi i współwystępujących innych deficytów poznawczo-behawioralnych z zastosowaniem adekwatnych metod badawczych (np. Test Uwagi Codziennej TUC – *The Test of Everyday Attention* - TEA; Test Łączenia Punktów - *Trail Making Test* – TMT; Anderson, Arciniegas, 2010; Peskine i in., 2010; Polanowska i in., 2012). Ważny jest wybór trafnych i czułych metod oceny deficytów, co jest warunkiem stworzenia programu rehabilitacji dostosowanego do rzeczywistego stanu klinicznego.

Zaburzenia pamięci

Zaburzenia pamięci u pacjentów po NZK są podobnie opisywane przez wielu badaczy. Pamięć ma złożoną organizację psychologiczną, gdyż obejmuje różnorodne systemy pamięciowe. Systemy pamięciowe są wyróżniane ze względu na czas utrzymywania się śladu pamięciowego, rodzaj nabywanej informacji i specyfikę mechanizmów przetwarzania, stopień świadomego zaangażowania w zapamiętywanie i odtwarzanie (Daniluk, Szepietowska, 2009).

U pacjentów po NZK w kilka godzin po resuscytacji występują głębokie zaburzenia świadomości, dezorientacja, brak kontaktu słownego. Często, mimo poprawy stanu neurologicznego, utrzymują się zaburzenia pamięci w postaci zespołu amnestycznego. Obserwuje się znaczne trudności w zapamiętywaniu nowych informacji przy zachowanej pamięci zdarzeń sprzed choroby. Deficyty pamięciowe mogą być pogłębione przez trudności w skupianiu uwagi i wzmożoną męczliwość w trakcie rozwiązywania zadań. Niektórzy pacjenci prezentują zaburzenia pamięci charakterystyczne dla amnestycznego zespołu Korsakowa, współwystępujące z chwiejnością uczuciową oraz obniżeniem krytycyzmu (Daniluk, Szepietowska, 2009).

Niepamięć jest związana z zaburzeniami ściśle określonych obszarów mózgu. Uszkodzenia, które prowadzą do wystąpienia niepamięci, obejmują: hipokamp, sklepienie, ciała suteczkowate podwzgórza, pasmo suteczkowo-wzgórzowe oraz przyśrodkowe jądra wzgórza (Cummings, Mega, 2005). Jednakże, zgodnie z anatomią, w następstwie NZK izolowane zaburzenia pamięci (np. „czysta” amnezja) rzadko są obserwowane. Zwykle zaburzenia pamięci w przebiegu NZK różnią się swym obrazem od klasycznych zespołów amnestycznych: mają charakter modalnie niespecyficzny, przejawiają się na różnych etapach czynności mnesticznych (zapamiętywania, odtwarzania), współwystępują z trudnościami w zakresie innych procesów poznawczych. Negatywne skutki NZK i encefalopatii niedokrwiennie-niedotlenieniowej

w postaci zaburzeń pamięci deklaratywnej są zrozumiałe w świetle neuroanatomii i patofizjologii tej funkcji poznawczej (Grubb i in., 2000).

Badania Grubb, O'Carroll, Cobbe, Sirel i Fox (1996) wskazują na występowanie przewlekłych zaburzeń pamięci epizodycznej pacjentów po NZK (oceniane były Behawioralnym Testem Pamięci - Rivermead Behavioural Memory Test - RBMT). Wśród badanych byli pacjenci, którzy wykazali istotny poziom zaburzeń pamięci w codziennym funkcjonowaniu. Uzyskali niskie wyniki w testach mierzących pamięć przestrzenną i słowną oraz przypominanie instrukcji. Deficyty te były niezależne od wieku, płci, czasu od zachorowania do postawienia diagnozy, chorób towarzyszących, a także od inteligencji, klasy społecznej. Głębokość dysfunkcji pamięci była skorelowana z czasem trwania zatrzymania krążenia. Wyniki wskazały, że szybki czas udzielenia pomocy przez służby ratunkowe może skutkować mniejszym obniżeniem funkcji pamięci.

W innych badaniach obejmujących chorych po NZK (również z zastosowaniem Behawioralnego Testu Pamięci) stwierdzono zaburzenia pamięci u wszystkich badanych pacjentów (Wilson, 1996; Wilson, Harpur, Watson, Morrow 2003). Wykazały one związek upośledzonej pamięci z innymi dysfunkcjami poznawczymi. Autorzy wskazali, że bardzo ciężka amnezja może pochodzić od dysfunkcji hipokampa, ale nie można wykluczyć udziału centralnego systemu wykonawczego, zwłaszcza, gdy towarzyszą temu zaburzenia behawioralne (Wilson i in., 2003).

Nunes i in. (2003) także wykazali obecność zaburzeń pamięci (zarówno amnezji wstecznej jak i następczej) u pacjentów, u których doszło do niedotlenienia w wyniku NZK. Zaburzenia pamięciowe obejmowały pamięć werbalną, przestrzenną i percepcję wzrokową, co pozostawało w ścisłym związku z odnotowanymi zaburzeniami funkcji wykonawczych. O'Reilly i in. (2003) w swoich badaniach odnotowali, że u 38% kardiologicznych pacjentów, którzy doznali NZK, można wskazać na utrwalone zaburzenia różnych form pamięci.

Biorąc pod uwagę wieloaspektowy charakter zaburzeń pamięci po niedotlenieniu, ocena pamięci pacjentów po NZK wymaga zebrania kompleksowego wywiadu, badania procesu uczenia się i przypominania. W ocenie deficytów pacjenta jest potrzebne rozróżnienie pomiędzy pamięcią a innymi trudnościami poznawczymi.

Zaburzenia wykonawcze

Funkcje wykonawcze są związane przede wszystkim z inicjowaniem, programowaniem i kontrolowaniem celowego zachowania człowieka. Zwykle włącza się do nich funkcje napędowo-regulacyjne, nadzorcze funkcje poznawcze oraz tzw. metapoznawcze. Uznaje się, że okolice przedczołowe czynnościowo ściśle współpracujące ze strukturami podkorowymi (ciałem prążkowym, gałką bładą, wzgórzem; układy czołowo-podkorowe) odgrywają zasadniczą rolę w regulowaniu funkcji wykonawczych (Seniów, 2012; Lezak, Howieson, Bigler, Tranel, 2012).

W badaniach pacjentów po NZK ujawnione dysfunkcje wykonawcze przypisywane były przede wszystkim uszkodzeniu grzbietowo-bocznemu kory przedczołowej (oraz pozostających we współpracy funkcjonalnej grzbietowo-bocznej części jądra ogoniastego, przyśrodkowej części gałki bladej wewnętrznej oraz przednich i grzbietowych jąder wzgórza (Anderson, Arciniegas, 2010). Powoduje to zaburzenia wykonawczych (nadzorczych względem innych) funkcji poznawczych, czyli uwagi, pamięci operacyjnej, strategii efektywnego zapamiętywania oraz odzyskiwania informacji, planowania i organizowania intencjonalnego działania. Pacjenci nie potrafią rozwiązywać efektywnie nowych problemów, stosują nieskuteczne reguły działania w podążaniu do celu, trudno im hamować reakcje silnie wyuczone, stereotypowe (Manly, Murphy, 2012; Peskine, Picq, Pradat-Diehl, 2004).

Popularne narzędzia pomiaru funkcji zaliczanych do systemu wykonawczego, wykorzystywane w tej grupie pacjentów to np.: Test Stroopa, Test Sortowania Kart z Wisconsin, Test Łączenia Punktów, Behawioralny Test do Badania Zespołu Dysfunkcji Wykonawczej (*Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome*), Inwentarz Behawioralnej Oceny Funkcji Wykonawczej (*Behavior Rating Inventory of Executive Function*), Behawioralna Skala Systemu Czołowego (*The Frontal System Behavioral Scale*; Jodzio, 2008).

Jednakże, jak wskazują badacze, najistotniejszą metodą zebrania informacji o funkcjach wykonawczych pacjenta jest bezpośrednia obserwacja jego zachowania oraz wywiad rodzinny i środowiskowy dotyczący różnych aspektów zachowania w naturalnych sytuacjach, np. zachowań i kompetencji społecznych, myślenia o przyszłości, samoświadomości i wglądu, inicjowania zachowań z odroczonym celem, organizacji codziennego programu życia, przewidywania konsekwencji swoich zachowań, respektowania reguł moralnych, zdolności empatii itp. (Anderson, Arciniegas, 2010). Podkreśla się także istotny w ocenie funkcji wykonawczych wielomodalny pomiar w oparciu o formalne badanie neuropsychologiczne uwzględniające wszystkie funkcje poznawcze, a także nastrój, zaburzenia emocjonalne oraz funkcjonowanie w różnym środowisku szpitalnym i pozaszpitalnym (Stuss, 2011). Według Moulaert, Verbunt i van Heugten (2009) zaburzenia funkcji wykonawczych i deficyty uwagi stanowią drugi co do częstości (po zaburzeniach pamięci) typ deficytów obserwowanych u pacjentów po NZK.

Wydaje się, że obok zaburzeń pamięci operacyjnej niezależnie od modalności, a także zaburzeń funkcji podtrzymywania, podzielności oraz selektywności uwagi, źródłem w sposób istotny zakłócającym przebieg czynności psychicznych są zaburzenia planowania i przewidywania, procesów regulacyjnych, umiejętności posługiwania się zróżnicowanymi strategiami poznawczymi, co w efekcie doprowadza do osłabienia postawy abstrakcyjnej (Manly, Murphy, 2012).

Inne deficyty neuropsychologiczne

Badania pacjentów po NZK wykazują, że możliwe deficyty neuropsychologiczne obejmować mogą także funkcje językowe. Najczęściej trudności dotyczyły aktualizacji nazw i wyrażały się klinicznie brakiem reakcji w sytuacji, kiedy trzeba użyć określonej nazwy, wydłużeniem czasu reagowania, omówieniami lub

aktualizacją nazwy nieprawidłowo wybranej ze słownika. Obejmowały także stosowanie słów o podobnym znaczeniu bądź zbliżonym brzmieniowo do właściwych (parafazje). Wypowiedzi były stylistycznie nieudolne, uproszczone, czasem mało zrozumiałe dla odbiorcy (Polanowska i in., 2012). Oprócz zaburzeń w języku mówionym, występowała agrafia (zaburzenia języka pisanego) oraz aleksja (zaburzenia czytania). Struktura psychologiczna tych czynności jest złożona i mogą być zakłócone różne aspekty ich tzw. wyższej organizacji (Stuss, 2011).

Wśród pacjentów po NZK obserwowane były również zaburzenia przestrzenne i konstrukcyjne. Zaburzenia różnych aspektów spostrzegania wzrokowego, związanych z uszkodzeniem tylnych obszarów półkulowych również są odnotowane w tej grupie pacjentów. W sferze poznawczej są to: agnozja wzrokowa apercepcyjna i asocjacyjna, czyli niemożność prawidłowego odbioru (apercepcyjna) złożonych bodźców wzrokowych oraz interpretowania ich znaczenia (asocjacyjna), prozopagnozja (trudności w identyfikacji wcześniej znanych twarzy) – częściej przy uszkodzeniu prawej półkuli (de Renzi, Faglioni, Grossi, Nichelli, 1991), czysta aleksja bez afazji, przy uszkodzeniu lewopółkulowym (Damasio, Damasio, 1983).

Częstym następstwem uszkodzenia mózgu w grupie pacjentów po NZK jest zaburzenie samoświadomości. Patologiczny stan samoświadomości wyraża się w braku poczucia inwalidyzujących objawów choroby (anozognozja), niezdolności do dostrzeżenia własnej niepełnosprawności i krytycznej oceny swego funkcjonowania pod względem posiadanych zaburzeń i zachowanych umiejętności (Polanowska, Seniów, 2004). W przebiegu anozognozji występuje zróżnicowana dynamika z wycofaniem się lub trwałością objawów, z modyfikacjami ich rodzaju i nasilenia. Obecność tych zaburzeń i ich nasilenie wykazuje zależność od fazy schorzenia mózgu – w etapach ostrych poziom dysfunkcji jest głębszy, w następnych objawy zaczynają się wycofywać aż do zupełnego zaniku (Herzyk, 2011). Ograniczona samoświadomość dysfunkcji chorobowych poważnie utrudnia prowadzenie rehabilitacji, ponieważ wiąże się z niskim zaangażowaniem chorego w program terapii, biernym podejściem do usprawniania, a nawet brakiem współpracy z zespołem terapeutycznym. Zaburzenia samoświadomości łączą się z ograniczoną umiejętnością samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym i podejmowania ważnych decyzji, a w szczególności niemożnością powrotu do przedchorobowych form odpowiedzialnej aktywności społecznej i zawodowej (Moryś, Bellwon, Gruchała, 2013).

Zdarza się, że dysfunkcjom w sferze poznawczej towarzyszą lub występują od nich niezależnie zaburzenia nastroju, reagowania emocjonalnego oraz zmiany osobowości (rozumianej jako względnie stałe wzorce zachowania, m. in. w rolach rodzinnych, zawodowych i społecznych). Badacze podkreślają częste występowanie tych objawów w grupie chorych po NZK (Anderson, Arciniegas, 2010; Wilder Schaaf i in., 2013). Wielu chorych traci przedchorobowe społeczne zainteresowania i plany życiowe, zachwianiu ulega pozytywny obraz własnej osoby. Zaburzenia emocjonalne – ujawniające się np. jako stany depresyjne, lękowe, drażliwość, impulsywność, niedostosowanie afektu, zubożenie – powstawać mogą w dwóch mechanizmach: jako skutek nieprawidłowego funkcjonowania struktur mózgowych regulujących emocje

i zachowanie afektywne lub/ oraz jako reakcja psychologiczna na dramat utraty zdrowia, a w konsekwencji wielu znaczących wartości i dóbr (Bolewska, 2008; Herzyk, Krukow, 2009; Piegza i in., 2015).

Wielu schorzeniom neurologicznym, w tym też uszkodzeniom mózgu po NZK, bardzo często towarzyszą objawy apatii lub depresji. Apatia i depresja są różnymi, choć po części powiązаныmi ze sobą stanami patologicznymi. Powszechnie przyjmuje się tezę, że zubożenie/apatia to zespół zmian behawioralnych, których istotą jest pierwotne zaburzenie motywacji do złożonej, celowej aktywności. Lżejsza forma zespołu, w wymiarze emocjonalno-osobowościowym ujawnia się pod postacią utraty zainteresowań, braku barwy emocjonalnej w reagowaniu, bierności, obojętności, a w wymiarze poznawczym pod postacią braku ciekawości i satysfakcji intelektualnej, niepodjęcia zadań poznawczych, itp. Apatia zmienia wszystkie aspekty zachowania człowieka i nierozłącznie związana z czynnikami emocjonalno-motywacyjnymi. Dlatego też różnicowanie apatii i depresji może mieć podstawowe znaczenie dla doboru interwencji terapeutycznych (Bembenek, Szutkowska-Hoser, 2011).

Rehabilitacja neuropsychologiczna

W literaturze przedmiotu badania neuropsychologiczne oceniające funkcjonowanie pacjentów w stadium wczesnym, po 3, 6 i 12 miesiącach od NZK, odnotowują, że stosunkowo największych efektów zdrowienia (wspomaganej terapią) należy się spodziewać w odniesieniu do procesów uwagi, funkcji wzrokowo-przestrzennych i pamięci długoterminowej, a najmniejszych w uczeniu się i zarządzaniu zachowaniem (Polanowska i in., 2012). Zdrowienie po uszkodzeniu mózgu nie jest zdeterminowane tylko procesem biologicznym. Decyduje o nim również złożone współdziałanie czynników psychologicznych i społecznych takich jak: zdolność uczenia się, strategie kompensacyjne, osobowość przedchorobowa, systemy wsparcia, stan emocjonalny, motywacja i inne. Relatywny wpływ każdego z tych czynników zmienia się w czasie. Biologiczne procesy odbudowy są najbardziej znaczące we wczesnym okresie. Im później od zachorowania, tym większego znaczenia nabierają czynniki psychologiczne, społeczne oraz rodzaj stosowanej terapii (Prigatano, 2009).

Z perspektywy praktyki klinicznej wynika, że świadomość własnych deficytów jest czynnikiem determinującym sukcesy w rehabilitacji. Bez poczucia występowania i rozumienia nieprawidłowości w swym funkcjonowaniu pacjent nie podejmuje wysiłku, aby korygować błędy, nie koncentruje uwagi na ćwiczeniach, co zwykle oznacza, że nie występuje u niego oczekiwana reorganizacja zaburzonej aktywności. Ważnym czynnikiem decydującym o efektywności rehabilitacji jest także stan emocjonalny pacjenta. Pacjenci po uszkodzeniach mózgu, w tym pacjenci po NZK, cierpią na zaburzenia w zakresie nastroju, afektu i motywacji. Zaburzenia emocjonalne mogą przejawiać się jako skłonność do irytacji, impulsywności, nadwrażliwości na zachowania innych osób, niskiej tolerancji na frustrację, a także występować w postaci zaburzeń lękowych czy reakcji katastroficznych (Bolewska, 2008).

Istotnym zagadnieniem wydaje się być traktowanie stanu klinicznego, w tym również emocjonalnego pacjenta, jako konsekwencji biologicznej patologii ośrodkowego układu nerwowego, a nie świadomie negatywistycznych postaw wobec udzielanej pomocy i rehabilitacji. Zaburzenia w funkcjonowaniu poznawczym pacjentów po NZK dotyczące pamięci i funkcji wykonawczych, głównie z uwzględnieniem planowania, organizacji i kontroli, mogą prowadzić do gorszej komunikacji interpersonalnej, współpracy z innymi oraz mogą być odpowiedzialne za nieprzestrzeganie zaleceń stylu życia (de Vos, de Haes, Koster, de Haan, 1999).

Zakończenie

Uwzględniając prezentowane dotychczas wyniki badań należy stwierdzić, że niezależnie od etiologii, pięciominutowe lub dłuższe niedotlenienie powoduje trwałe uszkodzenie mózgu (Volpe, Hirst, 1983).

Grupa pacjentów po NZK wydaje się stanowić heterogenną populację z odmiennym profilem dysfunkcji poznawczo-behawioralnych. Szczegółowa diagnostyka neuropsychologiczna jest zatem niezbędna, aby deficyty mogły być ujawnione. Formalne badanie neuropsychologiczne powinno być standardem wśród tych pacjentów i stanowić punkt wyjścia dla konstruowania programu specjalistycznej pomocy i kierunkowej rehabilitacji. Przesiewowe badania są zbyt mało „czułe” i nie dostarczają najistotniejszych informacji dotyczących różnych aspektów zachowania się pacjenta. Wielość czynników warunkujących zróżnicowanie w zakresie profilu deficytów neuropsychologicznych i funkcjonowania psychospołecznego chorego po NZK podkreślają rolę i walor diagnozy neuropsychologicznej, która istotnie pomaga ukierunkować przebieg rehabilitacji i zoptymalizować pomoc pacjentowi po NZK oraz jego rodzinie.

Bibliografia

- Anderson, A. C., Arciniegas, D. B. (2010). Cognitive sequelae of hypoxic-ischemic brain injury: A review. *NeuroRehabilitation*, 26(1), 47–63.
- Bartman, W., Pierzchała, K. (2005). Zaburzenia poznawcze po pomostowaniu aortalnowieńcowym. *Wiadomości Lekarskie*, 58, 415–420.
- Bembenek, J. P., Szutkowska-Hoser, J. (2011). Zespół apatii po udarze niedokrwiennym mózgu- prezentacja przypadku i przegląd piśmiennictwa. *Postępy w Psychiatrii i Neurologii*, 20(4), 297–301.
- Bolewska, A. (2008). Rola czynników psychospołecznych w rehabilitacji neuropsychologicznej. W: E. Łojek, A. Bolewska (red.), *Wybrane zagadnienia rehabilitacji neuropsychologicznej* (s. 26–55). Warszawa: Wydawnictwo naukowe Scholar.
- Böttiger, B. W., Schmitz, B., Wiessner, C., Vogel, P., Hossmann, K. A. (1998). Neuronal stress response and neuronal cell damage after cardiocirculatory arrest in rats. *Journal of Cerebral Blood Flow Metabolism*, 18(10), 1077–1087.

- Busl, K. M., Greer, D. M. (2010). Hypoxic – ischemic brain injury: Pathophysiology, neuropathology and mechanisms. *NeuroRehabilitation*, 26(1), 5–13.
- Cummings, J. L., Mega, M. S. (2005). *Neuropsychiatry* (1 wyd. polskie pod redakcją M. Rydzewskiego). Wrocław: Urban & Partner.
- Damasio, A. R., Damasio, H. (1983). The anatomic basis of pure alexia. *Neurology* 33(12), 1573–1583.
- Daniluk, B., Szepietowska, M. E. (2009). Zaburzenia pamięci w następstwie uszkodzeń mózgu. W: Ł. Domańska, A. R. Borkowska (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej* (s. 261–279). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Dave, K. P., Raval, A. P., Prado R. i in. (2004). Mild cardiopulmonary arrest promotes synaptic dysfunction in rat hippocampus. *Brain Research*, 1024(1–2), 89–96.
- de Renzi, E., Faglioni, P., Grossi, D., Nichelli, P. (1991). Apperceptive and associative forms of prosopagnosia. *Cortex*, 27(2), 213–221.
- de Vos, R., de Haes, H. C., Koster, R.W., de Haan, R. J. (1999). Quality of survival after cardiopulmonary resuscitation. *Archives of Internal Medicine*, 159, 249–254.
- Goldberg, K. B., Ellis, D. W. (1997). Anoxic encephalopathy: A neurobehavioural study in rehabilitation. *Brain Injury*, 11(10), 743–750.
- Górecki, A. (2007). Nagłe zatrzymanie krążenia – aktualne wytyczne postępowania resuscytacyjnego. *Postępy Nauk Medycznych*, 2-3, 87–97.
- Grubb, N. R., Fox, K. A., Smith, K., Best, J., Blane, A., Ebmeier, K. P., Glabus, M. F., O'Carroll, R. (2000). Memory impairment in out-of-hospital cardiac arrest survivors is associated with global reduction in brain volume, not focal hippocampal injury. *Stroke*, 31, 1509–1514.
- Grubb, N. R., O'Carroll, R., Cobbe, S. M., Sirel, J., Fox, K. A. (1996). Chronic memory impairment after cardiac arrest outside hospital. *British Medical Journal*, 313, 143–146.
- Herzyk, A. (2011). *Neuropsychologia kliniczna wobec zjawisk świadomości i nieświadomości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Herzyk, A., Krukow, P. (2009). Analiza neuropsychologiczna zaburzeń emocji i osobowości u pacjentów z dysfunkcjami mózgu. W: Ł. Domańska, A. R. Borkowska (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej* (s. 319–344). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Hopkins, R. O. (2005). Anoxic versus traumatic brain injury: Amount of tissue, not etiology, alters cognitive and emotional function. *Neuropsychology*, 19(2), 233–242.
- Jankowski, M. (2010). Nagłe zatrzymanie krążenia i resuscytacja NZK. W: A. Szczeklik, P. Gajewski (red.), *Choroby wewnętrzne* (s. 106–114). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Jodzio, K. (2008). *Neuropsychologia intencjonalnego działania. Koncepcje funkcji wykonawczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Kaplan C. P. (1999) Anoxic – hypotensive brain injury: Neuropsychological performance at 1 month as an indicator of recovery. *Brain Injury*, 13(4), 305–310.
- Kozubski, W., Michalak, S. (2005). Ośrodkowy układ nerwowy u chorych w okresie poresuscytacyjnym. W: A. Kübler, A. Mysiak (red.), *Choroba poresuscytacyjna* (s. 160–169). Wrocław: Urban & Partner.
- Krzyżanowska, E., Friedman, A. (2012). Zaburzenia neuropsychologiczne u pacjentów po kardiogenym niedotlenieniu mózgu. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 7(1), 26–34.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (55 wyd.). Nowy Jork, Stany Zjednoczone: Oxford University Press.
- Lindsay, K. W., Bone, I. (2006). *Neurologia i neurochirurgia* (1 wyd. polskie pod redakcją W. Kozubskiego). Wrocław: Urban & Partner.
- Lu–Emerson, Ch., Khot, S. (2010). Neurological sequelae of hypoxic-ischemic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 26(1), 35–45.
- Manly, T., Murphy, C. (2012). Rehabilitation of executive function and social cognition impairments after brain injury. *Current Opinion in Neurology*, 25(6), 656–661.
- Michalak, S., Lenart-Jankowska, D., Woźniak, M. (2007). Neurologia. W: B. Pawlaczyk (red.), *Pielęgniarstwo pediatryczne: podręcznik dla studiów medycznych*. (s. 285–294). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mateen, F. J., Josephs, K. A., Frenerly, M. R., Felmlee-Devine, M. D., Weaver, A. L., Carone, M., White, R. D. (2011). Long-term cognitive outcomes following out-of-hospital cardiac arrest. A population-based study. *Neurology*, 77(15), 1438–1445.
- Middelkamp, W., Moolaert, V. R., Verbunt, J. A., van Heugten, C. M., Bakx, W. G., Wade, D. T. (2007). Life after survival: Long-term daily life functioning and quality of life of patients with hypoxic brain injury as a result of a cardiac arrest. *Clinical Rehabilitation*, 21(5), 425–431.
- Mongardon, N., Dumas, F., Ricome, S., Grimaldi, D., Hissem, T., Pène, F., Cariou, A. (2011). Postcardiac arrest syndrome: From immediate resuscitation to long-term outcome. *Annals of Intensive Care*, 1, 45.
- Moryś, J., Bellwon, J., Gruchała, M. (2013). Zaburzenia funkcji poznawczych oraz jakość życia pacjentów po nagłym zatrzymaniu krążenia. *Terapia*, 9, 1–3.
- Moolaert, V. R., Verbunt, J. A., van Heugten, C. M. (2009). Cognitive impairments in survivors of out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation*, 80(3), 297–305.
- Mumenthaler, M., Mattle, H. (2001). *Neurologia*. Wrocław: Urban & Partner.
- Mysiak, A. (2005). Czynniki determinujące przeżywalność chorych we wczesnym okresie poresuscytacyjnym. W A. Kübler, A. Mysiak (red.), *Choroba poresuscytacyjna* (s. 41–50). Wrocław: Urban & Partner.
- Nolan, J. P., Neumar, R. W., Adrie, C., Aibiki, M., Berg, R. A., Böttiger, B. W., . . . Vanden Hoek, T. (2008). Post-cardiac arrest syndrome: Epidemiology, pathophysiology, treatment, and prognostication. A Scientific Statement from the International Liaison Committee on Resuscitation; the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee; the Council on Cardiovascular Surgery and

- Anesthesia; the Council on Cardiopulmonary, Perioperative, and Critical Care; the Council on Clinical Cardiology; the Council on Stroke. *Resuscitation*, 79(3), 350–379.
- Nunes, B., Pais, J., Garcia, R., Magalhães, Z., Granja, C., Silva, M.C. (2003). Cardiac arrest: Long-term cognitive and imaging analysis. *Resuscitation*, 57(3), 287–297.
- O'Reilly, S., Grubb, N., O'Carroll, R. (2003). In-hospital cardiac arrest leads to chronic memory impairment. *Resuscitation*, 58(1), 73–79.
- Polanowska, K. E., Seniów, J. (2004). Zaburzenia samoświadomości objawów chorobowych w nabytym uszkodzeniu mózgu w kontekście rehabilitacji. *Rehabilitacja Medyczna*, 8, 9–14.
- Peskine, A., Picq, C., Pradat-Diehl, P. (2004). Cerebral anoxia and disability. *Brain Injury*, 18(12), 1243–1254.
- Peskine, A., Rosso, C., Picq, C., Caron, E., Pradat-Diehl, P. (2010). Neurological sequelae after cerebral anoxia. *Brain Injury*, 24(5), 755–761.
- Piegza, M., Jaszke, M., Ścisło, P., Pudło, R., Badura-Brzoza, K., Piezga, J., . . . Hese, R. T. (2015). Objawy depresji i lęku po nagłym zatrzymaniu krążenia. *Psychiatria Polska*, 49(3), 465–476.
- Prigatano, G. P. (2009). *Rehabilitacja neuropsychologiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Polanowska, K. E., Paprot, E., Seniów, J. (2012). Konsekwencje poznawczo-behawioralne nagłego zatrzymania krążenia. Studium przypadku. *Terapia*, 1, 46–51.
- Schneider, A., Böttiger, B. W., Popp, E. (2009). Cerebral resuscitation after cardiocirculatory arrest. *Anesthesia & Analgesia*, 108(3), 971–979.
- Seniów, J. (2012). Dysfunkcje wykonawcze u chorych z uszkodzeniem mózgu. *MS Report*, 3, 10–16.
- Seniów, J. (1999). Zespoły amnestyczne. *Postępy w Psychiatrii i Neurologii*, 8, 411–418.
- Stub, D., Bernard, S., Duffy, S. J., Kaye, D. M. (2011). Post-cardiac arrest syndrome: A review of therapeutic strategies. *Circulation*, 123(13), 1428–1435.
- Stuss, D. T. (2011). Traumatic brain injury: Relation to executive dysfunction and the frontal lobes. *Current Opinion in Neurology*, 24(6), 584–589.
- Szyrocka-Szwed, K., Wajgt, A., Dudzic, M. (2003). Zespół zamknięcia. *Udar Mózgu*, 5, 13–16.
- Temple, A., Porter, R. (2012). Predicting neurological outcome and survival after cardiac arrest. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain (CEACCP)*, 12(6), 283–287.
- van Alem, A. P., de Vos, R., Schmand, B., Koster, R. W. (2004). Cognitive impairment in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of the American Heart Association*, 148(3), 416–421.
- Virmani, R., Burke, A. P., Farb, A. (2001). Sudden cardiac arrest. *Cardiovascular Pathology*, 10(5), 211–218.
- Volpe, B. T., Hirst, W. (1983). The characterization of an amnesic syndrome following hypoxic ischemic injury. *Archives of Neurology*, 40(7), 436–440.
- Walton, J. N. (1994). *Brain's diseases of nervous system*. Oxford, Wielka Brytania: Oxford University Press.
- Walsh, K. (2001). *Jak rozumieć uszkodzenia mózgu*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

- Weyandt, L. L. (2006). *The physiological bases of cognitive and behavioral disorders*. Mahwah, Stany Zjednoczone: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wilder Schaaf, K. P., Artman, L. K., Peberdy, M. A., Walker, W. C., Ornato, J. P., Gossip, M. R., . . . Kreutzer, J. S. (2013). Anxiety, depression and PTSD following cardiac arrest: A systematic review of the literature. *Resuscitation* 84, 873–877.
- Wilson, B.A. (1996). Cognitive functioning of adult survivors of cerebral hypoxia. *Brain Injury*, 10, 863–874.
- Wilson, F. C., Harpur, J., Watson, T., Morrow, J. I. (2003). Adult survivors of severe cerebral hypoxia – case series survey and comparative analysis. *NeuroRehabilitation*, 18(7), 291–298.

Konrad Janowski¹, Daniel Pankowski^{1,2}, Kinga Wytrychiewicz-Pankowska^{1,2}

¹Instytut Psychologii, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

²Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Autor do korespondencji: Daniel Pankowski

d.pankowski@vizja.pl; daniel.pankowski@psych.uw.edu.pl

Wsparcie społeczne a akceptacja życia z chorobą u młodych dorosłych chorych na cukrzycę typu I

Wprowadzenie

Cukrzyca typu I (insulinozależna) jest przewlekłą chorobą autoimmunologiczną polegającą na niszczeniu trzustkowych komórek β odpowiedzialnych za wytwarzanie insuliny. Za klasyczne trio objawów związanych z początkiem objawów uważa się polidypsję (nadmierne odczuwanie pragnienia), polifagię (zwiększony apetyt) oraz wielomocz, które występują równolegle z hiperglikemią. Osoby cierpiące na cukrzycę typu I muszą również przyjmować przez całe swoje życie insulinę (Atkinson, Eisenbarth, Michels, 2014).

Rozpoznanie choroby takiej jak cukrzyca typu I pociąga za sobą wystąpienie szeregu stresorów, czyli ciągu wydarzeń rozciągniętych w czasie naruszających psychologiczną równowagę dotkniętej chorobą osoby.

Samo rozpoznanie choroby najczęściej stanowi dla chorego istotne źródło stresu, a dodatkowymi jego źródłami są: stała konieczność kontrolowania poziomu i podawania insuliny, ograniczenia dietetyczne, zagrożenie powikłaniami i problemy psychospołeczne. Udokumentowano, że stresory generowane przez cukrzycę typu I obejmują doświadczanie przez chorego takich zmian, jak obniżenie życia oraz konieczność dostosowania stylu życia do wymogów leczenia (np. Graue, Wentzel-Larsen, Hanestad, Båtsvik, Søvik, 2003; Kalyva, Malakonaki, Eiser, Mamoulakis, 2011).

W efekcie generowanego stresu, choroba wymusza uruchomienie przez chorego różnych psychologicznych mechanizmów regulacyjnych mających na celu przywrócenie stanu równowagi i w konsekwencji osiągnięcie możliwie optymalnej adaptacji do życia z chorobą (np. Edgar, Skinner, 2003). Ogólnym modelem opisującym mechanizmy regulacyjne uruchamiane w obliczu stresu, który można jednocześnie trafnie zaaplikować do opisu procesów adaptacyjnych uruchamianych przez osoby doświadczające stresu choroby jest transakcyjny model stresu Lazarusa i Folkman (1984). Model ten postuluje dwa kluczowe regulacyjne procesy, które są uruchamiane po wystąpieniu wydarzenia stresowego, tzn. proces oceny poznawczej i proces radzenia sobie. Procesy te określane są jako pośredniczące pomiędzy wystąpieniem wydarzenia stresowego a skutkami adaptacyjnymi, do których ono doprowadzi. Poziom adaptacji to stopień, w jakim udaje się osobie dotkniętej stresem przywrócić równowagę w sferze funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego i psychospołecznego.

Ze względu na to, że adaptacja osiągnięta przez osobę dotkniętą stresem choroby jest konstruktem złożonym, wielowymiarowym i niejednoznacznym, trudno jest dokonać jego operacjonalizacji przy pomocy jednego wskaźnika. W praktyce badawczej stosuje się różne, bardziej lub mniej szczegółowe, wskaźniki przystosowania, starając się, aby jak najpełniej odzwierciedlały globalny poziom osiągniętej adaptacji. Wskaźnikami takimi najczęściej są miary nasilenia objawów psychopatologicznych (np. lęku lub depresji) lub miary obniżenia jakości życia np. w sferze somatycznej, emocjonalnej, społecznej, niezależności (Gulseren, Gulseren, Hekimsoy, Cetinay, Ozen, Tokatlioglu, 2006; McCathie, Spence, Tate, 2002). Warto zauważyć, że wskaźniki te mają najczęściej charakter negatywny, tzn. o osiągnięciu w obliczu stresu lepszych efektów adaptacyjnych wnioskuje się na podstawie tego, że chory ma mniejsze nasilenie objawów depresyjnych, lęku lub mniejsze obniżenie jakości życia.

W tym kontekście ważnym wydaje się, że negatywne wskaźniki przystosowania, takie jak brak objawów psychopatologicznych lub też stopień w jakim choroba obniża jakość życia nie pozwalają w sposób uprawomocniony na wnioskowanie o optymalnej adaptacji. Optymalna adaptacja, zwłaszcza optymalna psychologiczna adaptacja do życia z przewlekłą chorobą, oznacza nie tylko brak zaburzeń psychopatologicznych lub objawów chorobowych, ale także obecność wskaźników pozytywnych, np. poczucie zadowolenia z życia, zaangażowanie w realizację celów, pozytywne relacje społeczne itp. Tymczasem w wielu badaniach dotyczących stresu choroby brakuje uwzględnienia takich pozytywnych wskaźników adaptacji.

Jednym z takich ważnych pozytywnych wskaźników przystosowania do życia z chorobą jest akceptacja. W kontekście oceny przystosowania do życia z chorobą, akceptacja rozumiana jest jako wyrażenie wewnętrznej zgody (przyzwolenia) na występowanie nieuniknionych przykrych doświadczeń w postaci ograniczeń i cierpień związanych z chorobą (np. bólu) przy jednoczesnym podtrzymywaniu zaangażowania w realizację świadomie wybranych osobistych celów i wartości (Fletcher, Hayes, 2005). Tak rozumianą akceptację można traktować jako pewien globalny wskaźnik osiągniętej przez chorego adaptacji do życia z chorobą.

Transakcyjny model stresu wskazuje na dwie duże grupy czynników, które mogą wpływać zarówno na przebieg regulacyjnych procesów pośredniczących w transakcji stresowej (tzn. ocena poznawcza i radzenie sobie), jak i na stopień osiągniętej adaptacji. Te grupy czynników obejmują 1) zmienne podmiotowe, określane najczęściej jako zasoby osobiste, oraz 2) zmienne psychospołeczne stanowiące społeczny kontekst życia osoby, określane jako zasoby psychospołeczne (np. Hobfoll, Freedy, Lane, Geller, 1990). Jednym z kluczowych zasobów psychospołecznych, mających znaczenie w sytuacji doświadczania stresu choroby, jest wsparcie społeczne. Najogólniej, wsparcie społeczne to różnorodne formy pomocy ze strony innych ludzi spostrzegane przez chorego jako dostępne dla niego lub otrzymywane przez niego w sytuacji choroby. Z uwagi na pełnioną funkcję, wyróżnia się zazwyczaj następujące typy wsparcia (za: Sęk, Cieślak, 2004):

- Wsparcie emocjonalne

- Wsparcie instrumentalne
- Wsparcie duchowe
- Wsparcie informacyjne
- Wsparcie materialne.

Czynnikiem, który może odgrywać istotną rolę w zakresie tego, jak wsparcie społeczne jest wykorzystywane w przebiegu transakcji stresowej jest płeć. Liczne publikacje (np. Matud, Ibañez, Bethencourt, Marrero, Carballeira, 2003; Rueger, Malecki, Demaray, 2008) wskazują, że zarówno struktura, jak i percepcja oraz efekty wsparcia różnią się istotnie pomiędzy kobietami i mężczyznami. Dodatkowo, na potrzebę i percepcję wsparcia społecznego może wpływać wiek (Segrin, 2003). Jednoczesne uwzględnienie powyższych czynników może pozwolić na pełniejsze i bardziej precyzyjne określenie zarówno potrzeb, jak i efektów poszczególnych typów wsparcia wśród osób chorych (Hann i in., 2002).

Wyniki niektórych dotychczasowych badań wskazują, że poziom spostrzeganego wsparcia społecznego może wiązać się z osiąganiem lepszych efektów adaptacyjnych i lepszym przystosowaniem psychologicznym u dzieci i młodzieży zmagających się ze stresem wynikającym z cukrzycy typu I (Cassarino-Perez, Dell'Aglio, 2014; Kálcza-Jánosi, János, Lukács, 2017). Brak jest jednak jednoznacznych wyników badań pozwalających na ocenę znaczenia wsparcia społecznego dla osiąganych efektów adaptacji do życia z chorobą u dorosłych cierpiących na cukrzycę typu I. W szczególności brak jest badań weryfikujących czy i ewentualnie w jakim zakresie spostrzegane wsparcie społeczne wywiera efekt na pozytywne wskaźniki przystosowania u osób dorosłych chorujących na cukrzycę typu I.

Na rysunku 1 przedstawiono stanowiący teoretyczną podstawę badania, ogólny model, opisujący mechanizmy regulacji w transakcji stresowej oraz zaznaczono na nim te elementy, które stanowiły przedmiot weryfikacji empirycznej w niniejszym badaniu.

Celem badania referowanego w niniejszym opracowaniu była weryfikacja związków pomiędzy spostrzeganym wsparciem społecznym a akceptacją życia z chorobą, rozumianą jako pozytywny wskaźnik przystosowania osiągniętego przez osoby zmagające się ze stresem cukrzycy typu I. Analizie poddano również rolę zmiennych socjodemograficznych takich jak płeć i wiek.

W pracy postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy płeć różnicuje grupę pod kątem poziomu akceptacji życia z chorobą?
2. Czy istnieje związek pomiędzy wiekiem osób badanych oraz poziomem akceptacji życia z chorobą w podgrupach wyodrębnionych z uwagi na płeć oraz w całej grupie osób badanych?
3. Czy zaobserwować można współzmiennność pomiędzy zmiennymi klinicznymi i poziomem akceptacji życia z chorobą?
4. Czy zaobserwować można korelację pomiędzy wsparciem społecznym oraz poziomem akceptacji z życia w podgrupach wyodrębnionych z uwagi na płeć oraz w całej grupie osób badanych?



Rysunek 1. Teoretyczny ogólny model przebiegu transakcji stresowej w kontekście stresu związanego z chorobą przewlekłą (Kolorem zielonym oznaczono zmienne, których zależności stanowią przedmiot analiz w niniejszym badaniu).

Metoda

Osoby badane. Badaniem objęto 110 osób chorych na cukrzycę typu I. Grupę badaną stanowiło 54 mężczyzn oraz 56 kobiet. Najmłodsza osoba biorąca udział w badaniu miała 18 lat, zaś najstarsza 42 lata ($M = 25,50$; $SD = 6,27$). Wiek zachorowania w badanej grupie zawierał się w przedziale od 1 roku do 34 lat ($M = 14,22$; $SD = 6,70$), zaś czas trwania choroby wynosił od 1 do 29 lat ($M = 11,29$; $SD = 6,39$). Osoby badane rekrutowane były do udziału w badaniu na terenie dwóch poradni diabetologicznych w Warszawie. Kryterium włączenia do badania był wiek powyżej 18 roku życia oraz potwierdzone przez lekarza rozpoznanie cukrzycy typu I. Kryteriami wykluczającymi z badania było współwystępowanie innych poza cukrzycą typu I chorób przewlekłych. Osoby badane były informowane o przedmiocie, celu, przebiegu badania i przysługujących im prawach. Przed przystąpieniem do badania od uczestników uzyskiwano pisemną świadomą zgodę na udział w badaniu.

Narzędzia. *Skala Akceptacji Życia z Chorobą* (SAŻCh; Janowski i in., 2012) narzędzie operacjonalizuje akceptację jako osiągnięcie wewnętrznej zgody na występowanie nieuniknionych ograniczeń i cierpień

związanych z chorobą przy jednoczesnym podtrzymywaniu zaangażowania w realizację świadomie wybranych osobistych celów i wartości. SAŻCh składa się z 20 pozycji testowych (w tym 12 diagnostycznych), do których osoba badana ustosunkowuje się na 4-stopniowej skali („tak”, „raczej tak”, „raczej nie” i „nie”). Narzędzie zawiera 3 podskale: (1) satysfakcja z życia pomimo choroby, (2) pogodzenie się z chorobą oraz (3) dystansowanie się od choroby

W SAŻCh oblicza się również wynik ogólny, który jest sumą wszystkich pozycji wchodzących w skład SAŻCh i odzwierciedla ogólny wskaźnik akceptacji życia z chorobą - wyższe wartości oznaczają wyższą akceptację. Przykładowe pozycje testowe: „*Staram się żyć pełnią życia wbrew chorobie*”, „*Akceptuję swoją sytuację, nawet jeśli czasami jest mi trudno*”, „*Jestem zbyt zajęty innymi sprawami, by przejmować się chorobą*”, „*Uważam, że nie warto zanadto przejmować się moją chorobą.*”

Współczynnik rzetelności α Cronbacha w badanej próbie wyniosła dla wyniku ogólnego 0,94, dla czynników odpowiednio: 0,92 (satysfakcja), 0,90 (pogodzenie) i 0,84 (dystansowanie).

Skala Wsparcia w Chorobie (Brachowicz, 2008) jest to samoopisowe narzędzie składające się z 30 itemów. Mają one formę zdań twierdzących, zaś ich treść dotyczy różnych rodzajów wsparcia społecznego, jakie może uzyskiwać człowiek w sytuacji choroby. Każdy item oceniany jest na 4-stopniowej skali z uwagi na to, w jakim stopniu jego treść odnosi się do osoby badanej. Poza wynikiem ogólnym narzędzie to pozwala na ocenę poszczególnych sfer wsparcia społecznego:

- wsparcie duchowe,
- wsparcie instrumentalne,
- wsparcie informacyjne,
- wsparcie materialne,
- wsparcie emocjonalne.

Wynik Ogólny Skali Wsparcia w Chorobie obliczany jako suma wszystkich punktów wyższe wartości oznaczają wyższy poziom spostrzeganego wsparcia. Przykładowe pozycje testowe: „*Są ludzie, którzy wyjaśniają mi moje wątpliwości związane z chorobą*”, „*Są ludzie, którzy w razie potrzeby pomagają mi w różnych czynnościach*”, „*W razie potrzeby są ludzie gotowi użyć mi tego, co mają*”.

Współczynnik rzetelności α Cronbacha dla wyniku ogólnego wynosiła 0,97, dla poszczególnych podskal: wsparcia duchowego 0,92; instrumentalnego 0,92; informacyjnego 0,91; materialnego 0,93 oraz emocjonalnego 0,92.

Wyniki

Czy płeć różnicuje grupę pod kątem poziomu akceptacji życia z chorobą? W pierwszej kolejności porównano przy pomocy testu t dla prób niezależnych poziomy akceptacji życia z chorobą u kobiet i mężczyzn (wykres 1). Analiza wykazała brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w skalach

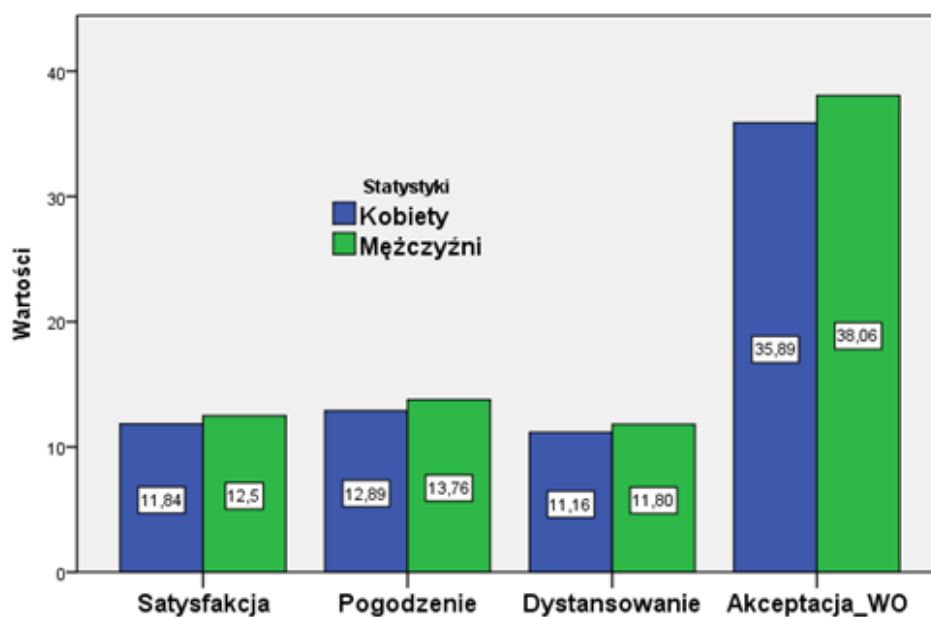
Satysfakcja z życia pomimo choroby, $t(108) = -1.08$; $p > 0.05$; Pogodzenie się z chorobą, $t(108) = -1.63$; $p > 0.05$; Dystansowanie się od choroby, $t(108) = -1.07$; $p > 0.05$; oraz Wyniku Ogólnym Skali Akceptacji Życia z Chorobą, $t(108) = -1.40$; $p > 0.05$.

Czy istnieje związek pomiędzy wiekiem osób badanych oraz poziomem akceptacji życia z chorobą w podgrupach wyodrębnionych z uwagi na płeć oraz w całej grupie osób badanych? Następnie obliczono współczynniki korelacji r-Pearsona pomiędzy wiekiem osób badanych oraz poziomem akceptacji życia z chorobą (tabela 1).

W całej badanej próbie, wiek osób badanych korelował ujemnie z satysfakcją z życia pomimo choroby, dystansowaniem się od choroby oraz globalnym poziomem akceptacji życia z chorobą. Dodatkowo stwierdzono, że powyższe zależności występują jedynie w grupie kobiet, zaś wśród mężczyzn korelacje nie są istotne statystycznie.

Czy zaobserwować można współzmiennność pomiędzy zmiennymi klinicznymi i poziomem akceptacji życia z chorobą? W dalszej kolejności oceniono siłę związku pomiędzy zmiennymi klinicznymi (wiek zachorowania oraz czas trwania choroby) oraz poziomem akceptacji życia z chorobą. Stwierdzono brak istotnych statystycznie korelacji, zarówno w całej grupie jak i w podgrupach wyodrębnionych z uwagi na płeć (tabela 2).

Czy można zaobserwować korelację pomiędzy wsparciem społecznym oraz poziomem akceptacji życia z chorobą w podgrupach wyodrębnionych z uwagi na płeć oraz w całej grupie osób badanych? Analizie poddano związek pomiędzy akceptacją życia z chorobą oraz postrzeganym wsparciem społecznym



Wykres 1. Średnie wartości globalnego wskaźnika akceptacji życia z chorobą oraz jej wymiarów u kobiet i mężczyzn.

(tabela 3). Wszystkie wymiary postrzeganego wsparcia społecznego okazały się istotnie statystycznie skorelowane dodatnio ze wskaźnikami akceptacji życia z chorobą, a wielkości współczynników korelacji wahały się od niskich do umiarkowanych. Globalny wskaźnik akceptacji był skorelowany ze wskaźnikiem wsparcia społecznego na poziomie umiarkowanym.

W następnej kolejności analizie poddano związek pomiędzy ogólnym wskaźnikiem akceptacji oraz postrzeganym wsparciem społecznym w grupie kobiet oraz mężczyzn (Tabela 4). Dla przejrzystości prezentowanych wyników, pominięto wartości korelacji wsparcia ze składowymi wymiarami akceptacji.

Zaobserwowano różnice w wartościach współczynników korelacji pomiędzy kobietami i mężczyznami, jednak porównanie z użyciem testu Z (Lenhard, Lenhard, 2014) wykazało, że nie były one istotne statystycznie.

Tabela 1. Współczynniki korelacji r Pearsona pomiędzy wskaźnikami akceptacji życia z chorobą i wiekiem osób badanych.

Akceptacja życia z chorobą	Cała próba	Kobiety	Mężczyźni
Satysfakcja	-0,21*	-0,28*	-0,14
Pogodzenie	-0,16	-0,14	-0,17
Dystansowanie	-0,24*	-0,28*	-0,19
Akceptacja WO	-0,23*	-0,27*	-0,18

WO = Wynik ogólny

* $p < 0,05$

Tabela 2. Współczynniki korelacji r Pearsona pomiędzy wskaźnikami akceptacji życia z chorobą i zmiennymi klinicznymi.

Akceptacja życia z chorobą	Cała próba		Kobiety		Mężczyźni	
	Wiek zachorowania	Czas trwania choroby	Wiek zachorowania	Czas trwania choroby	Wiek zachorowania	Czas trwania choroby
Satysfakcja	-0,09	-0,12	-0,11	-0,16	-0,11	-0,02
Pogodzenie	-0,09	-0,05	-0,08	-0,04	-0,17	0,01
Dystansowanie	-0,08	-0,15	-0,15	-0,11	-0,05	-0,16
Akceptacja WO	-0,10	-0,12	-0,13	-0,12	-0,11	-0,07

Tabela 3. Współczynniki korelacji r Pearsona pomiędzy wskaźnikami akceptacji życia z chorobą a spostrzeganym wsparciem społecznym w całej badanej próbie.

Wsparcie społeczne	Satysfakcja	Pogodzenie	Dystansowanie	Akceptacja WO
Wsparcie WO	0,42***	0,36***	0,33***	0,42***
Wsparcie duchowe	0,41***	0,32***	0,30**	0,39***
Wsparcie instrumentalne	0,31***	0,27**	0,26**	0,32***
Wsparcie informacyjne	0,35***	0,45***	0,24**	0,39***
Wsparcie materialne	0,39***	0,30***	0,36***	0,40***
Wsparcie emocjonalne	0,39***	0,27**	0,27**	0,35***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 4. . Współczynniki korelacji r Pearsona pomiędzy globalnym wskaźnikiem akceptacji życia z chorobą a postrzeganym wsparciem społecznym w całej badanej próbie oraz w grupach kobiet i mężczyzn.

Wsparcie społeczne	Cała próba	Kobiety	Mężczyźni	Z
Wsparcie WO	0,42***	0,48***	0,39**	0,567
Wsparcie duchowe	0,39***	0,47***	0,35***	0,737
Wsparcie instrumentalne	0,32***	0,40**	0,25	0,858
Wsparcie informacyjne	0,39***	0,50***	0,30*	1,222
Wsparcie materialne	0,40***	0,37**	0,47***	-0,62
Wsparcie emocjonalne	0,35***	0,46***	0,30*	0,957

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Dyskusja

Uzyskane wyniki badania pokazują, że poziom akceptacji życia z chorobą u badanych z cukrzycą typu I nie różni się istotnie pomiędzy kobietami i mężczyznami cierpiącymi na to schorzenie, jak również nie wykazuje związku z przebiegiem klinicznym. Może to wskazywać, że wskaźniki adaptacji są związane z innymi czynnikami poznawczymi, takimi jak ocena poznawcza czy sposoby radzenia sobie ze stresem choroby (np. Lazarus, Folkman, 1984; Maes, Leventhal, de Ridder, 1996). Analiza wyników wskazywała również, że wiek jest ujemnie skorelowany z akceptacją życia z chorobą jedynie w grupie kobiet. Im badane były starsze, tym satysfakcja z życia pomimo choroby, dystansowanie się od choroby oraz wynik globalny akceptacji były niższe. Może to wynikać z powikłań związanych z chorobą, obejmujących m.in. układ sercowo – naczyniowy czy nerki (Atkinson i in., 2014). Wyniki te są zbieżne z danymi przedstawianymi w literaturze: np. Undén i in. (2008) zauważyli, że kobiety z cukrzycą, w porównaniu do mężczyzn, zgłaszały więcej zmartwień związanych z cukrzycą oraz mniejszą zdolność radzenia sobie, co było szczególnie widoczne w grupie kobiet w średnim wieku. Warto także zaznaczyć, że nie stwierdzono zależności pomiędzy akceptacją a czasem trwania choroby, czy wiekiem w jakim zdiagnozowano cukrzycę, co jest zbieżne z wynikami analiz dotyczących m.in. zależności pomiędzy zmiennymi klinicznymi i jakością życia (np. Parkerson i in., 1993, Wikblad, Leksell, Wibell, 1996).

Leczenie cukrzycy typu I wymaga wprowadzenia wielu zmian w codziennym funkcjonowaniu zarówno osób nią dotkniętych, jak również ich najbliższych. Wśród najważniejszych wymienić można np. konieczność codziennego przyjmowania leków i zastrzyków insuliny, samokontrola poziomu glukozy (codziennie lub kilka razy dziennie), złożone ograniczenia dietetyczne i codzienne ćwiczenia fizyczne. Leczenie tego schorzenia wymaga dużego zaangażowania zarówno pacjentów, jak i ich najbliższego otoczenia (Miller, DiMatteo, 2013). Wobec tego, wsparcie społeczne jest istotnym czynnikiem związanym z poziomem przystosowania do cukrzycy typu I. Analiza wyników uzyskanych w badaniu wskazała, że poziom akceptacji życia z chorobą jest związany z postrzeganym wsparciem społecznym. Zarówno globalny wskaźnik, jak również wszystkie podskale wykazywały dodatnie korelacje z wszystkimi wymiarami wsparcia. Jest to zbieżne z wynikami innych autorów, którzy m.in. podkreślali pozytywną rolę wzajemnego wsparcia oraz interwencji grupowych na wskaźniki zdrowotne młodzieży z cukrzycą typu 1. Przykładowo, Løding, Wold, Skavhaug i Graue

(2007) odnotowali korzystny wpływ spotkań, w których uczestniczyli młodzież i ich rodzice. W dyskusjach mieli możliwość skoncentrowania się na edukacji i strategiach rozwiązywania problemów, co miało na celu zachęcenie nastolatków do wzięcia większej odpowiedzialności w leczeniu cukrzycy. Dzięki tego typu interwencjom odnotowano wyższy wskaźnik satysfakcji z życia, polepszenie komunikacji z rodzicami czy zmniejszenie trudności związanych z codziennym leczeniem. Z kolei inne badania (Sacco, Yanower, 2006) podkreśliły korzystny wpływ wsparcia społecznego polegający na zmniejszeniu objawów depresyjnych, co w rezultacie wpływało na nasilenie zmniejszenie objawów medycznych. Dalsze analizy z uwzględnieniem płci wykazały, że wsparcie społeczne zdaje się być nieco silniej związane z poziomem akceptacji życia z chorobą szczególnie w grupie kobiet. Inne badania w grupie osób z cukrzycą (Hempler, Joensen, Willaing 2016) wskazywały, że dla kobiet posiadanie dobrej sieci społecznej i otrzymywanie wsparcia społecznego wydaje się wiązać z większą aktywnością fizyczną, która jest bardzo istotnym czynnikiem związanym z kontrolą choroby. Badania przeprowadzone u osób z cukrzycą potwierdzają również dużą rolę wsparcia w odniesieniu do zdolności samoopieki (Koetsenruijter i in., 2016). Liczne badania wskazują, że wsparcie społeczne odgrywa bardzo dużą rolę w procesie przystosowania (np. Lee, Kahana, Kahana, 2016; Primomo, Yates, Woods, 2019).

Ograniczeniem badania może być duża heterogeniczność osób badanych z uwagi na czynniki kliniczne, takie jak wiek zachorowania, czy czas trwania choroby. Jednak liczne analizy przeprowadzane w grupach osób z cukrzycą (np. Wikblad i in., 1996) nie wykazywały związku pomiędzy zmiennymi klinicznymi i wskaźnikami adaptacji takimi jak np. jakość życia. Dodatkowo uważamy, że duże zróżnicowanie grupy może być potraktowane jako atut, pozwalając na próbę wyciągnięcia wniosków bardziej ogólnych, dotyczących całej populacji osób chorych a nie ograniczonych do osób, które np. są bezpośrednio po diagnozie. W przypadku poziomu adaptacji do choroby, jak pokazuje literatura (np. Wytrychiewicz, Pankowski, Bargiel-Matusiewicz, Dąbrowski, Fal, 2019), większe znaczenie niż zmienne związane z przebiegiem choroby mają dyspozycje osobiste czy zasoby społeczne. Jak zaznaczono we wstępie, poziom przystosowania może być związany z innymi zmiennymi psychospołecznymi takimi jak ocena poznawcza (np. Pai, Tsai, 2016), sposoby radzenia sobie z trudnościami wynikającymi z choroby (Cheng i in., 2019), czy cechy osobowości (Lai, Chen, Lu, Yao, Huang, 2019).

Dalszym kierunkiem analiz może być rozszerzenie modelu oraz określenie mediacji np. pomiędzy wsparciem społecznym oraz poziomem zadowolenia z życia oraz określonymi sposobami radzenia sobie ze stresem choroby, czy oceną poznawczą. Warte uwagi może być również określenie predyktorów postrzeganego wsparcia społecznego (m.in. poprzez określenie wielkości sieci społecznych, czasu i liczby osób „wspierających, czy cech osobowości osoby „wspieranej”). Dodatkowo, wyniki uzyskane w badaniu stanowią argument za potrzebą organizacji różnego rodzaju grup wsparcia dla osób chorujących na cukrzycę typu I, w które zaangażowany byłyby również osoby z najbliższego otoczenia pacjentów. Wyniki również sugerują, że grupą, która w najmniejszym stopniu akceptuje swoją chorobą są starsze kobiety.

Wynik ten jest bardzo ważny z klinicznego punktu widzenia z uwagi na ryzyko mniejszego stosowania się do ograniczeń związanych z chorobą, większe ryzyko występowania zaburzeń nastroju.

Analiza wyników otrzymanych w powyższym badaniu pozwala na wyciągnięcie następujących wniosków:

- Akceptacja życia z chorobą nie wykazuje zależności z płcią, ale koreluje ujemnie z wiekiem;
- Akceptacja życia z chorobą nie wykazuje związku z wiekiem zachorowania i czasem trwania choroby;
- Akceptacja życia z chorobą wykazuje dodatnie związki z różnymi typami wsparcia społecznego;
- Płeć może modyfikować siłę związku między akceptacją a wsparciem społecznym.

Bibliografia

- Atkinson, M. A., Eisenbarth, G. S., Michels, A. W. (2014). Type 1 diabetes. *The Lancet*, 383(9911), 69–82.
- Brachowicz M (2008) Psychological factors in coping with infertility-related stress [Rozprawa doktorska, Katolicki Uniwersytet Lubelski in. Jana Pawła II, Lublin].
- Cassarino-Perez, L., Dell'Aglio, D. D. (2014). Health-related quality of life and social support in adolescents with type 1 diabetes. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, E108.
- Cheng, C. T., Ho, S. M., Liu, W. K., Hou, Y. C., Lim, L. C., Gao, S. Y., ..., Wang, G. L. (2019). Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 27(3), 933–941.
- Edgar, K. A., Skinner, T. C. (2003). Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(7), 485–493.
- Fletcher, L., Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315–336.
- Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Hanestad, B. R., Båtsvik, B., Søvik, O. (2003). Measuring self-reported, health-related, quality of life in adolescents with type 1 diabetes using both generic and disease-specific instruments. *Acta Paediatrica*, 92(10), 1190–1196.
- Gulseren, S., Gulseren, L., Hekimsoy, Z., Cetinay, P., Ozen, C., Tokatlioglu, B. (2006). Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Archives of Medical Research*, 37(1), 133–139.
- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., ... Kieltyka, R. L. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: Age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(5), 279–283.
- Hempler, N. F., Joensen, L. E., Willaing, I. (2016). Relationship between social network, social support and health behaviour in people with type 1 and type 2 diabetes: Cross-sectional studies. *BMC Public Health*, 16(1), 198–205.

- Hobfoll, S. E., Freedy, J., Lane, C., Geller, P. (1990). Conservation of social resources: Social support resource theory. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(4), 465–478.
- Janowski, K., Steuden, S., Pietrzak, A., Krasowska, D., Kaczmarek, Ł., Gradus, I., Chodorowska, G. (2012). Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Archives of Dermatological Research*, 304(6), 421–432.
- Kálcza-Jánosi K., H. T. János, A. Lukács (2017). Vulnerability of Romanian children with type 1 diabetes to emotional and behavioral disorders towards family support. *Transylvanian Journal of Psychology*, 2, 85–95.
- Kalyva, E., Malakonaki, E., Eiser, C., Mamoulakis, D. (2011). Health-related quality of life (HRQoL) of children with type 1 diabetes mellitus (T1DM): Self and parental perceptions. *Pediatric Diabetes*, 12(1), 34–40.
- Koetsenruijter, J., van Eikelenboom, N., van Lieshout, J., Vassilev, I., Lionis, C., Todorova, E., ... Angelaki, A. (2016). Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study. *Patient Education and Counseling*, 99(4), 638–643.
- Lai, H. L., Chen, C. I., Lu, C. Y., Yao, Y. C., Huang, C. Y. (2019). Relationships among personality, coping, and concurrent health-related quality of life in women with breast cancer. *Breast Cancer*, 26(5), 544–551.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nowy Jork, Stany Zjednoczone: Springer- Verlag.
- Lee, J. E., Kahana, B., Kahana, E. (2016). Social support and cognitive functioning as resources for elderly persons with chronic arthritis pain. *Aging & Mental Health*, 20(4), 370–379.
- Lenhard, W., Lenhard, A. (2014). *Hypothesis tests for comparing correlations*. Pobrane z: <https://www.psychometrica.de/correlation.html>
- Løding, R.N., Wold, J.E., Skavhaug, A., Graue, M. (2007). Evaluation of peer-group support and problem-solving training in the treatment of adolescents with type 1 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 4, 28–33.
- Maes, S., Leventhal, H., de Ridder, D. T. (1996). Coping with chronic diseases. W: M. Zeidneri N. S. Endler (red.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (s. 221–251). Oxford, Wielka Brytania: John Wiley.
- Matud, M. P., Ibañez, I., Bethencourt, J. M., Marrero, R., Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1919–1929.
- McCathie, H. C. F., Spence, S. H., Tate, R. L. (2002). Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *European Respiratory Journal*, 19(1), 47–53.
- Miller, T. A., DiMatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 6, 421–426.
- Pai, H. C., Tsai, Y. C. (2016). The effect of cognitive appraisal on quality of life of providers of home care for patients with stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(1), E2–E11.
- Parkerson, G. R. Jr, Connis, R. T., Broadhead, W. E., Patrick, D. L., Taylor, T. R., Tse, C.-K. J. (1993). Disease-specific versus generic measurement of health-related quality of life in insulin-dependent diabetic patients. *Medical Care*, 31, 629–639.

- Primomo, J., Yates, B. C., Woods, N. F. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing & Health*, 13(3), 153–161.
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Demaray, M. K. (2008). Gender differences in the relationship between perceived social support and student adjustment during early adolescence. *School Psychology Quarterly*, 23(4), 496–514.
- Sacco, W. P., Yanover, T. (2006). Diabetes and depression: The role of social support and medical symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6), 523–531.
- Segrin, C. (2003). Age moderates the relationship between social support and psychosocial problems. *Human Communication Research*, 29(3), 317–342.
- Sęk H., Cieślak R. (red.) (2011). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN
- Undén, A. L., Elofsson, S., Andréasson, A., Hillered, E., Eriksson, I., Brismar, K. (2008). Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care, and metabolic control in patients with diabetes. *Gender Medicine*, 5(2), 162–180.
- Wikblad, K., Leksell, J., Wibell, L. (1996). Health-related quality of life in relation to metabolic control and late complications in patients with insulin dependent diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 5, 123–130.
- Wytrychiewicz, K., Pankowski, D., Bargiel-Matusiewicz, K., Dąbrowski, J., Fal, A. M. (2019). The role of psychological and medical variables in the process of adaptation to life with chronic illness in a group of COPD outpatients. *Psychology, Health & Medicine*, 24(10), 1243–1254.

**Kinga Wytrychiewicz-Pankowska^{1,2}, Daniel Pankowski^{1,2}, Konrad Janowski¹, Andrzej M. Fal^{3,4},
Jacek Dąbrowski³**

¹ Instytut Psychologii, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

² Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

³ Klinika Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie

⁴ Collegium Medicum, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Autor do korespondencji: Daniel Pankowski

d.pankowski@vizja.pl; daniel.pankowski@psych.uw.edu.pl

Zmienne socjodemograficzne, kliniczne a strategie radzenia sobie ze stresem choroby i wskaźniki adaptacji do przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Wprowadzenie

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest definiowana jako „powszechnie występująca choroba, której można zapobiegać i która poddaje się leczeniu, charakteryzuje się trwałym ograniczeniem przepływu powietrza, zwykle postępującym i związanym z nasiloną, przewlekłą odpowiedzią zapalną dróg oddechowych i płuc na szkodliwe cząstki lub gazy. Na ciężkość choroby mają wpływ zaostrzenia i współistniejące inne schorzenia” (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2018 s. 4). Objawami charakterystycznymi dla tego schorzenia są przewlekły kaszel i duszność. W obrazie klinicznym dominują zmiany patologiczne typowe dla przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc. Udział tych jednostek chorobowych u poszczególnych osób jest różny, jednak w każdym przypadku wynikiem jest obturacja, duszność. Na przebieg POChP wpływa każda z tych chorób, liczba zaostrzeń oraz występowanie chorób współistniejących (Zieliński, 2011 s. 7-8).

Choroby układu oddechowego zajmują szczególne miejsce, nie tylko jeśli chodzi o wymiar cierpienia fizycznego, ale i psychicznego związanego z doświadczaniem choroby (Andysz, Merecz, 2012). Wynika to głównie ze specyfiki zaburzenia funkcji oddechowych, które są podstawowym mechanizmem utrzymującym człowieka przy życiu (Fritzsche, Clamor, von Leupoldt, 2011). POChP wiąże się z licznymi trudnościami zarówno w sferze somatycznej jak i funkcjonowania psychospołecznego. Stres pojawiający się wskutek przeżywanych przez osoby chore ograniczeń, może powodować znaczne cierpienie oraz wpływać negatywnie na jakość życia (np. Delgado 2007).

W procesie adaptacji do życia z chorobą przewlekłą, ważnym wskaźnikiem jest jej akceptacja (Janowski i in., 2012, Niedzielski, Humeniuk, Błaziak, Fedoruk, 2007). To pojęcie rozwijane jest głównie w ramach teorii ram relacyjnych (ang. *relational frame theory*). W jej ujęciu jest ono definiowane jako: „proces dziejący

się z chwili na chwilę, polegający na aktywnym przyjmowaniu prywatnych wydarzeń wywoływanych daną chwilą bez niepotrzebnych wysiłków zmieniania ich częstości lub formy, zwłaszcza kiedy wysiłki takie powodowałyby psychologiczną szkodę” (Fletcher, Hayes 2005). Akceptacja życia z chorobą oznacza więc pewnego rodzaju wewnętrzne przyzwolenie na przeżywanie ograniczeń i nieprzyjemnych uczuć związanych z chorobą. Zgoda na, to co nieuniknione jednocześnie pozwala człowiekowi zaangażować się w miarę jego możliwości oraz zgodnie z jego wartościami w realizację wyznaczanych celów. Stopień przystosowania do życia z chorobą przewlekłą, jest bardzo ważnym wskaźnikiem ogólnego funkcjonowania chorych.

Dotychczas nie udało się ustalić jakie czynniki warunkują efektywność procesu przystosowania do życia z chorobą przewlekłą. Rosnąca liczba doniesień zarówno klinicznych jak i naukowych podkreśla bardzo dużą rolę czynników podmiotowych takich jak strategie radzenia sobie (np. Lazarus, Folkman, 1984; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2003) w procesie adaptacji. Przykładowo Hundt i in. (2015) zauważyli, że strategie skupiające się na unikaniu i emocjach pośredniczą w związku pomiędzy nasileniem choroby i jej intruzywnością.

Liczne analizy wskazują, że nie samo nasilenie problemu, czy też obiektywna charakterystyka trudności odgrywa kluczową rolę w jej przeżywaniu, a raczej możliwości, zasoby oraz przekonania osoby przed nim stojącej (np. Fournier, de Ridder, Bensing, 2002). DiMatteo, Haskard i Williams (2007) zaznaczają, że nie tylko medyczne wskaźniki, ale również świadomość stopnia zaawansowania choroby są predyktorami przystosowania do życia z chorobami przewlekłymi.

W badaniach wskazuje się również na rolę zmiennych socjodemograficznych takich jak wiek, płeć czy miejsce zamieszkania. W przypadku POChP zauważono np., że wiek jest związany z nasileniem objawów lękowych (np. Uchmanowicz, Jankowska-Polanska, Motowidło, Uchmanowicz, Chabowski 2016).

W związku z powyższym, podjęto próbę oceny zależności pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi, klinicznymi, radzeniem sobie oraz akceptacją życia z chorobą przewlekłą. Dodatkowo, celem było określenie predyktorów przystosowania do życia z POChP.

W pracy postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieje zależność pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi i stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem choroby?
2. Czy istnieje związek pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi i akceptacją życia z chorobą?
3. Czy istnieje korelacja pomiędzy objawami POChP i stosowanymi strategiami radzenia sobie?
4. Czy zaobserwować można współzmiennność pomiędzy objawami POChP i akceptacją życia z chorobą?
5. Czy istnieje zależność pomiędzy stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a stopniem akceptacji życia z chorobą?
6. Jaki jest wkład poszczególnych zmiennych w wyjaśnianie wariacji akceptacji życia z chorobą?

Metodologia

Osoby badane oraz metody. Badanie zostało przeprowadzone w poradni pulmonologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie we współpracy z lekarzem pulmonologiem w okresie od listopada 2017 roku do kwietnia 2018 roku. Łącznie badaniem objęto grupę 77 osób z potwierdzonym przez lekarza prowadzącego, rozpoznaniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. W skład badanej grupy weszło 35 kobiet i 42 mężczyzn. Średnia wieku grupy wyniosła 71 lat ($SD = 8,37$), w tym kobiet - 69 lat, natomiast mężczyzn - 72 lata. Najmłodsza osoba biorąca udział w badaniu miała 47 lat, zaś najstarsza 90 lat. Zdecydowana większość osób badanych pozostawała w związku małżeńskim (62%). Drugą co do liczności grupą były osoby owdowiałe (21% osób). Najmniej liczne grupy to osoby stanu wolnego (7%) i osoby rozwiedzione (10%). Analiza miejsca zamieszkania chorych pokazuje, iż największą grupę stanowiły osoby mieszkające w mieście (94%) natomiast 6% osób badanych zamieszkiwało na wsi. W analizowanej grupie 79% osób pobierało emeryturę, 16% osób badanych nadal wykonywało pracę zawodową natomiast najmniej liczną grupą osób były pobierające rentę (5%). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (43%), drugą co do liczności były osoby z wykształceniem wyższym (27%). 17% osób posiadało wykształcenie zawodowe natomiast 10% osób podstawowe. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem gimnazjalnym (3%).

W badaniu wykorzystano następujące narzędzia:

-CAT: *COPD Assessment Test* (CAT) to kwestionariusz dla chorych na POChP, opracowany przez światowy zespół ekspertów w dziedzinie pneumonologii (Jones i in., 2009). Przeznaczony jest do pomiaru wpływu choroby na życie chorego oraz do oceny, w jaki sposób zmienia się w on czasie. Kwestionariusz CAT składa się z ośmiu itemów, z których w poniższym badaniu wybrano cztery opisujące objawy somatyczne POChP (kaszel, zaleganie płwociny, ucisk w klatce piersiowej, zadyszka). Zadaniem osoby jest ocena trudności wynikających z choroby na skali od 0 do 5, gdzie 0 oznacza scenariusz bardzo pozytywny, a 5 bardzo negatywny. Wyniki dla każdej z pozycji są sumowane. Im wynik wyższy, tym gorszy stan zdrowia pacjenta. Rzetelność narzędzia w poniższym badaniu oceniana metodą α Cronbacha wynosiła 0.75. Czas wykonania badania to około 2-3 minuty.

-Inwentarz Mini- COPE: jest to krótsza wersja Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (*The Coping Orientations to Problems Experienced*, COPE), którego autorami są Carver, Scheier i Weintraub (1989), adaptacja polska: Juczyński i Ogińska-Bulik (2009). W skład inwentarza wchodzi 28 twierdzeń, które dzielą się na 14 kategorii opisujących strategie radzenia sobie ze stresem. Badany ma za zadanie ustosunkować się do każdego stwierdzenia wybierając jedną z czterech odpowiedzi na skali, gdzie 0 oznacza – prawie nigdy tak nie postępuję, 1 – rzadko tak postępuję, 2 – często tak postępuję, 3 – prawie zawsze tak postępuję. Każda ze skal jest oceniana oddzielnie. Im więcej punktów osoba badana uzyskała w danej skali tym częściej stosuje daną strategię. Ze względu na niską rzetelność (α Cronbacha $< 0,06$) w badaniu analizowano jedynie następujące sposoby: aktywne radzenie sobie, planowanie, zwrot

ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zaprzeczanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, samoobwinianie. Czas badania wynosi około 10 minut.

-Skala Akceptacji Życia z Chorobą: autorami kwestionariusza są K. Janowski i S. Steuden (2012). Jest to metoda kwestionariuszowa, służąca do pomiaru stopnia akceptacji własnego życia z chorobą. Zbudowana jest z 20 pozycji testowych, składających się na trzy podskale:

- Satysfakcja z życia- mierzy poczucie zadowolenia, spełnienia, i samorealizacji pomimo choroby;
- Pogodzenie się z chorobą- mierzy przekonanie o wewnętrznej zgodzie na życie z chorobą
- Dystansowanie się od choroby- mierzy poznawczą decentrację, umiejętność zaangażowania w różne aktywności pozwalające na minimalizowanie znaczenia choroby.

Wylicza się również wynik ogólny, który stanowi sumę wyników uzyskanych dla wszystkich pozycji. Wyższe wyniki oznaczają większą akceptację życia z chorobą. Badany ma za zadanie ustosunkować się do każdego stwierdzenia wybierając jedną z czterech odpowiedzi na skali, gdzie 1 oznacza - tak, 2 – raczej tak, 3 – raczej nie, 4 – nie. Każda ze skal jest oceniana oddzielnie. Im więcej punktów osoba badana uzyskała w danej skali tym częściej stosuje daną strategię. Rzetelność narzędzia w poniższym badaniu oceniana metodą α Cronbacha wynosiła 0.93. Czas badania wynosi około 10 minut.

Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie na przeprowadzenie badania.

Wyniki

Zmienne socjodemograficzne a strategie radzenia sobie. Analiza różnic pomiędzy zmiennymi wykazała, że mężczyźni istotnie statystycznie częściej niż kobiety spożywają alkohol i inne substancje psychoaktywne (Kobiety: $M = 0$; $SD = 0$; Mężczyźni: $M = 0,55$; $SD = 1,23$; $t = -2,877$; $p = 0,006$) w celu redukcji stresu związanego z chorobą. Analiza korelacji metodą rho Spearmana nie wykazała istotnych statystycznie zależności pomiędzy wiekiem osób badanych a częstością stosowania określonych strategii.

Zmienne socjodemograficzne a akceptacja życia z chorobą. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie akceptacji życia z chorobą. Wiek osób badanych również nie był związany z poziomem adaptacji.

Objawy POChP a radzenie sobie ze stresem choroby. Ocena zależności pomiędzy objawami choroby mierzonymi przy pomocy CAT oraz strategiami ocenianymi mini-COPE wykazała istotne statystycznie dodatnie korelacje pomiędzy sposobami polegającymi na zaprzeczaniu oraz samoobwinianiu a symptomami takimi jak np. zaleganie płwociny, zadyszka. Z kolei strategie radzenia sobie z trudnościami wynikającymi z choroby polegające na aktywnym radzeniu sobie wykazały ujemne współzależności z uciskiem w klatce piersiowej oraz zadyszką. Dokładne wyniki umieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Korelacje pomiędzy objawami POChP a strategiami radzenia sobie ze stresem choroby^a.

Strategia radzenia sobie	Kaszel	Zaleganie płwociny	Ucisk w klatce piersiowej	Zadyszka
Aktywne radzenie sobie	-0,09	0,15	-0,23*	-0,24*
Zaprzeczanie	0,38***	0,36**	0,13	0,28*
Samoobwinianie	0,13	0,26*	0,13	0,28*

^a W tabeli umieszczono jedynie istotne statystycznie korelacje pomiędzy zmiennymi.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 2. Korelacje pomiędzy objawami POChP a akceptacją życia z chorobą.

Akceptacja życia z chorobą	Kaszel	Zaleganie płwociny	Ucisk w klatce piersiowej	Zadyszka
Satysfakcja z życia pomimo choroby	-0,18	-0,1	-0,22	-0,24*
Pogodzenie	-0,2	-0,17	-0,19	-0,13
Minimalizowanie	-0,11	-0,12	-0,18	-0,13
Akceptacja – WO	-0,16	-0,14	-0,24*	-0,2

WO = wynik ogólny

* $p < 0,05$

Objawy POChP a akceptacja życia z chorobą. Analiza związków pomiędzy poziomem akceptacji życia z chorobą a objawami POChP wykazała ujemne zależności pomiędzy symptomami takimi jak ucisk w klatce piersiowej oraz zadyszka i satysfakcją z życia pomimo choroby oraz ogólnym wskaźnikiem przystosowania. Szczegółowe informacje zawarte są w tabeli 2.

Radzenie sobie ze stresem a akceptacja życia z chorobą. Przeprowadzone analizy wykazały, że satysfakcja z życia pomimo choroby, pogodzenie, minimalizowanie oraz akceptacja życia z chorobą korelują dodatnio z planowaniem, strategiami zorientowanymi na aktywne radzenie sobie, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Dokładne wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Korelacje pomiędzy strategiami radzenia sobie ze stresem choroby a akceptacją życia z chorobą.

Strategia radzenia sobie ze stresem	Satysfakcja z życia pomimo choroby	Pogodzenie	Dystansowanie się od choroby	Akceptacja życia z chorobą – wynik ogólny
AKT	0,40***	0,35**	0,23*	0,34**
ZAP	-0,07	0,05	0,18	0,09
SPSY	-0,11	-0,06	-0,08	-0,11
WSPE	0,38***	0,30**	0,20	0,34**
WSPI	0,28*	0,19	0,22	0,29*
PLA	0,42***	0,35**	0,36**	0,43***
REL	0,13	0,10	0,04	0,08
SOBW	-0,11	-0,05	0,15	-0,02

AKT = aktywne radzenie sobie; ZAP = zaprzeczanie; SPSY = zażywanie substancji psychoaktywnych; WSPE = poszukiwanie wsparcia emocjonalnego; WSPI = poszukiwanie wsparcia instrumentalnego; PLA = planowanie; REL = zwrot ku religii; SOBW = samoobwinianie

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Predyktory akceptacji życia z chorobą. W celu określenia najlepszego predyktora akceptacji życia z chorobą zastosowano analizę regresji metodą eliminacji wstecznej. Zmienną wyjaśnianą był wynik ogólny akceptacji życia z chorobą zaś zmiennymi wyjaśniającymi:

- zmienne socjodemograficzne (płeć, wiek),
- nasilenie choroby (kaszel, zaleganie płwociny, ucisk w klatce piersiowej, zadyszka),
- radzenie sobie ze stresem choroby (mini-COPE).

Wyniki analizy regresji metodą eliminacji wstecznej dla wszystkich zmiennych uwzględnionych w modelu zaprezentowano w tabeli 4.

Po uwzględnieniu wszystkich zmiennych w modelu, czynnikiem najlepiej wyjaśniającym wariancję okazała się być strategia radzenia sobie ze stresem choroby polegająca na planowaniu ($\beta = 0,341$).

W następnym kroku wykonano hierarchiczną analizę regresji (tabele 5-6). Zmienne socjodemograficzne w każdej analizie wprowadzane były w pierwszej kolejności. Pozostałe zmienne niezależne były wprowadzane do analiz w oddzielnych blokach.

Zmienne zależne zostały wprowadzone w trzech kolejnych krokach. Radzenie sobie ze stresem choroby okazało się być istotnym statystycznie predyktorem poziomu akceptacji życia z chorobą (zmiana $R^2 = 0,325$).

Tabela 4. Analiza regresji metodą eliminacji wstecznej.

Parametry modelu: $B = 56,945$; $F = 3,299$; $p = 0,001$			
Zmienne wyjaśniające	β	t	p
<i>Zmienne socjodemograficzne</i>			
Wiek	0,012	0,109	0,914
Płeć	-0,140	-1,283	0,204
<i>Zmienne kliniczne</i>			
Kaszel	-0,106	-0,816	0,418
Zaleganie płwociny	-0,149	-1,139	0,259
Ucisk w klatce piersiowej	-0,024	-0,182	0,856
Zadyszka	-0,054	-0,439	0,662
<i>Strategie radzenia sobie ze stresem choroby</i>			
Aktywne radzenie sobie	0,173	1,337	0,186
Zaprzeczanie	0,156	1,310	0,195
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,196	1,797	0,077
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,202	1,446	0,153
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,076	0,553	0,582
Planowanie	0,341	2,836	0,006
Zwrot ku religii	0,041	0,368	0,714
Samoobwinianie	0,005	0,049	0,961

Tabela 5. Hierarchiczna analiza regresji 1.

Model	R	R^2	Skorygowane R^2	Zmiana R^2	F zmiany	Istotność F zmiany
Zmienne socjodemograficzne	0,137	0,019	-0,008	0,019	0,698	0,501
Zmienne kliniczne	0,325	0,106	0,028	0,087	1,676	0,165
Radzenie sobie ze stresem choroby	0,656	0,431	0,300	0,325	4,357	0,000

Tabela 6. Hierarchiczna analiza regresji 2.

Model	R	R ²	Skorygowane R ²	Zmiana R ²	F zmiany	Istotność F zmiany
Zmienne socjodemograficzne	0,137	0,019	-0,008	0,019	0,698	0,501
Radzenie sobie ze stresem choroby	0,615	0,379	0,283	0,360	4,704	0,000
Zmienne kliniczne	0,656	0,431	0,300	0,052	1,402	0,244

W kolejnym modelu istotnymi statystycznie predyktorem akceptacji życia z chorobą również okazała się zmienna radzenie sobie ze stresem choroby (zmiana $R^2 = 0.360$).

Hierarchiczna analiza regresji wykazała, że najlepszym predyktorem akceptacji życia z chorobą były strategie radzenia sobie ze stresem choroby wyjaśniające 32,5% wariacji. Wkład zmiennych określających nasilenie choroby to 5,2%. Wspólny wkład w wyjaśnianie wariacji, dzielony przez wszystkie analizowane zmienne wynosił 3,5%.

Dyskusja

Wyniki analiz wskazują, że mężczyźni częściej niż kobiety stosują strategie radzenia sobie ze stresem choroby polegające na stosowaniu substancji psychoaktywnych. Wynikać to może z trendu obserwowalnego w populacji (np. Światowa Organizacja Zdrowia, 2014) zgodnie z którym większe spożycie alkoholu obserwowane jest w jej męskiej części. Niskie wyniki kobiet tłumaczyć można również tendencją do udzielania społecznie akceptowalnych odpowiedzi. Wyniki badania wskazują również, że stosowane przez chorych sposoby nie są związane z wiekiem, co może wynikać z faktu, że grupa była mało zróżnicowana pod tym względem. Osoby starsze, stanowiące zdecydowaną większość próby, mogły preferować wypracowane wcześniej strategie radzenia sobie ze stresem, odnosząc je również do trudności wynikających z choroby.

Poziom akceptacji życia z chorobą okazał się niezależny zarówno od płci, jak i od wieku osób badanych. Wskazywać to może na to, że zmienna ta w większej mierze jest zależna od innych czynników osobistych takich jak np. nasilenie objawów depresyjnych czy symptomów POChP (np. Uchmanowicz i in, 2016).

Dane uzyskane w badaniu wskazują zarówno na pozytywne, jak i negatywne efekty stosowanych przez pacjentów strategii radzenia sobie z trudnościami wynikającymi z choroby. Zaobserwowano, że bardziej nasilone objawy choroby takie jak kaszel, zaleganie płwociny czy zadyszka są związane z częstszym stosowaniem strategii uważanych za dysfunkcjonalne (Coolidge, Segal, Hook, Stewart, 2000). Z kolei większy subiektywnie odczuwany ucisk w klatce piersiowej oraz zadyszka były związane z rzadszym stosowaniem strategii polegających na aktywnym radzeniu sobie. Ta zależność potwierdza założenie, że zarówno nasilenie objawów choroby może determinować wybór określonych strategii radzenia sobie jak i stosowanie określonych strategii nasilenie objawów choroby. Co więcej, ujemną zależność zaobserwowano pomiędzy objawami takimi jak zadyszka oraz ucisk w klatce piersiowej i satysfakcją z życia pomimo choroby

oraz wynikiem ogólnym akceptacji życia z chorobą. Dane te wskazują, że wyróżnione objawy w największym stopniu zaburzają psychospołeczne funkcjonowanie osób chorych i znacznie utrudniają proces adaptacji do życia z chorobą. Można wnioskować, że nie same objawy, ale ograniczenia z nich wynikające wiążą się z poziomem akceptacji.

Sposoby radzenia sobie ze stresem choroby wyjaśniały niemalże 1/3 zróżnicowania wyników, zaś strategia opierająca się na planowaniu okazała się być najlepszym predyktorem akceptacji życia z chorobą. Dane uzyskane w badaniu mogą być uzupełnieniem analiz przeprowadzonych przez Brien, Lewith i Thomas (2016), którzy zauważyli związek pomiędzy stosowaniem pasywnych strategii radzenia sobie i gorszymi wynikami w zakresie funkcjonowania społecznego oraz związanego z chorobą.

Pacjent, który charakteryzuje się wysokim poziomem akceptacji życia z chorobą potrafi patrzeć w optymistyczny sposób na świat, jest pozytywnie nastawiony do życia oraz posiada wiarę w lekarzy i proponowane leczenie oraz bierze w nim aktywny udział (Karna-Matyjaszek, Sierżantowicz, Mariak, 2010). Wyniki przeprowadzonego badania potwierdzają powyższe spostrzeżenia. Częstsze stosowanie takich strategii jak: aktywne radzenie sobie, planowanie czy poszukiwanie wsparcia emocjonalnego było związane z wyższą akceptacją życia z chorobą, satysfakcją z życia, pogodzeniem się z sytuacją choroby oraz zdolnością dystansowania się od niej. Z drugiej strony wyższy stopień akceptacji, pogodzenia się z faktem zachorowania może działać mobilizująco w procesie radzenia sobie z trudnościami związanymi z chorobą. Można pośrednio wnioskować, że osoby, które wykazują niski stopień przystosowania do życia z chorobą są skłonne częściej unikać problemów związanych z POChP niż podejmować działania mające na celu redukcję dystresu.

Badanie posiadało również ograniczenia. Narzędzie wykorzystane do oceny strategii (mini-COPE) okazało się mało rzetelne. W związku z tym możliwe było uwzględnienie jedynie części sposobów, w jaki osoby badane radziły sobie ze stresem choroby. W dalszych badaniach należy rozważyć użycie innego kwestionariusza, mając na uwadze fakt, że pozostałe metody składają się z większej ilości itemów (np. COPE, SRSS). Dalsze analizy powinny skupić się również na wyodrębnieniu specyficznych grup strategii radzenia sobie, które mogą być charakterystyczne dla danej jednostki chorobowej (np. Krägeloh, 2011). W tym celu posłużyć się można analizą czynnikową, jednak obliczenia te powinny zostać przeprowadzone na większej liczbie osób badanych. W dalszych badaniach dodatkowo można uwzględnić negatywne wskaźniki stopnia przystosowania, jak na przykład objawy lękowe czy depresyjne. Warty rozważenia byłaby również analiza oceny poznawczej sytuacji choroby jako kluczowego czynnika związanego z procesem adaptacji postulowanego w modelu Maes, Leventhal i de Ridder (1996).

Wyniki powyższego badania mogą stanowić argument dotyczący potrzeby opracowania programów terapeutycznych dla osób cierpiących na POChP. Przeprowadzone analizy jednoznacznie wskazują na istotną rolę zmiennych psychologicznych, w szczególności radzenia sobie ze stresem choroby w procesie adaptacji. Programy takie umożliwiłyby zarówno prewencję pierwotną i wtórną w zakresie redukcji

objawów depresyjnych oraz lękowych, poprawę współpracy na linii personel medyczny – pacjent, jak i możliwość wprowadzania zmian w zakresie preferowanych zachowań zdrowotnych w powyższej grupie chorych.

Wnioski

- Zmienne socjodemograficzne wydają się nie pełnić znaczącej roli w procesie adaptacji do życia z POChP.
- Nasilenie objawów somatycznych POChP jest związane z określonymi strategiami radzenia sobie z chorobą.
- Objawy takie jak ucisk w klatce piersiowej i zadyszka są związane z poziomem akceptacji życia z chorobą.
- Poziom akceptacji życia z chorobą jest związany z częstością stosowanych określonych strategii radzenia sobie z trudnościami wynikającymi z choroby.
- Analiza regresji wskazuje, że radzenie sobie ze stresem choroby jest lepszym predyktorem akceptacji niż objawy somatyczne POChP.

Bibliografia

- Andysz, A., Merecz, D. (2012). Psychologiczne konsekwencje przewlekłych chorób układu oddechowego. Rola personelu medycznego w ich przezwyciężaniu. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 80(4), 329–328.
- Brien, S. B., Lewith, G. T., Thomas, M. (2016). Patient coping strategies in COPD across disease severity and quality of life: a qualitative study. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 26, 16051.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267.
- Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N., Stewart, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 157–172.
- Delgado, C. (2007). Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 229–234.
- DiMatteo, M. R., Haskard, K. B., Williams, S. L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Medical Care*, 45(6), 521–528.
- Fletcher, L., Hayes, S. C. (2005). Relational Frame Theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315–336.
- Fournier, M., de Ridder, D., Bensing, J. (2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1163–1183.
- Fritzsche, A., Clamor, A., von Leupoldt, A. (2011). Effects of medical and psychological treatment of depression in patients with COPD—a review. *Respiratory Medicine*, 105(10), 1422–1433.

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2018) *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease* (2018 report, s. 4). Pobrane z: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf
- Hundt, N. E., Bensadon, B. A., Stanley, M. A., Petersen, N. J., Kunik, M. E., Kauth, M. R., Cully, J. A. (2015). Coping mediates the relationship between disease severity and illness intrusiveness among chronically ill patients. *Journal of Health Psychology*, 20(9), 1186–1195.
- Janowski, K., Steuden, S., Pietrzak, A., Krasowska, D., Kaczmarek, Ł., Gradus, I., Chodorowska, G. (2012). Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Archives of Dermatological Research*, 304(6), 421–432.
- Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W.H., Kline Leidy, N. (2009). Development and first validation of the COPD assessment test. *European Respiratory Journal*, 34(3), 648–654.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2003). Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 10-11). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Karna-Matyjaszek, U., Sierżantowicz, R., Mariak, Z. (2010). Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznaną jaskrą. *Polski Merkurusz Lekarski*, 163, 37.
- Krägeloh, C. U. (2011). A systematic review of studies using the Brief COPE: Religious coping in factor analyses. *Religions*, 2(3), 216–246.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nowy Jork, Stany Zjednoczone: Springer-Verlag.
- Maes, S., Leventhal, H., de Ridder, D. T. (1996). Coping with chronic diseases. W: M. Zeidneri N. S. Endler (red.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (s. 221–251). Oxford, Wielka Brytania: John Wiley.
- Niedzielski, A., Humeniuk, E., Błaziak, P., Fedoruk, D. (2007). Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiadomości Lekarskie*, 60(5-6), 224–226.
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polanska, B., Motowidlo, U., Uchmanowicz, B., Chabowski, M. (2016). Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 963.
- Światowa Organizacja Zdrowia (2014) *Global status report on alcohol and health*. Pobrane z: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1
- Zieliński, J. (2011). *Jak radzić sobie z POChP*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Krzysztof Kielkiewicz

Instytut Psychologii, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna, Warszawa

k.kielkiewicz@vizja.pl

Wyjaśnienie koncepcji traumy złożonej według ICD-11. Zmiana tożsamości istotą urazu traumatycznego

Wstęp

Tworzenie koncepcji traumy zaczęło rozwijać się wraz z powrotem żołnierzy amerykańskich z wojny wietnamskiej. Jeden z pionierów koncepcji, Bessel van der Kolk, bezpośrednio zaangażowany w pomoc weteranom, relacjonuje, iż wielu z młodych mężczyzn powracało z silnymi zaburzeniami psychicznymi i oczywistą potrzebą pomocy terapeutycznej. Sztab psychiatryczny zmagał się z problemem rozpoznania owego zaburzenia, przed rozpoczęciem leczenia. Jak relacjonuje to autor (van der Kolk, 2014), żołnierze byli diagnozowani z wieloma zaburzeniami, takimi jak depresja, lęk, alkoholizm czy zaburzenia nastroju. Jak się wkrótce jednak okazało, żadna z nich nie była całkowicie trafna i tylko w pewnym stopniu oddawała prawdę na temat problemu z którym się stykano. Szybko stało się oczywistym, iż dysfunkcja weteranów wojny wymykała się wszystkim dotychczasowym koncepcjom i tak naprawdę, zjawisko okazało się być dotychczas niesklasyfikowanym problemem. Zaistniała bardzo pilna potrzeba zidentyfikowania i skonceptualizowania owego nowego zaburzenia. Punkt zwrotny nastąpił dzięki psychoanalitykom, Shatanowi i Liftonowi w 1980, którzy utworzyli nowy koncept diagnostyczny dla Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (APA), znany dziś jako PTSD, czyli zespół stresu pourazowego (Bende & Bebnedict, 1980). Kolejny etap ewolucji koncepcji badań zaczął następować wkrótce potem, dzięki takim badaczom jak wspomniany van der Kolk (2014), ale również Siegel (2015), Levine (2015), Porges (2011) czy Mate (2011) i przyniósł efekt w postaci koncepcji traumy rozwojowej (*developmental*) lub złożonej (*complex*). Koncepcja ta pojawia się w najnowszym wydaniu ICD-11 (*International Classification of Diseases-11*; Karatzias i in., 2017). Nowy element w klasyfikacji jest nie tylko kolejną koncepcją zaburzenia psychicznego, ale reprezentuje szersze zjawisko obserwowane obecnie w obszarach badań zdrowia psychicznego. Dlatego też, celem tego artykułu jest przedstawienie i wyjaśnienie koncepcji traumy złożonej, oraz usystematyzowanie natury cech wprowadzanych do obiegu diagnostycznego wraz konceptualizacją CPTSD w ICD-11.

Mechanizm traumy

Zasadniczo, trauma złożona różni się od traumy urazowej tym, iż rozwija się długofalowo, bardzo często w okresie rozwojowym, ale nie wyłącznie. Jest ona rozróżniana od zespołu stresu pourazowego, który jest zwykle efektem krótkotrwałego, ale wstrząsającego wydarzenia. Do rozwoju traumy złożonej przyczyniają się najczęściej urazy emocjonalne, doświadczane w procesie wychowawczym lub też poza nim,

charakteryzujące się długoterminową deprywacją emocjonalną osoby poszkodowanej (van der Kolk, 2014; Stadtmann i in., 2018). Van der Kolk (2017) uważa, iż dwiema głównymi przyczynami rozwoju zaburzenia są nadużycia i zaniedbania mające naturę relacji międzyludzkich. Badania koncepcji traumy złożonej do nowego wydania manuala diagnostycznego ICD-11 przedstawiają rozróżnienie CPTSD (*complex post-traumatic stress disorder*) od PTSD (*post-traumatic stress disorder*, Hyland i in., 2017; Karatzias i in., 2017; Karatzias i in., 2018; Maercker i in., 2013; Shevlin i in., 2017). PTSD jest pojmowane jako zaburzenie oparte na strachu, zawierające sześć symptomów ujętych w trzy kategorie (i) ponowne doświadczanie, (ii) celowe unikanie, (iii) aktualne poczucie zagrożenia. Trauma złożona (CPTSD) to dysfunkcja samoorganizacji, dodatkowo charakteryzująca się (iv) zaburzeniami regulacji emocjonalnej, (v) relacji międzyludzkich i (vi) tożsamości. Warunki w jakich rozwija się CPTSD, czyli kontekst negatywnych relacji interpersonalnych, determinują owe symptomy.

Według psychoanalityka Pierre'a Janeta, badacza zagadnienia dysocjacji na początku ubiegłego wieku, tożsamość jest kluczem do zrozumienia zjawiska dysocjacji. Precyzyjniej rzecz ujmując, spójne tożsamości powodują integrację a sprzeczne, dezintegrację osobowości (Van der Hart & Horst, 1989). Według van der Kolka (2014), dysocjacja z kolei, jest kluczowym elementem w mechanizmie zaburzeń post-traumatycznych. Analizując powszechne rozumienie tożsamości osobowościowej, zjawisko to najprościej można ująć jako to kim się jest. Tożsamość w kontekście psychologicznym, umiejscowiona jest w przestrzeni ciała człowieka, jego doznań, uczuć i emocji. Mimo iż kontrolowana jest przez świadomość intelektualną, nie jest abstrakcyjnym zjawiskiem produkowanym przez obszary kory mózgowej, lecz jest tylko przez nią rozpoznawana a następnie integrowana lub też blokowana przez jej mechanizmy (Porges, 2011).

Trauma, semantycznie pochodzi z języka greckiego i oznacza ranę, trwałe uszkodzenie, a w psychologii odnosi się trwałej negatywnej zmiany w psychice (Szymczak, 1996). Doświadczenie traumatyczne, polega na utracie kontroli w sytuacji zagrożenia i skutkuje uszkodzeniem fizycznym lub psychicznym, najczęściej jednak psychofizycznym. Według teorii Stephena Porgesa (*polyvagal theory*), zjawisko rozpoczyna się w najbardziej prymitywnej części mózgu jaką jest śródmózgowie, będącą odpowiedzialną za zachowania instynktowne i zachodzi w procesie interakcji pomiędzy śródmózgowiem a nerwem błędnym (Porges, 2011). Owa dynamika odpowiada za procesy homeostazy psychologicznej i w przypadku zagrożenia, wprowadza organizm człowieka (podobnie jak i zwierzęcia) w stan mobilizacji, mającej na celu uruchomienie mechanizmów obronnych. Według autora teorii, za uruchomienie tych stanów odpowiada tzw. zmysł neurocepcji (Porges, 2004) lub inaczej czujności instynktownej. Ten prymitywny zmysł, obserwowany np. u gadów, odpowiedzialny jest za skanowanie środowiska zewnętrznego pod względem bezpieczeństwa. W momencie wychwycenia zagrożenia, wysyła on sygnał przez śródmózgowie i ustanawia rodzaj reakcji ustroju na sytuację środowiskową. W przypadku zagrożenia, stymuluje on organizm do reakcji mobilizacji w formie walki lub ucieczki, albo odłącza go, przygotowując ciało do zamknięcia (Porges, 2004). Ów ostatni mechanizm obronny chroni przed doświadczaniem cierpienia tuż przed śmiercią organizmu. Jeżeli

doświadczenie przekracza zdolność radzenia i kontroli w danej sytuacji, jednak zamknięcie nie następuje, powstaje psychiczne uszkodzenie, które jest zapisywane w międzymózgowiu i układzie limbicznym, czyli części mózgu odpowiedzialnej za generowanie i odczuwanie emocji (Porges, 2011; Ogińska-Bulik, 2013; van der Kolk, 2014). W ten sposób powstają emocjonalne zapisy pamięci, charakterystyczne dla objawów zaburzeń post-traumatycznych.

Co wynika z faktu, iż trauma zostaje zapisana w części mózgu, która ewolucyjnie pojawiła się wraz z ssakami? Co w takim przypadku można wywnioskować na temat natury traumy i jakie to ma konsekwencje? Pierwsze ssaki pojawiły się ok. 200 mln lat temu, a współczesne wyewoluowały ok. 50 mln lat temu. W tym mniej więcej okresie zaczyna się wykształcać część mózgu odpowiedzialna za emocje i uczucia. Cecha ta powstała jako ewolucyjny atrybut przystosowawczy do funkcjonowania w środowisku, gdzie stado dawało większe szanse przetrwania niż miał to pojedynczy osobnik (Massey, 2002; Turner, 2000). Aby produkt ewolucji mógł w pełni zafunkcjonować, potrzebne było rozwinięcie skutecznego sposobu komunikacji, a co za tym idzie, ośrodka nerwowego, który byłby odpowiedzialny za jego funkcje. Ośrodkiem tym stało się międzymózgowie, będące ubogaceniem układu limbicznego, a językiem komunikacji stały się emocje. Trauma więc, która zapisana jest w międzymózgowiu, ma charakter emocji i uczuć, a w konsekwencji, zespół stresu pourazowego jako uszkodzenie, ma charakter dysfunkcji emocjonalnej.

Cofając się kilkadziesiąt milionów lat wstecz, kiedy układ nerwowy nie ma jeszcze rozwiniętego kresomózgowia, a co za tym idzie świadomości intelektualnej, rzeczywistość jest odczuwana, czyli odbierana wyłącznie na poziomie świadomości i pamięci emocjonalnej (Turner, 2000). Niestraumatyzowany organizm funkcjonuje w rzeczywistości, która jest zharmonizowana ze zdolnościami przetrwania organizmu i utrzymania homeostazy psychologicznej. Psychologiczną koncepcję rzeczywistości, można robić na dwie płaszczyzny: tożsamość emocjonalną osobowości oraz emocjonalną percepcję środowiska zewnętrznego, w tym innych ludzi. Proponowane rozumienie CPTSD w ICD-11 odnosi się właśnie do wymiarów tożsamości i relacji z innymi na poziomie emocji. W momencie niebezpieczeństwa, pojawia się ryzyko dla tożsamości osobistej, a kiedy sytuacja środowiskowa przekracza zdolność radzenia, czyli zdolność przetrwania, zmienia się percepcja rzeczywistości, która zostaje utrwalona w układzie limbicznym, czyli w pamięci emocjonalnej. Nowy sposób postrzegania odbiera środowisko jako źródło zagrożenia, a samego siebie jako niezdolnego do przetrwania w nim. Używając uproszczenia, następuje załamanie psychiczne. Zdolność kontroli jest granicą bezpieczeństwa której organizm naturalnie broni. Przekroczenie tej granicy jest zburzeniem bezpieczeństwa i zaburzeniem autonomii osoby, co w konsekwencji zmienia emocjonalną tożsamość z ja-zdolny do przetrwania na ja-ofiara. Środowisko, wraz z innymi osobami, które je reprezentują, z miejsca funkcjonowania, staje się źródłem zagrożenia. W przypadku gdy organizm rozpozna sytuację środowiskową jako przekraczającą możliwości przetrwania, jednak z jakiegoś powodu zamknięcie (zejście) nie następuje, informacja o niezdolności do przetrwania zostaje utrwalona w układzie limbicznym. Zmieniona tożsamość emocjonalna ja-ofiara, zmienia diametralnie sposób funkcjonowania

w środowisku z prosocjalnego na represyjno-obronny. Kresomózgowie przejmuje kontrolę a pragnienia prospołeczne i prośrodowiskowe, zostają zastąpione mechanizmami obronnymi generowanymi przez korę mózgową. Poczucie sensu zostaje zamienione na zachowania defensywne, które znacznie mniej mają wspólnego z realizacją celów wyrażanych w postaci pragnień. W ten sposób zostaje zaburzone poczucie sensu a pojawia się bardzo charakterystyczna dla zaburzeń nerwowych pustka i bezsens (Herman, 2015). Rozwijają się postawy hiperaktywne takie jak np. zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (Gründler i in., 2009) lub hipoaktywne, charakteryzujące się brakiem motywacji, wycofaniem, które obserwowane są w np. w depresji czy zaburzeniach lękowych (Diener i in., 2012). Powstaje emocjonalna tożsamość po-traumatyczna, która zakłóca funkcję kresomózgowia i jest przez nie represjonowana (Porges, 2011; van der Kolk 2014, 2017). Pojawiająca się dysocjacja jest nieakceptacją post-traumatycznej tożsamości, która jest uszkodzona, słaba, niefunkcjonalna a w konsekwencji niepożądana. Kresomózgowie, uruchamiając mechanizmy ochronne, poprzez poszukiwanie stymulacji emocjonalnej lub wyparcie, ma na celu przywrócenie naturalnej integracji psycho-emocjonalnej. Nie mniej jednak, nie jest sobie w stanie poradzić z emocjonalnym zapisem w międzymózgowiu. Trauma więc polega na pourazowej tożsamości zapisanej w układzie limbicznym i blokowaniu jej przez funkcje kresomózgowia. Mechanizm ten występuje we wszystkich rodzajach traumy, czyli urazowej, rozwojowej, jak i dziedzicznej o której mówi Freud (1989, 2012, 2016), w kontekście teorii *unnamed crime*.

Pomocne we wglądzie w mechanizm i naturę zjawiska traumy i dysocjacji są również konstrukcje językowe takie jak „być sobą”, „nie potrafię poradzić sobie sam ze sobą”, „nie lubię siebie” czy „samoświadomość”, które wskazują na dychotomiczny charakter zjawiska, do którego się odnoszą. Tego typu wyrażenia wskazują na obecność dwóch elementów w konstrukcji ludzkiej osobowości, czyli elementu, który jest lub radzi sobie i drugiego, który odnosi się do siebie. Trudno interpretować to w inny sposób niż w taki, iż ja to funkcja poznawcza, świadomość intelektualna, a siebie to tożsamość, będąca fizyczno-emocjonalnym konstruktem osobowości połączonym z układami współczulnym i przywspółczulnym. Wysoce rozwinięta świadomość intelektualna naszego gatunku, w traumie jako zjawisku pourazowym, ma ogromny wpływ na problemy integracji osobowości poprzez kontrolę tożsamości, a w różnych formach traumy aplikuje skomplikowane mechanizmy wypierania, powodując blokowanie traumy w sferze układu limbicznego.

Podsumowanie

Rozwój rozumienia zjawiska, które poruszane było przez psychoanalitików, jednakże cztery dekady temu pojawiło ponownie się na arenie praktyki psychiatrii a następnie psychologii, jest coraz głębiej rozumiane i ma coraz szerszy wpływ na kierunki badań w dziedzinie zdrowia psychicznego. Konceptualizacja PTSD dała impuls do głębszego poznania zjawiska traumy. Jej rozumienie pogłębia się i ukazuje nie tylko jako koncepcja zespołu stresu pourazowego, ale tłumaczy głębiej naturę i mechanizm zaburzeń psychicznych w ogóle. Coraz szerzej postrzega się ją jako kondycję warunkującą inne zaburzenia (zob. Rosenberg, 2017).

Rozumienie traumy sprawia, iż mechanizmy depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń osobowości i innych, stają się bardziej zrozumiałe. Ma to ogromne znaczenie dla rozwoju diagnozy zaburzeń psychicznych, która stopniowo przesuwa ciężar z psychiatrycznego rozpoznania symptomatycznego, polegającego na identyfikacji objawów, na wgląd w przyczynowe podłoże problemów zdrowia psychicznego. Przyczynowe rozumienie zaburzeń psychicznych, bliższe jest psychologii i jej tradycji. W naturalny sposób, otwiera to drogę dla rozwoju leczenia poprzez stosowanie metod psychoterapeutycznych. Może to okazać się bardzo korzystne dla rozwoju tej dyscypliny i jej roli w przyczynowym leczeniu zaburzeń psychicznych.

Bibliografia

- Brende, J. O., Benedict, B. D. (1980). The Vietnam combat delayed stress response syndrome: Hypnotherapy of “dissociative symptoms”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(1), 34–40.
- Diener, C., Kuehner, C., Brusniak, W., Ubl, B., Wessa, M., Flor, H. (2012). A meta-analysis of neurofunctional imaging studies of emotion and cognition in major depression. *Neuroimage*, 61(3), 677–685.
- Freud, S. (1989). *Civilization and its discontents*. Nowy Jork, Stany Zjednoczone: W. W. Norton & Company.
- Freud, S. (2012). *Totem and taboo*. Abingdon-on-Thames, Anglia: Routledge.
- Freud, S. (2016). *Moses and monotheism*. Cavriglia, Włochy: Harmakis Edizioni.
- Gründler, T. O., Cavanagh, J. F., Figueroa, C. M., Frank, M. J., Allen, J. J. (2009). Task-related dissociation in ERN amplitude as a function of obsessive–compulsive symptoms. *Neuropsychologia*, 47(8-9), 1978–1987.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Londyn, Anglia: Hachette UK.
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., ..., Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313–322.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ..., Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bradley, A., ..., Roberts, N. P. (2018). The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 177–185.
- Levine, P. A. (2015). *Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past: A practical guide for understanding and working with traumatic memory*. Berkeley, Stany Zjednoczone: North Atlantic Books.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., ..., Rousseau, C. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683–1685.

- Massey, D. S. (2002). A brief history of human society: The origin and role of emotion in social life. *American Sociological Review*, 67(1), 1–29.
- Maté, G. (2011). *When the body says no: The cost of hidden stress*. Nowy Jork, Stany Zjednoczone: Vintage Canada.
- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Difin.
- Porges, S. W. (2004). Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety. *Zero to Three (J)*, 24(5), 19–24.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Rosenberg, S. (2017). *Accessing the healing power of the vagus nerve: Self-help exercises for anxiety, depression, trauma, and autism*. Berkeley, Stany Zjednoczone: North Atlantic Books.
- Shevlin, M., Hyland, P., Karatzias, T., Fyvie, C., Roberts, N., Bisson, J. I., ..., Cloitre, M. (2017). Alternative models of disorders of traumatic stress based on the new ICD-11 proposals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(5), 419–428.
- Siegel, D. J. (2015). Interpersonal neurobiology as a lens into the development of wellbeing and resilience. *Children Australia*, 40(2), 160–164.
- Stadtmann, M. P., Maercker, A., Binder, J., Schnepf, W. (2018). Why do I have to suffer? Symptom management, views and experiences of persons with a CPTSD: A grounded theory approach. *BMC Psychiatry*, 18(1), 392.
- Szymczak, M. (1996). *Słownik języka polskiego (Vol. 3)*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Turner, J. (2000). *On the origins of human emotions: A sociological inquiry into the evolution of human affect*. Palo Alto, Stany Zjednoczone: Stanford University Press.
- Van der Hart, O., Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 397–412.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Londyn, Anglia: Penguin UK.
- Van der Kolk, B. A. (2017). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.



WYDAWNICTWO

AEH