

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

TOM XI, ZESZYT 1

Człowiek w kryzysie
– psychospołeczne aspekty kryzysu

Redakcja naukowa:

Henryk Skłodowski

Łódź 2010

Recenzent: Tadeusz Nowacki

Redakcja naukowa: Henryk Skłodowski

Skład i łamanie tekstu: Barbara Lebioda

Redakcja techniczna: Jadwiga Poczyczyńska

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

© Copyright: SWSPiZ w Łodzi

ISSN 1733-2486

Wydawnictwo

Spółecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości
i Zarządzania w Łodzi:

e-mail: wydawnictwo@swspiz.pl

tel. 42 632 50 23, 42 632 50 26 w. 39

www.swspiz.pl/wydawnictwo

Druk i oprawa: Drukarnia „GREEN”, Plac Komuny Paryskiej 4, 90-007 Łódź,
tel./fax. 042 632 2713, 0 604 507 082, e-mail: wydawnictwo@post.pl

Spis treści

Henryk Skłodowski, <i>Wprowadzenie</i>	5
--	---

I. PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY KRYZYSU

Henryk Skłodowski, <i>Psychologiczne wyzwania kryzysu</i> – Psychological challenges of crisis	9
Dagmara Szonert-Rzepecka, <i>Wypalenie zawodowe w świetle literatury</i> – Professional burnout in literature	23
Henryk Jarosiewicz, <i>Kryzys wartości a czynniki potencjału człowieka w rozwoju psychologicznym</i> – Crisis of values and factors of human potential in the psychological development	43
Alesia Sacuk, <i>Życiowe sytuacje kryzysu: fenomenologia, typy oraz wewnętrzne konflikty</i> – Crisis situations in life: phenomenology, types and internal conflicts	61
Anna Paszkowska-Rogacz, <i>Kryzys tożsamości a pełnione przez młodych dorosłych role życiowe</i> – Identity crisis and life roles performed by young adults	71
Zofia Warzyńska-Bartczak, Barbara Kamińska, Franciszek Michał Warzyński, <i>Kryzys a cele życiowe studentów SWSPiZ w Łodzi</i> – Crisis and life objectives of the students of Academy of Management in Łódź	91
Anita Gałuszka, <i>Psychospołeczne funkcjonowanie niepełnosprawnego fizycznie</i> – Psychological and social functioning of the physically handicapped	109

II. KRYZYS W RODZINIE

Ewa Kliza, Małgorzata Klimka, <i>Analiza percepcji pojęcia kryzysu w kontekście poczucia koherencji i cech osobowości. Doniesienie z badań</i> – Analysis of the perception of the concept of crisis in the context of coherence and personality traits. Research report	125
Marzena Jankowska, <i>Hardiness jako narzędzie wspomagające radzenie sobie w sytuacji kryzysowej – przegląd badań</i> – Hardiness as a tool supporting managing oneself in a crisis situation – review of research	149
Małgorzata Roślak, <i>Kryzys w ujęciu psychologii ewolucyjnej</i> – Crisis from the perspective of evolutionary psychology	167
Waldemar Świętochowski, <i>Choroba przewlekła jako sytuacja kryzysowa w systemie rodzinnym</i> – Chronic disease as a crisis situation in the family system	179

- Sabina Pawlas-Czyż, *Opieka nad osobą nieuleczalnie chorą w rodzinie. Wyzwania wobec społeczno-instytucjonalnego otoczenia osób chorych terminalnie* – Care of an incurably ill member of a family. Challenges towards social and institutional environment of people terminally ill 197
- Beata Wolfigiel, *„Uczciwa kłótnia” – sposób na zapobieganie kryzysom w związkach partnerskich* – ‘Honest raw’ – as a means to prevent crises in marriages 213
- Monika Włodarczyk-Dudka, *„Pieska terapia” – propozycja nowego modelu postępowania w przypadku PTSD i innych reakcji na stres* – ‘Dog therapy’ – proposal of a new model of action in cases of PTSD and other reactions to stress 227
- Edyta Nieduziak, *Specyfika funkcjonowania rodzin dzieci z zespołem Aicardi jako przykład radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych* – Specific character of functioning of families with children with Aicardi syndrome as an example of managing oneself in crisis situations 239

Wprowadzenie

Człowiek z punktu widzenia biologii jest zwierzęciem. Należymy do ssaków naczelnych z rodziny człowiekowatych. Jednak od innych zwierząt różni nas wiele, między innymi umiejętność porozumiewania się za pomocą artykułowanych słów i pisma, umiejętność wyrażania emocji i potrzeb wyższych, ale także ilość stresów, jakich doświadczamy. Tylko my ludzie, wiemy, czym jest jazda samochodem przez zakorkowane miasto, egzaminy na studiach, poszukiwanie pracy, świadomość konieczności spłacenia kredytu, rozwód... A przecież zdarzają się nam wypadki, katastrofy, zdarzenia losowe. Wszystko to może doprowadzić do kryzysu.

Boimy się kryzysu, który może stanowić punkt zwrotny w naszym życiu. Prowadzi do zmiany na gorsze. Albo na lepsze, o czym nie zawsze pamiętamy. Chińczycy do wyrażenia tego słowa używają ideogramu, który ma dwa znaczenia – „niebezpieczeństwo” oraz „ukryte możliwości”. A zatem wiedzą, że można nie tylko przezwyciężyć trudności, ale zamienić je w zwycięstwo.

I my musimy wiedzieć, że psychospołeczne aspekty kryzysu można wykorzystać, oczywiście wtedy, gdy człowiek będzie dysponował odpowiednią wiedzą psychologiczną. Tą wiedzą dzieli się z Państwem uczestnicy kolejnej konferencji naukowej pt.: *Człowiek w kryzysie – psychospołeczne aspekty kryzysu* organizowanej przez Katedrę Psychologii Zarządzania i Doradztwa zawodowego SWSPiZ w Łodzi. Prezentowane artykuły to jej pokłosie. W zeszycie 1 tomu XI znajdują się dwa działy tematyczne:

- I. Psychospołeczne aspekty kryzysu
- II. Kryzys w rodzinie

Dział I dotyczy szeroko pojętych aspektów kryzysu, poruszając problematykę gotowości do podejmowania zadań dorosłości przez młodych

dorosłych, kryzysu wartości, wpływającego na rozwój zawodowy czy zawodowego wypalenia nauczycieli. Zajmuje się także życiowymi sytuacjami kryzysu – opieką nad nieuleczalnie lub przewlekle chorymi czy stresogennym wpływem odpowiedzialności spoczywającej na osobach niosących pomoc innym.

Dział II zajmuje się kryzysem rodzinnym, który przecież ma wpływ na dobrostan człowieka. Jego autorzy skupili się na problemach partnerskich i rodzinnych, nie zapominając jednak o kontekście psychologicznych wyzwań kryzysu.

Na koniec, chciałbym w imieniu organizatorów serdecznie podziękować uczestnikom konferencji. Referaty zamieszczone w niniejszej publikacji to efekt ich pracy, którą dzielą się z innymi z nadzieją, że wiedza w nich zawarta, będzie służyć rozwojowi nauki.

Henryk Skłodowski

I.

**PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY
KRYZYSU**

Henryk Skłodowski*

SWSPiZ w Łodzi

Psychologiczne wyzwania kryzysu

Media od roku chętnie straszą nas światowym kryzysem gospodarczym, co w ewidentny sposób wpływa na psychikę odbiorców, potęgując ich niepewność jutra. A przecież zupełnie zrozumiałym pragnieniem każdego człowieka jest dobre samopoczucie. Niestety z rzeczywistości, w której żyjemy, nie sposób wykluczyć ani kryzysów, ani związanych z nimi stresów – towarzyszą człowiekowi od chwili narodzin aż do śmierci, a psycholodzy muszą zmierzyć się z tymi wyzwaniami.

Sam **kryzys** to istotny element stopniowo narastającej sytuacji zagrożenia, będącej wynikiem nowych lub zaskakujących jednostkę okoliczności. Wiąże się z prawdziwą lub odczuwalną utratą kontroli nad rozwijającą się sytuacją, problemem, a także z brakiem koncepcji rozwiązania sytuacji kryzysowej, powodując tym samym silny stres.

Co ciekawe pojęcie **kryzys** funkcjonuje w wielu dziedzinach życia – w medycynie, w życiu osobistym, społecznym, w polityce czy w ekonomii. Powodów kryzysu może być nieskończenie wiele: pogoda, wojna, popsuty samochód, konieczność zmiany pracy, choroba, rozstanie, śmierć, utrata poczucia bezpieczeństwa spowodowana kryzysem gospodarczym...

Warto zwrócić uwagę na fakt, że z punktu widzenia etymologii **kryzys** nie ma znaczenia wyłącznie pejoratywnego. Jest pojęciem zdecydowanie

* Katedra Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego.

bogatszym. Potocznie oznacza osobiste trudności, problemy lub nagłe przeszkody życiowe. Z punktu widzenia polityki dotyczy sytuacji załamania się dotychczasowych koncepcji, ciągłości rządzenia i czasowej utraty sterowności (upadek rządu, utrata większości parlamentarnej itp.). Dla socjologów kryzys to kumulacja stanu napięć, konfliktów społecznych o określonych skutkach dla rozwoju społeczności. Lekarze postrzegają go jako stan przełomu choroby, po którym szybko ustępują jej objawy. W ekonomii oznacza załamanie się rozwoju gospodarczego i regres.

Należy pamiętać o tym, że w życiu codziennym nawet błahе problemy mogą doprowadzić do kryzysu, gdy subiektywnie nie uda się zaprowadzić nad biegiem wydarzeń. Kryzys psychologiczny, zwany również emocjonalnym, w tzw. klasycznym ujęciu oznacza ostre zaburzenia równowagi psychicznej spowodowane konfrontacją z sytuacją subiektywnie ocenianą przez człowieka jako ekstremalnie trudna.

Zdaniem psychologów **kryzys** to:

- zjawisko złożone, choć ograniczone w czasie;
- sytuacja zagrożenia, która mimo to może stworzyć okazję do samorozwoju i samorealizacji, stawiając człowieka przed koniecznością dokonywania wyborów (czasem dramatycznych).

Także pojęcie **stresu** jest powszechnie znane, ale potocznie kojarzone w ujemnym znaczeniu z przeciążeniem wywołanym sytuacją trudną. Twórcą pierwszej teorii stresu był lekarz H. Selye, który użył tego słowa, definiując stres jako „nieswoistą reakcję organizmu na wszelkie stawiane mu żądanie”.

Dwóch amerykańskich psychiatrów – Thomas Holmes i Richard Rahe’a na podstawie własnych badań skonstruowało skalę stresu, na której umieścili najczęstsze i najważniejsze stresogenne wydarzenia życiowe. Na szczycie tej listy znalazła się śmierć współmałżonka jako wydarzenie najbardziej traumatyczne, któremu przypisali aż 100 punktów. Inne wymienione przez nich stresujące sytuacje to np.: rozwód – 73, ślub – 50, utrata pracy – 47, pogodzenie się ze współmałżonkiem – 45, urlop – 13, święta – 12, konflikty ze znajomymi bądź przyjaciółmi – 8 ogólne zajęcia szkolne, na uczelni – 7, opieka nad dziećmi – 5.

Łatwo dostrzec, że nawet wydarzenia uznawane za miłe, wyczekiwane, wręcz pożądane, wiążą się ze stresem i mogą doprowadzić do kryzysu psychologicznego. Czasem nawet ze stosunkowo prostą, wręcz banalną sytuacją człowiek nie zawsze potrafi sobie poradzić, więc coś mówić o stresie spowodowanym trudnymi doświadczeniami i dlatego każda interwencja kryzysowa odnosi się mniej lub bardziej bezpośrednio do szeroko rozumianego kryzysu emocjonalnego.

Co ciekawe stres i kryzys, choć wiążą się z zerwaniem dotychczasowego stanu rzeczy, oznaczają przecież pewien przełom, po którym może przecież dojść do poprawy. Pozwalają odkryć sens życia, dzięki czemu człowiek staje się silniejszy i czasem świadomie (lub nawet podświadomie) znajduje klucz do rozwiązania swoich problemów. Już anglikański pastor, H.S. Prince (w 1912 roku dokonywał obrzędów pogrzebowych po zatonięciu *Titanica*, a pięć lat potem był świadkiem wielkiej katastrofy, gdy u wybrzeży Halifax doszło do potężnego wybuchu frachtowca *Mont Blanc*) w swej książce z lat dwudziestych ubiegłego wieku „Katastrofa a zmiana społeczna” dostrzegł, że katastrofy, kryzysy otwierają przed ludźmi nowe możliwości i dlatego nie można ich postrzegać jako ostatecznego kataklizmu. Ciekawe, że podobny sposób postrzegania kryzysów w życiu można znaleźć też w światowej literaturze. Wielu pisarzy dostrzega bowiem istotną rolę doświadczenia, a więc i treningu w walce z sytuacjami trudnymi, o czym na przykład pisze Marlena de Blasi w „Tysiąc dni w Wenecji” (2009): „Strach, choroba, kłamstwo, oszustwo, małżeństwo, rozwód, samotność — to wszystko spotkało mnie w życiu wcześniej, zakłócając mi spokój. Niektóre demony zajrzały w przełocie, inne rozbiły namioty na tyłach i pozostały. W końcu zaczęły odchodzić, jeden po drugim, zostawiając po sobie wspomnienia, które mnie wzmocniły, udoskonaliły. Cieszę się, że bogowie okazali się tak niecierpliwi i nie czekali, aż skończę trzydzieści, pięćdziesiąt czy siedemdziesiąt siedem lat. Łaskawie rzucili mi rękawicę, kiedy byłam bardzo młoda. Wyzwania są codziennością każdego, ale jeżeli w młodości nauczysz się stawiać im czoło, walczyć z demonami, czy wreszcie potrafisz przetrzymać je albo im uciec, życie okazuje się litościwsze. Prędzej czy później każdy napotka na swojej drodze mur”...

Sam problem kryzysu psychologicznego od dawna interesuje badaczy, świadomych tego, w jaki sposób traumatyczne wydarzenia mogą wpływać na losy jednostki, wielokrotnie prowadząc do zaburzeń w jej funkcjonowaniu. Specjaliści nastawieni na walkę ze stresem i z sytuacjami kryzysowymi próbują wykształcić w swoich pacjentach mechanizmy:

- radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, ze stresem i z kryzysem, z wydarzeniami krytycznymi i traumatycznymi,
- niezbędne do pozytywnej adaptacji do sytuacji – np.: choroby (i radzenia sobie z nią), do walki z własnymi schorzeniami psychosomatycznymi czy somatycznymi, do utraty pracy, starości, a nawet śmierci.

Człowiek, który ma świadomość tego, jak działa jego mózg w warunkach stresu, może nauczyć się mądrze wykorzystywać jego możliwości w przypadku ekstremalnego stresu. Oczywiście nie ma jednego scenariusza, który umożliwiłby przetrwanie każdego kryzysu, ale warto wiedzieć, że gdy do niego dochodzi, typowa reakcja człowieka składa się z trzech etapów:

- 1) mechanizmu zaprzeczenia – zaskakującej reakcji na strach, stres, uruchamiającej się w zaskakujących chwilach;
- 2) oceny sytuacji – im więcej jest czasu, tym łatwiej zareagować na stres, można wtedy postrzegać go w szerszym kontekście, rozważyć wiele opcji działania, poskromić emocje.
- 3) momentu podjęcia decyzji – który jest kumulacją strachu wpływającego na postępowanie jednostki, jej odporności psychicznej, a także umiejętności wykorzystania wypracowanych wcześniej strategicznych scenariuszy postępowania.

Bardzo dużo zależy od wykształcenia odpowiedniego stylu radzenia sobie ze stresem. Początkowo w psychologii kryzysu wg Lazarusa mówiło się o dwóch stylach radzenia sobie – pierwszy oznaczał ukierunkowanie na zadanie, na rozwiązanie problemu, a drugi radzenie sobie skoncentrowane na obniżeniu napięcia emocjonalnego. Jednak Parker i Eandler dołączyli później kolejną formę zachowania się w sytuacji kryzysowej, jaką jest unikanie. Można więc uznać, że istnieją trzy style:

- 1) styl skoncentrowany na zadaniu – oznacza podejmowanie działania, które ma cel – wybierają go ci, dla których najważniejsze jest rozwiązanie problemu lub zmiana istniejącej sytuacji stresowej przez wykorzystywanie procesów poznawczych;
- 2) styl skoncentrowany na emocjach – charakteryzuje tych, którzy wybierają myślenie życzeniowe i fantazjowanie kosztem racjonalnego działania. Ich zdaniem nie ważne jest usunięcie lub zminimalizowanie bodźca stresowego; ważniejsze jest zmniejszenie napięcia emocjonalnego towarzyszącego sytuacji stresowej. Nie podejmują więc realnych działań, aby rozwiązać sytuację stresową, a zatem trudno im osiągnąć pozytywny efekt, co często kończy się wzrostem napięcia psychicznego;
- 3) styl skoncentrowany na unikaniu – wiąże się z odrzuceniem od siebie myśli o zasadniczym problemie, niedopuszczaniem do przeżywania go i angażowania się w rozwiązanie sytuacji stresowej; oznacza pewną „ucieczkę” od problemu, a człowiek wykonuje czynności zastępcze - może na przykład robić pranie, sprzątać, spać, lub poszukiwać intensywnych kontaktów towarzyskich.

Oczywiście, style te nie zawsze występują w czystej formie, czasem przenikają się wzajemnie lub wyraźnie dominuje jeden z nich. Chciałbym przytoczyć przykład zastosowania dwóch z tych stylów z mojej praktyki psychoterapeutycznej. Wiosną tego roku trafiło do mnie dwoje pacjentów, którzy mniej więcej w tym samym czasie podchodzili do egzaminu na prawo jazdy. Oboje znajdowali się w sytuacji kryzysowej. Młody człowiek po pierwszym niepowodzeniu załamał się, rezygnując z dalszych prób. Na jego zły stan psychiczny wpłynął nie tylko stres spowodowany egzaminem, ale także kilkumiesięczny problem ze znalezieniem pracy. Natomiast kobieta zdawała pierwszy raz egzamin nazajutrz po pogrzebie męża. Mimo niepowodzenia nie zrezygnowała, w ciągu trzech tygodni podchodząc do egzaminu aż 5 razy i dlatego ostatni egzamin zakończył się sukcesem. Jak widać o wyborze stylu radzenia sobie z sytuacją kryzysową decydują indywidualne różnice wynikające z doświadczenia, wieku, wyrobionej/nabytej odporności psychicznej i wypracowanych scenariuszy postępowania.

O sukcesie w walce z kryzysem może zadecydować także wewnętrzne przekonanie o własnej skuteczności, które oznacza wiarę we własne zdolności do organizowania i wprowadzania w życie działań potrzebnych do przezwyciężenia przeszkód. Pozwala ono na specyficzną ocenę własnych kompetencji, ułatwiając poradzenie sobie z różnorodnymi trudnymi zadaniami. Ten indywidualny osąd determinuje postrzeganie swojej sytuacji, myślenie, emocje, wpływając na motywację i zachowanie, na co zwrócił uwagę w jednym z wywiadów Jacek Santorski: „Człowiek, który myśli nie tylko o tym, jak się zabezpieczać, ale też o tym, jak wygrywać, z psychologicznego punktu widzenia reprezentuje najlepszą postawę. Jim Collins w swojej książce *Good to Great* odkrył, że największą siłą odznaczają się ci, którzy mają szeroko otwarte oczy na brutalne fakty i mimo to nie tracą wiary. Reprezentantom zachowawczej strategii powiedziałbym: zachowujcie procedury awaryjne, ale pamiętajcie, że być może pojawią się okazje, żeby wygrać”¹.

Znakomitym przykładem takiej postawy był Rick Rescorla, szef ochrony światowego banku inwestycyjnego Morgan Stanley Dean Witter mającego siedzibę w World Trade Center w Nowym Jorku. Ten były żołnierz armii amerykańskiej już na początku lat dziewięćdziesiątych był przekonany, że może dojść do zamachu terrorystycznego na Trade Center. Kiedy więc w roku 1993 Ramzi Yousef wjechał do garażu WTC ciężarówką załadowaną materiałami wybuchowymi, Rescorla zyskał wiarogodność. Od tej pory dążył do tego, by pracownicy Morgan Stanley mieli ponosić za siebie odpowiedzialność w przypadku podobnej katastrofy, co było bezprecedensowym rozwiązaniem w firmach mieszczących się w WTC. Rescorla zaczął przygotowanie do przetrwania kryzysu, urządzając częste i niezapowiedziane alarmy dla wszystkich. Zdawał sobie sprawę z tego, że każdy człowiek w warunkach ekstremalnego stresu może prawidłowo działać tylko wtedy, gdy do tego zostanie odpowiednio wcześniej przygotowany. I dlatego, gdy doszło do ataku w dniu 11 września 2001 roku, to z 2700 pracowników Morgan Stanley ocalało aż 2687 osób...

Trening do kryzysu, myślenie i postrzeganie rzeczywistości, które reprezentował Rescorla, determinuje wybory jednostki, wpływa pozy-

¹ <http://www.bankier.pl/lifestyle/wiadomosc/psychologia-na-czas-kryzysu-1915627.html>

tywnie na jej wytrwałość w działaniu. A wysiłek wkładany w osiągnięcie celu i wiara we własną skuteczność mają ogromne znaczenie dla podejmowanych działań.

Wspomniana już wiara we własną skuteczność determinuje w dużej mierze to, jak ludzie myślą, czują, jaką mają motywację i jak się zachowują. Ponadto wpływa także na wybory, jakich dokonuje człowiek, na jego wytrwałość w działaniu, wysiłek wkładany w osiągnięcie celu. Wiara we własną skuteczność daje podstawy motywacji. Ma czasem o wiele większe znaczenie dla działań, które podejmie człowiek, niż obiektywnie zastana przez niego rzeczywistość, czego Rescorla był doskonałym przykładem.

Pamiętając o teorii Bandury, można wnioskować, że aby skutecznie przewidywać zachowania i ich skutek, należy ocenić własne możliwości. Bandura wyróżnił cztery główne źródła wpływające na kształtowanie się przekonania o własnej skuteczności. Są to:

- rzeczywiste osiągnięcia – dostarczające wiadomości o naszych mocnych i słabych stronach, możliwościach, talentach i ograniczeniach;
- doświadczenia zastępcze – polegające na obserwacji ludzi podobnych do nas samych, którzy osiągają swoje cele poprzez podejmowanie trwałych wysiłków; obserwując zaczynamy wierzyć, że mając takie same umiejętności też coś zdobędziemy;
- perswazja – informacje pochodzące od innych ludzi na temat tego, jacy jesteśmy i co potrafimy, co możemy osiągnąć;
- pobudzenie emocjonalne – jego wyrazem jest stan fizjologiczny organizmu związany z poziomem przekonania o własnej skuteczności w konkretnej sytuacji, na przykład szybkie bicie serca połączone z poczuciem zagrożenia sygnalizuje lęk przed porażką, a połączone z entuzjazmem oznacza radość z oczekiwanego sukcesu.

Kiedy człowiek wierzy, że może sobie poradzić z sytuacją, w której się znalazł, staje się nie tylko kreatywny, ale także odporny. Oczywiście ułatwia to umiejętna ocena własnych możliwości. Wg Bandury na kształtowanie się przekonania o własnej skuteczności wpływ mają:

- rzeczywiste osiągnięcia – świadomość własnych mocnych i słabych stron, możliwości, zdolności, ale i ograniczeń;

- doświadczenia zastępcze – ich źródłem jest umiejętność obserwacji ludzi podobnych do nas samych. Jeśli im udaje się osiągnąć sukces, to i my zaczynamy wierzyć, że mając podobne predyspozycje i umiejętności, też zrealizujemy nasze zamiary;
- perswazja – informacje pochodzące od innych na temat naszych możliwości;
- pobudzenie emocjonalne – stan fizjologiczny organizmu wynikający z przekonania o własnej skuteczności w konkretnej sytuacji, np.: szybkie bicie serca może oznaczać zagrożenie, ale także radość z oczekiwanego sukcesu.

Wspomniany już przeze mnie Rescorla to doskonały przykład postawy charakterystycznej dla człowieka postępującego zgodnie z koncepcją nadziei opracowaną przez Syndera (Endler, Parker 1992; s. 844–854). Uczony ten dostrzegł, że określają ją dwojakiego rodzaju przekonania, czyli:

1. Przekonanie o sobie jako o wykonawcy, który potrafi zainicjować dążenie do celu po wybranej drodze i wytrwać w nim, mimo napotkanych przeszkód. Można więc powiedzieć, że jest to przekonanie o sile własnej woli (*agency*), inaczej myślenie sprawcze (Franken Frankę 2005). Energia wynikająca z przekonania o własnej skuteczności jako wykonawcy ma szczególne znaczenie w obliczu zwątpienia, przeszkód i zmęczenia – wtedy pomaga utrzymać wybraną drogę do celu. Ten komponent został nazwany przekonaniem o posiadaniu silnej woli, w skrócie silna wola (Łaguna 2005, s. 69–78).
2. Przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań – dotyczy spostrzegania siebie jako osoby zdolnej i zaradnej, będącej w stanie wymyślić lub poznać skuteczny sposób prowadzący do osiągnięcia celu (*pathway thoughts, pathways*); nazywane także myśleniem kierunkowym (Frankę 2005). Jest więc to przekonanie o własnej wiedzy i kompetencji intelektualnej, która przyczynia się do skutecznej realizacji planów. Snyder twierdzi, że istnieje wzajemna relacja między myśleniem sprawczym a kierunkowym. Ludzie mający nadzieję wierzą, z jednej strony, że są w stanie osiągnąć cel (myślenie sprawcze), a z drugiej, że potrafią opracować alternatywne sposoby osiągania go (myślenie kierunkowe).

Synder taką postawę definiuje, jako przekonanie o posiadaniu kompetencji umożliwiających odniesienie sukcesu, czego przykładem jest właśnie Rescorla i wielu innych ludzi, którym udało się przeżyć katastrofy lub wydobyć się z kryzysu.

Należy przy tym pamiętać, że z pewnością podstawowe cechy psychofizyczne przypisane genetycznie każdej jednostce i osobowość, nie dość, że determinują jej funkcjonowanie w sytuacji kryzysowej, to czasem mogą odgrywać większą rolę przy stresującym wydarzeniu niż same okoliczności wydarzenia. Odporność to niezwykle ważna cecha. Człowiek nią obdarzony, wierzy, że ma wpływ na własne życie. Potrafi zawsze znaleźć cel i wytrwale dążyć do jego realizacji. Ma umiejętność wyciągania wniosków ze wszystkich doświadczeń – pozytywnych i negatywnych. Dzięki temu łatwiej opanować im kryzys, skuteczniej reagować na stresujące sytuacje.

Cóż zatem należy zrobić, aby poradzić sobie z sytuacją kryzysu? Najprostsza metoda jest zadbanie o to, by móc znaleźć ciszę i spokój – niezwykle istotne elementy dla regeneracji sił i odzyskania równowagi psychicznej. Trudno jednak o nie w zatłoczonych miastach i miejscach pracy. Nie zawsze też osoby, z którymi musimy na co dzień obcować, zapewniają nam komfort psychiczny. Mamy więc do wyboru różne postawy i od nas zależy, które przyjmujemy. Możemy ludzi obok nas jedynie tolerować lub drogą kompromisów układać sobie z nimi przyjazne stosunki. Człowiek jest zwierzęciem (o czym należy pamiętać) stadnym, więc wzajemna pomoc ma dla niego ogromne znaczenie. Uczeń już wie, że wiele zwierząt praktykuje altruizm, co jest korzystne dla przetrwania gatunku. Pełne odizolowanie się od otoczenia jest niemożliwe, gdy tymczasem mądre i życzliwe współzycie łączy i wzbogaca wszystkich, o czym, niestety, dziś w dobie Internetu zbyt często się zapomina.

Wiele konfliktów międzyludzkich, powodujących stres czy kryzys to efekt nieżyczliwości lub braku tolerancji. Pełni krytycyzmu wobec innych, skłonni jesteśmy do wydawania pochopnych opinii i krzywdzących osądów, których nie da się cofnąć i naprawić. Nie zawsze zdobywamy się na wyrozumiałość i cierpliwość dla innych, chociaż oczekujemy tego od innych. A przecież jedną z najlepszych form terapii jest

świadomość przynależności do grupy społecznej. Więż grupowa daje poczucie bezpieczeństwa, zapewniając wsparcie psychiczne, jakiego nigdy nie da nawet najlepszy terapeuta.

Aby skutecznie przetrwać w sytuacji kryzysowej, trzeba wykształcić umiejętność poradzenia sobie w sytuacjach trudnych, samodzielność w rozwiązywaniu złożonych problemów życiowych i w pokonywaniu wszelkiego rodzaju trudności. Zdaniem psychologów i psychoterapeutów istnieje zbiór prawd oczywistych i dobrze znanych, o których zbyt często się zapomina. Warto więc je przytoczyć:

1. Należy utrzymywać dobre stosunki z innymi w codziennym życiu. Człowiek jest istotą społeczną. Jedną z jego najistotniejszych potrzeb jest potrzeba kontaktu, obcowania z drugim człowiekiem, potrzeba rozumienia i bycia rozumianym. Od tego, czy ta potrzeba kontaktu zostanie zrealizowana, zależy jakość życia. Poczucie własnej wartości jest ważne, ale tylko wtedy, gdy łączy się z pozytywną postawą wobec innych. Zaburzenia na tej płaszczyźnie czasem rodzą agresję, stają się przyczyną depresji, a nawet zaburzeń psychicznych.
2. Trzeba nauczyć się sztuki odprężania, czyli zapewnienia sobie odpoczynku. Pamiętać o potrzebie krótkiego relaksu fizycznego i psychicznego;
3. Powinno się unikać napięcia nerwowego wieczorem. Wieczory muszą być spokojne: lepiej nie wyznaczać sobie na ten okres zbyt trudnych zadań, których nie można by zakończyć. Odkładanie pracy na kolejny dzień wiąże się z dużym stresem.
4. Nie można więc odkładać spraw „na potem”. Trzeba ustalić hierarchię spraw do załatwienia. Wykonywać najpierw najtrudniejsze i najmniej przyjemne.
5. Warto uciekać od rutyny i monotonii. Nawet najdrobniejsze urozmaicenie życia jest środkiem obrony przed stresem (np. zmiana fryzury u pań, zmiana ubrania).
6. Nie można wyładowywać swej złości na innych, ale i nie trzeba dusić jej w sobie. Aby ją rozładować, można wykonać jakąś pracę fizyczną, pójść na męczący spacer, pogimnastykować się.

7. Trzeba być gotowym na przyjęcie „nieoczekiwanego”. Nauczyć się opanowania w sprawach drobnych, co ułatwi dawanie sobie rady w sytuacjach naprawdę trudnych. Zdrowy psychicznie jest ten, kto panuje nad sobą.
8. Należy zachować dystans w stosunku do różnych problemów, a także obiektywizm w ocenie zdarzeń. Redukować problemy do właściwych rozmiarów. Nie wyolbrzymiać, choć zawsze przewidywać konsekwencje swego postępowania, przewagę strat nad zyskami. Warto nieraz postawić sobie pytanie, czy pogodzić się z losem, czy zaryzykować i zmienić sytuację.
9. Żyjemy w czasach niepewności. Ataki terrorystyczne, powodzie, tornada... Warto więc wyobrażać sobie scenariusze zachowania w przypadku kryzysu czy jakiejś katastrofy. Nawet codzienne życie dostarcza okazji do trenowania zachowań w obliczu zagrożenia.

Każdy człowiek, który doświadczył kryzysu, tylko wtedy może go przetrwać, gdy weźmie pełną odpowiedzialność za swoje życie i za dalszy bieg zdarzeń. Jest to bardzo trudne, jednakże celem terapii nie jest ochrona przed trudnościami, lecz zachęta do ich pokonywania, bowiem nie ma na nie cudownych środków.

Siła wewnętrzna człowieka bierze się z wierności wobec swojego wewnętrznego świata. Kto ma zaufanie do siebie, łatwiej znosi sytuacje trudne, choć wiara we własne siły wymaga nieustannego utrwalania. Podobnie jest z dyscypliną wewnętrzną. Pracować nad nią należy systematycznie od najmłodszych lat, ale gdy się ją posiada – staje się bezcenną podstawą zdrowia psychicznego. Systematyczne zdobywanie wielu umiejętności, psychologicznych i społecznych jest bez wątpienia warunkiem zdrowia psychicznego, obojętne rozumie się je jako zdolność do uzyskania indywidualnego powodzenia i szczęścia, czy też jako brak zaburzeń emocjonalnych.

Niestety, nie każdy człowiek umie zbudować swój własny świat zasad, wartości i kryteriów, któremu pozostaje konsekwentnie wierny. Jeśli uda mu się osiąść taką umiejętność, wtedy jego szanse na zachowanie zdrowia psychicznego są bardziej prawdopodobne. I choć wszyscy pragną być silni, jednak niektórym do walki z własną słabością potrzeba pomocy dobrego terapeuty. Sam, przeżywając frustracje z powodu sła-

bości charakteru, poddania się władzy ambicji, może zbłądzić. Zdarza się, że chcąc poprawić sobie samopoczucie wybiera alkohol, który do-
rażnie łagodzić może dolegliwości nerwicowe. Nie trwa to długo
i utrzymanie się w stanie pobudzenia wymaga kolejnych dawek. Ponie-
waż granica między piciem dla złagodzenia stresu a nałogiem jest trud-
no uchwytne, w ten sposób można ją łatwo i niepostrzeżenie dla siebie
przekroczyć. Alkohol – podobnie jak i inne środki psychoaktywne –
w sztuczny sposób poprawiając samopoczucie, łatwo staje się jedynie
czymś w rodzaju protezy psychicznej.

W takiej sytuacji niezbędna jest właściwie dostosowana terapia (a także
autoterapia), która może stać się czymś w rodzaju praktykowania filozo-
fii życiowej dla ludzi, którzy z różnych względów tej filozofii jeszcze się
nie dopracowali. Dzięki niej, zmieniając własną ocenę sytuacji, możemy
stać się spokojniejsi i mniej zestresowani. I właśnie takie podejście aprobu-
ją psychologowie, których badania potwierdziły skuteczność tej metody
w rozwiązywaniu problemów związanych z kryzysem i stresem.

Problem zdrowia psychicznego społeczeństwa doby globalizacji staje
się coraz poważniejszy. Należy traktować go jako ważną dziedzinę wie-
dzy teoretycznej i działalności praktycznej, ukierunkowanych na ochro-
nę zdrowia psychicznego społeczeństwa. Szczególnego znaczenia nabie-
ra potrzeba uznania społecznego i poczucie własnej wartości. Właści-
wość ta cechuje wszystkich ludzi – „małych” i „wielkich”. Człowiek cie-
szący się uznaniem otaczającej go grupy społecznej i przełożonych
utwierdza się w pewności, co do własnych sił i możliwości, przekonuje
o własnej wartości, umacnia w poczuciu godności osobistej. Czuje się
potrzebny, wyraża gotowość do podejmowania coraz trudniejszych za-
dań, zdobywa się na walkę z każdym kryzysem, którego doświadcza.
Nawet wtedy, gdy pozornie przerasta on jego możliwości.

Trauma, podobnie jak piękno jest w oku patrzącego – zdaniem
Georgia Everly Jr. z Instytutu Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu
Johnsa Hopkinsa w Baltimore. Rolą psychologa w sytuacji kryzysowej
jest więc umiejętność przekształcenia/przepracowania jej z pacjentem.
Dzięki temu uda się stres zły (*dystres*), rozumiany jako niosący cierpienie
i dezintegrację, przekształcić w stres dobry (*eustres*) rozumiany przez

Selyego jako czynnik motywujący do wysiłku mimo trudności i prowadzący do rozwoju własnej osobowości i osiągnięć życiowych. Warto przy tym zastosować radę Marka Aureliusza, który mówił: „Odrzuć jego wyroki, a wszystko stanie się proste... Rzeczy są takie, jakimi czyni je Twoja opinia, a ta opinia mieszka w Tobie. Możesz ją odmienić, kiedy tylko zechcesz, a wówczas granice same się wygładzą i wszystko się uciszy: morze spokojne, niebo bezchmurne”.

Bibliografia

- Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. (2001), *Self – efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories*. Child Develop. 72 (1), 187–207.
- Bandura A. (1997), *Self – efficacy*. Harvard Mental Health Letter; 13 (9).
- Maruszewski T. (1967), *Mechanizmy radzenia sobie ze stresem a samoocena i poziom lęku*. Przegl. Psychol.; 19 (3), s. 345–357.
- Maruszewski T. (1981), *Mechanizmy zwalczania stresu egzaminacyjnego i ich indywidualne wyznaczniki*, Wydawnictwo UAM, Poznań.
- Łaguna M., Trzebiński J., Zięba M. (2005), *KNS – Kwestionariusz Nadziei na Sukces*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Schunk DH, Pajares F. 92001), *The development of academic self – efficacy*, [w:] Wigfield A, Eccles J, red. Development of achievement motivation. Academic Press, San Diego.
- Zakrzewski J. (1987), *Poczucie skuteczności a samoregulacja zachowania*, Przegląd Psychologiczny nr 30 (3), s. 661–737.

Abstract

The concept of crisis functions in many areas of life. However, crisis is a complex phenomenon if taken from the psychological point of view: a situation of threat which can be conducive to self-development and an opportunity for self-realization which can force an individual to face the necessity of making a choice. Even such events which are considered nice, expected, or simply desirable are connected with stress and can result in psychological crises. Researchers have long been interested in them, being aware of how traumatic happenings can influence the fates of individuals even bringing about disturbances in their functioning. Specialists, prepared for fighting stress and crisis situations, strive to form in their patients the mechanisms that are indispensable for positive adaptation and coping with difficult situations.

Psychologists distinguish three styles of coping with a crisis:

- 1) task-focused,
- 2) emotion-focused,
- 3) avoidance-focused.

The above mentioned styles rarely occur in their pure forms; sometimes they intermingle or one of them distinctly prevails over the others.

The role of the psychologist is to be able to convert a bad stress (distress), understood as bringing suffering and disintegration, experienced by a patient to a good stress (eustress) which motivates the patient to act. The psychologist should teach how the patients can become more quiet and less stressed when we change our assessment of a situation. And that is exactly the approach approved by the psychologists whose research has supported the effectiveness of this method in solving some crisis- and stress-related problems.

Dagmara Szonert-Rzepecka

SWSPiZ w Łodzi

Wypalenie zawodowe

1. Wprowadzenie

Wypalenie zawodowe potocznie występuje wtedy, gdy praca przestaje dawać pracownikowi satysfakcję, przestaje się on rozwijać zawodowo, ogrania go poczucie przepracowania i niezadowolenia z wykonywanych czynności, które jeszcze nie tak dawno sprawiały mu przyjemność. Wypalenie zawodowe dotyka osób wykonujących zawody, które polegają na bliskiej, pełnej zaangażowania relacji z drugim człowiekiem. Na jakość nawiązywanej relacji mają wpływ takie elementy jak:

1. **Osoba nauczyciela** — jego umiejętności zawodowe (organizacyjne, interpersonalne, związanymi stricte z wykonywanym zawodem), poczuciem kompetencji i skuteczności, umiejętnością radzenia sobie ze stresem.
2. **Osoba poddana opiece** (uczeń) — jej otwartość na przyjmowanie pomocy i wsparcia, na współpracę, ale również ograniczenia fizyczne i umysłowe (np. zdolności ucznia, poziom jego inteligencji) czy wynikające ze schorzenia, na jakie choruje pacjent (a które np. uniemożliwiają powrót do pełnej sprawności).
3. **Środowisko pracy** — przy czym chodzi zarówno o relacje z przełożonymi i współpracownikami, jak i możliwości finansowe, lokalowe, aparaturę, przepisy prawne, wymagania „biurokratyczne” itp.

Każde miejsce pracy jest wypadkową czynników wspierających i obciążających, chociaż nie da się ukryć, że za często w pracy pedagoga przeważają te drugie. Nauczyciel zaczyna odczuwać, że nie radzi sobie z zadaniami zawodowymi, rośnie jego poczucie niekompetencji, zaczyna wątpić w to, iż dokonał dobrego wyboru zawodu, zadaje sobie pytanie: czy oby na pewno ta praca to jego powołanie? Uświadamia sobie, że możliwości pomocy innym są ograniczone, a misja, z jaką rozpoczynał swoją pracę zmienia się stopniowo w rozczarowanie, zniechęcenie i poczucie bezradności.

Co istotne, wypalenie zawodowe nie dotyka wszystkich przedstawicieli profesji związanych z niesieniem pomocy innym ludziom, ale tych, którzy nie potrafią poradzić sobie z ograniczeniami wpisanymi w dany rodzaj pracy. Najbardziej zagrożone wypaleniem zawodowym są osoby, które przystępują do pracy z zapałem, misją, wysoką motywacją i dużymi oczekiwaniami.

Wypalenie zawodowe jest problemem zarówno indywidualnym, jak i społecznym. W kontekście indywidualnym wiąże się z cierpieniem osób, które dotknęło wypalenie zawodowe, z ich emocjonalnym wyczerpaniem i poczuciem niepowodzenia zawodowego. Stwierdzono, że systemy edukacji tracą często bardzo dobrych nauczycieli, zwłaszcza wtedy, kiedy napotykają oni na duże przeszkody administracyjne i związane z wadliwym zarządzaniem szkołą. Kontekst społeczny ma natomiast nierozzerwalny związek z jakością pracy zawodowej, której bezpośrednim, zaangażowanym odbiorcą jest drugi człowiek, często słabszy, zależny i oczekujący pomocy oraz wsparcia, aby rozwijać się, uczyć, zdrowieć.

Wartym podkreślenia staje się fakt, że skuteczne sposoby przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu nie mogą koncentrować się tylko na osobach nim zagrożonych, ale podkreśla się również wagę zmian w ich środowisku pracy. Nie ulega jednak wątpliwości, że to jednostkowa świadomość problemu, sprzyjające zjawisku czynniki, cechy osobowościowe, które mogą czynić człowieka podatnym na zjawisko wypalenia oraz uczenie się radzenia sobie w sytuacjach niosących zagrożenie wypaleniem, są podstawą działań profilaktycznych. Większość koncepcji wypalenia zawodowego traktuje je jako reakcję na przewlekły stres emocjonalny. Nie istnieje jednak jedna, powszechnie obowiązująca definicja

wypalenia, chociaż co do obszaru jego występowania (zawodów, jakich dotyka) i podstawowych komponentów składowych naukowcy przyjęli pewien consensus. Definicje różnią się od siebie poziomem złożoności, zakładaną dynamiką zjawiska oraz jego przyczynami, co wynika z przyjętych perspektyw i rozważań nad tym zjawiskiem. Niektóre z koncepcji mają charakter jednowymiarowy i koncentrują się tylko na poczuciu wyczerpania emocjonalnego, ale wielu naukowców nie zgadza się na takie, uproszczone podejście i doszukuje się głębi w tym, co na pozór wydaje się tak proste.

2. Modele wypalenia zawodowego

W związku z wieloaspektowością problematyki wypalenia zawodowego i mnogością istniejących podejść i definicji nie można nie przytoczyć w tym miejscu trzech najpopularniejszych modeli związanych z wypaleniem zawodowym

Autorką najbardziej znanego, **wielowymiarowego modelu** wypalenia jest Christina Maslach, uznawana za autorytet naukowy w dziedzinie badań nad tym zjawiskiem. Definiuje ona wypalenie zawodowe jako psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób.

Przyjrzyjmy się kolejno poszczególnym komponentom składającym się na ten syndrom.

Wyczerpanie emocjonalne (ang. *emotional exhaustion*) to poczucie danej osoby, że jest nadmiernie obciążona emocjonalnie, a jej zasoby emocji zostały w znacznym stopniu uszczuplone. Ten właśnie symptom jest przez różnych badaczy zgodnie uznawany za pierwszy objaw procesu wypalenia zawodowego. Widocznymi objawami emocjonalnego wyczerpania są: zmęczenie, obniżenie poziomu energii, drażliwość, impulsywność, ahedonia (niezdolność do odczuwania przyjemności), objawy psychosomatyczne, szybka utrata sił i niemożność regeneracji.

Depersonalizacja (ang. *depersonalization*), czyli taki sposób zachowania wobec podmiotów interakcji zawodowej, w efekcie którego powstaje

relacja bezosobowa. Można spotkać się z innymi określeniami tego etapu, takimi jak: dystansowanie się, wycofywanie z kontaktu, stosowanie tzw. zdystansowanej troski.

Obniżone poczucie dokonań osobistych (ang. *reduced personal accomplishment*) – jest to reakcja na niepowodzenia w radzeniu sobie ze stresem zawodowym, która przejawia się niezadowoleniem z własnych osiągnięć oraz poczuciem braku kompetencji i niskiej skuteczności zawodowej. Czasami etap ten nazywany jest w literaturze obniżeniem osobistego zaangażowania, poczuciem obniżonych dokonań zawodowych czy utratą zadowolenia z osiągnięć zawodowych. Ten komponent odnosi się do samooceny danego człowieka.

Tak więc trzy powyższe stadia są uznawane za podstawowe wymiary syndromu wypalenia zawodowego. Stadia te mogą występować łącznie lub pojawiać się kolejno u poszczególnych osób, które najczęściej zupełnie nie są świadome narastającego problemu, którego źródło należy się doszukiwać wyłącznie w środowisku zewnętrznym w czynnikach takich jak sytuacyjne, społeczne, organizacyjne.

Opisany w tym modelu mechanizm nie jest skomplikowany. Osoba, który ma trudność w emocjonalnym poradzeniu sobie w sytuacji zawodowej, zaczyna negatywnie szacować swoje kompetencje, ponieważ nie umie w swoim mniemaniu zachować się tak jak powinna a kolejne podobne sytuacje ten pogląd pogłębiają (Maslach 2004: 15–27; Anczewska, Roszczyńska, 2004: 14).

Kolejne warte podkreślenia jest **jednowymiarowe podejście** do wypalenia zawodowego przedstawione przez Alyala M. Pines, Freudenbergera, Aronsona. Twierdzą oni, że wypalenie zawodowe należy rozpatrywać w kategoriach fizycznego, emocjonalnego, psychicznego wyczerpania w wyniku długotrwałego zaangażowania w sytuacje obciążające emocjonalnie. Argumentem za tym, że najbardziej obciążającym emocjonalnie aspektem sytuacji pracy jest cechujący ją brak egzystencjalnego znaczenia i sensu. Wedle tej koncepcji osoby o wysokim poziomie motywacji znajdują się we wspierającym je środowisku pracy, zwykle lepiej osiągają swoje cele oraz trafniej spełniają oczekiwania. Wspierającym środowiskiem pracy jest takie miejsce, które posiada zestaw pozytywnych cech, które umożliwiają profesjonalistom osiągnięcie celów jed-

nostki. Z kolei wynikiem długotrwałego współistnienia z negatywnymi cechami miejsca pracy jest często subiektywne doświadczenie straty i porażki. Jest to szczególnie ważne dla ludzi, dla których wartość łączy się z rezultatami działania, dla tych, którzy czerpią z pracy poczucie egzystencjalnego znaczenia. W tym przypadku porażka może być druzgocącym w skutkach i przekładać się bezpośrednio na wystąpienie syndromu wypalenia.

Wypalenie występuje najczęściej u tych osób, które podchodzą do zawodu z ambitnymi celami i dużymi oczekiwaniami. Identyfikują się one emocjonalnie ze swoją pracą, są pełne nadziei i idealizmu. Zetknięcie z realiami, rozczarowanie, poczucie niemożności realizacji celów i niewielkiego wpływu na skutek działania powodują, że stają się one podatne na wypalenie. Do czynników stresogennych wpływających na działanie nauczycieli zaliczyć można: zbyt duży zakres obowiązków, przeciążenie, ciężar decyzji (wielkość, odpowiedzialność), naciski środowiskowe, warunki uniemożliwiające udzielenie pomocy, biurokracja, kłopoty administracyjne, sprzeczne wymagania, zaburzone relacje ze współpracownikami i przełożonymi, nieefektywna komunikacja itp. Do czynników wspierających należą m.in.: możliwość wpływu na politykę i działanie danej jednostki uczelniowej, efektywność dostępnych środków, możliwość uzyskania poczucia autonomii, różnorodność, adekwatna odpowiedzialność nakładana na pracownika (niezbyt duża, ale i niezbyt mała), poczucie wspólnoty, pozytywne relacje w pracy, poczucie wsparcia, oraz informacje zwrotne, pozwalające mieć poczucie sukcesu, a więc egzystencjalnego znaczenia, co zwrótnie wzmacnia motywację do pracy.

Dla dobrego zrozumienia zjawiska wypalenia zawodowego trzeba na nie spojrzeć również z **perspektywy psychologii poznawczej**. Temu celowi posłuży społeczno-poznawczy model Heleny Sęk, oparty z jednej strony na koncepcji Christiny Maslach, z drugiej zaś na zjawisku stresu zawodowego oraz znaczeniu, jakie dla powstawania syndromu wypalenia ma sposób postrzegania sytuacji i własnych kompetencji.

Zgodnie z koncepcją wypływającą z perspektywy psychologii poznawczej wypalenie zawodowe pojawia się w sytuacji działania prze-

wlekłego stresu, związanego z wykonywaniem zawodu społecznego. Stres ten ma cechy:

- **wspólne dla tego typu zawodów** — interakcja społeczna, zaangażowanie osobiste;
- **zawodowo specyficzne** — grupa specyficznych obciążeń zawodowych oraz obiektywnych warunków wykonywania zawodu;
- **stresu ogólnego** (makrospołecznego) — np. sytuacja społeczno-ekonomiczna, przeprowadzane reformy.

Uznanie sytuacji za stresową włącza proces oceny wtórnej, która dotyczy możliwości podjęcia działania ukierunkowanego na usunięcie źródeł stresu lub złagodzenie jego skutków i jest punktem wyjścia dla działalności ukierunkowanej na zmianę sytuacji stresowej. To zjawisko w literaturze określa się mianem radzenia sobie (ang. *coping*). Warto pamiętać, iż radzenie sobie nie musi być działaniem racjonalnym ani adaptacyjnym, są nim również mechanizmy obronne. Radzenie sobie może przyjmować dwie formy:

- zorientowaną na problem, rozwiązanie zadania (behawioralna);
- regulującą emocje, obniżającą przykre napięcie emocjonalne (emocjonalno-poznawcza, np. mechanizmy obronne).

Oczywiście ocena pierwotna i wtórna są ze sobą sprzężone, a więc pozytywna ocena możliwości działania w danej sytuacji wpływa zwrotnie na ocenę pierwotną tej sytuacji. W świetle tej koncepcji odpowiedzi na pytania, jak pracownik będzie radził sobie z obciążającymi sytuacjami zawodowymi i czy ulegnie wypaleniu zawodowemu należy doszukiwać się w (Sęk, 2004; Heszen, Sęk, 2007):

- obiektywnych warunkach, wymaganiach zawodowych, poziomie stresu w pracy;
- sposobie oceny sytuacji obciążających;
- poczuciu własnej skuteczności;
- przekonaniu o własnej kompetencji, czyli przekonaniu o ogólnych i specyficznych kompetencjach;
- zgeneralizowaniu doświadczenia, powodzeniu lub niepowodzeniu w zmaganiach z sytuacją stresową;

- wsparciu społecznym, traktowanym jako zasoby odpornościowe;
- doświadczaniu niezgodności między oczekiwaniami zawodowymi a realiami zawodu, konfrontacji marzeń z rzeczywistością;
- wiedzy podmiotu, zgrupowanym w: schemacie „Ja”; schemacie dotyczącym świata; przekonaniu motywacyjnym;
- racjonalnym lub nieracjonalnym przekonaniu zawodowym.

3. Symptomy i etapy wypalenia zawodowego

Wypalenie może rozwijać się stopniowo albo, co gorsze ujawnić nagle. I chociaż jego źródła tkwią w życiu zawodowym, to jego przejawy będą odczuwalne nie tylko w jego obszarze, ale również w czasie wolnym od pracy, w kręgu przyjaciół, w związku partnerskim.

To, czy wypalenie nastąpi, zależy od układu wielu czynników osobistych i środowiskowych. Jako szczególnie ważne w budowaniu syndromu wymieniam się:

- stawianie sobie wysokich wymagań przy niewielkich możliwościach wpływu na sytuację;
- działania niezgodne ze swoimi wartościami, nadmiarowe zachowania agresywne lub uległe w różnych rolach (dom, praca, sytuacje społeczne);
- życzeniowa interpretacja wydarzeń, nadmierna racjonalizacja, defensywna postawa wobec trudności, wyolbrzymianie porażek;
- brak lub mała dbałość o swoje ciało, dietę, ćwiczenia fizyczne, rytm snu, relaks i podstawową higienę;
- perfekcjonizm i nadodpowiedzialność;
- zaniedbywanie rozwoju zawodowego;
- brak partnerskich relacji i systemu wsparcia, zaniedbywanie intymności, sztywność ról;
- brak lub słaba organizacja czasu prywatnego i czasu pracy.

Sygnałami ostrzegawczymi wskazującymi na zjawisko wypalenia, na które zwrócili uwagę Kaslow i Schuman mogą być m.in.:

- subiektywne poczucie przepracowania, brak chęci do pracy;
- niechęć wychodzenia do pracy;
- poczucie izolacji, osamotnienia;
- postrzeganie życia jako ponurego i ciężkiego;
- negatywne postawy wobec innych osób;
- brak cierpliwości, drażliwość, poirytowanie na gruncie rodzinnym;
- częste choroby;
- negatywne, ucieczkowe, a nawet samobójcze myśli.

Najpełniejszym obrazem objawów wypalenia jest opis jego symptomów podany przez Chernissa (Fengler, 2000). Wymienia on m.in.:

- uczucie zawodu wobec samego siebie;
- złość i niechęć;
- poczucie winy;
- brak odwagi i obojętność;
- negatywizm, izolacja i wycofanie się;
- codzienne uczucie zmęczenia i wyczerpania;
- wielkie zmęczenie po pracy;
- utrata pozytywnych uczuć w stosunku do innych osób;
- przesuwanie terminów spotkań/zajęć z uczniami;
- niezdolność do koncentrowania się na innych lub ich wysłuchania;
- wrażenie bezruchu;
- cynizm i postawa strofująca wobec uczniów i innych osób biorących udział w procesie komunikacji;
- zakłócenia snu;
- częste przeziębienia i grypy;
- częste bóle głowy i dolegliwości przewodu pokarmowego;
- nieustępliwość w myśleniu i niechęć do zmian;
- nieufność i paranoidalne wyobrażenia;
- problemy małżeńskie i rodzinne;
- częsta nieobecność w miejscu pracy.

Dokonano licznych prób opisu etapów wypalenia zawodowego. Warto przytoczyć kilka z nich, bo chociaż są podobne akcentują nieco inne aspekty procesu. Każda osoba zagrożona wypaleniem może inaczej je odczuwać i spostrzegać, a więc do różnych osób mogą przemówić

różne propozycje. Według C. Cherniss wyróżnia trzy stadia procesu wypalenia, podczas których:

- nauczyciel wyraźnie dostrzega ograniczenia płynące ze środowiska pracy, wykonywanego zawodu;
- zaczyna odczuwać fizyczne zmęczenie, pustkę emocjonalną lub silny lęk;
- zaczyna przejawiać różnorodne (dysfunkcyjne) zachowania obronne, m.in. wycofanie, izolacja emocjonalna, cynizm, niechęć do poszukiwania i udzielania pomocy.

Z kolei J. Edelvich i A. Brodsky proponują model czteroetapowy (Tucholska, 2004: 49–52):

1. **Entuzjizm** — wielkie (często mało realistyczne) oczekiwania, nadzieje, plany i zamierzenia związane z pracą zawodową, towarzysząca im energia do działania i zaangażowanie; praca zajmuje przeważającą część czasu i przestrzeni psychicznej.
2. **Stagnacja** — wyciszenie, wzrost krytycyzmu, zmiana orientacji z aspektów profesjonalnych na potrzeby osobiste i koncentrowanie na nich swojej dalszej działalności, redukcja charakterystycznej dla okresu poprzedniego silnej emocjonalnej identyfikacji z podopiecznym, klientem, tendencja do skracania czasu pracy.
3. **Frustracja** — doświadczanie małej skuteczności zawodowej i rozczarowanie ludźmi, a także towarzyszące temu objawy emocjonalne, somatyczne i dysfunkcje w zachowaniu (możliwe sięganie po leki, używki), o nasileniu adekwatnym do doświadczanej depriwacji; dostrzegane i boleśnie odczuwane czynniki obciążające, takie jak: niska płaca, brak właściwej organizacji pracy, słabe wyposażenie.
4. **Wszechobecna apatia** — spadek zaangażowania w problemy zawodowe, wycofywanie się fizyczne i psychiczne, opór przed chodzeniem do pracy, unikanie kontaktów i rywalizacji z innymi nauczycielami, pomoc zamienia się nierzadko w nadzorowanie, obojętność wobec podopiecznych, zrzucanie winy na otoczenie, rutynizacja zachowania, a przy dużym nasileniu dochodzi do zubożenia również na sprawy osobiste.

W literaturze wymienia się również następujące etapy procesu wypalenia (Fengler, 2001: 89–90):

- **objawy o charakterze ostrzegawczym** — polegające na zwiększeniu zaangażowania i poziomu aktywności;
- **spadek poziomu zaangażowania** — we wszystkich obszarach działalności zawodowej;
- **intensywne reakcje emocjonalne** — mają postać depresji (lęk, poczucie osamotnienia, zanik optymizmu) lub agresji (konfliktowość, negatywizm, impulsywność, wrogość);
- **osłabienie podstawowych funkcji psychicznych** — przede wszystkim intelektualnych i motywacyjnych;
- **spłycenie zaangażowania emocjonalnego** — w relacjach interpersonalnych i kontaktach społecznych;
- **reakcje psychosomatyczne** — głównie w obrębie układu trawiennego i krążenia, problemy z funkcjonowaniem seksualnym, tendencja do uzależnień;
- **reakcja rozpacz** — wycofanie się z życia, skrajny pesymizm, a nawet myśli i czyny samobójcze.

Wypalenie zawodowe przejawia się zarówno w emocjach, myślach, jak i zachowaniu danej osoby i jej motywacji do działania, ma wpływ również na jej stan zdrowia. Reasumując na podstawie literatury przedmiotu można wyróżnić następujące sygnały ostrzegawcze lub już symptomy rozwijającego się procesu wypalenia.

Po pierwsze – w sferze emocji: niechęć, opór, towarzyszące wychodzeniu do pracy; drażliwość, brak cierpliwości, irytacja, również w relacjach z domownikami; utrata pozytywnych uczuć, spadek empatii w stosunku do uczniów, pacjentów; złość, irytacja, wzrost agresji, Lękliwość, niepokój; depresyjność, płaczliwość, przewrażliwienie; impulsywność, chwiejność emocjonalna, obniżona kontrola emocjonalna; poczucie obojętności, wobec spraw podopiecznych i wobec nowych idei oraz obniżone zadowolenie z osiągnięć zawodowych.

Po drugie – w sferze myślenia: poczucie izolacji od świata; koncentracja na sobie; zmniejszone poczucie kompetencji i skuteczności; uczucie zawodu, rozczarowania, również wobec samego siebie; poczucie winy, obwinianie siebie, niska samoocena; bezradność, bezsilność; wrażenie bezruchu, inercja; negatywizm; utrata idealizmu; odbieranie życia jako ciężkiego i ponurego; poczucie osaczenia; sztywność, nieustępliwość

w myśleniu, niechęć do zmian; surowość, wrogość, podejrzliwość; nasilenie mechanizmu projekcji; utrata zaufania do współpracowników; stereotypizacja; myśli o ucieczce i samobójstwie; zaburzenia pamięci i koncentracji.

Po trzecie – w sferze behawioralnej i motywacyjnej: izolacja i wycofanie; ciągłe skargi na odczuwany brak chęci do pracy i/lub pracę; spadek motywacji do pracy; niezdolność do koncentrowania się na uczniach i ich wysłuchania; niezdolność do podejmowania decyzji; wzrastająca liczba negatywnych wzajemnych przeniesień w kontaktach z innymi ludźmi; przedmiotowość w relacjach; cynizm i postawa strofująca wobec innych osób; oskarżanie innych za niepowodzenia; unikanie dyskusji ze współpracownikami na temat pracy oraz przyjmowania od nich pomocy i wsparcia; zajmowanie się samym sobą, wzrost interesowności, większe przyzwolenie na środki kontrolujące zachowanie, utrata zainteresowań; częsta nieobecność w miejscu pracy; problemy małżeńskie i rodzinne.

Po czwarte – w obszarze zdrowia, samopoczucia: złe samopoczucie; wyczerpanie fizyczne, utrzymujące się uczucie zmęczenia i wyczerpania bez widocznej przyczyny, szybka utrata sił i trudność w ich regeneracji; wielkie zmęczenie po pracy; możliwa utrata apetytu, chudnięcie; częste przeziębienia i grypy, bóle głowy, dolegliwości układu pokarmowego, kardiologiczne; zaburzenia cyklu miesięcznego; objawy psychosomatyczne; częste choroby, bóle bez rozpoznawania przyczyn; zakłócenia snu u osób dotychczas dobrze śpiących; uzależnienia.

4. Stres zawodowy i wypalenie w pracy nauczyciela

Stres jest dynamiczną reakcją organizmu na zagrożenie. Decydującą rolę w mechanizmie stresu odgrywa adrenalina – hormon walki i produkcja naturalnych sterydów, które podnoszą wydajność organizmu i pozwalają na przystosowanie się do warunków stresowych. Adrenalina przyspiesza bicie serca, podnosi ciśnienie, rozszerza źrenice oskrzela ułatwiając i przyspieszając oddychanie, zwiększa stężenie glukozy we krwi.

Życie każdego człowieka określają trzy wymiary (Wachowiak, 2001:15):

- psychologiczny – kształtujący się pomiędzy szczęściem a depresją;
- duchowy – kształtujący się pomiędzy integracją a alienacją;
- fizyczny – kształtujący się pomiędzy zdrowiem a chorobą.

Sytuację stresową najczęściej wywołuje brak równowagi pomiędzy tymi trzema, sprzężonymi ze sobą wymiarami. Są one ściśle ze sobą powiązane i oddziałują wzajemnie na siebie. Choroba fizyczna może prowadzić do depresji i na odwrót silne zaburzenia psychiczne mogą się odbijać negatywnie na zdrowiu fizycznym. Stres jest reakcją organizmu na stawiane mu żądania – mobilizuje wszystkie trzy wymiary: fizyczny, psychiczny i duchowy do wykonania zadania.

Wg Selye'go (1977) stres przebiega w następujących fazach:

1. **Faza alarmowa.** Początkowa, alarmowa reakcja zaskoczenia i niepokoju z powodu niedoświadczenia i konfrontacji z nową sytuacją.
2. **Faza mobilizacji.** Wykorzystanie potencjalnych możliwości jednostki.
3. **Faza przystosowania.** Organizm nauczył się skutecznie i bez nadmiernych zaburzeń radzić sobie ze stresem.
4. **Faza wyczerpania.** Uogólnione pobudzenie całego organizmu, co w długim okresie prowadzi do przewlekłego stresu, bądź nawet do śmierci.

Nauczyciel w swojej pracy codziennie styka się z różnorodnymi źródłami stresu. Należą do nich:

- nadmiar zadań do wykonania;
- presja czasu;
- ryzyko podejmowanych decyzji;
- odpowiedzialność, konsekwencje podejmowanych decyzji;
- przeszkody i bariery realizacji zadań;
- stosunki z przełożonymi i podwładnymi (konflikty, trudne decyzje personalne, niesubordynacja pracowników);
- publiczny charakter pełnionej funkcji (działania menedżera podlegają ocenie przełożonych i pracowników);

- nadmiar lub niedobór informacji;
- zmiany w otoczeniu wewnętrznym i zewnętrznym jednostki;

Niestety stres może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie człowieka, dlatego tak ważna jest umiejętność radzenia sobie z nim. Stres może być przyczyną różnych chorób: wieńcowych, gastrycznych, układu mięśniowo-szkieletowego. Skutkiem stresu mogą być trwałe zmiany w psychice człowieka – depresja, lęki, niezadowolenie z pracy. W efekcie stres może prowadzić do absencji w pracy a nawet rezygnacji z danej pracy. Może zakłócać w znacznym stopniu funkcjonowanie człowieka w pracy, ale także negatywnie wpływać na jego życie rodzinne. Każdy nauczyciel powinien posiadać umiejętności radzenia sobie ze stresem. Chcąc się rozwijać i rozwijać swoją osobowość, pedagog powinien umieć przeciwdziałać stresowi.

Wybrane sposoby przeciwdziałania stresowi to: dobra organizacja pracy, pozytywne myślenie, asertywność, zarządzanie czasem i planowanie, zdrowy tryb życia (aktywny wypoczynek, wystarczająca ilość snu), stosowanie technik relaksu oraz utrzymywanie równowagi pomiędzy wymiarami: fizycznym, duchowym i psychicznym, a także utrzymywanie równowagi pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym.

Zawód nauczyciela jest zawodem społecznym o szczególnym ryzyku stresu i wypalenia. Jego rola zakłada współdziałanie i emocjonalną wymianę, wymaga bliskiego kontaktu interpersonalnego, komunikacji, a także czujności, troskliwości, uwagi i umiejętność budowania więzi z ludźmi. Podstawą powodzenia w zawodzie nauczyciela jest też szacunek dla siebie i innych oraz umiejętność cieszenia się z obecności ludzi (Tucholska, 2003: 90). Trudności mogą wynikać również z braku równowagi między dawaniem i otrzymywaniem, wymogiem pracy w warunkach ekspozycji społecznej i znaczną odpowiedzialnością czy odroczonej i niepewną gratyfikacją.

Na obciążenia związane z zawodem nauczyciela można spojrzeć analizując pełnioną przez niego rolę zawodową, która, jak wskazują badacze, jest m.in. (Tucholska, 2003: 92–96):

- 1. Niejasna i niespójna wewnętrznie** — nie do końca wiadomo, jakie powinny być efekty jego działania i jak powinny być mierzone. Niespójne są również często wymagania wobec nauczyciela ze strony

rodziców, uczniów, przełożonych, ale i te stawiane przez niego samego. Z jednej strony obiektywizmu, bezstronności, z drugiej zaś zaangażowania emocjonalnego, indywidualnego traktowania; ważne tutaj są również ograniczenia zewnętrzne, niepozwalające na zindywidualizowane i wszechstronne wspieranie rozwoju wychowanka.

2. **Trudna psychologicznie** — wymagająca wytężonej pracy, adekwatnego reagowania na zmienne sytuacje społeczne, szybkiego podejmowania odpowiedzialnych decyzji w oparciu o wiele danych (różnorodne sytuacje społeczne i interpersonalne), klarownej komunikacji i wysokich kompetencji społecznych, wskazująca na brak przyzwolenia na konfrontowanie napięć wewnętrznych (wywołanych np. nieuprzejmym, agresywnym zachowaniem) w relacjach z uczniami, pełnienie roli w izolacji (klasy szkolnej), wymagająca nieustannego rozwoju i doskonalenia.
3. **Nie zgodna z innymi rolami** — kiedy spełnienie oczekiwań z nią związanych utrudnia lub uniemożliwia wywiązanie się z obowiązków nakładanych przez inne role. Nauczyciel pełni rolę dydaktyka, wychowawcy, administratora, opiekuna/lidera zajęć pozalekcyjnych, reprezentanta autorytetu szkoły. Bardzo duże znaczenie ma nakładanie się na siebie ról nauczyciela, matki (większość polskich nauczycieli to kobiety), żony i osoby odpowiedzialnej za prowadzenie domu.

Wymagania stawiane nauczycielom przez społeczeństwo są więc bardzo wysokie, przy czym nie idą w parze z prestiżem zawodu, komfortem warunków pracy i statusem ekonomicznym. To wszystko sprawia, że zawód ten silnie obciąża wykonującą go osobę. Maslach wymienia następujące techniki dystansowania się, traktowane często (choć nie do końca słusznie) jako niezbędny warunek radzenia sobie ze stresem zawodowym (Tucholska, 2004: 24–25):

1. **Etykietowanie** — wykorzystywanie w opisie terminów uprzedmiotowiających, np. przypadek („mam tu ciekawy przypadek”), mówienie o uczniu posługując się tylko jego nazwiskiem, mówienie o kimś w terminach ściśle naukowych, przez co relacje zawodowe stają się mniej osobiste i angażujące.

2. **Intelektualizacja** – przedstawienie sytuacji w kategoriach ogólnych, zobiektywizowanie jej.
3. **Izolowanie sytuacji** – wyraźne wyodrębnienie dwóch płaszczyzn: zawodowej oraz osobistej i traktowanie ich jako niezależnych. Umożliwia to uniknięcie albo ograniczenie przejawów stresu zawodowego w życiu osobistym.
4. **Poczucie humoru i obracanie wszystkiego w żart** – techniki społeczne umożliwiające redukcję i kontrolę doświadczanych emocji, a więc są technikami, które łagodzą stres i pomagają osiągnąć dystans emocjonalny, podobnie jak wygadanie się czy użalanie się.
5. **Wycofanie się** – zminimalizowanie zaangażowania w stresujące kontakty interpersonalne. Może mieć ono formę fizyczną (zwiększenie odległości od podopiecznego, unikanie kontaktu wzrokowego) lub psychiczną (aż do niepodejmowania zadań zawodowych).

Techniki te redukują pobudzenie emocjonalne i pomagają radzić sobie z obciążeniem zawodowym, jednak nadużywane przestają być konstruktywne, ponieważ prowadzą do całkowitego dystansu, obojętności, postawy apersonalnej, co odbija się na podopiecznych.

5. Profilaktyka wypalenia zawodowego

Bardzo istotna w procesie zapobiegania i przezwycięzania zjawisku wypalenia zawodowego jest wiedza o tym zjawisku. Osoba, która wybiera zawód zaliczany do profesji zagrożonych wypaleniem, powinna zetknąć się z informacjami na temat wypalenia zawodowego już podczas kształcenia zawodowego i to na każdym jego poziomie. Ważna jest stąd się możliwość dostępu do informacji i otrzymania pomocy podczas realizacji pracy zawodowej, w postaci propozycji pogłębiania wiedzy i świadomości oraz nabywania niezbędnych umiejętności i kompetencji przy pomocy różnych form doskonalenia zawodowego.

Zdaniem Maslach i Leitera profilaktyczne dla syndromu wypalenia zawodowego jest utrzymanie równowagi w sześciu obszarach funkcjonowania zawodowego, którymi są: właściwe obciążenie pracą, poczucie kontroli i możliwości wyboru, doświadczanie uznania i odpowiedniego

systemu nagród, poczucie łączności z kręgiem zawodowym, system wartości łączący się z miejscem pracy oraz wartość i sens wykonywanej pracy (za: Anczewska, Roszczyńska, 2004: 27)).

Istnieją trzy obszary działań zapobiegających zespołowi wypalenia (Anczewska, Roszczyńska, 2004: 26; Fengler, 2001: 147–169; Oniszczenko, 1998).

Higiena psychiczna — rozumiana jako działanie mające na celu ochronę przed tym, co negatywne. Ma ona szeroki zakres, obejmujący zarówno uniwersalne sposoby dbania o zdrowie i samopoczucie, jak i sposoby indywidualne. Przykładowe działania w tym obszarze to: poszerzanie zainteresowań, znalezienie i uprawianie hobby, aktywność fizyczna i sport, czy nabycie umiejętności relaksowania się. W ostatnim przypadku nie chodzi tylko o formę (spotkania ze znajomymi, robienie sobie drobnych przyjemności), ale i o umiejętność takiej organizacji dnia, aby znalazł się tam zawsze czas na relaks.

Rdzenie sobie — indywidualne strategie stosowane przez osoby doświadczające stresu, sytuacji obciążających. Mogą nimi być np.:

- próby rozwiązania problemu i potraktowania sytuacji jako wyzwania;
- umiejętność znalezienia pozytywnych stron trudnej sytuacji (zwiększające prawdopodobieństwo jej oceny jako „wyzwania”);
- nabywanie doświadczenia i wprawy w rozwiązywaniu problemu;
- poszerzanie kompetencji;
- dokładne określanie źródła zagrożenia, poszukiwanie informacji o wydarzeniu;
- powstrzymanie się od działania (korzystne wtedy, kiedy nie mamy wpływu na sytuację);
- próby przewidywania sytuacji i emocjonalnego przeżycia jej;
- rozładowywanie napięcia (żarty, wysiłek fizyczny, silna koncentracja na innej sprawie, np. sprzątanie);
- czasowe unikanie informacji o problemie (w celu uspokojenia, zwłaszcza wtedy, gdy nie mamy wpływu na sytuację);
- korzystanie z pomocy;
- wewnętrzpsychiczne metody zaradcze (np. zaprzeczania, nadrabianie miną, racjonalizacja, intelektualizacja, mające znaczenie uspokajające).

jące), chociaż nie zmieniają obiektywnej sytuacji człowiek-środowisko (ale – jak już wiemy – sytuacja jest tak trudna, jak ją spostrzegamy).

Oparcie społeczne – forma samopomocy udzielanej sobie przez członków różnych grup społecznych: rodzinę, przyjaciół, sąsiadów, znajomych, współpracowników.

Aby pomóc przy niwelowaniu skutków wypalenia zawodowego należy:

- kształtować kompetencje społeczne i interpersonalne;
- przeprowadzić treningi antystresowe, radzenia sobie ze stresem;
- wykształcić realistyczne przekonania zawodowe;
- zainicjować rozwój zainteresowań pozazawodowych;
- urealnić cele, zwiększyć motywację, podkreślić pozytywne strony wybranego zawodu.

W przypadku wypalenia niwelowania skutków wypalenia zawodowego zarówno praktyka i teoria poleca zastosowanie następujących faz:

1. **Zaopiekować się** – urlop, możliwość odpoczynku od pracy, uregulowanie snu, nawyków życiowych, zmniejszenie poczucia zagrożenia, terapia.
2. **Odtworzyć zasoby** – przywrócenie równowagi psychicznej i fizycznej, ćwiczenia relaksacyjne, konsultacje z lekarzami.
3. **Będzie lepiej** – przyjrzenie się możliwościom powrotu do życia w rodzinie i w pracy; umiejętności radzenia sobie ze stresem i refleksja jak zmienić rzeczywistość, aby zapobiec wypaleniu ponownie.

Radzenie sobie z symptomami wypalenia zawodowego to specjalna mobilizacja organizmu oznaczająca świadome i nieświadome działanie w celu zapobieżenia, ograniczenia, lub wyeliminowania wpływu stresów oraz tolerowania ich efektów. Według Michele Haney wyróżnia się sześć podstawowych elementów istotnych w radzeniu sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym (Honey, Boenish 2007):

- **pozytywne nastawienie** – najważniejsze znaczenie dla skutecznego radzenia sobie ze stresem ma nasz umysł i to, jakie mamy przekonania;
- **relaksacja i oddychanie** – relaksacja połączona z rytmicznym oddychaniem szybko uspokaja i odświeża;

- **zdrowe nawyki żywieniowe** – istotą jest poznanie i zrozumienie podstawy racjonalnego odżywiania;
- **aktywność fizyczna** – znalezienie dla siebie odpowiednich form aktywności fizycznej i systematyczne ich podejmowanie pomaga w uwalnianiu się od stresu fizycznego i psychicznego;
- **gospodarowanie czasem** – panowanie nad czasem zapobiega temu, by brak czasu zawładnął nami i sprawił, że czujemy się zestresowani;
- **asertywność** – pomaga panować nam nad życiem, unikać stresu negatywnego, a także nie wywoływać go u innych.

Profesjonalny nauczyciel powinien być osobą zdrową, szczęśliwą i zintegrowaną – to pozwala osiągnąć równowagę osobistą. Wymieniona powyżej asertywność pozwala na wyrażanie siebie w kontaktach z innymi osobami w sposób stanowczy, godny, pewny siebie i jednocześnie nie naruszający praw innych osób (Fijewski, 1993). **Asertywność** oznacza utrzymywanie kontaktu z własnymi potrzebami i pragnieniami, a zatem szacunek do siebie samego, ale również do innych. Asertywność jest realizowana poprzez: bezpośrednie, uczciwe i stanowcze wyrażanie swoich uczuć, postaw, opinii i potrzeb wobec innych osób z poszanowaniem ich uczuć, postaw, opinii, praw i potrzeb (Król-Fijewska, 1993).

Asertywność zakłada stanowczą obronę siebie i swoich praw, bez nieuzasadnionego poczucia winy, niepokoju, w sposób łagodny i konsekwentny. H. Fensterheim sformułował pięć praw regulujących asertywne zachowania (Wachowiak, 2001):

1. Masz prawo do robienia tego, co chcesz, dopóty, dopóki nie rani to kogoś innego.
2. Masz prawo do zachowania swojej godności przez asertywne zachowanie, nawet jeśli rani to kogoś innego – dopóty, dopóki Twoje intencje nie są agresywne, lecz asertywne.
3. Masz prawo do przedstawienia innym swoich próśb – dopóty, dopóki uznajesz, że druga strona ma prawo odmówić.
4. Istnieją takie sytuacje między ludźmi, w których prawa nie są oczywiste. Zawsze masz prawo do przedyskutowania tej sprawy z drugą osobą i wyjaśnienia jej.
5. Masz prawo do korzystania ze swych praw.

Nauczyciel, który będzie umiał egzekwować swoje prawa, wyrażać swoje opinie i jednocześnie szanować prawa innych będzie też umiał skutecznie dążyć do celu i realizować się w wybranym przez siebie zawodzie.

Bibliografia

- Anczewska M., Roszczyńska J., 2004: *Jak uniknąć wypalenia w pracy z chorymi*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Fengler J., 2001: *Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Fijewski P., 1993: *Jak rozwinąć skrzydła*, INTRA, Warszawa.
- Haney M, Boenish Ed., 2007: *Twój stres*, GWP, Gdańsk.
- Heszen I., Sęk H., 2007: *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Król-Fijewska M., 1993: *Stanowczo, łagodnie, bez lęku, czyli 13 wykładów o asertywności*, INTRA, Warszawa.
- Kwestionariusz do badania wypalenia zawodowego: <http://www.psychoterapia.oxy.pl/files/dokumenty.html>, stan z dn. 19.08.2008 r.
- Maslach Ch., 2000: *Wypalenie — w perspektywie wielowymiarowej*, [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, (red.) H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 13–31.
- Oniszczenko S., 1998: *Stres to brzmi groźnie*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Pines A.M., 2004: *Wypalenie — w perspektywie egzystencjalnej*, [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, (red.) H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 32–57.
- Selye H., 1977: *Stres okiełznany*, PIW, Warszawa.
- Sęk H., 2004: *Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej*, [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, (red.) H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 83–112.
- Tucholska S., 2003: *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Wachowiak P., 2001: *Profesjonalny menedżer*, Difin, Warszawa.

Professional burnout

Abstract

The subject matter of the present publication is job burnout, with a particular stress being laid on its occurrence in teacher's work.

The first part of the article deals with job burnout in an individual and social context, presenting definitions of the concept, as well as a few models of the phenomenon. One of them is a multidimensional model based on the conception developed by Christina Maslach and Susan Jackson. The next model described is an existential (also called motivational) model which is based on the conception of Ayala Pines. Another job burnout model covered by the article is a socio-cognitive model of Helena Sęk, based on the one hand on the conception of Christina Maslach, on the other hand, on job stress and the significance which a subjective assessment of the situation and one's own competences has for the occurrence of burnout syndrome.

The second part of the paper is devoted to burnout in teacher's work. Ways of prevention and cure of burnout are presented, interpersonal and organizational strategies included.

Henryk Jarosiewicz

Instytut Psychologii, Uniwersytetu Wrocławskiego

Kryzys wartości a czynniki potencjału człowieka w rozwoju psychologicznym

1. Wstęp: człowiek w świecie

Celem opracowania jest psychologiczna rekonstrukcja przedmiotowych i podmiotowych aspektów zjawiska kryzysu. Zarysowano modelu człowieka jako uczestnika świata. Podkreślamy w tym modelu, że człowiek nie tylko poznaje świat i działa w nim, ale doznaje świata i przeżywa go, a także przeżywa siebie w świecie. Przedmiotem doznawania jest wartość. W ujęciu relacyjnym wartość jest optymalną relacją, a więc pewnym stanem obustronnych wymagań: człowieka wobec świata i świata wobec człowieka. Kryzys jest tu rozumiany jako gwałtowna zmiana pożądaných wartości (relacji), nie zawsze uświadamiana i kontrolowana. Przedstawiono podmiotowy mechanizm kryzysu i rodzaje sytuacji kryzysowych. Zadaniem doradcy jest pomoc w radzeniu sobie z kryzysem i w optymalizacji przeżywanych wartości relacyjnych. Kierowanie podmiotowymi zjawiskami kryzysowymi jest warunkiem dojrzewania człowieka na zmiennym rynku pracy.

Kiedy stwierdzamy, że „człowiek żyje w sytuacji kryzysowej”, mamy na myśli świat, w którym ma miejsce szereg przesilen, czy to gospodarczych, czy to społeczno-kulturowych, jak choćby lata 60. XX w. Genezą tych przesilen są zmiany, jakie zachodzą w podsystemach świata, a w konsekwencji również w relacjach pomiędzy nimi. Napięcia te nie omijają człowieka, gdyż on również jest podsystemem większego systemu (Tomaszewski 1979). Jest to podsystem żywy, a więc o swoistych dynami-

zmach. Idąc jeszcze dalej w samym człowieku można wyróżnić rozmaite podsystemy, pomiędzy którymi również dochodzi do określonych napięć i przesileń, a więc do kryzysów. W artykule zarysujemy model dynamicznego podmiotu oraz relacji podmiot – świat w ramach, którego to modelu wyjaśniamy zjawiska kryzysowe.

2. Przeżycie wartości i kryzys wartości

2.1. Model uczestnictwa człowieka w świecie

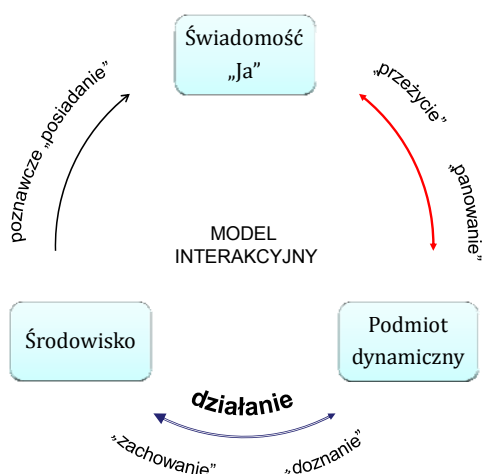
Punktem wyjścia w procesie rekonstrukcji zjawiska kryzysu wartości jest obserwacja podmiotu, który zachowuje się w określony sposób w swym środowisku życia¹. Jest to podmiot złożony. Przedmiotem dalszej analizy jest „osoba” (Uchnast 2003), która przejawia bądź jako „osobowość” rozumiana jako wytwór osoby (Nuttin 1968), bądź jako „dynamizm osobowy”. Aby wyjaśnić specyfikę bogatych interakcji między osobą a środowiskiem przyjmujemy zarówno wpływ „osobowości”, jak i „dynamizmu osobowego” podmiotu. Powstaje w ten sposób interakcyjny model działania („zachowania się”) osoby w środowisku².

Jak widać na rysunku 1 człowiek poznaje swe środowisko i odzwierciedla je (poznawcze „posiadanie”), zaś jako dynamiczny podmiot dokonuje działania środowiska, a zarazem sam działa na to środowisko (zachowanie). W tym kontekście wielorakich interakcji zarysujemy treść pojęcia wartości i kryzysu wartości. W wyjaśnianiu posługujemy się metodą analityczną (Paczkowska-Łagowska 1980).

¹ „Przedmiotem psychologii są zjawiska psychiczne (...) a także i warunki powstawania i przebiegu zjawisk psychicznych, a więc w pierwszej linii tzw. dyspozycje psychiczne (to znaczy właściwości istot żywych, a specjalnie człowieka, od których zjawiska psychiczne zależą) oraz te zjawiska fizyczne, w których pewne procesy psychiczne się wyrażają, jako tzw. symptomy fizyczne, i te, które są od psychiki zależne – jak przede wszystkim ruchy i czynności dowolne. Wymienione zjawiska fizyczne można nazwać „zachowaniem się” danej jednostki” (Kreutz 1949, s. 16).

² Model ten nawiązuje do „modelu interakcyjnego” zaproponowanego przez Kozielskiego (Kozielski 1987, s. 349). Podaję w opracowaniu własnym.

Rysunek 1: Interakcyjny model działania człowieka w świecie



Źródło: opracowanie własne.

W ujęciu Kulczyckiego „przejawiana przez (człowieka) aktywność jest jego normalnym stanem i trwa przez całe życie. Występuje w różnych formach i wykazuje wiele różnorodnych właściwości. Zależą one głównie od wzajemnych relacji poszczególnych osób z ich otoczeniem” (Kulczycki 1985, s. 8). Interesują nas relacje „podmiot osobowy” – „środowisko”. Przyjmujemy za Kulczykim (1985, s. 8), że „relacje te składają się ze stawianych przez każdą ze stron wymagań, stanu ich realizacji oraz sytuacji, w których tego rodzaju zależności mają miejsce. Z relacji wynikają określone wartości, które wykazują zdolność organizowania konkretnych czynności człowieka. Wartością jest pewien optymalny stan relacji w danym położeniu życiowym”. Należy uściślić, co to znaczy, iż „z relacji wynikają określone wartości”, a następnie zrekonstruować, jako powstają „optymalne stany relacji”.

Trzeba zauważyć, że „wartości jak i inne składniki działalności mogą występować jako obiektywne układy, od których rzeczywiście zależy dobro człowieka, i jako podmiotowe odwzorowanie przedstawiające mniej lub więcej dokładnie istniejącą rzeczywistość” (Kulczycki 1985, jw., wyróżnienie moje). Owe podmiotowe odwzorowania są „czyjeś”, to zna-

czy są zależne od tego, jak człowiek postrzega świat, a zwłaszcza od tego, jak ów świat jest przeżywany. Jest to funkcja wrażliwości podmiotu. W związku z tym konieczna jest rekonstrukcja mechanizmu „podmiotowego odwzorowywania” świata przez podmiot, który nie tylko „działa” w świecie”, ale też „doznaje” działania świata. Służy temu model zintegrowanego dynamizmu podmiotu.

2.2. Model zintegrowanego dynamizmu

Dynamizm człowieka: model

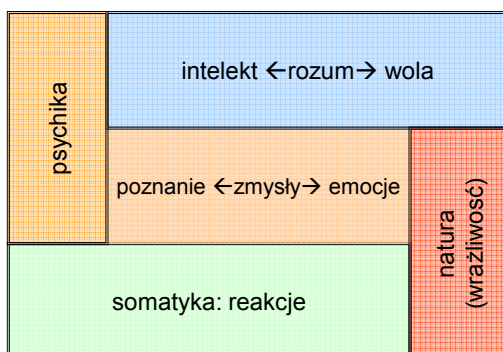
Posługując się aparatem pojęciowym koncepcji „czynności i wytworów” K. Twardowskiego (1965 g) budujemy model dynamizmów podmiotu (Jarosiewicz 2009). Wskazujemy na trzy czynniki potencjału człowieka. W skład tej struktury wchodzi dynamizmy reaktywne ciała, dynamizmy zmysłowe oraz dynamizm rozumu, tj. wola³. Dynamizm woli pełni funkcję kierowniczą ludzkiej aktywności (Kozielecki 1987). Konsekwencją przyjęcia trzech poziomów dynamizmów jest to, że dla wyjaśnienia zachowania nie wystarczy odwołać się do reakcji sfery somatycznych i do warunkowania reakcji, ale trzeba przyjąć swoiste czynności „chcienia”, których wytworem są działania celowe. Sięgając do aparatu pojęciowego koncepcji czynności i wytworów możemy powiedzieć, że termin „wola” oznacza zarówno „wytwór” (np. „ostatnia wola zmarłego”), jak „czynność” („ktoś nie chce zgodzić się na określone cele”) i dyspozycję do podejmowania określonych czynności i osiągania wytworów („ktoś ma słabą wolę”). W tym ostatnim znaczeniu wola jest to swoisty dynamizm.

W modelu ilustrujemy również dwa dopełniające się aspekty ludzkiego dynamizmu, czyli dwa rodzaje czynności, których nie da się do siebie sprowadzić. „Psychika” to czynności poznania obiektywizującego (i wszystko, co na nim się opiera, a więc również procesy świadomo-

³ Trzeba tu zauważyć, że wokół pojęcia woli narosło wiele nieporozumień. Wola nie oznacza tu „władzy” w znaczeniu metafizycznym, ale dynamizm. Jak podkreśla A. Lewicki (1978, s. 16) zachowanie „nie oznacza, jak w behawioryzmie, „reakcji” na „bodziec”, lecz kierowany przez osobnika akt”.

ściowe, takie jak myślenie). Wytworem tych czynności są „przedstawienia”. Natomiast zdolność do doznawania⁴ wartości zawdzięczamy temu, co określa się jako „natura” i jej stan, który charakteryzuje się określoną wrażliwością.

Rysunek 2: Dynamizmy ludzkiego podmiotu – model „mozaikowy”



Źródło: opracowanie własne.

Zatem „zachowanie” nie jest tylko wyrazem treści psychicznych, ale i spontanicznego wartościowania sytuacji. Dzięki „wrażliwości” zmysłowej człowiek doznaje wartości działania elementów sytuacji, a nie tylko ich wpływu materialnego (jako bodźców wywołujących „reakcje”). Dla czynności doznawania właściwym określeniem byłby nie tyle termin „czynność”, co „uczynnienie”. W związku z powyższym rozróżnieniem stwierdzamy, że człowiek żyje w świecie rzeczy, które są „poznawane”

⁴ Termin „doznanie” został odsunięty na bok w myśleniu o człowieku wskutek rozpowszechnienia się koncepcji jednostronnie aktywistycznych. Tymczasem oznacza ona całą rozległą klasę zjawisk. Kartezjusz opisując funkcje duszy pisze, że „te są głównie dwojakiego rodzaju: jedne są czynnościami duszy, drugie jej doznaniem” (Descartes Kartezjusz 1986, s. 77). „Doznanie” to **czynność** przyjmowania czegoś, w związku z działaniem czegoś (kogoś), co ma potencję, a więc jest źródłem ruchu lub zmiany. Doznanie jest wytworem czynności działania na podmiot, na określony jego dynamizm.

(psychika) i w świecie wartości, które są „doznawane” i przeżywane (zob. rys. 1). Dlatego też, w szerokim rozumieniu przedmiotu⁵, wartością nazywamy to wszystko, ku czemu człowiek otwiera się w swym życiu wewnętrznym i do czego dąży, choć nie zawsze świadomie.

Wspomnieliśmy o tzw. procesach orientacyjnych (Kulczycki); dzięki swej wrażliwości człowiek orientuje się w swej sytuacji, tj. przeżywa to, czy mu ona odpowiada, czy też nie, a następnie poznaje to, co przeżywa i tak, jak przeżywa. Dzięki poznaniu i ukierunkowanemu przez to poznaniu działaniu – człowiek może zmieniać sytuację na bardziej odpowiednią. Mamy zatem dwa aspekty bycia w świecie:

poznanie i działanie $\leftrightarrow$ doznanie i przeżycie

W ten sposób wyjaśniamy, czym jest tak powszechny w życiu człowieka stres, a czasem i trauma, a więc „uraz”. Mianowicie doznawanie wartości i przeżycie, przy pewnym nasileniu, prowadzi do dezintegracji struktur działaniowych. Powtórna integracja wymaga orientacji w sytuacji, a więc jej poznania pod kątem przeżywanej wartości, co zwykle jest trudne, bo przeżycia te z natury są bardzo niejasne.

2.3. Wartość jako optymalna relacja

Doznawanie i dezintegracja

Przyjęcie zarysowanego powyżej dynamicznego modelu podmiotu osobowego (model „mozaikowy”) pozwala wyjaśnić, na czym polega zjawisko rozwoju struktury dynamizmów, w którym można wyróżnić fazę dezintegracji i integracji⁶.

Pomiędzy poszczególnymi warstwami zachodzą następujące zależności: stan dynamizmów niższego rzędu jest doznawany przez dynamizmy wyższe. Doznajemy np. zaburzeń funkcjonowania organizmu jako

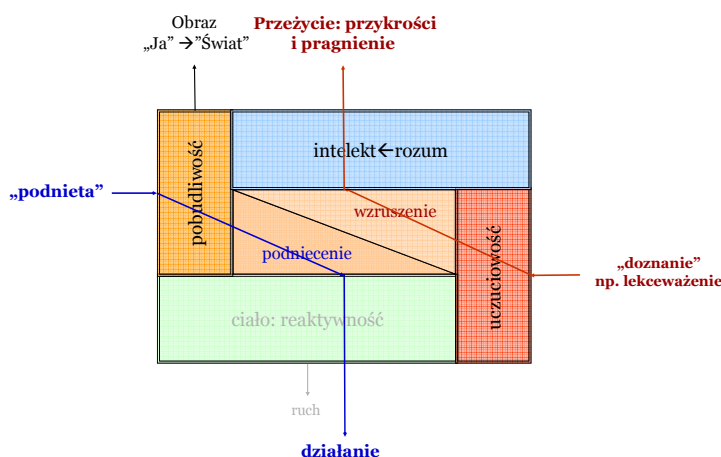
⁵ Termin „przedmiot” (*objectum*) „ujmuje „osoby i rzeczy, zjawiska, stany, zdarzenia, ich właściwości oraz stosunki między nimi zachodzące, jednym słowem wszystko, co możemy sobie w jakikolwiek sposób wyobrazić lub pomyśleć” (Twardowski 1965 c, s. 114).

⁶ Terminy „integracja” i „dezintegracja” zostały spopularyzowane przez K. Dąbrowskiego, twórcę teorii „dezintegracji pozytywnej” (Dąbrowski 1985).

bólu, czy też braku pokarmu jako głodu. Natomiast dynamizm wyższy integruje w obrębie swych funkcji funkcje (czynności) dynamizmów niższego rzędu. Integruje, czyli „scala”. W ruchach dowolnych nie widzimy czystych reakcji ciała, są one „użyte” do zbudowania ruchu, lub może lepiej powiedzieć „wbudowane” w ruch dowolny.

Nierzadko nadmierne doznawanie zakłóca sprawne działanie. Dlaczego? Zwykle doznaje się wartości działania nie bezpośrednio (bo doznaje osoba, tj. Ja), ale za pośrednictwem struktur niższych. Doznaje się działania różnych sił fizycznych na ciało, działania wartości na sferę emotywną i działania woli innych osób na wolę, np. w momencie wydawania poleceń. Ciało i zmysły pośredniczą w doznawaniu. Na treść doznawania ma wpływ stan tych struktur, czyli dyspozycje (np. wrażliwość zmysłowa). Można wyróżnić różne oddziaływania środowiska na podmiot.

Rysunek 4: Integracja i dezintegracja struktury podmiotu (opracowanie własne)



Źródło: opracowanie własne.

Są to z jednej strony bodźce materialne i podniety poznawcze, z drugiej zaś wartości, zarówno wartości podstawowe (np. dotyk), jak i wartości wyższe. Podmiot nie tylko ulega fizycznie działaniu materialnemu

elementów swego otoczenia (tzw. „bodźców”), ale „doznaje” wewnętrznie ich działania. Zmysł pozwala nie tylko na poznawanie świata („wrażenia”), ale również na doznawanie wartości świata. Towarzyszą temu również złożone przeżycia. Przeżywa się pożądanie w związku ze stanem organizmu, pragnienia w relacji do wartości sytuacyjnych, dostępnych zmysłowo i chęci w relacji do wartości wyższych, czyli dóbr.

Doznając wielorako świata może się do niego wewnętrznie ustosunkować i „odpowiedzieć” nań podmiotowo. Na rysunku wyżej ilustrujemy dwa procesy:

doznanie → wzruszenie → przeżycie. Jest to proces dezintegracji „Ja” oraz

poznanie → podniecenie → zachowanie. Jest to proces integracji „Ja”.

Rodzaj i jakość integracji zależy od poziomu poznania. Poznanie zmysłowe umożliwia integrację warstwy zmysłowej i reaktywnej, a poznanie duchowe (intelektualne) staje się podstawą integracji warstwy rozumowej i warstw niższych: emotywniej i reaktywności ciała. Zwróćmy uwagę, że o ile integracja może być kontrolowana na podstawie obrazu siebie i świata, o tyle procesy dezintegracji wymykają się spod kontroli. Stwierdzamy, że „coś we mnie”, a nawet: „ze mną”, się dzieje. Przy dużym nasileniu doznań dochodzi do emocjonalizacji świadomości, jak to ma miejsce w nerwicy (Jarosiewicz 1992).

Doznawanie zmysłowe i jego wytwory: emocje, nie zawsze są dostępne obserwacji zewnętrznej. Emocja to nie reakcja! Wytwory dynamizmu emotywnego (emocje) są natomiast dostępne bezpośrednio w przeżyciu. Dzięki świadomości specyficzne treści ematywne (miłość, tęsknota itd.) mogą być przeżywane i wzbudzać pragnienia wewnętrzne. Następnie dzięki zdolności do odczuwania przeżycia te mogą być również poznanie – powstaje samowiedza. Dzięki temu jesteśmy świadomi swoich przeżyć i pragnień, np. swego gniewu, zazdrości itd.

Treści samowiedzy

Samowiedza chroni przed dezintegracją, gdyż pozwala na świadome działanie. Przeżycie dopełnia się poznaniem sytuacji (wspomniana wcześniej orientacja) i pojawia się zachowanie zadaniowe, które również przeżywa się, jako uczucie. Przeżycia skłaniają do uczuciowej „odpo-

wiedzi”, a z drugiej strony odpowiedź ta jest „wyrazem” przeżyć i pragnień. Aby uniknąć przykrych przeżyć, podmiot dysponuje popędową gotowością do określonych odpowiedzi uczuciowych. Pojawia się też możliwość uczenia się takich zachowań, które są wzmocnione przez przyjemne doznania. Jest to tzw. warunkowanie instrumentalne reakcji.

Obok „czystych” dynamizmów emotywnych (wzruszeń) powstają dynamizmy psycho-emotywne, takie jak wspomniana zemsta. Podstawowym dynamizmem psycho-emotywnym jest „podniecenie”. O ile we wzruszeniu podmiot aktywizuje się pasywnie, tj. „doznaje” wartości działania, o tyle w podnieceniu aktywizuje się do popędowego działania. Aktywizacji tej towarzyszy swoiste przeżycie, mianowicie przeżycie namiętności. Chociaż tak uczucia, jak i namiętności wiążą się z „odpowiedzią” podmiotu, to świat uczuć i świat namiętności różnią się zasadniczo. Uczucie jest odpowiedzią na wartość, natomiast namiętność poszukuje materialnej podniety, a więc zbliża się do „reakcji” na tę podniętę.

Jednak nie zawsze udaje się znaleźć sposób odpowiedzi. Przykre doznania mogą doprowadzić do dezintegracji posiadanych wzorców reagowania. Doznanie i przeżycie jest wówczas elementem dezintegrującym. Zwłaszcza wtedy, kiedy brak jest wiedzy na temat tego, „co” działa oraz samowiedzy na temat tego, co „dzieje się” w podmiocie. Kiedy równowaga jest już zakłócona, podmiot werbalizuje taką sytuację w zdaniu: „Coś się ze mną dzieje, na co nie mam wpływu”. Jest to stan dezintegracji, który jest istotnym rysem nerwicy (Baars, Terruwe 1987). Następuje pewna separacja przeżycia i działania.

Integracja

Z drugiej zaś strony dezintegracja ma swoje zalety i może być rozumiana jako „pozytywna” (Dąbrowski, 1985). Pojawia się bowiem możliwość reorganizacji dynamizmów podmiotu i integracji na wyższym poziomie. Warunkiem rozwoju jest zdolność do nieustannej re-organizacji. Jest tak wtedy, kiedy ma miejsce równowaga pomiędzy „doznawaniem” i „działaniem”. Przeciwnością rozwoju jest usztywnienie, czy to w doznawaniu – jak choćby w postaci nałogowego szukania przyjemności, czy to w impulsywnym działaniu.

Pojawia się pytanie o przyczyny rozwojowej reorganizacji ludzkiej aktywności i o jej kierunek. „Przyczyną” jest zawsze osoba. Osoba staje

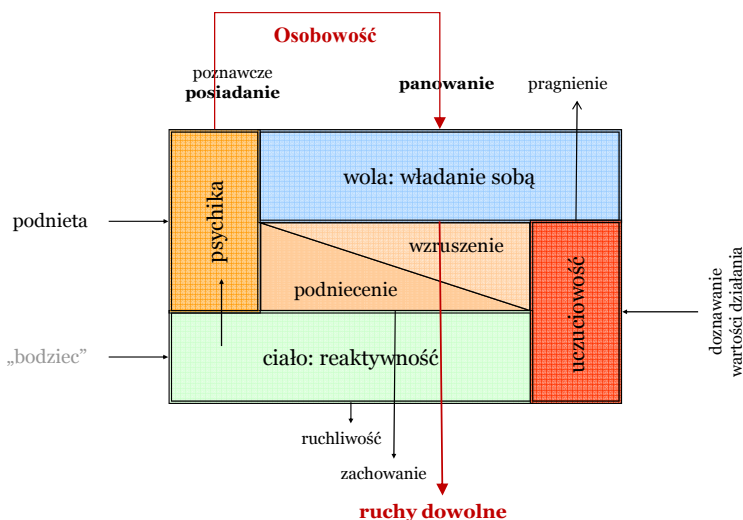
się dzięki swojemu działaniu „kimś”. Oczywiście – działanie to może być motywowane potrzebami, ale swą przyczynę znajduje w osobowości, w poznawczym obrazie siebie i świata i we własnym „Ja”. Pobudek do zmian może dostarczać też odpowiednio zorganizowana „sytuacja wychowawcza”, jednak bez własnego pragnienia zmiany, sytuacja pozostaje tylko „okazją”, a nie przyczyną rozwoju.

Optimalizacja wartości

Samostanowienie

Nasuwa się tu zasadnicze pytanie, o mechanizm integracji. W naszym modelu dynamizmów osoby pojawia się mechanizm regulacyjny, który oznaczamy terminem „samostanowienie”.

Rysunek 3: Ruchy dowolne jako wyraz samostanowienia (opracowanie własne)



Źródło: opracowanie własne.

Mechanizm ten tworzy struktura poznawczego (świadomościowego) „posiadania” siebie i wolitywnego „panowania” sobie. Jak zauważa Nuttin: „poznawcza obecność przedmiotu wobec jaźni zakłada pewne poznawcze posiadanie samej siebie przez jaźń, a także możliwość zawład-

nięcia przedmiotem jako takim. Takie postrzeganie przedmiotu tworzy niezbędny „dystans”, który pozwala osobowości postrzegać samą siebie jako podmiot postrzegający świat, a jednocześnie z aktem tym się nie utożsamiać” (Nuttin 1968, s. 248).

Wola jako dynamizm jest zdolnością do ruchów dowolnych, zdolnością do władania sobą. To „władanie sobą” jest uwarunkowane (czasem wręcz zdeterminowane) motywami. Dopiero mechanizm samostanowienia wnosi moment wolności. Dzięki zdolności do „panowania sobie” osoba nie tylko „włada” sobą (dynamizm woli), ale również „panuje” sama sobie. Osoba – jako samoświadome „Ja” – jest tym, „kto” panuje i osoba – jako podmiot dynamiczny – jest tym, „komu” się panuje.

Projektowanie wartości

Samostanowienie jest tylko zdolnością do wolnego działania. Materią samostanowienia są relacje. Osoba projektuje bardziej optymalne relacje, to jest wyobraża sobie takie stan rzeczy, który jej bardziej odpowiada. Wartości może być wiele i dopiero decyzja powoduje, że niektóre z nich stają się celami świadomego działania (Kulczycki, Psychologiczne warunki radzenia sobie w życiu, 1990).

Oczywiście, nie każde zrealizowane wyobrażenie (projekt) doprowadza do zaspokojenia pragnień. Często projekty i cele trzeba zmieniać, aby osiągnąć spełnienie własnych pragnień w konkretnym środowisku. Jest to zwykle pewien kompromis między wymaganiami osoby, a wymaganiami jej świata. Nie wystarczy też mieć projekt, aby zaspokoić pragnienia; działanie wymaga swego narzędzia. Są nim zintegrowane dynamizmy podmiotu (zob. rys. 2).

Dynamizmy zintegrowane

W psychologii klasycznej wiele uwagi poświęcano tzw. dyspozycjom. Wraz z zanikiem zrozumienia dla ludzkiego dynamizmu⁷ pojęcie to straciło swe znaczenie. Tymczasem, kiedy mówimy o dynamizmach, to musimy również jakoś scharakteryzować stan tych dynamizmów. Jest

⁷ Jest to owoc kartezjańskiego modelu człowieka, w którym mamy tylko treści świadomości i „mechanizm” ciała; brak w tym modelu dynamizmów emocjonalnych i woli.

to oczywiste w odniesieniu do dynamizmu reaktywnego⁸: zmęczenie staje się brakiem dyspozycji do działania. Analogicznie należy uwzględniać dyspozycje emocyjne (wrażliwość) i wolitywne. Ponadto zaś, możemy mówić o dwóch wyraźnych zestrojach dynamizmów, a mianowicie o temperamencie i charakterze. Temperament jest zintegrowanym dynamizmem emocyjnym i reaktywnym. Natomiast charakter to dynamizm woli, która integruje w sobie dynamizm emocyjny (a pośrednio również wpływa na reaktywność ciała). Z tego powodu charakter jest w pełnym tego słowa znaczeniu dyspozycją⁹.

Postępowanie osoby jest najczytelniejsze w ruchach dowolnych, a więc w takich sytuacjach, w których nie ma zewnętrznego przymusu. Ponieważ są to ruchy dowolne, zatem bardzo łatwo odciska się w tej dowolności znamię charakteru, czyli tego, co się osobie „chce”. Sens charakteru zawiera się w tym, że świadome działanie zabarwia się elementami związanymi ze zintegrowanym dynamizmem. Popularnie wskazuje się wówczas na „styl” danej osoby. Ale w ruchach dowolnych odciska się też znamię temperamentu, który wraz z ciałem tworzy określony „wygląd” zachowania. Inaczej przecież wygląda ruchliwość osoby wysokiej, a inaczej osoby niskiej. Zatem dowolność ruchów jest tylko pewnym ideałem. Na co dzień dowolność ta przybiera wyraz charakteru i temperamentu. Poszczególne piętra ludzkiej podmiotowości tworzą określone „zestroje”. W zintegrowanych dynamizmach widzimy określoną gotowość do świadomego działania, które zmienia się rozwojowo. Najpierw mamy gotowość instynktu, potem gotowość popędów i temperamentu, w końcu zaś gotowość charakteru. Gotowość ta jest wytworem historii jednostki i jej przygotowania życiowego (Kulczycki 1990).

⁸ Stan dynamizmów reaktywnych, uwarunkowanych stanem układu nerwowego, uwzględnia się np. w ujęciach temperamentu opartych na koncepcji Pawłowa (Strelau, 2002). Jest to jednak tylko jeden aspekt zjawiska, które określano terminem temperament.

⁹ „Dyspozycja danego przedmiotu do danego zachowania się w danych warunkach” – to tyle, co: „układ własności danego przedmiotu, dzięki któremu przy nastaniu tych warunków zachowa się on w ten właśnie sposób”. „Dyspozycja do czegoś” – to zatem, innymi słowy „zdolność do czegoś” (Kotarbiński 1986 s. 321).

2.4. Kryzys wartości

Rodzaje kryzysów wartości

W kontekście zarysowanego modelu „człowieka-w-świecie” o kryzysie wartości można mówić w następujących znaczeniach: kryzys jako brak i jako konflikt. W jednym i drugim wypadku można mówić o przesileniu, ale w nieco innym znaczeniu. Kryzys braku może przejawiać się w postaci kryzysu braku wartości doznawanych (osobistych), co zbliża go do deprywacji lub kryzysu braku wartości projektowanych (osobowych) – bliżej frustracji. Kryzys, rozumiany jako konflikt, prowadzi do kryzysów braku, ale nie jest z nimi tożsamy.

Kryzysy braku

Typowym kryzysem braku jest głód. Jeśli ktoś doznaje stanu homeostazy, a następnie jest ona zaburzona, to pojawia się przykreść i pragnienie powrotu równowagi. Inaczej wygląda sytuacja utraty przyjemności; człowiek pragnie coraz to nowych doznań i związanej z tym przyjemności, bo jest to pragnienie heterostatyczne. Dlatego brak „nowości” może być przeżywany jako przykreść i kryzys.

Z drugiej strony powstają wyobrażenia nowych sytuacji, które wydają się być optymalne, które stają się celami. Cele te wymagają realizacji, co Kulczycki nazywa „rozwiązywaniem problemów życiowych”: „Dla osiągnięcia celu muszą być stworzone konkretne układy warunków zewnętrznych, które krótko nazywa się sposobem realizacji celu. Realizacja ta przebiega zawsze w danych warunkach. W ten sposób powstaje w określonych sytuacjach swoista całość złożona z celu, sposobu jego realizacji oraz warunków. Całość tę nazywa się rozwiązywaniem problemu życiowego. Stanowi ono podstawową jednostkę analiz psychologicznych” (Kulczycki 1985, 9). Nie zawsze znamy sposoby, a nawet, jak je znamy, to nie od razu potrafimy je wcielić w życie. Jest to złożony proces, dlatego Kulczycki dodaje, że „rozwiązywanie problemów przebiega najczęściej w sześciu fazach” (Kulczycki 1990). Bywa często tak, że pojawiają się przeszkody w postaci wspomnianych wyżej „warunków”; chodzi tu zarówno o warunki zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Jeśli zatem ktoś ubiega się o „lepszą” pracę, to musi nie tylko pokonać konkurencję, ale

zmagają się z wewnętrznymi trudnościami, takimi jak nasilone uczucia (np. lęk), zły stan zdrowia itd.

Konflikty

Relacje mogą być nieoptymalne lub konfliktowe. Relacje nieoptymalne powstają wtedy, kiedy nie są zaspokojone wymagania podmiotu lub ich zaspokojenie wymaga nadmiernego wysiłku. Na przykład nie są zaspokojone wymagania płacowe. W naturalny sposób „nie chce się” wówczas pracować, chyba, że pojawia się gratyfikacja innego rodzaju. Przeżycie relacji zależy od szerszego kontekstu sytuacji na rynku pracy; kiedy brak jest pracy to każda praca jest wartościowa. Ale znowu w lepszej sytuacji na rynku pojawiają się wahania, przeżycie pociągania w stronę innych miejsc pracy itd.

Konflikt może zawiązać się między tym, co „osobowe” (cele i plany), a tym, co „osobiste”, tj. pragnieniami. Popularnie określa się takie sytuacje jako konflikt między „umysłem”, a „sercem”. Konflikty takie są nieuniknione, gdyż niełatwo jest określić swe realne potrzeby i tak ułożyć cele życiowe, aby je zaspokoić.

Kryzysy wartości w rozwoju indywidualnym i zawodowym

Kryzys jest wywołany dwójako; albo poprzez zmianę wymagań podmiotu, albo przez zmianę wymagań środowiska. Może to prowadzić do deficytu dawnych doznań i relacji i do obniżenia poziomu jakości życia (Tomaszewski 1984). Natomiast zmiana wymagań podmiotu wiąże się z dojrzewaniem struktury dynamizmów podmiotowych. Z jednej strony zatem mówimy o „kryzysie wartości”, a z drugiej trzeba dostrzec „wartość kryzysu”. Bez określonego „przesilenia” nie pojawią się nowej jakości w życiu psychicznym.

Analogicznie do rozwojowego kryzysu wartości można mówić o kryzysach w rozwoju zawodowym. Jest to również kryzys relacji. Pamiętajmy, że relacja to nie tylko określone wymagania, ale „stan ich realizacji oraz sytuacja, w której tego rodzaju zależności mają miejsce”. W związku z powyższym możemy mówić o przeżywaniu wartości relacji zawodowej i o obiektywizowaniu tego przeżycia. Kiedy jest to tylko przeżycie, to osoba ma odczucie niejasnych pragnień, a więc tego, że „pociąga” ją coś innego. Nie staje się to jednak jasnym zadaniem. Dopiero pojawienie

się określonego obrazu własnego położenia życiowego powoduje, że osoba gotowa jest działać świadomie.

Dojrzewanie a kryzys

W ramach zarysowanego wyżej modelu interakcyjnego należy mówić zarówno o procesie optymalizacji wartości, jak i o kryzysach, czyli momentach przesilenia. Treść tych „przesileń”, gwałtownych zmian, zależy od jakości relacji, czyli od poziomu dynamizmów osoby. Inaczej przebiega kryzys zdrowotny, który ogarnia „naturę”, a inaczej kryzys społeczny czy też kulturowy, który dotyka świata „osoby”. Zjawiska te znane są pod nazwą stresu. Jak to wykazują teoretycy strasu ważne jest „radzenie sobie” ze stresem (Poprawa & Makowska 2001). O tym bowiem, czy wymagania świata są korzystne, czy też niekorzystne, decydują wymagania podmiotu, oraz jego zdolność do projektowania optymalnych wartości i stan dynamizmów (charakter).

Rysunek 4: Typologia relacji podmiotu na rynku pracy

		Świat	
		Zmienny	Niezmienny
Podmiot	Zmienny (dezintegracja)	Dialog i optymalizacja	Uczestnictwo Frustracja i bunt
	Niezmienny (integracja)	Alienacja Stres i dezintegracja	Walka

Źródło: opracowanie własne.

Aktualizacja, czyli rozwój potencjału człowieka ogarnia zarówno jego psychikę, jak i struktury dynamiczne. Stwierdzenie, iż człowiek dojrzewa oznacza, że aktualizują się jego dynamizmy, cielesne, zmysłowe i duchowe. Pociąga to za sobą zmianę wymagań wobec świata. Sytuacją pożądaną będzie zatem nieustanna zmiana relacji, w kierunku relacji bardziej optymalnych dla określonego poziomu dojrzałości. W sytuacji skrajnej mamy zupełną zmienność, a więc brak trwałych wymagań świata i podmiotu, bądź też obustronną sztywność tychże wymagań. Obustronna zmienność to dialog ze światem i optymalizacja wartości, sztywność – walka. Można rozważyć też połączenie braku wymagań podmiotu w sztywnym świecie; prowadzi to do uczestnictwa, ale też do momentów frustracji i buntu. Z kolei zmienność wymagań świata wobec sztywnego podmiotu prowadzi do stresu, a w krańcowym wypadku do alienacji.

Jak już stwierdziliśmy, w rozwoju można wyróżnić aspekt dezintegracji oraz integracji. W zmiennym świecie pierwotna integracja podmiotu pod wpływem nowych doznań (wymagań świata) ustępuje, co prowadzi do optymalizacji na nowym poziomie funkcjonalnym (Dąbrowski, 1985). Z drugiej strony świat zawiera elementy niezmienności, np. wartości kulturowe, co stwarza warunki dla uczestnictwa podmiotu w świecie. Natomiast kiedy zmiany w świecie są zbyt szybkie może utrwalić się trwała dezintegracja podmiotu; nie można on wypracować odpowiednich struktur pozwalających na sprawne działanie.

Stres

Osoba źle przygotowana do pracy oraz mało elastyczna doświadcza wielu przykrych doznań, tj. takich, które wskazują, że dana sytuacja jest nieodpowiednia (wartość jako nieoptymalna relacja jest przeżywana jako przykrość). Może to być przykrość na poziomie cielesno-zmysłowym: za duży hałas w szkole, bądź osobiste poczucie lekceważenia ze strony klientów itd. Chodzi tu o to, że osoba nie jest w stanie sprawnie pracować, kiedy doznaje działania konkretnego otoczenia.

Frustracja

Z drugiej strony można to samo przeżyć od drugiej strony, a więc skutków własnego działania. Pracujący nie jest w stanie uzyskać określonych wyników, czyli zmienić stanu otoczenia. Cierpi nie tylko z powodu hałasu, lecz z powodu tego, że nie potrafi zdyscyplinować uczniów

i skłonić ich do milczenia; frustruje to brak poczucia wpływu na innych (łac. *frustra* znaczy „na próżno”).

3. Zakończenie

Sytuacja stabilnego rynku pracy powodowała bądź to uczestnictwo, na przemian z okresami frustracji i buntu, bądź to walkę (w postaci np. strajków). Zmienny rynek pracy powoduje z kolei stres i częstą alienację, człowiek nie nadąża z przystosowaniem się do tego, co nowe. W jednym i drugim wypadku pojawia się wezwanie do większej elastyczności oraz do podjęcia trudnego dialogu i optymalizacji relacji.

Optymalizacja relacji jest głównym zadaniem doradców zawodowych. Poradnictwo jest takim działaniem społecznym, które ma optymalizować inne działania. Zatem kompetentny doradca dba o to, aby wspólnie z klientem rozwiązywać problemy życiowe, a przez to optymalizować relacje zawodowe na współczesnym rynku pracy.

Literatura

- Dąbrowski K. (1985), *Fazy i poziomy rozwoju psychicznego i trzy kształtujące go czynniki*, [w:] K. Dąbrowski, *Zdrowie psychiczne*, PWN, Warszawa.
- Descartes (Kartezjusz) R. (1986), *Namiętności duszy*, Biblioteka Klasyków Psychologii, Warszawa.
- Jarosiewicz H. (2008), *Charakter jako skutek nieprzechodni postępowania*, *Cywilizacja* nr 26, s. 50–63.
- Jarosiewicz H. (2009), *Zastosowanie koncepcji czynności i wytworów K. Twardowskiego w analizie wytwarzania*, [w:] S. Banaszak, & D. K., *Socjologiczne, pedagogiczne i psychologiczne problemy organizacji i zarządzania*, Wyd. Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania, Poznań.
- Kotarbiński T. (1986), *Elementy teorii poznania, logiki formalnej i metodologii nauk*, PWN, Warszawa.
- Kozielecki J. (1987), *Koncepcja transgresyjna człowieka*, PWN, Warszawa.
- Kreutz M. (1949), *Podstawy psychologii. Studium nad metodami i pojęciami współczesnej psychologii*, Czytelnik S.W., Warszawa.
- Kulczycki M. (1985), *Działalność człowieka – aspekty podmiotowe i przedmiotowe*, Zeszyty Naukowe AWF we Wrocławiu nr 38, Wrocław.

- Kulczycki M. (1990), *Psychologiczne warunki radzenia sobie w życiu. Poradnictwo wobec złożoności problemów człowieka i świata*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Kulczycki, M. (1990), *Psychologiczne warunki radzenia sobie w życiu. Poradnictwo wobec złożoności problemów człowieka i świata*, Wrocław.
- Lewicki A. (1978), *Psychologia kliniczna w zarysie*, [w:] A. Lewicki, *Psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa.
- Nuttin, J. (1968), *Struktura osobowości*, PWN, Warszawa.
- Paczkowska-Łagowska E. (1980), *Poznanie i psychika. Epistemologia K. Twardowskiego*, PWN, Warszawa.
- Poprawa R., & Makowska H. (2001), *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*, [w:] Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii zdrowia*.
- Tomaszewski T. (1979), *Człowiek i otoczenie*, [w:] T. Tomaszewski, *Psychologia*, PWN, Warszawa.
- Tomaszewski T. (1984), *Ślady i wzorce*, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Twardowski K. (1965 g), *O czynnościach i wytworach. Kilka uwag z pogranicza psychologii, gramatyki i logiki*, [w:] K. Twardowski, *Wybrane pisma filozoficzne*, s. 217–240, PWN, Warszawa.
- Twardowski K. (1965 c), *Wyobrażenia i pojęcia*, [w:] K. Twardowski, *Wybrane pisma filozoficzne*, s. 114–197, PWN, Warszawa.
- Uchnast Z. (2003), *Osoba ludzka jako przedmiot psychologii: Implikacje założeń podejścia fenomenologicznego i psychologii postaci*, [w:] P. Francuz, & P. Oleś, *Studia z psychologii w KUL*, t. 11, s. 11–20, Wydawnictwo KUL, Lublin.

Crisis of the values – the psychological reconstruction

Abstract

The aim of the article is reconstruction of subjective and objective aspects of crisis. A man has been depicted as a participant of the world. It has been emphasized that a man not only gets acquainted with the world and acts in it, but also experiences it as well as experiences himself in the world. In relational concept value is an optimum relation, a certain state of mutual requirements: a man in relation to the world and the world in relation to a man. Crisis is understood as violent change of desired values (relations), not always conscious and controlled. Subjective mechanism of crisis and different kinds of crisis situations have been described. The task of a counsellor is to help with coping with crisis situations and optimizing experienced relational values.

Alesia Sacuk*

UP im. A. Puszkina w Brześciu, Białoruś

Życiowe sytuacje kryzysu: fenomenologia, typy oraz wewnętrzne konflikty

1. W jaki sposób określa się problem, w ten sposób się go bada

We współczesnej psychologii kryzysu spotykamy się z taką sytuacją, że badacze sytuacji kryzysowej podchodzą do badania z różnych perspektyw. Wynikiem jest to, że od badania do badania różni się koncepcja kryzysowej sytuacji i wydziela się nawet różna fenomenologia, właściwie został zgromadzony bogaty, ale rozmaity empiryczny oraz teoretyczny materiał. Analiza badań sytuacji kryzysowych oraz opracowanie podstaw dla ich systematyzacji [Sacuk 2008], pozwoliło wydzielić trzy jakościowo różne teoretyczne podejścia do badania sytuacji, które wyróżnia się według następujących parametrów: rozumienie istoty kryzysowej sytuacji jako obiektu badania; dominujący aspekt sytuacji kryzysowej jako przedmiot badań; rozumienie roli podmiotu w sytuacji (bierna – aktywna); charakter aktywności człowieka w krytycznej¹ sytuacji (adaptacyjny lub konstruktywny); dominujące metody badań oraz główne rezultaty.

W ramach pierwszego podejścia kryzysową sytuację określa się jako obiekt społeczny, bada się charakterystyki zewnętrzne, człowiek występuje jako pasywny recypient. W ramach drugiego podejścia przedmiotem

* Katedra Psychologii Rozwoju, UP im. A. Puszkina w Brześciu, Białoruś.

¹ Używam pojęcia *krytycznej* sytuacji jako synonimu *kryzysowej* z tym, że objętość pojęcia *krytyczny* jest większa, natomiast pojęcie *kryzysowa* jest bardziej popularne w psychologii.

badania stają się zachowanie człowieka w pewnych okolicznościach, bada się sytuacyjne paternity zachowania się i sposoby organizacji własnej działalności. Trzecie podejście jest skierowane na badanie tego, co dzieje się w wewnętrznym świecie człowieka, który znalazł się w sytuacji kryzysu; bada się wewnętržno-psychiczne procesy.

W swoich badaniach wychodzę z rozumienia sytuacji kryzysowej nie tylko jako zbiegu negatywnych okoliczności, ale przede wszystkim jako dezintegracji wewnętrznej osobowości oraz ewentualnego źródła rozwoju osobowościowego i duchowego. Celem moich badań jest rozpatrzenie zagadnienia sytuacji krytycznej oraz prawidłowości funkcjonowania psychiki, a zwłaszcza – wykrycie dynamicznych aspektów samoświadomości oraz jej treści. W danym artykule zamierzam przedstawić aspekty sytuacji krytycznych.

Rozpatrywanie kategorii sytuacji kryzysowej powoduje powstanie szeregu pytań: jakie są najważniejsze cechy sytuacji kryzysowej, co sprawia, że odczuwamy ją jako kryzysową? Czy koniecznie właśnie to ma być negatywnym wydarzeniem w życiu lub czy wystarczy krótkiego przeżycia stresującego? Czy te same problemy rozwiązuje każda osoba w podobnej sytuacji? Itd.

Podczas badań empirycznych spotykałam się z ludźmi, którzy przeżyli sytuacje kryzysowe (ogólna ilość – 30 osób). Podstawową metodą badania była rozmowa kliniczna, dane opracowane przez analizę semantyczną.

W tym artykule, zatem spróbuję odpowiedzieć na następujące pytania:

- 1) Jakie cechy tworzą z wydarzenia sytuację kryzysową?
- 2) Jakie są typy sytuacji krytycznych według ich wyrazu zewnętrznego?
- 3) Jakie wewnętrzne problemy do rozwiązania powstają przed podmiotem poza zewnętrznym wydarzeniem?

2. Fenomenologia sytuacji krytycznych

W rozmaitych badaniach sytuacji kryzysowych wyodrębnia się liczne różnorodne fenomeny sytuacji, na przykład: rozpiętość łączności „przyczyna – konsekwencja”, ontologizacja czasu teraźniejszego, wewnętrzny dialog samoświadomości itd. [Ahmerow R. 2004; Nurkowa V. 2003; Bachtin M. 1980]. Analiza opisów samych sytuacji przez różnych auto-

rów pozwala na ujawnienie charakterystycznych cech fenomenu sytuacji kryzysowej, a mianowicie:

- zmiana zwykłego przebiegu życia, którego nie jest się w stanie przewidzieć, wychodząc z poprzedniego doświadczenia;
- nieodpowiedniość sytuacji do istniejących przedstawień, wiedzy, nastawienia, sposobów zachowania się, co doprowadza do dezorganizacji i utraty podstawy do orientacji w działalności;
- subiektywne odczucie niemożności życia i wykonywania podstawowych funkcji w nadarzających się okolicznościach;
- uczucie niorzeczności, bezsensowności powstającej sytuacji, „egzystencjalna próżnia”.

Moje badanie zostało podjęte m.in. z zamiarem sprawdzenia tego, jakie właściwości sytuacji sprawiają, że nazywamy ją kryzysową dla podmiotu. Z tego powodu nie podawałam respondentom wyartykułowanych cech krytycznej sytuacji. Obecna lista zatem może być sprecyzowana przez dane empiryczne. Trzeba zaznaczyć, że mimo, iż określenia sytuacji kryzysowych okazały się spójne z opowiadaną dalej prywatną historią, ludzie używali abstrakcyjnych, uogólniających charakterystyk, nie sięgając po bezpośrednie wyliczenie cech (tylko jeden wypadek). Jednocześnie były wyróżnione formalne cechy, takie jak różne trwanie sytuacji, różne poziomy „kryzysowości” sytuacji, wypreferowane natomiast zostały cechy treściowe.

Subiektywność sytuacji kryzysowej. Osoby badane mówią: „To ma być sytuacja krytyczna dla mnie, nie dla obserwatora z zewnątrz, właśnie dla mnie”, „Dla każdego sytuacja krytyczna jest subiektywna, czyli to, co dla jednego jest kryzysem, dla drugiego jest elementem życia codziennego”. Jak widać, respondenci pokazują schemat sytuacji kryzysowej jako przede wszystkim zjawiska wewnętrznego, a nie zewnętrznych okoliczności.

Życiowe znaczenie przełomowe. Chodzi o to, że sytuacja nie o tyle ma natychmiastowe znaczenie, o ile wywiera wpływu na dalszy ciąg życia. „Krytyczna sytuacja – to jest pełna odpowiedzialności szansa”, „Kiedy człowiek powinien dokonać wyboru w swoim życiu, a przy tym wyboru, który wyznaczy ewentualnie dalszą treść całego życia”. Ciekawe, że gdy respondenci zaczęli opowiadać krótko przemijającą historię – sami się zastanawiali: „Ej... ale to nie było aż tak kryzysowe...”.

Wywieranie wpływu na osobę. Inny ważny czynnik sytuacji krytycznej – taka sytuacja nie przemija bez osobowościowo znacznych konsekwencji. „Ona zmusza człowieka do przemyślenia nad pewnymi sprawami”, „Daje odczuć się źle, i o tyle źle, że to zmienia stosunek do życia, do innych ludzi”, „Zło jest w tym, że człowiek ponosi stratę, której nie da się naprawić, duszy nie da się wymienić”, „Dla mnie sytuacja kryzysowa – to jest wybór między rozpatrywaniem siebie jako ofiary okoliczności albo – co jest trudne oczywiście – znaleźć sens i żyć w inny sposób, coś zmieniać w sobie”.

Mówiąc o cechach sytuacji krytycznej, warto zaznaczyć, że za krytyczną sytuację respondenci nie uważają pozytywnych zdarzeń życiowych, jak opisuje się to w literaturze. Tak, jedna respondentka stwierdza: „Sytuacja kryzysu to jest przełamanie, po którym staje się gorzej. Jeśli zmiana na lepsze – to nie jest to kryzys, to jest coś innego”.

Można zatem stwierdzić, że krytyczne sytuacje nie odpowiadają ułożonym wyobrażeniom na temat życia i nastawieniom poszczególnych osób, mają wielkie osobiste i życiowe znaczenie; na jakiś okres czasu jak gdyby zatrzymują życie, wymagają rozwiązania, zmuszając do zastanowienia się nad życiem i nad sobą.

3. Typy sytuacji według zewnętrznych i wewnętrznych czynników

W literaturze opisuje się rozmaite typy sytuacji, liczne konkretne rodzaje, takie jak, np: wchodzenie w nową kulturę, kierownictwo ludźmi, adaptacja nowicjuszy, odejście na emeryturę, rozwód, urodzenie dziecka, nawet zwrócenie się do nieznanego człowieka, opowiadanie o sobie, przyjęcie gości itd. [Ancyferowa L. 1993, 1994; Magnusson D. 2001; Heckhausen H. 2001] Jednakże na poziomie teoretycznego uświadomienia pojawiają się takie problemy, jak nieporównywalna różnorodność kryteriów oceny sytuacji, różnaitość i dowolność wydzielanych charakterystyk. Mimo że ten problem nadal mieści się w ramach psychologii kryzysu, wydaje się możliwym jednak wyróżniać typy sytuacji według takiego ważnego kryterium jak rola podmiotu (aktywność – bierność) w powstaniu sytuacji.

Dane badań empirycznych ukazują, że można wyróżnić trzy podstawowe typy sytuacji.

1. *„Ma pogodzić się i zaakceptować to, co jest nieuchronne”.*

Chodzi tu o sytuacje faktycznej przemiany zewnętrznych okoliczności. Są tu dwa rodzaje sytuacji: (1) Nagłe negatywne wydarzenie w życiu (np. nagła zła odpowiedź na pewne dobre działania człowieka, odrzucenie jakościowej pracy, zdrada itd.); (2) Długotrwałe warunki życia, sprzeczne z normalnym funkcjonowaniem jednostki (np. agresywny albo tworzący chaos członek rodziny, brak pieniędzy itd.).

Do tego typu również należą negatywnych wydarzeń, które stanowią zagrożenie dla podstawowej potrzeby człowieka w bezpieczeństwie.

2. *„Ma jakkolwiek postępować”.*

Chodzi tu o sytuacje, których przebieg zależy również od podmiotu. Sytuacje te nie wymagają podporządkowania się warunkom, natomiast wymagają działania bez podstawowego oparcia. Człowiek doświadcza takich krytycznych okoliczności, że musi w miarę jak najszybciej dokonać życiowych wyborów lub podjąć decyzję a propos warunków dalszego życia. Np.: czy zmienić miłą pracę na nieznaną?, czy wprowadzić się do rodziny partnera przed ślubem?, czy zaadaptować dziecko z domu dziecka? itd.

3. *„Takie szczęście mi nie odpowiada”.*

Sytuacje nie wykazują problemów zewnętrznych, a jednak męczą. Podmiot nie może zgodzić się na istniejące warunki i szuka rozwiązania. To są sytuacje wewnętrznych konfliktów między rzeczywistością a pożądaną postacią rzeczy według danej osoby. Podmiot jakby sam tworzy sobie problemy, jednak są to często „wybory rozwoju” (np. moralne), tzn. problemy tworzenia swojej własnej życiowej drogi. Przykłady sytuacji: podejmowanie decyzji wobec propozycji zamążpójścia z niekochaną osobą, zerwanie związku przez brak odczucia własnej podmiotowości w relacjach itd.

4. Wewnętrzne konflikty sytuacji krytycznych

Są różne typy sytuacji i ich konkretne rodzaje, natomiast proces przeżywania i pokonywania nawet takich samych sytuacji przebiega niejednako u poszczególnych ludzi. Jak wskazuje Ancyferowa (1994): „W przypadku jednych osób sytuacja krytyczna wywołuje silne negatywne uczucia, innych nakłania do walki oraz pozostaje absolutnie niezauważoną przez jeszcze innych”.

Przeprowadzone badania ujawniają, że sytuacje krytyczne zawierają różne wewnętrzne konflikty, które ukazują się człowiekowi jako główne problemy w pokonaniu kryzysowej sytuacji. Właściwie te problemy człowiek będzie starał się rozwiązać – we wszelki sposób, w tym świadomie i nieświadomie. W tej sytuacji człowiekowi ujawnia się z reguły jeden główny konflikt, jednak w toku uświadomienia sytuacji i poszukiwania jej sensu możliwe jest objawienie się kilku konfliktów. Analiza danych empirycznych pozwala na wyróżnienie czterech rodzajów wewnętrznych konfliktów sytuacji kryzysowych. Rozpatrując wewnętrzne konflikty, można również założyć mechanizmy wewnętrzne radzenia sobie z sytuacją oraz określić powstające przed osobą zadania w tym procesie.

1. Zniszczenie ustalonych przekonań i wyobrażeń o prawidłowościach świata i konsekwencjach swojego działania w nim.

Chodzi tu o to, że w ciągu życia człowiek tworzy empirycznie sprawdzoną własną «teorię świata» [wg H.Thome za Ancyferową 1993] Sytuacja krytyczna podważa bądź niszczy wartości lub znaczące subiektywnie założenia światopoglądu, wypracowanego w trakcie indywidualnego życia. W ten sposób osoba doświadcza uczucia zaskoczenia, przerażenia, niedorzeczności sytuacji.

Te uczucia osoby badane opisują następująco: „Nawet nie mogłam sobie wyobrazić, że mojemu dziecku może coś się przytrafić, bardziej obawiałam się, że mnie może spotkać coś strasznego. Stało się zupełnie inaczej”. „Wydawało mi się, że świat, życie jest właśnie takie, teraz wiem, że jest inne... bardziej brutalne. Byłam przerażony: jak tak może być, jak tak może być?.. A wszystko jest proste: życie jest takie, jakie jest”. „Zrozumiałam – w życiu spotyka się nie tylko dobro. (Czy Pani uważa to raczej jako pozytywne doświadczenie czy raczej negatywne?) Raczej pozytywne, ponieważ taka jest rzeczywistość”.

W tym przypadku w procesie radzenia sobie, osoba ma za zadanie ocenić wartość swoich założeń światopoglądowych i ich zgodność z rzeczywistością oraz stwierdzić prawdziwość bądź fałszywość swojej „teorii świata”. Sposób na poradzenie sobie z taką sytuacją związany jest z decentracją poznawczą i oglądem rzeczywistości z nieegocentrycznej perspektywy, a także ze zbudowaniem innej życiowej perspektywy na pod-

stawie nie dających się już zmienić faktów bądź z pogodzeniem się z lossem, znalezieniem pozytywnego sensu w tym, co się dzieje.

2. Uszkodzenie stałego i/lub pozytywnego obrazu własnej przyszłości.

Należy stwierdzić, że obraz własnej przyszłości spełnia regulacyjną funkcję w zachowaniu się w zaplanowany sposób, ponadto tożsamość czasowa jest podstawą dla spójności jednostki. Chwiejąca się perspektywa przyszłości lub oczekiwanie negatywnego skutku powoduje zagrożenie, załamanie się, wywołuje emocje lęku i trwogi. Jest to specyficzny problem krytycznej sytuacji, najczęściej spotykany empirycznie, który ujawnia znaczną rolę obrazu przyszłości. Problem ten powstaje samodzielnie albo towarzyszy innym konfliktom sytuacji.

Zwróćmy uwagę na wypowiedzi respondentów: „Chyba najgorszym było to, że to dotyczyło nie tyle momentu teraźniejszego, o ile mojej przyszłości”, „(Czy mogłabyś określić najbardziej okropny moment w tym wyborze?) Że to zostanie na zawsze. I nie da się nic naprawić.”, „Jak żyć dalej? Jak wierzyć ludziom?”, „Strach mnie ogarnął, rozumiałam, że zupełnie się zmieni mój tryb życia”.

Nie mając zapewnionej przyszłości, osoba nie widzi dalszej życiowej perspektywy. Sposób na poradzenie sobie z danym wewnętrznym konfliktem jest spójny ze znalezieniem wartościowych kryteriów do dokonania istotnego wyboru życiowych alternatyw oraz z rysowaniem obrazu ewentualnej przyszłości jednostki, zawierającym jak najwięcej szczegółów.

3. Uszkodzenie poczucia własnej wartości przez niedocenienie, nieuznanie przez innych ludzi.

Rozpatrywanie uszkodzenia poczucia własnej wartości jako wewnętrznego konfliktu sytuacji krytycznej oznacza przede wszystkim nie to, że osoba doświadcza poczucia krzywdy, lecz że odmawia się podmiotowości oraz docenienia jej osobowości. Sytuacja wygląda w ten sposób, że życie traktuje człowieka jak przedmiot. Ten konflikt przeżywa się najbardziej boleśnie i najczęściej powoduje on egotystyczne mechanizmy obronne.

Osoby badane mówią o tym w ten sposób: „Właściwie udowodniono mi, kim jestem, że jestem nikim”, „Miałem wtedy niższą samoocenę, powstało pytanie: czy jestem gorszy od niego, skoro z nim się nie rozwodzi, natomiast ze mną tak?”, „Później analizowałam: gdyby to odbyło

się wcześniej, on mnie by pożałował. Natomiast wszystko było bezlitosne. Czyli był już wtedy obojętny wobec mnie”.

Sposób rozwiązywania podobnych problemów jest taki: wyodrębnienie siebie i dręczącego czynnika, oraz odbudowa podmiotowości, udowodnienie sobie własnej wartości i akceptacja właściwych aspektów sytuacji.

Kolejny wewnętrzny konflikt krytycznej sytuacji jest ściśle wewnętrznie-osobowy.

4. Konflikt między Ja – realnym a Ja – idealnym.

Muszę zaznaczyć, że jako Ja – idealne określam nie tyle te cechy, które wyznaczają, kim osoba pragnie być, nie Ja – pożądane, tylko przede wszystkim te standardy życia, wyznaczające poziom wartości, poniżej których człowiek rzeczywiście nie zejdzie w zachowaniu (Jakobson, 1984). Z tej perspektywy Ja – idealne jest rzeczywistym regulatorem naszego zachowania się z tym, że jego zawartość może nawet pozostawiać nieświadomą, natomiast może ujawnić się w sytuacjach sprzyjających niewłaściwemu postępowaniu człowieka. W takich przypadkach nieodpowiedniość Ja – realnego, czyli rzeczywistego do Ja – idealnego oznacza konflikt jednostki z własnymi wartościami. Ten konflikt jest najmniej wyraźny od zewnątrz i zależy od poziomu samoświadomości. Powoduje on poczucie wstydu, natomiast pozostawia subiekтови najwięcej wolności. Obrazują to słowa recypientów: „Z zewnątrz, według miar świata, w którym żyjemy, nic złego się nie odbywało, natomiast wewnątrz wszystko boli, boli bardzo, to znaczy problem istnieje i trzeba go rozwiązać”, „Kiedy staram się być lepszą, w wielu wypadkach porównuję siebie ze swoją matką, i właśnie ta rzecz (*powód ku kryzysu* – A.S.) najbardziej psuła mi w dzieciństwie krew”, „Zrozumiałem, że nie osiągnęłam tego stanu, a osiągnąć go jest normą”, „Przeżyłam – no i jak teraz mam się mieć bez światła?”

Sposobem na poradzenie sobie z tym problemem jest zintegrowanie i harmonizowanie treści swojego Ja, co przeprowadza się przez ustalenie hierarchii wartości. Dane empiryczne ukazują, że z reguły człowiek nie rezygnuje z wysokich wartości. Zresztą brak akceptacji siebie-rzeczywistego w tym przypadku jest warunkiem rozwoju osobowościowego.

Rozkład rodzajów wewnętrznych konfliktów sytuacji kryzysowych w próbie reprezentacyjnej przedstawiony jest w następujący sposób (zwróćmy uwagę, iż sytuacja jednego respondenta może zawierać kilka konfliktów):

1. Uszkodzenie stałego i/lub pozytywnego obrazu własnej przyszłości.
– 57% przypadków.
2. Nieuznanie przez innych wartości jednostki – 43,5%.
3. Zniszczenie ustalonych przekonań o świecie – 35%.
4. Konflikt między Ja-realnym a Ja-idealnym – 35%.

Wewnętrzne konflikty sytuacji wykrywają ważne potrzeby normalnego funkcjonowania jednostki:

Potrzebę uznania naszej podmiotowości i potrzebę odpowiadania dość wysokim kryteriom godności, także potrzebę posiadania twardych i niesprzecznych, prawidłowych i dających pozytywne efekty fundamentów życia. Dane te wskazują na to, że ważniejszymi kryteriami życiowo znacznego zdarzenia jest raczej nie zewnętrzny charakter (siła, napięcie i rodzaj wydarzenia itd.), lecz to na ile zdarzenie dotyczy osobowości, jaka podstawowa wartość lub potrzeba jednostki została dotknięta. Można więc określać sytuację krytyczną przede wszystkim jako dezintegrację wewnętrzną osobowości, zwłaszcza zaś Ja – koncepcji.

Z tego wynikają różne rodzaje sposobów radzenia sobie z kryzysem, stadia pokonywania oraz udział samoświadomości i warunki działania podmiotowości. Jednak te zagadnienia będą analizowane w następnych badaniach.

Bibliografia

- Ahmerow R.. (2004), *Biograficeskije krizisy ličnosti*. Rozprawa doktorska, MGU, Moskwa.
- Ancyferowa L. (1993), *Psichologija powsechnosti: żyzniennyj mir ličnosti i „techniki” jej obytia*, „Psichologiceskij Żurnal”, nr 2, ss. 3–17.
- Ancyferowa L. (1994), *Ličnost w trudnych żyzniennych uslowiach: pierieosmyслиwanie, prieobrazowanie situacii i psichologiceskaja zaščita*, „Psichologiceskij Żurnal”, nr 1, ss. 3–16.
- Bachtin M. (1980), *K filosofii postupka* [w:] M.Bachtim (red.), *Filosofia i socjologia nauki i techniki*, Moskwa, ss. 80–160.
- Bakanowa A. (2000), *Otnoszenie k żyzni i smerti w kriticeskich żyzniennych situacijach*. Rozprawa doktorska, MGU, Moskwa.
- Bratus B. (1988), *Anomalii ličnosti*, Mysl, Moskwa.
- Bugental J. (1998), *The Betrayal of the Human: Psychotherapy's Mission to Reclaim Our Lost Identity (Priedatelstwo cielowiecznosti: missia psichoterapii po wosstanowleniu naszej utraciennoj identycznosti)*, [w:] *Ewolucja psichoterapii* (t.3), Klass, Moskwa, ss.180–207.

- Heckhausen H. (2001), *Personality and situational approaches to explanation of behavior (Ličnostnyj i situacyonnyj podchody k objasneniu povedienia)* [w:] N. Griszyna (red.), *Psichologija socyalnych situacyj*, Piter, Petersburg, ss. 58–91.
- Horney K. (1997), *Neurosis and human growth: the struggle toward self-realization (Newroz i ličnostnyj rost: borba za samoosušiestwlenie)*, Wostoczno-Ewropejskij instytut psichoanaliza, Moskwa.
- Jakobson S. (1984), *Psichologiceskije problemy eticeskogo razwitija dietiej*, Pedagogika, Moskwa.
- Jarymowicz M. (2008), *Psychologiczne podstawy podmiotowości*, PWN, Warszawa.
- Karcewa T. (1988), *Ličnostnyje izmenienia w situacyach znacimych żyzniennych peremen*, „Psichologiceskij Żurnal”, t. 9, nr. 5, ss. 120–128.
- Magnusson D. (2001), *Wanted: psychology of situations (Trebujetsia: psichologija situacyj)* [w:] N. Griszyna (red.), *Psichologija socyalnych situacyj*, Piter, Petersburg, ss. 153–159.
- Magomed-Eminow M. (1996) *Ličnost i ekstremalnaja situacija*, „Wiestnik Moskowskogo Uniwersiteta”, ser. 14 Psichologia, nr 4, ss. 26–35.
- Markus H., Nurius P. (1986), *Possible Selves*, „American Psychologist”, t. 41, nr 9, ss. 954–969.
- Nurkowa V. (2003), *Awtobiograficeskaja pamiat w trudnoj żyzniennoj situacyj: nowyje fenomeny*, „Woprossy Psichologii”, nr. 5, ss. 93–102.
- Obuchowski K. (2000), *Od przedmiotu do podmiotu*, Akademia Bydgoska, Bydgoszcz.
- Ostaszewska A. (2006), *Wzmacnianie osoby w terapii zaburzeń osobowości*. [w:] S. Tokarski (red.), *Osoba, osobowość, zaburzenia osobowości*, PIW, Płock, ss. 35–78.
- Sacuk A. (2008a), *Tieoreticeskije podchody k izuceniu kriticeskich żyzniennych situacyj*, „Viesnik Grodzienskaga Uniwersiteta im. J.Kupały”,
- Sacuk A. (2008b), *Ličnost w kriticeskoj situacyj: izucie nie s pozicij wnutriennej dezintegracyj*, „Psichologia w WUZe”, nr 4, ss. 31–45.
- Wasiluk F. (1984), *Psichologia pierieżiwania*, MGU, Moskwa.

Abstract

The article presents some results of empirical research regarding the crisis situations. The author pays attention to the problem of understanding of a crisis situation as an object of the research and the role of the personality in the situation in the psychology science. Phenomenology of crisis situation is singled out by theoretical and empirical researches. The author offers typology of crisis situations, which is based on the importance of the personality's place (role) (active or passive one) as far as starting point of the situation is concerned. Classification of situation internal conflicts is offered too.

Anna Paszkowska-Rogacz

Uniwersytet Łódzki

Kryzys tożsamości a pełnione przez młodych dorosłych role życiowe

1. Problematyka wczesnej dorosłości w koncepcjach psychologicznych

Pojęcie wczesnej dorosłości nie jest ściśle sprecyzowane i wielu autorów opisuje je w odmienny sposób. Problemy definicyjne spowodowane są głównie tym, iż sama dorosłość związana jest z warunkami społeczno-kulturowymi, w jakich żyje jednostka. Trudno jest, więc określić uniwersalne granice oraz ramy czasowe wczesnej dorosłości. Ogólnie rzecz ujmując można powiedzieć, iż określa ona okres związany z dojrzałością społeczną, czyli gotowością do podejmowania ról społecznych związanych z pracą zarobkową, założeniem rodziny czy też wychowaniem dzieci. Ten etap rozwoju wiąże się z nabyciem niezależności społecznej oraz ekonomicznej, z wzięciem przez młodego człowieka pełnej odpowiedzialności za własne życie oraz podejmowane decyzje i wybory w zakresie nie tylko bieżących problemów, ale przede wszystkim dalekosiężnych planów na przyszłość. Przyjęto, iż okres ten obejmuje lata od 20–23 do 35–40 roku życia (Gurba 2003). Wczesna dorosłość łączy się często z pojawieniem u młodego dorosłego licznych konfliktów wewnętrznych oraz stresujących sytuacji, z którymi musi się on zmierzyć. Konieczność dokonywania wyborów życiowych spotyka się niejednokrotnie z presją ze strony społeczeństwa, a w niewielkim stopniu zależy od indywidualnego rozwoju

psychicznego jednostki. W efekcie młody dorosły może być mniej lub bardziej przygotowany do tego etapu życiowego.

Autorami, którzy podjęli tematykę wczesnej dorosłości byli: Havighurst (1972), Super (1979) Levinson (1986), Erikson (1968, 1997) oraz Marcia (1966). Kryteria, jakimi posługiwali się w celu wyodrębnienia tego etapu z całego okresu dorosłości są: zadania rozwojowe (Havighurst), zmiany w strukturze życia (Levinson) oraz kryzysy życiowe (Erikson i Marcia).

Havighurst (1972) wprowadził do psychologii rozwojowej pojęcie zadań życiowych (*development tasks*). Zdefiniował je jako problemy, z którymi jednostka musi się zmierzyć w danym okresie swojego życia. Rozwiązanie takiego problemu powoduje poczucie zadowolenia, sukcesu oraz pewności siebie. W konsekwencji, kolejne zadania rozwiązywane są z większą łatwością. Niepowodzenie czyni osobę nieszczęśliwą i odrzuconą przez otoczenie, co powoduje trudności w radzeniu sobie z dalszymi zadaniami. Źródła takich zadań autor postrzega w trzech aspektach płaszczyzny społecznej: dojrzewaniu fizycznym, nacisku kulturowym oraz indywidualnych aspiracjach i wartościach jednostki. Oczywiście należy pamiętać, iż w zależności od kultury pochodzenia, rodzaj zadań rozwojowych oraz ich kolejność jest różna. We wczesnej dorosłości Havighurst wyodrębnia następujące zadania: wybór małżonka, założenie rodziny i wychowanie dzieci, prowadzenie domu, rozpoczęcie pracy, podjęcie obowiązków obywatelskich jak również znalezienie pokrewnej grupy społecznej.

Rozwinięciem koncepcji Havighursta jest „Tęczowy model kariery życiowej” (*Life-Career Rainbow Model*) Supera (1979). Dokonuje w niej analizy zadań rozwojowych człowieka, wyróżniając takie okresy w życiu człowieka dorosłego jak: wzrost, poszukiwanie, utrzymanie i schyłek. Kariera życiowa jest według Supera układem pełnionych jednocześnie lub sekwencyjnie ról społecznych, a czas poświęcany każdej z tych ról i stopień osobistego zaangażowania w rolę zmienia się wraz z rozwojem osoby i zmianami jej zewnętrznego otoczenia. W modelu tym przedstawione są dwa wymiary. Pierwszy wymiar podłużny – pokazuje fazy ludzkiego życia, drugi wymiar poprzeczny, to pełnione role społeczne – dziecka, ucznia, wypoczywającego, obywatela, pracownika, małżonka, domowni-

ka, rodzica, emeryta, z których podstawowe role to: rola osoby uczącej się, pracującej, realizującej prace na rzecz domu i rodziny, osoby wypoczywającej i rola osoby podejmującej działania obywatelskie. Każde podjęcie nowej roli zwiększa lub zmniejsza realizację innych ról. W procesie podejmowania przez jednostkę ważnych decyzji życiowych istotną rolę odgrywają czynniki sytuacyjne i podmiotowe. Czynniki sytuacyjnymi są: struktura społeczna, ustrój społeczno-ekonomiczny, procedura zatrudniania itp. Czynniki podmiotowe to wartości, umiejętności i zdolności.

Kolejne kryterium rozwojowe, czyli struktura życia – sposób, w jakim jednostka w danym momencie życia odnosi się do świata, kształtując relacje obustronne ze środowiskiem, określone zostało przez Levinsona (1978). W tym kontekście zadaniem rozwojowym jest pogodzenie indywidualnych pragnień i ambicji jednostki z wymaganiami społeczeństwa, w którym żyje. Levinson, wczesną dorosłość określa mianem nowicjatu. Jest to czas, w którym jednostka podejmuje próby odnalezienia swojego miejsca w świecie i określa plany konieczne do realizacji owych projektów, stanowiących prowizoryczną strukturę życia. Okres ten podzielony jest na fazę przejścia do wczesnej dorosłości (17–22 lat), fazę wkraczania do świata dorosłych (22–28 lat) oraz fazę pośrednią (28–33 lat). Do zadań wczesnej dorosłości zdaniem Levinsona należy: podjęcie pracy, założenie rodziny, określenie marzeń i oczekiwań w odniesieniu do swojej przyszłości. Zadania te niosą za sobą dylematy, którym młody dorosły musi stawić czoła. Wybór zawodu rodzi problemy wyboru pomiędzy wartościami ekonomicznymi a satysfakcją; oczekiwaniami społeczeństwa a własnymi dążeniami i ambicjami i wreszcie powoduje konflikty związane z nowymi rolami społecznymi takimi jak praca zawodowa i obowiązki rodzinne.

Zaprezentowane analizy indywidualnego rozwoju prowadzą do rozważań nad pojęciem zdarzeń życiowych i kryzysów w toku życia człowieka. Oba te terminy nie są rozumiane jednoznacznie w psychologii rozwojowej i pozostają we wzajemnych złożonych związkach. W niniejszej pracy zdarzenia życiowe zostaną potraktowane zgodnie z propozycją Danisha, Smyera i Nowaka (1980, s. 342) jako punkty graniczne (*transition points*), które „nadają kształt i kierunek rozmaitym aspektom życia jednostki. Z kolei kryzys zgodnie z Przetacznik-Gierowską (1996) można rozpatrywać albo jako zjawisko rozwojowe, albo niemające charakteru

rozwojowego, to znaczy jako specyficzną reakcję na jakieś szczególne zdarzenie. Takie rozróżnienie proponuje również Riegel (1975) i w swojej dialektycznej koncepcji rozwoju wyodrębnia kryzysy rozwojowe, z natury swej konstruktywne, dające okazje do zmian i nadające sens zmianom oraz kryzysy – katastrofy. Kryzys wynika według niego z braku równowagi między sekwencjami zdarzeń: wewnętrzną-biologiczną, indywidualno-psychologiczną, kulturowo-społeczną i zewnętrzną-fizyczną. W małym jednak stopniu Riegel zwraca uwagę na fakt wpływu kryzysów na poczucie tożsamości osobniczej. Pogłębioną analizę wpływu kryzysu na postrzeganie przez jednostkę identyczności i ciągłości w czasie znaleźć można natomiast w koncepcji Eriksona (1968), który podzielił życie człowieka na osiem etapów rozwoju ego. W każdym z wyłonionych etapów występuje kryzys zadania rozwojowego, który polega na reorganizacji potrzeb i posiadanych kompetencji, aby jednostka osiągnęła wewnętrzną spójność i umiejętność zmierzenia się z wyzwaniami, jakie są przed nią stawiane w danym okresie życia. Granice wiekowe zostały przez Eriksona dokładnie określone, należy jednak podkreślić, że rozwój człowieka nie polega na przechodzeniu z jednej fazy rozwoju do kolejnej tylko poprzez osiągnięcie danego wieku, ale w wyniku poradzenia sobie z kolejnym problemem, przejściem kryzysu zadania rozwojowego. Dla potrzeb niniejszego opracowania ważne są dwa kryzysy: wczesna dorosłość (etap szósty, 19–25 r.ż.) – konflikt intymność kontra izolacja oraz dorosłość (etap siódmy, 26–40 r.ż.) – konflikt generatywność kontra stagnacja. W szóstym etapie rozwoju, młody człowiek jest już przygotowany do intymności, oznacza to, że jest gotów zaangażować się w bliskie związki z drugą osobą, a zadanie rozwojowe, jakie się tu pojawia to założenie rodziny i posiadanie dzieci. Przeciwnieństwem tego zadania rozwojowego jest dystansowanie się i izolowanie. Przewycięzeniem tego konfliktu jest osiągnięcie zdolności do miłości bez utraty poczucia własnej tożsamości. W siódmym etapie rozwoju pokonanie kryzysu polega na opiekowaniu się młodymi ludźmi i trosce o los młodszych pokoleń. Rozwiązaniem dla lęku i niepewności decyzyjnej w okresie kryzysu jest moratorium psychospołeczne – odroczenie istotnych decyzji, etap oczekiwania przed wejściem w dorosłe życie, mający pozytywną funkcję rozwojową, może stanowić okres zmierzenia się z własną niepewnością, a lęki moratoryjne mogą ochronić młodego człowieka przed pozornymi

sukcesami. W okresie tym, jednostka musi dokonać wyboru ideałów, przyjąć te, które są jej bliskie i odrzucić te, których nie akceptuje. Według Eriksona kryzys tożsamości polega z jednej strony na podsumowaniu i zakwestionowaniu dotychczasowej tożsamości, z drugiej na jej reorganizacji, by ta pozwoliła na podjęcie wyzwań dorosłości. Jeśli jednostce uda się przejść przez tę fazę kryzysu, to będzie ona zdolna do podejmowania trwałych zobowiązań i życiowych wyborów.

Marcia (1966) w swych analizach zmian zachodzących w okresie dorastania odwołuje się również do pojęcia kryzysu i zobowiązania/zaangażowania w już istniejący system przekonań jednostki lub obroną przez nią rolę. Przez kryzys Marcia rozumie moment świadomego podejmowania decyzji. Zobowiązanie jest definiowane jako osobiste zaangażowanie w jakieś zajęcie. Na tej podstawie Marcia wyróżnił cztery tzw. statusy tożsamości. Każdy młody człowiek pomiędzy 18 a 22 rokiem życia może być zaklasyfikowany do jednego z wymienionych poniżej statusów:

- 1) Tożsamość osiągnięta – stadium o największym potencjale rozwojowym. Jest to sytuacja, kiedy jednostka sama podejmuje decyzje, co do dalszego postępowania i obrania kierunku swojej drogi życiowej. Osoby takie nie ulegają wpływom innych, a pojawiające się trudności traktują jako wyzwania a nie przeszkody.
- 2) Tożsamość moratoryjna – jednostka nie jest gotowa do podejmowania ważnych życiowych decyzji, charakteryzuje się długim okresem eksploracji i poszukiwań. Dostrzega wiele możliwości wyboru drogi życiowej, ale nie jest w stanie w sposób zdecydowany podjąć decyzji. Osoby takie doświadczają kryzysu tożsamości.
- 3) Tożsamość nadana – brak przyzwolenia przez otoczenie na doświadczanie i eksplorację, ale z jednoczesnym wymaganiem dokonania szybkiego i konkretnego wyboru – sprzyja kształtowaniu się tożsamości nabytej (tożsamości lustrzanej).
- 4) Tożsamość rozproszona – stadium najbardziej niedojrzałe. Jednostka nie potrafi planować swojego życia, nie jest w stanie dokonywać samodzielnych wyborów, nie posiada własnych przekonań i nie podejmuje działań, aby je nabyć.

Bez względu na to, według jakich kryteriów poszczególni autorzy wyodrębniają etap wczesnej dorosłości można wyciągnąć kilka ważnych

wniosków dotyczących tego zagadnienia. Po pierwsze jest to okres niewątpliwie przełomowy w życiu młodego człowieka, wymagający dużej reorganizacji, obfitujący w poważne zadania i dojrzałe decyzje, które mogą zaważyć na dalszym kierunku rozwoju zawodowego, osobistego jak i emocjonalnego jednostki. To jak młody dorosły poradzi sobie z kryzysami tego etapu oraz konfliktami między oczekiwaniami grupy a własnymi dążeniami i ambicjami, zależy nie tylko od jego indywidualnych cech, ale również od środowiska, w jakim się obraca. Niejednokrotnie niepowodzenia oraz lęk skłaniają młodą osobę do ucieczki w moratorium, które stanowi dla niej stadium przejściowe, pozwalające na lepsze przygotowanie się do tego etapu życia. O ile stan taki nie trwa długo, może doprowadzić do pozytywnego przejście okresu wczesnej dorosłości, kształtując jednocześnie pozytywne wyobrażenie jednostki na temat jej Ja w dorosłym świecie oraz gotowości do realizacji zadań charakterystycznych dla tego świata. W fazie wkraczania w dorosłość człowiek kształtuje obraz siebie przez wypróbowywanie różnych ról społecznych oraz doświadczanie ich w czasie nauki w szkole, w czasie wolnym i w pracy. Są to często niezobowiązujące działania, jednak pomagają one w określeniu swego Ja.. Nacisk społeczny na dokonywanie życiowych wyborów nie uwzględnia zróżnicowanego stopnia rozwoju jednostki. Proces wchodzenia w dorosłość może być zatem przedwczesny lub opóźniony.

We współczesnej psychologii istnieje pewna luka, jeśli chodzi o empiryczne dowody na rzecz trafności koncepcji moratorium we współczesnym świecie. Socjologowie zwracają uwagę na istnienie nowego pokolenia pracowników zwanego Pokoleniem Y (Hamlin 2008). Mówi się o nich, że są młodzi, sprytni i zuchwali. Uważają, że nie muszą się uczyć, zadawać pytań, uzupełniać kwalifikacji. Cechuje ich nastawienie na siebie – duży indywidualizm, wysoka samoocena, dążenie do samorealizacji. Opóźniają zakładanie własnych rodzin i podejmowanie poważnych zobowiązań. Psychologiczne badania zakresie zmiennych rozwojowych młodych dorosłych prowadziła Zagórska (2004). Skupiały się głównie na pomiarze zmiennych intrapsychicznych wśród uczestników rzeczywistości wykreowanej kulturowo. Z jej pracy zaczerpnięty został konstrukt oceny własnej sytuacji życiowej w kategoriach poczucia dorosłości opisany w części metodologicznej niniejszego opracowania.

2. Cel i metoda badań

Podjmując próbę odpowiedzi na pytanie o istnienie i charakterystykę fazy moratoryjnej z perspektywy zaprezentowanej psychologicznej problematyki dorosłości zaprojektowano badania służące następującym celom:

- stworzenie charakterystyki własnej sytuacji życiowej młodych dorosłych, obejmującej ich poczucie dorosłości, podejmowane role życiowe oraz preferowane wartości;
- zbadanie, w jakim stopniu wieloaspektowe poczucie dorosłości przekłada się na pełnione przez młode osoby dorosłe role życiowe;
- sprawdzenia, czy badani młodzi dorośli pozostają w fazie tożsamości moratoryjnej.

Sformułowano również przypuszczenie zakładające pozytywny związek poziomu ukształtowania własnej tożsamości jednostki jako osoby dorosłej z jej zaangażowaniem w role pracownika, domownika i obywatela a negatywny z zaangażowaniem w rolę ucznia i osoby wypoczywającej.

Poczucie własnej dorosłości przejawia się m. in. subiektywną gotowością do samodzielnego podjęcia ważnych życiowych wyborów, zobowiązań na „życie” i zadań okresu dorosłości (Zagórska 2002). Poczucie to jest wskaźnikiem ukształtowania własnej tożsamości jako osoby dorosłej. Badania stopnia zaangażowania i znaczenia pełnionych ról społecznych dotyczą pięciu obszarów aktywności takich jak: zdobywanie wiedzy, zarabianie, bycie obywatelem, tworzenie ogniska domowego, rekreacja. Każdy z tych obszarów aktywności mierzony jest w aspektach (Super 1979):

- behawioralnym, który denotuje działanie, może to być np. ilość czasu poświęcana na pełnienie danej roli;
- emocjonalnym, wynik w tej części skali wyraża stopień identyfikacji z rolą, oraz temu, co dana jednostka osiąga i zamierza osiągać realizując ją;
- wartości realizowanych w rolach – odnoszą się do możliwości realizacji w rolach podstawowych wartości.

2.1. Osoby badane

Badaniu poddanych zostało 68 osób (43 kobiet, 28 mężczyzn) z wykształceniem wyższym, aktywnych zawodowo i pracujących w dużym mieście. Badani byli w wieku 25–35 lat ($M = 31,2$, $SD = 3,3$). Osoby badane znajdują się w fazie tworzenia według koncepcji Supera (1980). Obejmuje ona lata 25–44. Dla osób w wieku 25–30 lat to „okres prób”, związany z możliwością dokonywania wielu zmian w sytuacji, kiedy praca nie daje satysfakcji. Dla osób w wieku 31–35 będących w fazie zwanej „okresem utrzymania”, to działania realizujące wybrany schemat kariery, czyli osiągnięcie zadawalającej pracy, pozostawanie na danym stanowisku, w danej dziedzinie jako docelowym miejscu pracy.

2.2. Techniki badawcze

Kwestionariusz Oceny Własnej Sytuacji Życiowej (Zagórska 2002, 2004) – narzędzie to pozostające w fazie eksperymentalnej, służy do pomiaru indywidualnego „poczucia dorosłości” i określenia stopnia ukształtowania własnej tożsamości jednostki jako osoby dorosłej oraz momentu moratorium psychospołecznego. Pozycje narzędzia tworzą jedenaście skal: Określenie aktualnego miejsca, Określenie własnego miejsca w świecie i powołania życiowego, Gotowość do posiadania rodziny, Ukształtowanie wyobrażeń nt. własnego życia jako osoby dorosłej, Akceptacja własnego wyglądu, Wybór własnej drogi życiowej, Stopień związania się z grupą rówieśniczą, Poczucie niezależności w sferze związania się z rodziną pochodzenia i rodzicami, Ukształtowany światopogląd, Poczucie przynależności do „świata dorosłych”, Gotowość do podjęcia pracy zawodowej. Wyodrębniono również obecność czterech czynników: Ukształtowanie obrazu dorosłego JA, Perspektywa dorosłości, Uniezależnienie od rodziny pochodzenia, Gotowość do podjęcia zadań dorosłości.

Technika Badania Ważności Pracy WIS (Hornowska, 2002) – pomiar procesu podejmowania różnych ról społecznych. Składa się z kilku narzędzi takich jak:

- **Kwestionariusz Preferowanych Wartości Ogólnych.** Technika ta pozwala badać preferencje w zakresie następujących 21 wartości takich jak: Wykorzystywanie zdolności, Osiąganie mistrzostwa, Awans, Estetyka, Altruizm, Autorytet, Autonomia, Twórczość, Korzyści materialne, Styl życia, Rozwój własny, Aktywność fizyczna, Prestiż, Ryzyko, Interakcje społeczne, Stosunki społeczne, Zmienność, Otoczenie pracy, Wspólnota doświadczeń, Wysilek fizyczny, Bezpieczeństwo ekonomiczne;
- **Kwestionariusz Znaczenia Ról Społecznych** – mówi o stopniu zaangażowania jednostki o pełnieniu podstawowych ról społecznych ucznia, pracownika, obywatela, domownika, osoby wypoczywającej i identyfikacji z nimi w aspektach behawioralnym i emocjonalnym;
- **Kwestionariusz Wartości Realizowanych w Rolach (14)** – stanowi o subiektywnej ocenie możliwości realizacji w rolach podstawowych ucznia, pracownika, obywatela, domownika, osoby wypoczywającej 14 wartości: Wykorzystywanie zdolności; Osiągnięcia, Estetyka, Altruizm, Autonomia, Twórczość, Korzyści materialne, Styl życia, Aktywność fizyczna, Prestiż, Ryzyko, Społeczne interakcje, Zmienność, Dobre warunki pracy

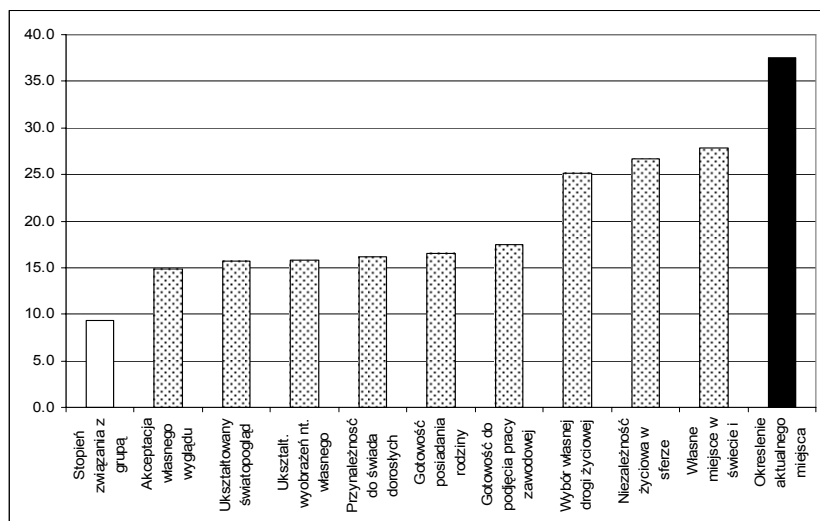
3. Wyniki badań

W celu statystycznego opracowania wyników w sposób umożliwiający dalszą analizę skoncentrowaną na atrybutach rozwojowych całej grupy badanej, dokonano porównań za pomocą testu t pomiędzy wynikami kobiet i mężczyzn w zakresie wszystkich 51 badanych zmiennych. Okazało się, że brak jest różnic pomiędzy kobietami mężczyznami w zakresie wskaźników poczucia dorosłości, natomiast pomiędzy przedstawicielami płci różnice pojawiają się tylko w pięciu przypadkach związanych z pomiarem ważności ról społecznych. W zakresie preferowanych wartości ogólnych mężczyźni ($M = 15,57$; $SD = 2,56$) wyżej cenią autonomię w pracy niż kobiety ($M = 14,30$; $SD = 2,60$); $t(73) = 2,06$, $p = 0,043$. Kobiety ($M = 17,63$; $SD = 1,81$) wyżej cenią rozwój własny niż mężczyźni ($M = 16,43$; $SD = 2,04$); $t(73) = 2,67$, $p = 0,009$. Kobiety ($M = 28,06$; $SD =$

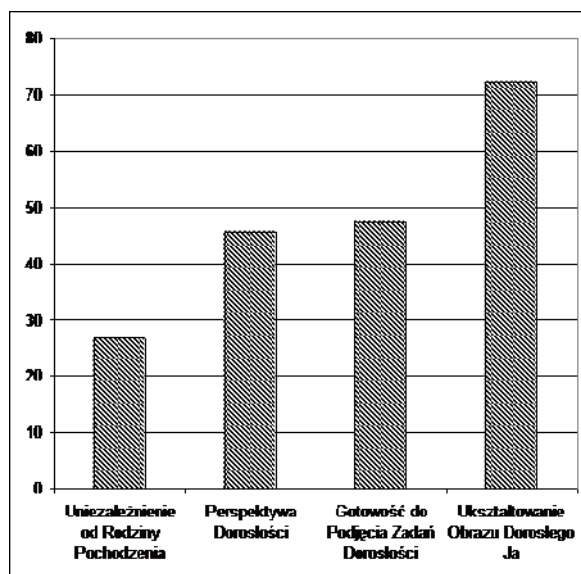
6,13) większą wagę przywiązują do emocjonalnego aspektu roli ucznia niż mężczyźni ($M = 24,39$; $SD = 6,67$); $t(73) = 2,42$, $p = 0,02$. Rola domownika w aspekcie behawioralnym jest wyżej ceniona przez kobiety ($M = 30,00$; $SD = 4,83$) niż przez mężczyzn ($M = 27,03$; $SD = 4,58$); $t(73) = 2,62$, $p = 0,11$. W wypadku wartości realizowanych w rolach kobiety ($M = 38$, $SD = 8,01$) częściej niż mężczyźni ($M = 33,68$; $SD = 6,82$); $t(73) = 2,28$, $p = 0,03$, spostrzegają możliwość realizacji wartości w roli ucznia. Ostatecznie uznano, że ze statystycznego punktu widzenia płeć nie różnicuje badanej populacji w sposób wymuszający oddzielne analizy dla kobiet i mężczyzn.

Poszukując charakterystyk poczucia dorosłości w poszczególnych sferach funkcjonowania osób badanych sprawdzono nasilenie tej zmiennej w zakresie jej składowych w obrębie skal i czynników. Rysunki 1 i 2 ilustrują uzyskane wyniki.

Rysunek 1. Kwestionariusz Oceny Własnej Sytuacji Życiowej – średnie wyniki skal



Rysunek 2. Oceny Własnej Sytuacji Życiowej – średnie wyniki czynników

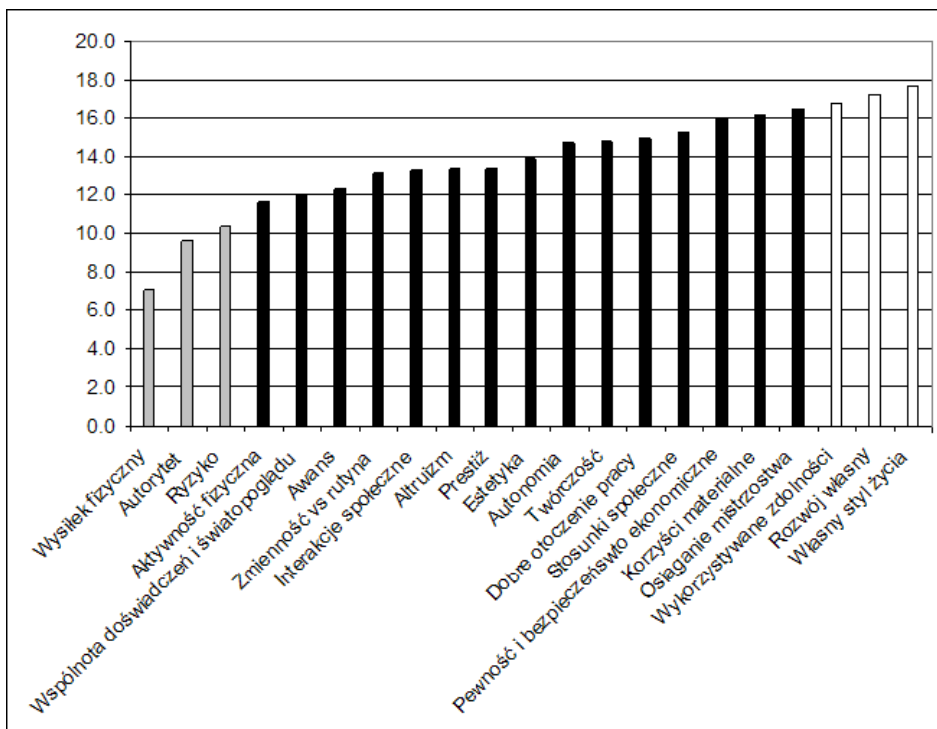


Zaobserwowano, że w badanej grupie najwyższy wskaźnik dorosłości związany jest z określeniem aktualnego miejsca zajmowanego przez badanych w przedziale czasu ($M = 37$; $SD = 13,53$), a najniższy ze stopniem związania z grupą rówieśniczą ($M = 9,35$; $SD = 5,67$). Warto zauważyć, że niskie są również wskaźniki akceptacji własnego wyglądu ($M = 14,82$; $SD = 3,79$) oraz ukształtowania światopoglądu. ($M = 15,69$; $SD = 4,12$). Te dane uzupełnia analiza wyników skal. Ukształtowanie obrazu dorosłego Ja jest bliskie wartości maksymalnej ($M=72,32$; $SD=14,60$), natomiast zauważalne jest duże uzależnienie badanych od rodziny pochodzenia ($M=26,69$; $SD =8,9$).

W wyniku analizy preferowanych wartości ogólnych ujawniły się następujące charakterystyki: czołowe miejsca w hierarchii wartości zajmują w kolejności malejącej: własny styl życia, czyli możliwość życia zgodnie z własnymi standardami, wartościami i nie uleganie normom grupowym ($M = 17,68$; $SD = 2,14$), rozwój własny, oznaczający możliwość uczenia się, poznawanie nowych teorii, idei, własnej podmiotowości ($M = 17,19$; $SD = 1,98$) oraz wykorzystywanie własnych zdolności w pracy ($M = 16,73$; $SD = 2,28$). Nisko ułożone są w hierarchii wartości są następujące kategorie: podejmowanie czynności wymagających wysiłku

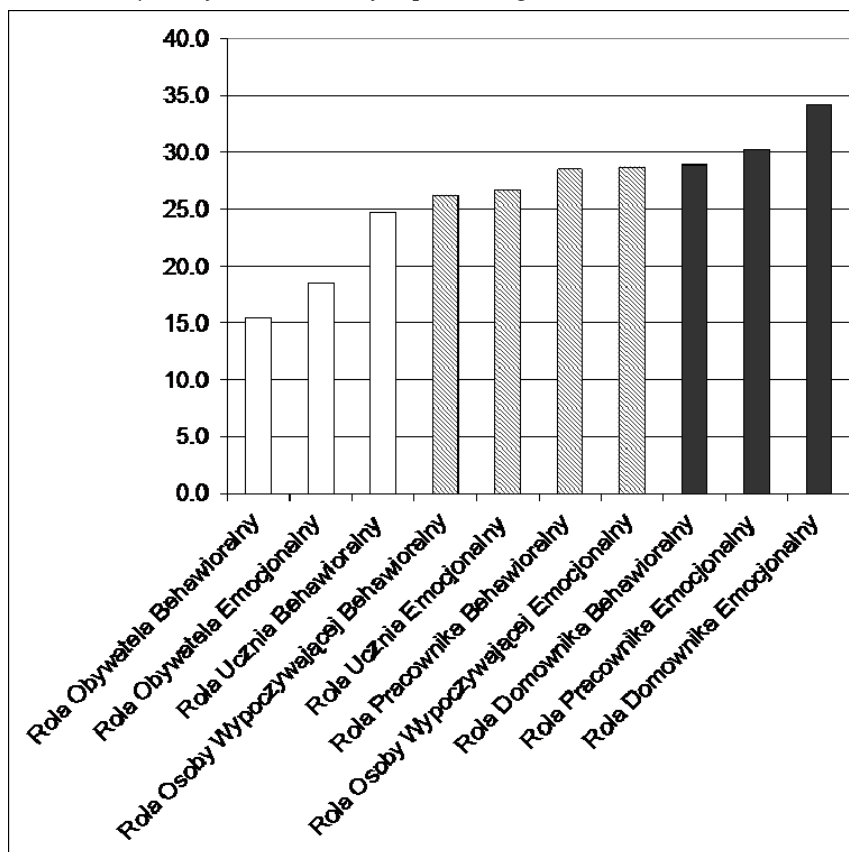
fizycznego ($M = 7,05$; $SD = 2,39$), autorytet, oznaczający zainteresowanie wpływaniem na innych ($M = 9,06$; $SD = 3,55$) oraz podejmowanie ryzyka wynikającego z wykonywanych zajęć ($M = 10,37$, $SD = 2,83$).

Rysunek 3. Preferowane wartości ogólne



Dokonano również pomiaru zaangażowania jednostek w pełnienie podstawowych ról społecznych (rysunek 4). Okazało się, że badani najbardziej identyfikują się z rolą domownika w aspekcie emocjonalnym i behawioralnym oraz pracownika w aspekcie emocjonalnym. Najmniejsze zaangażowanie wykazują wobec roli obywatela a aspekcie behawioralnym i emocjonalnym oraz ucznia w aspekcie behawioralnym. Jeśli chodzi o możliwość realizowania w rolach społecznych puli czternastu wartości to badani najwyżej ocenili rolę domownika a najniżej obywatela (rysunek 5).

Rysunek 4. Emocjonalny i behawioralny aspekt zaangażowania się w role



W celu szczegółowego zbadania zależności pomiędzy wymiarami dorosłości a ocenami wartości związanych z pracą wykonano analizę korelacji rang Spearmana. Jako dodatkową zmienną wprowadzono wiek. Wśród stwierdzonych kilkunastu istotnych związków warto zwrócić uwagę na te najsilniejsze. Okazało się, że wraz z ukształtowaniem obrazu dorosłego Ja, gotowością do podjęcia zadań dorosłości oraz wiekiem zwiększa się wśród badanych akceptacja powtarzalności i zrutynizowania zadań zawodowych i zmniejsza się istotność interakcji społecznych. Wraz z uniezależnieniem od rodziny pochodzenia maleje waga altruizmu i zainteresowanie wysiłkiem fizycznym. Wraz z wiekiem zanika również zainteresowanie awansem, sportem (aktywność fizyczna) i realizacją nowych zadań (twórczość).

Rysunek 5. Wartości realizowane w rolach

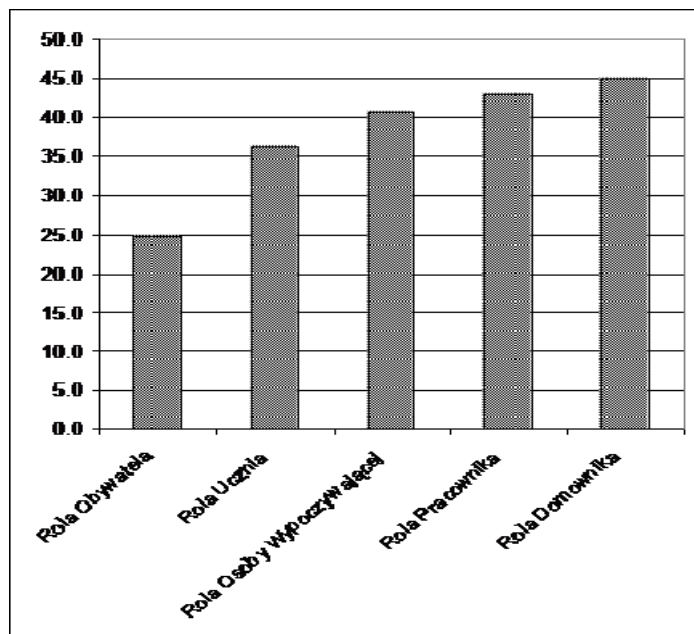


Tabela 1. Istotne związki pomiędzy preferowanymi wartościami ogólnymi a czynnikami oceny własnej sytuacji życiowej i wiekiem

Wartości	Ukształtowanie Obrazu Dorosłego Ja	Perspektywa Dorosłości	Uniezależnienie od Rodziny Pochodzenia	Gotowość do Podjęcia Zadań Dorosłości	Wiek
Estetyka	-,205	-,287(*)	-,205	-,196	-,062
Altruizm	-,070	-,089	-,333(**)	,015	-,030
Interakcje społeczne	-,284(*)	-,155	-,213	-,058	-,256*
Zmienność vs rutyna	-,405(**)	-,110	-,148	-,231(*)	-,268(*)
Wysiłek fizyczny	-,252(*)	-,097	-,372(**)	-,261(*)	-,154
Aktywność fizyczna	-,226	-,127	-,172	-,149	-,251(*)
Awans	-,058	-,103	-,171	-,072	-,265(*)
Autorytet	-,222	-,038	-,205	-,117	-,240(*)
Twórczość	-,131	-,104	-,103	-,071	-,334(**)

Do zbadania związku pomiędzy aspektami ról oraz wartościami realizowanymi w rolach a czynnikami oceny własnej sytuacji życiowej w rolach użyto ponownie korelacji rang Spearmana. Istotne negatywne związki pojawiły się pomiędzy rolą ucznia w aspekcie behawioralnym a Ukształtowaniem Obrazu Dorosłego Ja, Perspektywą Dorosłości i wiekiem. Z kolei roli domownika, w obu badanych aspektach towarzyszy Gotowość do Podjęcia zadań Dorosłości (tabela 2).

Tabela 2. Związek pomiędzy aspektami ról a czynnikami oceny własnej sytuacji życiowej

Aspekt roli	Rola	Ukształtowanie Obrazu Dorosłego Ja	Perspektywa Dorosłości	Uniezależnienie od Rodziny Pochodzenia	Gotowość do Podjęcia Zadań Dorosłości	Wiek
Behawioralny	Ucznia	-,227(*)	-,258(*)	-,185	-,066	-,311 (*)
	Pracownika	-,104	-,048	-,166	,082	-,222
	Obywatela	-,069	-,034	-,112	-,138	-,180
	Domownika	,100	-,016	-,101	,278(*)	,148
	Osoby wypoczywającej	-,064	-,157	-,070	-,226	-,078
Emocjonalny	Ucznia	-,207	-,155	-,199	,020	-,183
	Pracownika	-,161	,010	-,177	,020	-,162
	Obywatela	-,095	-,068	-,105	,053	-,187
	Domownika	,060	,087	-,105	,292(*)	-,014
	Osoby wypoczywającej	-,074	-,006	-,140	-,115	-,008

Wraz z wiekiem oraz Ukształtowaniem Obrazu Dorosłego Ja, Perspektywą Dorosłości i Uniezależnieniem od Rodziny Pochodzenia maleje możliwość realizacji podstawowych wartości w roli ucznia. Okazuje się również, że im starsze są osoby badane tym słabiej realizują wartości w roli pracownika (tabela 3).

Tabela 3. Istotne związki pomiędzy wartościami realizowanymi w rolach a czynnikami oceny własnej sytuacji życiowej i wiekiem

Wartości realizowane w rolach	Ukształtowanie Obrazu Dorosłego Ja	Perspektywa Dorosłości	Uniezależnienie od Rodziny Pochodzenia	Gotowość do podjęcia Zadań Dorosłości	Wiek
Rola Ucznia	–,257(*)	–,268(*)	–,276(*)	–,158	–,320(**)
Rola Pracownika	–,151	–,130	–,142	–,016	–,356(**)
Rola Obywatela	–,116	,031	–,148	–,041	–,176
Rola Domownika	–,040	–,012	–,160	,112	–,122
Rola Osoby Wypoczywającej	–,118	–,162	–,163	–,162	–,124

4. Dyskusja

Z powyższych analiz wyłania się obraz grupy jednolitej, jeśli chodzi o nasilenie poczucia dorosłości bez względu na płeć badanych. W badaniach Zagórskiej (2004) w losowo dobranej grupie mężczyźni przewyższali kobiety pod względem poczucia dorosłości. Jednak, gdy badała ona nasilenie tej samej zmiennej wśród osób poświęcających czas jednej z trzech form rozrywki – ruchowi rycerskiemu, nurtowi *fantasy* oraz subkulturze muzycznej techno, różnice pomiędzy płciami były nieistotne statystycznie. Autorka sądzi, że w grupach angażujących się intensywnie w ten sam rodzaj aktywności istnieje silne upodobnienie się osób obojga płci pod względem analizowanej zmiennej. Może ono wynikać z faktu, iż każde ze zjawisk kulturowych przyciąga osoby podobne do siebie. Być może również osoby te niejako wtórnie upodabniają się do siebie na skutek wzajemnych oddziaływań oraz internalizacji wspólnych norm. Zbliżona do tej ostatniej interpretacja może dotyczyć braku różnic wśród badanych młodych kobiet i mężczyzn. Stanowią oni, bowiem dość jedno-

litą grupę, jeśli chodzi o status społeczny, codzienną aktywność zawodową i pozazawodową oraz doświadczenia generacyjne.

Wśród osób badanych ujawniła się też następująca prawidłowość – dorosłość osiągają oni najintensywniej w sferze kształtowania się obrazu osoby dorosłej, następnie w odniesieniu do gotowości do podjęcia niezależnego życia i perspektywy życiowej, najpóźniej zaś względem własnej niezależności od rodziny pochodzenia. Analogiczną tendencję ilustrują badania Zagórskiej (2004), obejmujące podobną grupę wiekową. Wskazują one jednak na wyższy stopień niezależności młodych dorosłych od rodziny. Być może różnica ta wynika z faktu, iż badani opisani w niniejszym opracowaniu mieszkają i pracują w wielkim mieście, które stwarza zarówno możliwości jak i ograniczenia finansowe a młodzi ludzie częściej korzystają z pomocy rodziców, mieszkają z nimi i nie prowadzą samodzielnego gospodarstwa domowego, pozostając częściowo na ich utrzymaniu. Wejście w dorosłość jest, zatem opóźnione, a stadium, w którym badani się znajdują, jest znacznie wydłużone. Rodzice pozostają ciągle główną grupą odniesienia, stąd słaby związek z grupa rówieśników.

Szczegółowy opis najważniejszych wartości ze względu na miejsce, jakie zajmują one w hierarchii wartości badanych wskazuje, że znajdują się oni w fazie tworzenia (Super 1980). Charakterystyczne są dla niej takie wartości jak możliwość życia zgodnym z własnymi standardami, zainteresowanie rozwojem własnej podmiotowości, wykorzystanie własnych umiejętności i zainteresowań, zadowolenie wynikające z dobrze wykonanej pracy. Zgodnie z modelem cykliczności zadań rozwojowych Supera (1984) nie zaskakuje koncentracja badanych na mentalnych a nie fizycznych aspektach pracy oraz zmniejszone zainteresowanie sportem. Jednocześnie słabe zainteresowanie wpływaniem na działania innych (budowanie autorytetu) i niechęć do awansu pionowego jest niezgodna z opisem tej fazy dokonany przez Supera. Fakt ten można wyjaśnić zmianami, jakie dokonały się postawach pracowników na przestrzeni ostatnich lat i dużo większą atrakcyjnością tzw. awansu poziomego. Awans tego rodzaju nie oznacza, co prawda poszerzenia zakresu władzy, ale pozwala na rozwój zawodowy i poprawę sytuacji materialnej bez podejmowania ryzyka, jakie wiąże się z wykonywaniem nowych zadań np. zarządzaniem ludźmi. Według Supera młodzi dorośli powinni też osiągać umiejętność nawiązywania kontaktów z innymi, jednak

wśród badanych poczucie wspólnoty oraz identyfikowanie się z ważnymi zwyczajami otoczenia jest niskie.

Hipoteza zakładająca pozytywny związek poziomu ukształtowania własnej tożsamości jednostki jako osoby dorosłej z jej zaangażowaniem w rolę pracownika, domownika i obywatela a negatywny z zaangażowaniem w rolę ucznia i osoby wypoczywającej potwierdziła się jedynie częściowo. Okazało się, jak przewidywano, że im większe uniezależnienie od rodziny pochodzenia, tym mniejsze emocjonalne zaangażowanie w rolę ucznia. Warto jednak pamiętać, że rola ucznia w koncepcji Supera, oznacza wszelkie formy podnoszenia kwalifikacji oraz zdobywanie wiedzy i doświadczeń. Powiedzieć można, że edukacja pozostaje na drugim planie wśród osób aktywnych zawodowo. Druga zależność o zakładanym kierunku dotyczy roli domownika. Jednocześnie badani nie widzą możliwości realizacji poprzez spełnianie tej roli swoich podstawowych wartości. Określenie własnej tożsamości zdaniem Eriksona (1968) wymaga odpowiedzi na pytania: „Kim jestem?” oraz „Jakie jest moje miejsce na świecie?” Rola domownika w koncepcji Supera to czynności związane z organizacją życia domu i rodziny. W ujęciu zadań rozwojowych Levinsona (1978) również mowa jest o gotowości do posiadania rodziny. Im mniejsza gotowość do jej posiadania, tym silniejsze związanie osoby badanej z wcześniejszą fazą rozwoju i moratorium psychospołecznym. Łącząc powyższe teorie z wiedzą potoczną można powiedzieć, że wczesna dorosłość to okres nabywania niezależności, wolności i chęci doświadczania życia bez podejmowania zobowiązań. Można przypuszczać, że ważniejszą kwestią jest osobisty sukces i zapewnienie sobie bezpieczeństwa finansowego.

Można zatem przypuszczać, że osoby badane pozostają w okresie moratorium psychospołecznego. Mają już ukształtowany obraz dorosłości, niechętnie jednak podejmują się zadań z nią związanych. Zgodnie z cytowaną wcześniej koncepcją Havighursta (1972) do najistotniejszych zadań należą: wybór małżonka, założenie rodziny i wychowanie dzieci, prowadzenie domu, rozpoczęcie pracy, podjęcie obowiązków obywatelskich jak również znalezienie pokrewnej grupy społecznej. Z tej listy badani deklarują jedynie gotowość do podjęcia roli domownika i pracownika. Jednocześnie widoczna jest tendencja, która według Eriksona (1968) charakteryzuje niedopełnienie zadań rozwojowych danej fazy, a tym samym sugeruje istnienie kryzysu tożsamości. Wśród badanych widoczne są

dowody zakwestionowania dotychczasowej tożsamości np. poprzez zmniejszenie zaangażowania w rolę ucznia, z drugiej strony podejmowanie wyzwań dorosłości jedynie częściowo – np. badani są gotowi i rzeczywiście angażują się w tworzenie domu i rodziny, identyfikują się emocjonalnie z rolą zawodową, jednocześnie nie poświęcają jej wiele czasu. Ponadto nie interesują się udziałem w sprawach publicznych, społecznych i politycznych (rola obywatela). Jednostki stawiają na niezależność, autonomiczne dokonywanie wyborów, dbanie o swoje potrzeby.

Wysoki poziom gotowości do podjęcia zadań dorosłości rozumiany jest jako zakończenie moratorium psychospołecznego, wyobrażenie siebie jako osoby dorosłej, w pełni świadomej pełnionych ról społecznych. Niepełna gotowość być może wynika z faktu, iż osoby badane zaangażowane są silniej w inne role społeczne niż kontrolowane w niniejszym badaniu. Być może praca jest dobrem zapewniającym utrzymanie, ale niedającym pełnej satysfakcji. Jest również wysoce prawdopodobne, że kształtowaniu dorosłości towarzyszą cywilizacyjne zmiany w społecznym pojmowaniu obowiązków i ról życiowych. Młodzi ludzie nie podlegają już presji szybkiego podejmowania decyzji zawodowych, mają możliwość samodzielnego wyboru drogi kariery, eksperymentowania. Mogą podróżować, zdobywać doświadczenie na obcych rynkach pracy, i w odróżnieniu od poprzednich generacji nie mają obaw przy dokonywaniu zwrotów życiowych. Są świadomi swoich wyborów i szukają swojej szansy w życiu. Zaangażowanie w inne role typowe dla okresu dorosłości może być większe w okresie późniejszym w chwili skryształizowania się własnej kariery.

Bibliografia

- Danish S.J., Smyer M. A. Nowak C.A. (1980), *Developmental intervention: Enhancing life-event processes*, [w:] P.B. Baltes, O.B. Brim jr (red.). *Life-span development and behavior*, t. 3, Academic Press, New York.
- Erikson E.H. (1968), *Identity – Youth and Crisis*. Norton, New York.
- Erikson E.H. (1997), *Dzieciństwo i Społeczeństwo*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań.
- Gurba E. (2003), *Wczesna dorosłość*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Wydawnictwa Naukowe PWN, Warszawa.

- Hamlin S. (2008), *Jak mówić, żeby nas słuchali*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań.
- Havighurst R. J. (1972), *Developmental tasks and education*, Longmans and Green, New York.
- Hoff, E.H. (1990), *Identität und Arbeit. Zum Verständnis der Bezüge in Wissenschaft und Alltag*, „Psychosozial“, t. 13, pp. 7-25.
- Hornowska E. (2002), *Technika badania ważności pracy WIS*, ALTA, Chorzów.
- Levinson D. (1986), *A conception of adult development*, „American Psychologist“, t. 1, pp. 3-13.
- Marcia J.E. (1966), *Development and validation of ego-identity status*, „Journal of Personality and Social Psychology“, t. 3, 5, pp. 551-558.
- Riegel K.F. (1975), *Toward dialectical theory of development*. „Human Development“, t. 18, ss. 50-64.
- Sugarman L. (1986), *Life-span development. Concepts. Theories and interventions*, Methues, London-New York.
- Super D.E. (1979), *Work Importance Study*. Report of December, 1979, Conference.
- Super D.E. (1980), *A life span, life-space approach to Carter development*. „Journal of Vocational Behavior“, t. 16, pp. 282-298.
- Super D.E. (1984), *Career and life development*, [w:] W.D. Brown, L. Brooks (red), *Career Choice and development*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, Washington, London.
- Whitbourne S.K., Weinstock C.S. (1979), *Adult development: The differentiation of experience*, Reinhart and Winston, Holt, New York.
- Zagórska W. (2002), *Kwestionariusz Oceny Własnej Sytuacji Życiowej. Założenia teoretyczne*, Maszynopis niepublikowany, Wydział Psychologii UW, Warszawa.
- Zagórska W. (2004), *Uczestnictwo młodych dorosłych w rzeczywistości wykreowanej kulturowo*, Towarzystwo Autorów i Wydawnictwo Prac Naukowych UNIVERITAS, Kraków.

Ego Identity Status and Psychosocial Moratorium Versus Life Roles Salience of Young Adults

Abstract

The presented empirical research centers around relations between young adults' development, their sense of psychological maturity and life role salience. Samples of 25 men and 43 women of the age of 23-35 completed Value Scale and Salience Inventory (Super, 1979) and Questionnaire of Life Situation (Zagorska, 2002). Finding indicated the highest scores of commitment to work. However relationship between commitment to work and a sense of psychological maturity was not confirmed. The results also supported the hypothesis that negative relationships between family independence and studying role salience exists. It was observed that student's role scores are very low and for occupational active people education is relatively unimportant.

Zofia Warzyńska-Bartczak*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Barbara Kamińska**, **Franciszek M. Warzyński*****, SWSPiZ w Łodzi

Kryzys a cele życiowe studentów SWSPiZ w Łodzi

1. Wstęp

Jeśli zastanowić się nad głębokim sensem pytania o „cel życia”, здава́ć by się mogło, że stawiać je można tylko ludziom, którzy już zbliżają się ku końcowi swojej drogi, a przez to – są w stanie podsumować życiowe dokonania oraz ocenić, czy udało im się zrealizować zamierzenia z okresu młodości, czy też nie; bądź też – uczonym zgłębiającym sens egzystencji, którzy „z definicji” zajmują się poszukiwaniem celowości działań, czy, szerzej rzecz ujmując – celem i sensem istnienia. Jest to jedno z fundamentalnych pytań towarzyszących rodzajowi ludzkiemu, i zarazem przedmiot filozofii. Wedle Arystotelesa [por. Gadacz, Rymkiewicz 2001, s. 92] filozofia jest wiedzą najwyższą, dlatego właśnie, że poznaje cel – dobro każdej rzeczy.

Idąc dalej tropem nauk filozoficznych, celem nazwać można stan rzeczy, ku któremu świadomie zmierza człowiek bądź inne byty; sam termin zaś oznacza granice, kres, kraniec, który osiąga lub może osiągnąć działanie, powstawanie czy rozumowanie [por. Geblewicz 1932, ss. 233–244]. Cel ten może znajdować się poza światem lub też w nim samym.

* Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (doktorantka).

** Katedra Zarządzania SWSPiZ w Łodzi.

*** Katedra Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego SWSPiZ w Łodzi.

Wedle Platona, celem jest doskonałość, Arystoteles twierdzi, iż cel rzeczy znajduje się w niej samej, podczas gdy na przykład święty Tomasz z Akwinu, podobnie jak inni filozofowie chrześcijańscy, uważa, że celem jest Bóg. W odniesieniu do ludzkich działań, cel można rozumieć jako przyszłe zdarzenie osiągnięte właśnie dzięki tym działaniom.

Tadeusz Kotarbiński [1986, ss. 362–367], rozważając cel życia unika udzielenia odpowiedzi na tytułowe zagadnienie, główny nacisk kładąc na samo poszukiwanie sensu działań ludzkich. Rozgranicza on cele na pośrednie i ostateczne, zaznaczając, że „cel pośredni dobrany jest rozumnie, jeśli służy do celu, dla którego jest on środkiem” [op. cit., s. 363]. Podsumowując swoje rozważania, podkreśla znaczenie tak realizmu praktycznego, czyli możliwości realizacji pierwotnych zamierzeń, jak i moralny aspekt powziętych działań: „Jeśli mamy jakie obowiązki względem siebie samych, to tylko pośrednie, ze względu na inne istoty, natomiast w stosunku do innych ciążą na nas przeróżne zobowiązania, wyznaczające imperatywnie granice swobody moralnej w kształtowaniu celów” [op. cit., s. 366].

Cel, w ujęciu proponowanym przez Kotarbińskiego, bliski jest ujęciu psychologicznemu, wedle którego jest nim pożądaný rezultat; coś, co dana osoba pragnie zdobyć lub osiągnąć [por. Kenrick, Neuberg, Cialdini 2002, s. 81]; celem pośrednim, wskazanym przez Kotarbińskiego, odpowiadają cele cząstkowe. Różnicą obydwu podejść jest podkreślanie znaczenia moralności w kształtowaniu celów życiowych lub też marginalizacja tego aspektu jako motoru napędowego działań jednostki.

Psychologowie określają terminem „cele” mniej istotne pragnienia, zaś w odniesieniu do dążeń stojących najwyżej w hierarchii, wiążących się z osiągnięciem najistotniejszych życiowych założeń, posługują się raczej określeniem motywów [op. cit., s. 81]. Obydwu pojęciom bliskie jest jeszcze jedno – aspiracji, czyli dążenia do osiągnięcia określonych celów i realizacja powziętych zamierzeń bądź też urzeczywistnienie ideałów życiowych, jak można by potocznie określić ten termin. W ujęciu psychologicznym – to pragnienia [Łukaszewski 2005, s. 170–171], o charakterze aspiracji życzeniowych, gdy dotyczą „ja idealnego”, bądź działaniowych, gdy odnoszą się do „ja realnego”. Można też, w ślad za Pieterem [2004,

s. 26], odwołując się do etymologii (łac. *aspirato*), podkreślić ładunek emocjonalny, związany z tym terminem; a jest nim technienie, nadzieja.

Na aspekt emocjonalny zwracają też uwagę inni autorzy. Gołębiowski [2001, s. 98], definiując aspiracje jako potrzeby, dążenia i zainteresowania jednostki czy grupy akcentuje, że są one objęte „silnie umotywowanym zamiarem realizacyjnym”, z kolei zaś Trawińska stwierdza [2003, s. 288], że „aspiracja to taki stan emocjonalny, któremu towarzyszy wyobrażenie jakiegoś osiągnięcia zaspokajającego różne potrzeby”. Autorka wskazuje, iż przedmiotem aspiracji mogą być takie wartości, jak pozycja społeczna, majątek, dyplom czy zawód.

Oczywistym wydaje się fakt, że hierarchia celów ewoluuje wraz z nabywanymi przez jednostkę doświadczeniami, co skorelowane jest z etapem życia, na jakim się ona znajduje. Również ramy historyczne i realia społeczne wyznaczają odmienną hierarchię potrzeb i dążeń, toteż cele życiowe wyznaczone przez pokolenie dwudziestolatków sto czy choćby pięćdziesiąt lat temu różnią się znacząco od zamierzeń życiowych współcześnie żyjących młodych ludzi. Jeszcze innym modyfikacjom poddawane są aspiracje jednostki w obliczu labilnej sytuacji społeczno-gospodarczej i ekonomicznej, czyli – w czasach kryzysu.

2. Aspiracje a socjalizacja

Dążenia jednostki do osiągnięcia określonych celów wyznaczone są na podstawie jej własnej hierarchii ważności. Zależą od stopnia samopoznania, samooceny i samookreślenia, ale także od sytuacji społecznej – od miejsca w społeczeństwie – określanego zarówno subiektywnie, jak i będącego odbiciem ocen innych. Na określenie celów życiowych mają więc wpływ zarówno indywidualne doświadczenia i aspiracje, jak i porównania z grupą odniesienia [Wosińska 2004, s. 59], co związane jest z kolei z procesem socjalizacji – partycypacją w życiu społecznym, przyjęciem powszechnie akceptowanych przez społeczeństwo przekonań, wierzeń i zwyczajów, a także z internalizacją obowiązujących w nim norm [por. Kenrick, Neuberg, Cialdini 2002, s. 81; Okoń 2008, s. 359]. Cele życiowe jednostek żyjących w jednej wspólnocie kulturowej są więc

w dużej mierze zbieżne [por. Kenrick, Neuberg, Cialdini 2002, s. 81; Mikułowski Pomorski 2007, ss. 17–23; Szopski 2005, s. 11].

Jak podkreśla Hurrelmann [1994, s. 17] – społeczeństwo wywiera istotny i realny wpływ na rozwój osobowości w każdej konkretnej sytuacji życiowej, zaś człowiek staje się podmiotem zdolnym do działania społecznego tylko poprzez przystosowanie się do materialnego i społecznego środowiska oraz poprzez aktywne działanie w jego obrębie. Zatem: działania ludzi determinowane są głównie przez ich poznanie społeczne [por. Kenrick, Neuberg, Cialdini 2002, s. 128] – przez sposób odbierania przez nich rzeczywistości, ich sądy i oceny, ale i informacje zwrotne, jakie otrzymują oni od członków społeczności, w której żyją. Cztery podstawowe procesy poznania społecznego, czyli uwaga, interpretacja, sąd i pamięć, pozwalają jednostce na zajęcie „należnego” jej miejsca w pajęczynie społecznych powiązań. Od jej aspiracji w dużej mierze zależy, czy pozycja ta będzie ulegała częstym zmianom, czy też nie i jaki będzie kierunek tych zmian.

Społeczne „stawanie się”, czyli nabywanie kolejnych kompetencji związanych z aktywnym uczestnictwem w życiu społecznym, jest szczególnie intensywne w dzieciństwie i okresie młodzieńczym, kiedy to człowiek poddawany jest licznym i intensywnym wpływom tak ze strony środowiska rodzinnego, szkolnego (związanego z szeroko rozumianą edukacją), jak i ze strony zmieniających się kręgów towarzyskich, a później – także zawodowych. Jak zauważa Turner [1998, ss. 88–92], dziedzictwo dzieciństwa i młodości jest stosunkowo trwałe i trudno podlega zmianom.

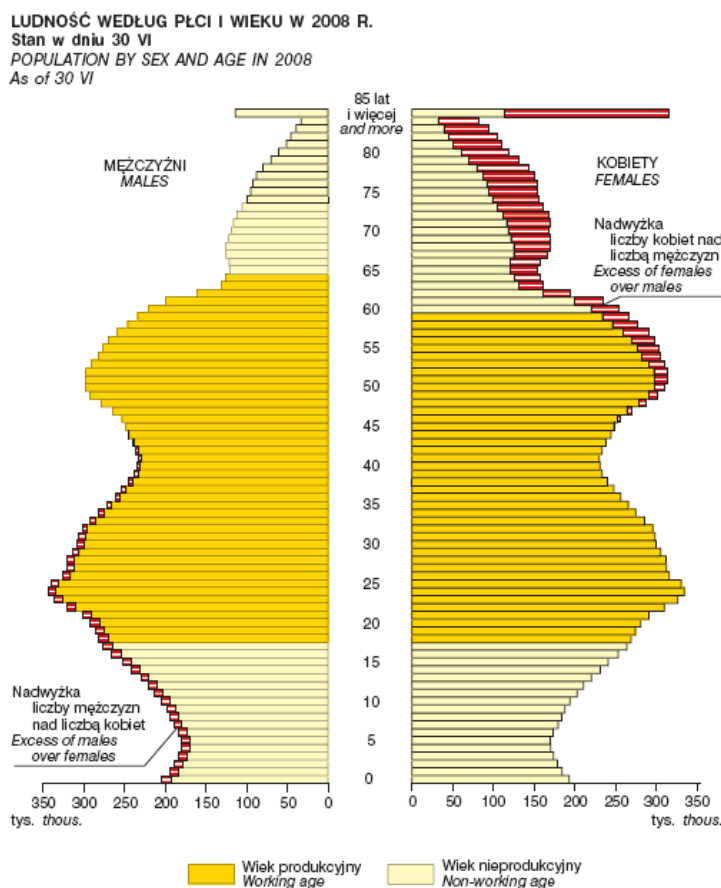
Proces socjalizacji „wyposaża” jednostkę w umiejętność bycia członkiem poszczególnych grup społecznych, przyczynia się do kształtowania jej osobowości, jednocześnie czyniąc jej społeczne uczestnictwo bardziej świadomym. Przystosowaniu do społecznych reguł gry towarzyszy zwiększona motywacja do aktywności społecznej, ale i orientacja na samorealizację, a w konsekwencji poprawę własnego wizerunku.

By jednak ruchomy obraz samego siebie [por. Wosińska 2004, s. 61] był dynamiczny i zmieniał się w pożądanym kierunku, należy w aktywny sposób dążyć do realizacji wyznaczonych celów. Jak sobie z tym radzą studenci SWSPiZ – autorzy prezentują w dalszej części opracowania.

3. Hierarchia wartości młodych ludzi

Według Głównego Urzędu Statystycznego [Mały Rocznik Statystyczny Polski 2009, s. 111], liczba ludności Polski wynosi obecnie ponad 38 milionów. Znaczną część populacji stanowią młodzi ludzie (rys. 1), którzy w istotny sposób biorą udział w życiu społecznym i gospodarczym kraju.

Rysunek 1. Ludność Polski według płci i wieku w 2008 roku



Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski 2009, GUS, Warszawa, Rok LII, s. 113.

Według Instytutu Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur (tab. 1), współcześni młodzi ludzie najbardziej cenią sobie wartości związane z rodziną, zdrowiem oraz zaradnością życiową (odpowiednio: 91,8%, 93,2% i 88% pozytywnych odpowiedzi), wartości ideowe, które za bardzo ważne lub ważne uznaje niemal 80% badanych, a także wartości materialne – istotne dla 74% respondentów. Dążenia związane z rozwojem osobowym jednostki podkreśla 52% badanych, kariera zawodowa stanowi wyznacznik sukcesu dla 46% respondentów, zaś tylko niespełna 11% ma ambicje, by pełnić funkcje publiczne.

Tabela 1. Hierarchia wartości młodych ludzi (skala ocen: 1–10)

L.p.	Rodzaj wartości	x	% ocen 9 lub 10	% ocen 8 do 10	% ocen 1 lub 2
1.	Dobre zdrowie	9,5	86,3	93,2	0,3
2.	Miłość, szczęście rodzinne	9,5	83,9	91,8	0,2
3.	Niezależność, samodzielność życiowa	9,2	77,3	88,0	0,3
4.	Życie w wolnym kraju	8,7	67,8	78,9	1,9
5.	Osiągnięcie wysokich dochodów	8,4	54,8	73,8	0,4
6.	Życie zgodne z przekonaniami	7,9	53,2	65,4	4,7
7.	Wygodne urządzenie mieszkania	7,7	38,8	61,9	1,4
8.	Podnoszenie własnych kwalifikacji	7,1	34,2	52,4	6,3
9.	Poznanie nowych miejsc i ludzi	6,9	32,7	47,6	6,7
10.	Kariera zawodowa	6,8	29,5	46,2	5,9
11.	Realizacja zainteresowań	6,3	23,5	37,2	9,3
12.	Prestiż	6,2	24,3	38,3	12,1
13.	Posiadanie luksusowych dóbr	5,5	13,4	24,0	16,8
14.	Pełnienie funkcji publicznych	3,4	6,6	10,7	51,8

x – średnia ocen

Źródło: badania Instytutu Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur [w:] Olejniczuk-Merta A. (red. nauk.) (2008), *Ludzie młodzi w społeczeństwie i gospodarce*, Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur, Warszawa, za: Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 12.

Na tym tle prezentujemy rezultaty badań przeprowadzonych w roku 2009 wśród studentów Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi. Badaniom, których celem było poznanie celów życiowych, preferowanych wartości i ich hierarchii oraz subiektywnej oceny możliwości realizacji swoich dążeń, poddano 160 studentów SWSPiZ pierwszego i ostatniego roku studiów, w przedziale wieku od 18 do 54 roku życia, w tym – 76,3% kobiet i 23,7% mężczyzn, pochodzących zarówno z aglomeracji miejskich, jak i okolicznych wsi. Dane te ilustrują tabele 2, 3 i 4.

Tabela 2. Podział badanych ze względu na płeć

Płeć	I rok		V rok		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Kobiety	64	80,0	58	72,5	122	76,25
Mężczyźni	16	20,0	22	27,5	38	23,75

Źródło: badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 27.

Tabela 3. Podział badanych ze względu na wiek

Wiek	I rok		V rok		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
18–24	54	67,5	26	32,5	80	50,0
25–34	16	20,0	34	42,5	50	31,25
35–44	8	10,0	18	22,5	26	16,25
45–54	2	2,5	4	5,0	6	3,75
Powyżej 55	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ogółem	80	100	80	100	160	100

Źródło: badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej, [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 28.

Tabela 4. Podział badanych ze względu na miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	I rok		V rok		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Wieś	48	60,0	22	27,5	70	43,75
Miasto do 10 tys. mieszk.	20	25,0	12	15,0	32	20,0
Miasto do 50 tys. mieszk.	10	12,5	28	35,0	38	23,75
Miasto do 100 tys. mieszk.	0	0,0	12	15,0	12	7,5
Miasto pow. 100 tys. mieszk.	2	2,5	6	7,5	8	5,0
Ogółem	80	100	80	100	160	100

Źródło: badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 30.

Charakterystykę respondentów zamykają dane dotyczące statusu materialnego badanych (tab. 5) oraz liczby osób w gospodarstwie domowym (tab. 6).

Jak wynika z przytoczonych zestawień, ponad trzy czwarte badanych stanowią kobiety, zaś większość respondentów to ludzie w przedziale wieku od 18 do 34 lat, pochodzący w przeważającej mierze z obszarów wiejskich i z niewielkich miast.

Tabela 5. Średni dochód miesięczny na jedną osobę

Średni dochód miesięczny	I rok		V rok		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Poniżej 500 zł	16	20,0	8	10,0	24	15,0
Od 500 zł do 1000 zł	36	45,0	32	40,0	68	42,5
Powyżej 1000 zł	28	35,0	40	50,0	68	42,5

Źródło: badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 33.

Tabela 6. Liczba osób w gospodarstwie domowym

Liczba osób	I rok		V rok		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Jedna	2	2,5	16	20,0	18	11,3
Dwie	14	17,5	10	12,5	24	15,0
Trzy	22	27,5	22	27,5	44	27,5
Cztery	22	27,5	25	31,3	47	29,3
Pięć i więcej	20	25,0	7	8,7	27	16,9
Ogółem	80	100	80	100	160	100

Źródło: badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 35.

Najliczniejszą grupę wśród studentów I roku stanowią osoby o dochodach mieszczących się w przedziale od 500 zł do 1000 zł na osobę, zaś dochody miesięczne na osobę u ich kolegów z ostatniego roku studiów w 50% przypadków są nieco wyższe i przekraczają sumę 1000 zł, zaś 40% badanych studentów V roku deklaruje dochody na osobę w granicach 500–1000 zł. Niepokojący jest fakt istnienia licznej, bo stanowiącej 20% studentów I roku i 10% studentów V roku grupy, których dochody stanowią minimum egzystencji. Najliczniej reprezentowane modele rodzin – to 2 + 2 i 2 + 3.

Analiza dążeń życiowych badanych studentów została dokonana kompleksowo. Respondentów poproszono o ocenę (w dowolnej liczbie) dwunastu wartości istotnych w ich życiu i zhierarchizowanie ich. W obydwu badanych grupach dokonano oceny istotności, przyjmując zasadę, że literze A odpowiada najmniejsza, zaś literze E – największa istotność poddawanych analizie wartości. Waga liczbowa przyporządkowana poszczególnym odpowiedziom, to odpowiednio: A – 1, B – 2, C – 3, D – 4, E – 5. Kolejność w hierarchii ważności ustalono na podstawie najczęściej udzielanych odpowiedzi, o najwyższym łącznym wskaźniku średniej D i E, czyli „najważniejszy” i „ważny”. Przy równych wartościach liczbowych o kolejności decydowała liczba odpowiedzi o największym przyporządkowanym jej znaczeniu (E).

Rangę celów i dążeń życiowych studentów I roku przedstawia tab. 7, zaś odpowiedzi udzielane przez studentów V roku ilustruje tab. 8. Porównanie wybranych dążeń i celów życiowych w obydwu badanych grupach zaprezentowano w tab. 9.

Tabela 7. Ranga celów i dążeń życiowych studentów I roku

Cele i dążenia życiowe	Wg hierarchii wskazanej przez badanych	A	B	C	D	E
Udane życie rodzinne	1	3%	5%	3%	20%	70%
Ciekawa praca, zgodna z zainteresowaniami	2	0%	8%	5%	44%	44%
Spokojne życie bez konfliktów	3	0%	3%	11%	38%	49%
Udane życie seksualne	4	3%	11%	16%	34%	37%
Życie bez kłopotów wychowawczych z dziećmi	5	8%	3%	23%	23%	44%
Zadowolenie z życia erotycznego	6	5%	8%	18%	26%	42%
Osiągnięcie wysokiej pozycji zawodowej, naukowej	7	0%	5%	34%	45%	16%
Bogate życie towarzyskie	8	5%	16%	38%	31%	13%
Życie zgodne z zasadami religijnymi	9	3%	23%	36%	23%	15%
Zdobycie majątku, wysokiej pozycji materialnej	10	3%	19%	38%	30%	11%
Podjęcie ważnych decyzji w życiu publicznym	11	8%	31%	23%	31%	8%
Życie barwne, pełne rozrywek	12	16%	13%	42%	21%	8%

Źródło: badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 37.

Tabela 8. Ranga celów i dążeń życiowych studentów V roku

Cele i dążenia życiowe	Wg hierarchii wskazanej przez badanych	A	B	C	D	E
Udane życie rodzinne	1	3%	0%	3%	8%	88%
Ciekawa praca, zgodna z zainteresowaniami	2	0%	3%	8%	25%	65%
Spokojne życie bez konfliktów	3	0%	5%	10%	38%	48%
Udane życie seksualne	4	0%	3%	13%	40%	45%
Życie bez kłopotów wychowawczych z dziećmi	5	3%	8%	15%	58%	18%
Zadowolenie z życia erotycznego	6	5%	3%	25%	43%	25%
Osiągnięcie wysokiej pozycji zawodowej, naukowej	7	3%	18%	28%	38%	15%
Bogate życie towarzyskie	8	5%	15%	30%	38%	13%
Życie zgodne z zasadami religijnymi	9	5%	8%	48%	33%	8%
Zdobycie majątku, wysokiej pozycji materialnej	10	10%	18%	43%	28%	3%
Podjęcie ważnych decyzji w życiu publicznym	11	20%	38%	20%	18%	5%
Życie barwne, pełne rozrywek	12	15%	20%	48%	18%	0%

Źródło: badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 38.

Jak wynika z przedstawionych danych, dla zdecydowanej większości studentów tak pierwszego, jak i ostatniego roku, największą wartością jest udane życie rodzinne (odpowiednio 90 i 96%). W przypadku drugiego, trzeciego, czwartego i piątego miejsca – w wyborach badanych nie ma już zgodności. Podczas gdy studenci I roku wskazują na ciekawą pracę (88% wyborów), ich starsi koledzy na tej samej – drugiej pozycji – plasują spokojne życie bez konfliktów (90% wskazań). Tę wartość stu-

denci I roku pozycjonują na trzecim miejscu (87%), tam, gdzie ich koledzy umiejscowili brak kłopotów wychowawczych z dziećmi (86%).

Kolejną, istotną wartością dla studentów I roku jest udane życie seksualne (71% wskazań), które plasuje się na czwartej pozycji, zajmowanej w odniesieniu do studentów roku V przez ciekawą, zgodną z zainteresowaniami pracę (85%). W każdej z badanych grup na miejscu szóstym i siódmym znajdują się – zadowolenie z życia erotycznego, które w obydwu przypadkach uzyskało 68% wskazań oraz osiągnięcie wysokiej pozycji zawodowej bądź naukowej (odpowiednio 61% i 53%). Zajmujące ósmą lokatę bogate życie towarzyskie okazało się ważniejsze dla młodszych studentów (44%) – tę wartość ich starsi koledzy ulokowali na pozycji dziesiątej (31%).

Tabela 9. Porównanie wybranych dążeń i celów życiowych studentów SWSPiZ

Cele i dążenia życiowe	Miejsce w rankingu	I rok*	V rok*
Udane życie rodzinne	1	90%	96%
Zadowolenie z życia erotycznego	6	68%	68%
Osiągnięcie wysokiej pozycji zawodowej, naukowej	7	61%	53%
Podejmowanie ważnych decyzji w życiu publicznym	11	39%	23%
Życie barwne, pełne rozrywek	12	29%	18%**

* Dane uzyskane przez sumę odpowiedzi „bardzo ważny” i „ważny” („D” + „E”)

** W grupie tej nie było ani jednej odpowiedzi „bardzo ważny” („E”)

Źródło: badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 40.

W podobnym punkcie na skali hierarchii wartości znajduje się życie zgodne z zasadami religijnymi, przez studentów I roku uplasowane na miejscu dziewiątym (38%), a przez starszy rocznik na pozycji ósmej (51%). Także wysoki status materialny został umieszczony przez obydwa roczniki na sąsiadujących ze sobą lokatach. Studenci V roku umiej-

scowili go na pozycji dziewiątej, zaś pierwszorocznicy na dziesiątej. W obydwu grupach wartości procentowe są tu identyczne – po 41% respondentów. Zarówno młodsi, jak i starsi koledzy nie stawiają sobie za cel barwnego, pełnego rozrywek życia, która to wartość uplasowała się na ostatnim miejscu (odpowiednio 29% i 18%), ani aktywnego uczestnictwa w życiu publicznym (39% i 23%), co zajmuje przedostatnią lokatę.

Badaniom poddano także subiektywnie określaną przez młodych ludzi pozycję w hierarchii społecznej (tabele 10 i 11), co ciekawie wygląda w zestawieniu z miesięcznym dochodem na osobę. Większość respondentów określa swoją pozycję jako średnią, podczas gdy poziom materialny nie plasuje ich na wysokiej pozycji ekonomicznej i wiążącym się z nim (choćby pośrednio) szczeblu na drabinie społecznej.

Tabela 10. Subiektywnie określana pozycja w hierarchii społecznej studentów I roku

Czas	Pozycja w hierarchii społecznej				
	Zdecydowanie niska	Raczej niska	Średnia	Raczej wysoka	Zdecydowanie wysoka
Obecnie	5%	12,5%	67,5%	12,5%	2,5%
Za 10–15 lat	0%	7,5%	60%	32,5%	0%

Źródło: badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 49.

Tabela 11. Subiektywnie określana pozycja w hierarchii społecznej studentów V roku

Czas	Pozycja w hierarchii społecznej				
	Zdecydowanie niska	Raczej niska	Średnia	Raczej wysoka	Zdecydowanie wysoka
Obecnie	0%	17,5%	72,5%	10%	0%
Za 10–15 lat	0%	7,5%	57,5%	32,5%	2,5%

Źródło: badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 50.

Ciekawe spostrzeżenia nasuwają się również po przesłедzeniu aspiracji zawodowych młodych ludzi (tab. 12).

Tabela 12. Aspirowane miejsce pracy po ukończeniu studiów

Miejsce pracy	I rok*	V rok*
W organizacji społecznej lub politycznej	12,5%	17,5%
W firmie zagranicznej	30%	20%
Będę miał/a własną firmę	30%	27,5%
W firmie polskiej	40%	40%
W zakładzie państwowym	57,5%	35%
Będę robić coś innego	17,5%	10%
Będę pracować za granicą	12,5%	7,5%**
Nie będę pracować	2,5%	2,5%
Będę pracować w gospodarstwie rolnym	7,5%	0%

* Wybory nie sumują się do 100%, gdyż należało wskazać najistotniejsze, a nie wszystkie odpowiedzi; wartości zostały podane po zsumowaniu odpowiedzi „D” i „E”.

** W tej grupie nie udzielono ani jednej odpowiedzi „E”

Źródło: badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 55.

Jak wynika z udzielonych odpowiedzi – mimo trudnej sytuacji ekonomicznej w kraju – stosunkowo niewielki odsetek badanych wiąże swoją przyszłość zawodową z karierą za granicą; ceniona jest natomiast praca w firmie polskiej, na co zwróciło uwagę po 40% studentów tak z I, jak i V roku oraz praca w zakładzie państwowym, preferowana przez 57,5% młodszych i 35% starszych studentów. Wyniki te świadczyć mogą o dążeniu nie tyle do zaspokojenia wygórowanych ambicji i aspiracji, co do zapewnienia sobie minimum bezpieczeństwa ekonomicznego. Mimo że większość badanych pochodzi ze wsi, znikoma liczba respondentów skłonna by była do pracy w gospodarstwie rolnym.

Wyniki te odbiegają nieco od rezultatów innych badań (tab. 13). W przeciwieństwie do badań z roku 1998 i 2002, respondenci poddani

badaniom w 2009 roku chętnie zatrudniliby się w firmie polskiej, zaś 15% badanych byłoby skłonnych do pracy w organizacji społeczno-politycznej; natomiast stosunkowo niewielki odsetek studentów SWSPiZ wiąże swoją przyszłość zawodową z pracą we własnej firmie, co korespondowało by przecież z profilem wybranej przez nich uczelni.

Tabela 13. Opinie respondentów dotyczące miejsca pracy

Gdzie chciałbyś/ chciałabyś pracować	CBOS 1998 r. ^a	Wieś 2002 r. ^b	SWSPiZ 2009 r. ^c
W zakładzie państwowym	17,0%	29,0%	46,0%
W firmie polskiej	29,0%	18,0%	40,0%
We własnej firmie	23,0%	29,0%	22,5%
W firmie zagranicznej	11,0%	14,0%	25,0%
Za granicą	5,0%	6,0%	10,0%
W gospodarstwie rolnym	2,0%	–	3,8%
W organizacji społeczno-politycznej	3,0%	–	15,0%

Źródła: ^a CBOS (1998) [w:] *Młodzież'98 – Plany, dążenia i aspiracje życiowe młodzieży*, Warszawa, za: Boluk-Sobolewski J. (2008), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr Franciszka Michała Warzyńskiego, s. 59.

^b Gorlach K., Drąg Z., Seręga Z. (2003), *Młode pokolenie wsi III Rzeczypospolitej. Aspiracje życiowe w przeddzień integracji z Unią Europejską*, ISP, Warszawa, za: Boluk-Sobolewski J. (2008), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr Franciszka Michała Warzyńskiego, s. 59.

^c Badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 59.

Analizie poddano także opinie studentów dotyczące czynników decydujących, w ich przekonaniu, o powodzeniu w zdobyciu pracy (tab. 14). Jak wiadomo, rozwój gospodarki rynkowej wiąże się również z większą konkurencyjnością na rynku pracy, a co za tym idzie – większymi wymaganiami stawianymi potencjalnym pracownikom, co z kolei oznacza preferowany wyższy poziom wykształcenia, znajomość języków obcych,

jak również oczekiwania dotyczące kreatywności i przedsiębiorczości zatrudnianych osób. W ocenie studentów SWSPiZ te czynniki odgrywają wprawdzie istotną rolę – podobnie jak inteligencja i zdolności – jednak należy zauważyć, że aż 72,5% studentów I roku i 60% ich starszych kolegów jest zdania, że to układy i znajomości w dużej mierze decydują o powodzeniu zawodowym. Uzyskany rezultat można interpretować, jak przekonuje Gulczyńska [por. 2003, ss. 76–77], na dwa sposoby. Z jednej strony znajomości mogą stanowić poparcie, rodzaj rekomendacji dla rzeczywistej, fachowej wiedzy, z drugiej jednak – mogą mieć konotacje pejoratywne, gdy dzięki tak zwanym układom osoba nieposiadająca odpowiednich kwalifikacji zostaje zatrudniona na nieprzystającym do jej wiedzy i umiejętności stanowisku.

Tabela 14. Czynniki decydujące o powodzeniu w zdobyciu pracy w opinii studentów

Czynniki	I rok	V rok
Znajomość języków obcych	80,0%	72,5%
Inteligencja, zdolności	75,0%	70,0%
Rodzaj zdobytego zawodu	60,0%	55,0%
Odwaga, przedsiębiorczość	72,5%	82,5%
Znajomości, układy	72,5%	60,0%
Szczęście, przypadek	50,0%	50,0%
Wdzięk, urok osobisty	35,0%	47,5%
Region, województwo	50,0%	47,5%
Wielkość miejscowości	52,5%	47,5%

Źródło: badania przeprowadzone przez studenta SWSPiZ w Łodzi dla potrzeb pracy magisterskiej [w:] Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, s. 60.

4. Wnioski

Przedstawione wyniki wyraźnie wskazują na to, że młodzi ludzie zdecydowanie stawiają na rodzinę. Wyniki badań wśród studentów SWSPiZ są tu zbieżne z danymi ogólnopolskimi. W jednej i drugiej gru-

pie wysokie aspiracje zawodowe ustępują miejsca wartościom związanym ze stabilizacją życiową. Uzyskany rezultat świadczyć może o realistycznej ocenie sytuacji na rynku pracy związanej tak z kryzysem, jak i – co się z tym wiąże – niestabilnością gospodarczą. Zapewne, dlatego właśnie aspiracje zawodowe związane są raczej z dążnością do zapewnienia sobie podstawowego bezpieczeństwa ekonomicznego niż z błyskotliwą karierą. Dobór próby (respondenci ze wsi i małych miast) może także tłumaczyć dążność do pielęgnowania tradycyjnych wartości, w tym – rodzinnych.

Bibliografia

- Boluk-Sobolewski J. (2009), *Cele życiowe i możliwość ich realizacji w ocenie studentów SWSPiZ w Łodzi*, Praca magisterska napisana w Katedrze Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego, pod kierunkiem dr F. M. Warzyńskiego, SWSPiZ, Łódź.
- Gadacz T., Rymkiewicz W. (2001), *Filozofia* [w:] Wojnowski J. (red.), *Wielka Encyklopedia PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa, t. 9, s. 92.
- Geblewicz E. (1932), *Analiza pojęcia celu*, „Przegląd Filozoficzny”, nr 3–4, ss. 233–244.
- Gołębiowski B. (2001), *Społeczno-kulturalne aspiracje młodzieży*, „Studia Socjologiczne”, z. 5.
- Gorlach K., Drąg Z., Seręga Z. (2003), *Młode pokolenie wsi III Rzeczypospolitej. Aspiracje życiowe w przeddzień integracji z Unią Europejską*, ISP, Warszawa.
- Gulczyńska H. (2003), *Start w dorosłe życie – postawy młodzieży*, PWN, Warszawa.
- Hurrelmann K. (1994), *Struktura społeczna a rozwój osobowości. Wprowadzenie do teorii socjalizacji*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Kenrick D.T., Neuberg S.L., Cialdini R.B. (2002), *Osoba a sytuacja* [w:] *Psychologia społeczna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Kotarbiński T. (1986), *Cel życia* [w:] *Drogi dociekań własnych. Fragmenty filozoficzne*, PWN, Warszawa.
- Łukaszewski W. (2005), *Osobowość: struktura i funkcje regulacyjne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Mały Rocznik Statystyczny Polski 2009*, GUS, Warszawa, Rok LII.
- Mikułowski Pomorski J. (2007), *Jak narody porozumiewają się między sobą w komunikacji międzykulturowej i komunikowaniu medialnym*, Universitas, Kraków.
- Okoń W. (2008), *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa.
- Olejniczuk-Merta A. (red. nauk.) (2008), *Ludzie młodzi w społeczeństwie i gospodarce*, Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur, Warszawa.
- Pieter J. (2004), *Słownik psychologiczny*, Wydawnictwo JMP LTD, Warszawa.
- Sikora E. (2006), *(Nie)realne marzenia? Aspiracje życiowe młodzieży z osiedli byłych PGR-ów*, UWM, Olsztyn.

- Szopski M. (2005), *Komunikowanie międzykulturowe*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna, Warszawa.
- Trawińska M. (2003), *Motywacje decyzji studiowania*, [w:] Sarapata A. (red.), *Socjologia zawodów*, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Turner J.H. (1998), *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowanie*, Wydawnictwo Zys i S-ka, Poznań, ss. 88–92.
- Wosińska W. (2004), *Psychologia życia społecznego*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

**Life goals of the students of Academy of Management
in Lodz in the face of crisis**

Abstract

Life goals of the students of Academy of Management in Lodz are the subject of the elaboration. Results of research indicate that the family is the most important in the young people hierarchy of values. Job aspirations play role in the case when they lead up to the economical stabilization.

Anita Gałuszka

Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski, Katowice

Psychospołeczne funkcjonowanie człowieka niepełnosprawnego fizycznie

1. Wprowadzenie

Kryzys, sytuacja trudna, choroba, niepełnosprawność, cierpienie – słowa te kojarzą się zazwyczaj negatywnie, najczęściej nasuwając na myśl lęk, ból, niemoc, uzależnienie od innych, śmierć, itp. Sytuacje owe rozpatrywane mogą być z wielu punktów widzenia (filozoficznego, medycznego czy psychologicznego, etc). Wydaje się jednak, iż najbardziej wartościowe jest rozważanie ich z perspektywy indywidualnego doświadczenia człowieka, który zetknął się w swoim życiu zarówno z chorobą i niepełnosprawnością, jak i z cierpieniem. Osoba, która bezpośrednio doświadczyła cierpienia, znacznie lepiej i znacznie głębiej może opisać swe obawy, troski, radości, aspiracje i dążenia. Taką osobą jest człowiek chory i niepełnosprawny.

Zgodnie z definicją Komisji Chorób Przewlekłych za choroby te uznaje się: „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które posiadają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są przez nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego nadzoru, obserwacji czy opieki” (za Adamczak 1988, s. 11).

2. Problemy teoretyczne

W przypadku niepełnosprawności nie ma jednej obowiązującej definicji niepełnosprawności, co stanowi źródło nieporozumień terminologicznych i trudności porównywania wyników badań. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaproponowała Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) przyjętą w 2001 r. Zgodnie z propozycją WHO niepełnosprawność może być definiowana jako: niesprawność (*impairment*), niepełnosprawność (*disability*) oraz ograniczenie w pełnieniu ról społecznych (*handicap*) (ICF 2001).

Zazwyczaj mówiąc o człowieku chorym i niepełnosprawnym koncentrujemy swą uwagę na jego bólu, ograniczeniach, lęku. Niniejszy artykuł poświęcony jest jednak silnym stronom ludzi cierpiących. Autorka koncentruje się, bowiem na aspiracjach i dążeniach życiowych młodzieży niepełnosprawnej fizycznie.

W ciągu swego życia człowiek podejmuje aktywność, dzięki której zmienia siebie, otoczenie społeczne i fizyczne. Aktywność ta jest uwarunkowana wieloma czynnikami, które najogólniej można podzielić na środowiskowe i osobowościowe (Lewowicki 1987; Skorny 1980).

Do czynników osobowościowych zalicza się m.in. aspiracje, które w znacznym stopniu decydują o podejmowaniu przez człowieka określonych działań, wyznaczając ich kierunek, siłę oraz przebieg, a także wpływają na efekty tych działań. Wiążą się one także z przyjętą przez jednostkę hierarchią wartości oraz z jej potrzebami.

Termin „aspiracje” jest powszechnie używany zarówno w mowie potocznej, jak i w opracowaniach specjalistycznych. Pokażna liczba przeprowadzonych badań nad aspiracjami wskazuje z jednej strony na istotną rolę, jaką odgrywają one w regulowaniu zachowania człowieka, z drugiej zaś ujawnia narastanie coraz większych rozbieżności w rozumieniu tego pojęcia, co jest spowodowane różnym podejściem metodologicznym poszczególnych autorów. Aspiracje bywają traktowane m.in. jako: wynik własnego działania (Skorny 1980), cel działania (Hilgard 1967), pragnienia i życzenia (Łukaszewski 1974), pragnienia i dążenia

(Sokołowska 1967), swoista kategoria potrzeb (Kłoskowska 1970) czy też zespół dążeń wyznaczonych przez hierarchię celów (Łoś 1972).

W niniejszej pracy przyjęto psychosocjologiczny kontekst ujmowania aspiracji. Aspiracje będą tu definiowane jako wszelkie pragnienia i dążenia skierowane na osiągnięcie celów, posiadających dla podmiotu określoną wartość, które mogą być realizowane poprzez stosunki interpersonalne i dzięki temu zaspokajają potrzeby człowieka (Siegel 1993).

Aspiracje życiowe są ściśle związane z celami i wartościami człowieka. Podobnie jak aspiracje termin „wartości” jest różnie rozumiany. W socjologii ujmuje się wartości w sposób opisowy lub normatywny, natomiast orientacja na jednostkę jest charakterystyczna dla podejścia psychologicznego. Szerokie omówienie wartości znajduje się w pracy Anity Siegel (1993).

Pojęcie wartości łączy się z pojęciem celu. Skoro, bowiem człowiek dąży do celu to znaczy, że ów cel ma dla niego określoną wartość. Autorem, który zwrócił uwagę na subiektywną wartość celu jest Z. Zaleski (1991). Jego zdaniem cel to „kognitywnie reprezentowany, możliwy do osiągnięcia, mający wartość i siłę regulacyjną, przyszły stan rzeczy, do którego człowiek dąży poprzez działania” (Zaleski 1991, s. 60). Podobnie jak wartości cele mogą być subiektywne i obiektywne (Zaleski 1991). W niniejszej pracy skoncentrowano się na wartościach i celach subiektywnych wiążących się z aspiracjami żywotnymi konkretnego człowieka.

Cele mają swe źródło w potrzebach jednostki i są w pewnym stopniu uzależnione od standardów społecznych. Odczucie potrzeby, czyli braku jakiejś aktualnie ważnej wartości może dokonać się w procesie pierwotnym za pośrednictwem świadomości emocjonalnej (powstaje wtedy stan przykrego napięcia wywołany brakiem) lub też wtórnie, kiedy człowiek rozpoznaje w otoczeniu wartości mogące udoskonalić jego życie (por. Gertsmann 1969).

Rodzaj procesu odczucia potrzeby może wpłynąć na charakter aspiracji żywotnych. Odczucie pierwotne będzie kształtowało aspiracje świadome, zaś odczucie wtórne – poza kreowaniem aspiracji uświadomionych będzie mogło także wpłynąć na powstawanie i realizację aspiracji nieuświadomionych. Spośród wielu klasyfikacji potrzeb w niniejszej pracy wybrano hierarchię potrzeb A. Masłowa, ze względu na jej operatyw-

ność pod względem stopnia ogólności i uwzględnienie najczęściej występujących w literaturze grup potrzeb.

A. Maslow (1990) wyróżnił pięć podstawowych grup potrzeb człowieka:

- potrzeby fizjologiczne (potrzeby te są od siebie izolowane i mają swoją lokalizację w ciele);
- potrzeby bezpieczeństwa (zależności, opieki, protekcji, ładu);
- potrzeby przynależności i miłości (o istnieniu których wnioskujemy na podstawie obserwacji zachowania człowieka w nowej dla niego sytuacji – poszukuje on wówczas bliskości innej osoby);
- potrzeby prestiżu i uznania (wyczynu, wolności, potęgi, sławy, dominacji);
- potrzeby samorealizacji (wyrażające dążenie człowieka do rozwoju swoich potencjalnych możliwości).

Grupy te podzielił na potrzeby niższego rzędu, do których zaliczył potrzeby fizjologiczne i bezpieczeństwa oraz potrzeby wyższego rzędu, do których należą pozostałe grupy potrzeb tzn. przynależności i miłości, prestiżu i uznania oraz samorealizacji.

Traktując potrzeby jako główne źródło aktywności ludzkiej na bazie, których człowiek buduje swe pragnienia, zamierzenia i dążenia skierowane na osiągnięcie określonych celów życiowych można przypuszczać, że hierarchia potrzeb będzie miała swe odzwierciedlenie w aspiracjach życiowych. W zależności od rodzaju i stopnia zaspokojenia potrzeb, a więc osiągnięcia danych celów, człowiek będzie aspirował do innych wartości, które będą zaspokajały jego potrzeby wyższego rzędu (np. jeśli osoba nie będzie miała zaspokojonej potrzeby bezpieczeństwa jej aspiracje będą dotyczyły właśnie tej grupy potrzeb).

2. Metodyka badań własnych

Cel badań

Głównym celem przeprowadzonych badań (mających charakter eksploracyjno-diagnostyczny) było odnalezienie odpowiedzi na pytanie badawcze: Jakie są aspiracje życiowe młodzieży niepełnosprawnej fizycznie i możliwości ich realizacji?

Zdaniem niektórych badaczy, badania typu eksploracyjno-diagnostycznego nie wymagają postawienia hipotez badawczych (Łobocki 1982), mogą natomiast stanowić bazę dla takowych w ujęciu perspektywicznym (Bolgar za: Shaughnessy, Zechmeister E., Zechmeister J. 2002). W związku z powyższym w tejże pracy hipotezy nie zostały postawione, natomiast sformułowano kilka pytań szczegółowych (podanych poniżej) ułatwiających udzielenie odpowiedzi na główny problem badawczy.

Problemy i metody badawcze

1. Jakie cele życiowe deklaruje młodzież niepełnosprawna fizycznie?
2. Czy, a jeżeli tak to, w jaki sposób próbuje ona osiągnąć te cele?
3. Jakie przeszkody społeczne i bariery psychiczne utrudniają jej osiągnięcie tych celów?
4. Czy, a jeżeli tak to, jaka jest zależność pomiędzy rodzajem utraty sprawności a deklarowanymi aspiracjami żywymi?

Dane uzyskanie w trakcie badania pozwolą na udzielenie odpowiedzi zarówno na pytania szczegółowe jak i na główne pytanie badawcze.

Do zebrania potrzebnych danych zastosowano następujące metody badawcze:

- 1) wywiad skategoryzowany (skonstruowany dla potrzeb badań), dzięki któremu uzyskano informacje na temat aspiracji życiowych badanych osób;
- 2) obserwację, towarzyszącą wywiadowi i pełniącą rolę uzupełniającą (gesty, mimika, pantomimika, ton i tembr głosu);
- 3) technikę projekcyjną (Test Apercepcji Tematycznej T.A.T.) wykorzystaną do badania potrzeb osób niepełnosprawnych;
- 4) analizę dokumentów, służącą do zakwalifikowania badanego do konkretnej grupy osób niepełnosprawnych.

W tym miejscu należy dodać, że metoda projekcyjna T.A.T. H. Murraya została wykorzystana jedynie w części (w badaniu wykorzystano, bowiem 7 spośród 30 kart). Podjęto taką decyzję ze względu na stan psychofizyczny niektórych badanych (pełne badanie mogłoby być dla nich zbyt wyczerpujące). Zastosowane karty pozwoliły uchwycić potrzeby badanych i ich stosunek do siebie, świata i innych ludzi. Okazały się, więc zupełnie wystarczające dla potrzeb badania i jednocześnie nie były

one męczące dla badanych. Ponadto inni autorzy (Rembowski 1986; Heszten-Niejodek 1990) wskazują na możliwość częściowego wykorzystania kart testu bez straty dla uzyskanych danych i ich interpretacji.

Dobór osób i terenu badań

Grupę badawczą stanowiła młodzież niepełnosprawna fizycznie w wieku 15–25 lat. Osoby niepełnosprawne reprezentowały trzy sytuacje utraty sprawności:

- 1) niepełnosprawność wrodzoną lub nabytą we wczesnym dzieciństwie,
- 2) nagłą utratę sprawności,
- 3) powolną utratę sprawności.

Ostatecznym kryterium przystąpienia do badania było wyrażenie przez badanych zgody na udział w badaniu. Wszyscy badani byli pensjonariuszami Ośrodka dla Osób Niepełnosprawnych w Borowej Wsi lub Śląskiego Centrum Rehabilitacji w Reptach Śląskich.

Wyniki badań własnych

Przebadano 15 osób niepełnosprawnych (po pięć z każdej grupy reprezentującej odmienną utratę sprawności). Sposób zbierania informacji oraz liczebność badanej grupy pozwalają na przeprowadzenie jakościowej analizy danych. Szczegółowy opis i analiza pojedynczej osoby, oparta na danych jakościowych uzyskanych przy pomocy wywiadu, obserwacji, testów psychologicznych i archiwów (analizy dokumentów) daje podstawy do przeprowadzenia studium przypadku (Shaughnessy, Zechmeister E., Zechmeister J. 2002). Jednak dokładna analiza każdej z osób badanych wykracza poza ramy niniejszego artykułu, dlatego też uzyskane dane zostaną przedstawione syntetycznie.

Zdecydowana większość badanej grupy (14 z 15 osób) stwierdziła, że cel życiowy jest tym, do czego się dąży, co pragnie się osiągnąć, mieć i co jest ważne w życiu danego człowieka. Badani zgodzili się z tym, że cel życiowy jest wartością, do osiągnięcia, której dąży dana jednostka. Oto parę wypowiedzi badanych:

- „Celem życiowym jest dążenie do czegoś, co postanowiło się dokonać. Osiągnięcie tego można nazwać zdobyciem swego celu życiowego”;

- „Cel życiowy – dążyć do czegoś, co chce się osiągnąć, mieć”;
- „Cel życiowy to wartość, do której człowiek dąży przez całe życie”

Spośród wszystkich badanych tylko jeden chłopiec stwierdził, iż cel życiowy to „dążenie do sensu życia”. Jednocześnie chłopiec nie zgodził się z tym, że cel życiowy człowieka to wartość, gdyż jego zdaniem „wartość jest czymś przemijającym, zmiennym w czasie, natomiast sens życia jest czymś stałym, czymś, co kieruje całym życiem człowieka”.

Mimo wszystko można stwierdzić, że rozumienie pojęcia cel życiowy przez badanych jest zbieżne, gdyż zawiera ono pragnienia i dążenia do osiągnięcia czegoś ważnego w życiu danej osoby. Ujmowanie celu życiowego jest zbieżne z rozumieniem aspiracji życiowych, wobec czego na podstawie deklarowanych celów życiowych można wnioskować o aspiracjach badanej grupy młodzieży niepełnosprawnej.

W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano cele życiowe, które pogrupowano i uporządkowano w pewną ogólną hierarchię. Każda z osób mogła wymienić kilka celów życiowych (stąd ich suma nie równa się liczbie osób badanych). Niewielka liczebność badanej grupy skłania do wzięcia pod uwagę – w trakcie interpretacji – konkretnej liczby respondentów, niemniej dla zobrazowania całości materiału podano również procent wyborów). Cele życiowe badanych przedstawiono w tabeli 1.

Wyniki zawarte w tabeli 1 wskazują, że zdecydowanie najwięcej osób (13 spośród 15 badanych) pragnie poprawić swój stan zdrowia i sprawność fizyczną. Dwie z osób deklarujących chęć poprawy stanu zdrowia orzekły, iż ich celem życiowym jest całkowity powrót do zdrowia i osiągnięcie pełnej sprawności.

Wiele osób, (12 respondentów) pragnie zdobyć odpowiednie wykształcenie i pracę zawodową (w tym 3 osoby chciałyby uzyskać wyższe wykształcenie, a 9 osób takie wykształcenie, które pozwoliłoby im na wykonywanie konkretnej pracy).

Większość z badanych ma dość sprecyzowane plany, jeśli chodzi o pracę zawodową. Badani wymienili następujące zawody: prawnik, historyk, psycholog, dyplomowana sekretarka, krawiec, szewc, zegarmistrz, introligator, tapicer meblowy, praca chałupnicza (np. wyrób kilimów, koronek, haftowanie). Tylko jedna osoba stwierdziła: „Chciałbym zdobyć dobrą pracę, jeszcze nie wiem, jaką”.

Tabela 1. Hierarchia celów życiowych młodzieży niepełnosprawnej fizycznie

L.p.	Cele życiowe	N	%
1	Poprawa stanu zdrowia	13	86,6
2	Zdobycie wykształcenia	12	80
3	Zdobycie pracy zawodowej	12	80
4	Miłość (znalezienie partnera, założenie rodziny)	8	53,3
5	Godne życie	7	46,6
6	Usamodzielnienie się i rozwój osobisty	7	46,6
7	Pomoc innym	2	13,3
8	Posiadanie własnej kapeli rockowej	1	6,6

Niezwykle ważnym celem życiowym młodzieży niepełnosprawnej fizycznie jest również znalezienie partnera i założenie rodziny. Około połowa badanych (8 osób) wymieniła takie pragnienie, przy czym wszystkie te osoby stwierdziły, iż związek dwojga ludzi może być oparty jedynie na silnym, trwałym uczuciu miłości. Żadne inne względy (np. chęć opuszczenia ośrodka dla niepełnosprawnych czy poprawa warunków materialnych) nie były przez badaną młodzież brane pod uwagę. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że badani nie kładli nacisku na konieczność posiadania partnera pełnosprawnego, chociaż przyznawali, że osoby pełnosprawne dałyby im (badanym) więcej oparcia niż osoby niepełnosprawne.

Innymi ważnymi celami życiowymi młodzieży niepełnosprawnej fizycznie były: godne życie, chęć usamodzielnienia się oraz rozwój osobisty. Prawie połowa badanych (7 osób) chciałaby: „żyć godnie”, „żyć normalnie tak jak inni”, „uzyskać akceptację i zaufanie otoczenia”. Osoby, które wyraziły powyższe cele, twierdziły, że poza niepełnosprawnością, osoby niepełnosprawne nie różnią się od ludzi pełnosprawnych. Skoro, więc pełnosprawni mogą godnie żyć, tzn. uczyć się, pracować, mieć rodzinę, przyjaciół, samodzielnie podejmować decyzje, etc., to ludzie niepełnosprawni mają takie samo prawo do życia, decydowania i rozwoju jak inni. Dwie spośród badanych osób postawiły sobie za cel pomoc innym. Mimo swego fizycznego ograniczenia, chciałyby one służyć innym (zarówno sprawnym jak i niesprawnym) swoją radą i pomocą. Poza ustaleniem celów życiowych ważne było także zorientowanie się w sposobach realizacji tych celów. Uzyskane dane zbiorczo przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Sposoby osiągania celów życiowych przez młodzież niepełnosprawną fizycznie

L.p.	Sposób osiągania celu życiowego	N	%
1	Uczę się	13	86,6
2	Biorę udział w zajęciach rehabilitacyjnych	12	80
3	Czytam	9	60
4	Oglądam programy telewizyjne	9	60
5	Uczestniczę w życiu kulturalnym	8	53,3
6	Utrzymuję kontakty towarzyskie	7	46,6
7	Słucham audycji radiowych	6	40
8	Uprawiam sport	5	33,3
9	Uprawiam twórczość artystyczną	5	33,3
10	Uprawiam turystykę	2	13,3
11	Inne* (np. medytacja, zaangażowanie społeczne)	4	26,6

* Wymienione sposoby otrzymały po 1 wyborze.

Dane zawarte w tabeli 2 wskazują, że zdecydowana większość badanych (13 osób) stara się osiągnąć swe cele życiowe poprzez naukę. W grupie tej znalazły się wszystkie osoby, których celem życiowym było zdobycie wykształcenia.

Kolejnym sposobem dążenia do celów życiowych jest udział w zajęciach rehabilitacyjnych. Badana młodzież (12 osób) deklarowała uczestnictwo zarówno w zajęciach grupowych (gimnastyce, muzykoterapii, zajęciach na pływalni), jak i indywidualnych (głównie gimnastyce i masażach). Dane te są zbieżne z pragnieniami poprawy stanu zdrowia. Badana młodzież niepełnosprawna stara się osiągnąć ten cel poprzez aktywne działanie. Tylko jeden chłopiec – mimo, iż deklarował chęć poprawy swego stanu zdrowia – nie podejmował żadnych działań w tym kierunku, tłumacząc to bezsensownością, niepotrzebnym wysiłkiem, stratą czasu i niepotrzebną nadzieją (chłopiec chorował na dziecięce porażenie mózgowe).

Badana młodzież niepełnosprawna fizycznie stara się osiągać swe cele życiowe także w inny sposób. Niektórzy badani (9 osób) pragną osiągnąć swe cele poprzez czytanie literatury oraz oglądanie programów telewizyjnych.

Około połowa badanych (8 osób) stwierdziła, że ich sposobem dochodzenia do celu jest uczestnictwo w życiu kulturalnym i utrzymywanie kontaktów towarzyskich (7 osób). Aktywność ta – zdaniem badanych – pozwala im na rozwój osobisty, godne życie a także być może ułatwi poznanie partnera życiowego.

Ponadto badani dążąc do realizacji swoich celów życiowych słuchają audycji radiowych (6 osób), uprawiają sport (5 osób), sięgają do twórczości artystycznej – np. malują, haftują, piszą poezję, muzykują, etc. (5 osób) oraz uprawiają turystykę, medytują, dokonują przewartościowania swej sytuacji, angażują się w sprawy społeczne, etc.

Z zebranych danych wynika, że prawie wszyscy badani starają się aktywnie dążyć do swoich celów życiowych. Około 2/3 badanych twierdziło, że bardzo stara się zrealizować swe pragnienia podejmując konkretne działania i angażując się w ich jak najlepsze wykonanie. Tylko około 1/3 osób stwierdziła, iż nie zawsze stara się osiągnąć swe cele. Młodzież ta najczęściej uzasadniała swą czasową bierność licznymi barierami i przeszkodami stojącymi na jej drodze do celu. Przeszkody te zawarto w tabeli 3.

Uzyskane w badaniu wyniki wskazują na to, że największą przeszkodą dla niepełnosprawnej młodzieży (13 spośród 15 osób) jest choroba (niepełnosprawność). Dane te łączą się ściśle z preferowaniem zdrowotnego celu życia (tylko samo wyborów) oraz deklarowaniem uczestnictwa w zajęciach rehabilitacyjnych (12 osób). Osoby badane twierdziły, iż wszelkie inne ograniczenia wypływają ze stanu ich zdrowia, który utrudnia im osiągnięcie celów życiowych.

2/3 badanych wskazało, że poważną przeszkodą w realizacji celów życiowych są wszelkie utrudnienia architektoniczne i komunikacyjne (przede wszystkim niedostosowanie środków lokomocji do przewozu wózków inwalidzkich, brak odpowiednich wind, podjazdów, poręczy i słaba jakość sprzętu ortopedycznego).

Tabela 3. Przeszkody społeczne i bariery psychiczne utrudniające osiągnięcie celów życiowych

L.p.	Przeszkody społeczne i bariery psychiczne	N	%
1	Własna choroba	13	86,6
2	Utrudnienia komunikacyjne	10	66,6
3	Osoby pełnosprawne	9	60,0
4	Ograniczenia prawne	7	46,6
5	Nieśmiałość	7	46,6
6	Lęk	7	46,6
7	Wybuchowość	3	20,0
8	Wstyd	3	20,0
9	Niestołość uczuć	2	13,3
10	Lenistwo	2	13,3
11	Inne* (np. brak własnych finansów, brak wiary w siebie, uległość, wrażliwość)	5	33,3

* Wymienione sposoby otrzymały po 1 wyborze.

Badana młodzież niepełnosprawna wskazała również jako przeszkodę stosunek osób pełnosprawnych do niepełnosprawnych (9 osób). Najbardziej dotkliwy wydaje się być stosunek rodziców do niepełnosprawnych dzieci przejawiający się postawą nadopiekuńczą (6 osób z 9).

Prawie połowa badanych (7 osób) wskazała na ograniczenia prawne oraz własną nieśmiałość i lęk w pokonywaniu ograniczeń i dążeniu do celów życiowych.

Badani zauważali także inne bariery m.in. wstydlivość, wybuchowość, lenistwo, ale te ograniczenia były podawane sporadycznie.

Poszukiwania badawcze kierowały się także w stronę rodzaju utraty sprawności, a deklaracją celów życiowych. Młodzież niepełnosprawna fizycznie, uczestnicząca w badaniu reprezentowała trzy grupy utraty sprawności: niepełnosprawność wrodzoną lub nabytą we wczesnym dzieciństwie, powolną utratę sprawności oraz nagłą utratę sprawności. W każdej grupie znalazło się 5 osób. Z przeprowadzonej analizy jakościowej wynika, że nie występują wyraźne różnice pomiędzy celami życiowymi i sposobami ich realizacji, a sytuacją utraty sprawności.

3. Zakończenie i wnioski

Otrzymana, po przeanalizowaniu danych, hierarchia celów życiowych młodzieży niepełnosprawnej fizycznie sugeruje, że najważniejszym celem życiowym dla badanych było zdrowie. Cel ten wydaje się być uzasadniony w odniesieniu do badanej grupy, zwłaszcza, iż badana młodzież podkreśliła chęć normalnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie. Ponadto dużą wagę badani przywiązywali do zdobycia wykształcenia i wykonywania pracy zawodowej, znalezienia partnera życiowego i założenia rodziny oraz godnego życia i rozwoju osobistego.

Wyniki niniejszych badań korespondują ze spostrzeżeniami innych autorów. T. Lewowicki stwierdził, że najważniejszymi celami życiowymi dzieci i młodzieży są w kolejności: udane życie rodzinne, praca zawodowa, wiedza i wykształcenie oraz szacunek i uznanie (Lewowicki 1987). Poza zdrowiem, pozostałe cele życiowe młodzieży pełnosprawnej i niepełnosprawnej są wspólne. Stąd można wnioskować, że aspiracje młodzieży niepełnosprawnej fizycznie w niewielkim stopniu różnią się od aspiracji ich zdrowych kolegów. L. Geppertowa wskazała, że różnice występujące między ludźmi niepełnosprawnymi i sprawnymi dotyczą stopnia, a nie jakości (Geppertowa 1966). Do podobnych wniosków w swoich badaniach doszła E. Drozd (1999), badając samoocenę i aspiracje młodzieży pełnosprawnej i niepełnosprawnej zauważyła ona, że zmienne te nie różnią się znacząco w obydwu badanych grupach.

Analiza danych uzyskanych w badaniu młodzieży niepełnosprawnej fizycznie wskazuje, że:

1. Młodzież niepełnosprawna fizycznie biorąca udział w badaniu deklaruje wiele celów życiowych, z których najistotniejsze są: zachowanie i poprawa stanu zdrowia, uzyskanie wykształcenia, podjęcie pracy zawodowej, założenie rodziny oraz rozwój osobisty i godne życie.
2. Badani w zdecydowanej większości starają się czynnie realizować swe zamierzenia poprzez podejmowanie konkretnych działań zmierzających do osiągnięcia postawionych przez siebie celów.
3. Badana młodzież wskazuje, że najczęstszymi barierami i przeszkodami na drodze do realizacji celów życiowych są; własna choroba,

utrudnienia komunikacyjne, osoby pełnosprawne (nadopiekuńczy rodzice) oraz ograniczenia prawne, lęk i nieśmiałość.

4. Sytuacja utraty sprawności nie wpływa na stawiane przez młodzież cele życiowe i sposoby ich realizacji.

Bibliografia

- Adamczak M. (1988), *Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii*. Wyd. UAM, Poznań.
- Drozd E. (1999), Samoocena i aspiracje młodzieży niepełnosprawnej. *Edukacja i dialog*, 2.
- Geppertowa L. (1966), Elementy psychologii dzieci głuchych. [w] L. Wołoszynowa (red). *Materiały do nauczania psychologii*, seria IV, t. IV, PWN, Warszawa.
- Gertsman S. (1969), *Psychologia*. PZWSZ, Warszawa.
- Heszen-Niejodek I. (1990), *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*. PZWL, Warszawa.
- Hilgard E.R. (1967), *Wprowadzenie do psychologii*. PWN, Warszawa.
- International Classification of Functioning, Disability and Health* (2001).
- Kłoskowska A. (1970), Wartości, potrzeby i aspiracje kulturalne małej społeczności miejskiej. *Studia Socjologiczne* 3, s. 5-27.
- Lewowicki T. (1987), *Aspiracje dzieci i młodzieży*. PWN, Warszawa.
- Łobocki M. (1982), *Metody badań pedagogicznych*. PWN, Warszawa.
- Łoś M. (1972), *Aspiracje, a środowisko*. PWN, Warszawa.
- Łukaszewski W. (1974), *Osobowość, struktura i funkcje regulacyjne*. PWN, Warszawa.
- Maslow A. (1990), *Motywacja i osobowość*. Warszawa, PAX.
- Rembowski J. (1986), *Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży*. PWN, Warszawa.
- Shaughnessy J.J., Zechmeister E.B., Zechmeister J.S. (2002). *Metody badawcze w psychologii*. GWP, Gdańsk.
- Siegel A. (1993), *Aspiracje życiowe młodzieży niepełnosprawnej fizycznie i możliwości ich realizacji*. (niepublikowana praca magisterska).
- Sokołowska A. (1967), *Stosunek młodzieży do jej perspektyw życiowych*. PWN, Warszawa.
- Skorny Z. (1980), *Aspiracje młodzieży oraz kierujące nimi prawidłowości*. Ossolineum, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk.
- Zaleski Z. (1991), *Psychologia zachowań celowych*. PWN, Warszawa.

Psychosocial Functioning of Disabled People

Abstract

Crisis, hard life situation, disease, disablement, suffering – these words are connected with fear, pain, faintness, subordination or death. These situations can be under consideration from many points of view, for example philosophical, medical, social or psychological perspective. It seems that the most valued is to take them into account from individual experience of people who are ill or physically disabled.

Disease and physical disability are hard life situation for people. That is why ill and disability are psychological stress situations, which are defined as a transaction between person who experiences and appraises the occurrence, and some factors of environment (surroundings, milieu) that influence situation.

Chronic somatic disease and physical disability touch not only psyche and soma of a man, but also her/his spirituality. Spiritual dimension of human life is often connected to meaning in life in psychological researches.

Results of this study show that physically disabled young people pursue a purpose of their life, especially like education, family planning and finding a job.

II.

KRYZYS W RODZINIE

Ewa Kliza, Małgorzata Klimka*

SWSPiZ w Łodzi

Analiza percepcji pojęcia kryzys w kontekście poczucia koherencji i cech osobowości. Doniesienie z badań

1. Wprowadzenie

Od kilkunastu miesięcy społeczeństwo polskie funkcjonuje we wszechogarniającej rzeczywistości globalnego kryzysu ekonomicznego. Szczególnie media podkreślają trudną sytuację gospodarczą. Na uwagę zasługują informacje dotyczące zagrożeń miejsc pracy, wzrost cen produktów, trudności w realizowaniu potrzeb o podłożu materialnym. Przeciętny Polak najdotkliwiej odczuwa skutki kryzysu przede wszystkim, jako klient banku, pracownik, czy jako obywatel – członek społeczeństwa zależnego od decyzji polityków. Dodatkowym elementem potęgującym w społeczeństwie poczucie kryzysu i związane z nim zagrożenie są przedstawiane – co jakiś czas – wiadomości sugerujące kryzys w aspekcie zdrowia. Wzrost zachorowań na gripę i różne jej odmiany, w tym najgroźniejszą obecnie A/H1N1, powoduje wśród ludzi niepokój o własne zdrowie; o to czy nie dojdzie do pandemii, epidemii, czy firmy farmaceutyczne zdążą przygotować odpowiednią szczepionkę chroniącą nas przed tym wirusem, czy uzyskamy odpowiednią pomoc medyczną w sytuacji, gdy zachorujemy. Kryzys w służbie zdrowia nie nastawia nas pozytywnie ani optymistycznie. Brak środków na ochronę zdrowia, zadłużone i upadające szpitale, strajkujące pielęgniarki i odchodzący z pracy lekarze. Na taką rzeczywistość niewątpliwie ma wpływ globalny kryzys ekonomiczny, który dotyka (pośrednio czy bezpośrednio) każdego z nas. Dla wielu ludzi, zatem kryzys gospodarczy stał się

* Katedra Psychologii Zarządzania i Doradztwa Zawodowego.

synonimem słowa kryzys, a nie jedną z wielu jego odsłon. W umyśle przeciętnego obywatela powoli zaciera się ta różnica i w kategoriach kryzysu przestają już wyodrębniać się takie jego odmiany jak np. kryzys rozwojowy, emocjonalny, intelektualny. Tym samym kryzys gospodarczy staje się czynnikiem sprawczym wszelkich innych typów kryzysu.

W sensie ogólnym, kryzys to zdarzenie nagłe lub narastające, zagrażające życiu, zdrowiu, mieniu lub środowisku człowieka, któremu przeciwstawienie się wymaga sił i środków przekraczających lokalne możliwości. To układ wydarzeń powodujący wzrost zagrożenia na określonym obszarze lub uniemożliwiający normalne funkcjonowanie. Oznacza zmaganie się, decydowanie, walkę, w której konieczne jest działanie pod presją czasu. W ekonomii to okres załamania wzrostu gospodarczego; w medycynie to najcięższy okres w przebiegu choroby (przesilenie). Zatem kryzys objawia się zazwyczaj silnym pogorszeniem sytuacji w danej dziedzinie, w jakiej występuje. Zakłada urazowość i subiektywne konsekwencje urazu w postaci przeżyć negatywnych. Stanowi punkt zwrotny do zmiany na lepsze lub gorsze.

Inspiracją do powstania tego artykułu było przekonanie, że obecny kryzys gospodarczy można określić, jako nową, odrębną kategorię kryzysu psychologicznego. Takie podejście do kryzysu wymaga głębokiej analizy, przygotowania specjalistycznych form oraz strategii interwencji, jak również pomocy ukierunkowanej na tą konkretną sytuację.

Próba określenia, w jaki sposób definiowany jest współcześnie kryzys, były przeprowadzone przez nas w grupie studentów studiów podyplomowych badania, dotyczące percepcji słowa „kryzys” w kontekście poczucia koherencji oraz cech osobowości.

2. Pięcioczynnikowy Model Osobowości

Jedną z najbardziej popularnych koncepcji ujmujących osobowość w kategoriach cech, jest tzw. pięcioczynnikowy model osobowości (PMO) P. Costy i R. Mc Crae (1992)¹. Na jego rzecz przemawia nie tylko

¹ Koncepcja ta stała się szczególnie popularna w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych minionego stulecia. Argumentów na rzecz pięcioczynnikowej struktury zachowania dostarczyły także analizy tzw. swobodnych opisów osobowości (John, 1990).

wzrastająca zgodność wielu badaczy, co do adekwatności takiego opisu osobowości, lecz także prostota modelu. Wymiary Wielkiej Piątki są podstawowe i uniwersalne, dają możliwość wszechstronnego i sensownego opisu osobowości oraz jej interpretacji w zakresie pięciu wielkich domen:

- I. Emocjonalnego zrównoważenia (wymiar neurotyczność – zrównoważenie emocjonalne);
- II. Ogólnej aktywności i kontaktu (wymiar ekstrawersja - introwersja);
- III. Ogólnego odniesienia do świata i nowych doświadczeń (wymiar otwartość na doświadczenie – zamknięcie na doświadczenie).
- IV. Sposobu odniesienia do ludzi (wymiar ugodowość – nieustępliwość);
- V. Sposobu odniesienia do zadań (wymiar sumienność – chaotyczność);

Poniżej (tab. 1) przedstawiamy dwubiegunową charakterystykę czynników (wymiarów) Wielkiej Piątki (*Big Five*). Cechy oceniane dodatkowo w ramach każdego z pięciu głównych czynników:

1. **Neurotyzm:** lęk, agresywna wrogość, depresja, nieśmiałość, impulsywność, nadwrażliwość.
2. **Ekstrawersja:** serdeczność, towarzyskość, asertywność, aktywność, poszukiwanie doznań, emocjonalność pozytywna.
3. **Otwartość na doświadczenia:** wyobraźnia, estetyka, uczucie, działania, pomysły, wartości.
4. **Ugodowość:** zaufanie, prostolinijność, altruizm, uległość, skromność, skłonność do rozczulania się.
5. **Sumienność:** kompetencje, skłonność do porządku, obowiązkowość, dążenie do osiągnięć, samodyscyplina, rozwaga (za Pervin 2002, s. 61; P.T. Costa, Jr., R. R. Mc Crae 1985, 1992).

W Polsce oryginalne badania nad psychologiczną strukturą języka prowadzili Oleś (1994) i Szarota (1995; 1996), a założenia badawcze pięcioczynnikowego modelu osobowości zostały wyczerpująco omówione przez Jarmuża (1994). W najbardziej sformalizowanej psychologicznie postaci model ten został przedstawiony przez Costę i Mc Crae (1992).

Tabela 1. Dwubiegunowa charakterystyka czynników Wielkiej Piątki (*Big Five*)

Cechy osób o niskich wynikach	C z y n n i k i	Cechy osób o wysokich wynikach
Spokojny, rozluźniony, nieemocjonalny, silny, pewny siebie.	NEUROTYZM (N) Ocenie podlega położenie jednostki na wymiarze: dobre przystosowanie vs. niestabilność emocjonalna pozwala wykryć osoby o zaburzeniach psychicznych, irracjonalnych poglądach, wyolbrzymionych pragnieniach i dążeniach, szkodliwych dla siebie reakcjach na sytuacje życiowe.	Lękliwy, nerwowy, emocjonalny, niepewny, hipochondryczny, niezorganizowany.
Powściągliwy, chłodny, stojący na uboczu, zorientowany na sprawę, wycofujący się, cichy.	EKSTRAWERSJA (E) Ocenie podlega jakość i intensywność interakcji międzyludzkich; poziom aktywności; potrzeba stymulacji; zdolność cieszenia się.	Towarzyski, aktywny, rozmowny, zorientowany na ludzi, optymistyczny, lubiący zabawę, uczuciowy.
Konwencjonalny, przyziemny, o wąskich zainteresowaniach, brak zainteresowań artystycznych, nieanalityczny.	OTWARTOŚĆ NA DOŚWIADCZENIA (O) Ocenie podlega aktywne szukanie nowych doświadczeń dla nich samych; tolerancja nieznanego i badanie go.	Ciekawy o szerokich zainteresowaniach, twórczy, oryginalny, z wyobraźnią, nietradycyjny.
Cyniczny, brutalny, podejrzliwy, niechętny do współpracy, mściwy, bezlitosny, łatwo wpadający w złość, intrygant.	UGODOWOŚĆ (U) Ocenie podlega charakter relacji interpersonalnych jednostki na wymiarze: od współczucia do wrogości w uczuciach, myślach i zachowaniach.	Uczuciowy, przyjazny, ufny, pomocny, wybaczący, łatwowierny, bezpośredni.
Niemający celu, niewiarygodny, leniwy, beztroski, niedbały, swobodny, o słabej woli, hedonista.	SUMIENNOŚĆ (S) Ocenie podlega stopień zorganizowania jednostki, upór i motywacja w dążeniu do celu. Osoby wymagające, wiarygodne, na których można polegać, są przeciwstawione ludziom beztroskim, o słabej woli i niedbałym.	Zorganizowany, wiarygodny, pracowity, zdyscyplinowany, punktualny, schludny, ambitny, wytrwały.

Opis osobowości w kategoriach cech lub wymiarów zachowania wykazujących interindywidualną zmienność oraz intraindywidualną czasową i między sytuacyjną stałość, jest traktowany przez badaczy osobowości, jako podstawowy.

3. Poczucie koherencji wg. Aarona Antonovsky'ego

Poczucie koherencji (spójności), jest kluczowym elementem teorii salutogenezy Aarona Antonovsky'ego. W rzeczywistości kryzysu, jaka otacza społeczeństwo od kilkunastu ostatnich miesięcy zasługuje na uwagę, jako koncepcja dotycząca zasobów ludzkiego organizmu, które pomagają jednostce radzić sobie z poczuciem stresu. Antonovsky podkreśla istnienie tendencji do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, jako stałą zdolność organizmu określaną poczuciem koherencji. Na sposób, w jaki człowiek radzi sobie ze stresem wpływa cały szereg czynników, jakimi dysponuje jednostka w walce ze stresem, a mianowicie: zasoby poznawcze, emocjonalne, biologiczne a także społeczne, kulturowe i materialne. Poczucie koherencji zgodnie z koncepcją Antonovsky'ego to: „globalna orientacja człowieka wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:

- a) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny;
- b) ma dostęp do środków, które mu pozwolą sprostać wymaganiom, jakie stawiają te bodźce;
- c) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (Pasikowski 2001, s. 71–87).

Zatem można wnioskować, że poczucie koherencji jest zdolnością, jaką dysponuje człowiek w wykorzystywaniu dostępnych zasobów radzenia sobie ze stresem. Poczucie koherencji w teorii A. Antonovsky'ego określają trzy wymiary:

1. Poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*).
2. Poczucie zaradności (*manageability*).
3. Poczucie sensowności (*meaningfulness*).

3.1. Elementy poczucia koherencji

Zrozumiałość jest poznawczym aspektem poczucia koherencji, który pozwala jednostce na określanie otaczającej rzeczywistości w kategoriach bodźców jasnych, sensownych, uporządkowanych o precyzyjnej, wytłumaczalnej i przewidywalnej strukturze.

Zaradność (sterowalność) określa poczucie kontroli nad zasobami, jakimi człowiek dysponuje. Dotyczy świadomości jednostki, że wszelkie dostępne zasoby, zarówno ze strony jej samej jak i najbliższego otoczenia, będą wystarczające by podjąć działania zmierzające do przezwyciężenia sytuacji trudnej.

Sensowność to emocjonalny komponent poczucia koherencji; stanowi o zdolności człowieka do zaangażowania się w radzenie sobie ze stresem, rozpatrywania sytuacji trudnej poprzez pryzmat wyzwania wartego wysiłku a nie zagrożenia.

Trzy wymienione elementy poczucia koherencji kształtują się na przestrzeni wieku dziecięcego, okresu dojrzewania oraz wczesnej dorosłości. Wachlarz doświadczeń, jaki zdobywa jednostka w tym okresie warunkuje poczucie koherencji osiągnięte w wieku dojrzałym. Oczywiście silnie stresujące wydarzenia mogą mieć wpływ na modyfikację poczucia koherencji u człowieka dorosłego, jednak zgodnie z twierdzeniem Antonovsky'ego, należy je przyjąć, jako cechę względnie trwałą.

Na całokształt poczucia koherencji mają wpływ takie czynniki jak: logiczność, równowaga w zakresie niedociążenie – przeciążenie oraz udział w podejmowaniu decyzji (Koniarek J., Dudek B., Makowska Z. 1993; *Kwestionariusz Orientacji Życiowej...*, s. 491–502).

Logiczność rozumiana jest, jako czynnik, na który wpływ mają doświadczenia spostrzegane przez człowieka, jako: stałe, stabilne, zrozumiałe i przewidywalne; zatem wszystkie te wydarzenia, które pojawiały się w sposób konsekwentny i wynikały z uprzednich działań. Logiczność w funkcjonowaniu jednostki kształtuje czynnik określany przez Antonovsky'ego, jako zrozumiałość. **Niedociążenie – przeciążenie** dotyczy przede wszystkim możliwości poznawczych, intelektualnych, emocjonalnych czy fizycznych, które wykorzystywane są w radzeniu sobie z wydarzeniami dnia codziennego. Wymagania stawiane przez środowisko determinują ocenę ich przez człowieka, jako takie, którym można sprostać bądź nie. Skrajne wartości na kontinuum przeciążenie – niedociążenie obniżają poczucie koherencji. Wysokie poczucie koherencji kształtują natomiast sytuacje wymagające optymalnego, bądź nieco podwyższonego poziomu zaangażowania jednostki. Lekkie przeciążenie sprzyja kształtowaniu się zaradności (sterowalności). **Poczucie partycypacji w procesie podejmowania decyzji** to element kształtujący poczu-

cie sensowności. Możliwość uczestniczenia w procesie decyzyjnym, wpływ na całokształt realizowanego zadania, współodpowiedzialność za konsekwencje podejmowanego przedsięwzięcia rozwijają poczucie koherencji w aspekcie sensowności.

4. Metodologia badań własnych

Przedmiotem naszych zainteresowań badawczych był kryzys i to jak jest on spostrzegany przez współczesnego człowieka. Chciałyśmy dokonać analizy percepcji pojęcia kryzys w kontekście poczucia koherencji oraz cech osobowości.

4.1. Problem badawczy

Podstawowym pytaniem było to, jak aktualnie jest rozumiany i spostrzegany kryzys? Czy w kontekście ostatnich wydarzeń związanych z globalnym kryzysem ekonomicznym, kryzysem w aspekcie zdrowia (wzrostem zachorowań na gripę A/H1N1), kryzysem w służbie zdrowia, polityce i innymi kryzysami psychologicznymi, emocjonalnymi, tożsamościowymi – współczesny, dorosły człowiek postrzega siebie jak osobę funkcjonującą w szeroko pojętym kryzysie? Czy cechy osobowości takie jak: ekstrawersja, neurotyczność, otwartość, ugodowość, sumienność mają związek z doświadczaniem i spostrzeganiem kryzysu, jak również siebie samego, jako człowieka w kryzysie? Czy może ogólne poczucie koherencji (rozumiałość, zaradność, sensowność) ma wpływ na to jak spostrzegamy kryzys i siebie w kryzysie? Czy istnieje zależność między cechami osobowości a ogólnym poczuciem spójności (koherencji)? Te pytania, chęć uzyskania na nie odpowiedzi, jak również czysta ciekawość poznawcza skłoniły nas do przeprowadzenia badań.

4.2. Metody badawcze

Zastosowałyśmy trzy metody badawcze:

1. Autorską ankietę dotyczącą percepcji pojęcia kryzys.
2. Kwestionariusz Orientacji Życiowej **SoC** (Sense of Coherence Scale) Aarona Antonovsky'ego.

3. Inwentarz Osobowości NEO – FFI Costy i Mc Crae; w polskiej adaptacji B. Zawadzkiego, J. Strelaua, P. Szczepaniaka i M. Śliwińskiej (1998).

Ankieta dotycząca percepcji pojęcia kryzys

Na potrzeby przeprowadzenia badań, skonstruowana została przez nas autorska ankieta. Zawiera ona podstawowe pytania o płeć, wiek, zawód oraz dwa pytania badawcze: pierwsze dotyczące tego jak badani rozumieją pojęcie kryzys (skojarzenia, próba definicji) i drugie pytanie – czy badani czują się obecnie jak człowiek w kryzysie. Analiza odpowiedzi badanych na powyższe pytania pozwoliła nam przyjrzeć się bliżej postrzeganiu kryzysu przez ankietowanych oraz dokonać analizy w kontekście poczucia koherencji i wymiarów osobowości.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej SoC (Sense of Coherence Scale) A. Antonovsky’ego

Kwestionariusz SoC opracowany w 1983 roku przez Aarona Antonovsky’ego, służy do mierzenia poziomu poczucia koherencji człowieka. W ostatecznej, obecnie stosowanej postaci składa się z 29 pytań, do których badany ustosunkowuje się na siedmiopunktowej skali. Poczucie koherencji mierzone jest w oparciu o trzy wymiary odpowiadające trzem czynnikom określonym przez autora koncepcji, jako:

- **Zrozumiałość** (11 pytań),
- **Zaradność** (10 pytań),
- **Sensowność** (8 pytań).

Polska adaptacja Kwestionariusza Orientacji Życiowej (*Sense of Coherence Scale*) przygotowana została w Zakładzie Psychologii Pracy IMP w Łodzi przez Jerzego Koniarkę, Bohdana Dudkę i Zofię Makowską.

Inwentarz Osobowości NEO – FFI Costy i Mc Crae

Kwestionariusz ten służy do pomiaru (oszacowania) pięciu wymiarów osobowości – podstawowych cech osobowości. Cała metoda składa się z 60 stwierdzeń o charakterze samoopisowym, których prawdziwość w stosunku do własnej osoby badany ocenia na pięciostopniowej skali. Pozycje kwestionariusza tworzą pięć skal mierzących podstawowe cechy osobowości:

- **Neurotyczność (N)**. Cecha osobowości odzwierciedlająca przystosowanie emocjonalne *versus* emocjonalne niezrównoważenie – podatność na doświadczanie negatywnych emocji, takich jak strach, zmie-

szanie, niezadowolenie, gniew, poczucie winy oraz wrażliwość na stres psychologiczny.

- **Ekstrawersja (E).** Cecha osobowości charakteryzująca jakość i ilość interakcji społecznych oraz poziom aktywności, energii i zdolność do odczuwania pozytywnych emocji.
- **Otwartość na doświadczenia (O).** Cecha osobowości opisująca tendencję jednostki do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, tolerancję na nowość i ciekawość poznawczą.
- **Ugodowość (U).** Cecha osobowości opisująca pozytywne *versus* negatywne nastawienie do innych ludzi, interpersonalną orientację przejawiającą się w altruizmie *versus* antagonizmie, doświadczanych w uczuciach, myślach i działaniu.
- **Sumienność (S).** Cecha osobowości charakteryzująca stopień zorganizowania, wytrwałości i motywacji jednostki w działaniach zorientowanych na cel; opisująca stosunek człowieka do pracy.

Wyniki uzyskiwane przez badanych oblicza się oddzielnie dla każdej ze skal zgodnie z kluczem. Po obliczeniu wyników surowych przekształca się je na wyniki znormalizowane (steny). Przyjmuje się, że wyniki znajdujące się w granicach od 1 do 4 stena to wyniki niskie, natomiast wyniki od 7 do 10 stena to wyniki wysokie.

4.3. Grupa badawcza

Badania przeprowadziłyśmy we wrześniu 2009 roku, w grupie nauczycieli przedmiotów zawodowych – studentów pierwszego semestru studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu „Nowoczesny nauczyciel przedmiotów zawodowych” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego².

Byli to studenci podyplomowi – nauczyciele i przyszli nauczyciele, z którymi prowadziłyśmy zajęcia z psychologii w ramach w/w studiów podyplomowych. Ostatecznie grupę badawczą stanowiło 36 osób: 19 kobiet i 17 mężczyzn w wieku 26–63 lat. Studenci byli podzieleni odgórnie na dwie grupy: grupę I – tworzyli „ekonomiści” (w większości osoby

² Działanie 3.3 Poprawa jakości kształcenia, Poddziałanie 3.3.2 „Efektywny system kształcenia i doskonalenia nauczycieli” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

z wykształceniem wyższym ekonomicznym), natomiast grupa II – to „informatycy” (w większości informatycy i inżynierowie). Tabela 2 i 3 przedstawia szczegółową charakterystykę osób badanych.

Tabela 2. Grupa badawcza – płeć

Grupa I – „Ekonomiści”		Grupa II - „Informatycy”	
Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
14	3	5	14
Razem: 17 osób		Razem: 19 osób	

Źródło: oprac. na podstawie uzyskanych danych.

Tabela 3. Grupa badawcza – wiek

Wiek	Grupa I – „Ekonomiści”	Grupa II - „Informatycy”
26–30	9	6
31–40	6	7
41–50	2	2
51–63	–	4

Źródło: oprac. na podstawie uzyskanych danych.

Wśród osób przez nas badanych było 19 kobiet i 17 mężczyzn, przy czym zdecydowanie więcej kobiet było w grupie „ekonomistów”, natomiast mężczyźni zdecydowanie przeważali w grupie „informatyków”. Wiek badanych był bardzo zróżnicowany: od 26–63 lat. Najwięcej było osób do 40 roku życia (28 osób). Powyżej 40 roku życia było zaledwie 8 osób (2 w grupie „ekonomistów” i 6 w grupie „informatyków”).

Jeżeli chodzi o wykształcenie badanych, to wszyscy posiadali dyplom ukończenia studiów wyższych; prezentowali natomiast różne zawody. W grupie „ekonomistów”: 8 osób – to faktycznie ekonomiści, poza tym 2 księgowe, 2 nauczycieli, 2 specjalistów ds. sprzedaży, 1 specjalista ds. rachunkowości, 1 doradca zawodowy oraz 1 menager. W grupie „informatyków”: 10 osób – to informatycy (w tym informatycy – graficy), 2 elektrotechników, 2 inżynierów mechaników, 1 inżynier elektryk, 1 inżynier budowlany, 1 inżynier inżynierii środowiska, 1 technolog żywności oraz 1 geodeta.

5. Wyniki badań

Badani zostali poinformowani o celu i przebiegu spotkania. Każdy uczestnik otrzymał komplet składający się z dwu kwestionariuszy (NEO – FFI i Skali SoC) oraz ankiety dotyczącej kryzysu. Czas udzielania odpowiedzi był nieograniczony. Wszyscy jednak wypełnili kwestionariusze w przeciągu 40 minut.

5.1. Percepcja kryzysu

Analiza odpowiedzi na pytanie „Czy czuje się obecnie Pan/Pani – jak człowiek w kryzysie? Ankietowani w pierwszej kolejności odpowiadali na dwa kluczowe pytania; jedno dotyczyło tego jak rozumieją pojęcie kryzys, a drugie – czy czują się obecnie jak człowiek w kryzysie.

Analizę odpowiedzi zacznę od pytania drugiego. Zdecydowana większość uznała, że nie czuje się jak „człowiek w kryzysie” (por. tabela 4). W grupie „ekonomistów” w ten sposób odpowiedziało 11 ankietowanych, a w grupie „informatyków” – 15 osób. W uzasadnieniu „ekonomiści”, m.in. podawali:

- „Mam pracę, posiadam środki na utrzymanie rodziny”;
- „Informacje, które dostarczają media są dla mnie abstrakcją. Słyszę o kryzysie – nie czuję kryzysu”;
- „Oczywiście, że nie! Nie jestem osobą, która nie dałaby sobie rady w różnych sytuacjach” (K, 26 l.);
- „Mam dobrą pracę, więc mogę realizować podjęte wcześniej decyzje w sposób zamierzony i bez problemu”.

Tabela 4. Analiza ilościowa odpowiedzi badanych na pytanie „Czy czuje się obecnie Pan/Pani – jak człowiek w kryzysie?”

Udzielone odpowiedzi	Grupa I – „Ekonomiści”	Grupa II - „Informatycy”
NIE	11	15
TAK/NIE	3	3
TAK	3	1

Źródło: oprac. własne na podstawie uzyskanych danych.

W grupie „informatyków”, w uzasadnieniu odpowiedzi przeczących, na pytanie „Czy czuje się obecnie Pan/Pani – jak człowiek w kryzysie?” m.in. podawano:

- „Nie. Jednak moje życie jest uzależnione od zewnętrznych ekonomicznych i gospodarczych czynników” (M, 53 l.);
- „Obecnie bardzo nagłaśniany jest temat tzw. kryzysu. Mojej osoby nie dotyczy” (M, 41 l);
- „Nie mogę powiedzieć, że czuję się jak człowiek w kryzysie. No chyba, że uwzględnię to, że mój stan majątkowy nie powiększył się od 1,5 roku – a wcześniej łatwiej było cokolwiek zaoszczędzić”(M, 34 l);
- „Mimo wielu trudności staram się szukać elementów pozytywnych w moim życiu, a frustrację wygaszam więzami rodzinnymi” (M, 26 l);
- „Kryzys nie dotknął bezpośrednio mnie ani członków mojej najbliższej rodziny, ale na pewno nie czuję się dobrze w takiej sytuacji. Patrząc dookoła na ludzi, którzy żyją obok nas stwierdzam, że nasze życie nie jest godne. Denerwuje mnie to, że nie mogę wiele zrobić, aby pomóc innym” (K, 34 l);
- „Nie czuję się jak człowiek w kryzysie, gdyż obecna moja sytuacja materialna jest zadowalająca, a sytuacja emocjonalna jest ustabilizowana już od dłuższego czasu” (M, 41 l).

Zaledwie 4 osoby odpowiedziały twierdząco na pytanie „Czy czuje się obecnie Pan/Pani jak człowiek w kryzysie?” – bez uzasadnienia lub jako uzasadnienie podając:

- „Brak perspektywy rozwoju własnych życiowych celów i dążeń uważam za własny kryzys, który częściowo spowodowany jest złą sytuacją na rynku pracy”(K, 29 l. – ekonomistka);
- „Czuje się wykorzystywany przez pewne elity polityczne – nie zawsze uczciwe” (M, 55 l. – inżynier mechanik).

Kilka osób udzieliło w połowie odpowiedzi twierdzących a w połowie przeczących, tzn. „tak i nie”, bądź też „raczej nie” uzasadniając je następująco:

- „Zależy, co mamy na uwadze. Jeżeli chodzi o kryzys w gospodarce – jest on odczuwalny również w moim domu, ale nie można dać się zwariować. Nawet w ciężkich chwilach można znaleźć w sobie, w swoim otoczeniu pozytywne cechy, które motywują nas do dalszego działania” (K, 26 l. – informatyk);
- „Raczej nie; jako człowiek, który wychodzi z kryzysu i jest na nowej, dorosłej drodze” (K, 27 l.);

- „Tak, ale tylko czasami”;
- „Nie - jeśli chodzi o kryzys ekonomiczny. Tak – jeśli chodzi o kryzys psychologiczny. Czuję się bezsilna wobec pewnych sytuacji życiowych, które mnie dotyczą, a sama nie mogę ich zmienić, nie mam na to wpływu” (K, 34 l. ekonomistka);
- „Ogólnie rzecz biorąc to nie, choć zdarzają się chwile jakichś kryzysów poszczególnych. Najbardziej chyba odczuwalny – to kryzys czasu”(K, 28 l. – specjalista ds. sprzedaży).

Analiza percepcji pojęcia kryzys

Kluczowe pytanie naszej ankiety dotyczyło tego, jak badani rozumieją kryzys. Można było w odpowiedzi podać własną definicję lub kilka skojarzeń dotyczących tego pojęcia. Analiza poszczególnych odpowiedzi doprowadziła nas do interesujących wniosków z tych obserwacji. Mianowicie „ekonomiści” – znacznie częściej niż „informatycy” – pojęcie *kryzys* rozumieli i rozpatrywali nie tylko w kontekście kryzysu gospodarczego, ale również, jako kryzys psychologiczny (emocjonalny). „Informatycy” natomiast rzadziej kojarzyli pojęcie *kryzys* z kryzysem psychologicznym. W tej grupie utożsamiano go przede wszystkim z gospodarką i ewentualnie polityką, rzadziej z psychiką (czy emocjami). Częściej też dla „informatyków” *kryzys* – to po prostu wymysł mediów. Prawdopodobnie wynika to z faktu, iż w grupie ekonomistów zdecydowanie przeważały kobiety, natomiast w grupie informatyków – mężczyźni.

Tabela 5. Analiza ilościowa odpowiedzi badanych na pytanie „Jak rozumie Pan/Pani pojęcie kryzys?”³

Udzielone odpowiedzi (uogólnione definicje)	Grupa I – „Ekonomiści”	Grupa II – „Informatycy”
Jako kryzys gospodarczy	11	14
Jako kryzys psychologiczny	11	6
Inne skojarzenia	2	5

Źródło: oprac. własne na podstawie uzyskanych danych.

³ Ilości uzyskanych odpowiedzi nie można odnieść do ilości ankietowanych osób, gdyż niektórzy badani podawali więcej niż jedną definicję (kilka różnych znaczeń pojęcia kryzys).

Analizując szczegółowo odpowiedzi badanych, można odnieść wrażenie, że choć subiektywnie, to jednak precyzyjnie postrzegają i rozumieją oni pojęcie kryzysu.

Analiza percepcji pojęcia kryzys w grupie „ekonomistów” na kilku wybranych przykładach odpowiedzi udzielonych przez badanych;

a) kryzys w ujęciu gospodarczym:

- „Kryzys rozumiem, jako niekorzystną sytuację na rynku gospodarczym; związany z bezrobociem, spadkiem wynagrodzenia, bądź nie wypłaceniem go; wysokimi cenami - to sytuacja stresująca zarówno dla pracownika jak i pracodawcy”;
- „Sytuacja gospodarcza polegająca na zachwianiu równowagi pieniądza znajdującego się na rynku” (K, 36 l. – księgowa);
- „Kryzys – pogarszający stan w gospodarce krajowej, której konsekwencje są bardzo przykre dla społeczeństwa”;
- „Wzrost bezrobocia, wzrost zapotrzebowania na pomoc socjalną, spowolnienie rozwoju w gospodarce”;
- „Niedostatek, bieda, brak pracy”;

b) kryzys w ujęciu ogólnym:

- „Kryzys rozumiem, jako brak czegoś; sytuację, w której coś (rodzina, szkoła, rynek itp.) nie funkcjonuje prawidłowo, nie ma odpowiednich warunków, aby się rozwijać, ztraca swoje znaczenie czy funkcje”;
- „Sytuacja, w której następuje pewne załamanie, zmiana dotychczas istniejącej struktury na gorszą”;
- „Sytuacja trudna, stan, w którym istnieją trudne do przezwyciężenia sytuacje ekonomiczne, jak również psychologiczne; brak dostępu, lub utrudniony dostęp do podstawowych środków do życia”;

c) kryzys w ujęciu psychologicznym:

- „Kryzys może być tymczasową negatywną emocją, spowodowaną np. konfliktem w pracy, zmęczeniem, brakiem pieniędzy - czyli nie do końca zależną od nas”;
- „Negatywne emocje, które kierują człowiekiem”;
- „Kryzys – załamanie, upadek, bezradność, szarość, bezsilność, osamotnienie, problem, pesymizm, choroba, brak rozwiązań: „martwy” czas, okres”;
- „Kojarzy się negatywnie, z sytuacją trudną, emocjonalnie wyczerpującą, z popadaniem w dół i wychodzeniem z kryzysu, z sytuacji patowej. Kry-

zys, czyli coś poniżej normy – sytuacja działająca destrukcyjnie, sprawiająca trudności”;

- *„Poczucie bezsilności, dotyczy sytuacji, na które człowiek nie ma wpływu, lub znajduje się w tak głębokiej depresji, że nie ma siły by dokonać zmian”;*

d) inne skojarzenia:

- *„Uważam, że jest to słowo nadużywane i często służy do manipulacji innymi, lub umożliwia wycofanie się ze zobowiązań”;*
- *„Kryzys jest strachem; napiętowanie przez polityków”;*

Analiza percepcji pojęcia kryzys w grupie „informatyków”, na kilku wybranych przykładach odpowiedzi udzielonych przez badanych;

a) kryzys w ujęciu gospodarczym:

- *„Kryzys w obecnym czasie najbardziej kojarzy się z gospodarką. Wiąże się ze stratami, zwolnieniami w firmach, spowolnieniem gospodarczym, oszczędzaniem i czekaniem na jego koniec”;*
- *„Krach, bieda, brak perspektyw, zastój, przeinwestowanie, nasycenie rynku”;*
- *„Kryzys kojarzy mi się z rynkiem pracy. Jest to sytuacja przykra i niekomfortowa. Kojarzy mi się również z życiem codziennym, robieniem zakupów, kiedy to każdy tydzień powoduje, że z portfela znikają coraz większe kwoty”;*
- *„Osłabienie gospodarki, kłopoty finansowe, problemy z zatrudnieniem, obniżenie dochodów, negatywne nastawienie ludzi związane ze zwiększeniem bezrobocia i perspektywą utraty pracy”;*
- *„Ogólnie niepokój o przyszłość, o byt; pogorszenie sytuacji materialnej, większe bezrobocie”;*

b) kryzys w ujęciu ogólnym:

- *„Kryzys jest przeciwieństwem prawidłowego przebiegu jakiegoś procesu. Kryzys finansowy, kryzys zaufania, kryzys gospodarczy”;*

c) kryzys w ujęciu psychologicznym:

- *„Czarne myśli, świat w szarych kolorach, nic się nie udaje, po co żyć”;*
- *„Stan emocjonalny, negatywny, z towarzyszącym uczuciem przygnębienia i frustracji, pojawiający się w wyniku przykrych wydarzeń, często z przyczyn finansowych, zawodowych, bądź uczuciowych”;*
- *„Złe samopoczucie, problemy ze zdrowiem, problemy rodzinne, brak pracy – środków do życia”;*

d) inne skojarzenia:

- „Skojarzenie 1929, 2008, China crisis. To stan w historii, stosunkach międzyludzkich, który objawia się drastyczną zmianą warunków egzystencjalnych lub emocjonalnych”;
- „Pojęcie względne, wywołane obecnym systemem politycznym, służące - jako przykrywa dla społeczeństwa; dla brudnych, egoistycznych i finansowych spekulacji, pewnej grupy bardzo wysoko postawionych ludzi lub polityki wielkich mocarstw (państw)”;
- „TVN 24, manipulacja, sinusoida”;
- „Wymysł mediów”.

5.2. Percepcja kryzysu a cechy osobowości

Wyniki uzyskane z badania kwestionariuszem NEO-FFI świadczą o stosunkowo niskiej neurotyczności badanych osób (zarówno w grupie ekonomistów, jak i informatyków), wysokiej ekstrawersji, przeciętnej otwartości na doświadczenie oraz przeciętnej ugodowości. Jednak w skali sumienności ekonomiści uzyskali wyższy wynik (średnia $M = 7,24$) niż informatycy (średnia $M = 5,79$). Wskazywałoby to na wyższy stopień zorganizowania, większą wiarygodność, wytrwałość i pracowitość w grupie badanych ekonomistów w porównaniu z grupą informatyków (por. tab. 6).

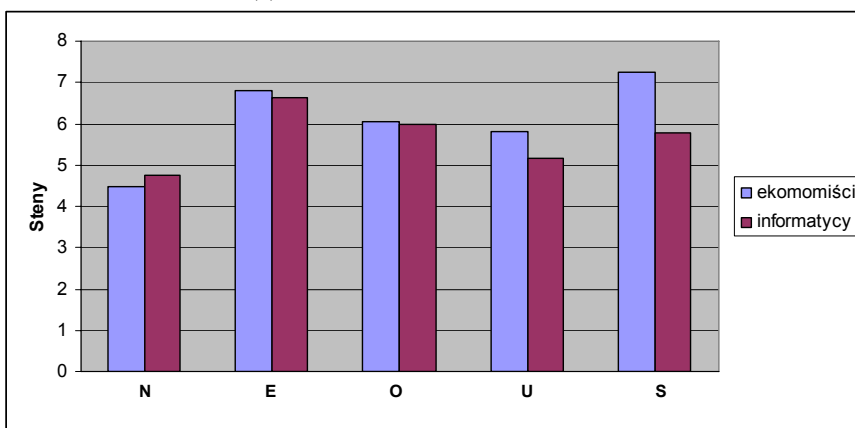
Być może to właśnie sumienność sprawiła, że ekonomiści bardziej wnikliwie definiowali kryzys i potrafili postrzegać go nie tylko w aspekcie gospodarczym, ale również w aspekcie psychologicznym. To podobieństwo badanych grup w kontekście czterech pierwszych czynników Wielkiej Piątki może świadczyć o pewnej dojrzałości poszczególnych osób. Jako przyszli nauczyciele powinni oni charakteryzować się dojrzałą osobowością. Dobrym predykatorem z całą pewnością będzie tutaj niska neurotyczność, czyli zrównoważenie, stabilność emocjonalna.

Tabela 6. Statystyki opisowe skal kwestionariusza NEO-FFI w grupie badanych ekonomistów (N = 17) oraz informatyków (N = 19)

Skale NEO-FFI	Statystyki opisowe							
	Minimum		Maksimum		Średnia (M)		Odchylenie standardowe (SD)	
	ek.	inf.	ek.	inf.	ek.	inf.	ek.	inf.
Neurotyczność	2	1	7	9	4,47	4,74	1,875	2,156
Ekstrawersja	3	1	9	9	6,82	6,63	1,704	2,290
Otwartość	3	1	10	10	6,06	6,00	1,952	2,809
Ugodowość	3	2	9	9	5,82	5,16	1,811	1,740
Sumienność	4	3	10	9	7,24	5,79	1,678	1,873

Źródło: oprac. własne na podstawie uzyskanych danych.

Wykres 1. Średnie wyniki stenowe uzyskane przez badanych w skalach: Neurotyczności (N), Ekstrawersji (E), Otwartości (O), Ugodowości (U) i Sumienności (S) Kwestionariusza NEO-FFI



Źródło: oprac. własne na podstawie uzyskanych danych.

5.3. Percepcja kryzysu a poczucie koherencji

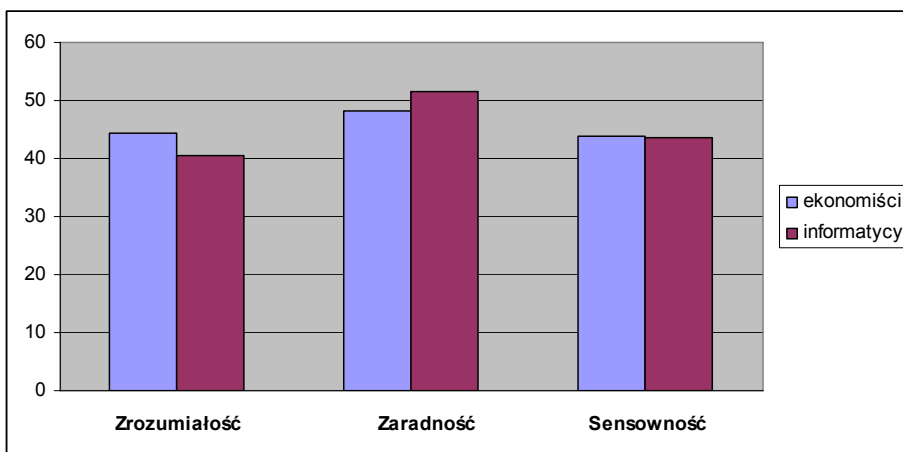
Dane opisowe dotyczące poczucia koherencji wskazują na dość wysoką spójność badanych. Wyniki uzyskane w obydwu grupach świadczą o wysokim poczuciu koherencji. Wartości skali zrozumiałości oscylują wokół wyników średnich zarówno w grupie ekonomistów jak i informatyków.

Tabela 7. Statystyki opisowe skal kwestionariusza SOC w grupie badanych ekonomistów (N=17) oraz informatyków (N=19)

Skale SOC	Statystyki opisowe							
	Minimum		Maksimum		Średnia (M)		Odchylenie standardowe (SD)	
	ekono.	info.	ekono.	info.	ekono.	info.	ekono.	info.
Zrozumiałość	28	18	58	55	44,24	40,58	9,087	9,389
Zaradność	38	37	64	64	48,24	51,58	7,023	8,559
Sensowność	35	32	53	55	43,88	43,63	5,207	6,422

Źródło: oprac. własne na podstawie uzyskanych danych.

Wykres 2. Rozkłady wyników uzyskane przez badanych w poszczególnych skalach Kwestionariusza SoC



Źródło: oprac. własne na podstawie uzyskanych danych

Podobnie w przypadku zaradności, gdzie wyniki badanych nieco przekraczają centrum skali. Zarówno badani informatycy jak i ekonomiści przedstawiali również wysoki poziom poczucia sensowności. Wysoki wynik w tej skali może świadczyć o pewnej dojrzałości badanych i ich odporności na stres. Może też – w jakiejś mierze – oznaczać satysfakcję z wykonywanej pracy oraz świadomość wpływu na swoją ścieżkę kariery, co by uzasadniało decyzję dotyczącą kształcenia w ramach studiów podyplomowych. Jednak nie możemy tego z całą pewnością powiedzieć, gdyż badanie motywów podjęcia studiów podyplomowych przez badanych nie

było naszym celem. Osoby przez nas badane w znacznej mierze deklarowały, że nie spostrzegają siebie, jako „człowieka w kryzysie”. Może to wynikać właśnie z dojrzałości i stosunkowo wysokiego poczucia koherencji. Podawane przez nich definicje kryzysu były również precyzyjne i kojarzone bardziej z kryzysem gospodarczym niż psychologicznym.

5.4. Analiza korelacji zmiennych

Z analizy współczynników korelacji⁴ poszczególnych zmiennych wynika, że w obydwu grupach badanych - zarówno w grupie ekonomistów, jak i informatyków - między wymiarami osobowości (Neurotycznością, Ekstrawersją, Otwartością, Ugodowością oraz Sumiennością) a poszczególnymi wymiarami poczucia koherencji (Zrozumiałością, Zaradnością i Sensownością) występuje kilka interesujących (istotnych statystycznie) zależności.

Z całą pewnością można powiedzieć, że na ogólne poczucie koherencji wpływa zrównoważenie emocjonalne (niska neurotyczność). Zaobserwowano korelacje ujemne pomiędzy wymiarem Neurotyczności (N) a skalami - Zrozumiałości, Zaradności i Sensowności - mierzącymi poczucie koherencji. Najsilniejsze (istotne statystycznie) zależności wystąpiły między stabilnością emocjonalną a zrozumiałością (w obydwu grupach badanych) oraz między stabilnością emocjonalną a zaradnością w grupie informatyków (por. tabela 8 i 9).

Oznacza to, że emocjonalny spokój, opanowanie, pewność siebie (ogólnie niska neurotyczność) pozwala na adekwatne spostrzeganie rzeczywistości i potencjalnych zagrożeń w sposób ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny (w kontekście poczucia koherencji). Niewątpliwie zrównoważenie emocjonalne jest cechą świadczącą o dobrym przystosowaniu jednostki do otoczenia i przyczyniającą się do efektywnego radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych czy kryzysowych.

Poczucie koherencji zależy również od poziomu ekstrawersji. Wszystkie korelacje w kontekście tego czynnika osobowości były dodatnie, przy czym w grupie ekonomistów nie były one istotne statystycznie.

⁴ Korelacja Pearsona.

Tabela 8. Korelacje zmiennych (skal kwestionariusza NEO-FFI oraz skal SoC) w grupie ekonomistów (N = 17)

Zmienne	N	E	O	U	S	Zrozumia- łość	Zarad- ność	Sen- sowność
N	–							
E	–,540*	–						
O	,043	,135	–					
U	,155	–,071	–,015	–				
S	–,176	,452	–,310	,508*	–			
Zrozumiałość	–,649**	,410	–,085	,318	,332	–		
Zaradność	–,336	,291	–,220	,328	,616**	,716**	–	
Sensowność	–,256	,181	–,128	,627**	,712**	,653**	,732**	–

* Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie)

** Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie)

Tabela 9. Korelacje zmiennych (skal kwestionariusza NEO-FFI oraz skal SoC) w grupie informatyków (N=19)

Zmienne	N	E	O	U	S	Zrozumia- łość	Zarad- ność	Sen- sowność
N	–							
E	–,606**	–						
O	–,367	,415	–					
U	–,255	,169	–,057	–				
S	,151	,175	–,074	–,194	–			
Zrozumia- łość	–,478*	,305	,023	,592**	,077	–		
Zaradność	–,554*	,680**	,092	,456*	,105	,401	–	
Sensowność	–,268	,515*	,188	,274	,409	,281	,602**	–

* Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie)

** Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie)

Zaobserwowano natomiast dwie istotne statystycznie korelacje w grupie informatyków między Ekstrawersją (E) a skalami Zaradności i Sensowności. Zatem można przypuszczać, że im wyższy poziom ogólnej aktywności, towarzyskości, tym większe przekonanie o poradzeniu sobie w trudnych, kryzysowych sytuacjach. Wynika to prawdopodobnie z tego, że ekstrawertycy przejawiają ogólnie większą energię i optymizm życio-

wy, które wpływają na spostrzeganie sytuacji trudnych w kategoriach wymagań wartych wysiłku i zaangażowania. Tym samym można powiedzieć, że to właśnie radość i życiowy optymizm ekstrawertyków przyczynia się do ich ogólnego poczucia spójności; wpływa na podejmowanie działania oraz kreowanie własnego życia (w aspekcie sprawstwa).

Wydawać by się mogło, że otwartość jednostki na doświadczenie (O), tolerancja nieznanego czy aktywne szukanie nowych doświadczeń powinna wpływać na ogólne poczucie koherencji. Jednak w naszych badaniach nie zaobserwowaliśmy żadnych istotnych statystycznie korelacji między wymiarami poczucia koherencji, a otwartością na doświadczenie (O). Co ciekawe w grupie badanych ekonomistów te zależności były ujemne, natomiast w grupie informatyków dodatnie. Prawdopodobnie wynika to z tego, że badani charakteryzowali się przeciętną otwartością na doświadczenie. Trudno jest to w sposób jednoznaczny zinterpretować, gdyż naszą grupę badawczą stanowili studenci podyplomowi, potencjalni nauczyciele przedmiotów zawodowych. Zatem już samo podjęcie przez nich nauki w ramach studiów podyplomowych powinno wynikać – w jakimś stopniu – z otwartości na doświadczenie(!) Być może motywy wyboru studiów podyplomowych tych osób były bardziej zróżnicowane – jednak nie stanowiły one przedmiotu naszych szczególnych analiz.

Zaobserwowaliśmy natomiast dodatnie i istotne statystycznie korelacje między ugodowością (U) a poczuciem sensowności (w grupie ekonomistów), oraz między ugodowością a poczuciem zrozumiałości i zaradności (w grupie informatyków). Jednym słowem ugodowość w znaczący sposób przyczynia się do ogólnego poczucia koherencji. Zatem można stwierdzić, że pozytywne relacje interpersonalne wpływają bezpośrednio na poczucie koherencji jednostki, tym samym na jej zdrowie i sposób radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Podobnie, jeśli chodzi o Sumienność (S). Między tym czynnikiem, a wymiarami poczucia koherencji zaobserwowano korelacje dodatnie. Tym samym można powiedzieć, że pracowitość, zaangażowanie i zdyscyplinowanie w dążeniu do celu, czyli właśnie sumienność, wpływa na ogólną spójność jednostki, na poczucie koherencji. Silne i istotne statystycznie korelacje zaobserwowaliśmy między sumiennością (S), a zaradnością i sensownością w grupie ekonomistów (por. tabela 8).

6. Wnioski

Podjęty temat dotyczący analizy percepcji pojęcia kryzys w odniesieniu do wymiarów osobowości oraz poczucia koherencji, pozwolił nam na wyciągnięcie interesujących wniosków. Współcześnie kryzys jest utożsamiany przede wszystkim z globalnym kryzysem ekonomicznym. Ewentualne jego odmiany czy przejawy takie, jak kryzys psychologiczny (obniżenie nastroju, smutek, złość) wynikają w głównej mierze z utraty pracy czy braku perspektyw. Niewątpliwie na spostrzeganie siebie, jako człowieka w kryzysie ma wpływ osobowość i poziom jej dojrzałości. Przeprowadzone przez nas badania wykazały, że takie cechy jak zrównoważenie emocjonalne, ekstrawersja czy sumienność (pracowitość) wpływają pozytywnie na ogólne poczucie koherencji (spójności). Zatem można wnioskować, że im jednostka jest bardziej dojrzała emocjonalnie, osobowościowo – tym bardziej adekwatnie spostrzega sytuacje trudne i lepiej sobie z nimi radzi.

Niewątpliwie znaczenie miał tutaj dobór grupy badawczej, którą stanowili studenci studiów podyplomowych – nauczyciele i przyszli nauczyciele. To, w jaki sposób badani spostrzegali i definiowali kryzys wynikało z ich dojrzałości emocjonalnej, poznawczej. Warto zatem sprawdzić postawione przez nas założenia w odniesieniu do innych grup badawczych np. młodzieży uczącej się, osób bezrobotnych, przedsiębiorców małych i średnich firm czy innych. Dopiero w kontekście przekrojowych badań i większej liczby uczestniczących w nich osób, można byłoby dokonać rzeczywiście wnikliwej analizy. *„Kryzys jest (...) szansą na znalezienie zagubionego sensu życia czy też odnalezienie jego piękna i wartości. Jest również szansą rozwoju osobowości. Kryzys można traktować, jako gorzką męczącą lekcję życia, która pozwala na wyszukanie nowych sposobów zmagania się z trudnymi problemami. Każdy kryzys może spowodować zmiany i rozwój, gdy zostanie przezwyciężony w pozytywny sposób, a właściwe przejście przez kryzys nie może nigdy polegać na powrocie do stanu dnia wczorajszego, bo to jest niemożliwe choćby z tego względu, że staje się bogatszy w nowe doświadczenia. A jutrzejszy dzień może być zawsze lepszy, bardziej twórczy, otwierający przede mną nowe horyzonty, których nigdy bym nie ujrzał, gdyby nie przejście przez kryzys”* (Pilecka, s. 201). Do adekwatnego spo-

strzegania sytuacji trudnych i przezwyciężenia kryzysu potrzebna jest siła, odwaga, odpowiednia konstelacja cech osobowości. Niezbędna jest również wiara w to, że będzie lepiej.

Bibliografia

- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Rozdz. 2. *Koncepcja poczucia koherencji*. Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii Warszawa.
- Brzeziński J. (1996), *Metodologia badań psychologicznych*. PWN, Warszawa.
- Costa P.T., Mc Crae R.R. (1992), *NEO-PI-R. Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa FL.
- Jarmuż S. (1994), *Metodologiczne problemy związane z weryfikacją modelu „Wielkiej Piątki”*. *Przegląd Psychologiczny*, 37, ss. 195–203.
- Jarmuż S. (1998), *Zastosowanie modelu „Wielkiej Piątki” w doborze i ocenie personelu*. [w:] S. Witkowski (red.) *Nowoczesne metody doboru i oceny personelu*. Wyd. Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków, ss. 158–177.
- John O.P. (1990), *The „Big five” factor taxonomy. Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires*. [w:] L.A. Pervin (red.) *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z., (1993), *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky’ego*. *Przegląd Psychologiczny*, ss. 491–502.
- Mądrzycki T. (1996), *Osobowość*. GWP, Gdańsk.
- Pasikowski T. (2001), *Struktura i funkcje poczucia koherencji: analiza teoretyczna i empiryczna weryfikacja*. [w:] Sęk H., Pasikowski T. (red.). *Zdrowie – Stres – Zasoby*. Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań ss.71–87.
- Pervin L. A. (2002), *Psychologia osobowości*. GWP, Gdańsk.
- Pilecka B. (2004), *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Strelau J. (2000), *Psychologia – podręcznik akademicki*. T. II, Gdańsk, GWP.
- Szarota P. (1995), *Polska lista przymiotnikowa: narzędzie do diagnozy pięciu wielkich czynników osobowości*, „*Studia psychologiczne*”, t. 33, ss. 227–255.
- Szarota P. (1995), *Taksonomia przymiotników służących do opisu człowieka jako test trafności pięcioczynnikowego modelu osobowości*. [nie publikowana praca doktorska] Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Świątnicki K. (1994), *Zarys konfiguracyjnej teorii osobowości*. *Przegląd Psychologiczny*, t. XXVII, nr 1 – 2, ss. 33–50.
- Włodawiec B. (1998); *Bilans emocjonalny, poczucie koherencji i nasilenie destrukcyjnych skryptów charakterystycznych dla współzależnienia u słuchaczy Studium Pomocy Psychologicznej*, IPZ, Warszawa.

Zawadzki B., Szczepaniak P., Strelau J. (1995) *Diagnoza psychometryczna Pięciu Wielkich Czynników Osobowości: adaptacja kwestionariusza NEO – FFI Costy i Mc Crae do warunków polskich*. „*Studia Psychologiczne*”, t. 39, z. 1–2, ss.189–226.

Abstract

Nowadays crisis is a well-known, universal phenomenon. First of all, mass media stress the existence of a global economic crisis. From the point of view of the individual, this is one of many crises which could impinge on the evolution of other types, such as emotional crisis, crisis of health or crisis of identity. In this context we can ask: Do individuals perceive this phenomenon in the same way and also understand the meaning of the word “crisis” in the same way? Is the perception of crisis conditioned by the features of personality, or does it perhaps result from the general feeling of coherence? Our research was an attempt to answer the above-mentioned questions. It was carried out by a group of post-graduate students - future professional teachers.

The conviction that the global economic crisis can be defined as a new and separate category of psychological crisis was the inspiration for this article. Such an approach to the crisis requires in-depth analysis, preparation of specialized methods and strategies of intervention and also preparation of methods of help in this particular situation.

Marzena Jankowska

KOMILITON Trening i Rozwój

Hardiness jako narzędzie wspomagające radzenie sobie w sytuacji kryzysowej – przegląd badań

1. Wprowadzenie

Od dwudziestu lat jesteśmy w naszym kraju świadkami zjawisk determinowanych przez światowe megatrendy. Wciąż jeszcze doświadczamy konsekwencji niedawnej transformacji ustrojowej, mierzymy się z szeroko pojętymi procesami globalizacyjnymi, a w ciągu ostatniego roku sytuację jeszcze bardziej komplikuje ogólnoświatowy kryzys gospodarczy. Owe wpływy wyraźnie przejawiają się w funkcjonowaniu człowieka w sytuacji pracy. Współuczestnictwo przedsiębiorstw w procesach restrukturyzacji, dehierarchizacji, decentralizacji władzy, zmian strategii, a nierzadko dywersyfikacji głównego przedmiotu działania firmy, to codzienność pracowników zatrudnionych w każdej, pragnącej utrzymać się na konkurencyjnym rynku organizacji. Jednym z najbardziej niekorzystnych z punktu widzenia pracownika procesów jest stałe dążenie do obniżki kosztów, realizowane przez redukcję zatrudnienia lub przydzielanie nowych, dodatkowych zadań. Prowadzi to do narastania niepewności, wzmacnianej dewaluacją „tradycyjnego” kontraktu społecznego pomiędzy pracodawcą a pracownikiem, w ramach którego za wysokie kwalifikacje i solidną pracę należy się godziwa zapłata i pewność zatrudnienia [Koźmiński 2008]. Jeden ze współczesnych filozofów Peter Sloterdijk konstatuje, iż to właśnie ze względu na wyczerpanie się formuły kapitalizmu poprzez zniszczenie tradycyjnych warto-

ści pracy, nie możemy liczyć na to, iż zakończenie obecnego kryzysu przyniesie nową jakość, lepszą postać kapitalizmu, że cokolwiek uda się uleczyć – możemy liczyć jedynie na kolejną zapaść lub w najlepszym przypadku – łagodzenie nieprzyjemnych objawów. Zasygnalizowane czynniki sprawiają, że praca w wielu miejscach staje silnie stresująca i może być źródłem wielu kryzysów.

Kryzys jest pojęciem szerokim i różnie definiowanym w psychologii. W większości definicji można jednak odnaleźć przynajmniej dwa wspólne elementy. Pierwszym z nich jest fakt wystąpienia pewnej specyficznej sytuacji lub wydarzenia. Drugim, podkreślanym przez większość badaczy [Caplan 1964, Girland i James, 2008] jest pojawienie się subiektywnej reakcji, która jest istotą kryzysu, a nie sama sytuacja lub wydarzenie jako takie. Subiektywna reakcja wyraża się w specyficznym dla podmiotu postrzeganiu sytuacji (aspekt poznawczy) i reakcji emocjonalnej (aspekt afektywny), które stanowią podstawę dalszych zachowań (aspekt behawioralny). W modelu poznawczym podkreśla się, że w kryzysie osoba zwykle postrzega wydarzenia w kategoriach pogwałcenia jej wartości, zagrożenia, utraty lub kombinacji tych przekonań, a odzyskanie kontroli nad swoim życiem jest efektem zmiany sposobu oceny sytuacji, pozbycia się irracjonalnych i destrukcyjnych myśli i poszukiwania istoty wydarzeń [Ellis 1962].

Kryzys to skomplikowany fenomen, zarówno w obszarze etiologii jak i obrazu klinicznego. Na jego powstanie nakłada się wiele czynników intrapsychicznych, relacyjnych oraz środowiskowych, natomiast jego przeżywanie dotyczy wszystkich obszarów funkcjonowania podmiotu. Wśród cech kryzysu jako zjawiska Girland i James (2008) wymieniają między innymi: obecność zarówno zagrożenia, jak i szansy, konieczność wyboru, uniwersalność i idiosynkratyczność. Kryzys jest zagrożeniem, ponieważ może prowadzić do patologicznych zachowań, ale jest także okazją do samorozwoju. Autorzy opisują trzy możliwe reakcje na sytuację kryzysu:

- 1) samodzielne poradzenie sobie i samorozwój,
- 2) przezwyciężenie kryzysu z wyparciem raniących uczuć,
- 3) załamanie psychiczne i niezdolność do dalszego normalnego egzystowania [tamże, ss. 33–34].

Jednym z elementów konstytuujących kryzys jest wystąpienie zmiany, która wymaga podjęcia decyzji. Z greckiego *krisis* oznacza przesilenie, moment przełomowy, punkt zwrotny, który niesie ze sobą konieczność wyboru. Stwarza to sytuację, w której „nie podejmowanie decyzji” jest podjęciem decyzji o pozostaniu biernym, co zwykle skutkuje negatywnymi, destrukcyjnymi dla jednostki skutkami. Jakikolwiek zaś świadomy krok na przód jest szansą wzrostu i prowokuje do ustanowienia celu i skonstruowania planu działania. Autorzy opisują kryzys jako zjawisko uniwersalne uzasadniając, iż z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że w określonych okolicznościach nikt nie jest całkowicie odporny na zaburzenie homeostazy, z drugiej jednak strony idiosynkratyczny wymiar kryzysu wskazuje, że ludzie reagują w sposób wyjątkowy będąc w podobnej sytuacji (w zależności od sposobu postrzegania czy dostępnych zasobów) [tamże].

Człowiek okresu ponowoczesnego znajduje się w takim położeniu, w którym zmienność staje się cechą charakterystyczną jego egzystencji. Już nie tylko treść zmian, ich zasięg i głębokość jest przyczyną powstawania kryzysu, ale często samo tempo, z jakim następują stwarzając dla wielu osób sytuację, w której brak jest jakichkolwiek skutecznych, sprawdzonych metod działania i radzenia sobie. Kluczem do przetrwania staje się więc umiejętne, nieustanne dostosowywanie się. W tym kontekście interesująca wydaje się być koncepcja twardości psychicznej (*hardiness*), rozpatrywana jako narzędzie efektywnego radzenia sobie z trudnymi sytuacjami generowanymi przez zmiany, poprzez przewartościowanie i zmianę sposobu postrzegania sytuacji oraz podjęcie adekwatnych działań zaradczych (koncentrowanie się na rozwiązywaniu problemu, korzystanie ze wsparcia społecznego).

2. Historia powstania koncepcji twardości (*hardiness*)

Koncepcja została opisana po raz pierwszy 1979 roku przez Suzane Kobasa. Jej powstanie było efektem wniosków, jakie autorka wyciągnęła z analizy wyników longitudinalnych badań przeprowadzonych na grupie 450 menedżerów amerykańskiej korporacji Illinois Bell Telephone będącej częścią American Telephone and Telegraph. Badania rozpoczęto

w 1975 r. i trwały one nieprzerwanie przez 12 lat. Wzięto w nich pod uwagę m.in. poziom odczuwanego stresu, zmienne osobowościowe, ocenę wyników pracy oraz wyniki badań medycznych. W roku 1981 nastąpiła restrukturyzacja zakładu pracy, wymuszona wprowadzeniem przepisów antymonopolowych po trwającym cztery lata procesie, w którym AT&T zostało oskarżone o praktyki monopolowe (w 1974 r.). W niespełna rok IBT zmniejszyło zatrudnienie pracowników z 26 000 do 14 000. Dla organizacji była to sytuacja poważnego kryzysu, w którym na menedżerów spadła odpowiedzialność przeprowadzenia koniecznych zmian (m.in. zwalnianie swoich podwładnych), przy jednoczesnym naciśku na nieprzerwane wprowadzanie nowych technologii i profesjonalną obsługę klienta. Dwie trzecie osób z próby w wyniku doświadczania silnego stresu ujawniły pogorszenie stanu zdrowia (zawał serca, nowotwór, zaburzenia psychiczne). Zanotowano także takie zaburzenia zachowania i inne negatywne konsekwencje, jak zachowanie agresywne, absencja czy rozwody. Jednak stan zdrowia jednej trzeciej grupy pozostał nienaruszony (subiektywnie – w własnej ocenie, ja i obiektywnie – w wynikach badań medycznych), co więcej osoby te odniosły różnorakie korzyści osobiste (np. awans, założenie własnej działalności gospodarczej po utracie pracy). Analiza badań wykazała, że osoby z pierwszej grupy wyróżniało silne zaangażowanie w pracę, wewnętrzne umiejscowienie kontroli oraz zadaniowe podejście do pojawiających się problemów i zmian. Taką konstelację właściwości autorka nazwała twardością (*hardiness*), opisując trzy zmienne jako 3Cs: zaangażowanie (*commitment*), kontrolę (*control*) i wyzwanie (*challenge*).

Od roku 1979 przeprowadzono wiele badań na całym świecie, które potwierdziły buforujący wpływ twardości psychicznej na zdrowie w sytuacji kryzysu lub silnego stresu [Cox, Ferguson 1991], ale też wzbudziły wiele wątpliwości [Draft 1999, Funk 1992].

3. Opis konstruktów

Twardość jest określana jako poznawczo-emocjonalny zespół trzech cech, które wyznaczają osobową odporność na stres. Po 30 latach badań wydaje się być rozsądną miarą zdrowia psychicznego. Potwierdzono

między innymi, że osoby o wysokim poziomie twardości rzadziej zapadają na choroby somatyczne [por. Conrada 1989, Funk 1992, Wiebe 1991], częściej korzystają w sposób konstruktywny ze wsparcia społecznego [por. Ganellen, Blaney 1984, Kobasa, Puccetti 1983], wykazują wyższy poziom optymizmu [Scheier, Carver 1987], słabiej odczuwają stres [Topf 1989], stosują więcej konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem [Funk 1992], są mniej wypalone zawodowo [Topf 1989]

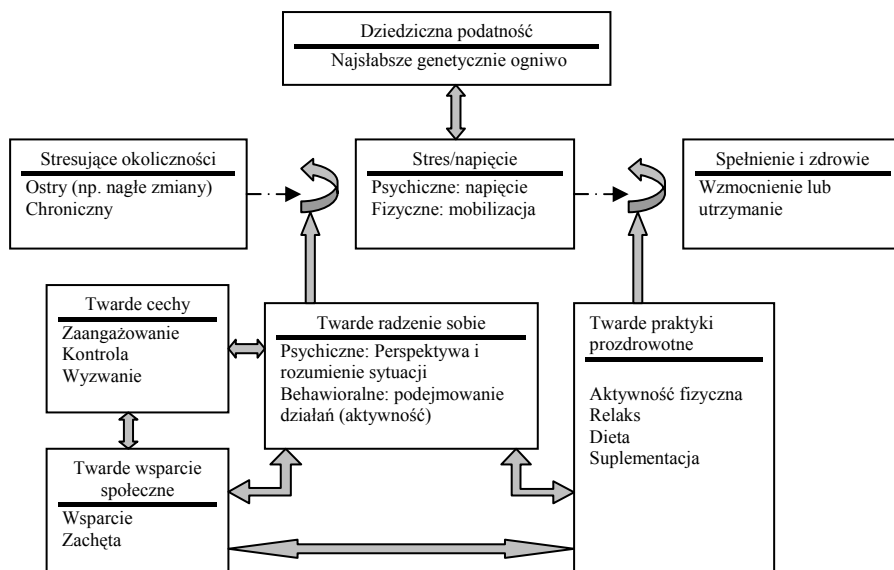
Hardiness buforuje efekt przeżywania stresu na zdrowie prawdopodobnie poprzez tendencję do postrzegania różnych okoliczności jako mniej stresujących, podejmowania efektywnych sposobów radzenia sobie oraz większej dbałości o własne zdrowie [Madi 2006].

Obecny model twardości bierze pod uwagę zarówno czynniki zmienne, jak i stałe i został przedstawiany na rysunku 1.

Sytuacje ostrego, jak i chronicznego stresu, są przyczyną pobudzenia organizmu na poziomie psychicznym i fizycznym. Gdy napięcie zwiększa się lub trwa zbyt długo, zdrowie (dobrostan) podmiotu zostaje zagrożone. Załamanie zdrowia pojawiają się wzdłuż linii indywidualnej, dziedziczonej podatności na choroby i zaburzenia, czyli mocno upraszczając – w najsłabszych genetycznie punktach organizmu. Buforujący efekt twardości psychicznej u osób o wysokim poziomie zaangażowania, poczucia kontroli i otwartości na wyzwania, polega na uruchamianiu „twardych wzorców reagowania”, czyli korzystaniu ze wsparcia społecznego, radzenia sobie skoncentrowanego na problemie i zaangażowania w efektywne dbanie o siebie (*self-care*). W tym procesie stres i napięcie zostają zredukowane, co ma pozytywny wpływ na utrzymanie dobrostanu psychofizycznego.

Autor modelu zwraca uwagę, że występowanie korzystnej konstelacji 3Cs tworzy swoisty „zestaw odwagi i motywacji” (*courage and motivation*), który jest niezbędny do wystąpienia efektu ochronnego, jako że transformacyjne (skoncentrowane na rozwiązywaniu problemu) radzenie sobie, umożliwiające przewartościowanie sytuacji i zamianę zagrożenia w szansę rozwoju, jest znacznie trudniejsze od strategii polegających na zaprzeczaniu i unikaniu lub skoncentrowanych na emocjach [tamże].

Rysunek 1. Model zależności pomiędzy twardością psychiczną i zdrowiem



Źródło: za Maddi 2006.

Charakterystyczne dla twardości aspekty wzrostu i rozwoju, to: efektywność w radzeniu sobie z trudnymi zadaniami, podejmowanie roli lidera, bycie kreatywnym, zwiększanie świadomości i rozwijanie mądrości życiowej, unikanie łamania przyjętych zasad. W odniesieniu do zdrowia, wysoki poziom twardości psychicznej prowadzi do poczucia zadowolenia i entuzjazmu zmniejszając prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń fizjologicznych (*wear and tear*) takich jak nadciśnienie, otyłość, nowotwór, choroba Alzheimera oraz psychicznych (depresja, zaburzenia lękowe) [tamże].

4. Przegląd badań

Twardość a wypalenie zawodowe

Jednym z obszarów, w których w USA prowadzone są chętnie badania dotyczące *hardiness*, jest sektor ochrony zdrowia. Jego pracownicy (*healthcare providers*) to grupa szczególnie narażona na pojawienie się syndromu wypalenia zawodowego. Straty instytucji zajmujących się

ochroną zdrowia, spowodowane pojawieniem się u personelu jego objawów szacuje się w Stanach Zjednoczonych na 30 000 do 60 000\$ na osobę w zależności od jej pozycji zawodowej [Belegen 2004], a ogólne koszty związane ze skutkami stresu, takimi jak absencja, spadek produktywności, koszty leczenia, roszczenia kompensacyjne czy ubezpieczenia wynoszą od ok. 4,2 do 60 miliardów dolarów w skali roku [Benton 2000]. Pojawia się więc kluczowe pytanie – jak zapobiegać dramatycznym skutkom stresu? Jak wspierać pracowników w wychodzeniu z syndromu wypalenia zawodowego [Maslach 1978].

Przeprowadzono wiele badań dotyczących zależności między twardością psychiczną a stresem i wypaleniem zawodowym spowodowanym wyczerpującą opieką nad chorymi [Judkins 2004, Judkins 2007, Rowe, Michelle 1998, Rodney 2000]. Wyniki nie są jednak jednoznaczne.

Część badań potwierdza, że szkolenia wzmacniające twardość psychiczną i uczące radzenia sobie ze stresem pomagają ludziom lepiej radzić sobie z zawodowymi stresorami. Grupy, jakie były brane pod uwagę w USA to m.in. pracownicy biura ochrony rządu, służby zdrowia, oświaty i prawnicy. Nie wiadomo jednak czy podobne kursy powodują długoterminowe zmiany zachowania w zakresie konstruktywnego radzenia sobie u osób zagrożonych kryzysem wypalenia zawodowego. Interesujące badania przeprowadziła w tym zakresie M. Rowe [1999]. W pierwszym eksperymencie, poproszono pracowników *healthcare providers* o wypełnienie kwestionariuszy dotyczących twardości (Cognitive Hardiness Scale, CHS) [Nowack 1989], stresu, lęku, strategii radzenia sobie oraz wypalenia zawodowego. Następnie zaproponowano im wzięcie udziału w „treningu radzenia sobie ze stresem w pracy”. Do dalszej części wylosowano 25% z tych, którzy wyrazili zainteresowanie szkoleniem i podzielono na dwie grupy – eksperymentalną i kontrolną. Grupa eksperymentalna wzięła udział w sześciotygodniowym treningu, spotykając się na 1,5 godziny raz w tygodniu, w którym szczególną uwagę przykładano do rozwijania adaptacyjnych sposobów radzenia sobie (transformacyjny sposób radzenia sobie w koncepcji hardiness). Po jego zakończeniu zanotowano znaczące różnice w zakresie zmniejszenia nasilenia wypalenia zawodowego. Grupa kontrolna pozostała bez zmian. Zainteresowania badaczy koncentrowały się jednak na trwałości zmian, dlatego też zaprojektowano drugi eksperyment, do którego zaproszono

325 pracowników ochrony zdrowia, m.in. pielęgniarki, laborantów, chirurgów, pracowników administracji, psychologów, pracowników społecznych i edukatorów, którzy przepracowali zawodowo przynajmniej 1 rok. W badaniach wzięto pod uwagę zmienne demograficzne, poziom twardości (Cognitive Hardiness Scale CHS), negatywny afekt, nasilenie stresu, wypalenie zawodowe oraz strategie radzenia sobie ze stresem. Spośród uczestników 197 wyraziło chęć wzięcia udziału w „treningu radzenia sobie ze stresem w pracy”, z czego 65% (126) wylosowano do dalszego etapu i podzielono na trzy grupy: Eksperymentalna 1 (42 osoby), Eksperymentalna 2 (42) (Refresher) i Kontrolna (42). Grupa Eksperymentalna I (Eksp.1) wzięła udział w sześciotygodniowym szkoleniu w takiej samej formie jak w badaniu wstępnym (90 minutowe spotkania raz w tygodniu), natomiast grupa Eksperymentalna II (Eksp.II) oprócz szkolenia brała udział w jednogodzinnych „odświeżających” sesjach po 5, 11 i 17 miesiącach. Grupa kontrolna nie brała udziału w szkoleniu.

Sześciotygodniowy trening koncentrował się na wzmacnianiu twardości psychicznej poprzez rozwijanie umiejętności adekwatnego wyboru strategii radzenia sobie – skoncentrowanych na problemie, gdy możliwe jest znalezienie rozwiązania lub skoncentrowanych na emocjach, gdy rozstrzygnięcie problemu nie jest możliwe, a także poprzez sprawne korzystanie ze wsparcia społecznego: emocjonalnego i instrumentalnego.

W pierwszym etapie podjęto próbę oceny czy szkolenie może zmniejszyć zakres, w jakim uczestnicy doświadczają wypalenia zawodowego. Wszystkie trzy grupy wypełniły pre-test (w tym samym czasie) i post-testy mierzące poziom wypalenia (Maslach Burnout Inventory MBI), w tych samych odcinkach czasowych, tj. po 6 i 12 miesiącach oraz po 2 latach.

W celu oszacowania istotności wpływu treningu na trzy wymiary wypalenia: Wyczerpanie emocjonalne, Depersonalizację i Obniżone poczucie dokonań osobistych między trzema grupami, zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji. Analiza nie wykazała istotnych różnic pomiędzy trzema grupami w pre-teście w zakresie trzech elementów składowych wypalenia.

W odniesieniu do Wyczerpania emocjonalnego wykazano istotne różnice w grupie Eksp. I i II (Refresher) w badaniu przeprowadzonym po 2 miesiącach [$F(2,117) = 3,75, p < .05$] i po 6 miesiącach [$F(2,116) = 4,34, p < .05$] w porównaniu z grupą kontrolną. Po jednym roku [$F(2,115) = 7,46,$

$p<.001$] i po 2 latach [$F(2,15)=21,72$, $p<.001$] wyniki Grupy Eksp. II (Refresher) były istotnie niższe od wyników grupy kontrolnej po 6 miesiącach. W analizach wzięto również pod uwagę czas jako zmienną i odnotowano istotne różnice w wynikach wyczerpania emocjonalnego w grupie Eksp. I: istotny spadek wyczerpania pomiędzy pre-testem a 2 miesiącem ($p<.001$), pomiędzy pre-testem a 6 miesiącem ($p<.001$), oraz istotny wzrost wyczerpania pomiędzy 2 miesiącem a 1 rokiem ($p<.001$), 2 miesiącem a 2 rokiem ($p<.001$), 6 miesiącem a 1 rokiem ($p<.001$) i 6 miesiącem a 2 rokiem ($p<.001$). W Grupie Eksp. II (Refresher) natomiast wykazano istotny spadek wyczerpania pomiędzy pre-testem a badaniem przeprowadzonym po 2 miesiącach ($p<.001$), po 6 miesiącach ($p<.001$), po 1 roku ($p<.001$), po 2 latach ($p<.001$), pomiędzy badaniem przeprowadzonym po 2 miesiącach i po 1 roku ($p<.001$), po 2 miesiącach i 2 latach ($p<.001$), oraz pomiędzy badaniem po 1 roku i 2 latach ($p<.001$). W grupie Kontrolnej nie wystąpiły istotne różnice w wynikach w czasie.

W zakresie Depersonalizacji przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji (dla pre-testu, po 2 i 6 miesiącach, po 1 roku i po 2 latach). Nie wystąpiły istotne różnice pomiędzy trzema grupami w pre-teście, po 2 miesiącach, po 6 miesiącach i 2 latach. Wyniki Grupy Eksp. II okazały się istotnie niższe po 1 roku ($p<.01$) od wyników grupy Eksp. I i Kontrolnej po 6 miesiącach (wyniki grupy Eksp. I i Kontrolnej nie różniły się między sobą). Wieloczynnikowa analiza wariancji, w której została wzięta pod uwagę zmienna czasu, wykazała brak istotnych różnic pomiędzy wynikami w pre-teście, badaniem po 2 miesiącach i po roku we wszystkich grupach. Po 6 miesiącach ($p<.05$) wyniki grupy kontrolnej były istotnie wyższe niż w Grupie Eksp. II (Refresher). Po 1 roku wyniki grupy Refresher były istotnie niższe od wyników odnotowanych po 6 miesiącach ($p<.01$) w pozostałych dwóch grupach. Testy wykazały istotny spadek wyników Depersonalizacji w tej grupie pomiędzy pre-testem a badaniem po 6 miesiącach ($p<.05$) i pomiędzy pre-testem a 1 rokiem ($p<.05$).

Jednoczynnikowa analiza wariancji przeprowadzona na zmiennej Obniżonego poczucia dokonania osobistych nie wykazała istotnych różnic pomiędzy grupami w pre-teście. Po 2 miesiącach [$F(2,117)=3,86$, $p<.05$] i po 6 miesiącach [$F(2,116)=4,48$, $p<.05$], wyniki grupy Eksp. I i Refresher były istotnie niższe od wyników w grupie Kontrolnej. Po 1 roku [$F(2,115)=18,34$, $p<.001$] i po 2 latach [$F(2,115)=23,73$, $p<.001$] wyniki

w grupie Refresher były istotnie niższe niż w grupie Eksp.I i Kontrolnej (których wyniki nie różniły się między sobą). Wieloczynnikowa analiza wariancji, w której wzięty został pod uwagę upływ czasu, wykazała istotne różnice pomiędzy wynikami grupy kontrolnej i pozostałymi dwoma grupami, a po 1 roku ($p < .001$) i po 2 latach ($p < .001$) wyniki grupy Refresher były istotnie niższe od wyników grupy Eksp.I i Kontrolnej. W grupie Eksp.I zanotowano istotne różnice w zakresie obniżonego poczucia dokonań osobistych, w wynikach pomiędzy pre-testem i po 2 miesiącach ($p < .001$), pomiędzy 2 miesiącem i 1 rokiem ($p < .001$), pomiędzy 2 miesiącem i 2 rokiem ($p < .001$), pomiędzy 6 miesiącem i 1 rokiem ($p < .001$) oraz pomiędzy 6 miesiącem a 2 rokiem ($p < .001$). W grupie Refresher zanotowano istotne różnice w czasie pomiędzy pre-testem i 2 miesiącem ($p < .001$), pomiędzy pre-testem i 2 rokiem ($p < .001$), pomiędzy 2 miesiącem i 1 rokiem ($p < .05$), pomiędzy 2 miesiącem i 2 rokiem ($p < .001$), pomiędzy 6 miesiącem i 1 rokiem ($p < .001$), pomiędzy 6 miesiącem i 2 rokiem ($p < .001$) oraz pomiędzy 1 rokiem a 2 rokiem ($p < .001$). W grupie kontrolnej nie wystąpiły istotne różnice w pomiarach pomiędzy poszczególnymi odcinkami czasu.

Podsumowując: wyniki Emocjonalnego wyczerpania i Obniżonego poczucia dokonań osobistych w dwóch eksperymentalnych grupach, po 2 miesiącach i po 6 miesiącach były istotnie niższe niż w grupie Kontrolnej. W badaniach longitudinalnych wykazano istotny spadek wyników w zakresie Wyczerpania emocjonalnego i Obniżonego poczucia dokonań osobistych w grupie Refresher, nawet po upływie 1 roku i po 2 latach od treningu, podczas gdy grupa Eksp.I, która nie brała udziału w sesjach „odświeżających” nie różniła się istotnie po upływie takiego samego czasu od grupy kontrolnej, w zakresie powyższych podwymiarów wypalenia.

Można więc stwierdzić, że pozytywne rezultaty samego sześciotygodniowego treningu utrzymywały się ok. 6 miesięcy. Jak podkreślają autorzy, wyników tych nie można jednak generalizować na populację *healthcare providers* z kilku przyczyn. Po pierwsze badania dotyczyły okręgu filadelfijskiego, gdzie w czasie prowadzenia badań toczyły się poważne zmiany, które w sposób istotny mogły podnieść poziom stresu przeżywanego przez pracowników ochrony zdrowia. Po drugie w treningach uczestniczyli ochotnicy, których poziom motywacji i zaangażowania w zmianę mógł być wyższy od nie-ochotników. Można przypuszczać, że

to właśnie grupa osób, która nie wyraziła zainteresowania treningiem, ma większe zapotrzebowanie na podobną interwencję. Po trzecie w badaniach nie wzięto pod uwagę różnic socjoekonomicznych i płciowych, które mogą mieć wpływ na preferowane sposoby radzenia sobie ze stresem i wypaleniem [House 1986].

Tabela 1. Wyniki badań wypalenia zawodowego dla trzech grup w odstępach czasu

Grupa	Prestest	2 mies.	6 mies.	1 rok	2 lata
WYCZERPANIE EMOCJONALNE					
Eksperymentalna I					
M	25,92	23,20	23,48	25,93	25,87
SD	4,39	4,04	3,95	4,52	4,44
Eksperymentalna II (Refresher)					
M	25,60	23,53	22,60	21,87	19,38
SD	4,75	4,09	4,60	5,33	4,67
Kontrolna					
M	26,10	25,60	25,49	25,67	25,38
SD	4,69	4,60	4,79	5,70	5,41
DEPERSONALIZACJA					
Eksperymentalna I					
M	7,38	6,95	7,00	7,77	7,58
SD	3,86	3,13	2,35	2,01	2,12
Eksperymentalna II (Refresher)					
M	7,40	6,73	6,15	5,95	6,87
SD	3,46	2,84	2,47	2,26	2,47
Kontrolna					
M	7,35	7,30	7,56	7,79	7,49
SD	3,50	3,41	3,43	3,35	3,39
OBNIŻONE POCZUCIE DOKONAŃ OSOBISTYCH					
Eksperymentalna I					
M	37,95	35,10	35,72	37,72	27,67
SD	3,75	3,96	3,90	3,81	4,05
Eksperymentalna II (Refresher)					
M	37,65	35,33	34,40	33,87	31,21
SD	4,21	3,86	4,36	4,98	4,61
Kontrolna					
M	37,90	37,38	37,26	37,46	37,03
SD	4,34	4,28	4,45	5,31	5,04

Źródło: na podstawie Rowe, 1999.

Mediacyjnego efektu twardości psychicznej pomiędzy stresem a wypaleniem zawodowym nie udało się potwierdzić w badaniu przeprowadzonym na próbie 264 pracowników służby zdrowia trzech uniwersytetów i sześciu szpitali. Autorzy za podstawę teoretyczną wypalenia zawodowego podobnie jak w wyżej opisanym badaniu przyjęli definicję Maslach [1978], w której wypalenie jest określane mianem zespołu Wyczerpania emocjonalnego, Depersonalizacji i Obniżonego poczucia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób narażonych na chroniczną emocjonalną presję spowodowaną zaangażowaniem w specyficzne relacje z innymi ludźmi (np. podopiecznymi). Celem analizy było określenie związku pomiędzy twardością, stresem, negatywnym afektem, lękiem a wypaleniem. Twardość była badana za pomocą Cognitive Hardiness Scale (CHS) [Nowack 1990] natomiast wypalenie zawodowe – Maslach Burnout Inventory (MBI). Grupa została podzielona na trzy podgrupy ze względu na poziom hardiness (niski – poniżej 1/3 wyników, średni i wysoki – powyżej 1/3 wyników), a następnie wyniki każdej z trzech grup osobno były korelowane z wynikami w teście wypalenia zawodowego i stresu. Teoretycznie zakładano, że wyniki w grupie osób o niskim poziomie hardiness będą wysoko skorelowane z wypaleniem i stresem, a nieistotna statystycznie będzie korelacja w grupie osób o wysokim poziomie hardiness. Okazało się, że we wszystkich trzech grupach wystąpiła istotna korelacja pomiędzy twardością a ogólnym wynikiem w teście mierzącym poziom wypalenia. Twardość okazała się więc nie być istotnym statystycznie predyktorem wypalenia zawodowego. Wielokrotna analiza regresji przeprowadzona osobno na każdym z wymiarów wypalenia zawodowego wykazała, że najlepszym predyktorem dla Wyczerpania emocjonalnego ($b=.52$, $p<.001$) i Depersonalizacji ($b=.36$, $p<.001$) jest stres, podczas gdy zmiennymi najlepiej przewidywanymi Obniżone poczucie własnych dokonań okazały się lęk ($b=.32$, $p<.001$) i wiek ($b=-.12$, $p<.05$).

Twardość a układ odpornościowy

Ciekawym, choć jeszcze słabo eksplorowanym kierunkiem badań nad twardością jest psychoneuroimmunologia. W początkowych badaniach koncentrujących się na zależnościach pomiędzy zmiennymi psychologicznymi a odpowiedzią układu immunologicznego w kontekście kryzysu życiowego (np. zachorowanie na reumatoidalne zapalenie sta-

wów, zarażenie wirusem HIV), badacze [Okun 1998, Levy 1989], przyjęli tezę, że osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli, zaangażowane w wydarzenia i związki z ludźmi we własnym środowisku oraz postrzegające zmiany jako wyzwania, pozostają zdrowsze od osób z poczuciem braku wpływu na swoje życie, wyalienowanych i postrzegających zmiany jako zagrażające [Kobasa 1979]. W jednym z wyjaśnień tej hipotezy przyjmuje się, iż osoby z wysoką twardością napotykać podobne potencjalnie stresujące zdarzenia, jak osoby z niską twardością, oceniają je jako mniej stresujące [Rhodewalt, Zone 1989]. Dotychczas zebrane, dzięki nowym technikom molekularnym i farmakologicznym, dane z zakresu psychoneuroimmunologii potwierdzają, że stan umysłu, w jakim pozostaje człowiek, może w sposób znaczący wpływać na działanie układu immunologicznego i pozostawanie w stanie zdrowia lub szybkiego powrotu do zdrowia [Sheridan, Radmacher 1998, Sternberg, Gold 2002].

Badania dotyczące związku poziomu twardości z odpornością organizmu przyniosły jednak także niespójne rezultaty. Część z nich potwierdziła istotne korelacje pomiędzy wysokim poziomem twardości (wyniki w podskalach poczucia kontroli i zaangażowania), a sprawnym funkcjonowaniem systemu immunologicznego (udział procentowych komórek T¹ w grupie kobiet cierpiących na SM) [Okun 1988], istotna korelacja pomiędzy wynikami w podskali zaangażowania a zawartością komórek CD4² w grupie mężczyzn zarażonych wirusem HIV [Levy 1989]. W kolejnych badaniach nie udało się podobnych rezultatów odtworzyć [Perry 1992]. Autorzy artykułu opublikowanego w 2001 roku w *Journal of Behavioral Medicine*, tłumaczą niespójność wyników faktem, iż we wszystkich badaniach użyto testów enumeratywnych³, które są mniej rzetelne w przypadku korelowania ze zmiennymi psychologicznymi niż testy funkcjonalne⁴. Zarówno testy enumeratywne, jak

¹ Limfocyty T, inaczej limfocyty grasicozależne – rodzaj limfocytów, odpowiedzialnych za odpowiedź odpornościową komórkową, tzn. niszczą komórki obce dla organizmu.

² Rodzaj komórek układu odpornościowego, których liczba stopniowo spada w trakcie rozwoju zakażenia HIV.

³ Szacujące liczbę komórek odpornościowych lub ich zawartość procentową w próbce krwi (zarówno ilość komórek jak również balans pomiędzy różnymi typami komórek informuje o ogólnym funkcjonowaniu systemu immunologicznego).

⁴ Szacują wzrost konkretnych komórek systemu immunologicznego.

i funkcjonalne są zależne od doświadczania przez jednostkę ostrego stresu, jednak stres chroniczny jest silniej i bardziej rzetelnie powiązany z funkcjonalnym typem testu. Istotny jest także fakt, że w badaniach została wzięta pod uwagę próba osób, u których kryzys polegał na przeżywaniu poważnej choroby, w której nieprawidłowe działanie układu immunologicznego jest bezpośrednio jej przyczyną, jak w przypadku rheumatoid arthritis (choroba autoimmunologiczna), a w przypadku osób zakażonych wirusem HIV, upośledzenie odporności organizmu prowadzi do zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).

Autorzy przeprowadzili własne badania na grupie zdrowych osób, którzy rekrutowali się z pośród pracowników firmy Motorola oraz 3M, stosując do oceny odpowiedzi układu odpornościowego baterię immunologicznych testów *in vitro* oraz dwa rodzaje testów proliferacji komórek (antygenowa i mitogenowa), jako że żadna pojedyncza próbka (test) nie informuje o globalnym funkcjonowaniu systemu odpornościowego. Próba osób została natomiast podzielona na trzy grupy pod względem twardości (*Dispositional Resilience Scale* – DRS). Pod uwagę zostały wzięte dwie skrajne grupy o wysokich i niskich wynikach w DRS. Analizy wyników pokazały, że w organizmie osób o wysokim poziomie twardości układ odpornościowy produkuje średnio więcej przeciwciał w odpowiedzi na pojawienie się antygeny, (np. spowodowanego wprowadzeniem do organizmu grzyba *Candida*).

W dyskusji badacze przyjmują hipotezę, że w sytuacji chronicznego kryzysu poczucie kontroli i zaangażowanie w wydarzenia życiowe powoduje łagodzenie reakcji autoimmunologicznej organizmu w odpowiedzi na stres, podczas gdy u osób zdrowych w normalnych okolicznościach, *hardiness* jest istotnie powiązany z adekwatną odpowiedzią układu immunologicznego [Dolbier 2001].

5. Zakończenie

W postnowożytnych czasach, gdy zmiany i kryzysy sytuacyjne, dotyczące życia osobistego i społecznego stały się cechą immanentną nowej rzeczywistości, rośnie znaczenie wiedzy psychologicznej. Pytanie, co odróżnia tych, którzy traktują zmiany i trudne sytuacje życiowe jako wyzwania i sprawnie sobie z nimi radzą włączając je w naturalny bieg

życia, od tych, którzy w podobnej sytuacji wypalają się i tracą zdrowie, staje się szczególnie ważne. Palącym problemem jest poszukiwanie skutecznych narzędzi radzenia sobie i adaptowania się do nowych warunków, zarówno z punktu widzenia jednostki – podmiotu, jak i instytucji, w których prowadzi swoją codzienną działalność. Od kiedy jasna jest zależność pomiędzy silnym, długotrwałym stresem a zdrowiem, powstała w latach 70. koncepcja twardości psychicznej, staje się w tym kontekście coraz bardziej aktualna.

Na uwagę zasługuje fakt, iż wiele badań potwierdza, że twardość psychiczną można rozwijać i wzmacniać [Khoshaba, Maddi 1999, Bartone 2006, Judkins 2007, Maddi 2007]. Jak pokazują przytoczone w artykule eksperymenty M. Rowe oddziaływanie te powinny być jednak długoterminowe, by korzystny efekt w postaci umiejętności korzystania z adekwatnych strategii radzenia sobie utrzymał się. Ciekawą propozycją byłaby próba skonstruowania treningu twardości odpowiedniego do warunków polskich i potrzeb polskich pracowników oraz przeprowadzenie eksperymentów nad jego skutecznością.

W artykule przedstawiono wybrane badania tak, by pokazać potencjał zawarty w idei twardości psychicznej, ale również obszary dalszych eksploracji. Na rozwianie czeka wciąż wiele wątpliwości, szczególnie dotyczących definiowania twardości, jej pomiaru i zakresu oddziaływania, istoty mechanizmu ochronnego na zdrowie, związku z płcią, wiekiem, warunkami socjoekonomicznymi, itp.

Bibliografia

- Bartone P.T., (2006), *Resilience Under Military Operational Stress: Can Leaders influence Hardiness?*, "Military Psychology", 18, ss. 131–148.
- Belegen (2004), *Patient and Staff Safety. Voluntary Reporting*. "American Journal of Medical Quality", 19, ss. 67–74.
- Benton J.C. (2000), *Washington's repetitive stress over ergonomic rule*, "CQ Weekle", 58,(9), ss.401–406.
- Caplan G., (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*, Tavistock, London.
- Cox T., Ferguson E. (1991), *Individual Differences, Stress and Coping*, W: C.L. Cooper, R. Payne (red.) *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process*, Wiley, New York.
- Conrada R. (1989), *Type A behavior, personality hardiness, and cardiovascular response to stress*, "Journal of Personality and Social Psychology", 57, ss. 895–903.

- Dolbier Ch.L., Cocke R., Leiferman J.A., Steinhardt M.A., Schapiro S.J., Nehete P.N., Perlman J.E., (2001), *Differences in functional immune responses of high vs. low hardy healthy individuals*, "Journal of Behavioral Medicine", 24(3), ss. 219–229.
- Draft C.A., (1999), *A conceptual Model of Feminine Hardiness*, "Holist Nurse Practise", 13(3), ss. 25–34
- Ellis A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*,. Carol Publishing Corporation
- Funk S.C. (1992), *Hardiness: A Review of Theory and Research*, "Health Psychology", 11(5), ss. 335–345.
- Girland B.E., James R.K. (2008), *Strategie interwencji kryzysowej*, Warszawa, Parpamedia.
- Hinrichsen G.A. (1994), *Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients*, "Gerontologist" 34, ss. 95–102.
- House J.S., Strecher V., Melzner H.L. and Robbind C.A., (1986), *Occupational stress and health among men and women in the Tecumseh Community health study*, "Journal of Health and Social Behavior", 27, ss. 62–77.
- Judkins Sh. (2004), *Stress among nurse managers: can anything help?*, "Nurse researcher", 12(2), ss. 58–70
- Judkins Sh. (2007), *Developing hardiness in nurse managers*, "Nursing Management", 14(7), ss.19–23.
- Khoshaba D.M., Maddi S.R., *Early Experience in Hardiness Development*, "Consulting Psychology Journal: Practise and Research", 51 (2), ss. 106–116.
- Kobasa S. (1979). *Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness*. "Journal of Personality and Social Psychology", 37, ss.1–11.
- Kobasa S.C., Maddi S.R. (1977), *Existential personality theory*. W: R. Corsini (red). *Current Personality Theories*. Itasca, IL, Peacock
- Kobasa S.C., Maddi S.R., Kahn S. (1982), *Hardiness and Health: A Prospective Study*. "Journal of Personality and Social Psychology", 42(1), ss.168–177.
- Kobasa S. Puccetti M.C. (1983) *Personality and social resources in stress resistance*. "Journal of Personality and Social Psychology", 45, ss. 57–75.
- Koźmiński A.K. (2008) *Koniec świata menedżerów*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York.
- Maddi S.R., (2002), *The Story of Hardiness: Twenty Yersars of Theorizing, Research, and Practise*. "Consulting Psychology Journal: Practise and Research", 54(3), ss. 175–185.
- Maddi S.R., (2006), *Hardiness: The courage to grow from stress*, "The Journal of Positive Psychology", 1(3), ss.160–168.
- Maddi S.R., (2007), *Relevance of Hardiness Assessment and Training to the Military Context*, "Military psychology", 19(1), ss. 61–70.
- Maddi S.R., Khoshaba D.M. (2005). *Resilience at work. How to succees no matter what life throws at you*, AMACOM, Broadway.
- Maslach C. (2000), *Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej* [w:] Sęk H. *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Maslach (1978). *The client role in staff burn-out*, "Journal Social Issues", 34 (4), ss. 111–124.
- Nowack K.M. (1990), *Initial development and validation of a stress and heath risk factor instrument*. "Journal of Heath Promotion", 4, ss.173–180.

- Okun M.A., Zatura, A.J., Robinson S.E. (1988), *Hardiness and Health among women with rheumatoid arthritis*, "Personal Individual Differences", 9, ss. 101–107.
- Patel V., Hope R.A. (1993), *Aggressive behaviour in elderly people with dementia: a review*, "International Journal of Geriatric Psychiatry", 8, ss. 457–472.
- Perry S., Fishman B., Jacobsberg L., Frances A. (1992), *Relationship over 1 year between lymphocyte subsets and psychosocial variables among adults with infection by HIV*, "Archives of General Psychiatry", 49, ss. 396–401.
- Rhodewalt, F., Zane, J.B. (1989), *Appraisal of life change, depression, and illness in hardy and nonhardy women*, "Journal of Personality and Social Psychology", 56, ss. 81–88.
- Rowe M.M., (1997), *Teaching Health-Care Providers Coping: Results of Two-Year Study*, "Journal of Behavioral Medicine", 22(5).
- Rowe M., Michelle M. (1998). *Hardiness as a stress mediating factor of burnout among health-care provider*, "American Journal of Health Studies", 14(1).
- Rodney V. (2000), *Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping*, "Journal of Advanced Nursing", 31(1), ss. 172–180
- Scheier M.F., Carver S.C. (1987), *Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health*, "Journal of Personality and Social Psychology", 55, ss. 169–210.
- Sternberg E.M., Gold P.W. (2002), *The Mind-Body Interaction in Disease*, Scientific American, Special Edition: The Hidden Mind, 12 (1), ss. 82–29.
- Topf M. (1989), *Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses*, Research in Nursing and Health, 12, ss. 179–186.
- Wiebe D.J., (1991), *Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanism*, "Journal of Personality and Social Psychology", 60(1), ss. 89–99

Abstract

The aim of this article is to review selected researches on hardiness in context of coping in critical situations generated by changes in one's environment. The history of developing the term is also presented as well as its short description. Researches that confirm predictive power towards mental health (occupational burnout) are presented and some researches that bring some doubts. Psychoneuroimmunology is one of the research fields in which appear hard criteria, that is efficiency of the immune system. However, even in this field the results are incoherent. It is to conclude that the interesting and practically useful idea of hardiness needs more researching and clarifications. Possible areas of exploration have been indicated.

Małgorzata Roślak*

SWSPiZ w Łodzi

Kryzys w ujęciu psychologii ewolucyjnej

1. Wprowadzenie

Współczesny człowiek jest potomkiem tych, którzy zwyciężyli w walce z codziennymi niebezpieczeństwami otaczającego świata: brakiem pożywienia, atakami dzikich zwierząt lub wrogich plemion czy osobników, warunkami klimatycznymi itp. Istnienie takich zagrożeń stawiało istotę ludzką wobec konieczności rozwiązywania wielu problemów adaptacyjnych, których powtarzalność była charakterystyczna niemal przez cały okres ewolucji naszego gatunku. Chociaż w międzyczasie sporą część stresorów udało się ujarzmić, a co najmniej oswoić, poprzez umiejętność wykorzystywania ognia, budowanie domostw czy produkcję odzieży, to jednak ich charakter pozostał taki sam. Właściwie dopiero ostatnie 100 lat przyniosło drastyczne wręcz zmiany w specyfice sytuacji trudnych, wywołujących kryzys.

Proces sukcesywnego przystosowywania się do obecności bądź cyklicznego pojawiania się niektórych zagrożeń doprowadził do wykształcenia w obrębie całego gatunku ludzkiego skutecznych mechanizmów walki i przetrwania wobec wrogich czynników. Mimo znacznej odmienności środowisk, w których tworzyły się lokalne społeczności, mimo niejednokrotnie braku kontaktu z innymi grupami ludzkimi ludzie na całym

* Katedra Antropologii Uniwersytetu Łódzkiego, Katedra Psychologii SWSPiZ.

świecie stworzyli zbliżony model społeczeństwa, funkcjonujący wszędzie na zbliżonych zasadach. Nic nie stało na przeszkodzie, by społeczeństwa tworzyły się i ewoluowały w rozmaitych kierunkach, ale tak się nie działo. Obecny jest praktycznie jeden schemat, wokół którego świat ludzki się organizuje (Ridley 2001). We wszystkich praktycznie grupach ludzkich znajdujemy te same oznaki ambicji, rywalizacji, miłości, wzorców atrakcyjności, żądzy seksualnej czy materialnej, popierania swoich przed obcymi itp. To młodość jest zawsze atrakcyjna, a starość jako wartość pozytywna nie występuje niemal w żadnej społeczności, może poza gerontokracją panującą w plemieniu australijskich Aborygenów Tiwi, gdzie profity wiążą się z bardzo zaawansowanym wiekiem.

Sytuacje kryzysowe wiążące się z rzeczywistą utratą kontroli nad rozwijającą się sytuacją lub tylko poczuciem jej utraty ukształtowały także zbliżone mechanizmy reagowania i radzenia sobie w stresie. Mimo różnorodności warunków, zdecydowana większość stresorów obecnych w życiu naszych przodków przybierała charakter fizycznego zagrożenia i takich też sposobów reagowania wymagała.

Głównym problemem, z jakim spotykał się człowiek była kwestia zdobycia pożywienia, nie tylko w sensie ilościowym, ale przede wszystkim jakościowym. Dotyczyło to zarówno odpowiedniej ilości składników odżywczych, o odpowiedniej kaloryczności, ale także uniknięcia substancji toksycznych, mogących spowodować zagrożenie zdrowia, a nawet doprowadzić do gwałtownej śmierci (Rozin, Schulz 1988).

Pierwotne grupy zbierackie skazane bywały na ograniczoną liczbę dóbr dostępnych również okresowo, co zapewniało mało wartościowe pożywienie. Przejście do aktywności zbieracko-łowieckiej pozwoliło zwiększyć różnorodność pokarmową, a przede wszystkim dostarczyło pewnej ilości bardzo cennego białka zwierzęcego. Na poziomie wcześniejszych grup ludzkich, np.: *Homo habilis* (człowiek zręczny) możliwości łowieckie były jeszcze dość ograniczone, choćby ze względu na niezbyt dużą wielkość ciała osobników, wobec czego i zdobycz nie mogła być zbyt dużych rozmiarów (Jelinek 1977). Jednak sam fakt pojawienia się myślistwa dostarczył silnych bodźców do skoku ewolucyjnego człowieka w zakresie wielu nowych zdolności. Dzięki temu nastąpił gwałtowny wzrost umiejętności tworzenia i korzystania z narzędzi, doszło do roz-

woju mózgu oraz języka, które to czynniki okazały się bardzo przydatne podczas zespołowych polowań. Ponadto upowszechniło się szereg społecznych zachowań, jak tworzenie charakterystycznych dla naszego gatunku silnych koalicji męskich, dzielenie się upolowanym pożywieniem (wymiana społeczna) czy upowszechnienie się wyrazistego podziału pracy między obiema płciami.

Szereg sytuacji trudnych, w jakie obfitowało życie przodków współczesnego człowieka wiązało się z zagrożeniem przerastającym możliwości pojedynczego osobnika. Polowania na duże lub groźne zwierzęta czy odparcie agresji innych społeczności ludzkich stało się zdecydowanie łatwiejsze, jeśli istniała długotrwała współpraca wewnątrzgrupowa. Polowanie zbiorowe, dzięki któremu można było pokonać duże zwierzęta lub upolować dużo zwierząt, dostarczało taką obfitość mięsa, że sprzyjało to dzieleniu się zdobyczą. Zwyczaj ten przetrwał również i we współczesnych kołach łowieckich. Okazało się to być korzystne, zarówno w kontekście różnego powodzenia danego łowcy na kolejnych polowaniach oraz z powodu małej trwałości takiego pożywienia. Powstał więc obyczaj ucztowania i dzielenia się pożywieniem, również poza najbliższą rodziną (Wilson 2000). Funkcjonująca dziś tak dobrze wymiana społeczna wywodzi się właśnie od takich zachowań (Kinzey G. 1987).

Mężczyźni jako przeciętnie więksi i silniejsi z pewnością skuteczniej sprawdzali się w trakcie trudnych, a nawet często niebezpiecznych łowów, niż kobiety. Jeśli do tego faktu doda się jeszcze zdecydowanie większą inwestycję rodzicielską płci żeńskiej, to zrozumiałe jest, że te ostatnie, będąc w długotrwałej ciąży czy opiekując się nowo narodzonym dzieckiem, nie miały zbyt wielu okazji oraz możliwości do wykazania się zdolnościami łowieckimi. Mężczyźni polując, ponoszą mniejsze koszty przy jednoczesnych wyższych korzyściach. Kobiety zdobywają pokarm roślinny drogą zbieractwa. Dzięki podziałowi pracy społeczność pozyskiwała obydwie rodzaje pożywienia, przedstawiciele obu płci dzielili się zdobyczami, mężczyźni mięsem, a kobiety zebranych dobrami. Zapewne więc ścisły podział pracy występujący również we współczesnych plemionach o charakterze łowiecko-zbierackim (np. plemię Ache w Paragwaju, Hadza w Tanzanii czy plemiona buszmeńskie) znajduje w tego rodzaju zachowaniach społecznych swoje uzasadnienie.

Innym problemem napotykanym przez całe życie przodków – wędrowców, zmuszonych do stałego przemieszczania się za wędrującymi stadami zwierząt, był wybór właściwego miejsca do osiedlenia. Złe decyzje wiązały się z zagrożeniem ze strony drapieżników, brakiem dostatecznej ilości zasobów żywieniowych, a szczególnie wody w miejscu zamieszkania. Najpełniej warunki te spełniał teren sawannowy z niezbyt gęstym zadrzewieniem, świetnie nadającym się do zamieszkiwania w trakcie życiowej wędrówki. Przyjęto, że trudności z wyborem kryjówek wykształciły mechanizmy adaptacyjne pomagające podejmować słuszne decyzje, szczególnie, że część z nich musiała być dokonywana natychmiastowo w obliczu zbliżającego się zagrożenia, np. załamania pogody czy zbliżających się ciemności bądź bliskości dzikich zwierząt.

Nasz wędrujący przodek ze względu na wielość różnych zagrożeń miał, co prawda, mniej potomstwa, ale było ono zdrowsze, bo tylko takie podołałoby trudom koczowniczego życia. Panujące wówczas w Europie warunki klimatyczne trudno było uznać za przyjazne, ale ówczesni ludzie radząc sobie z nimi ewoluowali w sposób niebudzący wątpliwości.. Gdy ostatnie zlodowacenie dobiegło jednak końca, na wschodnim krańcu Morza Śródziemnego zaczęło rozwijać się rolnictwo. Wcześniejsi zbieracze i myśliwi, którzy przeszli na rolniczy tryb życia bardzo szybko zaczęli też udomawiać zwierzęta. Gwałtowna zmiana, która wówczas nastąpiła w specyfice życia postawiła człowieka przed kolejnymi wyzwaniem dotyczącymi przejścia na produkcję żywności, osiadły tryb życia, nowy, nieznany układ społeczny (Morris, 2005). Przemiana ta dokonała się tak szybko, że nie było czasu na wytworzenie w sobie nowych właściwości odpowiadających nowej sytuacji i wbudowania ich w program genetyczny. Kryzys ten poddał najsurowszej próbie ludzkie zdolności adaptacyjne, elastyczność zachowań, a także możliwości uczenia się, dalekosiężnego planowania i rozwiązywania złożonych problemów.

Do tej pory głód zmuszał do poszukiwania i zdobywania pożywienia. Wraz z rolnictwem i hodowlą nadeszło znaczne zwiększenie produkcji i zapasów żywności ((Diamond 1996). Regularnie pojawiające się, nawet nieznaczne, nadwyżki pozwalały wzrosnąć liczebnie plemionom. Można było poświęcić energię na zbudowanie stałych domostw, skuteczniej zabezpieczających przed dzikimi zwierzętami czy chłodem. Sta-

bilny klimat wpływał na ilość i jakość produkowanej żywności. Pierwsze wielkie cywilizacje rozwijały się w klimatach umiarkowanie ciepłych jako najbardziej korzystnych dla życia. Nieco łatwiejszy żywot pozwalał na zajęcie umysłu czymś więcej, niż tylko zabezpieczeniem przeżycia. Łatwiej mogła rozwijać się kultura, a nawet sztuka. Przy dużej liczbie mieszkańców część z nich mogła poświęcać się aktywnościom bardziej wyspecjalizowanym, mogły więc rozkwić różne rodzaje działalności. Rozwijające się liczebnie osady wymuszały zmiany struktury społecznej, pojawiały się elity, nierówności społeczne i płciowe, despotyzm, a nawet tyrania. Zaistniała konieczność wprowadzenia bardziej wyszukanych form sprawowania kontroli, aby utrzymać w ryzach powiększające się wspólnoty.

Okres tego dynamicznego rozwoju pod względem zjawisk kryzysowych oceniać należy niejednoznacznie. Nastąpiło przejście od społeczeństwa osobowego, gdzie wszyscy członkowie plemienia doskonale się znali, do bezosobowego, które postawiło człowieka przed wyzwaniem licznych kontaktów z masą obcych ludzi (Morris 2005). Znikały plemienne wzorce zachowań oparte na wzajemnych interakcjach, a mieszkańcy osad, a potem miast zmieniali się w bezosobowy tłum. W obrębie tak skomplikowanej struktury każdy indywidualnie nawiązywał osobiste relacje z pewną grupą ludzi (rodziną, przyjaciółmi, współpracownikami) w oparciu o dawne wzorce plemienne. Pozwalało to zachować obecność niezbędnej grupy wsparcia w obliczu licznych nowych stresorów.

Innym problemem, który nastał wraz z przejściem na osiadły, rolniczy tryb życia było pojawienie się szeregu nowych chorób, które obce były łowcom i zbieraczom. Badania sugerują, że dieta wędrownych przodków była bardziej zróżnicowana i zrównoważona, jeśli chodzi o składniki pokarmowe (Diamond 1996). Rolnicy, koncentrując się na zbożach lub innych uprawach bogatych w węglowodany, nie tylko narażeni są bardziej na okresowy głód lub jednostajność pożywienia ze względu na nieumiejętność długotrwałego przechowywania płodów rolnych, ale także dotyka ich więcej chorób wynikających z monodiety. W rolniczych skupiskach ludzkich odnotowywano liczne przypadki anemii czy chorób zębów. Przed okresem zimowym często wyzbywano się zbyt dużego pogłowia zwierząt ze względu na braki paszy, co z kolei

wymuszało czasowe żywienie się niektórych grup ludzkich głównie wysokobiałkowym pokarmem mięsnym. Ponadto każde osiadłe plemię produkuje ogromną ilość odpadków, co w połączeniu ze składowanymi nadwyżkami żywności, przyciąga wiele szkodników. Obecność zwierząt, zarówno szkodliwych, jak i hodowlanych doprowadziła do gwałtownego rozprzestrzeniania się licznych chorób odzwierzęcych, np. gruźlica, dżuma. W przegęszczonych skupiskach ludzkich, przy dość mocno ograniczonej higienie, wybuchały więc liczne epidemie o bardzo szerokim zasięgu (trąd, dżuma, cholera), które dziesiątkowały i tak osłabioną ludność. Przyjmuje się, że sama tylko dżuma ograniczyła całą ówczesną europejską populację o około 50%, a na niektórych terenach sięgała nawet 80%.

W oparciu o powyższe dane można stwierdzić, że życie naszych przodków obfitowało w wiele sytuacji kryzysowych, stąd odczuwany przez nas strach jest bardzo ważnym dziedzictwem ewolucyjnym (Marks 1987). Dostarcza niezbędnych informacji o ewentualnym zagrożeniu i pozwala go uniknąć lub podjąć działania naprawcze, zwiększając tym samym szanse na przeżycie. Najbardziej typowe zagrożenia zmuszały organizm do ucieczki lub walki, lecz istotne było podjęcie właściwej decyzji, które z zachowań odniesie lepszy skutek. Niezależnie jednak od któregośkolwiek wariantu zachowania, wiązały się one z względnie niezmiennymi reakcjami o charakterze fizjologicznym. W chwili zadziałania stresora rdzeń nadnerczy wydziela adrenalinę, która pobudza wybrane układy naszego organizmu. Pod jej wpływem wątroba wydziela glukozę, niezbędną mięśniom do każdej z tych reakcji. Przyspieszenie oddychania dostarcza większej ilości tlenu, a jednocześnie skuteczniej odprowadza dwutlenek węgla z organizmu. Szybciej bijące serce rozprowadza wraz z krwią substancje odżywcze i tlen, które wykorzystują mięśnie i mózg. Charakterystyczne jest, że w sytuacji nagłego stresu pobudzenie organizmu nie przewiduje uaktywnienia np. układu pokarmowego, człowiek nie tylko nie odczuwa głodu, ale wyhamowaniu ulega także proces trawienia. To sprawnie pracujący mózg i świetnie odżywione mięśnie pozwolą poradzić sobie z zagrożeniem. Proces trawienia przebiega zbyt wolno, aby nadążyć z dostarczeniem nutrientów niezbędnych w czasie tak intensywnych przemian metabolicznych. Organizm sięga więc po substancje zapasowe.

Nawet reakcje, które czasem sprawiają wrażenie kompletnie nieadekwatnych z punktu widzenia współczesnej sytuacji kryzysowej, znajdowały swoje uzasadnienie w obliczu dawnych zagrożeń. Współczesna reakcja biegunki występująca u niektórych osób znajdujących się w trudnych okolicznościach wydaje się nie mieć logicznego wytłumaczenia, gdyż pobudzeniu ulega układ nieprzydatny, biorąc pod uwagę rozwiązanie stresu. Tak wydaje się z punktu widzenia dzisiejszych stresorów, których charakter uległ wyraźnemu przesunięciu w stronę psychiczną. Idąc na trudny egzamin, nie widzimy większego sensu we wcześniejszej konieczności korzystania z toalety. Jeśli jednak wyobrazić sobie stres przeżywany przez pradawnego wojownika przed walką, to ten ekstremalny sposób na pozbycie się niepotrzebnego balastu, a więc zapewnienie większej sprawności podczas bitwy już tak zupełnie bezsensowny nie jest. Wiedzą to z pewnością osoby, które choć raz w życiu cierpiały na dłuższą obstrukcję i pamiętają uczucie ulgi, gdy wreszcie pobyt w toalecie okazał się być skuteczny. Identyczną reakcję można zaobserwować w świecie zwierząt, gdy np.: przestraszony ptak zrywając się do lotu defekuje w celu zmniejszenia swojej masy startowej umożliwiając sobie tym samym szybszą ucieczkę. U człowieka taką reakcję wywołuje podrażnienie nerwu błędnego, należącego do układu wegetatywnego, który unerwia serce, żołądek i jelita, przyspieszając jednocześnie perystaltykę jelit.

Stany lękowe dzieci, niezależnie od ich doświadczeń życiowych, są odziedziczonymi pozostałościami realnie występujących zagrożeń. Charakterystyczne jest to, że ludzie dużo łatwiej odczuwają lęk przed czynnikami, które w dawnych czasach występowały powszechnie, niż współczesnymi (Buss 2001). Częściej spotkać można lęk przed węzami czy pajakami niż samochodami lub elektrycznością. Biorąc za punkt odniesienia właśnie perspektywę ewolucyjną, należy uznać, że dzisiejsze zagrożenia, często o zupełnie innej specyfice, nie zdołały jeszcze wykształcić nowej reakcji lękowej. Człowiek nie zdążył przeorientować się na nową specyfikę zagrożeń.

Dawne stresory wymusiły też pewne aktualnie istniejące różnice w odporności obu płci. Mężczyźni generalnie wykazują się skuteczniejszym reagowaniem w sytuacjach nagłego zagrożenia, podczas gdy ko-

bietom zdarza się wtedy „tracić głowę”. Jest to związane chociażby ze zwiększonym wydzielaniem androgenów (hormonów męskich) w sytuacji stresowej, co predysponuje płęć męską do efektywniejszej reakcji. Jednak, gdy taki mało komfortowy stan rzeczy przedłuża się, wówczas te drugie radzą sobie wyraźnie lepiej. Znajduje to swoje ewolucyjne wyjaśnienie związane z rolą prokreacyjną kobiet. Gdyby nasze przodkinie wykazywały zbyt słabą odporność na długotrwały stres, tak wszechobecny w dawnych czasach, istniałoby duże zagrożenie dla życia ich nowo narodzonego potomstwa. W dzisiejszych czasach śmierć matki, nawet w bardzo wczesnym okresie życia dziecka, pozwala utrzymać je przy życiu dzięki różnym pokarmom zastępującym mleko. Kiedyś brak matki równał się często śmierci noworodka, więc stając wobec takiego problemu adaptacyjnego, kobiety musiały wykształcić bardziej skuteczne reagowanie w przedłużającej się sytuacji kryzysowej. Nie zawsze można liczyć było na pomoc krewnych czy innych mężczyzn, wiele zależało więc od przemyślności kobiety. Brak ojca nie wiązał się z tak jednoznacznym wyrokiem dla potomstwa.

Biorąc pod uwagę powyższe, kobiety musiały wykształcić większą odporność biologiczną na przeróżne zagrożenia. Płęć męska, także i dzisiaj uznawana jest za bardziej ekosensytywną, co warunkowane jest również heterochromosomami XY. Testosteron jako kwintesencja męskości jest także czynnikiem zwiększającym podatność na choroby zakaźne. Lepsze ukierunkowanie ontogenezy dziewcząt, czyli t.zw. rezystencja (oporność) związane jest z chromosomami XX, co powoduje większą stałość tego procesu i mniejszy wpływ czynników środowiskowych (Malinowski, Strzałko, 1985). Wobec tego to płęć żeńską należy uznać za biologicznie silniejszą, odporniejszą na szereg różnych stresorów.

Trudne warunki życia skłaniały też ludzi do nieoczekiwanych zachowań w dziedzinie seksualnej. Jako gatunek o tendencjach poligamicznych odnajdujemy ich ślady w wielu kulturach. Koncepcja zaangażowania rodzicielskiego i doboru płciowego pozwala zrozumieć różnorodne podejście obu płci do kontaktów przelotnych. Krótkotrwały kontakt seksualny dla mężczyzny może skończyć się bezkolizyjnie, niemal równie szybko, jak się zaczął. Kobieta ryzykowała dużo bardziej, gdyż długotrwała ciąża oraz lata opieki nad niesamodzielnym potomkiem

obciążały ją dość znacznie. Fakt ten sprawiał, że mężczyzna odnosił z przelotnego seksu bezpośrednie korzyści reprodukcyjne w postaci np. zwiększenia liczby spłodzonego z wieloma partnerkami potomstwa, podczas gdy jedna stała partnerka takiego sukcesu nie zapewniała. Jednak kontakty seksualne tego typu wiążą się z pewnym ryzykiem (tab. 1).

Tabela 1. Koszty przypadkowego seksu ponoszone przez mężczyzn

1.	Możliwość zarażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową – rosnąca wraz z liczbą partnerek
2.	Zyskanie niechlubnej reputacji „kobieciarza”, co mogło przeszkadzać w znalezieniu stałej i wartościowej partnerki
3.	Zmniejszenie szansy przeżycia swoich dzieci, pozbawionych ojcowskiego wsparcia i ochrony
4.	Niebezpieczeństwo przemocy ze strony zazdrosnych mężów, jeżeli partnerki ze związków przelotnych były mężatkami
5.	Niebezpieczeństwo przemocy ze strony ojców i braci kobiety
6.	Ryzyko romansu żony, traktowanego jako rewanz, oraz potencjalne koszty rozvodu

Źródło: opracowanie własne na podstawie Buss D. (2001, *Psychologia ewolucyjna*, s. 189, GWP, Gdańsk.

Mimo tak rozmaitych utrudnień przypadkowy seks potrafił przynosić mężczyznom niemałe korzyści, choć trudno o jednoznaczne stwierdzenie czy okazały się one być przeważające.

Tendencje poligamiczne zostały jednak w dużej mierze ograniczone w toku rozwoju społecznego. Wydłużenie się okresu rozwoju płodowego, długotrwała niesamodzielność życiowa potomstwa, obarczenie kobiety obowiązkami macierzyńskimi musiało doprowadzić do wytworzenia odpowiednich więzi społecznych, do których należy monogamiczna rodzina. Prawdopodobnie związki o charakterze monogamicznym początkowo nie cechowały się zbyt dużą trwałością, ale ważne stało się samo pojawienie się zależności ekonomicznych. To doprowadziło do ukształtowania się obecnego typu zachowań płciowych człowieka i wytworzenia silnych więzi rodzinnych (Malinowski, Strzałko 1985). Związki monogamiczne kojarzone są głównie z religią chrześcijańską, ale

w różnych kulturach, dawniej i obecnie, widoczne są ciągle przejawy tendencji poligamicznych. Na porządku dziennym są one obserwowane u wielu ludów prymitywnych. Występują w dwóch formach. Jedną z nich to poligynia, czyli właśnie wielożeństwo, gdy mężczyzna posiada więcej niż jedną żonę.

Wielożeństwo obserwowane jest nie tylko u ludów prymitywnych, gdyż np. pobożny muzułmanin może mieć według zasad Koranu nawet cztery żony, pod warunkiem, że obdarza je wszystkie równo swoimi dobrami. Dawniej w świecie arabskim panowała jeszcze większa swoboda w tym względzie, np. król Arabii Saudyjskiej, Ibn Saud w latach 50. i 60. XX w. miał kilkadziesiąt żon, a uznanych synów ponad czterdziestu. Żyjący na przełomie XVII i XVIII w. marokański władca Moulay Ismail Ibn Sharif, zwany Krwawym, miał w swoim haremie 500 kobiet i przyznawał się do 888 dzieci (Buss 2001). Trudno, co prawda zweryfikować te dane i przypuszczać tylko można, że są one mocno zawyżone, gdyż wyliczono, że aby uzyskać taki przychówek ów król musiałby odbywać stosunek seksualny z więcej niż jedną kobietą dziennie przez 60 lat!

W Wietnamie jeszcze całkiem niedawno chłopca w chwili narodzin żeniono ze znacznie starszą od niego dziewczyną, która się nim opiekowała. Gdy dochodził do dorosłości, brał sobie drugą żonę, znacznie młodszą, ale sprawiedliwie dbał o obie żony. W niektórych pogańskich szczepach afrykańskich, zwłaszcza wyznających animizm, poligynia występuje do dziś.

Jak widać, choć dziś większość ludzi żyje w związkach monogamicznych, to w wielu ludzkich społeczeństwach dopuszczalna jest, co nie znaczy powszechnie praktykowana, poligynia.

Wyraźnie rzadziej spotykana jest tzw. poliandria, czyli posiadanie więcej niż jednego męża. Jest ona najczęściej praktykowana w Azji Płd., na terenie Tybetu, Nepalu, Indii, Sri Lanki, wśród himalajskich ludów Dolpo i Szerpów. Indyjskie grupy poliandryczne zamieszkują niższe partie Himalajów. Nazywani są Pahari – „ludzie gór”. Stosunek płci wynosi u nich 789 kobiet na 1000 mężczyzn. Zjawisko to można spotkać także u Syngalezów (Cejlon), na Markizach, na wyspach Polinezji, wśród niektórych ludów indiańskich (Senekowie, Szoszoni).

Charakterystyczne jest, że małżeństwa poliandryczne niemal zawsze dotyczą braci (poliandria braterska). Najstarszy brat żeni się i automatycznie jego młodszy bracia stają się mężami tej samej kobiety. Bywa też spotykana jako małżeństwo między ojcem i synami, a jego następną żoną (tzw. poliandria dwupokoleniowa). W surowych i trudnych warunkach przyrodniczych kobieta może mieć kilku mężów, ponieważ ułatwia to przetrwanie, tylko praca kilku mężczyzn jest w stanie zapewnić rodzinie utrzymanie. Jeden mężczyzna nie byłby w stanie zadbać o kilkuosobową rodzinę. Jednak, mimo że z punktu widzenia prokreacji ten układ wydaje się być mniej korzystny niż poligynia, bywa rezultatem braku równowagi liczebnej między poszczególnymi płciami. Związki monogamiczne skazywałyby część mężczyzn, jak np. u Pahari na niemożność pozyskania żony, a tym samym posiadania dzieci. W związku z tym mężczyźni i tak posiadający zbliżone geny, a więc bracia czy ojciec z synami, niezależnie od tego, który zostanie rzeczywistym ojcem potomka, zapewni sukces reprodukcyjny tych właśnie mężczyzn, bo to ich geny zostaną przekazane i problem niepewności ojcostwa nie odgrywa już takiej istotnej roli.

Reasumując ten krótki przegląd zjawisk kryzysowych obecnych w życiu naszych przodków, uznać należy, że ich charakter zgodnie z założoną na wstępie tezą, wiązał się z problemami głównie natury fizycznej. Część z nich przetrwała w formie niespecjalnie zmienionej do dzisiaj, co pozwala nam na adekwatne reagowanie, część wymaga pewnej modyfikacji sposobów radzenia sobie, ale bardzo liczna grupa czynników, to zjawiska stosunkowo nowe, które stanowią poważne wyzwania dla współczesnego człowieka. Szereg różnorodnych zjawisk, będących efektem życia społecznego, wymusza zupełnie odmienne mechanizmy adaptacyjne, związane z potrzebami zaistnienia w tłumie, realizacją wolności stanowienia o sobie i problemami obrazu siebie.

„Całkowita wolność od stresu to śmierć,
gdyż stres obecny jest w każdym ludzkim działaniu”

Hans Selye

Literatura

- Buss D. (2001), *Psychologia ewolucyjna*, GWP, Gdańsk.
- Diamond J. (1998), *Trzeci szympan*, PIW, Warszawa.
- Hawkes K. (1991), *Showing off: Tests of another hypothesis about men's foraging goals*. *Ethology and Sociobiology*, 11, 29–54
- Jelinek J. (1977), *Wielki atlas prehistorii człowieka*, Państwowe Wydawnictwa Rolnicze i Leśne.
- Kinzey G. (red.) (1987), *The evolution of human behavior*, s. 183–237, New York: State University of New York Press.
- Malinowski A., Strzałko J. (1985), *Antropologia*, PWN, Warszawa–Poznań.
- Malinowski A. (1999), *Wstęp do antropologii i ekologii człowieka*, Wyd. UŁ, Łódź.
- Marks I. (1987), *Fears, phobias and rituals: Panic, anxiety and their disorders*, New York: Oxford University Press.
- Morris D. (2005), *Ludzkie Zoo*, Wyd. Ewał, Pruszków.
- Ridley M. (2001), *Czerwona królowa. Płeć a ewolucja natury ludzkiej*, REBIS, Poznań.
- Rozin P., Schull J. (1988), *The adaptive-evolutionary point of view in experimental psychology*, [w:] Atkinson R.C., Herrnstein R.J., Lindzey G., Luce R.D. (red.), *Stevens' handbook of experimental psychology: t.1 Perception and motivation*, s. 503–546, Wiley, New York.
- Siemiński M. (2001), *Środowiskowe zagrożenia zdrowia*, PWN, Warszawa.
- Wilson E.O. (2000), *Socjobiologia*, Wyd. Zysk i S-ka.
- [http://en.\(1978, s. 16\)wikipedia.org/wiki/Ismail_Ibn_Sharif](http://en.(1978, s. 16)wikipedia.org/wiki/Ismail_Ibn_Sharif)

Crisis in evolutionary psychology

Abstract

This report concerns an analysis of the crisis situations during man's history. It gives some informations about the kind of stressors which early man met in his evolutionary way. There were analysed biological and ecological factors as well as ones resulting from social life of our ancestors. The elaboration shows non-adequate character of human reactions for contemporary existing threats. It is the effect of very violent changes in the life conditions in the world of present-day.

Waldemar Świętochowski

Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Choroba przewlekła jako sytuacja kryzysowa w systemie rodzinnym

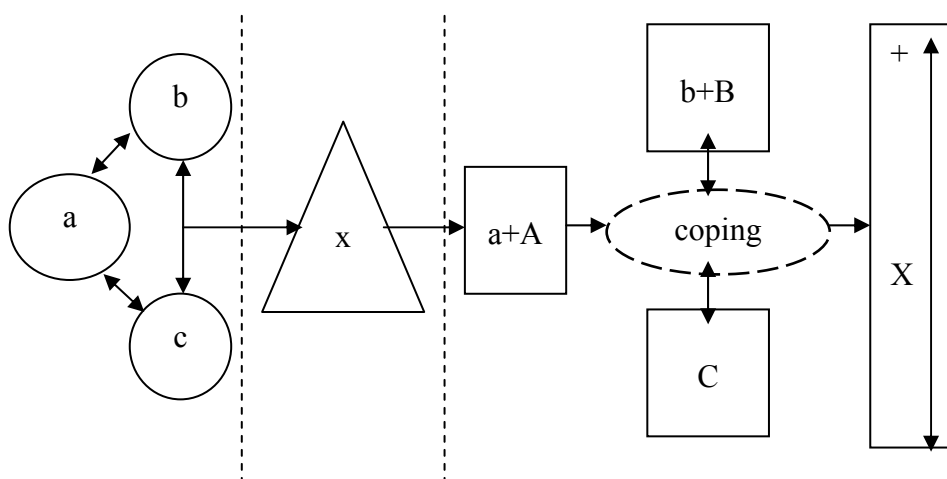
1. Wprowadzenie

Przewlekła choroba somatyczna w rodzinie stanowi wyzwanie dla całego systemu rodzinnego, stawiając przed członkami rodziny nieprzewidziane wcześniej wymagania i zmuszając ją do dokonania w obrębie własnej struktury ról i zachowań znaczących zmian (Bishop 2000; Kozieł *et. al.* 2003; Radochoński 1987; de Barbaro 1997). Przez wielu autorów jest zaliczana do nienormatywnych sytuacji stresowych. Jej nagłość i niespodziewane wystąpienie może doprowadzić do zaistnienia kryzysu w rodzinie, a jeżeli nawet kryzys nie wystąpi, to przewlekła choroba z całą pewnością może być jego zwiastunem. Jest więc sytuacją potencjalnie kryzysogenną (McCubbin *et al.*, 1976; Boss, 1979; McCubbin *et. al.* 1983). Choroba przewlekła wywiera wpływ, niekiedy bardzo znaczny, na życie rodzinne we wszystkich jego aspektach i wymiarach. Chory może wymagać szczególnej opieki i troski (np. przygotowania specjalnej diety, pomocy przy myciu, ubieraniu, dowożeniu na wizyty lekarskie, itp.). Pod wpływem choroby przewlekłej może zmienić się cały układ ról w rodzinie, pogorszyć jej sytuacja materialna i to niekiedy bardzo radykalnie, gdy jedyny żywiciel musi przejść na rentę czy z powodu choroby przestaje w ogóle pracować. Ponadto choroba może wymagać długotrwałego przyjmowania leków, niekiedy kosztownych oraz poddawania się różnym zabiegom i badaniom, czasem bardzo uciążliwym. Bywa, że

życie chorego jest wręcz zależne od przyjmowania określonego leku, np. iniekcji insuliny w przebiegu cukrzycy, czy też jest zależne od aparatury, jak to ma miejsce w dializie przeprowadzanej za pomocą sztucznej nerki. Wszystko to stanowi ogromne obciążenie psychiczne dla człowieka chorego i jego rodziny i musi znacząco wpływać na zachowanie chorego i pozostałych osób w jego rodzinie. Choroba przewlekła często zmusza do trwałej zmiany całego dotychczasowego trybu życia, co dla wielu osób jest trudne do zaakceptowania i stanowi dodatkowy stresor (Ochojska, Radochoński 1997; Bętkowska-Korpała, Gierowski 2007; Jakubowska-Winiecka, Włodarczyk 2007).

Przebieg reakcji rodziny na stres spowodowany przewlekłą chorobą można stosunkowo precyzyjnie wyjaśnić w oparciu o model ABC/X.

Rysunek 1. Wykorzystanie modelu podwójnego ABC/X



Legenda: a – stresor; tu: choroba; b – zasoby; c – percepcja stresora

Źródło: na podst. H. I. Mc. Cubbin; McKenry, 2005 – do opisu reakcji rodziny na chorobę przewlekłą.

Choroba jako wyzwalający stresor (x – rys. 1) jest w odpowiedni sposób spostrzegana i oceniana przez wszystkich członków rodziny (c). Pozwala to na rozpoznanie zagrożenia i mobilizację niezbędnych zasobów. W przypadku choroby przewlekłej długotrwałe działanie stresora ozna-

cza niepewność i poważne zagrożenie oraz jest równoznaczne z nawarstwianiem się początkowych trudności – jest więc dodatkowym stresem (A). To z kolei wymusza mobilizację dodatkowych zasobów lub wypracowanie nowych (B).

Percepcja stresora to – w tym przypadku – koncepcja choroby (psychologiczna „mapa” choroby). Składa się z obiektywnej wiedzy, wynikającej m. in. ze znajomości wyników badań, wiedzy medycznej o chorobach oraz informacji lekarza, ale także z subiektywnych przekonań i informacji zasłyszanych od innych ludzi, niesprawdzonych pogłosek – a więc wiedzy opartej własnym doświadczeniu (Jarosz 1978; de Barbaro 1997; McDaniel et. al. 1992).

2. Choroba jako stresor

Na najbardziej ogólnym poziomie choroba jest traktowana albo jako defekt albo uszkodzenie biologiczne organizmu, albo też – jako czynnik, powodujący złe samopoczucie i obniżoną jakość życia. Te dwa przeciwstawne sposoby rozumienia choroby określane są w literaturze za pomocą angielskich określeń „disease” i „illness” (Boorse, 2004).

Choroba jako disease – ma status pojęcia ontologicznego. Istnieje jako byt obiektywny, wyraźnie zlokalizowany i nazwany. W potocznej świadomości, zgodnej z koncepcją „disease”, za zdrowie odpowiedzialny jest lekarz, a powinności człowieka – pacjenta powinny sprowadzać się do dokładania wszelkich starań, aby: 1) doprowadzić swój organizm do stanu normatywnej funkcjonalności, głównie poprzez stosowanie się do zaleconego sposobu leczenia; 2) zapobiegać odstępstwom od fizjologicznej normy przez podejmowania czynności, które mogą w tym dopomóc (zażywanie spacerów, ruchu itp.) albo powstrzymywanie się od takich, które z dużym prawdopodobieństwem ową równowagę zakłóca (np. unikanie szkodliwych używek).

Jest to podejście tradycyjne, wywodzące się z biomedycznego modelu zdrowia i choroby, tym niemniej cały czas dominujące. Jego konsekwencje są doniosłe i dalekosiężne; w tym modelu albo jest się zdrowym albo chorym. Medycyna ma sens jako technologia naprawiania źle działają-

cego organizmu, którego metaforą jest „zepsuta maszyna”. Choroba w znaczeniu „disease” jest też niezależna od wartościowania; nie można powiedzieć, że choroba jest bardziej zła czy bardziej dobra; choroba rozumiana jako „błąd”, a więc odstępstwo (dewiacja) od ustalonej normy, jest jednoznacznie czymś złym. *Ergo*, chorobie nie można w żadnej sytuacji nadawać konotacji pozytywnej.

Choroba jako illness – poczucie bycia chorym, wiara w wyzdrowienie i znaczenie choroby. Choroba w znaczeniu „illness”, w odróżnieniu od poprzedniej, jest przede wszystkim zjawiskiem subiektywnym. Jak powiedział Jaspers, „nie istnieje choroba, tylko chory człowiek” (za: Sak, op. cit., s. 4). Oznacza to, że chorym jest ten człowiek, który nie może w sposób satysfakcjonujący zaspokajać swoich potrzeb i funkcjonować na dotychczasowym poziomie w swoim środowisku. Tak rozumiana choroba jest więc „opisywalna”, a nie tylko – „nazywalna”. Chorobę można scharakteryzować poprzez wiele różnych zjawisk, jakie się z nią wiążą, np. doznania i odczucia osoby chorej, jej postawy wobec siebie i otoczenia a także postawy otoczenia wobec choroby i chorego człowieka oraz poprzez emocjonalne reakcje, jakie jej towarzyszą: cierpienie, nadzieja na wyzdrowienie, charakterystyczne przeżycia itd. Głównym jej wyróżnikiem jest obniżenie poziomu jakości życia konkretnej osoby. Kolejna cecha choroby w sensie „illness” to normatywność i względność, na przykład kulturowa. Różne zachowania i stany psychiczne, które w jednej kulturze sprawiają człowiekowi kłopoty i trudności, na przykład adaptacyjne, w innej mogą uchodzić za całkowicie normalne a nawet typowe.

Choroba jako „illness” to znaczenie bardziej psychologiczne niż medyczne. *Illness* jest subiektywnym poczuciem bycia chorym. W zależności od rozmiaru dolegliwości oraz nadziei na powrót do zdrowia chory podejmuje próby leczenia, albo poddaje się i rezygnuje. Przestrzega zaleceń lekarskich albo przedkłada inne wartości, na przykład bieżący komfort i wygodę, rezygnując jednocześnie z uciążliwych zabiegów terapeutycznych, itd.

Pojęcia illness i disease nie wykluczają się wzajemnie. Najczęściej rzeczywista niepełnosprawność i dolegliwości wynikające z choroby pociągają za sobą złe samopoczucie i przekonanie, że rzeczywiście jest się chorym.

Ale niejednokrotnie zdarza się tak, że człowiek ma silne poczucie choroby, pomimo niestwierdzenia przez lekarza żadnych defektów czy dysfunkcji organizmu. Czasami bywa odwrotnie: medyczna diagnoza choroby nie przekłada się na poczucie bycia chorym, czyli na chorobę w znaczeniu „illness”. Można metaforycznie powiedzieć, że *disease* i *illness* to dwa różne „światy” chorego, dwie odrębne rzeczywistości. O ile choroba w znaczeniu „disease” stanowi (powinna stanowić) niekwestionowaną domenę lekarza, o tyle „illness” to rzeczywistość czysto psychologiczna i tutaj należy upatrywać doniosłej roli psychologii jako dziedziny, która może nieść pomoc człowiekowi z silnym poczuciem choroby.

Wyróżnia się także inne jeszcze rozumienie choroby – **chorobę jako sickness**, co jest w zasadzie tożsame z definicją społecznej roli chorego. Składają się na nią m.in. wskazówki, jak odnosić się do chorego i jak go traktować, czyli rola chorego w rodzinie i w środowisku. Wiąza się z tą rolą określone przywileje, ale i powinności. Kiedy członek rodziny jest rozpoznawany jako chory, wpływa to na jego percepcję przez innych i oczekiwania, formułowane pod jego adresem. Wzbudza specyficzne uczucia (współczucie, wyrozumiałość, żal), ale również może stać się obiektem niechęci i wrogości. Rodzina oczekuje od chorego pewnych zachowań, na przykład podporządkowania się wymaganiom leczniczym i przestrzegania zaleceń lekarskich, zmienia się też jego miejsce i pozycja w strukturze rodziny (Taranowicz 2002). Jest to rodzaj specyficznej, tzw. idiosynkratycznej roli rodzinnej i stanowi element rodzinnej „mapy choroby” (McDaniel *et. al.* 1992; de Barbaro 2001). Znaczenie „sickness” ma szczególne zastosowanie w odniesieniu do rodziny traktowanej jako system psychospołeczny. To, co zostało powyżej powiedziane nie przeczy faktowi, że choroba somatyczna wpływa na stan psychiczny i zachowanie chorego człowieka. Odbywa się to zasadniczo trzema drogami. Pierwsza z nich to bezpośredni wpływ czynników etiopatogenetycznych na funkcje komórki nerwowej ośrodkowego układu nerwowego, w wyniku czego pochodzi do większych czy mniejszych zaburzeń w jej czynnościach. Objawia się to zakłóceniami procesów poznawczych i emocjonalnych. Druga, pośrednia droga, to wpływ choroby na zachowanie człowieka, poprzez dolegliwości występujące w jej przebiegu oraz różne ograniczenia związane z chorobą. Wreszcie trzeci sposób, w jaki

choroba może również oddziaływać na stan psychiczny i zachowania człowieka, zwłaszcza zdrowotne, to tzw. „droga psychologiczna”.

Gdyby w chorobie występował tylko składnik „disease”, rodzina byłaby zajęta wyłącznie procesem leczenia. Tak jednak nie zdarza się nigdy lub prawie nigdy. Zwykle obecne są również pozostałe składniki, dzięki którym choroba nabiera charakteru indywidualnego i niepowtarzalnego – zaczyna wpływać na bieg życia rodziny, jej decyzje i zachowania poszczególnych osób.

O ile choroba disease nie podlega wartościowaniu, zawsze jest złem, to choroba sickness i – szczególnie – illness może być wartościowana. Może być odbierana przez rodzinę jako tragedia, ale i czasami – jako wyzwanie. Można ją wartościować negatywnie (ujemnie), ale i dodatnio. W tym drugim przypadku można mówić o „korzyściach z choroby”.

3. Czy rodzina może odnosić korzyści z choroby?

Pojęcie korzyści z choroby nie jest nowe. Już A. Adler opisywał przypadki pacjentów, którzy dzięki objawom chorobowym odnosili różne korzyści psychologiczne, np. unikali sytuacji budzących u nich lęk, mogli manipulować silniejszym otoczeniem (np. dzieci rodzicami). Mówi się także o zamierzonych korzyściach z choroby, uzyskiwaniu których służą zachowania, określane jako symulacja, lub w mniejszym stopniu świadomie kontrolowana agravacja. Wielu pacjentów szpitalnych, szczególnie samotnych ludzi w starszym wieku, ma w szpitalu znacznie lepsze warunki życia niż w domu. Chorobą niektórzy zwykli tłumaczyć różne niepowodzenia życiowe, usprawiedliwiać się nią wobec samych siebie, jak i wobec innych. Choroba może zwalniać jednostkę od obowiązków, odpowiedzialności czy zaspokajać potrzebę opieki. Nieraz łączy się z tym zaspokojenie potrzeby akceptacji przez środowisko. Może też zapobiec frustracji potrzeby uznania przez otoczenie. Korzyści z choroby bywają zamierzone, jak w przypadku symulacji czy agravacji oraz – niezamierzone, a nawet – nieuświadomiane. Przyjmowanie choroby w aspekcie przynoszonej przez nią ulgi dotyczy zarówno chorób psy-

chicznych, psychosomatycznych i typowo organicznych oraz kontuzji, będących następstwem nieszczęśliwych wypadków.

Większość koncepcji opisujących i wyjaśniających korzystne następstwa chorowania odnosi się do samych chorych. Można nawet powiedzieć, że odnoszą oni swoje korzyści kosztem innych osób, w tym także najbliższego otoczenia. Czy jednak tak jest zawsze, czy nie zdarzają się sytuacje, kiedy korzyści z choroby członka rodziny odnoszą pozostali.

Istnieją sugestie i dane kliniczne mówiące o tym, że korzyści z choroby członka rodziny odnosi cały system rodzinny (de Barbaro 1997). Jeżeli tak jest istotnie, to okazałoby się, że kryzys rodzinny wywołany stresem, jakim jest choroba somatyczna, miałby dwa oblicza: negatywne – kryzysogenne i pozytywne, dające rodzinie korzystne następstwa. Wyjaśnienie tej kwestii jest głównym problemem relacjonowanych tutaj badań.

Pytania badawcze:

- 1) Czy w następstwie długotrwałej choroby członka rodziny pojawiają się w niej znamiona poprawy funkcjonalności w jakichś obszarach życia rodzinnego? Mówiąc inaczej: Czy kryzysowa lub tylko potencjalnie kryzysowa sytuacja w rodzinie, spowodowana przewlekłą chorobą somatyczną, uruchamia procesy, korzystne dla członków rodzin?
- 2) Kto w rodzinie odnosi psychologiczne korzyści, a dla kogo przewlekła choroba somatyczna członka rodziny stanowi sytuację stresową?

4. Metoda

Przyjąłem założenie, że o zadowoleniu rodziny czy jej członków w sytuacji, gdy jedna z tych osób dotknięta jest przewlekłą chorobą somatyczną, nie można wnioskować na podstawie odpowiedzi na pytania, zadawane wprost, lecz należy ją oprzeć na wskaźnikach pośrednich, wykorzystując zasadę top-down. Materiału dostarczyły wypowiedzi członków rodzin o różnych aspektach życia rodzinnego. W celu ich uzyskania posłużyłem się Kwestionariuszem Oceny Rodziny M. Cierpki i G. Frevert, w adaptacji zespołów I. Namysłowskiej i B. deBarbaro (Cierpka i Frevert, 1994; Beauvale et. al., 2002; Namysłowska et. al. 2002). Umożliwia on badanie rodziny w trzech perspektywach: ogólnej, bilateralnej i samo-

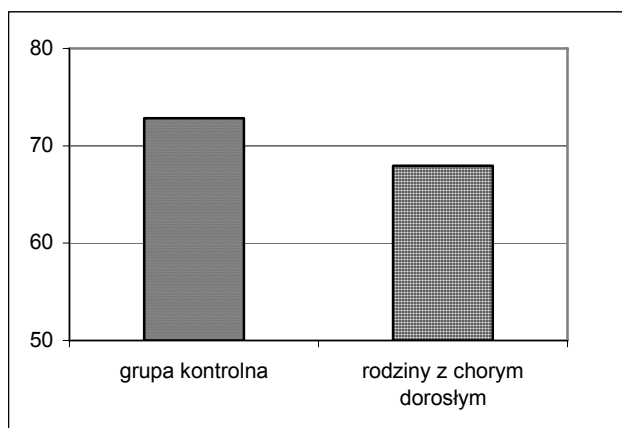
oceny a podstawą teoretyczną KOR jest systemowa koncepcja rodziny. Bishopa i Epsteina – McMaster Model of Family Functioning (Epstein et. al. 1982)). Test pozwala poznać ocenę funkcjonowania rodziny w siedmiu wymiarach podstawowych: realizacja zadań, podział ról, komunikacja, reaktywność emocjonalna, zaangażowanie uczuciowe, kontrola oraz wartości i normy. Dodatkowymi skalami są tzw. skale kontrolne: Obrona i Porównania Społeczne, które występują tylko w arkuszu oceny ogólnorodzinnej. Wyniki KOR oblicza się za pomocą tzw. klucza negatywnego, co w tym przypadku oznacza, że wynik niski jest wskaźnikiem funkcjonalności rodziny w określonym wymiarze, natomiast wynik wysoki – świadczy o jej dysfunkcjonalności.

Przebadano łącznie 93 rodziny, znajdujących się w fazie adaptacji do stresu spowodowanego chorobą, czyli od 0,5 do 1,5 roku od rozpoznania przewlekłej choroby: astma oskrzelowa (29 rodzin), choroba niedokrwienna serca (24 rodziny), reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) – 24 rodziny, choroba wrzodowa przewodu pokarmowego – 20 rodzin. Wyniki porównywano z grupą kontrolną, liczącą 220 rodzin bez problemów zdrowotnych. W większości były to rodziny mieszkające w dużych aglomeracjach miejskich, w Łodzi i Warszawie – 23% ogółu badanych, mniejszych miastach (liczących do 50 tys. mieszkańców) województw mazowieckiego i łódzkiego – 62% badanej grupy oraz zamieszkałych na terenach wiejskich wymienionych województw – 15% rodzin.

5. Badanie atmosfery (klimatu emocjonalnego) w rodzinach z grupy kryterialnej w porównaniu do grupy kontrolnej

Wskaźnikiem klimatu emocjonalnego jest łączna wartość w skalach testu KOR (bez wymiaru Porównania społeczne) w badanych grupach rodzin. Wykres ilustrujący uzyskane przez badanych wyniki przedstawia rysunek 2.

Rysunek 2. Całkowity poziom zadowolenia z własnej rodziny w ocenach ogólnorodzinnych



Źródło: Opracowanie własne.

Okazuje się, że w rodzinach z chorą osobą dorosłą poziom zadowolenia, traktowany tutaj jako wskaźnik klimatu emocjonalnego w rodzinie, jest wyraźnie wyższy, niż w rodzinach kontrolnych – czego wyrazem jest niższa wartość sumy wskaźników (różnica istotna na poziomie 0,0001).

Sprawdzono także rozkład satysfakcji członków rodzin w poszczególnych skalach testu. Odpowiednie wyniki zawiera tabela 1.

Jak się okazuje, w większości wymiarów rodziny osoby z grupy kontrolnej wykazują niższe zadowolenia z życia rodzinnego, niż osoby z grupy kryterialnej – z osobą przewlekle chorą. Wyjątkiem jest wymiar Wartości i normy, w którym obydwie grupy nie różnią się pomiędzy sobą. W skali Porównań społecznych grupa kryterialna ma wyższy wynik, co wskazuje na to, że osoby z tej grupy oceniają swoje rodziny lepiej w porównaniu z innymi rodzinami ze swojego otoczenia (w tym przypadku stosowano pozytywny klucz ocen).

W rodzinach z chorym dorosłym (a więc współmałżonkiem) świadomość przewlekłej choroby tłumi napięcia. Chory wymaga opieki, troski i spokoju. Powszechna jest przekonanie o konieczności „chodzenia na palcach” i unikania konfliktów. Nie wiadomo jeszcze, czy to się udaje, ale przynajmniej na poziomie „powierzchniowej” oceny rodziny starają

się tak właśnie przedstawić swój wizerunek. W ślad za tym idzie przekonanie – może raczej poczucie, że stali się lepszą, bardziej przyjazną wobec siebie grupą ludzi. To zapewne tłumaczy też większe zadowolenie, wyrażone w skali Porównań Społecznych.

Tabela 1. Klimat rodzinny w rodzinach dotkniętych chorobą przewlekłą w porównaniu do rodzin grupy kontrolnej (bez stresora)

Składnik klimatu rodzinnego	Grupa kontrolna (N=627)		Choroba somatyczna dorosłego (N=246)		
	M	SD	M	SD	p
Realizacja Zadań	8,38	2,316	7,34	2,195	,000
Podział ról	9,13	2,542	8,06	2,095	,000
Komunikacja	7,99	2,330	6,82	1,863	,000
Reaktywność emocjonalna	7,49	2,246	6,39	1,573	,000
Zaangażowanie uczuciowe	7,77	2,201	6,45	1,700	,000
Kontrola	8,64	2,527	7,74	2,337	,000
Wartości i normy	7,88	2,210	8,13	1,918	n.i.
Porównania społeczne	15,53	4,088	17,01	3,318	,000

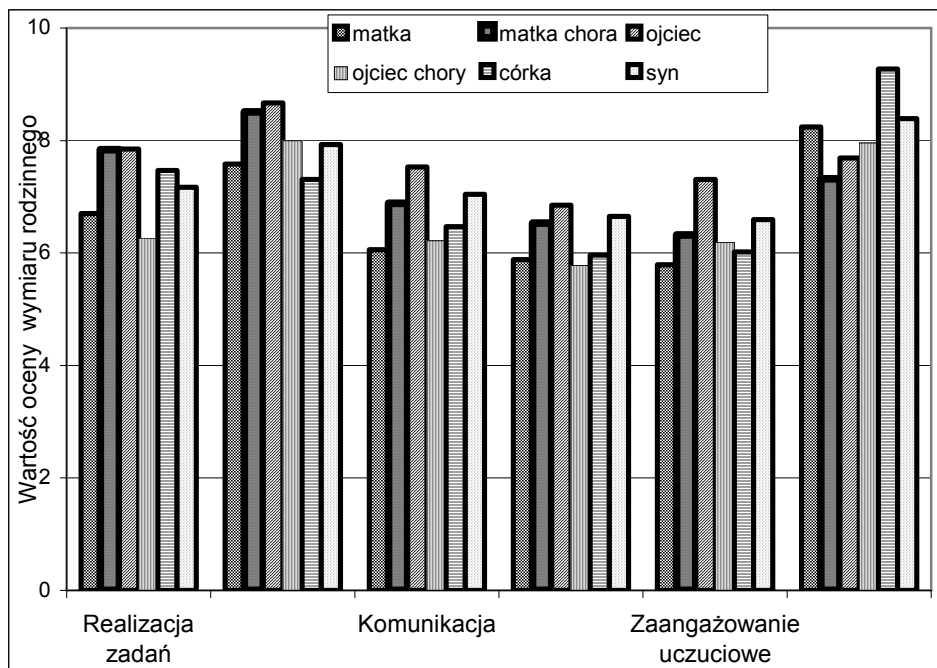
Źródło: wyniki analiz ANOVA.

Porównano także charakterystykę funkcjonowania poszczególnych członków w rodzinie z osobą przewlekłe chorą. Wyniki analizy wariancji oraz testu porównań wielokrotnych Tukey'a przedstawia rys. 3.

Na wykresie widać, że reakcje członków rodziny są zróżnicowane i wbrew temu, co mogły sugerować przedstawione wcześniej rezultaty, nie można powiedzieć, żeby w każdym przypadku choroby somatycznej korzyści odnosił cały system rodzinny.

W wymiarze *Realizacji Zadań* zdecydowanie największy poziom zadowolenia ujawniają: chory mąż i zdrowa żona. Dla takiej pary choroba okazuje się być czynnikiem stosunkowo korzystnym w sensie psychologicznym: utrwala i wzmacnia żonę w zakresie jej pozycji w rodzinie jako osoby odpowiedzialnej za sprawy domowe, a męża zwalnia od pełnienia – niechcianych zapewne i mało atrakcyjnych obowiązków.

Rysunek 3. Wartości uzyskane w skali KOR przez poszczególnych członków rodziny.



Oznaczenia – jak w tabeli 1. Uwaga: w wymiarze Kontrola nie ujawniły się istotne różnice wyników pomiędzy osobami w rodzinie i z tego powodu wymiar ten został pominięty.

Stwarza jednocześnie żonie okazje do roztoczenia nad mężem opieki a tym samym – pozwala jej kontrolować do pewnego stopnia zachowanie pozostałych domowników, co podnosi jej pozycję w hierarchii władzy w rodzinie. W sytuacji choroby żony sytuacja jest zasadniczo odmienna: niezadowoleni są obydwaj małżonkowie. Choroba któregoś z rodziców jest również niekorzystna dla dzieci, które są prawdopodobnie bardziej angażowane w sprawy domowe, aniżeli mają na to ochotę.

W kolejnym wymiarze, jakim jest Podział ról, przewlekła choroba somatyczna dorosłego członka rodziny negatywne oceny ujawniły się u wszystkich członków rodziny za wyjątkiem córki. Umiarkowanie niskie oceny wskazują na poczucie chaosu i trudności w zakresie „obsady” ról domowych. W tej sytuacji córki, dorastające dziewczyny, odnajdują okazję do większej samodzielności i swobody swoich działań.

W zakresie Komunikacji wyniki są zbliżone do wymiaru Realizacja zadań. Chory mąż i zdrowa żona czują się w tym obszarze stosunkowo najlepiej, najgorzej natomiast – zdrowy mąż i ojciec, który z sytuacją choroby żony stosunkowo najgorzej sobie radzi. Można sformułować ostrożną hipotezę, iż w przypadku choroby męża ciężar porozumiewania się w rodzinie spoczywa na żonie, gdy zaś choruje żona – nie ma kto realizować zadań wynikających z procesu komunikowania się w rodzinie. *Ergo* – mężczyźni wykazują ogólnie deficyt umiejętności komunikacyjnych.

Podobnie wygląda obraz ocen rodzinnych w odniesieniu do reaktywności emocjonalnej, chociaż tutaj oceny są stosunkowo lepsze i mniej zróżnicowane, niż w innych wymiarach. Prawdopodobnie jest to rezultatem dominacji tendencji opiekuńczych w rodzinie i ograniczenia sytuacji, mogących stanowić wyzwanie dla emocjonalnej ekspresji członków rodziny.

Zdrowi mężowie (i ojcowie) stosunkowo najbardziej krytycznie oceniają zaangażowanie uczuciowe członków rodziny w sytuacji, gdy osoba chorującą jest żona (matka). Ocena taka jest jednak najprawdopodobniej wynikiem ogólnej irytacji, która jest następstwem stresu i spostrzeganej niskiej własnej zaradności. Córkę mają największe kłopoty w zakresie wartości i norm i z funkcjonowania w rodzinie tego obszaru są niezadowolone, nieco mniej negatywne są oceny matek. Można ogólnie powiedzieć, że sytuacja choroby w rodzinie jest najtrudniejsza dla kobiet, chociaż wobec tego, że niektóre przytoczone wcześniej rezultaty przeczą temu, problem ten wymaga dalszych, wnikliwych badań.

6. Mechanizmy obronne w rodzinach z osobą chorą

W grupie kryterialnej obserwujemy zdecydowanie wyższy poziom tendencji obronnych, niż w grupie kontrolnej. Prawdopodobną przyczyną wyższych tendencji obronnych jest dążenie do ukrywania niektórych informacji o chorobie przed otoczeniem (np. kolegami dziecka), a nawet – przed samym chorym, „żeby go dodatkowo nie martwić”. W jednym i drugim przypadku motywem byłaby więc chęć ochrony chorego, która zapewne utrwała się w postaci zgeneralizowanej tendencji do ukrywania jakichkolwiek informacji o rodzinie.

Tabela 2. Tendencje obronne w badanych rodzinach

Badany obszar życia rodziny	Statystyka F	Istotność	Średnia w grupie kontrolnej	Porównania rodzin badanych z grupą kontrolną	
				Choroba somatyczna dorosłego	
				M	p
Obrona	27,334	,000	13,71	15,32	,000

Nasuwa się także hipoteza, iż wyższe skłonności obronne w rodzinach z chorym dorosłym są rzeczywiście nieświadomą obroną przed możliwym dysonansem poznawczym: „jeżeli jesteśmy dobrą rodziną, to nie może być u nas rzeczy złych”. W tym przypadku działałby prawdopodobnie mechanizm rodzinnego wypierania. W rodzinach chorych somatycznie osób dorosłych najsilniejsze tendencje do stosowania mechanizmów obronnych wykazuje żona wówczas, gdy osobą chorą jest mąż, najmniej obronnie nastawiona jest w tych rodzinach córka (różnica pomiędzy zdrową matką a córką w sytuacji choroby męża/ojca jest jedyną istotną w tej grupie). Analiza porównawcza tendencji obronnych poszczególnych osób w rodzinie wskazuje, że umiarkowany poziom ukrywania problemów występuje u mężczyzn (ojców i synów), najwyższy charakteryzuje matki, natomiast stosunkowo najniższy poziom mechanizmów obronnych ujawnia się w odpowiedziach córek. Większe nasilenie mechanizmów obronnych w rodzinach z osobą chorą świadczy o przeżywaniu choroby jako stresora, choć jednocześnie większość członków tych rodzin próbuje temu zaprzeczać.

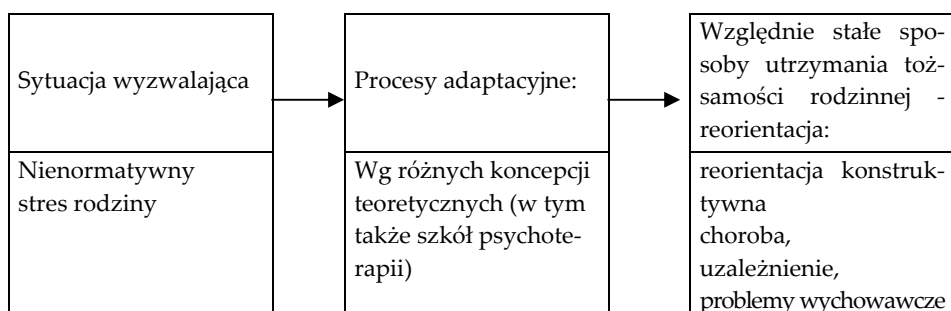
7. Korzyści podtrzymują chorobę

Przedstawione wyniki i analizy świadczą o tym, że adaptacja rodziny do sytuacji przewlekłej choroby jednej ze stanowiących ją osób nie jest procesem prostym i że jej obraz nie jest jednostronny. Ogólnie rodzina przeżywa stres i broni się przed nim przy pomocy mechanizmów obronnych. Z drugiej jednak strony w oczach niektórych członków rodzin sytuacja staje się dla nich stosunkowo korzystna, o czym świadczą wyższe niż w grupie kontrolnej oceny funkcjonowania rodziny w poszczególnych

obszarach jej przestrzeni życiowej oraz znacznie lepszy klimat emocjonalny w rodzinach z chorobą. Badania wskazują na to, że w procesie adaptacji rodziny do stresu wywołanego przewlekłą chorobą somatyczną zachodzi szereg zjawisk, dzięki którym zwiększa się spójność systemu rodzinnego, a członkowie rodziny, lub przynajmniej niektórzy z nich podnoszą swoją pozycję w rodzinnej hierarchii lub uzyskują różne przywileje. Można więc powiedzieć, że rodzina w następstwie choroby nie tylko doznaje stresu ale odnosi także spektakularne korzyści. Badania, które pozwoliły to wykazać, prowadzone były w rodzinach z osobą chorą mniej więcej po upływie 1 roku od momentu wykrycia procesu chorobowego i postawienia rozpoznania przez lekarza. Czy w tej sytuacji zwalczenie stresora jest dla rodziny korzystniejsze, niż funkcjonowanie z przewlekłą chorobą?

Wszak ostatecznym celem poradzenia sobie przez rodzinę ze stresem jest utrzymanie rodzinnej tożsamości, czyli przetrwanie systemu rodzinnego. Często jest to możliwe tylko wtedy, gdy rodzina znajdzie strategiczny sposób, dzięki którym będzie mogła uniknąć konieczności dokonywania zasadniczych zmian całego systemu (takich jak, na przykład, rozwód). Śledząc losy rodzin (z podobnymi schorzeniami) w dłuższej perspektywie czasowej stwierdziłem, że zidentyfikowane procesy adaptacyjne przekształcają się w długofalowe strategie rodzinne, które niektórym członkom rodziny także przynoszą korzyści.

Rysunek 4. Mechanizm adaptacji rodziny do długotrwałego stresu



Czerpanie takich czy innych korzyści z choroby powoduje spadek lub zupełny brak motywacji do leczenia, do bycia człowiekiem zdrowym. Brak wiary, niechęć do zdrowienia, podświadomy opór przed wy-

zdrowieniem mogą sprawiać, że zabiegi terapeutyczne okażą się nieskuteczne. W przypadku, kiedy choroba stanowi ulgę lub korzyść, występuje ujemny efekt *placebo*. Zalecenia lekarskie zwykle nie są wypełniane, a lekarz nie cieszy się zaufaniem pacjenta. Jeżeli zyski przewyższają poziom cierpienia, to chory może podświadomie przedłużać ten stan względnie dobrego samopoczucia (de Barbaro 1997, 2007).

Skoro tak, to chory nie będzie zainteresowany pomysłem przebiegiem leczenia, które mogłoby pozbawić go osiągniętych dotychczas korzyści. W przeciwieństwie do traktowania przez jednostkę choroby jako przeszkody, kiedy to lekarz postrzegany jest jako sojusznik, sytuacja, kiedy choroba dla człowieka stanowi korzyść powoduje, że bywa on odbierany jako osoba przeszkadzająca w osiągnięciu różnych gratyfikacji, płynących z sytuacji bycia chorym. Z reguły jednak pacjent nie zdaje sobie sprawy z tego wszystkiego, dzieje się to poza jego świadomością. Czy to oznacza, że w ogóle nie podejmie leczenia?

Shontz (1975) zwrócił uwagę na to, że w przypadku długotrwałej choroby wielu chorych dokonuje zasadniczych zmian we własnym życiu; przebudowują je w oparciu o nowe zagrożenia, ale i nowe wartości, jakie mogą pojawić się w procesie adaptacji do choroby. Salmon (2002) przytacza wiele przykładów pacjentów, którzy w następstwie długotrwałej choroby odkryli w sobie nową motywację do życia w oparciu o zupełnie nowe wartości. Po fazie adaptacji prawdopodobna jest jeszcze jedna faza, którą Shontz określił jako fazę reorientacji.

W innych badaniach postanowiłem eksploracyjnie prześledzić losy kilkudziesięciu rodzin, w których pojawiła się przewlekła choroba somatyczna, na przestrzeni od kilku do kilkunastu lat od chwili wystąpienia choroby. Posłużyłem się w tym celu metoda strukturalizowanego wywiadu rodzinnego, którego rezultaty zostały zilustrowane za pomocą metody genogramów rodzinnych (Świętochowski, 2003).

Następstwa przewlekłej choroby somatycznej bywają różnorodne i nie zawsze stanowią konsekwencje zmian adaptacyjnych. Zawsze jednak można wskazać, że w następstwie choroby dochodzi do takich zmian, które są dla rodziny korzystne, dzięki którym może ona istnieć jako względnie funkcjonalny system psychospołeczny. Czy to oznacza, że rodzina może funkcjonować pomimo stresu? A może jest odwrotnie –

korzystne zmiany są utrwalane i rozwijane po to, żeby umożliwić rodzinie systemowa homeostazę i funkcjonalność? Skoro pojawiają się one w następstwie choroby, to oznacza, że choroba jest rodzinie potrzebna do zachowania rodzinnej tożsamości. Wobec tego należy postawić kolejne pytanie: Co można zrobić, żeby rodzina była funkcjonalna bez choroby somatycznej? Jeżeli udałooby się taki cel osiągnąć, zniknęłyby powody, dla których konieczne jest trwanie choroby. Możliwe byłoby uruchomienie mechanizmów: motywacji i odporności koniecznych w skuteczniejszej walce z chorobą.

Pomocą w tym zakresie wydaje się być terapia psychologiczna (Wasiński 2008), a spośród różnych jej kierunków i metod warto wymienić terapię systemów rodzinnych jak najbardziej wskazana metodę pracy z rodzinami osób chorych (McDaniel 1992; Mroziak et. al. 1992; Świątochowski 2000, 2008).

Przykłady takich oddziaływań oraz hipotetyczne mechanizmy, warunkujące ich skuteczność, zostały przedstawione w innych pracach autora (Świątochowski 2008; Świątochowski w druku).

Bibliografia

- Adler A. (1986), *Sens życia*, PWN, Warszawa.
- Barbaro de B. (1997), *Pacjent w swojej rodzinie*, Springer PWN, Warszawa.
- Beauvale A., Barbaro de B., Namysłowska I., Furgał M. (2002), Niektóre psychometryczne właściwości Kwestionariuszy do Oceny Rodziny. *Psychiatria Polska*, t. XXXVI, 1, 29–40.
- Bętkowska-Korpała B., Gierowski J. K. (2007), *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Bishop G. D. (2000), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław.
- Boorse C. (2004), On the Distinction between Disease and Illness, [in:] A. L. Caplan, McCartney, D.A. Sisti (red.), *Health, Disease, and Illness. Concepts in Medicine*, Georgetown University Press, Washington.
- Cierpka M., Frevert G. (1994), *Die Familienbögen*, Hogrefe-Verlag GmbH & Co, Göttingen.
- Epstein N. B., Bishop D. S., Baldwin L. M. (1982), *McMaster Model of Family Functioning: A View of The Normal Family*, [in:] F. Walsh (red.), *Normal Family Processes*, The Guilford Press, New York.
- Gomułka W. S., Rewerski W. (2002) (red.), *Encyklopedia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Heszen I., Sęk H. (2008), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Jabłoński M., Dudek D., Furgał M., Datka W., Zięba A. (2007), Wykorzystanie kwestionariusza Manfreda Cierpki w analizie wsparcia rodzinnego u pacjentów z ostrą białaczką. *Psychiatria Polska*, t. XLI, 6, 799–812.
- Jarosz M. (1978), *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa.
- Kozieł D., Naszydlowska E., Zdziebło K. (2003), Rodzina w zdrowiu i chorobie, *Małżeństwo i Rodzina*, 2, 35–38.
- McCubbin H. I., Figley C. R. (1983), *Stress and the Family: Coping with normative transitions*, Brunner/Mazel, New York.
- McDaniel S. H., Hepworth J., Doherty W. J. (1992), *Medical Family Therapy*, Basic Books, New York.
- McKenry P.C., Price S.J. (2005), *Families & Change. Coping with stressful events and transitions*. Sage Publication Inc.: Thousand Oaks CA.
- Mroziak B., Czabała J. Cz., Pohorecka A. (1992), *Proces terapii w kategoriach celów i strategii terapeutycznych*, [w:] A. Pohorecka (red.), *Rodzina w terapii*. Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Namysłowska I., Barbaro de B., Paszkiewicz E., Siewierska A., Furgał M., Drożdżowicz L., Józefik B., Beauvale A. (2002), Kwestionariusze Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny. *Psychiatria Polska*, t. XXXVI, 1, 17–28.
- Ochojska D., Radochoński M. (1997), Choroba w rodzinie: style zmagania się z sytuacją trudną. *Problemy Rodziny*, 5/6, 39–43.
- Radochoński M. (1987), *Choroba a rodzina*, Wydawnictwo WSP, Rzeszów.
- Sak J. (2008), Rozważania dotyczące pojęcia choroby we współczesnej filozofii medycyny. *Zagadnienia naukoznawstwa*, t. XLIV, 3–4, 177–178.
- Salmon P. (2002), *Psychologia w medycynie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Shontz F. C. (1975), *The Psychological Aspects of Physical Disease and Disability*, Macmillan, New York.
- Świętochowski W. (2000), Rodzina jako zbiorowy pacjent. *Zeszyty Naukowe WSH-E*, 8, 105–116.
- Świętochowski W. (2003), *Psychologiczny kontekst procesu „chorowania” w rodzinie*, [w:] I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny*. Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Świętochowski W. (2004), Proces „chorowania” w rodzinie. *Acta Universitatis Lodziensis – Folia Psychologica*, 8, 197–204.
- Świętochowski W. (2008), Zastosowanie systemowej terapii rodzinnej w leczeniu chorób somatycznych, [w:] L. Szewczyk i A. Kulik (red.), *Problemy psychosomatyki okresu dorastania i dorosłości* (155–168). Wydawnictwo PROQRAT, Lublin.
- Świętochowski W. (w druku), System rodzinny wobec przewlekłej choroby somatycznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Taranowicz I. (2002), *Rola społeczna chorego*, [w:] J. Barański i W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Oficyna Wyd. ATUT, Wrocław.
- Tobiasz-Adamczyk B., Szafranec K., Bajka J. (1999), *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*. Collegium Medicum UJ, Kraków.

- Wasilewski B.W., Węgrzyn Z., Dulko S. (2008), *Psychoterapia medyczna na tle innych form psychoterapii*, [w:] L. Szewczyk i A. Kulik (red.), *Problemy psychosomatyki okresu dorostania i dorosłości* (169–176), Wydawnictwo PROQRATŁ, Lublin.
- Woynarowska B. (2008), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa.

Chronic disease as a crisis in family system

Summary

This work is an attempt to answer the question: how the family, understood as a psychological system, reacts to a chronic somatic disease of its grown-up member. There are introduced philosophical conceptions of an illness and psychological consequences of different ways of understanding it.

The research was carried out on the sample of 93 families containing a person affected by a chronic disease. The tool used in it was Polish adaptation of the Family Assessment Questionnaire by M. Cierpka I G. Frevert Polish. Comparative research was conducted in a control group consisting of 220 families.

The results let us assume that on an unaware level, a somatic disease can be significant to family system as a whole, whereas its particular links – persons in the family – respond to the disease in different manners. It means that in view of some family members a disease improves the functionality of a system in some aspects, while in others –compared with the control group – diminish.

The article closes with the reflections about competence of a psychologist helping families affected by a chronic somatic disease.

Sabina Pawlas-Czyż

Uniwersytet Śląski

Opieka nad osobą nieuleczalnie chorą w rodzinie. Wyzwania wobec społeczno-instytucjonalnego otoczenia osób chorych terminalnie

1. Wprowadzenie

Niewiele jest takich sytuacji, w których siła doświadczenia niepewności i nietrwałości ludzkiej egzystencji ujawnia się z taką ostrością jak w obliczu choroby nieuleczalnej. Związana z nią wizja nieuchronności śmierci czyni z niej sytuację skrajnie kryzysową, a nawet należałoby powiedzieć, że – używając sformułowania Karla Jaspersa – sytuację graniczną w naszej egzystencji. Cierpienie i ból totalny, jakie wpisane są w terminalne stadium choroby „wdzierają się w sferę indywidualnej tożsamości tych, którzy cierpią, ich rodzin, przyjaciół i krewnych” [Riemann, Schutze 1992, s. 93]. Cechy trajektorii biograficznej opisywane w koncepcji „trajektorii uogólnionej” G. Riemanna i F. Schutzego, wskazują jak poważne zmiany zachodzą w tożsamości na skutek ostrego cierpienia, powodując zmiany w wielu sferach funkcjonowania jednostki, ale także w płaszczyźnie relacji zachodzących między osobą cierpiącą a jej najbliższym otoczeniem.

Zasadniczym celem rozważań zawartych w niniejszym tekście uczyniono próbę zarysowania szczególnych potrzeb rodziny w sytuacji kryzysu wywołanego terminalnym stanem choroby jednego z jej członków. W tym kontekście należałoby się bowiem zastanowić nie tyle nad wyzwaniami, jakie sytuacja ta stawia przed samą rodziną, co wyzwaniami, jakim powinno sprostać społeczno-instytucjonalne otoczenie osób termi-

nalnie chorych. W realiach naszego kraju długotrwała opieka nad osobą nieuleczalnie chorą w zdecydowanej większości realizowana jest właśnie w rodzinie. Choć brakuje badań dotyczących opiekunów rodzinnych, ich rejestrów, szczegółowych danych na temat ich sytuacji społeczno-demograficznej szacuje się, że opiekun rodzinny zaspokaja niemalże w całości potrzeby osób chorych terminalnie (82–96% w zależności od obszaru potrzeb) [Kurpas, Kaczmarek, Steciwko 2007, ss. 157–158]. Rodzina niezaprzeczalnie stanowi największą instytucję opieki długoterminowej. Pełniąc tę funkcję częstokroć w stanie ostrego kryzysu, nie może pozostawać niezauważona jako podmiot działań pomocowych przez instytucje powołane do niesienia pomocy.

2. Diagnoza choroby nieuleczalnej z perspektywy jednostki i jej rodziny

Każda długotrwała choroba powoduje nagłe zakłócenie w realizowaniu wielu psychospołecznych potrzeb: aktywności, kontaktu, poznania, samorealizacji. Stanowi oczywiste zagrożenie dla poczucia bezpieczeństwa. „Ogólnie można więc stwierdzić, że choroba oznacza zasadniczą i niepomyślną zmianę w sytuacji człowieka” [Heszen-Niejodek 2005, s. 514]. Źródło dotkliwych zmian stanowią zarówno problemy natury somatycznej związane z odczuwanym bólem, fizycznym wyczerpaniem, męczliwością jak i trudności psychologiczne i społeczne. Zachorowanie wymusza zmiany treści i sposobu myślenia o tym „kim jestem”, „jaką jestem osobą” zwiększając w ten sposób ryzyko kryzysu tożsamości. Jego źródło leży m.in. w narzuconej jednostce roli chorego, gdzie etykieta „osoby chorej”, osoby „chorej nieuleczalnie”, „osoby chorej onkologicznie” może zdominować dotychczasową autokoncepcję osoby budowaną w oparciu o zestaw pełnionych w społeczeństwie ról: rodzinnych, towarzyskich, pozycji zawodowych, zdobytych kwalifikacji, pełnionych funkcji czy zgromadzonych doświadczeń, stopni i tytułów.

Obraz konsekwencji zachorowania może ulec drastycznemu wyostrzeniu wraz z pojawieniem się świadomości braku pomyślnego rokowania w leczeniu choroby. Dzięki znajomości cech trajektorii biograficznej, która odnoszona bywa do tak trudnych sytuacji, możliwe staje się

by w pewnym stopniu uświadomić sobie skalę psychicznego obciążenia, jakie staje się udziałem osoby z diagnozą choroby nieuleczalnej. Wedle G. Riemann'a i F. Schutze'a pojawiające się wówczas przytłoczenie nieoczekiwanymi wydarzeniami, nad którymi jednostka traci panowanie może wzmacniać poczucie, że jej życie uwarunkowane jest przez potężne zewnętrzne siły, których nie sposób zrozumieć, a tym bardziej kontrolować. Jednostka może zacząć postrzegać siebie jako ofiary zewnętrznych sił, nagłych wypadków. Życie codzienne ulega dezorganizacji, a „nastrój i logika cierpienia stają się dominującym stanem jej umysłu” [Riemann, Schutze 1992, ss. 98–99]. Jednostka traci uprzednią zdolność do kontrolowanego działania; może pojawić się poczucie „usidlenia” wywołanego długo utrzymującym się zaburzeniem orientacji, co do własnej sytuacji. Przy nasilonym cierpieniu, może też pojawiać się bardzo przygnębiające uczucie „oddzielenia od zewnętrznego świata normalnej egzystencji” [Riemann, Schutze 1992, s. 98], ale też poczucie stawania się obcym wobec samego siebie.

Kryzysowość choroby nieuleczalnej może zostać zwiększona poprzez konieczność konfrontowania się z nią w otoczeniu szpitalnym. Jest to wynikiem immanentnych cech wpisanych w kontekst większości szpitali, gdzie sformułowanie nadrzędnego celu w postaci „przywracania do zdrowia” staje się niemożliwe do zrealizowania w odniesieniu do osób w terminalnej fazie choroby. Powoduje to, że „stają się oni automatycznie grupą zepchniętą na margines działalności instytucji” [Ostrowska 1997, s. 150]. Formalizm relacji interpersonalnych w szpitalu nie zostawia miejsca dla zaspokojenia potrzeb osobistego kontaktu czy wsparcia emocjonalnego – potrzeb o pierwszoplanowym znaczeniu w sytuacji zagrożenia życia. Podejście personelu do osoby umierającej nacechowane bywa w większości bezradnością, co może być wynikiem braku zaleceń w szpitalach określających zasady opieki nad osobami w stanie terminalnym oraz braku wiedzy i umiejętności z zakresu opieki terminalnej. Gdy medyczna diagnoza nie daje osobie chorej szans na przeżycie „(...) decyzja taka zazwyczaj oznacza dla pacjenta jego postępującą izolację w systemie szpitala. Lekarze w czasie obchodu będą się krócej zatrzymywać przy łóżku takiego chorego, a pielęgniarki potrzebować więcej czasu, aby zjawić się na wezwanie” [Ostrowska 1997, s. 160]. Podejście do osoby umierającej w warunkach szpitala ma wszelkie znamiona mar-

ginalizowania jej obecności, nie dostrzegania jej psychospołecznych potrzeb, co inicjuje proces społecznego umierania osoby zanim nadejdzie moment śmierci biologicznej. „W sensie organizacyjnym pacjent w szpitalu w zasadzie umiera w momencie wejścia w stan ostatecznej, nieodwracalnej śpiączki. Moment ten inicjuje podejście do umierającego jako do ciała i jest przykładem sytuacji, w której śmierć społeczna wyprzedza śmierć biologiczną. Inicjowanie „śmierci społecznej” z punktu widzenia szpitala jest sposobem postępowania, który ułatwia organizacyjną obsługę umierania i świadczy o tym, jak w codziennej praktyce personelu płynna może być granica między życiem i śmiercią” [Więckowska 2002, s. 191].

Choroba, stanowiąc jedno z najtrudniejszych doświadczeń kryzysowych dla jednostki, jednocześnie zapoczątkowuje stan kryzysu dla całego systemu rodzinnego. To rodzina w pierwszej kolejności jest informowana przez pacjenta lub lekarza o tym, co oznaczają pojawiające się objawy chorobowe. Moment ten otwiera początek dla szeregu zmian i wyzwań w życiu rodziny. Diagnoza choroby zagrażającej życiu oznacza najczęściej „wszechogarniający kryzys dla większości chorych” [Achte i współ. 1986 za: Pilecka 2004] i ich najbliższego otoczenia.

Emocjonalny związek z osobą chorą może powodować u członków rodziny przechodzenie przez podobne etapy procesu choroby jak te, które stają się udziałem osoby dotkniętej chorobą [Pilecka 2004, ss. 96–99]. Diagnoza nieuleczalnej choroby może uruchamiać u członków rodziny opór, może być źródłem psychicznego wstrząsu i uruchamiania mechanizmów zaprzeczania, które mają chronić osobę przed zbyt bolesną rzeczywistością. Nieumiejętność przyjęcia wiedzy o chorobie osoby bliskiej, brak wiary w złą prognozę mogą utrzymywać się bardzo długo. Wśród najczęstszych reakcji członków rodziny pojawiają się gniew, etap targowania się z Bogiem, składania obietnic w zamian za wyzdrowienie osoby, ale pojawia się też poczucie winy związane z przeszłymi negatywnymi zachowaniami wobec osoby chorej. Konieczność skonfrontowania się z wizją nadchodzącej śmierci bliskiej osoby powoduje niejednokrotnie wzrastający niepokój, nasilenie depresji, poczucie utraty sensu życia [Pilecka 2004, ss. 96–97].

Udziałem wielu osób opiekujących się swymi bliskimi chorymi terminalnie staje się kryzys wypalenia. Jego źródłem jest subiektywnie przeżywany ciężar opieki zwiększany przez każdy dzień obserwowane-

go z bliska cierpienia i walki z poczuciem braku szans, że własnym działaniem można polepszyć sytuację i stan zdrowia chorego. Zespół wypalenia w opiece nad chorym obejmuje nie tylko wyczerpanie fizyczne objawiające się między innymi brakiem energii i stałym zmęczeniem, ale także wyczerpaniem emocjonalnym i umysłowym. Osoba z zespołem wypalenia staje się bardziej podatna na zachorowanie, pogarsza się jej kondycja psychofizyczna, a na skutek stanów depresyjnych gorzej radzi sobie z codziennymi uciążliwościami. Niższe poczucie własnej wartości może w zespole wypalenia powodować coraz bardziej negatywne podejście do siebie samego i innych ludzi.

Choć istnieje szansa by zespół wypalenia w opiece nad chorym został przezwyciężony wzmacniając, wzbogacając jednostkę, często w opiece nad chorym konieczne jest zapewnienie pomocy z zewnątrz. Pomoc płynąca od osób do tej pory mniej bądź w ogóle nie zaangażowanych w opiekę może spełniać funkcję wspierającą nie tylko osobę wypaloną ciągłym pomaganiem, pielęgnowaniem, wspieraniem, ale może też uchronić samą osobę chorującą przed dodatkowymi cierpieniami powodowanymi wypaleniem jej opiekuna. Zespół wypalenia na skutek wyczerpania wszelkich sił może nasilać chłód emocjonalny wobec innych, w tym wobec chorego, ale może też zwiększać impulsywność, drażliwość paraliżując zdolność do dalszego angażowania się w opiekę.

3. Potrzeby rodzinnych opiekunów osoby chorej terminalnie

Zachorowanie członka rodziny niesie z sobą konsekwencje dotyczące każdej ważnej płaszczyzny życia rodziny. Pociąga za sobą obciążenie wszystkich osób wieloma zadaniami. Niektóre z nich wynikają z konieczności przejęcia obowiązków dotąd pełnionych przez osobę chorą, inne zaś to zupełnie nowe obowiązki generowane przez chorobę. Może to oznaczać dla rodziny poważne zmiany w jej dotychczasowej strukturze, zmiany dotyczące układu ról i pozycji [Taranowicz 2002]. Zmiany w strukturze życia rodziny są nieuniknione. Kluczowe problemy, jakie pojawiają się w codziennym stawianiu czoła chorobie, wiążą się z kontrolowaniem objawów choroby, z zapobieganiem medycznym kryzysom oraz z radzeniem sobie z nimi w chwili ich zaistnienia. Pojawia się po-

trzeba zapobiegania izolacji społecznej, a czasem godzenie się na nią z powodu ubytku kontaktów społecznych. Konieczne jest adaptowanie się do wielu zmian wywoływanych chorobą, zdobywanie środków finansowych na leczenie, a często środków dających samą możliwość przeżycia. Bliscy osoby w terminalnym stadium choroby muszą zmagać się z wieloma trudnościami psychologicznymi, małżeńskimi, rodzinnymi, podejmując przy tym próby normalizowania stylu życia rodziny i relacji z innymi ludźmi [Straus, Corbin, Fagerhaugh i in. 1984, s. 16].

Jednym z najpoważniejszych źródeł kryzysu przeżywanego przez bliskich osoby nieuleczalnie chorej staje się konieczność obserwowania cierpień chorego oraz niepewność, co do rozwoju choroby, przebiegu jej objawów i świadomość braku kompetencji do sprawowania opieki. Niepokoić mogą też obawy dotyczące braku umiejętności kontrolowania objawów, umiejętności pomocnych w zapanowaniu nad psychicznymi trudnościami jak lęki czy stany depresyjne [Janecki, Pyszkowska, Janecka 2003 s. 154]. Obok oczywistej konieczności dostosowania się do reorganizacji dnia codziennego pojawiają się trudności dużo mocniej obciążające rodzinę, trudności emocjonalne. Członkowie rodziny chorego, realizując funkcję emocjonalnego wspierania, starają się dawać poczucie bezpieczeństwa, zmniejszać odczuwanie lęku związanego z chorobą. Jednak, gdy zagrożone jest zdrowie lub życie najbliższej osoby realizowanie tego zadania może być wyjątkowo trudne, często przekraczając możliwości rodziny.

M. Janecki, J. Pyszkowska i J. Janecka [2003] dokonując próby analizy potrzeb rodziny chorego w okresie terminalnym zwracają uwagę, że są to potrzeby dotyczące wszystkich najważniejszych sfer funkcjonowania człowieka – somatycznej, psychicznej, duchowej i społecznej, zaś ich zaspokojenie w wielu aspektach wymaga działań podejmowanych przez profesjonalistów z dużym doświadczeniem w opiece nad osobami w stanie terminalnym. Potrzeby rodziny związane z somatyczną stroną funkcjonowania osoby chorej wiążą się z wiedzą dotyczącą kontroli bólu totalnego, zaburzeń apetytu, czynności pielęgnacyjnych – związanych z podnoszeniem chorego, toaletą, kąpielą. Charakter tych potrzeb w większości determinuje konieczność uczestniczenia w oddziaływaniach pomocowych pracowników z umiejętnościami medycznymi.

U członków rodziny osoby chorej terminalnie pojawia się wiele szczególnych potrzeb natury psychicznej. Choć są one priorytetowe – jak

zauważają autorzy publikacji – częstokroć nie są traktowane z należytą im uwagą. Ważne jest by z jednej strony kłaść nacisk na zapobieganie poważnym problemom psychologicznym poprzez uwalnianie członków rodziny od emocjonalnych napięć, pomoc w wyrażaniu trudnych emocji. Z drugiej strony ważne jest by uchwycić u członków rodziny wszelkie niepokojące objawy zaburzeń snu, koncentracji, anoreksji, które mogą utrudniać opiekę i komunikację z osobą chorą [Janecki, Pyszkowska, Janecka 2003, ss. 147–148].

Zachorowanie członka rodziny i wspieranie go w walce z chorobą powoduje, że każda z funkcji realizowanych przez rodzinę musi uwzględniać zmienione warunki, w jakich obecnie funkcjonuje. Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca spełniana przez rodzinę musi ulec rozszerzeniu o zadania związane z kształtowaniem warunków potrzebnych do prowadzenia leczenia, zaspokajania potrzeb chorego związanych z pobytem w szpitalu czy pomoc w szukaniu odpowiedniej pomocy medycznej. Związane z leczeniem koszty w ogromnej części ponosi rodzina. Jednak wpływ choroby na materialno-ekonomiczną sferę rodziny jest dużo rozleglejszy. Może pociągać za sobą niekorzystne zmiany w dotychczasowych wzorach konsumpcji, jeśli na skutek spadku aktywności zarobkowej chorego lub w związku z wysokością kosztów leczenia obniżeniu ulega stopa życia, sposób odżywiania, spędzania wolnego czasu, warunki mieszkaniowe. W płaszczyźnie rekreacyjnej i towarzyskiej ważne miejsce musi zająć czas poświęcany osobie chorej, jej odwiedzanie, zatroszczenie o zapewnienie jej kontaktów z innymi ludźmi czy możliwie atrakcyjny – w zależności od aktualnego stanu choroby – sposób spędzania czasu [Tobiasz-Adamczyk 2000, ss. 173–174].

Szczególną uwagę należałoby poświęcić potrzebom rodziny, które są związane z umieraniem bliskiej osoby. Każda rodzina może w wyjątkowy dla niej, zindywidualizowany sposób przeżywać ten trudny moment. Jedną z prób zidentyfikowania najważniejszych potrzeb rodziny w obliczu umierania bliskiej osoby, podjętą przez Hampe'a zawiera osiem obszarów. Obejmują one: bycie z osobą umierającą; poczucie, że jest się pomocnym osobie umierającej; zapewnienie, że pacjent posiada komfort umierania; bycie informowanym o stanie osoby umierającej; bycie informowanym o nadchodzącym zgonie; możliwość emocjonalnego odreagowania; otrzymywanie wsparcia innych członków rodziny; otrzymany-

wanie akceptacji i wsparcia od profesjonalistów [Ferrel 1998 za: Janecki, Pyszkowska, Janecka 2003 s. 148].

Większość rodzin podejmuje w tym okresie próby utrzymania równowagi w rodzinie dbając o jej spójność, silnie koncentrując się na potrzebach osoby umierającej, dbając o wyrozumiałość wobec jej zachowań, o to by nie sprawiać przykrości, co jednak – w przypadku ukrywania prawdziwych informacji o chorobie – może ograniczać komunikację.

Jednak wszystkie te działania rodzina jest w stanie podejmować tylko przez określony czas. Choroba trwająca długo może bardzo wyraźnie osłabiać siły poszczególnych członków rodziny sprawiając, że potrzebna staje się pomoc z zewnątrz [Walden-Gałuszko de 2004, s. 186]. Wsparcie zewnętrzne nierzadko staje się niezbędne w rozstrzygnięciu wątpliwości, które wcześniej nie znajdowały się w obszarze refleksji członków rodziny. Pojawiają się trudne dylematy etyczne odnoszące się do kwestii śmierci, spraw wiary, życia po śmierci, ale też obawy dotyczące przekazywania choremu informacji o niepomyślnym rokowaniu. W tym kontekście pomoc udzielana przez osoby spoza rodziny może przyczyniać się do poprawienia komunikacji między chorym i opiekującymi się nim, do odblokowania tabu dotyczącego terminalności choroby, faktu, że zaczyna się proces umierania. Zdolność otwartego porozumiewania się w obliczu zbliżającej się śmierci daje szansę na psychiczne zbliżenie, pozamykanie ważnych dla chorego spraw, pożegnanie, odchodzenie z godnością [Kacperczyk 2006, s. 262].

Opisana sytuacja, określana jest stanem świadomości otwartej w koncepcji kontekstów świadomości Anselma Strausa i Barneya Glasera. Jest to stan, w którym uczestnicy procesu umierania zdają sobie sprawę ze złego rokowania i mówią o tym w sposób otwarty, bez udawania, że jest inaczej – nie jest to jednak często spotykana sytuacja.

4. Wyzwania dla społecznego otoczenia rodzin osób chorych terminalnie

Uporanie się z jednym z najcięższych kryzysów, kryzysem powodowanym utratą zdrowia staje się zadaniem łatwiejszym dla tych chorujących, którzy posiadają mocne oparcie w innych osobach. Rola wsparcia społecz-

nego w konfrontacji z ciężką chorobą jest wartościowana bardzo wysoko. Otrzymywane wsparcie – jak pokazują badania prowadzone w tym obszarze – może spełniać rolę bufora, który jest w stanie ochronić osobę chorą przed niektórymi dodatkowymi, poważnymi konsekwencjami choroby i silnego stresu takimi jak zaburzenia natury psychicznej czy dodatkowe trudności somatyczne [Steuden, Okła 2007, s. 201]. Nie powinno zatem dziwić, że – jak dowodzą badania – dla wielu przewlekle chorujących osób sprawą dużo istotniejszą dla odczuwanej jakości życia są czynniki psychologiczne, duchowe, aniżeli nawet same kwestie medyczne, nawet jeśli dotyczą one obniżania doznań bólów [Steuden, Okła 2007, s. 200].

Jednocześnie badania empiryczne przeprowadzane wśród rodzin opiekujących się chorującą przewlekle osobą dowodzą, że również rodziny deklarujące uzyskiwanie pomocy od innych częściej określały swoje możliwości radzenia sobie z chorobą jako dobre. Istnienie wsparcia może być czynnikiem ostatecznie rozstrzygającym o tym jak rodzina poradzi sobie z kryzysem wywołanym chorobą [Taranowicz 2002, s. 112]. Okazuje się, że nawet jeśli system rodzinny będzie w stanie skutecznie radzić sobie z problemami generowanymi przez chorobę nieuleczalną to zawsze jest to okres naruszający równowagę systemu, a długotrwała sytuacja pełnej mobilizacji wszelkich sił i zasobów rodziny doprowadza do ich wyczerpania [Kacperczyk 2006, s. 240].

Wsparcie społeczne może działać dwiema drogami: poprzez społeczną integrację, kiedy to samo poczucie zintegrowania z innymi, przynależności do różnych grup społecznych (rodzinnych, zawodowych, towarzyskich) stanowi źródło większej wewnętrznej stabilności, lepszej orientacji w społecznej rzeczywistości. Jak pisze Katarzyna Popiołek „ta percypowana przez człowieka baza społeczna jest pewną potencją podtrzymującą jego dobre funkcjonowanie i samopoczucie” [Popiołek 1996, s. 31]. Wsparcie społeczne działa oczywiście również poprzez rzeczywiste zachodzące, bezpośrednie interakcje. Tego typu relacje, relacje wspierające ukierunkowane są na rozwiązanie problemu, przezwyciężenie trudnej sytuacji, co może być osiąganego poprzez wsparcie emocjonalne, wymianę informacji, pomoc o charakterze materialnym czy pomoc opartą na wymianie instrumentów działania [Sęk 1986]. W tym przypadku „osoby wspierające pomagają człowiekowi w mobilizacji jego potencjału psychicznego, uczestniczą w realizacji zadań, które stwarzają

mu trudności, a także pomagają w zdobyciu określonych materiałów i umiejętności [Popiołek 1996, ss. 31–32].

Ilość i złożoność zadań, jakie choroba zrzuca na barki osoby chorej i jej rodziny wymaga ogromnego wysiłku by wypracować takie sposoby reagowania, które pomogłyby uporać się z niektórymi trudnościami. Zdecydowana większość potrzebnych tu metod, strategii wymaga towarzyszenia i asysty innych osób – członków rodziny, znajomych, przyjaciół. Co więcej, ogrom zadań do rozwiązania, wymagane zasoby, umiejętności sprawiają, że aby im podołać konieczna jest cała struktura organizacyjna umożliwiająca skoordynowanie skomplikowanej sieci działań. Przy presji problemów związanych z chroniczną chorobą łatwo o załamanie jakiegokolwiek elementu podtrzymującego chorego i jego rodzinę [Strauss i in. 1984 za: Kacperczyk 2006].

Tymczasem dość powszechnie stwierdza się, że potrzeby rodzin opiekujących się osobą w stanie terminalnym nie są brane pod uwagę przez zespoły opiekujące się [Janecki, Pyszkowska, Janecka 2003, s. 153; De Walden-Gałuszko 1996]. W ramach zinstytucjonalizowanej opieki szpitalnej jednym z jaskrawych tego przykładów jest sposób informowania najbliższych o niepomyślnym rokowaniu jednego z członków. „Dzieje się to zwykle „przy okazji”, „w przelocie” – na stojąco, na korytarzu czy w jakimś innym pomieszczeniu, ale dosyć szybko, w pośpiechu” (...) albo w najlepszym razie w gabinecie lekarza, gdzie osobę zainteresowaną traktuje się nierzadko jak petenta czy intruza”. „W ten smutny sposób daje o sobie znać brak przygotowania personelu medycznego do kontaktu z człowiekiem umierającym i jego rodziną, o czym wiele się pisze w literaturze” [Ogryzko-Wiewiórowska, 1994, ss. 48–50].

Jeśli zasadnicze potrzeby psychiczne rodziny w trakcie opieki nad osobą nieuleczalnie chorą to potrzeba bycia wysłuchanym i zrozumianym (rozwiązanie niepokoju w rodzinie), potrzeba uzyskania odpowiedzi na pytania, zrozumienia (z jednej strony choroby, z drugiej strony towarzyszących jej i zmieniających się emocji), uwierzenia we własne możliwości i mocne strony, potrzeba uzyskania umiejętności przewidywania i bycia przygotowanym do sytuacji kryzysowych [Penson i Fisher 1991; za: Janecki, Pyszkowska, Janecka 2003 s. 148] – wyraźnie widoczna staje się konieczność objęcia rodziny metodycznym działaniem pomocowym.

Najważniejszą potrzebą członków rodzin opiekujących się chorym terminalnie jest uzyskanie profesjonalnego, wielopłaszczyznowego wsparcia realizowanego za pomocą metody pracy z rodziną. W zależności od wyniku diagnozy konkretnego systemu rodzinnego program wzmacniania potencjału rodzinnego powinien obejmować równolegle najważniejsze, opisywane wyżej obszary problemowe. Większość przedstawicieli ośrodków opieki hospicyjno-paliatywnej stwierdza, że „zwykle rodzina nie jest odpowiednio przygotowana do sprawowania opieki i trzeba ją wszystkiego nauczyć” [Kacperczyk 2006, s. 220]. Edukacja członków rodziny, dostarczanie wiedzy na temat możliwych sposobów reagowania na chorobę i niepomyślne rokowania przez osobę chorą oraz członków rodziny; dostarczanie wiedzy o tym, jak zadbać o dobrą komunikację z chorym, mogą uchronić osoby zaangażowane w opiekę przed dodatkowym napięciem wynikającym z pogorszenia wzajemnych relacji, nieporozumień czy nawet konfliktów. Instruktaż członków rodziny powinien czasem przybierać formę korygowania niewłaściwych zachowań. Zdarzają się bowiem przypadki izolowania osoby chorej od małych dzieci, przeciążania nadmiernymi wizytami, podejmowaniem zachowań męczących dla chorego, gdy brakuje taktu i wrażliwości w uwagach na temat osoby chorej (jej wyglądu, stanu zdrowia). Otoczenie chorego może przejawiać żal czy pretensje z powodu nieokazywania oczekiwanej wdzięczności; uciążliwych reakcji chorego. W grupie zachowań wymagających korekty znajdują się także: ograniczanie podmiotowości, autonomii pacjenta, przedwczesne odcinanie pacjenta od jego społecznych zobowiązań, wyręczanie w obowiązkach, ograniczanie możliwości podejmowania przez niego wyborów, decyzji [Walden-Gałaszko de 2004, s. 187].

Pomoc z zewnątrz winna też spełniać rolę okresowego odciążenia osób najbliższych choremu od zbyt wielu obowiązków, może mieć charakter pomocy w sprawach socjalno-bytowych, zmiany organizacji życia codziennego [Walden-Gałaszko de 2004, s. 187].

Przeszkolenie członków rodziny w zakresie technik pielęgnacyjnych niezbędnych dla zachowania komfortu fizycznego osoby chorej może pomóc nie tylko poczuć się bardziej pewnie w roli sprawnego opiekuna, ale może zabezpieczać członków rodziny przed urazami wynikającymi z nieprawidłowych nawyków np. w podnoszeniu osoby chorej.

Rzetelna wiedza na temat tego, jakie znaczenie dla osoby chorej ma sposób odnoszenia się do jej ciała i zmienionego wyglądu zewnętrznego, ciała nierzadko wyniszczonego chorobą, zdeformowanego, czasem z otwartymi ranami po radioterapii, obrzękami powodującymi nienaturalnych rozmiarów opuchnięcia [Kacperczyk 2006, s. 246] – nie jest dostępna przeciętnemu uczestnikowi opieki nad chorym w rodzinie. „Wygląd człowieka w chorobie jest nie tylko źródłem cierpienia fizycznego, ale także zagrożeniem dla przebiegu i podtrzymywania dalszych interakcji z otoczeniem oraz utraty godności człowieka chorego. Zmiany w ciele pacjenta wywołują odrazę. Towarzyszące im zapachy mogą być trudne do zniesienia” [Kacperczyk 2006, s. 247]. Niezbędna jest wówczas świadomość, że najskuteczniejszym sposobem okazywania pełni akceptacji, budowania głębokiej relacji, wyrażania czułości, zaznaczania swej troski jest dotyk, ale i komunikacja niewerbalna.

Jedno z najważniejszych źródeł lęków, z jakimi boryka się otoczenie osoby chorej, wynikające z lęku przed bólem fizycznym, cierpieniem najbliższej osoby można złagodzić dostarczając pełnych informacji na temat działania stosowanych leków przeciwbólowych, dostarczając wiedzy na temat objawów, które mogą świadczyć o potrzebie interwencji lekarza tak by nie dopuścić do sytuacji kryzysowej. Bardziej kompetentnie w roli opiekuna poczuje się także członek rodziny obeznany z dostępnymi pozafarmaceutycznymi sposobami obniżania doznań bólowych.

Niezwykle istotnym dla umiejętności radzenia sobie z kryzysem jest obszar emocjonalnego funkcjonowania opiekunów rodziny. Pojawiają się tu trudne negatywne emocje związane z przeżywaniem rozpacz, lęku przed przyszłością, lęku przed śmiercią bliskiej osoby, poczuciem bezradności, czasem utratą sensu życia. Utracone oczekiwania, plany na przyszłość, straty w codziennym funkcjonowaniu zawodowym, towarzyskim, rodzinnym, rekreacyjnym – wszystkie te czynniki stanowią bezwzględne wskazanie do objęcia profesjonalnym wsparciem emocjonalnym, a czasem nawet terapeutycznym. Praca na poziomie dużo głębszym niż edukowanie, na poziomie poznawczym obejmująca próby pomocy członkom rodziny w odnalezieniu się w dramatycznej sytuacji życiowej, próby znalezienia sensu własnych działań, przygotowania się do odejścia bliskiej osoby to obszary niezwykle trudnej pracy, dającej jednak szansę na to by nie pogłębiać i tak traumatycznych już przeżyć.

Kolejnym obszarem działań, jakie mogą uchronić rodzinę przed procesem jej dezorganizacji jest wsparcie rzeczowe, finansowe. Jego realizowanie z jednej strony powinno zapewnić chorującemu właściwe dla typu i stadium schorzenia warunki sprzętowe, medykamenty, materiały pielęgnacyjne, z drugiej zaś strony powinno umożliwić funkcjonowanie całej rodziny.

Rozpatrując kwestie pomocy należałoby pamiętać o zagwarantowaniu wsparcia dzieciom. Rodzice obciążeni opieką mogą w swych rodzicielskich funkcjach być mniej efektywni. Organizacja czasu wolnego dzieci, pomoc w nauce, stały, bliski kontakt emocjonalny pozwalający na ujawnianie niepokojów dziecka, jego zagubienia, osamotnienia jest sposobem zapobiegania emocjonalnym trudnościom dzieci a jednocześnie sposobem modelowania, wzmacniania prawidłowych wzorców działania w sytuacjach kryzysowych.

6. Zakończenie

Realizacja wielokierunkowego, celowego wsparcia rodzinnych opiekunów osoby nieuleczalnie chorej winna być realizowana w ramach zespołów interdyscyplinarnych. Część z tych zadań wpisuje się w repertuar zadań stawianych pracy socjalnej, która ma stanowić odpowiedź zarówno na problemy osobiste, jak i na problemy makrospołeczne, ale również na nagłe i niespodziewane sytuacje, do jakich należą sytuacje kryzysowe [Szmagałski 2006: 22]. Choroba nieuleczalna członka rodziny stanowi przykład jednego z trudniejszych wydarzeń kryzysogennych. Poza materialnym wsparciem związanym z posiadanym dochodem, warunkami mieszkaniowymi czy wyposażeniem mieszkania znaczna część pomocy odpowiedniej dla rodziny w krytycznym na skutek choroby członka rodziny momencie jej funkcjonowania ma wymiar zdecydowanie pozafinansowy, pozamaterialny. Realizacja wymienionych zadań możliwa jest w oparciu o dobrze rozpoznane w warsztacie metodologicznym pracownika socjalnego metody i umiejętności pracy socjalnej z rodziną [Pawlas-Czyż 2009]. Ważnym ich elementem jest diagnozowanie potrzeb, problemów oraz analizowanie czynników, które mogą sprzyjać podnoszeniu jakości życia.

Drugim ważnym elementem systemu pomocy osobie chorej, ale i jej otoczeniu rodzinnemu, gdzie traktowanie chorego odbywa się „na tle jego relacji z innymi” [Kacperczak 2006, s. 84] jest opieka hospicyjna i paliatywna. To tutaj holizm w zorientowaniu na człowieka chorego oznacza głębokie przekonanie, że proces opieki i leczenia osoby powinien odbywać się z uwzględnianiem jego środowiska życia oraz że choroba członka rodziny dotyka całego systemu rodzinnego. Instytucje opieki paliatywnej i hospicyjnej powołane do sprawowania opieki całościowej nad chorym i jego rodziną powinny swą pomocą obejmować wszystkie płaszczyzny problemowe, nade wszystko zaś za pośrednictwem profesjonalistów gotowych do rozwiązywania kwestii medycznych, społecznych, psychologicznych powinny stanowić ważny element budowanej sieci wsparcia konkretnej rodziny [Kacperczyk 2006, ss. 240–241]. „Opieka paliatywna jest w stanie zapobiegać kryzysom w rodzinie i kreować porozumienie, przyczynić się do budowania oraz podtrzymywania więzi rodzinnych, nawet w świetle choroby terminalnej” [Janecki, Pyszkowska, Janecka 2003, s.154]. Jednak jak stwierdzają autorzy, którzy podjęli próbę analizy wsparcia medycznego i niemedycznego udzielanego rodzinie chorego w ramach programu opieki paliatywnej „niestety, zbyt często jeszcze się zdarza, że rodzina sama zdobywa niezbędną wiedzę na drodze prób i błędów” bo jej potrzeby w działaniach zespołów opiekujących się nie zawsze są brane pod uwagę [Janecki, Pyszkowska, Janecka 2003, s. 153]. Odpowiedzialny za to może być w pewnej mierze dominujący biomedyczny model choroby i związany z nim proces „medykalizacji”, który w odniesieniu do opieki paliatywnej oznacza stawianie w centrum farmakologicznej kontroli objawów przesuwając problemy natury psychologicznej, społecznej, duchowej na dalsze pozycje [Walden-Gałoszko 2004, s. 292].

Pewne nadzieje na poprawę jakości wsparcia udzielanego rodzinom osób chorych terminalnie można wiązać z wynikami przeprowadzania ewaluacji jakości opieki paliatywnej. Badanie opieki paliatywnej może obejmować wszystkie elementy, które w rzeczywistości wpływają na stan zdrowia osoby chorej, a zatem czynniki społeczne, psychologiczne i biologiczne, które następnie winny być oceniane zarówno z perspektywy jakości życia osoby chorej oraz z perspektywy satysfakcji odczuwanej przez pacjenta ze sprawowanej opieki i leczenia [Walden-Gałoszko 2004, s. 287]. Tak sformułowane kryteria stają w opozycji do zbyt powszech-

nego traktowania terminalnego stanu osób chorych jako „problemu medycznego”, co „stopniowo wypiera osobiste, ważne przeżycia i doświadczenia ostatniego etapu życia” [Walden-Gałaszko 2004, s. 292]. Jak pisze K. de Walden-Gałaszko [2004, s. 292]: „zrozumienie konieczności zmiany tej sytuacji oznacza m.in. zwrócenie większej uwagi na psychosomatyczne obszary życia, co się wiąże z nasileniem działań nastawionych na badanie potrzeb chorego, jego rodziny oraz wszystkich innych osób zaangażowanych w opiekę”. To między innymi badania opieki paliatywnej uwzględniające pełny wachlarz potrzeb osoby chorej i jej rodziny stanowią „jedyną drogę do rozwoju opieki paliatywnej we właściwym kierunku” [Walden-Gałaszko 2004, s. 292].

Bibliografia

- Heszen-Niejodek I. (2005), *Psychologiczne problemy chorych somatycznie* [w:] Strelau J. (red.), *Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańsk, ss. 513–532.
- Janecki M., Pyszkowska J., Janecka J. (2003), *Potrzeby rodziny chorego w okresie terminalnym*, [w:] L. Niebrój, M. Kosińska (red.), *Rodzina: opieka nad chorym*, Eukrasia, vol. 1, Katowice 2003, s. 147–152.
- Janecki M., Pyszkowska J., Janecka J. (2003), *Wsparcie i niemedyczne udzielane rodzinie chorego u kresu życia w programie opieki paliatywnej*, [w:] L. Niebrój, M. Kosińska (red.), *Rodzina: opieka nad chorym*, Eukrasia, vol. 1, Katowice 2003, s. 153–160.
- Kacperczyk A. (2006), *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Łódź 2006.
- Kempa M.A. (2003), *Postawy członków najbliższej rodziny wobec osób terminalnie chorych*, [w:] L. Niebrój, M. Kosińska (red.), *Rodzina: opieka nad chorym*, Eukrasia, vol. 1, Katowice 2003, s. 161–166.
- Kurpas D., Kaczmarek M., Steciwko A. (2007), *Bariery opieki terminalnej w ramach praktyki lekarza rodzinnego*, *Onkologia Polska*, 10, 4; 156–158; http://www.almamedia.com.pl/pliki/OP/2007/4/OP_2007_4_156.
- Ogryzko-Wiewiórowska M. (1994), *Rodzina i śmierć*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej, Lublin.
- Ostrowska A. (1997), *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa.
- Popiołek K. (red.) (1996), *Psychologia pomocy: wybrane zagadnienia*, Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Pilecka B. (2004), *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*, Kraków.
- Riemann G., Schutze F. (1992), *„Trajektoria” jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych*, „Kultura i Społeczeństwo” nr 2, ss. 89–109.

- Strauss A.L., Corbin J., Fagerhaugh S., Glaser B.G., Maines D., Suczek B., Wiener C., (1984), *Chronic Illness and the Quality of Life*, The C.V. Mosby Co., St. Louis-Toronto.
- Szmagański J. (2006), *Współczesne procesy rozwojowe pracy socjalnej jako zawodu i dziedziny kształcenia akademickiego*, Praca Socjalna nr 3.
- Taranowicz I. (2002), *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*, [w:] Barański J., Piątkowski W. (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław 2002, ss. 105–115.
- Taranowicz I. (2002), *Rola społeczna chorego*, [w:] Barański J., Piątkowski W. (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław, ss. 75–81.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Walden-Gałaszko de K. (red.) (1994), *Jakość życia – rozważania ogólne*, [w:] Walden-Gałaszko de K. (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Wydawnictwo UG, Gdańsk, ss. 13–40.
- Walden-Gałaszko de K. (2004), *Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej*, [w:] Walden-Gałaszko de K. (red.) (2004), *Podstawy opieki paliatywnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, ss. 164–194.
- Walden-Gałaszko de K. (2004), *Problemy jakości opieki paliatywnej*, [w:] Walden-Gałaszko de K. (red.), *Podstawy opieki paliatywnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, ss. 284–293.
- Więckowska E. (2002), *Umieranie i śmierć w instytucjach medycznych – instytucjonalizacja śmierci*, [w:] Barański J., Piątkowski W. (red.) *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław, ss. 182–196.

Looking after a terminally ill person in a family. Social and institutional challenges of the terminally ill's environment

Abstract

Disease constitutes one of the most difficult crisis experiences of an individual who faces it. At the same time, it initiates a state of crisis for the whole family system. The condition caused by a diagnosis of a disease threatening life can be the most difficult to overcome. It means the overwhelming crisis for most of the ill and their environment.

In the realities of our country, a terminally ill person is looked after at home in the long run. It is estimated that a family member fully meets the needs of the terminally ill (82-96% depending on the needs). Consequently, the family constitutes the most important long-term care institution. A family attending such function, being very often in a state of crisis, cannot be disregarded by the institutions, which were appointed to bring help. The main aim of the article is an attempt to outline special needs of the family in crisis caused by terminal disease of one of its members. In this context, the challenges families as well as the social and institutional environment of the terminally ill have to face will be discussed.

Beata Wolfigiel

Firma szkoleniowa „Entuzja” w Tychach

„Uczciwa kłótnia” – sposób na zapobieganie kryzysom w związkach partnerskich

1. Wprowadzenie

W artykule tym zamierzam przedstawić praktyczne wskazówki konstruktywnego rozwiązywania konfliktów, głównie w kontekście prewencji kryzysów w związkach partnerskich. Na potrzeby tej pracy związki partnerskie definiuję jako pary utrzymujące stałe bliskie relacje np. małżeństwa lub osoby w związkach niesformalizowanych. Uczciwa kłótnia to „szczera i otwarta dyskusja dwóch stron posiadających odmienne zdanie na dany temat, wykluczająca krzyk i przemoc” [McKay, Davis, Fanning 2004, s. 149].

Podjęmę próbę przedstawienia wytycznych do konstruktywnego rozwiązywania sporów wynikających z teorii naukowych, wyników badań oraz wyrosłych z własnego doświadczenia w prowadzeniu treningów negocjacji. Pomimo słów słynnego psychologa Kurta Lewina, że „nie ma nic bardziej praktycznego niż dobra teoria” [Deutsch, 2005, s. 31] wiedza teoretyczna jest uznawana często za zbyt ogólną i abstrakcyjną, by mogła służyć praktyce [Deutsch 2005, s. 10, 572]. Doskonale pamiętam moje wyraźne zderzenie podejścia teoretycznego i praktycznego. Gdy jeszcze podczas studiów magisterskich zaczęłam prowadzić zajęcia z komunikacji interpersonalnej i z entuzjazmem zapoznawałam uczniów z różnymi teoriami naukowymi jako wstęp do rozwijania umiejętności,

uczestnicy mieli inne oczekiwania – domagali się prostych praktycznych wskazówek, jak należy postępować i konkretnego przełożenia na rzeczywistość. Obecnie w swojej pracy szkoleniowca odwołuje się do teorii naukowych użytecznych bezpośrednio dla uczestników szkoleń.

2. Konstruktywny konflikt

Często na szkoleniach, zadając pytanie uczestnikom, czy konflikt jest dobry, czy zły, od przeważającej większości osób słyszę, że zdecydowanie zły. Niewiele osób zauważa, że to nasz sposób postępowania w sytuacji konfliktowej determinuje, czy spór jest konstruktywny, czy destrukcyjny. Johnson, Johnson i Tjosvold w swojej pracy [2005, ss. 72–76] wymieniają wiele korzyści konstruktywnego sporu na podstawie badań prowadzonych przez 30 lat w zakresie eksperymentalnym i terenowo-eksperymentalnym. Można je podzielić na 3 obszerne grupy: produktywność i osiągnięcia, pozytywne relacje interpersonalne oraz zdrowie psychiczne.

Samo słowo „kryzys” także nie musi być pojmowane negatywnie. Przykładowo w języku chińskim napisane słowo „kryzys” tworzą dwa znaki, z których każdy oznacza inne słowo: górny znak „niebezpieczeństwo”, a dolny „ukryte możliwości”. Chińczycy wiedzą, że pojawiające się w życiu trudności mogą przynieść zmianę na lepsze.

„Uczciwa kłótnia” to synonim konstruktywnego sporu, stosując odpowiednie zasady, możemy przekształcić konflikt w korzystne doświadczenie. Nie polega ona na dawaniu upustu swoim negatywnym emocjom, gdyż badania sugerują, że wyładowywanie złości ją jeszcze bardziej wzmacnia [Allred 2005, s. 248]. Oprócz sposobu porozumiewania się, kluczowe będą intencje osób rozwiązujących konflikt. Jeśli partnerzy skupiają się na wylaniu swoich żalów, po to, by sobie ulżyć albo udowodnić, kto ma rację, będzie to destrukcyjne. Natomiast jeśli zamiarem rozmówców jest omówienie pretensji w celu znalezienia dobrego rozwiązania, rozmowa może być produktywna, być może nawet, gdy w jej trakcie będzie okresowo burzliwie [Allred 2005, s. 249].

3. Założenia uczciwej kłótni

Konstruktywne rozwiązywanie sporów wg McKay, Davis, Fanning [2004, s. 149–150] opiera się na następujących założeniach:

1. Konfliktów nie da się uniknąć.
2. Nasze potrzeby są jednakowo ważne.
3. Możemy wygrać obydwójce.

Omówię teraz kolejne założenia, uzupełniając je doświadczeniem z mojej pracy szkoleniowca oraz wskazówkami innych naukowców.

Konfliktów nie da się uniknąć

W swojej pracy często spotykam się z przekonaniem u osób szkolonych, że szczęśliwe kochające pary nie powinny się kłócić. Taki sposób myślenia często prowadzi do rozstań, gdy tylko pojawia się jakikolwiek konflikt. Z drugiej strony obawa przed wyrządzeniem krzywdy partnerowi i negatywnymi emocjami związanymi z kłótnią powoduje, że za wszelką cenę unikamy konfliktów. Niestety, strategia przemilczenia tego, co nas boli, nie prowadzi do rozwiązania problemu. Słyszając różne relacje, wiem, że zdarza się też tak, że po latach bliska osoba odchodzi bez słowa, „pomimo tego, że nigdy się nie kłócili”.

Tymczasem należy mieć świadomość tego, że nawet ludzie, którzy są ze sobą niezwykle blisko, mają inne potrzeby, opinie, lęki i cele. Jesteśmy różnymi ludźmi, każdy z nas jest odrębną osobą. W takiej sytuacji nie możliwe jest całkowite wyeliminowanie konfliktów. Należy się kłócić, tylko trzeba robić to uczciwie.

Nasze potrzeby są jednakowo ważne

Pomimo tego, że się różnimy, powinniśmy wzajemnie uznawać równość swoich potrzeb i opinii, np. twoja potrzeba rozrywki jest tak samo ważna jak moja potrzeba spokoju [McKay, Davis, Fanning 2004, s. 150; Deutsch 2005, s. 34]. Tjosvold [Johnson, Johnson, Tjosvold 2005, s. 71] tę umiejętność niezgodzenia się z wzajemnymi poglądami, przy jednoczesnym uznaniu wartości drugiej osoby, uważa za jedną z najważniejszych umiejętności. Jedną z zasad prowadzenia partnerskich negocjacji jest właśnie oddzielenie ludzi od problemu, czyli nie przenoszenie negatyw-

nych uczuć z problemu na człowieka. Podobnie jak w asertywności – ja mam prawo do swojej opinii, Ty masz prawo do innej i pomimo różnicy wcale nie uznaję Ciebie za osobę gorszą.

Takie podejście nie jest łatwe, gdyż wg Thompsona i Nadlera [2005, s. 219] mamy podstawową skłonność do ochrony siebie i swoich interesów. Często nawet nie zdajemy sobie sprawy, że pomimo chęci bycia sprawiedliwym i wiary, że tacy jesteśmy, wybieramy zaspokajanie własnych potrzeb. W eksperymencie przeprowadzonym przez Davida Messicka i Keith Sentis okazało się, że za wykonanie tej samej pracy jesteśmy skłonni zapłacić sobie więcej niż innym [Thompson, Nadler 2005, s. 225]. Z drugiej strony zasadą konstruktywnego rozwiązania sporu jest także oddzielenie swojej osobistej wartości od krytyki swoich pomysłów, nie pielęgnowanie urazy [Johnson, Johnson, Tjosvold 2005, s. 71].

W rozwinięciu umiejętności uznawania równości potrzeb innych ludzi może pomóc ćwiczenie spojrzenia z innej perspektywy [Johnson, Johnson, Tjosvold 2005, s. 71]. Jedną z konkretnych technik, którą można tutaj wykorzystać, jest technika aktywnego słuchania - parafrazowania, czyli powtarzania własnymi słowami tego, jak odczytało się intencję rozmówcy, by sprawdzić, czy nie ma zniekształceń. Warto podejmować starania, by zrozumieć drugą osobę i wczuć się w jej położenie [Deutsch 2005, s. 33].

Możemy wygrać obydwój, jeśli zaczniemy współpracować

Dość powszechnym uprzedzeniem utrudniającym dojście do porozumienia jest tzw. „mityczność niepodzielnego tortu”, czyli przekonanie, że zysk jednej strony musi pociągnąć za sobą stratę drugiej (wygrana-przegrana) i nie ma możliwości odnalezienia rozwiązania satysfakcjonującego dla obu stron (wygrana-wygrana) [Weitzman, Weitzman 2005, s. 201; Thompson, Nadler 2005, s. 217]. Ten błąd w rozumowaniu prowadzi często do podjęcia zachowań rywalizacyjnych w walce o największy „kawałek toru”. Z góry zakłada się bezpośrednią sprzeczność dążeń obu stron, więc zaczyna się walkę o wygraną, zamiast współpracy.

Dodatkowo badania wykazały, że ludzie często popełniają błąd wyolbrzymienia różnicy interesów, co powoduje zbyt pesymistyczne nastawienie do pozytywnego rozwiązania konfliktu [Thompson, Nadler 2005, s. 220] i w konsekwencji brak porozumienia. Takie stanowisko

ustala się jeszcze przed nawiązaniem rozmowy i trudno je zmienić. Może być też powodem zaistnienia innej ciekawej opcji, często niebranej pod uwagę: typu przegrana-przegrana [Thompson, Nadler 2005, s. 217, 220]. Przykładem takiego rozwiązania jest strajk, w którym tracą zarówno pracownicy, jak i właściciele przedsiębiorstwa.

Jak eliminować powyższe błędy w rozumowaniu i zbliżyć się do współpracy? Pierwszym krokiem jest uświadomienie sobie ich istnienia [Thompson, Nadler 2005, s. 215]. Następnie dzielenie się informacjami sygnalizującymi zainteresowanie obopólną korzyścią oraz zadawanie pytań odkrywających potrzeby partnera, które pomagają w podjęciu współpracy i budują dobre relacje [Thompson, Nadler 2005, s. 232]. Później bardzo pomocne jest także uważne wysłuchanie komentarzy i uwag dotyczących naszego sposobu zachowania podczas negocjacji, jeśli mamy taką możliwość [Thompson, Nadler 2005, s. 229]. Sądzę, że przy negocjacjach w związkach partnerskich taka wzajemna otwartość i analiza sposobu dochodzenia do porozumienia może być niezwykle cennym doświadczeniem, które wpływa na konstruktywne rozwiązywanie problemów w przyszłości.

3. Skrypt uczciwej kłótni

McKay, Davis, Fanning [2004, s. 150–154] proponują przygotować się do trudnej rozmowy z partnerem, tworząc skrypt według zasad “uczciwej kłótni”:

1. Wyznaczenie terminu rozmowy.
2. Opisanie problemu przez przedstawienie faktów.
3. Trzymanie się jednej sprawy.
4. Wyrażenie pełnej gamy uczuć. Szczerość.
5. Propozycja zmiany.
6. Wymienienie pozytywnych skutków wprowadzenia zmiany oraz negatywnych konsekwencji jej zaniechania.
7. Zapobieganie eskalacji konfliktu.
8. Zakończenie rozmowy.

Omówię teraz szerzej kolejne zasady.

Wyznaczenie terminu rozmowy

Jeżeli obecna chwila jest nieodpowiednia na rozmowę, należy ustalić dogodny termin w niedalekiej przyszłości. Bądźmy konsekwentni w jego wyznaczeniu i dopilnowaniu. Np. *„Posłuchaj, bardzo ważne jest dla mnie, by wyjaśnić tę sprawę. Martwię się i ciągle o tym myślę. Porozmawiamy dziś wieczorem?”*.

Mischel i DeSmet [2005, s. 262] radzą, by nie kłócić się, gdy jesteśmy zestresowani, psychicznie lub fizycznie zmęczeni lub zajęci innymi ważnymi sprawami, gdyż wtedy trudno nam jest panować nad emocjami i racjonalnie myśleć. McKay, Davis, Fanning [2004, s. 146] dodają jeszcze obecność innych osób, których lepiej nie mieć za świadków.

Opisanie problemu przez przedstawienie faktów

Powinno się tutaj opisać, co nam się nie podoba w zachowaniu partnera, posługując się faktami i szczegółami bez obwiniania, np. *„Gdy się spytałam, gdzie wczoraj byłeś po pracy, powiedziałeś, że miałeś spotkanie z klientem, a poszedłeś z kolegami na piwo.”* Można dodać subiektywną myśl, opinię, przekonanie, zaznaczając jednak poprzez użycie pierwszej osoby czasownika, że nie jest to niepodważalny fakt, np.: *„Domyślam się, że bałeś mi się przyznać”*. Nie powinniśmy obwiniać, ani oskarżać, używając formy „Ty”, np. *„Jesteś kłamliwym, samolubnym tchórzem.”*

Posługiwanie się obiektywnymi faktami nie jest łatwe, gdyż każdy z nas ma ze sobą bagaż doświadczeń, inne oczekiwania, wartości, plany, ukryte teorie itp., które wpływają na subiektywną ocenę rzeczywistości. Poświęcę temu więcej miejsca, gdyż według mnie jest to kluczowe dla zrozumienia procesów zachodzących wewnątrz człowieka podczas kłótni. W trakcie szkoleń, które prowadzę na początku wielu uczestników ma problem w odróżnieniu faktów od subiektywnych opinii. Przykładowo większość osób uznaje zdanie „Jesteś zdenerwowany” za fakt, podczas gdy niemożliwe jest stwierdzenie z całkowitą pewnością, co przeżywa druga osoba. Faktem będzie, że np. często spogląda na zegarek. Co więcej, wmawiając komuś, że jest zezłoszczony, możemy w końcu tę emocję u niego wzbudzić. Lepiej w tym przypadku posłużyć się wyrażeniem: *„Wydaje mi się/odnoszę wrażenie/sadzę...”*

Innym powodem trudności w obiektywnym ocenianiu jest naturalna skłonność naszego mózgu do obrony przed zalewem informacji. Wów-

czas wybieramy tylko te istotne dla nas. O tendencyjności sądów w rozwiązywaniu konfliktów i sposobach ich pokonywania pisali m.in. Thompson i Nadler [2005, s. 213–235] oraz Allred [2005, s. 236–253]. Tutaj przedstawię te szczególnie według mnie ważne w radzeniu sobie ze sporami w związkach partnerskich. Często upraszczamy sytuację, wyszukując informacji potwierdzających nasze wcześniejsze przekonanie. Przykładowo mężczyzna sądząc, że jego żona go zdradza, będzie wynajdywał na to różne dowody i tłumaczył wszystkie jej zachowania (np. wizyta u fryzjera, wyjście wieczorem) właśnie romansem z innym mężczyzną. Niebezpieczne jest to, że istnieje zjawisko tzw. samospełniającej się przepowiedni i osoby podejrzewane o zdradę, często realizują „oczekiwania” partnera i rzeczywiście zdradzają. Ta selektywna uwaga jest również wyraźnie zauważalna na początku i przy końcu trwania związku – osoby zakochane używają „filtra pozytywnego”, czyli widzą w sobie same zalety, natomiast gdy związek zaczyna się rozpadać – w tym samym partnerze dostrzega się tylko wady.

Kolejnym błędem, który popełniamy, jest nieprawidłowe spostrzeganie relacji przyczynowo-skutkowych, czyli dostrzeganie związków, których w rzeczywistości nie ma lub założenie, że zachowanie jednej osoby wywołuje określoną reakcję u drugiej [Thompson, Nadler 2005, s. 217]. Zarówno u dzieci, jak i osób dorosłych można zaobserwować kłótnię o to, „kto pierwszy zaczął”. Każdy uważa, że winą jest po drugiej stronie, a własne zachowania tłumaczy się jako obronę przed atakiem.

Badania wskazują na to, że osoba wyrządzająca szkodę przypisuje własne zachowanie przyczynom zewnętrznym, a strona skrzywdzona jest bardziej skłonna przypisać je jej wewnętrznym właściwościom [Allred 2005, s. 243]. Przykładowo mąż, który zapomniał o rocznicy ślubu, będzie usprawiedliwiał swoje zachowanie czynnikami zewnętrznymi np. dostał bardzo duży przydział zadań w pracy i był zbyt zajęty, by pamiętać. Żona prawdopodobnie wytłumaczy to jego wewnętrzną cechą, np. że jest mało romantyczny. Okazuje się jednak, że w stałych bliskich relacjach sposób tłumaczenia zależy do tego, czy związek jest szczęśliwy, czy nie. Badania pokazują, że w związkach o dużym poziomie napięcia i niezadowolenia wzorce atrybucji (przypisywania przyczyn zachowań drugiej osoby) są negatywne, co oznacza, że strony konsekwentnie przy-

pisują sobie negatywne zachowania partnera przyczynom wewnętrznym i tym, które może kontrolować, natomiast zachowania pozytywne przyczynom zewnętrznym, nad którymi nie miał kontroli. W związkach szczęśliwych nie było takich wzorców, a zdarzały się odmierne – negatywne zachowanie partnera przypisywano czynnikom zewnętrznym, usprawiedliwiano je, a pozytywne czynnikom wewnętrznym np. „mąż po prostu jest taki dobry” [Allred, 2005 s. 247, 248]. To uruchamia samonapędzający się mechanizm: wzrost pozytywnych emocji w związkach udanych, a negatywnych – w nieprzyjaznych.

Kolejne ważne pytanie dla praktyka: jak zaradzić takim błędom w rozumowaniu? Tak, jak było to wspomniane wyżej, warto podjąć dwa rodzaje treningu: zwiększanie świadomości istnienia takich błędów oraz rozwijanie empatycznego przyjmowania punktu widzenia drugiej strony [Allred 2005, s. 249]. Odnosząc się do błędów atrybucji, pomocna jest także nauka racjonalnego przetwarzania informacji dotyczących przyczyn zachowania innych osób.

Trzymanie się jednej sprawy

W złości mamy tendencję do sięgania po wszelkiego rodzaju „amunicję”, aby udowodnić, że mamy rację. Wyciągamy stare sprawy, jedną po drugiej, np. *„Wcale nie dbasz o mnie i o dzieci. Nie pamiętałeś o Dniu Kobiet, od miesiąca mi w ogóle nie pomagasz w domu i znowu nie masz pieniędzy na wakacje dla dzieci...”* Należy rozwiązywać problemy kolejno, po jednym. W przypadku, gdy partner wraca do przeszłości, można powiedzieć: *„Posłuchaj, teraz istotne jest, by rozwiązać ten konkretny problem. Potem możemy porozmawiać o pozostałych”*.

Wyrażenie pełnej gamy uczuć. Szczerość

Wyrażanie uczuć nie jest prostą umiejętnością, zarówno w kwestii ich rozpoznania, jak i zwerbalizowania. Trud jednak się opłaca, ponieważ dzięki dzieleniu się uczuciami, inni lepiej nas rozumieją, współodczuwają z nami i mogą zmodyfikować swoje zachowanie, by spełnić nasze potrzeby [McKay, Davis, Fanning 2004, s. 42].

Często podczas kłótni wyrażamy tylko złość, a pod nią kryje się lęk, smutek, poczucie winy, zazdrość, rozczarowanie itp. Np. gdy mąż zostawia kobietę samą w weekend z dziećmi, umawiając się z kolegami, żona może wybuchnąć złością, nie mówiąc o swoim smutku i zazdrości.

W uczciwej kłótni powinniśmy mówić o uczuciach, używając zdań w pierwszej osobie, np. *„jestem wściekła”*, zamiast *„denerwujesz mnie”*. Należy się przyjrzeć też uczuciom, które kryją się pod złością. Np. *„Kiedy usłyszałam, że chcesz umówić się z kolegami w weekend, poczułam złość i smutek, że zostanę sama.”*

Wyrażenie uczuć pomaga także w sytuacji, gdy stawia się nam zarzuty. Słyszac np. *„Jesteś najgorszym egocentrykiem, którego w życiu poznałam”*, można zareagować: *„Kiedy mówisz, że jestem najgorszym egocentrykiem, boli mnie to, bo chciałbym, żebyś zauważyła, jak bardzo staram się dbać o Twoje potrzeby”*. Inna użyteczną strategią jest zadanie pytania wyjaśniającego uczucia oskarżającego, np. *„ Czy boli Cię to, że Twoje upodobania są za mało brane pod uwagę?”* [Rosenberg 2003, s. 56–57].

Propozycja zmiany

Powinno się powiedzieć prosto, jasno i bezpośrednio, czego oczekuje się od partnera – co ma zrobić lub czego zaniechać. Raczej unikać ogólnych stwierdzeń, takich jak: *„Bądź bardziej delikatny.”* Dobrze jest opisać pożądane zachowanie: *„Chciałabym, żebyś nie czytał gazety, kiedy do Ciebie mówię”*.

Wymienienie pozytywnych skutków wprowadzenia zmiany oraz negatywnych konsekwencji jej zaniechania.

Pod wpływem złości w destrukcyjnym konflikcie ludzie często stosują poważne groźby: np. *„Jeśli dalej będziesz taki nieodpowiedzialny, zabiorę dzieci i rozwiodę się z Tobą.”* W przypadku, gdy partner nie zmieni zachowania, a osoba nie wykona groźby, nie będzie traktowana poważnie. Poza tym jest ryzyko, że padnie odpowiedź: *„Proszę bardzo, droga wolna”*.

Skuteczne jest opisanie wszelkich praktycznych, emocjonalnych, finansowych, zdrowotnych i innych korzyści z wprowadzenia proponowanej zmiany. Np. *„Jeśli będziesz bardziej ostrożny w wydawaniu pieniędzy, będziemy mogli zaoszczędzić na własne mieszkanie i wynieść się od teściów..”*

Można też odnieść się do naturalnych negatywnych konsekwencji (bez gróźb), które mogą zachęcić partnera do zmiany. Np. *„Jeśli dalej będziesz wydawał pieniądze na niepotrzebne nam rzeczy, nie zbieramy na własny kąt i wciąż nie będziemy mieć pełnej swobody w podejmowaniu decyzji”*.

Sposoby zapobiegania eskalacji konfliktu

Podczas szkoleń przeze mnie prowadzonych najczęstszym zgłaszanym problemem w obszarze rozwiązywania konfliktów jest utrata kontroli nad emocjami i mówienie rzeczy, których potem się żałuje.

McKay, Davis, Fanning [2004, s. 151–152] wymieniają trzy sposoby kontrolowania emocji:

- 1) Obserwacja zachowania niewerbalnego. Oznakami zbliżającego się momentu, w którym tracimy kontrolę nad emocjami są: podniesiony głos, gesty towarzyszące groźbom, przejście z pozycji siedzącej do stojącej, wskazywanie palcami, zaciskanie pięści, szybkie chodzenie, trzaskanie, rzucanie przedmiotami.
- 2) Głębokie oddechy dla uspokojenia.
- 3) Odłożenie dyskusji na później:
 - ustalenie znaku przerywania rozmowy;
 - natychmiastowe zaprzestanie mówienia po zastosowaniu tego sygnału przez którekolwiek z osób;;
 - jeśli jest taka możliwość – rozejście się na ok. pół godziny, jeśli nie – milczenie;
 - podczas przerwy nie należy myśleć o kłótni, by nie podtrzymywać rozdrażnienia;
 - warto zrobić parę ćwiczeń fizycznych;
 - powrót o umówionej porze;
 - powiadomienie partnera o powrocie i upewnienie się, czy można na nowo rozpocząć rozmowę.

Raider, Coleman i Gerson [2005, s. 514] ostrzegają przed wejście w spiralę obrona–atak. Może tu pomóc przyjęcie perspektywy drugiej strony i próba zrozumienia jej. Deutsch radzi [2005, s. 33], by w sytuacji, gdy już rozpoczniemy atak na drugą osobę poprzez obwinianie jej i oskarżanie, należy natychmiast przeprosić i wyjaśnić, co nas rozłościło. Pomocna jest także świadomość czułych punktów własnych i partnera i reakcji na ich dotknięcie [Deutsch 2005, s. 34] oraz wiedza na temat dominującego stylu rozwiązywania konfliktów i zysków i strat z niego wynikających [Opotow 2005, s. 417]. Do strategii „chłodzących” atmosferę spotkania zalicza się także komunikowanie się pośrednie za pomocą pisanego wiadomości, nawet, gdy przebywamy w jednym pomieszczeniu

[Mischel, DeSmet 2005, s. 266]. Należy wtedy dobrze przemyśleć to, co chcemy przekazać i starać się odczytać tekst z perspektywy drugiej strony. Koło ratunkowe może także stanowić humor lub zastosowanie pochwały, ale z odpowiednim wyczuciem [Gruber 2005, s. 357]. Generalnie, opanowywanie i obniżanie stresu w zdecydowany sposób zwiększa szanse na konstruktywne rozwiązanie – studzi emocje oraz umożliwia wymyślenie potencjalnych wyjść z trudnej sytuacji [Mischel, DeSmet 2005, s. 268]. Samokontroli będą zatem sprzyjały wszelkie techniki łagodzenia stresu oraz zwiększania kreatywności, przykładowo wizualizacja, w której wyobrażamy sobie ze wszystkimi szczegółami pozytywne rozwiązanie konfliktu.

Zakończenie rozmowy

Uczciwa kłótnia jest szczególnie wartościowa, gdy kończy się rozwiązaniem satysfakcjonującym dla obu stron. Nie zawsze jest to możliwe, ale warto do tego dążyć. Niezwykle użyteczną techniką jest tutaj burza mózgów, składająca się w uproszczeniu z następujących faz:

I etap – zbadaj sytuację, zdefiniuj problem;

II etap – opracuj warianty rozwiązania tego konfliktu, celem jest wyszukanie maksymalnej ilości propozycji rozwiązań bez stosowania oceny, powinny być uwzględniane propozycje obu stron;

III etap – oceń warianty i wybierz najlepszy;

IV etap – wprowadź i sprawdź: zaplanuj wdrożenie i dokonaj korekt.

Rubin, Pruitt i Kim [1994, s.190] proponują różne metody rozwiązywania problemów:

1. Powiększanie tortu – znalezienie sposobów współpracy mającej na celu stworzenie większej ilości zasobów do podziału.
2. Kompensacja niespecyficzna – znalezienie nowych sposobów rekompensowania jednej stronie ustępstwa w danej kwestii.
3. Usługa za usługę – każda strona ustępuje w kwestiach, które uważa za mniej ważne.
4. Budowanie mostów – tworzenie opcji zaspokajających przynajmniej krytyczne rzeczywiste interesy, jeśli nie udaje się tych początkowych żądań. Kluczem jest dotarcie do rzeczywistych interesów, potrzeb drugiej strony, by odnaleźć ich wspólny obszar.

4. Zakończenie

Wyżej przedstawiona propozycja skryptu „uczciwej kłótni” nawiązuje do modelu uczenia się na podstawie doświadczenia poprzez refleksję [Marsick, Sauquet 2005, s. 378–395], czyli sposobu, w jaki ludzie zbierają i interpretują wiedzę na temat swoich doświadczeń. Taką refleksję można stosować przed, w trakcie oraz po danym doświadczeniu. Skrypt warto przygotować przed przewidzianą trudną rozmową, ale może też być użytecznym narzędziem po kłótni – jako analiza przeszłego doświadczenia z postanowieniem konstruktywnego rozwiązywania konfliktów przy następnej okazji.

Marsick, Sauquet rozróżniają refleksję zwykłą od refleksji krytycznej – wymagającej większej otwartości i gotowości do zakwestionowania własnych interpretacji danej sytuacji [2005, s. 385]. Do wywołania zwykłej refleksji służą pytania: „Jaki był mój zamiar? Jakie działania, uczucia i wyniki mnie zaskoczyły? Jak to doświadczenie różni się od moich poprzednich lub jest do nich podobne? Co doświadczenie to mówi mi o poglądach na świat innych niż moje?”. Pytania służące refleksji krytycznej dotyczą kontekstu lub założeń danej osoby: „Co jeszcze dzieje się w samym środowisku, czego ja mogłem nie wziąć pod uwagę, a co ma wpływ na moje rozumienie danej sytuacji? W jaki sposób mogłem mylić się, co do swoich przeczuc? Jak to możliwe, że wykorzystuję nieadekwatne nauki ze swojej przeszłości, aby określać problemy i rozwiązania oraz czy to definiowanie jest precyzyjne? Czy są jakieś inne sposoby interpretacji moich uczuć w tej sytuacji?” [Marsick, Sauquet 2005, s. 385].

Krytyczna refleksja pomaga w zdiagnozowaniu błędów w rozumowaniu, które utrudniają konstruktywne rozwiązanie konfliktu. Wyjście na taki „metapoziom”, czyli oderwanie się od obecnych modeli mentalnych, mogą ułatwić nam np. poezja, malarstwo, taniec itp. [Marsick, Sauquet 2005, s. 394].

Podsumowując, zakończę słowami Betty Reardon, pokojowej działaczki: „Porażka w osiągnięciu pokoju jest w gruncie rzeczy porażką wyobraźni”.

Bibliografia

- Allred K. (2005), *Złość i odwet w konflikcie. Znaczenie atrybucji*, [w:] Deutsch M., Coleman P.T.(red.), *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, ss. 236-253.
- Deutsch M. (2005), *Wprowadzenie* [w:] Deutsch M., Coleman P.T. (red.), *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Deutsch M. (2005), *Współpraca i rywalizacja*, [w:] Deutsch M., Coleman P.T. (red.), *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Deutsch M. (2005), *Ramy teoretyczne badań nad szkoleniami poświęconymi rozwiązywaniu konfliktów*, [w:] Deutsch M., Coleman P.T. (red.), *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gruber (2005), *Rozwiązywanie konfliktów a twórczość*, [w:] Deutsch M., Coleman P.T. (red.), *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Johnson D.W., Johnson R.T. i Tjosvold D. (2005), *Konstruktywny spór. Wartość intelektualnej opozycji*, [w:] Deutsch M., Coleman P.T. (red.), *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Marsick V.J., Sauquet A. (2005), *Uczenie się przez refleksję*, [w:] Deutsch M., Coleman P.T. (red.), *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- McKay M., Davis M., Fanning P. (2004), *Sztuka skutecznego porozumiewania się*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Mischel W., DeSmet A.L. (2005), *Samoregulacja jako narzędzie w procesie rozwiązywania konfliktów*, [w:] Deutsch M., Coleman P.T. (red.), *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Opatow S. (2005), *Agresja i przemoc*, [w:] Deutsch M., Coleman P.T. (red.), *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Raider E., Coleman S., Gerson J. (2005), *Uczenie umiejętności rozwiązywania konfliktu podczas szkoleń*, [w:] Deutsch M., Coleman P.T. (red.), *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rubin J.Z., Pruitt D.G., Kim S.H (1994), *Social Conflict: Escalation, Stalemate, and Settlement*, McGraw-Hill, New York.
- Rosenberg M.B. (2003), *Porozumienie bez przemocy*, Jacek Santorski & Co, Warszawa.
- Thompson L, Nadler J. (2005), *Tendencyjność sądów w rozwiązywaniu konfliktów. Jak ją pokonywać*, [w:] Deutsch M., Coleman P.T. (red.), *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Weitzman E.A, Weitzman P.F (2005), *Rozwiązywanie problemów i podejmowanie decyzji w rozwiązywaniu konfliktów*, [w:] Deutsch M., Coleman P.T. (red.), *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

An honest quarrel – the way of preventing crisis in partner relationships**Abstract**

This article proves the thesis that an argument doesn't have to be destructive as well as presents the ways of dealing with conflict which bring advantage into a relationship. The research made it possible to distinguish three broad groups of advantages: productiveness and achievement, favourable interpersonal relations and sanity.

One of the most essential rules of having a constructive argument is a proper way of communication. Intention of the people who resolve the conflict and the awareness of mistakes in understanding, for example: attribution error – the wrong understanding of a partner's reason for behaviour, are also very important. Moreover, it is fundamental to stay alert and do not allow the quarrel to become out of control and be able to stop it in the moment in which it is still possible to control one's emotions.

Learning on the basis of one's personal experience and afterthought, that is analysis of the past and present experience or as a method of preparing to an argument, is another way of gaining the advantages from a conflict situation. One of the tools which is vital to that kind of analysis is the script presented in the article.

Monika Włodarczyk-Dutka

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

„Pieska terapia” – propozycja nowego modelu postępowania w przypadku PTSD i innych reakcji na stres

1. Wprowadzenie

Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne tworzą jedną z kategorii Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (ICD-X). Uważane są zawsze za bezpośrednią konsekwencję ostrego, ciężkiego stresu lub przewlekłego urazu. Stresujące wydarzenie lub utrzymujące się przykre okoliczności są pierwotnymi i nadrzędnymi czynnikami przyczynowymi, a zaburzenia nie wystąpiłyby bez wpływu tych okoliczności [Pużyński, Wciórka 1992, s. 127]. Zaburzenia stresowe pourazowe uniemożliwiają skuteczne radzenie sobie prowadząc niejednokrotnie do trudności w funkcjonowaniu społecznym i dotyczyć mogą pacjentów we wszystkich grupach wiekowych.

Objawy ostrej reakcji na stres mogą być różne, najczęściej początkowo pojawiają się dezorientacja i zaburzenia uwagi, objawy uogólnionego lęku lub objawy autonomiczne typowe dla lęku panicznego, wycofanie, agresja, rozpacz, pobudzenie [Wolańczyk, Komender 2005, s. 161].

Mężczyźni częściej doświadczają traumatycznych zdarzeń niż kobiety, to jednak one częściej zapadają na stresowe zaburzenia pourazowe. Najczęstszymi zdarzeniami prowadzącymi do pojawienia się PTSD u ko-

biet są gwałty i wykorzystanie seksualne [Ahearn i wsp. 2003, s. 193].

Jednocześnie odnosząc się do wykorzystania seksualnego, większość kobiet ma symptomy podobne do PTSD. Ulegają one zmniejszaniu się wraz z upływem czasu, wśród tej grupy połowa z nich nie odczuwa objawów już po 3 miesiącach. Jednakże 50% kobiet, które nie ujawniają poprawy, w przyszłości szacuje się, że wykazują potrzebę postępowania lekarskiego [Lefkowitz i wsp. 2005, ss. 276–277].

Charakterystyczne dla zaburzeń stresu pourazowego jest unikanie okoliczności przypominających oraz niezdolność do odtwarzania okoliczności stresu, objawy wzmożonej wrażliwości, napady lęku panicznego i inne objawy lękowe oraz agresja. Przebieg zaburzenia jest przewlekły, czasami wieloletni, niejednokrotnie może prowadzić do trwałych zmian osobowości [Wolańczyk, Komender 2005, s. 162].

Zadaje się, że najefektywniejsze postępowanie w psychoterapii zawiera pewne formy ekspozycji bolących wspomnień i sytuacji przepełnionych strachem. Omawianie doświadczeń pacjenta ma na celu, po uwolnieniu się od emocji związanych z tymi wydarzeniami, reorientacji, ponownego spojrzenia na to wydarzenie pod kątem ponownego zrozumienia powodów zachowań własnych i innych osób [Czabała 1997, s. 203]. Altschuler [1999, ss. 29–30] stworzył model postępowania terapeutycznego dla PTSD, który łączy obecność i wsparcie zwierząt. Propozycja ta została rozwinięta i przedstawiona jako Animal-Assisted Prolonged Exposure (AAPE), przez Lefkowitz i wsp. [2005, ss. 275–295], których celem było wypełnieni wizji Altschuler'a oraz zastosowanie najefektywniejszych technik psychoterapeutycznych w przypadku PTSD.

Altschuler [1999, ss. 29–30] wzywał do integracji terapii z udziałem zwierząt (Animal-Assisted Therapy, AAT) z postępowaniem w przypadku zaburzeń stresu pourazowego. Był zainspirowany przeprowadzonymi obserwacjami klientów cierpiących na PTSD, którzy byli mniej złękni w obecności swoich zwierzęcych towarzyszy. Celem niniejszej pracy jest zaprezentowanie modelu postępowania terapeutycznego łączącego klasyczne oddziaływania psychoterapeutyczne wraz z udziałem zwierzęcia podczas sesji, w szczególności udziału specjalnie przygotowanego psa.

2. Terapia z udziałem z zwierząt a psychoterapia

Badania głównie Zachodnich badaczy wskazują, że obecność zwierząt powoduje dobroczynne zmiany w funkcjonowaniu psychicznym, fizycznym i emocjonalnym człowieka [Brodie, Biley 1999, ss. 330–334]. Dla wielu osób cierpiących na PTSD, przeżywanie na nowo swojej traumy początkowo zdaje się być przerażające zwłaszcza, że świadkami tego są (z początku) obcy im ludzie – terapeuci. Podstawą modelu AAPE jest wielokrotne przywoływanie wszystkich negatywnych emocji, myśli związanych z traumą i realizowanie ich w teraźniejszości względnie obco, „na zimno”. Niebagatelne znaczenie ma tu nawiązanie relacji między psychoterapeutą a pacjentem. Obserwacje i teorie wysnute na podstawie badań empirycznych dotyczących terapii z udziałem zwierząt wskazują, że włączenie AAT w postępowanie terapeutyczne czy psychoterapię może skutecznie pomóc terapeutom szybko budować pozytywne relacje z klientem [Velde, Cipriani, Fisher 2005, s. 46]. Pacjenci posiadający zwierze w domu częściej podejmują w pierwszej rozmowie temat swoich pupili, co ułatwia im nawiązanie relacji interpersonalnej. Terapeuci stosujący AAT są odbierani jako mniej „przerażający” i bardziej empatyczni dla klientów. Zgodnie z dowiedzionymi prawami ewolucji ludzie uczą się oceniać zaufanie do otoczenia, środowiska poprzez poziom lęku okazywanego przez zwierzęta. Spokojne zwierze w trakcie sesji terapeutycznej sygnalizuje pacjentowi, że pokój jest miejscem bezpiecznym oraz że terapeuta jest osobą godną zaufania [Lefkowitz i wsp. 2005, s. 278].

Rozwijanie i podtrzymywanie pozytywnej relacji terapeutycznej wiąże się także z obecnością psa podczas specyficznych technik terapeutycznych. Takimi technikami są m.in. próba ponownego przeżywania zdarzenia (*Imaginal Exposure*), konfrontacja z uczuciami strachu, lęku (*In vivo Exposure*). Wyimaginowane przeżywanie zmusza pacjenta do przywołania traumatycznych doświadczeń w swojej głowie. *In vivo exposure* prowadzi do indywidualnej konfrontacji z sytuacjami, myślami, obrazami, których najczęściej się unikało, ponieważ przypominały o napaści, ataku [Foa i Rothbaum 1998, s. 144]. Ważnym elementem pracy staje się habituacja strachu i lęku, który pacjent ma w swojej pamięci a oczekiwanym stanem jest jego naturalne zmniejszanie się. Jak już wspomniano

wcześnie zwierzęta mogą wywierać wpływ na ludzki stres i lęk. Badania Friedmanna i wsp. [1983, s. 464; 2007, ss. 59–60] pokazują, że nawet mówienie do swojego zwierzęcego towarzysza wpływa na obniżenie ciśnienia krwi i wyrównanie rytmu bicia serca. Autorzy innych badań porównali poziom stresu między maklerami giełdowymi, którzy adoptowali zwierzaka a tymi, którzy nie mieli go wcale. Zauważono, że uczestnikom mającym psa ciśnienie krwi wzrastało mniej niż osobom nie mającym pupila. Można zatem uznać, że obecność psa może usprawniać proces habituacji, pomagając minimalizować stres psychologiczny. Kolejne badania [Beck, Seraydarian i Hunter 1986, ss. 65–66] wskazują, że uczestnicy terapii grupowej, która łączyła także oddziaływania AAT, częściej chętniej i na zajęciach byli bardziej aktywni. Terapia z udziałem zwierząt jest także efektywna w przypadku osób, które nie reagują na inne oddziaływania. Pacjenci szpitali, którzy poddali się interwencji AAT częściej inicjowali kontakty interpersonalne z pacjentami, którzy tej terapii nie mieli. Inne prace wskazują, że zwierzę może pełnić rolę wyzwalacza społecznych interakcji i budowania społeczności [Wood i wsp. 2007, s. 54].

Wyjaśnienie fenomenu efektywności AAT w psychoterapii podaje Fine [2004, za: Lefkowitz i wsp. 2005, s. 280]. Pierwsza jego hipoteza dotyczy się postrzegania zwierząt jako tych, które zawsze są dostępne i zainteresowane kontaktami z ludźmi. Druga odnosi się do społecznych umiejętności, jakie są wymagane, by uzyskać uwagę zwierząt. Umiejętności te nie muszą być tak wykształcone jak w przypadku kontaktów z ludźmi, którzy są bardziej świadomi, oceniający innych i ich kompetencje społeczne. Inne hipotezy sugerują, że terapia z udziałem zwierząt odnosi się do osób, które izolują się, zamykają w sobie.

Kolejnym atutem terapii z udziałem zwierząt jest to, że kiedy dyskusja staje się emocjonalnie ciężka terapeuta może chcieć okazać klientowi w pewien sposób empatię obejmując go czy trzymając za ręce. Z punktu widzenia etyki i standardów psychoterapii terapeuta nie powinien okazywać sympatii i współodczuwania w taki sposób. Natomiast pies nie ma takich obaw czy obiekcji, może lizać ręce pacjenta, kłaść głowę na jego kolanach. W ten sposób empatia, sympatia i komfort psychiczny zostają fizycznie okazane pacjentowi bez przekraczania granic między terapeutą a klientem [Fine, 2004, za: Lefkowitz i wsp. 2005, s. 281].

Reichert [1998, ss. 181–182] opisała koncepcję terapii z udziałem psa dla dzieci wykorzystywanych seksualnie. Okazało się, że istotną formą pomocy przy radzeniu sobie z napięciem i strachem było projektowanie uczuć dzieci na obiekt, w tym przypadku zwierzę i pozwalanie na głośkanie, pieszczenie zwierzęcia. W dodatku mali pacjenci mogli zdecydować czy chcą opowiedzieć historię o gwałcie najpierw psu przed omówieniem tej sytuacji terapeutie, pozwalało to na robienie małych kroków, postępów w terapii. Wybór, komu i w jakich okolicznościach mogły się zwierzyć dawało uczestnikom terapii poczucie siły i kontroli nad traumatycznym zdarzeniem.

Towarzystwo zwierząt daje wsparcie społeczne ludziom oraz poczucie spełnienia opieki nad żywym stworzeniem, poczucie że są kochani, potrzebni a co istotne ludzie odczuwają, że ich nastawienie jest odwzajemniane wiernością, lojalnością i kontaktem fizycznym. Badania wskazują, że nawet nieznane miejsce w obecności psa staje się przyjazne, co ułatwia nawiązywanie nowych kontaktów społecznych z ludźmi. Messent [1983, za: Lefkowitz i wsp. 2005, s. 282] pisze, że właściciele psów szybciej podejmują rozmowę, nawiązują znajomość z osobami, które przechadzają się po parku, gdzie zazwyczaj wychodzą ze swoim psem. Pacjentom, którym towarzyszył pies osiągnęli większą poprawę zdrowia fizycznego i psychicznego niż ci pacjenci, którzy mieli zapewnione podstawowe wsparcie ze strony ludzi [Allen i wsp. 2001, s. 819; Wells 2007, ss. 146–151]. Psy mogą pełnić profilaktyczną i terapeutyczną rolę w życiu ludzi.

3. Model terapii PTSD z udziałem psa dla ofiar gwałtu, molestowania seksualnego

Pomysłodawcą modelu Animal-Assisted Prolonged Exposure (AAPE) jest Altschuler [1999, 29–30] natomiast Lefkowitz i wsp. [2005, ss. 275–295], rozwinęli jego koncepcje oraz wykorzystali techniki psycho-terapeutyczne Foa i Rothbaum [1998, ss. 121–226]. W niniejszym artykule zostaną pokrótce przedstawione wytyczne, co do organizacji sesji terapeutycznych [Lefkowitz i wsp. 2005, ss. 284–291].

W trakcie sesji terapeutycznej pomaga specjalnie przygotowany i przeszkolony pies, natomiast po zajęciach pacjent może realizować zadania domowe z pomocą własnego psa albo psa innej osoby, przyjaciela, sąsiada jednak musi być to pies, który pacjentowi odpowiada czuje się przy nim dobrze.

Zanim rozpocznie się pierwsza sesja pacjent musi ocenić czy nie ma przeciwwskazań medycznych do kontaktu ze zwierzęciem (alergia, niska odporność). Francis [1991, s. 38–41] sugeruje, że jeśli klient nie przejawia ostrych objawów alergii czy lęku wobec psa powinien zostać zachęcony do uczestnictwa w tego rodzaju terapii. Autor zaobserwował, że nawet, jeśli klient był sceptycznie nastawiony do podjęcia terapii zazwyczaj zgadza się, kiedy zobaczy i pozna zwierze.

Podczas pierwszej sesji następuje zapoznanie się pacjenta z terapeutą i psem. Głaskanie obcego psa nie jest tak relaksujące jak głaskanie czy czesanie psa, którego się zna i z którym się przebywa większość czasu. Jednak jak zauważono poziom stresu spada po około 5–24 minutach pozytywnych interakcji z psem [Odendaal 2000, s. 279], dlatego też pacjenci są zachęcani do kontaktu, zabawy z psem przez 10–15 minut. Jest to także czas na rozmowę z pacjentem o jego wcześniejszych kontaktach ze zwierzętami, reakcje z obecnym psem, czy też udzielenie odpowiedzi na pytania pacjenta o psa. Omawia się również warunki przyszłej współpracy. Sesje trwają około 90 minut, a planowanych spotkań jest zazwyczaj 10. Na przed ostatniej sesji terapeuta z pacjentem decydują czy jest potrzeba wydłużenia terapii. Terapeuta także omawia sposób pracy z pacjentem, stosowane techniki m.in. przywoływanie i wyobrażanie sobie scen traumatycznych i przeżywanie uczuć jeszcze raz (*Imaginal exposure, in vivo exposure*). Terapeuta informuje także o labilności stanu emocjonalnego w okresie terapii, początkowo mogą wystąpić objawy depresji czy lęku. Mówi też o zasadach pracy psa. Dyskusja powinna zawierać przykłady i informacje na temat jak zwierzęta wpływają na zmniejszenie się lęku czy stresu, jak pozytywnie wpływają na społeczne interakcje oraz jaki komfort może zyskać pacjent dzięki psu w trakcie terapii. Terapeuta może pokazać, jakie komendy wykonuje pies oraz wyjaśnić jak może zachowywać się pies podczas terapii. Wyjaśnić także powinien, że pies może wycofać się do wyznaczonego przez opiekuna miejsca dla niego

bezpiecznego (np. legowiska), wówczas pies powinien być pozostawiony w spokoju. W trakcie sesji pies wybiera miejsce gdzie chce pozostać, także pacjent ma swobodnie podejmować takie interakcje z psem, jakie uważa za wygodne.

Z uwagi na doniesienia wskazujące, że towarzystwo zaufanego zwierzęcia może redukować lęk u ludzi, pacjent może sobie zażyczyć by towarzyszył mu pies podczas pracy na traumą. Należy sprawdzić czy pacjent posiada psa lub ma dostęp do zaufanego psa by mógł wykonywać ćwiczenia w domu. Towarzystwo psa podczas ćwiczeń domowych nie jest obligatoryjnym wymogiem a jedynie propozycją.

W końcowej części sesji uwagę kieruje się na pracę z oddechem. Pacjent jest uczony wdychać powietrze normalnie i wydychać bardzo powoli podczas wypowiedzania słowa „relaks”. Powtarza się to ćwiczenie 10-15 cykli z pauzami 4 sekundowymi. Pacjent ma za zadanie ćwiczyć oddychanie dwa razy dziennie każdego dnia do następnej sesji. Ponadto otrzymuje od terapeuty ulotkę z zasadami właściwego oddychania.

Podczas drugiej sesji omawiane są następujące kwestie: wrażenia, reakcje pacjenta z poprzedniej sesji, zbieranie danych, informacji na temat zdarzenia traumatycznego oraz w jaki sposób zdarzenie to wpływa na pacjenta. Pacjent jest proszony o opisanie myśli i uczuć związanych z prowadzonym dotychczas programem terapeutycznym, wówczas uwaga terapeuty jest skierowana na relacjonowany lęk i niepewność. Terapeuta może zachęcić do podejmowania interakcji z psem w celu wzmocnienia relacji np. zabawa z psem przez 5 minut albo redukcji niepokoju poprzez ćwiczenia oddechowe. W celu gromadzenia informacji o napaści, ataku, wykorzystuje się kwestionariusz wywiadu. Jeśli pacjent zgłasza więcej niż jedną napad w późniejszych sesjach analizuje się zajście najbardziej dla pacjenta traumatyczne. Terapeuta skrupulatnie obserwuje pacjenta i zapisuje, w jaki sposób pacjent relacjonuje zdarzenia, czy i z jakich mechanizmów obronnych korzysta w celu kontroli strachu i lęku. Gdy podczas opisywania zdarzenia traumatycznego pacjent staje się niespokojny zaleca się ćwiczenia oddechowe lub krótką przerwę. Ważne jest, by dać pacjentowi poczucie kontroli w tym procesie. Po zakończonym wywiadzie omawiane są uczucia pacjenta, może on także śledzić listę emocji i reakcji, które są typowe w sytuacji napastowa-

nia. Pacjent jest proszony o uzupełnienie listy o brakujące uczucia, których doświadcza. Praca domowa polega na codziennym czytaniu listy i podzieleniu się tą informacją z osobą, którą wybierze.

Sesja trzecia rozpoczyna się od sprawdzenia zadania domowego oraz omówienia, co zdarzyło się w poprzednim tygodniu, a miało wpływ na samopoczucie pacjenta. Pacjent może skorzystać z listy emocji i reakcji. Następnie terapeuta omawia koncepcje strachu, ekspozycji i habituacji oraz jak konfrontacja z sytuacjami lękowymi może pomóc pacjentowi zmniejszyć ból i zwiększyć poczucie własnej skuteczności. Terapeuta uczy korzystania ze skali szacującej lęk odczuwany w danym momencie. Pomaga także wytypować sytuacje, których pacjent unika, a są one zakorzenione, związane z traumatycznymi zdarzeniami. Terapeuta prowadzi pacjenta zarówno słownie jak i za pomocą instrukcji spisanej w celu przywołania danej sytuacji. Pacjent powinien pozostać w danej przywołanej wyobrażonej sytuacji około 30–45 minut dopóki ocena lęku na skali nie spadnie do 50%. Kolejnym zadaniem domowym jest przypominanie zdarzeń stresujących, lękowych jedną na tydzień zgodnie z ustaloną wcześniej hierarchią.

Czasami pacjenci mogą chcieć zagłębić się zbyt mocno w sytuacje lękowe, ponieważ chcą w ten sposób otrzymać pomoc terapeuty, trenera osoby, której ufają, która pomoże poczuć się bezpiecznie. W modelu tym w pojęcie terapeuty – trenera wpisuje się psi towarzysz, który może pomóc pacjentowi poczuć się bezpiecznie. Pacjent w sytuacjach trudnych powinien korzystać z pomocy psa, zwłaszcza psa, którego klient zna i dobrze się z nim czuje. Zdarza się, że terapeuta pomaga pacjentowi wytypować zwierzę dla niego właściwe. Pomaga to także zrozumieć uczucie komfortu, zadowolenia i bezpieczeństwa innych ludzi, posiadających psy.

Na początku sesji czwartej omówiona zostaje praca domowa oraz pacjent ma okazję opisać i oszacować swoje postępy w terapii. Dalsza część sesji jest powtórzeniem poprzedniej, czyli pacjent przypomina sobie i omawia sytuacje traumatyczną. Terapeuta przywołuje informacje zgromadzone w wywiadzie i wcześniejsze próby wypychania niepożądanych wspomnień. Terapeuta wyjaśnia jak wspomnienia powracają w formie retrospekcji, koszmarów sennych czy w ogólnych niepokojach,

zawsze kiedy pacjent próbuje je wyprzeć z pamięci, podkreśla, że napastowanie jest niezłałatwioną sprawą. Radzi zmniejszającą częstotliwość i nasilenie objawów w pełni skonfrontować z bolesnymi wspomnieniami. Dokonać weryfikacji pod względem poznawczym jak i emocjonalnym. Kolejnym etapem sesji jest przywrócenie „na żywo” zdarzenia traumatycznego. Pacjent ma zamknąć oczy i opisać w pierwszej osobie obecnie przeżywane napięcie. Zachęca się by pacjent opisywał przez wszystkie zmysły. Co każde 10 minut pacjent ma ocenić swój lęk na skali. Jeśli lęk stanie się przytłaczający pacjent może zastosować ćwiczenia oddechowe zanim ponownie zacznie opowiadać. Każda sesja ekspozycji trwa 30 do 60 minut. Pacjent w tym czasie może powtórzyć historię kilka razy. Na koniec pacjent jest proszony o wyrażenie opinii na temat tego ćwiczenia. Przed opuszczeniem zajęć można jeszcze przeprowadzić ćwiczenia oddechowe. Zadaniem domowym jest kontynuacja pracy nad zdarzeniami traumatycznymi oraz słuchanie nagrania z sesji każdego dnia.

Pozostałe sesje są prowadzone według tego samego schematu. W procesie terapeutycznym terapeuta może aktywnie zachęcić pacjenta do rozwijania i uszczegółowienia wypowiedzi wraz z jego odniesieniem się do psychologicznych i emocjonalnych reakcji. Jeśli z tygodnia na tydzień wynik pacjenta na skali oceny lęku, dyskomfortu psychicznego będzie systematycznie spadał warto podejmować głębsze rozmowy dotyczące zdarzenia traumatycznego. Obecność psa nie zmniejszy lęku kojarzonego z traumą, ale pies może uczestniczyć w realizacji celów interwencji, które mają posłużyć zmniejszeniu się niepewności pacjenta oraz zaangażowania go w proces ułatwiający habituację.

4. Podsumowanie

„Jedynym całkowicie bezinteresownym przyjacielem, którego można mieć na tym interesownym świecie, takim, który nigdy nie opuści, nigdy nie okaże się niewdzięcznym lub zdradzieckim, jest pies (...). Kiedy wszyscy przyjaciele odejdą, on pozostanie” [Vest 1870]. Człowiek w kryzysie narażony jest na samotność, opuszczenie przez bliskich, izolację. Kontakt ze zwierzęciem zapewnia nie tylko bliskość i bezpieczeństwo fizyczne, lecz daje niezauważaną i niedocenianą bliskość emocjonalną,

przywiązanie i związanie z istotą. Kontakty człowieka ze zwierzami domowymi zwłaszcza psami znane są od tysięcy lat, pierwszy zapis o związku między psami a ludźmi ma 12 000 lat [Brodie i Biley 1999, s. 329]. W XX wieku natomiast człowiek celowo podejmuje działania w celu wykorzystania terapeutycznych czynników, jakie niesie za sobą ukierunkowana terapia z udziałem psa. Na Zachodzie terapia z udziałem zwierząt (Animal-Assisted Therapy) jest uznaną i stosowaną metodą od ponad trzydziestu lat, zaś w Polsce pojawiła się w latach 90. ubiegłego stulecia za sprawą Marii Czerwińskiej. Popularność i powszechność jej stosowania w różnych ośrodkach i w przypadku różnych problemów jest nieproporcjonalnie większa niż w Polsce. Przykładem niech będzie zaprezentowany model terapii z udziałem psa w przypadku ofiar gwałtu, molestowania seksualnego (Animal-Assisted Prolonged Exposure) Lefkowitz i współpracowników, który w polskiej literaturze pojawia się po raz pierwszy. Pozostaje jednak pytanie czy pozostanie on tylko w formie ogólnej informacji o metodzie czy może zostanie włączony w ofertę ośrodków interwencji kryzysowej? Czy mentalność Polaków jest zbliżona do ludzi innych narodowości na tyle by terapia z udziałem psa w przypadku zaburzeń stresowych przynosiła równie wysokie efekty? Ta kwestia wymaga podjęcia badań, które niewątpliwie przyczynią się do rozwoju problematyki psychoterapii PTSD i innych reakcji na stres.

Bibliografia

- Ahearn E.P., Krohn A., Connor K.M., Davidson J.R.T. (2003), *Pharmacologic Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Focus on Antipsychotic Use*, „Annals of Clinical Psychiatry”, t. 15, nr 3/4, ss. 193–200.
- Allen K., Shykoff B.E., Izzo J.L. (2001), *Pet ownership, but not ACE inhibitor therapy, blunts home blood pressure responses to mental stress*, „Hypertension”, t. 38, ss. 815–820.
- Altschuler E.L. (1999), *Pet-facilitated therapy for posttraumatic stress disorder*, „Annals of Clinical Psychiatry”, t. 11, nr 1, ss. 29–30.
- Beck A.M., Seraydarian L., Hunter F. (1986), *Use of animals in the rehabilitation of psychiatric patients*, „Psychological Reports”, t. 58, ss. 63–66.
- Brodie S.J., Biley F.C. (1999), *An exploration of the potential benefits of pet-facilitated therapy*, „Journal of Clinical Nursing”, t. 8, ss. 329–337.
- Czabała J.C. (1997), *Czynniki leczące w psychoterapii*, PWN, Warszawa, s. 203.

- Fine A.H. (2004), *The AAT Rx for youth: Bridging research with clinical insight*, [w:] J. Serpell (red.), *Can animals help humans heal? Animal-assisted interventions in adolescent mental health*, Materiały konferencyjne, Philadelphia.
- Foa E.B., Rothbaum B.O. (1998), *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*, Guilford, New York, ss.121–226.
- Francis G.M. (1991), „Here come the pup pies”: *The Power of the human-animal bond*, „Holistic Nurs Pract”, t. 5, nr 2, ss. 38–41.
- Friedmann E., Katcher A.H., Thomas S.A., Lynch J.J., Messent P.R. (1983), *Social Interacton and Blood Pressure. Influence of Animal Compnions*, „The Journal of Nervous nad Mental Disease”, t. 171, nr 8, ss. 461–465.
- Friedmann E., Thomas S.A., Cook L.K., Tsai C.C., Picot, S. (2007), *A friendly Dog as Potential Moderator of Cardiovascular Response to Speech in Older Hypertensives*, „Anthrozoos”, t. 20, nr 1, ss. 51–63.
- Lefkowitz C., Paharia I., Prout M., Debiak D., Bleiberg J. (2005), *Animal-Assisted Prolonged Exposure: A Treatment for Survivors of Sexual Assault Suffering Posttraumatic Stress Disorder*, „Society & Animals”, t. 13, nr 4, ss. 275–295.
- Messent P.R. (1983), *Social facilitation of contact with Rother people by pet dogs*, [w:] A.H. Katcher & A.M. Beck, *New perspectives on our lives with companion animals*, University of Pensylvania, Philadelphia, ss. 37–46.
- Odendaal J.S.J. (2000), *Animal-assisted therapy – magic or medicine*, „Journal of Psychosomatic Research”, t. 49, ss. 275–280.
- Pużyński S., Wciórka J. (1992), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych I zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków-Warszawa.
- Reichert E. (1998), *Individual Counseling for Sexually Abused Children: A Role for Animal and Storytelling*, „Child and Adolescent Social Work Journal”, t. 15, nr 3, ss. 177–185.
- Velde B.P., Cipriani J., Fisher G. (2005), *Resident and therapist views of Animals-assisted therapy: Implications for occupational therapy practice*, „Australian Occupational Therapy Journal”, t. 52, ss. 43–50.
- Vest G. G. (1870), *A Tribute to the Dog*.
- Wells D.L. (2007), *Domestic dogs and human health: An overview*, „British Journal of Health Psychology”, t. 12, ss. 145–156.
- Wolańczyk T., Komender J. (2005), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, PZWL, Warszawa.
- Wood L.J., Giles-Corti B., Bulsara M.K., Bosch D.A. (2007), *More Than a Furry Companion: The Ripple Effect of Companion Animals on Neighborhood Interactions and Sense of Community*, „Society and Animals”, t. 15, ss. 43–56.

Summary

Animal-Assisted Therapy came into being in the 1990s because of Maria Czerwińska. In Western Europe, especially in the USA, where it arose, it has been an acknowledged and applied method for over thirty years. The main assumption of Animal-Assisted Therapy is establishing a relation between a patient and an animal, the bond that has been created makes it much easier to make a therapeutic contact with the rest of the team, causes the increase of motivation for exercise, thus effective therapeutic work is lengthened. A lot of research shows health benefits following the human-animal interaction persuading to use this bond in the therapy process. The present article shows one of alternative methods applied in the treatment of posttraumatic stress disorder. Empirical research concerning AAT in PTSD therapy and other reactions to stress of Western scientists were carefully analyzed. The model of PTSD therapy with a dog – Animal-Assisted Prolonged Exposure for rape and sexual abuse victims, which was developed by Lefkowitz and her collaborators, was also presented.

Edyta Nieduziak*

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Przyrodnicza w Sandomierzu

Specyfika funkcjonowania rodzin dzieci z zespołem Aicardi jako przykład radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych

Wysiłki by wyjaśnić przyczyny i mechanizmy zespołu [Aicardi] są kontynuowane i z pewnością zostaną ukoronowane sukcesem. Oczekując tego wielkiego momentu, nasze córki/dziewczynki stale potrzebują wiele miłości i tego by je otaczać ciepłem oraz wychowywać. Jest również ważne sprawić by powszechnie rozumiano potrzebę pomocy rodzinom i wspierania badań w zakresie wad wrodzonych układu nerwowego. Jest to także ważna część roli stowarzyszeń.

Jean Aicardi, 7 maja 2009 r. [<http://www.aicardi-syndrome.info/>]

Przyjście na świat niepełnosprawnego dziecka jest dla życia rodzinnego jednym z najbardziej dramatycznych doświadczeń. Stawia nie tylko dziecko, a w pierwszej kolejności jego rodziców w obliczu niezmiennie trudnych decyzji i sytuacji problemowych. Oferuje perspektywę przyszłości wypełnioną wieloma niewiadomymi. Tragizm sytuacji jest tym większy, im bardziej skomplikowany rodzaj niepełnosprawności przynosi ze sobą na świat nowo narodzone dziecko. Jeśli choroba powoduje niepełnosprawność sprzężoną, zazwyczaj ograniczone wydają się możliwości rozwojowe dziecka, a taka perspektywa z kolei wymaga przeformułowania życiowych planów dotyczących samego dziecka i życia.

Doświadczenia rodzin dzieci z zespołem Aicardi, choć nie pretendują do uogólnień w związku z ich niewielką liczbą zarówno w Polsce, jak i na świecie, można jednak uznać jako charakterystyczne dla rodzin

* Oraz Stowarzyszenie na Rzecz Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Tratwa” Sandomierz.

dzieci z rzadkimi chorobami czy rzadkimi zaburzeniami genetycznymi. Zmagają się one nie tylko z problemem choroby i niepełnosprawności, ale też z problemami natury medycznej, psychologicznej, pedagogicznej, słowem rehabilitacyjnej związanej z zaburzeniem, co utrudnia interwencje terapeutyczną i profilaktyczną. Okoliczności wynikające z małej wiedzy na temat choroby stają się dodatkową przeszkodą utrudniającą rodzicom przechodzenie przez kolejne etapy przystosowania do akceptacji niepełnosprawności dziecka.

Jedną z cech rodziny z osobą niepełnosprawną jest konieczna koncentracja życia wokół tej osoby. Szczególnie zaś w okresie dzieciństwa. Rodzina stara się bowiem zapewnić najlepszy z osiągalnych stan zdrowia oraz wypracować metody rehabilitacji skutkujące poprawą funkcjonowania w różnych sferach życia. Idealem były rozwój wszechstronny. W przypadku jednak tak złożonych niepełnosprawności, jak zespół Aicardi, nie zawsze jest to możliwe. Podobnie jak wypracowanie jakichkolwiek umiejętności usamodzielniających dziecko. Stąd też istnieje konieczność stałej opieki i rehabilitacji. Przy czym rehabilitację rozumiemy jako „proces zmierzający w pierwszym rzędzie do odbudowy fizycznych zdolności i sprawności umysłowej, w którym istotny jest udział nie jednej, lecz wielu specjalności” [Mayo 1957; za Hulek 1969, s. 23] oraz „łączne i skoordynowane oddziaływanie lecznicze, psychologiczne, pedagogiczne, społeczno-zawodowe, zmierzające do rozwinięcia lub przywrócenia u osoby trwale poszkodowanej na zdrowiu, sprawności i możliwości samodzielnego życia w społeczeństwie. Rehabilitacja jest procesem, który łączy oddziaływania o różnym charakterze i zakresie, aby przywrócenie utrwalonych sprawności było jak najpełniejsze, możliwie wcześnie i trwałe” [Dega, Hulek w: Dykcik 2003, s. 68]. Rehabilitacja to działania skierowane ku otoczeniu dlatego zgodnie z jego definicją „Jest to ciąg specjalnie zaprogramowanych działań specjalistycznych, podejmowanych wobec osób niepełnosprawnych i ich otoczenia, które powinny przyczynić się do ograniczenia predyspozycji do tworzenia sytuacji problemowych, a także służyć likwidowaniu zaistniałych sytuacji tego typu, powinny też prowadzić do stopniowego ograniczania problemów życiowych subiektywnie odczuwanych przez osoby usprawniane” [Kowalik 2002, s. 816.]

Zatem koncentracja na dziecku i zabiegach rehabilitacyjnych przyczynia się do izolacji społecznej rodzin osób niepełnosprawnych pogłębiając w nich poczucie niezrozumienia, osamotnienia, alienacji. Rodzina zagrożona zostaje dysfunkcyjnością jej działania jako systemu. „Ograniczenia te, wynikające z faktu niepełnosprawności, stanowią realne zagrożenie marginalizacją lub nawet wykluczeniem z życia społecznego. [...]. Ważne jest, by rodzina nie pozostała sama z problemem niepełnosprawności, ponieważ bez sieci wsparcia nie poradzi sobie z tak trudną sytuacją” [Janocha 2009, s. 11–12]. Potrzebna jest zatem pomoc ze strony różnych osób, grup oraz instytucji, aby sytuacje trudne były przezwyciężane. Tak rozumiane wsparcie to „szczególny sposób i rodzaj pomocy, mający na celu mobilizowanie sił i możliwości tak, aby jednostka mogła uporać się ze swoimi problemami” [Kirenko 2006, s. 107]. Oczywiście w przypadku dzieci z zespołem Aicardi, w pierwszej kolejności konsekwencje niepełnosprawności dotyczą rodziców, którzy przyjmują na siebie trudy zapewnienia życia na poziomie najlepszym z możliwych.

Znajdują się oni wówczas w sytuacji kryzysu, czyli inaczej mówiąc w sytuacji nagłej utraty równowagi. Z punktu widzenia psychologii rozwojowej kryzysy są niczym milowe kamienie na drodze rozwoju jednostki. Pierwszym z nich są narodziny, po których istota ludzka przechodzi serię krytycznych etapów. Najważniejszymi z nich są: odstawienie od piersi, rozpoczęcie nauki szkolnej, adolescencja oraz menopauza. Towarzyszące im emocje, długotrwałe i bolesne frustracje wywołują nadpobudliwość lub złość [Sillamy 2002, s. 131]. Kryzys jest nieuniknionym elementem życia, ujawnia się w ważnych momentach oznaczających przejście do kolejnego etapu rozwoju, pod warunkiem, że będzie on rozwiązany pozytywnie. Tak rozumiane sytuacje kryzysowe np. nowe role rodzicielskie stawiają jednostkę przed koniecznością uczenia się nowych zachowań, które pomogą wyjść z kryzysu. Obok tak rozumianego kryzysu, zwanego również kryzysem rozwojowym (*development crisis*) [Strelau 2002, s. 554] człowiek doświadcza kryzysów rozumianych jako momenty zwrotne, które cechują się napięciem emocjonalnym, uczuciem przerażenia, bezradności, obawą przed utratą kontroli, różnymi formami dezorganizacji zachowania i objawami somatycznymi [Czabała, Sęk 2002, s. 615]. Ten typ kryzysu wywołany jest zazwyczaj nieoczekiwanymi wydarzeniami życiowymi (*life events*), radosnymi, jak i przykrymi. Wśród tych

ostatnich wymienić można m.in. wystąpienie choroby w rodzinie, kłopoty rodzinne czy trudności z dziećmi. Trudne sytuacje powodują, że osoby poszukują sposobów radzenia sobie, albo doświadczają, że znane im metody okazują się niewystarczające. Wówczas stają przed koniecznością uczenia się strategii w radzeniu sobie z trudnościami.

Osoby doświadczające kryzysu potrzebują pomocy emocjonalnej, materialnej, informacyjnej oraz narzędzi do działania. Taki rodzaj wsparcia określa się jako interwencję kryzysową, która „jest działaniem zmierzającym do odzyskania [...] zdolności jego samodzielnego rozwiązania. Ma charakter pomocy psychologicznej, medycznej, socjalnej lub prawnej i służy wsparciu emocjonalnemu osoby w kryzysie” [Leśniak 1996, s. 57]. Funkcją interwencji jest podtrzymanie emocjonalne, obniżenie poczucia lęku, kształtowanie pozytywnego nastawienia do konstruktywnego rozwiązania problemu. To działanie o ograniczonym czasie, którego celem jest diagnoza służąca dalszej pracy: psychoterapeutycznej w przypadku kryzysu spowodowanego przewlekłym stresem i traumą, albo profilaktycznej, gdy kryzysowi nie towarzyszą zaburzenia osobowości.

W pracy z rodzinami dzieci niepełnosprawnych, sama interwencja kryzysowa jest niewystarczająca z kilku przynajmniej powodów. Wrodzona wada genetyczna, przyczyna trwałej niepełnosprawności dziecka, staje się podstawową barierą w kształtowaniu optymistycznych postaw wobec problemu. Rodziny żyją w sytuacji permanentnego stresu, który nasila się w momentach załamania stanu zdrowia dziecka. Z kolei długotrwały stres i trauma prowadzić mogą do zmian w osobowości rodziców, wymagających psychoterapii.

Wymienia się inną jeszcze formę pomocy osobom w sytuacji kryzysowej – poradnictwo psychologiczne. Ta forma pomocy oferowana jest osobom zdrowym przeżywającym kryzysy rozwojowe lub trudności przystosowawcze [Czabała, Sęk 2002, s. 617]. Jej zaletą jest długotrwałość współpracy, ma ona formę spotkań rozłożonych w czasie skierowanych na realizację różnych celów: od diagnozy, przez określenie trudności w rozwiązaniu problemu i poszukiwaniu rozwiązań, po wzmocnienie działań klienta. Wadą poradnictwa psychologicznego jest małe rozpowszechnienie, co powoduje, że osoby doświadczające kryzysów nie znajdują należytego wsparcia. Pozostają zdane na siebie, mogą liczyć na

wsparcie rodziny i przyjaciół, czasem korzystają z pomocy organizacji pozarządowych. Na problem niedostosowania wczesnej pomocy rodzinom z dziećmi niepełnosprawnymi wynikający z braku ośrodków: wczesnej interwencji, konsultacyjno-terapeutycznych oraz ograniczenie możliwości pomocy stosowanej przez organizacje pozarządowe, itp. wskazywał A. Twardowski [2003, ss. 101–109]

Sytuacja kryzysowa rodzin dzieci z zespołem Aicardi jest specyficzna. W momencie narodzin bądź też w niedługim czasie po nich, kiedy ujawniają się sygnały zwiastujące chorobę rodzice są jeszcze w sytuacji kryzysu rozwojowego związanego z narodzinami dziecka. Kryzys jest większy, jeśli są to narodziny pierwszego dziecka. Na doświadczenia, które powinny być radosnymi, cieniem kładzie się choroba, przekreślająca plany dotyczące przyszłości. Rodzice przeżywają dwa kryzysy jednocześnie: kryzys rodzicielstwa jako kryzys rozwojowy i kryzys niepełnosprawności dziecka wywołany chorobą.

Przyjrzyjmy się pokrótce tym okolicznościom. Założenie rodziny jest jednym z głównych zadań rozwojowych¹ [Havighurst 1953] wczesnej dorosłości [Gurba 2000, s. 204]. To czas realizacji roli małżonków: żony/męża i matki/ojca. [Kielar-Turska 2002, s. 318; Matuszewska 1993]. Rodzina staje się punktem odniesienia [Hill, Mattessich 1979], systemem, którego elementami pozostają rodzice i dzieci. Ich oddziaływania decydują o kształcie życia rodziny i rozwoju indywidualnym członków rodzinnego grona [Tyszkowa 1990; Harwas-Napierała 1995].

Przełomowym wydarzeniem w życiu małżonków są narodziny pierwszego dziecka. Wiąże się z nim szereg obowiązków wynikających z nowych ról, jakie zaczynają pełnić, poczuciem odpowiedzialności za narodzoną istotę, zmiana rytmu i stylu życia, zmiany w systemie wartości [Matuszewska 1993] i poczuciu tożsamości „ja” [Gurba 2000, s. 220; Kielar-Turska 2002, s. 318]. Choć podkreśla się rolę kobiety-matki w tworzeniu emocjonalnego klimatu rodziny i organizacji życia, a także zmiany, jakich doświadcza w wyniku narodzin dziecka, to wciąż mało miejsca

¹ Zadanie rozwojowe (*development task*) to problemy typowe dla danego okresu życia. Zdaniem R. J. Havighursta, twórcy tego terminu, rozwiązanie problemu daje poczucie sukcesu i satysfakcji, motywuje do pokonywania kolejnych trudności. Niepowodzenia czynią człowieka nieszczęśliwym i stają się przyczyną problemów w funkcjonowaniu społecznym oraz w radzeniu sobie z dalszymi zadaniami.

poświęca się badaniom odczuwania ojcostwa [por. Kornas-Biela 2001]. Różnice w doświadczaniu rodzicielstwa przez matki i ojców nie ograniczają się do podziału ról społecznych na kobiece związane z tworzeniem atmosfery domu i męskie związane z reprezentacją rodziny na zewnątrz. Wyrażają się także w miłości matczynej i ojcowskiej, które zdaniem E. Fromma [1992, s. 43] cechują się w przebiegu rozwoju dziecka stopniowym uniezależnianiem od matki na rzecz coraz większego znaczenia ojca. Z drugiej strony, A. Moir i D. Jessel [1993] zauważają, że choć w potocznym rozumieniu nic nie zbliża kobiet i mężczyzn bardziej niż wspólne doświadczenie rodzicielstwa, to w istocie rzeczy, „okazuje się zazwyczaj, że ze względu na odmienne spojrzenie każdego z partnerów na to doświadczenie – niewiele spraw dramatycznie ujawnia różnicę między kobietami a mężczyznami” [s. 200]. Nie oznacza to braku zadowolenia z bycia matką i bycia ojcem. Wg badań J.H. Williamsa [1977] małżonkowie wskazują rodzicielstwo jako najbardziej satysfakcjonującą sferę życia. Narodziny pierwszego dziecka pozostają wydarzeniem, w wyniku którego małżonkowie powiększają doświadczenia i sprawności w prowadzeniu domu i wychowaniu, co nie ulega już zmianie w związku z narodzinami kolejnych dzieci [Matuszewska 1993]. Ponadto, jeśli rola matki jest kobiecie niejako wrodzona, to u mężczyzn rola ojca ma charakter wyuczony, a niekiedy – źle pojmowana – wiąże się ze współzawodnictwem i rywalizacją o uczucia matki/żony. „Zarówno kobiety, jak i mężczyźni muszą rozumieć i zaakceptować swe odmienne postawy, jeśli kołyska nie ma się stać polem walki płci [...]” [Moir, Jessel 1993, s. 204]. Zajmowanie się dzieckiem wymaga więc od małżonków poświęcenia i czasu w relacjach z dzieckiem i między sobą, bowiem dla każdej płci rodzicielstwo oznacza co innego. Dlatego m.in. cztery małżeństwa na pięć przechodzą poważny kryzys wraz z narodzinami pierwszego dziecka [Hoyenga, Hoyenga 1980, s. 39 za Moir, Jessel 1993]. Doświadczanie macierzyństwa i ojcostwa może być przyczyną silnych stresów i frustracji, zwłaszcza gdy towarzyszy mu poczucie niewłaściwego wypełniania roli, ale mimo tych trudności może dostarczać radości [Gurba 2000, s. 220]. Kobiety wnoszą do rodzicielstwa swą kobiecość, mężczyźni swoją męskość. Matki zajmują się dzieckiem takim, jakie jest – ojców interesuje dziecko takie, jakie będzie [Moir, Jessel 1993, ss. 207–208].

Mając na względzie trudności wynikające z faktu rodzicielstwa, chcąc zrozumieć sytuację kryzysową rodzin dzieci z zespołem Aicardi należy wziąć pod uwagę charakter kryzysu wynikający z narodzin dziecka niepełnosprawnego. Jak pisze E. Sokołowska „fakt <<uszkodzenia>> dziecka <<uszkadza>> także rodziców, dotyka ich boleśnie, zaburza równowagę psychiczną, powoduje szereg dolegliwości psychosomatycznych” [za Kawczyńska-Butrym 1994, s. 34]. Biorąc pod uwagę funkcje rodziny, niepełnosprawność powoduje zaburzenie tych zadań. Jest czynnikiem niepożądanym, który czyni rodzinę dysfunkcyjną tak, że całość życia nabiera charakteru patologicznego [Wiatr 2008]. Do negatywnych konsekwencji dotyczących rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym zaliczyć należy, za Z. Kawczyńską-Butrym [2008, ss.132–143], następstwa w sferze materialnej i egzystencjalnej (ekonomicznej). W. Janocha [2009, s. 21] wiąże je z nakładami finansowymi na leczenie, rehabilitację, wizyty u specjalistów, dostosowanie mieszkania, zakup sprzętu ortopedycznego i inne.

Z drugiej strony, dostrzega się pozytywne aspekty trudnej sytuacji rodzin. Źródła takich poglądów tkwią w ruchach emancypacyjnych gdzie odmienność nie jest traktowana jako czynnik dyskryminujący. Niepełnosprawność staje się jedną z cech rodziny i tak jak inne wpływa na dążenie do rozwoju, utrzymania równowagi i pełnienia funkcji wobec członków [Wiatr 2008, s. 70]. Dzięki takim zmianom mentalności Z. Kawczyńska-Butrym [2008, ss. 132–143] dostrzega pozytywne następstwa wychowywania niepełnosprawnego dziecka. Zalicza do nich większą troskę o osobę niepełnosprawną, częste okazywanie miłości, unikanie konfliktów, integrację rodziny i sąsiadów w niesieniu pomocy. Choć następstwa są nieliczne, to ich rola pozostaje istotna bo obok problemów wychowawczych, ekonomicznych, medycznych, rodzice doświadczają problemów emocjonalnych. „Zazwyczaj rodzina nie może rozwiązać tych problemów samodzielnie i potrzebuje fachowej i skutecznej pomocy z zewnątrz” [Twardowski 2003, s. 101]. Tym samym niepełnosprawność w rodzinie rozumiana jest jako rodzaj interakcji. Jak pisze M. Wiatr [2008, ss. 70–71] w nawiązaniu do poglądów H. Bleidicka, przestaje być traktowana jako kategoria indywidualna. Zgodnie z takim podejściem „nacisk kładziony jest na poznanie życia rodzinnego jako procesu ciągłych negocjacji, redefinicji kontekstów, w jakich przychodzi działać uczestnikom danej interakcji; na śledzeniu interakcji, w trakcie których

negocjowane są nowe statusy i role rodzicielskie”. Podejście socjologiczne okazuje się spójne z obecnymi koncepcjami rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych, które podkreślają znaczenie realizacji tego procesu w środowisku rodzinnym [Hulek 1984]. Jednakże, jak pisze A. Twardowski [2008, ss. 18–19] „wraz ze wzrostem znaczenia rodziny w procesie wychowania niepełnosprawnego dziecka wzrastają również trudności w jego niezakłóconej realizacji. Dzieje się tak, ponieważ sytuacja rodzin wychowujących niepełnosprawne dzieci jest dalece odmienna od tej, w jakiej funkcjonują rodziny posiadające dzieci pełnosprawne.” Należy dodać, że wyjątkowa sytuacja, będąc uzależniona od czynników indywidualnych, społecznych i materialno-bytowych, zależy także od rodzaju i stopnia niepełnosprawności dziecka. A. Twardowski [2008, ss. 27–31] czynnik ów zalicza do grupy warunkujących przeżycia emocjonalne rodziców, obok: etapu rozwoju dziecka, kiedy pojawiła się niepełnosprawność, sposobu, w jaki rodzice dowiedzieli się o niej, widoczności, zachowania dziecka oraz wartości i celów życiowych. Choć trudno określić, która z niepełnosprawności, jak wpływa na życie rodzinne, to jednak „te rodzaje niepełnosprawności, które szczególnie mocno zaburzają funkcjonowanie dziecka i ograniczają jego dalszy rozwój [...] wywołują zazwyczaj najsilniejsze przeżycia u rodziców” [Twardowski 2008, s. 28]. Szczególna jest sytuacja dzieci z rzadkimi zaburzeniami, do których zalicza się zespół Aicardi.

Według raportu A. van Betuw i P. Evers [2004, s. 5] „Rzadkie zaburzenia chromosomowe wywierają wpływ na ludzi, których dotyczą. Wiążą się one z poczuciem niepewności, co do przyszłości, jak również z brakiem lub niewielkim dostępem do informacji o skutkach zaburzeń. Często związane są z nimi problemy niepełnosprawności fizycznej i intelektualnej. Trudno im znaleźć inne osoby z tą samą chorobą i pomoc. Dzięki badaniom i technologiom więcej wiadomo o pewnych rzadkich zespołach, ale w wielu przypadkach informacja nie dociera do rodziców czy pracowników opieki społecznej. Ponadto osoby zainteresowane chcą nie tylko znać wpływ zaburzeń na codzienne życie i przyszłość, lecz także rezultaty badań naukowych. Na szczęście, powoli, ale systematycznie stają się dostępne specyficzne dane na temat fenotypów pewnych określonych zespołów. Niemniej jednak osoby z bardzo rzadkimi zaburzeniami chromosomowymi oraz ich rodziny czują się najczęściej zupełnie

osamotnione.” Jedną z głównych przeszkód w pomocy jest brak informacji i ich rozproszenie.

Rodzice muszą przejść samodzielny „kurs terminologii medycznej” pozwalający zrozumieć specyfikę choroby i niepełnosprawności dziecka. Kiedy zatem mowa o chorobach rzadkich² (sierocych) to wg standardów Unii Europejskiej [Decyzja nr 1295/1999/WE] znaczy, że odznacza się ona występowaniem w danej populacji w danym okresie z częstością mniejszą niż 5 przypadków na 10 tys. mieszkańców. Według Orphanet mniej niż 100 rzadkich chorób występuje z częstością ok. 5 na 10 tys. osób jednak większość z nich występuje mniej niż 1 na 100 tys., zaś tysiące rzadkich chorób są diagnozowane u zaledwie kilku pacjentów w Europie. 5–8 tys. rzadkich chorób występuje u ok. 6% populacji Unii Europejskiej i ujawnia się w różnych momentach życia [*Konsultacje publiczne....*].

Choroby rzadkie nie znajdują się w kręgu zainteresowania badaczy m.in. ze względów ekonomicznych oraz trudności diagnostycznych. Rzadkość ich występowania powoduje, że są trudne do rozpoznania, nie stanowią przedmiotu badań podstawowych oraz nie ma dla nich propozycji terapeutycznych [*Choroby rzadkie czy rzadko leczone?*]. Wiedza o nich jest niewielka, a leczenie, jeśli znane, bardzo kosztowne. Choroby rzadkie zazwyczaj są uwarunkowane genetycznie, o przewlekłym i ciężkim przebiegu, zagrażają życiu lub powodują przewlekłą niepełnosprawność, o niskiej częstości występowania i znacznym stopniu złożoności. Mogą ujawniać się przy urodzeniu, w dzieciństwie i w wieku dorosłym. Czynnikiem wywołującym są zmiany genetyczne, nie wyklucza się wpływu czynników środowiskowych. Problemami, jakie dotyczą chorób sierocych są m.in. brak ich kodowania i klasyfikacji, polityki zdrowotnej i mała wiedza. Przekłada się to na konsekwencje: trudności z diagnozowaniem, co utrudnia albo uniemożliwia wczesną interwencję medyczną, odpowiednio dobraną terapię, w tym farmakoterapię oraz rehabilitację;

² Definicja rzadkich chorób jako występujących poniżej 5 na 10 tys. osób została przyjęta w Unii Europejskiej we wspólnotowym programie działania w dziedzinie rzadkich chorób na lata 1999–2003. Tę samą definicję stosuje EMEA (Europea Medicines Agency) do określania leków sierocych (*orphan medical product* – leki stosowane w bardzo wąskiej grupie pacjentów). Wielka Brytania, Szwecja i Dania stosują inne definicje. Mimo, iż definicja jest szeroka pozostaje utrzymywana w Unii Europejskiej.

wiele schorzeń ma postać złożoną i powoduje trwałą niepełnosprawność, której w części można by uniknąć stosując wczesną rehabilitację. Powoduje to, że osoby z chorobą rzadką i ich rodziny czują się wyizolowane.

Wiele chorób rzadkich wywołuje niepełnosprawność sprzężoną, której istotą jest „występowanie u dziecka dwóch lub więcej niepełnosprawności spowodowanych przez jeden lub więcej czynników endo- lub/i egzogennych, które działają w różnych okresach życia dziecka (w tym również w okresie prenatalnym) łącznie lub kolejno” [Twardowski 2008a, s. 516]. Niepełnosprawność taka charakteryzuje zespół Aicardi.

To rzadkie zaburzenie genetyczne zostało opisane po raz pierwszy w 1965 r. przez francuskiego neurologa dr. J. Aicardi'ego, który określił najbardziej charakterystyczne objawy, prowadzące do diagnozy. Są to:

- szczególne strukturalne schorzenia mózgu: słabo wykształcone albo brakujące ciało modzelowate *corpus callosum*;
- uszkodzenie wzroku: zwykle spowodowane przez plamy na siatkówce *lacunae* albo wynikające z problemów rozwojowych nerwu wzrokowego m.in. ogniska zaniku naczyń i siatkówki ;
- napady epilepsji: lekooporne, trudne do kontrolowania, o charakterze drgawek mioklonicznych³, hipotonię mięśniową⁴, zmiany w EEG.

Wymienia się też czwarty syndrom, jakim jest opóźnienie w rozwoju o zróżnicowanym charakterze. Ponadto zanotowano przypadki mikrocefalii i cyst w mózgu, dysfunkcje słuchu oraz zmiany w układzie kostnym m.in. zrosty kręgów i żeber. Jest to zaburzenie, diagnozowane zazwyczaj przed upływem 5 miesiąca życia, które dotyka prawie wyłącznie dziewczynki⁵. Przy czym większość dzieci w chwili narodzin nie wykazuje zmian organicznych ani zachowania. Znacząca liczba przypadków rozwijała się normalnie do 3 miesiąca życia, kiedy zaczynają pojawiać się ataki padaczki. Dla większości rodzin były to pierwsze objawy, które

³ Napady miokloniczne charakteryzują się nagłym wystąpieniem skurczy określonych grup mięśniowych (często ramiona i barki) wraz z wypuszczaniem z rąk trzymanych w nich przedmiotów lub ich odrzuceniem na odległość, niekiedy z upadkiem.

⁴ Hipotonia mięśniowa objawia się obniżeniem napięcia mięśni.

⁵ Odnotowano bardzo rzadkie przypadki chłopców z zespołem Klinefeltera o karyotypie XXY. Przy czym dziewczynki z zespołem Aicardi mają prawidłowy (46, XX). Wśród badanych przypadków opisano tylko jeden rodzeństwa dotkniętego chorobą.

powodują, że zespół Aicardi bywa mylony z zespołem Westa⁶. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD 10 zespół Aicardi nosi kod Q04.0 – agenezja ciała modelowatego. Według Orphanet częstość jego występowania wynosi <1/1 000 000 osób. Prawdopodobnie chorych jest od 300 do 500 na świecie, w Ameryce Płn. i Europie odnotowano ok. 200 osób. W Polsce znane są 4 przypadki dziewczynek urodzonych w latach: 2002, 2003, 2006, 2007 [Aicardi syndrom; What is Aicardi Syndrome?; Aicardi, 1999; Kopyś 1984, s. 21; Aicardi Syndrom Foundation].

Na podstawie opublikowanych w Aicardi Syndrom Newsletter danych z wywiadów 29 rodzin w latach 1993–94 można dodać, że choroba wystąpiła w większości u dzieci z pierwszej ciąży, urodzonych siłami natury (77%). Dzieci otrzymały od 3 do 10 pkt. skali Apgar w pierwszej minucie życia oraz od 6 do 10 pkt. w ósmej minucie życia, a 25 z 29 matek wróciło do domów wraz z dziećmi. Pierwsze ataki padaczkowe rodzice zauważyli najwcześniej po 30 godzinach od porodu, inni zaś po 14 tygodniach. Nasilone napady utrzymywały się do 3 roku życia, jednak jest to okres poszukiwania najskuteczniejszych form terapii wpływających na funkcjonowanie układu nerwowego, i czas naturalnych zmian rozwojowych dziecka. Rodzice obserwowali zmiany zachowania w sferze obrony przed dotykiem oraz samostymulacji.

Sytuacja rodziny wychowującej niepełnosprawne dziecko jest sytuacją złożoną. Składają się na nią:

- relacje interpersonalne, rzutując na rozwój dziecka [Kościelska 1995];
- zmiany wynikające z niepełnosprawności (mobilizacja zdolności adaptacyjnych: przekształcenia we wzorach zachowań, zmiany w hierarchii wartości, zmiany pozycji w rodzinie) [Suchar 1984];
- zmiany w rodzinie, które dokonują się od momentu traumy związanej z informacją o niepełnosprawności dziecka do jej akceptacji [Twardowski 2008, Gałkowski 1979, Góralczyk 1996].

⁶ Zespół Westa to rodzaj epilepsji lekoopornej z napadami we wczesnych okresach rozwoju (częściej u chłopców niż u dziewcząt), zazwyczaj opóźnionych w rozwoju psychicznym. W jego skład wchodzi napady, opóźnienie rozwoju i rozległe zmiany w zapisie EEG. Napady trwają zwykle od kilku do kilkunastu sekund, a liczba ich może wahać się od kilku do kilkudziesięciu i więcej na dobę (stan padaczkowy).

Problemy można podzielić na: emocjonalne, medyczne, opiekuńcze, materialne, formalne. Ich charakter i sposoby rozwiązywania zmieniają się zależnie od tego, jak długo niepełnosprawność towarzyszy dziecku oraz na ile została zaakceptowana. Dlatego sytuacja polskich rodzin bywa odmienna ze względu na wiek dziewczynek, aczkolwiek doświadczenia i sposoby radzenia sobie z kryzysami są podobne.

Pierwszym negatywnym doświadczeniem była wiadomość o niepełnosprawności dziecka. Dwie rodziny opuszczały szpitale w przekonaniu, że dzieci są zdrowe. Niepokojące objawy ujawniły się po 12 dniach u jednej z dziewczynek i po 6 tygodniach u drugiej. Wtedy rozpoczęły się pierwsze kontakty ze środowiskiem medycznym w celu poszukiwania diagnozy. W dwóch pozostałych przypadkach matki już w okresie prenatalnym dziecka, dowiadywały się o podejrzeniach cyst, wodogłowa oraz innych wad wrodzonych. Pierwsze kontakty z lekarzami jak też personelem szpitalnym nie pomagały matkom w przeżyciu traumy narodzenia niepełnosprawnego dziecka, lecz pogłębiały negatywne doświadczenia. Towarzyszyło im poczucie smutku i bezradności. „Jednocześnie wielka złość i nerwy na lekarzy, którzy najpierw mieli czas na zrobienie usg przeziemiączkowego, potem długo go opisywali, aż dostałam suchy opis, że mózg dziecka ma duże zmiany i nieprawidłowości. [...] Jedno wielkie rozgoryczenie!”⁷. Matki określały ten czas jako bardzo ciężkie dni [*Hania...*]. Ten okres, nazywany okresem szoku (krytycznym, wstrząsu emocjonalnego) [Twardowski 2008; Góralczyk 1996] w przypadku rodziców dzieci z zespołem Aicardi trwa dłużej niż w przypadku schorzeń, które nie są rzadkie. Przedłużający się czas diagnozy uniemożliwia przejście do kolejnego etapu – okresu kryzysu emocjonalnego. W tym czasie dominującymi przeżyciami były rozpacz, niepokój o dziecko, poczucie krzywdy, sytuacji bez wyjścia. U niektórych osób ujawniały się drażliwość, chwiejność nastroju, problemy z pamięcią, płacz. Już w okresie szoku można zauważyć zakłócenia relacji szczególnie między rodzicami oraz rodzicami a niepełnosprawnym dzieckiem [Twardowski 2008, s. 21]. Wśród poznanych rodzin, jeśli można mówić o reakcjach ojców, miały one raczej charakter współodczuwający. „Od momentu, kiedy do-

⁷ Fragment wywiadu. W dalszej części, nieopatrzone przypisem cytaty pochodzą z wywiadów.

wiedzieliśmy się, że dziecko ma torbiel na mózgu towarzyszył mu taki sam niepokój jak mi [...] Myślę, że ostateczna diagnoza bardzo go przyniotła. Mieszanka złości, buntu, pretensji – tak naprawdę to nie wiadomo do kogo, pytań – dlaczego my? Co dalej?” Tego typu pytania zadają sobie rodzice wszystkich niepełnosprawnych dzieci i stanowią one etap w ewolucji przeżyć emocjonalnych w kierunku pytania – „co i jak możemy zrobić, aby pomóc naszemu dziecku?” Rodziny dzieci z zespołem Aicardi są w o tyle trudniejszej sytuacji, że nikt nie jest w stanie powieścić im, co mogą zrobić. Trudno dostosować środki wsparcia do sytuacji.

W następującym po okresie szoku kryzysie emocjonalnym nadal dominują uczucia negatywne, które mogą zakłócać relacje. W tym okresie zazwyczaj dochodzi do rozpadu rodziny. W poznanych rodzinach nie doszło do takich sytuacji. Warto zwrócić uwagę na czynniki warunkujące sposoby radzenia sobie z kryzysem emocjonalnym. W tym okresie rola ojców jest istotna. Zamknięcie w sobie może spowodować odsunięcie się od rodziny na rzecz pracy zawodowej, działalności społecznej, nadużywania środków psychoaktywnych czy opuszczenie rodziny. Wśród poznanych rodzin ojcowie nie wykazywali podobnych zachowań, choć warto zastanowić się czy wynika to z dojrzałego reagowania na sytuacje trudne, czy jest formą sprostania obrazowi ojca, który ma być ostoją rodziny. „W rzeczywistości jednak ojcowie mogą cierpieć [...] równie silnie, a nawet silniej niż matki. Mogą znajdować się w złożonej sytuacji emocjonalnej, ponieważ trudniej im przeżywać emocje” [Twardowski 2008, s.23]. Mężczyźni są mniej skorzy do zwierzeń stąd prawdopodobnie środowisko zawodowe niewiele wiedziało o problemach jednego z ojców. „Mimo, że wszyscy wiedzieliśmy o chorobie dziecka [...] on nie mówił o tym [...] Nikt z nas nie zdawał sobie sprawy z tego, jak bardzo to dziecko jest chore. Obciążenie chorobą córki nie przekłada się na pracę” [Pomóżmy...]. Nie jest rzeczą łatwą rozmowa z obcymi o dziecku, szczególnie dla mężczyzny. Badania D. Kornas-Bieli [1988] potwierdzają depresję i bezradność u ojców dzieci niepełnosprawnych, ukrywane pod pozorami obojętności i nieprzejmowania się. We wspomnianej rodzinie ojciec dźwiga ciężar utrzymania bo matka zrezygnowała z pracy zawodowej. Warte są odnotowania postawy ojców, którzy mieli odwagę publicznie wspomnieć o nieszczęściu, poprzez publikacje w Internecie i wypowie-

dzi w prasie, czy też informacje w miejscu pracy. Były to formy zbierania funduszy na rehabilitację córek.

Negatywne emocje, kryzys emocjonalny, poczucie bezradności i brak nadziei towarzyszą też matkom. Dominujące jest poczucie osamotnienia, brakuje osób, które służą radą i doświadczeniem, z którymi mogłyby dzielić się przeżyciami. Ich emocje oscylują między biegunami: bólu na widok zdrowych dzieci i obawy przed zajściem w ciążę a problemem czy chciałyby mieć dzieci? W dwóch przypadkach kobiety mogły powrócić do pracy dzięki wsparciu ze strony najbliższych tzn. rodziców albo matki. „Teściowie to wspaniali ludzie, bez ich pełnej miłości pomocy trudno byłoby nam sobie poradzić i normalnie pracować” [*Spotkali się...*]. Wsparcie jest czynnikiem minimalizującym poczucie wypalenia, które staje się obecne. Może też łagodzić zakłócenia w relacjach między rodzicami i przeżycia działające destrukcyjnie na związek. Na pytanie czy choroba osłabiła czy wzmocniła związek małżeński jedna z kobiet odpowiedziała: „Wzmocniła, pokazała, że możemy liczyć na siebie w każdej sytuacji. Nie jest trudno być ze sobą jak jest wszystko pięknie, ale wtedy, gdy wszystko się wali w związku z diagnozą dziecka, które było planowane, wy-czekane”. Wsparcie ze strony współmałżonka oceniła jako bardzo duże. Minimalizuje ono konsekwencje kryzysu emocjonalnego.

Negatywne emocje towarzyszą rodzicom w kolejnej fazie adaptacji do niepełnosprawności dziecka – w okresie pozornego przystosowania. W przypadku rodzin dzieci z rzadkimi chorobami ten okres jest trudny do zidentyfikowania. Cechuje go nieracjonalne poszukiwanie rozwiązań, poczynszyszy od poszukiwania osób, którzy zmienią diagnozę, po zaprzeczanie niepełnosprawności, przez poszukiwanie winnych. Wyczerpujący okres stawiania diagnozy działa zniechęcająco, co do kolejnych prób zaprzeczania wynikom specjalistycznych badań. Z drugiej strony poszukiwanie farmakoterapii, rehabilitacji fizycznej i sensorycznej metodą prób i błędów wymuszają na rodzicach zdroworozsądkowe podejście w ocenie ich efektywności. Brak wypracowanej terapii, różnice między dziećmi dotkniętymi zespołem Aicardi powodują, że jest to jedyna droga pomocy. Kontakt ze specjalistami, których terapie przynoszą wymierne efekty ogranicza próby poszukiwania nieracjonalnych rozwiązań. „Podczas pobytu na oddziale spotkaliśmy wspaniałą osobę, rehabilitantkę,

która zajmowała się Hanią dzięki niej nauczyliśmy się prawidłowo opiekować naszym chorym maluszkim, nawiązaliśmy kontakt z rodzicami Juleczki (dziewczynki z tym samym zespołem co Hania). Do dziś pani Ania jest z nami [...]” [*Hania...*, s. 6]. Poszukiwanie nowych terapii, też niekonwencjonalnych lecz skutecznych jak np. dieta ketogenna⁸ staje się koniecznością.

Rodzice przechodzą też przez etap poszukiwania winnego, np. zarzucając sobie źródło zaburzeń genetycznych albo upatrując winę w Bogu. Pogodzenie się z brakiem odpowiedzi na pytanie: dlaczego tak się stało?, dlaczego nas dotknęło to nieszczęście? jest konieczne, by przejść do etapu konstruktywnego przystosowania się. „Chciałabym umieć cofnąć czas i zapewnić mojemu dziecku zdrowie. Jednak wiem, że to nie jest możliwe”. Pomocne są zatem sukcesy rozwojowe. W okolicznościach złożonej niepełnosprawności najmniejsza poprawa jest osiągnięciem. Przeszkodą na drodze do przystosowania są kryzysy zdrowotne, które zaburzają poczucie stabilizacji. „Zawsze, gdy wydaje się, że jest fajnie, że sytuacja w miarę się unormowała przydarza się coś niespodziewanego” [*Hania...*, s. 6]. Dlatego właśnie przystosowanie jest procesem trudnym. Zazwyczaj rodzice koncentrują się na teraźniejszości. Poproszona o dokończenie zdania jedna z mam odpowiedziała: Kiedy myślę o przyszłości mojego dziecka to... „boję się myśleć. Staramy się żyć dniem dzisiejszym. [...] Cieszę się każdym małym postępem dziecka. Przestałam już czytać, co powinno umieć zrobić w wieku, w którym jest”. Jest kwestią pracy nad sobą umiejętność przeżywania pozytywnych uczuć w sytuacji ciągłego zagrożenia zdrowia i życia dziecka. Aczkolwiek wydaje się to osiągalne: „Ten malutki, pogodny człowieczek [...] zaraz po urodzeniu przewrócił nasz świat do góry nogami, postawił nas wszystkich przed wielką próbą. Dziś umiemy już żyć tym innym, trudniejszym, lecz niepozbawionym radości życiem” [*Hania...*, s. 6]. Można zauważyć u rodziców ewolucję postaw od niepokoju, jak będzie wyglądało życie codzienne?, jak będzie rozwijać się dziecko? poprzez przebudowę życia „musieliśmy dostosować całe życie, codzienność do choroby i niepełnosprawności naszego dziecka”, po wypracowany schemat, w którym mieści się

⁸ Dieta ketogenna jest specjalną dietą wysokotłuszczową, niskowęglowodanową i umiarkowanie białkową, leczącą napady epileptyczne.

praca zawodowa, wizyty u lekarzy, rehabilitacja, dbałość o siebie. „Próbujemy żyć w miarę normalnie. Chodzić do pracy, jeździć na wycieczki. Jednak każde wyjście/wyjazd rozważamy pod kątem naszego dziecka – czy da się dojechać wózkiem w dane miejsce, czy będzie możliwość przewinięcia dziecka, czy nie ma zbyt wielu schodów. [...] Mama opiekuje się dzieckiem, kiedy my jesteśmy w pracy. [...] Wszystkie obowiązki staramy się wykonywać wspólnie. Jeśli jedno z nas nie może, załatwia to drugie. W miarę możliwości staramy się być na wizytach lekarskich oboje. [...] Staramy się, aby dziecko miało zapewnioną codzienną rehabilitację [...]. W związku z tym, że córka nie chodzi i nie trzyma głowy obciążony jest również mój kręgosłup. W związku z tym staram się chodzić na zabiegi rehabilitacyjne tak, aby móc jak najdłużej się nią zajmować”.

Próby przystosowania się okupione są konfrontacją ze środowiskiem zdrowych. Funkcjonowanie w kręgu rodziny i osób pracujących z niepełnosprawnymi, jak też samymi dziećmi daje poczucie bezpieczeństwa. Zderzenie ze środowiskiem zewnętrznym, powoduje silniejsze przeżywanie niepełnosprawności. „Nie lubię pytającego wzroku ludzi na ulicy, kiedy idziemy na spacer. Sprawia mi duży ból i smutek przebywanie w towarzystwie ludzi, którzy mają małe, zdrowe dzieci”. Jako ważne należy uznać przedsięwzięcia rodziców, w których odważyli się ukazać publicznie dziecko. Ale też trzeba zrozumieć tych, którzy chcą zaoszczędzić wystawiania dziecka na okoliczności, których skutki bywają trudne do przewidzenia.

Należy zwrócić uwagę na społeczne funkcjonowanie rodziny, odczucia rodziców w konfrontacji z dalszą rodziną oraz środowiskiem znanych i obcych. Niepełnosprawność przekłada się na relacje z dalej spokrewnionymi, którzy powinni zaakceptować fakt obecności odmienniej osoby. Również tu można zauważyć przemianę postaw od dystansu wynikającego z obaw by nie urazić rodziców i nadmiernie nie wypytywać o chorobę, po normalne uczestnictwo w życiu rodzinnym. Trudne dla rodziców jest przebywanie w towarzystwie ludzi niewiedzących o chorobie. Niestosowne zachowania, np. „słyszeli a chcą pooglądać dziecko, nie zapytają wprost tylko szepczą między sobą” są odbierane boleśnie. Niemniej dwie dziewczynki stały się przedmiotem badań do prac licencjackiej i magisterskiej. Na tle innych, rodzice odbierają swoją rodzinę jako

specyficzną, „bardzo chcielibyśmy mieć problemy rodzin mających zdrowe dzieci, że wkładają palce do kontaktów, kłócą się w przedszkolu itd.”.

Należy docenić podjęcie przez rodziców trudu wychowania dziecka. Na pytania o ewentualne oddanie go pod czyjąś opiekę, rodzice wykluczyli taką możliwość. Nie wykazywali prób ucieczki w zażywanie środków psychoaktywnych czy myśli o porzuceniu rodziny. Pomimo okresów nasilonych zaburzeń dzieci oceniane są jako pogodne, niepoddające się i walczące z chorobą. „Cenimy sobie każdą godzinę, każdą minutę, każdą sekundę przeżytą wraz z nią. Cenimy sobie dar uśmiechu i pogodę ducha. [...] Nieobojętne są nam ataki płaczu, brak możliwości chodzenia, niedowład lewostronny, słaba ostrość widzenia, nadwrażliwość słuchu, zastawka komorowo-otrzewnowa, dziura w sercu, moczenie, brak możliwości powiedzenia podstawowego słowa „mama” ze względu na operację głowy. Chcielibyśmy jej dać całe słonko, lecz może przyjąć tylko promyki” [Nikola...]. Rodzice określają dzieci jako towarzyskie, zainteresowane światem na miarę swoich możliwości, radosne. „Na początku trochę nieufna, lecz już po krótkim zapoznaniu każdego traktuje jako najlepszego kompana i obdarowuje swoim najpiękniejszym szczerym uśmiechem” [Hania..., s. 6]. Mimo swej niepełnosprawności dzieci potrafią okazywać przywiązanie. Jest to największą nagrodą dla rodziców.

Specyficzna sytuacja rodzin wpływa na zmiany w sferze celów życiowych i wartości. To proces długotrwały, ale owocujący samorozwojem i bogactwem duchowym. Rodzice jednej z dziewczynek wspominają spotkanie z Ojcem Świętym, które wzmocniło ich w wierze i dodało sił. „To spotkanie jest dla nas jak zastrzyk miłości, wiary, nadziei. Jeszcze bardziej umocniło nas ono w przekonaniu, że cierpienie, którego doświadczamy, ma sens [...]” [Spotkali się...]. Słowa te ilustrują drogę od bezsilności i pretensji do losu i Boga po odkrycie sensu cierpienia. Taka ewolucja postaw świadczy o pełnej wysiłku pracy nad sobą.

Zmieniające się reakcje wynikają z aktywnej postawy wobec niepełnosprawności dziecka, która prowadzi do konstruktywnych rozwiązań. Są one jednak uzależnione od warunków życia i wychowania. Dwie dziewczynki uczęszczają do przedszkola specjalnego. Niestety w niewielu miastach można odnaleźć placówkę, nawet o charakterze specjalnym, która zechce przyjąć dziecko z tak złożonym rodzajem niepełnospraw-

ności. Cenne jest wsparcie przy załatwianiu formalności związanych z orzeczeniem o niepełnosprawności, otrzymywaniem zasiłków, zdobywaniem sprzętu rehabilitacyjnego. Rodziny borykają się z problemami materialno-bytowymi. Poza przysługującym wsparciem korzystają z pomocy organizacji pozarządowych. Dzieci są wspierane przez: Fundację „Mimo Wszystko”, Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Zaburzeniami Genetycznymi GEN, Stowarzyszenie Wspomagające Osoby ze Środowisk Dysfunkcyjnych „Można Inaczej”, Stowarzyszenie na Rzecz Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Tratwa”. Akcję pomocy dla jeden z dziewczynek podjęła telewizja TVN.

Wśród form pomocy niedocenione pozostają: pedagogizacja rodziców, kształtowanie umiejętności niezbędnych przy wychowywaniu niepełnosprawnego dziecka, oddziaływanie psychoterapeutyczne. Jest to potrzebne by w osamotnieniu, jakie im towarzyszy nie mówili: „Jak sobie radzę? Trochę popłaczę. Życie biegnie dalej. Zdrowe dzieci się rodzą. Może kiedyś mi minie. [...] Smutek, pytania dlaczego? są cały czas [...] Tylko czasami jak człowiek się zamyśli wszystko wraca jak bumerang. Potem przychodzi nowy dzień...”

Bibliografia

- A.A.L-Syndrome d'Aicardi – X'ception/Elles Aicardi Infos <http://www.aicardi-syndrome.info/>
Aicardi J. (1999), *Aicardi Syndrome: Old and New Findings*, „International Pediatrics”, vol. 14, no 1, s. 5–8.
- Aicardi Syndrom (marzec 2008) [http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=EN&data_id=254&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Aicardi-&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Disease\(s\)%20concerned=Aicardi-syndrome&title=Aicardi-syndrome&search=Disease_Search_Simple](http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=EN&data_id=254&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Aicardi-&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Disease(s)%20concerned=Aicardi-syndrome&title=Aicardi-syndrome&search=Disease_Search_Simple),
- Aicardi Syndrom Foundation <http://www.aicardisyndrome.org/site/>
- Bejda M. (2006), *Hania do kochania*, „Nasza Gazetka”, nr 19, s. 6.
- Betuw A. van, Evers P. (2004), *European Rare Chromosomes United*, VSOP Chromosome Help-Station, polskie tłumaczenie *Osoby z rzadkimi zaburzeniami chromosomowymi i ich najbliżsi. Europejski punkt widzenia*, dostępne na stronach internetowych Stowarzyszenia GEN: http://www.gen.org.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=848&Itemid=340
- Choroby rzadkie czy rzadko leczone? (2008.10.07) http://www.gen.org.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=969&Itemid=214

- Czabała J.Cz., Sęk H. (2002), *Pomoc psychologiczna* [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia*, T.3, GWP, Gdańsk 2002, ss.605-621.
- Decyzja nr 1295/1999/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 1999 r. przyjmująca wspólnotowy program działania w dziedzinie rzadkich chorób w ramach działań w dziedzinie zdrowia publicznego (1999–2003); Dz.U. L 155 z dnia 22.06.1999 r.
- Dykcik W. (2003), *Zakres i przedmiot zainteresowań pedagogiki specjalnej* [w:] W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań, 2003, ss. 69–79.
- Fromm E. (1992), *O sztuce miłości*, Sagittarius, Warszawa.
- Gałkowski T. (1979), *Dzieci specjalnej troski*, WP, Warszawa.
- Góralczyk E. (1996), *Choroba dziecka w twoim życiu*, CMPP-P, Warszawa.
- Gurba E. (2000), *Wczesna dorosłość* [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życiowych człowieka*, T.2, PWN, Warszawa, ss. 202–233.
- Havighurst R.J. (1953), *Human development and education*, Longman&Green, New York.
- Harwas-Napierała B. (1995), *Rodzina jako kontekst rozwojowy jednostki*, [w:] J. Trempała (red.), *Zmieniający się człowiek w zmieniającym się świecie*, WSP, Bydgoszcz, ss.303-316.
- Hill R., Mattessich P. (1979), *Family development theory and life-span development* [w:] P.B. Baltes, O.G. Brimm (red.), *Life-span development and behavior* T.2.
- Hoyenga K. B., Hoyenga K. (1980), *Sex Differences*, Little Brown and Company, Boston.
- Hulek A. (1969), *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*, PZWL, Warszawa.
- Hulek A. (red.) (1984), *Rewalidacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w rodzinie*, PWN, Warszawa.
- Janocha W. (2009), *Rodzina z osobą niepełnosprawną w społecznym systemie wsparcia*, Jedność, Kielce.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1994), *Rodziny osób niepełnosprawnych. Problemy wspierania rodzin z osobami niepełnosprawnymi*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Badania nad niepełnosprawnością w Polsce 1993*.
- Kawczyńska-Butrym Z. (2008), *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Makmed, Lublin.
- Kielar-Turska M. (2002), *Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia* [w:] Strelau J. (red.) (2002), *Psychologia*, T.1, GWP, Gdańsk, ss. 285–332
- Kirenko J. (2006), *Oblicza niepełnosprawności*, Wyd. Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. W. Pola, Lublin.
- Konsultacje publiczne rzadkie choroby: wyzwania stojące przed Europą* dokument Komisji Europejskiej Dyrekcji Generalnej Ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów dostępny na: http://ec.europa.eu/health/ph.threats/non.com/docs/raredis_comm_pl.pdf
- Kopyść Z. (red.) (1984), *Kompendium zespołów i rzadkich chorób dziecięcych*, PZWL, Warszawa.
- Kornas-Biela D. (red.) (1988), *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie*, KUL, Lublin.
- Kornas-Biela D. (red.) (2001), *Oblicza ojcostwa*, KUL, Lublin.
- Kościelska M. (1995), *Oblicza upośledzenia*, PIW, Warszawa.

- Kowalik S. (2002), *Psychologiczne podstawy niepełnoprawności i rehabilitacji*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia*, T.3, GWP, Gdańsk 2002, ss. 797–820.
- Leśniak E. (1996), *Interwencja kryzysowa*, [w:] W. Badura-Madej (red.) *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, Interart, Kraków, ss. 55–72.
- Matuszewska M. (1993), *Zmiany rozwojowe młodych dorosłych w kontekście pełnienia społecznych ról rodzinnych*, „Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej”, nr 1, ss. 49–58.
- Moir A., Jessel D. (1993), *Płeć mózgu*, PIW, Warszawa.
- Nikola Farysej – nasz Promyk Słońca <http://farysey.ovh.org/index.html>
- Orphanet <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>
- Pomóżmy Julii <http://dpaweld.wikidot.com/julia>
- Sillamy N. (2002), *Słownik psychologii*, Książnica, Katowice.
- Spotkali się z Ojcem Świętym*, <http://www.malach.org/article.php/spotkali-sie-z-ojcem-swietym>
- Strelau J. (red.) (2002), *Psychologia T.1*, GWP, Gdańsk.
- Suchar E. (1984), *Metody diagnozowania systemów rodzinnych*, [w:] M. Bogdanowicz, Oszmiańczyk J. (red.) *Materiały do nauczania metod diagnostycznych w psychologii*, UG, Gdańsk.
- Twardowski A. (2003), *Wczesne wspomaganie rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne intelektualnie*, [w:] Z. Janiszewska-Nieścioruk, *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną T.1*, Impuls, Kraków ss.101–109.
- Twardowski A. (2008), *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, [w:] I. Obuchowska (red.) *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa, ss.18–54.
- Twardowski A. (2008a), *Wychowanie dzieci o niepełnosprawności sprzężonej*, [w:] I. Obuchowska (red.) *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa, ss. 515–542.
- Tyszkowa M. (1993), *Rodzina a rozwój jednostki*, CPBP, Poznań.
- What is Aicardi Syndrome?* <http://www.aicardisyndrome.org/site/node/1>
- Wiatr M. (2008), *Rodzicielstwo społecznie naznaczone – stygmatyzacja rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” nr 1(7), ss. 69–84.
- Williams J.H. (1977), *Psychology of woman: behavior in a biosocial context*, Norton, New York.

Peculiarity of Functioning of The Families with Aicardi's Syndrome Children as an Example of Contriving in Critical Condition

Abstract

The birth of a disable child is one of the most dramatically event in the family life. The more complexed nature of the disability and the worse prognosis, the bigger trauma. This statement is about the experiences of the families with Aicardi's syndrome children. Aicardi's syndrome is a very rare defect which is not diagnosed during antenatal examination. Its indications are varied disabilities and that is why the evident and quick diagnosis is impossible. Insufficient medical knowledge is a major impediment to contrive in such extreme situation as appearance of a disabled child in a family.