

# **FIDES ET RATIO**

**4(32)2017**

**KWARTALNIK  
NAUKOWY  
TOWARZYSTWA  
UNIWERSYTECKIEGO  
FIDES ET RATIO**

KWARTALNIK NAUKOWY FIDES ET RATIO



# W TROSCE O ZDROWIE UJĘCIE INTEGRALNE

**Rada Naukowa:** prof. dr hab. Franciszek Adamski, dr hab. Anna Doboszyńska, prof. dr hab. Halina Grzmil-Tylutki (UJ), prof. dr hab. Kazimierz Korab, ks. prof. dr hab. Jan Krokos (UKSW), dr Maria Jankowska (APS), dr Józef Placha, dr Oxana Remeniaka (Akademia Mohylańska w Kijowie, Ukraina), dr Mária Slivková (OZ Felix Familia, Słowacja)

**Zespół Redakcyjny:**

prof. UKSW, dr hab. Maria Ryś (redaktor naczelny)  
dr Irena Grochowska (zastępca redaktora naczelnego)  
dr Urszula Tataj-Puzyna (zastępca redaktora naczelnego)  
dr Paweł Kwas (sekretarz)

**Redaktorzy tematyczni:** prof. dr hab. Gabriela Bujalska-Grüm, prof. KUL, dr hab. Urszula Dudziak, prof. dr hab. Olgierd Hryniewicz (PAN), Ks. prof. dr hab. Bronisław Mierzwiński, ks. prof. Andrzej Offmański (Uniwersytet Szczeciński), prof. UW, dr hab. Krystyna Ostrowska

**Recenzenci:** Ks. prof. dr hab. Roman Bartnicki; prof. UKSW, dr hab. Agnieszka Bender; prof. dr hab. Leszek Grüm; dr Agnieszka Hennel-Brzozowska (Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków); mgr Aleksandra Kimball (Warner Brothers Studios, USA); dr Jolanta Kraśniewska (Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie; ks. dr hab. Andrzej Kobyliński (UKSW); prof. AM dr hab. Teresa Krasowska; ks. prof. dr hab. Henryk Krzysteczko (Uniwersytet Śląski); dr Elżbieta Napora (AJD); prof. dr hab. Katarzyna Olbrycht (Uniwersytet Śląski); dr Jacek Pulikowski (UAM); ks. prof. dr hab. Adam Skreczko; o. prof. UAM Borys Soiński; prof. UKSW dr hab. Witold Starnawski; dr Małgorzata Starzomska (UKSW); ks. dr Władysław Szewczyk; dr Elżbieta Tracewicz (Life Adjustment Center, USA); prof. UKSW, dr hab. Elżbieta Trzęsowska-Greszta; prof. PEDAGOGIUM, dr hab. Krzysztof Wojcieszek; mgr Aleksandra Woś-Mysliwiec (President of Policy Committee, USA); prof. UKSW dr hab. Małgorzata Wrześniak; Ks. prof. UKSW, dr hab. Dominik Zamiatąła

**Redaktorzy językowi:**

mgr Zofia Kończewska-Murdzek  
mgr Krzysztof Kraśniewski  
mgr Małgorzata Walaszczyk

**Redaktor statystyczny:**

mgr Karol Kwas

**SPIS TREŚCI:**

<i>Ks. Piotr Mazurkiewicz, La joie de l'amour</i> .....	7
<i>Kasper Sipowicz, Tadeusz Pietras, Wielowymiarowe ujęcie zdrowia – studium teoretyczne</i> .....	24
<i>Iwona Wrześniewska-Wal, Troska o zdrowie w relacjach lekarz-pacjent</i> .....	33
<i>Maria Jankowska, Sposoby rozwiązywania kryzysów w teorii psychospołecznego rozwoju E.H. Eriksona w aspekcie rozwoju człowieka i zdrowia psychicznego oraz zaburzeń w rozwoju</i> .....	45
<i>Urszula Tataj-Puzyna, Barbara Baranowska, Grażyna Bączek, Krzysztof Czajkowski, Opinion of mothers on medical and spiritual aspects of pregnancy and labour - qualitative tests</i> .....	65
<i>Ewa Ślizień-Kuczapska, Dorota Sys, Barbara Baranowska, Urszula Tataj-Puzyna, Zdrowie prokreacyjne a narodziny dziecka oraz karmienie piersią jako ważny czynnik prozdrowotny dla rodziny polskiej</i> .....	88
<i>Paulina Rosińska, Poczucie własnej skuteczności i lokalizacja kontroli zdrowia jako predyktory troski o zdrowie w grupie matek małych dzieci</i> .....	113
<i>Karolina Ginalska i Małgorzata Weryszko, Czynniki chroniące zdrowie psychofizyczne dziecka w środowisku rodzinnym</i> .....	143
<i>Irena Pufal-Struzik, Wybrane aspekty zdrowia psychicznego uczniów zdolnych</i> .....	154
<i>Edyta Wolter, Education for a healthy life in harmony with nature - pedagogical and historical implications</i> .....	165
<i>Renata Matusiak, Edukacja medialna jako forma kształtowania postaw prozdrowotnych i przeciwdziałania uzależnieniu od mediów</i> .....	176
<i>Małgorzata Marmola, Anna Wańczyk-Welc, Zachowania zdrowotne a poczucie satysfakcji z życia u młodych dorosłych</i> .....	185
<i>Anna Kuk, Anna Gala-Kwiatkowska, Typy miłości i style rozwiązywania konfliktów studentów i studentek uczestniczących w warsztatach psychologicznych</i> .....	197
<i>Bernarda Bereza, Obraz idealnego i realnego małżeństwa jako czynnik trwałości więzi partnerskiej</i> .....	208
<i>Grażyna Bączek, Beata Manista, Urszula Tataj-Puzyna, Knowledge and opinions of medical staff on Natural Fertility Awareness Methods</i> .....	215
<i>Urszula Dudziak, Moralne zdrowie rodziny</i> .....	233

<i>Tomasz Prusiński</i> , Optymalizacja warunków zdrowienia. Genogram w modalności ericksonowskiej .....	245
<i>Ks. Andrzej Wiecki</i> , Modlitwy o zdrowie. Nadużycie czy wiara? - refleksja pastoralna ..	258
<i>Elżbieta Kożuchowska</i> , Porządkująco-uzdrawiający charakter ascezy człowieka w ujęciu Edyty Stein .....	263
<i>Berenika Seryczyńska</i> , Eskapizm jako ucieczka od zniewolenia w kontekście Camino de Santiago .....	274
<i>Bielecki Jan, Zabłocki Jacek Kazimierz</i> , Dziecko jękające się a środowisko szkolne ..	285
<i>Dariusz Sarzała</i> , Anoreksja jako zagrożenie dla zdrowia oraz społecznego funkcjonowania człowieka w kontekście etiologii i profilaktyki .....	296
<i>Dorota Kornas-Biela, Sylwia Mirosław</i> , Narkomania – aspekty biologiczne i psychopedagogiczne .....	312
<i>Emilia Zyskowska</i> , Attachment styles to parents, aggression and quality of relations in close relationships among male residents of a juvenile detention centres .....	333
<i>Maria Łukaszek</i> , Zaangażowanie religijne więźniów a ich doświadczenia seksualne przed osiągnięciem pełnoletniości .....	352
<i>Gromek Marek, Jastrzębski Jarosław</i> , Rodzaje doświadczanych emocji a życie seksualne mężczyzn po przebyciu zawale mięśnia sercowego .....	361
<i>Aneta Sylwia Baranowska</i> , Problemy zdrowia psychicznego migrantów w kraju przyjmującym. Rozważania teoretyczne .....	382
<i>Katarzyna Hamer, Sam McFarland, Magdalena Łuźniak-Piecha, Agnieszka Golińska</i> , Multiple social identifications and their relation to life satisfaction, physical well-being and feeling of discrimination in the cross-cultural context .....	396
<i>Katarzyna Litwińska-Rączka</i> , Interpersonalna trauma jako „morderstwo duszy” ..	420
<i>Maria Ryś</i> , Family with an alcohol problem. Functioning of a co-addicted person .....	428
<i>Magdalena Różańska, Barbara Baranowska, Urszula Tataj-Puzyna, Grażyna Bączek, Anna Kajdy</i> , Perinatal hospice care in the narratives of parents and caregivers – a qualitative survey .....	454

<i>Bogusława Filipowicz, O Prof. Ludwiku Hirszfeldzie i mocy słowa, które uzdrowia u progu Grossaktion Warschau .....</i>	468
<i>Błażej Kmieciak, Śmierć mózgu człowieka, jako problem nie tylko formalny</i>	479
Abstracts .....	494
Zasady publikacji .....	508
Zasady recenzowania .....	509

Ks. prof. dr hab. Piotr Mazurkiewicz  
*Instytut Politologii*  
*Wydział Nauk Historycznych i Społecznych*  
*Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego*  
*w Warszawie*

## La joie de l'amour

### 1. *Jésus parmi les marchands et les chevaliers*

Pendant le dernier Synode sur la famille quelqu'un a mis sur le Twitter une photo du poteau frontalier avec les emblèmes de deux Etats de l'espace Schengen et l'inscription : « Frontière entre l'orthodoxie et l'hétérodoxie ». Cette inscription rendait, semble-t-il bien, l'ambiance du débat synodal qu'accompagnait la crainte d'un éventuel nouveau partage au sein de l'Eglise. C'est à cette ambiance que se réfère le pape François dans l'exhortation *Amoris laetitia* en soulignant que dans la diversité des opinions présentées – si elles sont fidèles à l'Eglise – on peut entendre beaucoup de sollicitude et de questions posées honnêtement et sincèrement (2-3). Après deux synodes, nous savons plus non seulement à propos des problèmes de la famille contemporaine, mais aussi de l'Eglise et de sa diversification interne.

A propos de l'une de telles lignes frontalières, le cardinal Sarah disait qu'au moment où dans certaines régions du monde des chrétiens meurent restant fidèles à la foi et au Christ, en Occident certains hommes de l'Eglise essaient de réduire les exigences de l'Evangile au minimum<sup>1</sup>. Il semble que l'une des raisons plus profondes de cette divergence est le fait de se fonder sur deux différents ethos : l'ethos du marchand et l'ethos du chevalier. Il ne s'agit pas de les évaluer mais de les percevoir comme deux stratégies différentes de la recherche du bien. L'ethos du marchand nous fait penser au bien obtenu par voie de négociations et de compromis qui sont possibles car les biens qui sont objet de marchandage sont divisibles. La mesure de la sollicitude pour le bien commun, y compris pour le bien commun de l'Eglise, selon l'ethos marchand bourgeois, c'est être disposé aux compromis, à renoncer à la réalisation totale des plans vitaux ou des idéaux. Un grand rôle y joue le savoir de réduire les conflits à la simple arithmétique. Tandis que l'ethos du chevalier nous fait penser à la disposition de subir des sacrifices, jusqu'au sacrifice même de la vie. « Mourir

---

<sup>1</sup> R. Sarah, Dieu ou rien. Entretien sur la foi, Fayard 2015.

dans le respect du devoir vaut mieux que de vivre dans la honte » – écrivait Tacite<sup>2</sup>. La conclusion d'un marché est liée à la lâcheté et au renoncement aux principes. L'éthos du chevalier est toujours vivant là où durent ou bien dureraient tout récemment encore les persécutions des hommes pour la foi. Tandis que l'éthos du marchand est populaire là où les hommes mènent depuis plusieurs générations une vie stable, en cherchant, avec esprit de conséquence, à élever leur niveau de vie et à assurer un avenir soi-dit meilleur à leurs (*nota bene* peu nombreux) enfants. Ces deux stratégies de démarches pour le bien étaient présentes pendant les deux sessions du synode ce qui trouve son reflet aussi dans le texte de l'exhortation. Nous avons donc l'Évangile lue par les marchands et par l'ordre des chevaliers. C'est dans ce contexte qu'il faut donc placer le débat sur l'actuelle politique de communication du Vatican, que l'expert des relations publiques du Vatican, le père Thomas Rosica CSB, définit comme *rebranding*<sup>3</sup>. Son objectif est de faire changer la perception de l'Église par les personnes qui restent en dehors d'elle. Pendant les pontificats précédents, ces personnes l'associaient principalement à l'opposition au droit à l'avortement, aux unions homosexuelles ou aux méthodes contraceptives. Tandis qu'aujourd'hui, le professionnalisme des experts des relations publiques a fait que les premières réflexions des gens « de la rue » se rapportent à la miséricorde, à l'écologie et à l'ouverture aux émigrés. C'est peut-être la raison pour laquelle le seul contexte, où dans l'exhortation on dit de façon explicite que l'Eucharistie est reçue de façon indigne, est le refus d'aider les souffrants et les pauvres (185-186). Grâce à cette simple démarche de marketing, dans de nombreux milieux, l'hostilité envers l'Église a cédé la place à un intérêt bienveillant. Le père Rosica se soucie cependant que cette nouvelle stratégie médiatique n'est pas accueillie par tous les catholiques avec joie. Lorsqu'on observe ce différend qui a lieu entre les « marchands » et les « chevaliers », il importe de ne pas oublier que Jésus ne fut ni marchand, ni chevalier, mais martyr.

En lisant l'exhortation – suivant la recommandation du Pape – lentement et par fragments (7), nous pouvons avoir l'impression que le Pape y défend beaucoup plus fermement les pécheurs que la doctrine de l'Église. Se placer du côté du pécheur est une attitude caractéristique pour le Saint Père et nous sommes arrivés déjà à nous y habituer. Y domine « la logique d'intégration » (299) et de compassion pour les faibles (308). Le Pape ne cesse de chercher des circonstances atténuantes (308) en condamnant en même temps les attitudes qui leur sont contraires, donc ceux, qui croyant que tout est blanc ou noir, ferment la voie de la grâce (305), qui traitent les lois morales comme des pierres lancées contre les pécheurs (305) et le confessionnel comme une salle de tortures (EG, 44). François souligne qu'il désire inclure tous à la vie de l'Église, aussi ceux qui ne réalisent pas dans leur vie l'idéal du mariage et de la famille proposé par l'Évangile (298). « La route de l'Église est celle

---

<sup>2</sup> *Proinde et honesta mors turpi vita potior* (Tacite, Vie d'Agricola, 33, <http://www.thelatinlibrary.com/tacitus/tac.agri.shtml#34>).

<sup>3</sup> *Vatican PR aide warns Catholic blogs create 'cesspool of hatred'*, <http://www.cruxnow.com/cns/2016/05/17/vatican-pr-aide-warns-catholic-blogs-create-cesspool-of-hatred>



de ne condamner personne éternellement » (296). La stratégie de François irrite les personnes qui ont une attitude plus conservatrice. Il importe cependant de ne pas oublier qu'on reprochait aussi à Jésus d'avoir des relations trop étroites avec les pécheurs (cf. Lc 19,7).

Dans le texte définitif de l'exhortation, on voit qu'un grand soin fut pris pour garder l'équilibre entre la tendance à intégrer les pécheurs et la sollicitude d'éviter toute occasion de scandale (299) ; entre le rappel d'une part de la Miséricorde divine et la création de l'impression que l'Eglise – par les exceptions et les « privilèges sacramentaux » pour un groupe de personnes – soutient au fait une double morale (300). Le Pape rappelle que l'Eglise ne peut pas renoncer à proposer le plein idéal du mariage (307) ni donner l'impression de minimiser les exigences de l'Évangile (301)<sup>4</sup>.

## 2. L'idéal incarné

La question de l'intégration au sein de l'Eglise des personnes divorcées qui vivent dans de nouvelles unions, question sur laquelle s'est centrée l'attention des journalistes, n'est pas le sujet principal de l'exhortation. Seulement l'un des neuf chapitres lui est consacré. Les autres décrivent les problèmes du mariage et de la famille dans le contexte culturel contemporain en essayant en même temps de chercher des solutions adéquates. Les raisons de la crise du mariage et de la famille, le Pape les voit dans le changement anthropologique et culturel (32) qui a lieu. L'individualisme et « la culture du provisoire », la conception purement émotionnelle et romantique de l'amour, la peur de perdre la liberté et l'autonomie, le narcissisme, la pornographie, l'expérience de l'insuccès des autres mariages, les opportunités sociales et les avantages économiques qui découlent de la cohabitation – à ne citer que certains éléments du diagnostic proposé de la situation – font que les hommes ressentent de plus en plus souvent la peur « d'être emprisonné dans une relation », en cherchant un amour qui ne crée pas de liens (31-41). Sur la liste des « péchés de l'Eglise », le Pape met entre autres une trop grande idéalisation du mariage dans la prédication : « Nous avons présenté un idéal théologique du mariage trop abstrait, presque artificiellement construit, loin de la situation concrète et des possibilités effectives des familles réelles » (36). Le mot « idéal » est utilisé dans l'exhortation 24 fois. L'analyse du sens que lui donne le Pape exigerait des études plus profondes. Il n'y a pas de doute que la fidélité conjugale jusqu'à la mort est un idéal chrétien, mais c'est aussi une norme. Le commandement « Tu ne commettras pas d'adultère » ou « Ne désire pas la femme de ton prochain » ne sont pas uniquement une indication pour les gens de bonne volonté, mais une norme fondamentale du Décalogue. L'idéal de l'indissolubilité du mariage est inscrit aussi dans l'ordre de la

---

<sup>4</sup> Il est surprenant que, de près de 400 notes, plus de la moitié se réfère aux documents des deux derniers synodes et aux paroles du pape François. Les textes qui ont vu le jour au cours des dernières trois années constituent donc le point principal de référence de l'exhortation.

nature humaine, il est donc difficile de percevoir la teneur du serment du mariage uniquement comme un idéal qu'il est impossible de réaliser dans sa plénitude. Et le réalisme de ce serment confirme l'annonce, qui l'accompagne, de la présence dans la vie matrimoniale des épreuves liées à la souffrance, à la maladie, au mauvais sort. Le Pape n'est pas platonicien. Il a les pieds sur terre et il en donne souvent preuve dans l'exhortation en convainquant que l'amour jusqu'à la mort est possible dans ce monde dont témoignent tous ceux qui – malgré toutes les contrariétés – vivent justement de cette façon.

Dans ce contexte, il importe de consacrer quelques mots à l'exégèse du pape sur l'Hymne à la charité de saint Paul qui se trouve dans le quatrième chapitre de l'exhortation. Le Pape ne s'arrête qu'aux vers choisis de cet hymne. L'étude de chacun d'eux commence par un paragraphe qui explique la signification grecque du terme utilisé par l'Apôtre pour définir un attribut de l'amour, ensuite nous avons un commentaire pastoral. En réfléchissant sur le mot *makrothymei* par lequel commence cette liste, François l'unit à l'attitude d'une personne qui ne se laisse pas mener par les impulsions et évite d'agresser. Agissant ainsi, cette personne imite Dieu qui laisse à l'homme toujours un peu de temps pour qu'il puisse se repentir (91). Le Saint Père donne des indications concrètes aux époux : « (...) cette patience se renforce quand je reconnais que l'autre aussi a le droit de vivre sur cette terre près de moi, tel qu'il est. Peu importe qu'il soit pour moi un fardeau, qu'il contrarie mes plans, qu'il me dérange par sa manière d'être ou par ses idées, qu'il ne soit pas tout ce que j'espérais. L'amour a toujours un sens de profonde compassion qui porte à accepter l'autre comme une partie de ce monde, même quand il agit autrement que je l'aurais désiré » (92). Ensuite le Pape explique que « *panta hypomenei* signifie supporter, dans un esprit positif, toutes les contrariétés. C'est se maintenir ferme au milieu d'un environnement hostile » (118). Dans ce contexte, François cite l'homélie de Martin Luther King sur la nécessité de briser la chaîne de la haine (119). S'il est réel de surmonter la haine raciale, on peut aussi espérer de pouvoir surmonter les nombreuses émotions négatives au sein des relations familiales.

François consacre un peu de place aussi à la tendresse, aux passions et à l'érotisme dans le contexte du mariage. Il remarque que la corporalité sexuelle a également « la capacité d'exprimer l'amour : cet amour dans lequel précisément l'homme-personne devient don » (151). L'érotisme authentique ne se limite pas à chercher le plaisir, mais suppose l'émerveillement de l'autre en tant que personne. Tandis que, dans « la culture des déchets », la sexualité est souvent « dépersonnalisée et elle est également affectée de (...) pathologies, de sorte qu' « elle devient toujours davantage occasion et instrument d'affirmation du moi et de satisfaction égoïste des désirs et des instincts ». A notre époque, on sent le risque – écrit François – que la sexualité sera aussi affectée par l'esprit vénéneux du « utilise et jette ». Le corps de l'autre est fréquemment manipulé comme une chose que l'on garde tant qu'il offre de la satisfaction, et il est déprécié quand il perd son attrait. Peut-on ignorer ou dissimuler les formes permanentes de domination, d'hégémonie, d'abus, de perversion et de violence

sexuelle, qui sont le résultat d'une déviation du sens de la sexualité et qui enterrent la dignité des autres ainsi que l'appel à l'amour sous une obscure recherche de soi-même ? » (153).

La sexualité devrait être un sujet important des entretiens entre les époux. Dans leur relation réciproque, aucune forme de domination ou d'ignorance de la faiblesse du corps de la femme ne devrait avoir lieu. François rappelle que l'Église, il y a plus de cinquante ans, dans l'encyclique *Humanae vitae*, a donné un juste diagnostic des menaces créées par ladite révolution sexuelle et a indiqué en même temps une mesure préventive sous forme de comportement dans le mariage suivant le rythme naturel de fécondité. « Conformément au caractère personnel et humainement complet de l'amour conjugal, la bonne voie pour la planification familiale est celle du dialogue consensuel entre les époux, du respect des rythmes et de la considération de la dignité du partenaire. En ce sens, l'Encyclique *Humanae vitae* (...) et l'Exhortation Apostolique *Familiaris consortio* doivent être redécouvertes afin de /combattre/ une mentalité souvent hostile à la vie » (222). Le nom de l'encyclique est utilisé dans le texte de l'exhortation cinq fois. C'est peut-être là la cause de l'affaiblissement de l'enthousiasme primaire qui accompagnait la publication de cette exhortation parmi ceux qui espéraient un changement radical dans la doctrine catholique.

### 3. L'amour et la conscience

Dans le contexte de la fécondité, il importe de remarquer que le pape François présente une attitude très univoque quant à la question de la défense du droit à la vie du moment de sa conception jusqu'à la mort naturelle (42, 82, 83, 179). « La valeur d'une vie humaine est si grande, et le droit à la vie de l'enfant innocent qui grandit dans le sein maternel est si inaliénable qu'on ne peut d'aucune manière envisager comme droit sur son propre corps la possibilité de prendre des décisions concernant cette vie qui est une fin en elle-même et qui ne peut jamais être objet de domination de la part d'un autre être humain. La famille protège la vie à toutes ses étapes, y compris dès ses débuts » (83). Il consacre beaucoup d'attention à la conscience : « Nous sommes appelés à former les consciences, mais non à prétendre nous substituer à elles » (37). Il parle de la nécessité de former la conscience et d'écouter dans cette conscience la voix de Dieu pour se libérer du jugement subjectif et de la pression de s'aligner aux formes de comportements qui dominent dans leur milieu (222). Il souligne ici aussi le droit à l'objection de conscience, et parfois aussi la nécessité de recourir à ce droit. « A ceux qui travaillent dans les structures de santé, on rappelle leur obligation morale à l'objection de conscience [dans des situations où on y pratique l'avortement ou l'euthanasie] » (83 ; cf. 42). Le droit à l'objection de conscience est mentionné aussi dans le contexte des éducateurs si l'on essayait, dans le cadre du système de l'éducation, de les forcer à transmettre des idées qui ne sont pas conformes à la sainte doctrine de l'Église (279). Enfin, le recours à la conscience a lieu dans le cas des dites situations irrégulières. Un lecteur superficiel pourrait présumer, penser que si dans le cas du cinquième commandement faire

un rappel à la conscience a toujours pour but de renforcer la détermination de respecter la norme du Décalogue, dans le cas du sixième commandement il favorise plutôt la recherche de justification pour les personnes qui ont des problèmes à respecter le Décalogue. Pour trancher cette question de façon univoque, il faut réfléchir sur ce qu'effectivement enseigne François au sujet des unions irrégulières ; ici, des conjectures, formées à base des communiqués des médias libéraux, ne suffisent pas.

L'exhortation n'introduit pas de nouvelles normes générales du genre canonique (300). Elle rappelle plutôt que – comme le disent les Italiens – *La porta laterale è sempre aperta*<sup>5</sup>. Elle invite à l'examen de conscience et au discernement de sa propre situation à la lumière d'une conscience bien formée compte tenu avant tout du mal fait aux enfants au moment du divorce (300). Elle encourage de regarder « quelles sont, parmi les diverses formes d'exclusion actuellement pratiquées dans les domaines liturgique, pastoral, éducatif et institutionnel, celles qui peuvent être dépassées » (299). Elle souligne que la souffrance intérieure, que ressentent les personnes vivant dans des « situations irrégulières » en raison de l'impossibilité d'accéder au sacrement de l'Eucharistie, peut être parfois perçue comme un symptôme de *contritio cordis* – de cœur contrit, ce qui est le premier pas vers le sacrement de la conciliation. Le cardinal Müller remarque cependant que cette souffrance n'est pas liée à la défaite de la première union, mais elle résulte du fait d'entrer dans une seconde union après le divorce<sup>6</sup>. Le Pape fait une nette distinction entre l'expérience de l'homme qui souffre parce qu'il est dans une seconde union et l'attitude des personnes qui « affichent leur péché » (298). La voie concrète d'intégration proposée et désignée par François est *via caritatis* ; car les œuvres de miséricorde et l'aumône couvrent beaucoup de péchés (306).

#### 4. La sainte communion pour les divorcés

La question de la permission d'accéder à la communion eucharistique pour les personnes vivant dans de nouvelles unions a fait naître beaucoup de malentendus. Le Pape se réfère au texte de *Familiaris consortio* qui parle de la nécessité de séparation des personnes vivant dans une telle situation et, si cela est impossible pour des raisons importantes, elles doivent vivre « comme frère et sœur » (298). La possibilité d'accéder à la communion eucharistique pour les personnes divorcées, le Pape ne la mentionne clairement qu'une seule fois au numéro 242 où nous lisons : « les personnes divorcées mais non remariées, qui sont souvent des témoins de la fidélité conjugale, doivent être encouragées à trouver dans l'Eucharistie la nourriture qui les soutienne dans leur état. La communauté locale et les Pasteurs doivent accompagner ces personnes avec sollicitude, surtout quand il y a des enfants ou qu'elles se trouvent dans de graves conditions de pauvreté ». Nous ne trouverons

---

<sup>5</sup> La porte latérale reste toujours ouverte.

<sup>6</sup> G.L. Müller, *Che cosa possiamo aspettarci dalla famiglia?*, <http://chiesa.espresso.repubblica.it/articolo/1351294.html>

pas dans le texte de l'exhortation d'encouragement aux personnes qui vivent dans de nouvelles unions à accéder au sacrement de l'Eucharistie. Le préfet de la Congrégation pour la doctrine de la foi remarque que si François avait l'intention de procéder au changement de la discipline si importante et si profondément enracinée, il ne le cacherait pas dans une note difficile à trouver, mais il l'aurait dit clairement et donné des raisons le justifiant. Car c'est sur lui que repose la responsabilité de garder le dépôt de la foi et de proclamer la vérité de l'Évangile. Puisque le Pape ne le fait pas, cela signifie que reste en vigueur inchangé l'enseignement de Jean-Paul II dans *Familiaris consortio* et de Benoît XVI dans *Sacramentum caritatis*. Si quelqu'un avait des doutes dans ce domaine, il devrait les trancher conformément à l'ensemble de la tradition de la doctrine et de la discipline de l'Église<sup>7</sup>. Remarquons que l'adoption du principe qu'*Amoris laetitia* permet aux personnes vivant dans de nouvelles unions et dans d'autres « situations irrégulières » d'accéder à la communion eucharistique sans confession et sans se repentir, rend tout ce fragment de l'exhortation logiquement incohérent. Robert Spaemann constate que, s'il était ainsi, le Pape devrait définir aussi après quel laps de temps et sous quelles conditions le comportement objectivement pécheur se transforme en comportement qui plaît à Dieu<sup>8</sup>, ou formulant ceci autrement, de manière plus drastique : combien de temps il faut commettre de graves péchés pour que le péché se transforme en vertu qui permet d'accéder au ciel? Il importe aussi de remarquer que le fragment de *Gaudium et spes*, cité dans la note 329, ne se rapporte pas aux personnes vivant dans des « situations irrégulières », mais concerne strictement la vie matrimoniale et la vertu de fidélité : « Là où l'intimité conjugale est interrompue, la fidélité peut courir des risques et le bien des enfants être compromis (...) » (GS, 51). Si nous rapportons cette phrase au contexte des personnes divorcées, il semble alors que son unique juste interprétation nous dit de la considérer comme un encouragement au retour à la fidélité au mariage sacramental (que la nouvelle union met à l'essai), et ceci vu le risque de devenir co-responsable pour lesdits péchés des autres<sup>9</sup>. Dans le cas contraire, en nous servant de l'argument *ad absurdum*,

---

<sup>7</sup> Ibidem.

<sup>8</sup> R. Spaemann, *Interview on Amoris Laetitia*, 29 avril 2016, <http://angelusnews.com/articles/full-text-interview-with-robert-spaemann-on-amoris-laetitia>.

<sup>9</sup> Il est intéressant que le traducteur n'a pas cité ici la version officielle du texte de 2002, mais l'antérieure. Au sujet de la conviction erronée que la vie conforme aux exigences morales de l'Évangile est impossible, dans *Veritatis splendor* nous lisons: « Même dans les situations les plus difficiles, l'homme doit observer les normes morales par obéissance aux saints commandements de Dieu et en conformité avec sa dignité personnelle. (...) Dans certaines situations, l'observation de la loi de Dieu peut être difficile, très difficile; elle n'est cependant jamais impossible. C'est là un enseignement constant de la tradition de l'Église que le Concile de Trente exprime ainsi : „Personne, même justifié, ne doit se croire affranchi de l'observation des commandements. Personne ne doit user cette formule téméraire et interdite sous peine d'anathème par les saints Pères que l'observation des commandements divins est impossible à l'homme justifié. Car Dieu ne commande pas des choses impossibles (...) » (VS, 102). « Si nombreux et si grands que soient les obstacles semés par la faiblesse et le péché de l'homme, l'Esprit, qui renouvelle la face de la terre, rend possible le miracle du parfait accomplissement du bien » (VS, 118).

nous aurions à faire ici à l'encouragement de rester dans le péché d'adultère pour que le partenaire dans le péché ne sente pas le besoin de commettre l'adultère avec une autre personne. Et tout cela devrait être justifié par l'enseignement du Concile Vatican II. Il semble qu'uniquement l'interprétation de cette phrase dans son contexte originel, voire la fidélité au sacrement du mariage, se laisse concilier avec la sollicitude pour le véritable bien des enfants.

Les partisans du changement de la discipline de l'Eglise se réfèrent parfois à la note numéro 351 où le Pape mentionne la possibilité de « l'aide sacramentaire » dans certains cas. Questionné à propos de cette note, vastement commentée, après son retour de l'île Lesbos, le Pape a répondu: „*Io non ricordo quella nota, ma sicuramente se una cosa del genere è in nota è perché è stata detta nell'Evangelii gaudium. Sicuro! Dev'essere una citazione dell'Evangelii gaudium. Non ricordo il numero, ma è sicuro*”<sup>10</sup>. „Je ne me rappelle pas cette note...”. Le cardinal Müller constate autoritairement que cette note se rapporte d'une façon générale aux situations objectives du péché, et non pas au cas concret des personnes divorcées qui vivent dans de nouvelles unions<sup>11</sup>.

## 5. L'Arche de Noé, voire : chacun peut devenir saint

Il existe deux stratégies pour surmonter « l'inondation du relativisme »: protestante et catholique. La stratégie, que Charles Taylor a appelé protestante, consiste en ce que chaque chrétien monte dans son kayak et essaie individuellement d'atteindre le but de son voyage qu'est le salut de l'âme. La foi lui donne la force de ramer. La stratégie catholique, c'est la stratégie de l'arche de Noé, à laquelle se réfère le cardinal Müller dans son commentaire à *Amoris laetitia*. La fluide réalité actuelle (« postmoderne »), le cardinal la compare à l'inondation idéologique qui détruit tout ce qu'elle rencontre sur sa route. L'idéologie de « fluidité » par rapport à l'amour humain, le mariage et la famille, blesse ceux qui lui ont cru. Parmi les personnes blessées par la culture du relativisme, il y a aussi des personnes divorcées. L'Eglise est une arche qui sauve les gens de l'afflux du relativisme en les retirant à son bord. Comme le remarque saint Augustin, Noé a pris au bord de l'arche non seulement des animaux purs mais aussi des impurs<sup>12</sup>. Cela signifie que l'Eglise se compose de saints et de pécheurs voire de ceux qui sont tombés et qui se sont reconvertis. Le partage définitif – malgré les opinions des donatistes – n'aura lieu qu'à la fin du monde. Les animaux purs et impurs passèrent par une même porte et habitèrent dans une même demeure. Parlant de la porte de l'arche, l'évêque d'Hippone pense au sacrement de baptême donné à chacun qui

---

<sup>10</sup> François, *Conferenza stampa durante il volo di ritorno da Lesbo (Grecia)*, 16 avril 2016, [http://w2.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2016/april/documents/papa-francesco\\_20160416\\_lesvos-volo-ritorno.html](http://w2.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2016/april/documents/papa-francesco_20160416_lesvos-volo-ritorno.html)

<sup>11</sup> R. Spaemann, *Interview on Amoris Laetitia*.

<sup>12</sup> Saint Augustin, *De fede et operibus*, 27, 49, [http://www.documentacatholicaomnia.eu/02m/0354-0430,\\_Augustinus,\\_De\\_Fide\\_Et\\_Operibus,\\_MLT.pdf](http://www.documentacatholicaomnia.eu/02m/0354-0430,_Augustinus,_De_Fide_Et_Operibus,_MLT.pdf)

veut renier le péché. Saint Augustin souligne que l'Église donne au monde non seulement le témoignage de la vie de Jésus, mais montre aussi comment, selon Jésus, doit vivre l'homme appartenant à l'Église. Il en résulte que la cohésion entre la vie et les sacrements est quelque chose de très important. Seulement grâce à la fidélité à la « culture sacramentaire », l'Église peut inviter les pécheurs à effectuer un voyage concret, voire à surmonter le péché. Saint Augustin souligne que, dans l'arche, il n'y a qu'une seule porte et une seule fenêtre (cf. Gen 6,16). La porte symbolise le baptême, la fenêtre le sacrement de réconciliation. L'Église « par la fenêtre de la confession » (*per fenestram confessionis*) peut jeter des cordes de sauvetage et tirer les naufragés à son bord<sup>13</sup>. Si cependant quelqu'un essayait de monter sur l'arche par une autre voie, par exemple en faisant un trou dans le bord, il exposerait l'Église toute entière à la submersion. Sur l'arche sont obligatoires les règles définies par le Christ que doivent respecter tous les animaux. Et les pasteurs ont pour tâche, dont ils seront un jour jugés, d'enseigner ces règles à tous ceux qui se trouvent à bord. Car on ne peut pas obtenir le salut sans actes, c'est-à-dire en niant par sa vie sa foi. Le cardinal Müller souligne que dans la culture sacramentaire, dont doivent témoigner face au monde les chrétiens, il ne s'agit pas du sentiment subjectif de culpabilité ou de son manque. L'économie sacramentaire est une économie de signes visibles et toute tentative de sa « privatisation » ne serait certainement pas catholique. Et les personnes vivant dans une union non-sacramentaire constituent objectivement la négation du signe sacramentaire et de la discipline sacramentaire. On ne peut pas, sans tomber dans la contradiction, vouloir accéder au sacrement de l'Eucharistie et en même temps vouloir vivre en opposition à la signification de ce sacrement, donc être un contre signe de l'indissolubilité du mariage<sup>14</sup>. C'est la raison pour laquelle il est important d'articuler clairement l'objectif du processus de discernement avec les personnes qui restent dans des situations irrégulières et de leur réintégration à la vie de l'Église. Et un tel processus ne peut avoir qu'un seul objectif : les faire sortir de l'état d'ignorance (si subjectivement ils sont convaincus que l'adultère dans leur cas n'est pas un péché)<sup>15</sup> et leur retour à l'union sacramentaire indissoluble. Le reste n'est que chercher comment pourrait-t-on atteindre ce but le plus habilement. Aux eaux de la modernité fluide, l'Église oppose la culture du lien

---

<sup>13</sup> « La porte qu'elle avait à côté est la plaie que la lance fit au côté de Jésus-Christ crucifié. C'est en effet par là qu'entrent ceux qui viennent à lui, parce que c'est de là que sont sortis les sacrements qui consacrent les fidèles. » (St Augustin, *La Cité de Dieu*, XV, 26 ; Cf. St Augustin, *Contre Fauste le manichéen*, XII, 16). Augustin remarque la présence de la fenêtre dans l'arche qu'il appelle « fenêtre de confession ». C'est un rappel que, pour la rémission des péchés, on les confesse pour obtenir le salut (cf. *Contre Fauste*, XII, 31).

<sup>14</sup> G.L. Müller, *Che cosa possiamo aspettarci dalla famiglia?*

<sup>15</sup> « Si les divorcés sont remariés civilement, ils se trouvent dans une situation qui contrevient objectivement à la loi de Dieu. Dès lors ils ne peuvent pas accéder à la communion eucharistique aussi longtemps que persiste cette situation. (...) La réconciliation par le sacrement de Pénitence ne peut être accordée qu'à ceux qui se sont repentis d'avoir violé le signe de l'alliance et de la fidélité au Christ, et se sont engagés à vivre dans une continence complète » (Catéchisme de l'Église catholique, 1650).

sacramentaire indissoluble. Saint Jean Chrysostome – mentionné à la fin du texte du cardinal Müller – remarque que la comparaison de l’Eglise à l’arche de Noé n’est pas parfaite<sup>16</sup>. Noé a pris au bord des animaux irraisonnables (*alogos*) qui sont restés tels malgré leur séjour sur l’arche. Tels qu’ils sont montés à bord, tels ils en sont descendus. Tandis que l’Eglise, grâce à sa structure sacramentaire intacte, a en soi la force de régénérer l’homme. Elle reçoit l’homme, qui par le péché a perdu contact avec Logos en devenant dans ce sens un être « irraisonnable » (*alogos*) et incapable d’aimer, et restitue son lien avec ce Logos, elle le fait sortir de cette forme d’irraisonnable qui est effet du péché. Elle apporte dans ses ténèbres la lumière du Logos et lui donne la force de vivre par l’amour qui supporte tout et espère tout.

## 6. La pastorale de la famille dans le contexte d’*Amoris laetitia*

Après deux synodes consacrés à la famille et la publication de l’exhortation apostolique post-synodale, il semble que la situation – du point de vue de la pastorale –, après de si nombreux débats, publications et la définitive prise de parole par la Pape, devrait être proche à l’idéal. Car les prêtres ont obtenu un apport important du savoir pratique sur les problèmes de la famille contemporaine et une forte impulsion les motivant à lui consacrer plus de temps et d’attention parmi leurs nombreux engagements pastoraux.

Peuvent donc nous étonner les paroles des prêtres français adressées le 14 octobre 2016, pendant le débat télévisé, au cardinal Marc Ouellet qu’accompagner les couples dans des situations « irrégulières » fut toujours difficile et après la publication de l’exhortation post-synodale, c’est encore plus difficile car le document n’est pas précis et demande une interprétation, et certaines interprétations sont contraires à l’enseignement de l’Eglise<sup>17</sup>.

Il n’y a pas de doute que quelques phrases du chapitre VIII ont éveillé de nombreuses interprétations, aussi telles qui portent à controverse, mais le différend sur leur juste lecture ne devrait pas nous voiler complètement les autres fragments très importants relatifs au service pastoral pour les familles contemporaines.

Les remarques pastorales pratiques (principaux défis), nous les retrouvons dans les chapitres VI-VIII de l’exhortation. Il importe de se pencher sur certains problèmes qu’elles touchent.

---

<sup>16</sup> Cf. Saint Jean Chrysostome, *Homélie sur Lazare. Sixième homélie. Sur le tremblement de terre, et sur Lazare et le mauvais riche*, 7, <http://www.abbaye-saint-benoit.ch/saints/chrysostome/homt2/lazare/lazare006.htm> (PG 48, 1037–1038).

<sup>17</sup> Cardinal Ouellet du discernement après *Amoris Laetitia* : il y a des limites, <http://pl.radiovaticana.va/news/2016/10/18/kard-ouellet-o-amoris-laetitia-rozeznanie-tylko-wtedy,-gdy/1266165>



## 7. La famille comme cellule fondamentale de l'Église

Il est important que la conviction que la pastorale de la famille n'est pas l'une des pastorales spécialisées, mais une forme constitutive de la pastorale, parvienne à la conscience des pasteurs. Dans les documents du droit international, on souligne que la famille est la cellule fondamentale de la société. L'exhortation rappelle que la famille, c'est la cellule fondamentale de l'Église et que les paroisses sont et devraient être une famille des familles (202). En tant que pasteurs, nous succombons parfois à la tentation de penser de façon individualiste ce qui fait que nous percevons les gens rassemblés par exemple à la Sainte Messe de dimanche comme un ensemble « d'atomes libres » dont chacun individuellement devrait tendre, aspirer à son propre salut. « Cependant le bon vouloir de Dieu a été que les hommes ne reçoivent pas la sanctification et le salut séparément, hors de tout lien mutuel ; il a voulu en faire un peuple (...) » (*Lumen Gentium*, 9), une communauté. Parmi les communautés qui forment le Peuple de Dieu, la plus fondamentale est la communauté que forme la famille. En planifiant donc une activité pastorale quelconque, il faut tenir compte du fait qu'elle est adressée aux personnes qui vivent en famille. Il faut donc prendre en considération les conséquences qu'elle aura non seulement pour chacun individuellement, mais aussi pour leurs familles. En politique cela s'appelle *family mainstreaming*.

## 8. La formation des séminaristes

La pastorale de la famille demande des prêtres bien formés (199). Les prêtres – selon le Pape – manquent souvent de formation adéquate (202), et c'est l'une des raisons des échecs pastoraux. La pleine vérité évangélique sur l'amour, le mariage et la famille est volontiers accueillie par les fidèles, si elle est suffisamment bien et profondément expliquée. Tandis que de plus en plus souvent même les séminaristes n'ont pas d'expérience personnelle d'une famille heureuse. L'expérience de leur propre famille blessée, où les parents étaient absents et où ils ressentaient un manque de stabilité émotionnelle, fait que les jeunes candidats à la prêtrise souvent ne sont pas pleinement mûrs et n'ont pas d'équilibre psychique indispensable pour servir efficacement les familles (203). Le Pape souligne que, pour le bon développement du psychisme et de la sensibilité des séminaristes, ils devraient avoir accès non seulement à la doctrine, mais aussi obtenir une formation interdisciplinaire plus vaste sur les fiançailles et le mariage. « Les liens familiaux sont fondamentaux pour fortifier la saine estime de soi chez les séminaristes. Par conséquent, il est important – écrit François – que les familles accompagnent tout le parcours du séminaire et du sacerdoce » (203). « La présence des laïcs et des familles, en particulier la présence féminine, dans la formation sacerdotale permet de mieux apprécier la diversité et la complémentarité des diverses vocations dans l'Église » (203). Une formation théologique et spirituelle adéquate ainsi qu'humaine devrait aider les futurs pasteurs à éviter « une morale bureaucratique

froide » (cf. 312) et à la remplacer par une attitude de sensibilité à l'égard de l'autre personne, attitude qui résulte de savoir parvenir à l'essence même du drame que cette personne éprouve. Drame qui fait partie de la vie de chaque homme. Le prêtre qui, dans sa vie, tâche d'être fidèle à Jésus l'éprouve aussi car l'Eglise qui prêche la pleine vérité sur la famille – comme le souligne le Pape François – « est un signe de contradiction » (200).

### 9. Le travail avec les fiancés

Le symptôme de la crise du mariage et de la famille, ce n'est pas seulement le nombre croissant de divorces, mais aussi la réduction du nombre de mariages conclus (paradoxalement dans certains pays cela mène à la baisse du nombre absolu de divorces). Saint Jean-Paul II attirait l'attention sur le fait que le vide intérieur qui tenaille de nombreuses personnes et le sentiment de perte du sens de vie provoquent des difficultés chez les jeunes de faire des choix définitifs de vie, même ceux relatifs à la conclusion du mariage, et parfois même mènent à renoncer à de telles décisions (*EcE*, 8). C'est pourquoi le premier objectif de la pastorale de la famille est d'aider les jeunes personnes à découvrir la beauté et les valeurs du mariage. Il est donc important que la formation pré-nuptiale ne présente pas le bonheur matrimonial comme quelque chose de difficile à atteindre, réservé uniquement pour peu nombreux et qu'elle n'éloigne pas les jeunes du sacrement (207). « Il ne s'agit pas de leur exposer tout le Catéchisme ni de les saturer avec trop de thèmes. Car ici aussi, il est vrai que « ce n'est pas le fait de savoir beaucoup qui remplit et satisfait l'âme, mais le fait de sentir et de savourer les choses intérieurement » » (207). Selon le Pape, transmettre certaines idées dans le cadre de la préparation au mariage est absolument nécessaire, mais l'ensemble devrait être perçu comme une sorte « d'initiation » au sacrement du mariage » (207). La formation des fiancés devrait être individualisée « car le principal objectif est d'aider chacun à apprendre à aimer cette personne concrète avec laquelle il veut partager toute sa vie » (208). Cependant personne n'est en mesure d'apprendre l'amour à aucun cours. Chacun se prépare au mariage du moment de sa conception en éprouvant déjà au sein de sa mère l'amour parental et ensuite en apprenant de ses propres parents qu'est le mariage chrétien au quotidien. Le Pape encourage à se servir, dans ce processus de « promotion » du mariage chrétien, des éléments de la pastorale populaire tels que par exemple le jour de la saint Valentin bien vécu (208).

L'exhortation souligne que les jeunes en se présentant à la chancellerie de la paroisse sont en général fascinés l'un par l'autre et en même temps, souvent, ils ne se connaissent pas du tout. C'est la raison pour laquelle la pastorale devrait leur venir en aide afin qu'ils se connaissent mieux mutuellement, de façon plus réaliste, que leur amour devienne plus mûr, qu'ils sachent maîtriser leur désir. Les pasteurs devraient être soutenus par des consultants laïcs (p.ex. psychologues) ainsi que par des familles disponibles. Une partie de la préparation des fiancés est de préparer les jeunes au sacrement de réconciliation et de leur expliquer le sens de chaque geste de la liturgie du sacrement du mariage.

« Le sens procréatif de la sexualité – écrit le Pape – le langage du corps et les gestes d’amour vécus dans l’histoire du mariage se convertissent en une « continuité ininterrompue du langage liturgique » et la « vie conjugale devient dans un certain sens liturgie » » (215). La catéchèse mystagogue est donc très importante dans le contexte de toute la vie des futurs époux. Le manque de la profonde compréhension de la liturgie peut faire de sorte que le jour du mariage leur attention toute entière sera centrée sur les cérémonies nuptiales.

## 10. La pastorale des jeunes mariés

Découvrir chaque fois à nouveau que le mariage est une question d’amour constitue une grande valeur ; que se marier ne peuvent que des personnes qui se choisissent et s’aiment réciproquement. Mais l’amour souvent est identifié avec le désir et une vague sentimentalité. Il en résulte que, lorsque les sentiments disparaissent et l’attrait physique perd son attractivité primaire, le mariage devient fragile. De tels malentendus sont aujourd’hui fréquents. Il est donc indispensable d’accompagner les époux pendant les premières années de leur vie commune pour les aider à approfondir le choix conscient et libre de s’appartenir mutuellement et de s’aimer jusqu’à la fin de leur vie. En principe, cela aurait dû avoir lieu durant la période de fiançailles, mais souvent la décision de se marier est accélérée pour des raisons diverses tandis que le processus même du mûrissement des jeunes est retardé. Il faut alors après le mariage compléter ce qui dans le domaine de formation diverse aurait dû être fait avant. L’accompagnement des jeunes couples durant les premières années de leur vie commune est donc indispensable, comme il est aussi indispensable dans le cas des néo-presbytres. Le Pape parle aussi de l’apprentissage de la prise de décisions communes, de négociations et de renégociations des contrats de mariage, du savoir pratique de vivre suivant les principes de l’encyclique *Humanae vitae* (222), ou de l’élaboration des rites appropriés matrimoniaux et familiaux (226-227). Durant les premières années du mariage, il existe donc aussi le besoin qu’à côté du pasteur ils soient accompagnés aussi par des couples mariés ayant une certaine expérience (223). François tient à ce que ces formes de la pastorale ne se limitent pas à « une usine de cours » et à une petite élite car la pastorale de la famille doit être aujourd’hui fondamentalement missionnaire (230).

## 11. Education

L’exhortation rappelle de façon univoque la responsabilité primaire des parents pour l’éducation de leurs enfants. « L’Etat – lisons-nous – offre un service éducatif de manière subsidiaire, en accompagnant la responsabilité que les parents ne sauraient déléguer ; ils ont le droit de pouvoir choisir librement le genre d’éducation accessible et de qualité qu’ils veulent donner à leurs enfants selon leurs convictions. L’école ne se substitue pas aux parents mais leur vient en aide. C’est un principe de base : « Toutes les autres personnes qui

prennent part au processus éducatif ne peuvent agir qu'au nom des parents, avec leur consentement et même, dans une certaine mesure, parce qu'ils en ont été chargés par eux » » (84). La pratique contemporaine de façon évidente porte atteinte à ce droit fondamental des parents surtout dans les domaines si délicats comme l'éducation sexuelle et religieuse (280-286). « Mais « une fracture s'est ouverte entre famille et société, entre famille et école, le pacte éducatif s'est aujourd'hui rompu et ainsi, l'alliance éducative de la société avec la famille est entrée en crise. » » (84). Vu la crise actuelle du système de l'éducation menée par l'Etat et les tentatives de l'Etat de s'approprier les droits des parents, une responsabilité particulière repose sur l'Eglise. Le Pape constate cependant qu'elle consiste en premier lieu à les aider « à valoriser leur propre fonction, et à reconnaître que ceux qui ont reçu le sacrement de mariage deviennent de vrais ministres éducatifs, car lorsqu'ils forment leurs enfants, ils édifient l'Eglise » (85). Le rôle de l'Eglise n'est donc pas de remplacer les parents mais de les encourager et de les renforcer dans la réalisation de leurs droits et devoirs parentaux.

L'une des formes de la réalisation des droits éducatifs est le choix par les parents d'une école catholique. « Le Synode a voulu souligner l'importance des écoles catholiques, qui « remplissent une fonction vitale pour aider les parents dans leurs devoirs d'éducation de leurs enfants. (...) Les écoles catholiques devraient être encouragées dans leur mission d'aider les élèves à grandir comme adultes mûrs, capables de voir le monde à travers le regard d'amour de Jésus et comprenant la vie comme un appel à servir Dieu » » (279). Le fait que dans l'exhortation nous n'avons au sujet des maternelles et des écoles catholiques que deux phrases et aucun encouragement concret adressé à la hiérarchie ecclésiale (rien que rappeler le canon 802 du CDC), aux institutions catholiques ni aux autorités publiques de porter une aide pratique pour l'établissement de telles écoles peut un peu décevoir. Il faut espérer que cet encouragement général s'avérera suffisant.

## **12. Les mariages en crise**

« L'histoire d'une famille est jalonnée de crises en tout genre, qui font aussi partie de sa dramatique beauté » (232). Il est donc nécessaire pendant la préparation au sacrement du mariage d'enseigner aussi aux fiancés comment surmonter les crises. L'une des raisons des crises au sein du mariage est la foi superficielle des mariés. « Certes, beaucoup de couples disparaissent de la communauté chrétienne après le mariage, mais – remarque le Pape – bien des fois nous perdons certaines occasions où ils réapparaissent, où nous pourrions leur proposer de nouveau de manière attractive l'idéal du mariage chrétien et les rapprocher des espaces d'accompagnement ; je me réfère, par exemple, au baptême d'un enfant, à la première communion, ou bien lorsqu'ils participent aux funérailles ou au mariage d'un parent ou d'un ami. (...) Un autre parcours de rapprochement est la bénédiction des familles ou bien la visite d'une statue de la Vierge qui offrent l'occasion d'avoir un dialogue pastoral sur la famille » (230).

Chaque crise est une occasion potentielle de renouveler et d'approfondir l'amour au

sein du mariage. « On ne cohabite pas pour être toujours moins heureux, mais pour apprendre à être heureux d'une nouvelle manière » (232). Le Pape analyse diverses situations de crise en remarquant en même temps que « dans les situations difficiles ou critiques la majorité des gens ne recourt pas à l'accompagnement pastoral, puisqu'elle ne le sent pas compréhensif, proche, réaliste, concret » (234). Chacun de ces adjectifs est en quelque sorte un défi pastoral distinct. C'est pourquoi François parle par exemple de la nécessité « d'une pastorale de la réconciliation et de la médiation, notamment à travers des centres d'écoute spécialisés qu'il faut organiser dans les diocèses » (242).

### 13. Le service sacramental

Le sujet qui a tout particulièrement animé beaucoup de commentateurs est la question de la communion eucharistique pour les personnes divorcées, engagées dans une nouvelle union civile. Le Pape a souvent souligné personnellement qu'il n'avait nullement l'intention de changer quoi que ce soit dans la doctrine de l'Eglise catholique. Il s'agit plutôt d'une nouvelle approche pastorale envers ces personnes, approche qui a pour objectif leur pleine, dans la mesure du possible, réintégration dans la vie de la communauté de l'Eglise. « Il est important de faire en sorte que les personnes divorcées engagées dans une nouvelle union sentent qu'elles font partie de l'Eglise, qu'elles «ne sont pas excommuniées » et qu'elles ne sont pas traitées comme telles, car elles sont incluses dans la communion ecclésiale » (243). Le mot « excommunication » n'apparaît pas ici par hasard. Car l'ancien Code du Droit canonique de 1917, le canon 2356, prévoyait la possibilité d'excommunier les bigames, voire ceux qui, étant dans une union sacramentaire valide, essayaient de contracter une nouvelle union matrimoniale, rien que civile. La possibilité d'excommunier dans de telles situations a été levée par saint Jean-Paul II avec le changement du Code en 1983. De par le passé – explique Rocco Buttiglione – le divorce était un fait exceptionnel et ceux qui ont formé de nouvelles unions – peu nombreux. « A présent, le divorce est un phénomène de masse et risque d'entraîner avec lui une apostasie de masse si, de fait, les divorcés remariés abandonnent l'Eglise et ne donnent plus une éducation chrétienne à leurs enfants »<sup>18</sup>.

Dans l'intervention mentionnée, le cardinal Ouellet souligne que l'ouverture, dont il est question au chapitre VIII de l'exhortation, ne peut pas concerner les cas où la validité de la première union n'éveille pas de doutes. « Il y a les autres cas où on n'a pas la certitude de la validité du mariage. Parfois, on rencontre des personnes qui, même si ça fait longtemps qu'elles sont divorcées, n'ont pas vraiment fait une analyse en profondeur et qu'il y a moyen de faire un examen ultérieur. (...) Il y a un discernement à faire. Mais pour des mariages où il y a le lien conjugal sacramentel, scellé devant Dieu, (...) si quelqu'un se trouve dans une

---

<sup>18</sup> R. Buttiglione, [www.osservatore romano va/fr/news/la-joie-de-l'amour](http://www.osservatore romano.va/fr/news/la-joie-de-l'amour) et la perplexité des théologiens.

deuxième union, il se trouve en contradiction avec le mystère sacramentel du mariage. Et c'est là qu'il y a une limite que la tradition de l'Église a maintenue et qu'*Amoris laetitia* ne change pas. Donc, on ne peut pas dire qu'il y a une ouverture à ce que maintenant les divorcés remariés, après un parcours pénitentiel, retournent à la communion. On ne peut pas dire cela. Je ne crois pas que ce soit fidèle au document et au processus synodal »<sup>19</sup>.

Si l'on reproche parfois à l'exhortation que, dans certains points, son texte n'est pas suffisamment clair, il faut dire aussi que beaucoup de commentaires connus, relatifs à ces fragments, ne les expliquent pas en aucun cas car, eux-mêmes, ils ne sont pas suffisamment univoques.

Comme les pasteurs ont besoin de cette univocité, il vaut la peine, en attendant la position des évêques polonais, de se servir des indications déjà faites. Suffisamment claires semblent être celles qui ont été élaborées pour les pasteurs de Philadelphie<sup>20</sup>.

On y distingue six groupes de personnes qui se trouvent dans des situations distinctes :

- 1) Les personnes vivant dans des mariages catholiques « réguliers ».
- 2) Les divorcés qui ne se sont pas remariés. Les pasteurs devraient apprécier le témoignage de ces personnes et les encourager à persévérer et à accéder régulièrement aux sacrements.
- 3) Les catholiques divorcés vivant dans de nouvelles unions civiles. Les pasteurs devraient expliquer à de telles personnes qu'elles ne sont pas exclues de l'Église. Elles sont invitées à participer à la sainte Messe, à la prière et à la vie de la paroisse. Leurs enfants appartiennent pleinement à la communauté catholique et devraient être élevés dans la foi catholique. Les pasteurs devraient aider les divorcés vivant dans de nouvelles unions à former leur conscience conformément à la vérité évangélique. Ils doivent toujours leur transmettre fidèlement la doctrine catholique aussi bien au confessionnal que publiquement. Ces personnes peuvent accéder à la sainte communion si elles renoncent au péché et décident de vivre – conformément à l'enseignement de *Familiaris consortio* – en frère et sœur, si, vu l'assistance portée aux enfants, ils doivent vivre sous le même toit.
- 4) Les couples qui vivent ensemble sans mariage. Si un tel couple a des enfants, les pasteurs doivent essayer de renforcer cette union dans la mesure où il existe une chance réelle pour un mariage durable. Si l'une ou l'autre personne n'est pas apte au mariage ou ne le veut pas, le pasteur doit les persuader de se séparer. S'ils

---

<sup>19</sup> Cardinal Ouellet sur le discernement après *Amoris Laetitia* : il y a des limites. <http://www.ktotv.com./video/00113743/amoris-laetitia-sans-langue-de-buis>

<sup>20</sup> T. Jaklewicz, *Jak to zrobili w Filadelfii? (Comment ils l'ont fait en Philadelphie?)*, „Gość Niedzielny” du 14 juillet 2016, <http://gosc.pl/doc/3287667.Jak-to-zrobili-w-Filadelfii>.

décident de se marier, ils doivent décider de se séparer temporellement ou de vivre dans la chasteté avant d'accéder au sacrement.

- 5) Les personnes à inclinaisons homosexuelles. Elles sont invitées à vivre dans la chasteté et à aspirer à la sainteté. On leur recommande une confession fréquente.
- 6) Les personnes qui vivent dans des unions du même sexe. On fait la distinction entre les couples du même sexe vivant dans la pure amitié et sans rapports sexuels et les personnes vivant dans une union active, connue publiquement, ce qui constitue un sérieux anti-témoignage de la foi catholique et peut mener à une confusion morale au sein de la communauté. Une telle union ne peut pas être acceptée dans la vie de la paroisse sans mettre en cause la foi de la communauté, et en particulier la foi des enfants. De telles personnes ne devraient assumer aucune responsabilité au sein de la paroisse ni exercer des services ou fonctions liturgiques.

Il semble que ces indications sont relativement simples à comprendre et par conséquent très pratiques. Elles posent aux hommes des exigences où se manifeste la miséricorde. « Tous, nous sommes appelés à maintenir vive la tension vers un au-delà de nous-mêmes et de nos limites... » (325).

Dr Kasper Sipowicz  
*Akademia Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie  
Katedra Interdyscyplinarnych Studiów  
nad Niepełnosprawnością*

Dr hab. Tadeusz Pietras, prof. UM  
*Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
Zakład Farmakologii Klinicznej  
I Katedry Chorób Wewnętrznych*

## Wielowymiarowe ujęcie zdrowia – studium teoretyczne

*Błogostaw, duszo moja, Panu,  
I nie zapominaj wszystkich dobrodziejstw Jego!  
On odpuszcza wszystkie winy twoje,  
Leczy wszystkie choroby twoje (Ps. 103, 2-3 BW).*

### Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) zdefiniowała zdrowie jako stan pełnego dobrostanu w wymiarze: fizycznym, umysłowym i społecznym (Herzyk, 2005; Sęk, 2005). *Ipsa facto* zdrowym jest ten, kto zachowuje dobre samopoczucie w rzeczonych trzech dymensjach. Mamy zatem do czynienia z jawnym odejściem od dotychczasowego paradygmatu socjomedycznego na rzecz socjoekologicznego, który jest tożsamy z holizmem (Heszen, Sęk, 2007). Ten pogląd filozoficzny opracowany przez południowoafrykańskiego polityka, Jana Smutsa, w latach 20. XX wieku głosi, że określone fenomeny można wyjaśnić jedynie uwzględniając całość zjawiska, a nie li tylko jego części składowe (Mainzer, 2007).

Współczesne nauki medyczne dostrzegają, że istota ludzka to coś znacznie więcej aniżeli procesy biochemiczne zachodzące w ludzkim organizmie. Człowiek doświadcza emocji, uczuć i stanów obcych innym istotą żywym. Krańcowy dowód potwierdzający tę tezę stanowi akt samobójstwa (Kapusta, 2010). Do tego czynu nie są zdolne zwierzęta, gdyż nie stawiają sobie pytań egzystencjalnych. Jedynie przedstawiciele *homo sapiens* od zarania dziejów dręczą odwieczne, a zarazem fundamentalne pytania: Dlaczego jestem na świecie? Czy moje życie ma sens? Czy mam bezpośredni wpływ na to, co mi się przydarza? Osoba



wierząca z łatwością znajdzie odpowiedź na te dylematy. Jednak w obecnych czasach, charakteryzujących się podważaniem i negowaniem uniwersalnych wartości, nie brakuje osób wątpiących i poszukujących sensu życia. Wobec tego można postawić tezę, że sferą zdrowia człowieka powinien zajmować się interdyscyplinarny zespół, w skład którego wchodziłoby: lekarz, psycholog oraz osoba duchowna (np. spowiednik, w zależności od wyznania) (Witusik i wsp., 2015). Według współczesnej wielowymiarowej koncepcji zdrowia oznacza ono nie brak choroby, lecz dobrostan: somatyczny, psychiczny, społeczny, ekonomiczny i duchowy (Heszen, Sęk, 2007). O świecie duchowym często zapomina się. Człowiek pozbawiony dobrostanu duchowego nie może cieszyć się pełnią zdrowia, tak jak osoba z zaburzeniami psychicznymi czy też chorobami somatycznymi. Zdrowie duchowe osiągają osoby z tzw. poczuciem koherencji, na które składają się wymiary: zrozumiałości, sensowności i sterowalności (Antonovsky, 2005). Zrozumiałość to odczucie rozumienia otaczającego świata (nie jest ważne, czy jest to rozumienie mnicha buddyjskiego, czy duchownego katolickiego). Sensowność to z kolei poczucie sensu własnego życia, które wielu osobom daje wiara. Natomiast sterowalność oznacza wewnętrzne poczucie atrybucji, lokowanie własnej skuteczności w życiu w sobie, a nie w otoczeniu zewnętrznym. To także często postępowanie wbrew woli większości w imię wyznawanego przez siebie systemu wartości.

### **1. Depresja czy choroba duszy?**

Żyjemy obecnie w zglobalizowanym świecie. Najdalsze zakątki Ziemi są na wyciągnięcie ręki. To z kolei przyczynia się do wymiany informacji, przenikania kultur oraz chaosu informacyjnego. Media neoliberalne kreują przy tym przekaz, w którym człowiek wyznający i kierujący się wartościami chrześcijańskimi jest przedstawiany jako swoistego rodzaju anachronizm. Sponują one, iż bycie katolikiem stanowi symbol zaściankowości i wsteczności myślenia (Stanisławczyk, 2015). *Notabene* analogiczny mechanizm nie jest stosowany np. wobec muzułmanów, co z pewnością zostałoby odebrano jako brak tolerancji. Odwieczny kręgosłup moralny Europejczyka, zbudowany na mojżeszowym Dekalogu, został zastąpiony przez humanistyczną etykę, która jednak nie jest w stanie zaspokoić potrzeb duchowych wszystkich ludzi. Wybitny religioznawca Mircea Eliade (2007, s. 5) skonstatował, że „człowiek bez religii nie byłby już człowiekiem”. Na potwierdzenie tej tezy przytoczył argument, iż „(...) sacrum jest elementem w strukturze świadomości, nie zaś etapem w jej historii” (Eliade, 2007, s. 31). Zatem potrzeba wiary i obcowania z bytem transcendentnym jest immanentnie przypisana rodzajowi ludzkiemu. Tymczasem od zakończenia II wojny światowej obserwujemy w kulturze szeroko pojętego Zachodu konsekwentny proces wypierania filozofii chrześcijańskiej ze sfery publicznej jakoś czegoś „wstydliwego”. Nie ulega wątpliwości, że kultura Europy została zbudowana w oparciu o różne nurty filozofii chrześcijańskiej i o tradycję antyczną (Kołakowski, 2006). Doceniając różnorodność ujęć filozoficznych człowieka, rozmaite koncepcje ontologiczne i epistemo-

logiczne, należy podkreślić, że to na dorobku św. Augustyna i św. Tomasza z Akwinu zbudowano filozoficzne podstawy tożsamości europejskiej (Augustyn Św., 2010; Granat, 1985). Aberracje systemu filozoficznego dorobku Europy powstały jako bunt przeciw filozofii chrześcijańskiej (np. marksizm). Doprowadziły one do niewyobrażalnych zbrodni (Acton, 2013; Courtois, 2017). Negowanie znaczenia dorobku myśli chrześcijańskiej w kulturze starego kontynentu doprowadza do sytuacji, w której to osoba wierząca jest osobliwym indywiduum odbiegającym od niewierzącej normy (Stanisławczyk, 2015). Owi ludzie, wyzuci ze sfery sacrum, odczuwają dojmującą pustkę. Daje ona o sobie znać poprzez odczuwanie zwątpienia, utratę sensu dalszej egzystencji, anhedonię, a nawet myśli suicydalne. Te objawy są charakterystyczne dla najczęstszej choroby psychiatrycznej doby XXI wieku, jaką jest depresja (Bobińska, Gałęcki, 2017, s. 17n). Rzecz jasna mała religijność lub jej brak nie jest i nie może być traktowana jako jedyna przyczyna stanów obniżonego nastroju. Jednakowoż wiara stanowi ważny sposób radzenia sobie ze stresem choroby. Z punktu widzenia psychologii zdrowia zasób ten jest ważną składową higieny (salutogenezy). Trzeba zauważyć, że procesy patogenezy (powstawania choroby) są szeroko eksplorowane przez biochemię, fizjologię, patologię i psychologię kliniczną. Zasobami odporności na rozwój choroby zajmuje się psychologia zdrowia (Heszen, Sęk, 2007). Higienyza stanowi rzadko przedmiot zainteresowania nauk biomedycznych, psychologii i socjologii medycyny (Witusik i wsp., 2015).

Wyznawany system wartości głęboko zinterioryzowany ze strukturą osobowości może przestać pełnić funkcję regulacyjną w przypadku pogwałcenia owego systemu wartości (Cervone, Pervin, 2011). Podstawową wartością regulowaną w strukturze osobowości jest dobra samoocena Ja. Rozbieżność pomiędzy poznawczą siecią obrazu siebie a narzuconym, odmiennym sposobie postrzegania świata może stać się przyczyną zaburzeń psychicznych. Na styku różnic pomiędzy tym, co reprezentuje Ja, a tym, co narzuca wola większości wbrew Ja, rodzi się silny stres (Terelak, 2008). Do zaburzeń psychicznych prowadzi niekiedy postępowanie wbrew własnemu sumieniu. Sztandarowy przykład stanowi tutaj Zespół Stresu Pourazowego (PTSD - *Posttraumatic Stress Disorder*) zdiagnozowany u kobiet, które poddały się zabiegowi aborcji. Trauma po usunięciu ciąży, a zatem zabiciu własnego dziecka – drugiego człowieka, przekracza zdolności adaptacyjne danej osoby (Sipowicz, Najbert, Pietras, 2017). Niektórzy badacze określają to zjawisko mianem syndromu postaborcyjnego (Foa, 2015; Ślipko, Starowieyski, Muszala, 2010). Wstrząsające świadectwo kobiety, która rozważyła dokonanie aborcji, opisała wyśmienita włoska dziennikarka i pisarka Oriana Fallaci. Jest to relacja unikalna, ponieważ autorka przedstawiła w niej swoje własne rozterki moralne. Warto przytoczyć fragment jej rozważań, w którym w sposób wręcz poetycki uzasadnia konieczność urodzenia dziecka:

*Odwagi dziecko. Myślisz, że nasienie drzewa nie potrzebuje odwagi, żeby zacząć kiełkować? Wystarczy powiew wiatru, żeby je porwać, łapka myszy, żeby je zgnieść. A jednak kiełkuje i mocno się trzyma, i rośnie, rozsiewając inne nasiona. I staje się lasem. Jeśli któregoś dnia krzykniesz: „Po co wydałaś mnie na świat, po co?“, odpowiem ci: „Zrobiłam to, co robią i robiły drzewa przez miliony lat przede mną, i uważam, że zrobiłam dobrze” (Fallaci, 2017, s. 12).*

Jednakże nie wszystkie kobiety decydują się dać nowe życie. Część z nich po zabiegu usunięcia ciąży doświadcza – wspomnianego wyżej – Zespołu Stresu Pourazowego. Jego objawy nasilają się pod wpływem bodźców zewnętrznych, takich jak np. widok matki z dzieckiem lub kobiety w zaawansowanej ciąży. Należy zwrócić uwagę, iż pacjentkom z tego rodzaju zaburzeniami często nic nie dolega pod względem somatycznym. Zatem postępowanie wbrew własnemu sumieniu przyczyniło się do wyindukowania zaburzeń psychicznych.

## 2. Wielowymiarowy aspekt niepełnosprawności

Paradygmat biopsychospołeczny pojmowania zdrowia zmienił także sposób, w jaki definiuje się niepełnosprawność (Dolińska-Zygmunt, 1996). WHO już w 1980 roku wprowadziło cztery kategorie niepełnosprawności (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*), implementując model stworzony przez amerykańskiego socjologa, Saada Z. Nagiego (Kirenko, 2006). Wyodrębnił on następujące składowe niepełnosprawności: patologię, uszkodzenie, ograniczenie funkcjonowania i niepełnosprawność. Obecnie obowiązująca Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), opracowana również przez WHO, nie posługuje się już terminem „patologia”, gdyż zgodnie z paradygmatem humanistycznym ujęcia niepełnosprawności samo pojęcie „normy” zostało zniesione. Dlatego też autorzy klasyfikacji ICF opracowali nową koncepcję definiującą fenomen niepełnosprawności. Rozróżnia ona trzy elementy: uszkodzenie (*impairment*), niepełnosprawność (*disability*) oraz upośledzenie społeczne (*handicap*). Gwoli ścisłości należy nadmienić, że w języku polskim brakuje świadomości rozróżniania wyżej wymienionych elementów. W polskiej myśli pedagogiki specjalnej dominuje pogląd, że niepełnosprawność rozwija się na styku fenomenu biologicznego i konstruktu społecznego (Witusik i wsp., 2005). Ten ostatni oznacza, że z fenomenem niepełnosprawności mamy do czynienia w momencie, kiedy społeczeństwo przypisze osobę do zbioru ludzi niepełnosprawnych. Istnieją dwa ujęcia owego konstrukcjonizmu. Joanna Głodkowska (2015) propaguje koncepcję autorstwa (autokreacji) własnego życia osoby z niepełnosprawnością, wykorzystując dorobek personalizmu chrześcijańskiego. Z kolei Amadeusz Krause (2010), nawiązując do świeckich idei pedagogiki niemieckiego obszaru językowego, sformułował humanistyczny paradygmat niepełnosprawności. W jego skład wchodzi cztery mikroparadygmaty: społeczny paradygmat niepełnosprawności, paradygmat normalizacyjny, paradygmat emancypacyjny oraz paradygmat jakościowy (interpretatywny). Pierwszy z nich oznacza, że fenomen niepełnosprawności nie tylko jest skonstruowany społecznie, lecz także podlega interpretacji społecznej. Natomiast przez paradygmat normalizacyjny rozumie się depatologizację niepełnosprawności. Paradygmat emancypacyjny oznacza znów odzyskanie sprawności utraconej w wyniku nieumiejętnego wsparcia, marginalizacji lub piętnowania. Ostatni z wymienionych mikroparadygmatów to wyzwolenie pedagogiki specjalnej spod

jarzma myślenia biomedycznego, wykorzystującego badania populacyjne na dużych próbach, weryfikowane metodami statystycznymi (Krause, 2010).

Należy zwrócić uwagę, że zarówno koncepcja Głodkowskiej (2015), jak i Krausego (2010) przesuwają myślenie o niepełnosprawności z obszaru choroby w kierunku wielowymiarowego rozumienia zdrowia. Takie salutogenetyczne myślenie o niepełnosprawności zdejmuje odium patologii z osób „innych” na rzecz uczestnictwa i akceptacji. Wbrew pozorom myśl taka w polskiej pedagogice specjalnej znana jest od dawna choćby z dorobku Marii Grzegorzewskiej (1964) czy siostry Róży Czackiej (Mazowiecki, 1987) – założycielki Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi. Warto w tym miejscu przytoczyć myśl Grzegorzewskiej, która skonstatowała, że „nie ma kaleki, jest człowiek”.

### **3. Styl życia jako podstawowy czynnik kształtujący zdrowie**

Według paradygmatu biopsychospołecznego zdrowia i choroby nie można traktować jako kategorii przeciwstawnych i opozycyjnych względem siebie (Dolińska-Zygmunt, 1996). Zdrowie i choroba stanowią continuum, spektrum, w którym każdy człowiek znajduje się w określonym momencie życia. Przesuwanie się człowieka w kierunku choroby oznacza pogorszenie stanu zdrowotnego, w kierunku zdrowia zaś jego poprawę. Zadaniem psychologii klinicznej, psychologii zdrowia i medycyny zapobiegawczej jest dążenie, aby jak największa liczba ludzi przesuwiała się na tym continuum w stronę zdrowia (Bzdęga, Gębska-Kuczerowska, 2010). Należy zadać pytanie, czy działania te są skuteczne. Odpowiedź brzmi tak, wbrew obiegu opinii, że żywność i powietrze są zatrute wytworami cywilizacji. Ludzie żyją co raz dłużej, osiągając względny dobrostan. Średni wiek życia mężczyzn w Polsce przekroczył 70 lat, a kobiet 80 (Bzdęga, Gębska-Kuczerowska, 2010). Zawdzięczamy to profilaktyce pierwszej, drugiej i trzeciej fazy. Profilaktyka pierwszej fazy oznacza promocję prozdrowotnego stylu życia u osób zdrowych. O skuteczności profilaktyki tej fazy decyduje świadomość zdrowotna rodzin pochodzenia oraz edukacja w szkole. Profilaktyka drugiej fazy to nadzór nad grupami ryzyka np. regularne badanie piersi przez lekarzy i same pacjentów w rodzinach, w których były stwierdzone zachorowania na tę postać nowotworu. Profilaktyka trzeciej fazy to działanie pionu medycznego oznaczające leczenie osób już chorych. Według badań Lalonda za 50% wariacji stanu zdrowia społeczeństwa odpowiedzialny jest styl życia. Medycyna naprawcza zaś odpowiada tylko za 10-20% wariacji stanu zdrowia populacji (Jędrychowski, 2010). Należy w tym miejscu postawić pytanie, czym ów styl życia jest. Przez styl życia współczesna psychologia rozumie sposób zachowania się podmiotu powstały w wyniku interakcji czynników osobowościowych (w tym temperamentalnych) z czynnikami uczenia społecznego (Strelau, 2015). Styl życia oznacza to, w jaki sposób żyjemy się, pracujemy, odpoczywamy oraz jakie preferujemy system wartości. Promocja prozdrowotnego stylu życia determinuje przesuwanie się większości ludzi na continuum zdrowie-choroba w kierunku tego pierwszego (Dolińska-Zygmunt, 1996). Konstrukcja stylu życia została sformułowana przy badaniach nad czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Oprócz podwyższonego

stężenia cholesterolu, cukrzycy, palenia tytoniu, czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej okazał się tzw. wzór zachowania A. Oznacza on rywalizację, pośpiech, brak czasu, głośne mówienie i tendencje do osiągania sukcesów (Wrześniewski, Włodarczyk, 2004).

Szczególną rolę w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych odegrały badania epidemiologiczne. Dzięki nim udało się określić czynniki ryzyka wielu chorób (Jędrychowski, 2010). Znany czynnik ryzyka umożliwia taką modyfikację stylu życia, aby ograniczyć wpływ tegoż czynnika na ludzi, i przez to zapobiegać chorobie. Szczególnie znanym przykładem badania czynników ryzyka i zmiany stylu życia całego społeczeństwa był słynny eksperyment Północnej Karelii. W tym regionie Finlandii obserwowano największą umieralność z powodu chorób układu krążenia. W celu poprawy zdrowotności fińskiego społeczeństwa wprowadzono zmianę stylu życia całej populacji tego kraju. Obszar oddziaływania obejmował szkoły, zakłady pracy, poradnie, samorządy i organizację samorządową. Zmieniono sposób żywienia (uczono gospodynie przyrządzania zdrowych potraw), promowano ruch i aktywność fizyczną. Zastąpiono masło tłuszczami nienasyconymi i olejami roślinnymi oraz ograniczono spożywanie słodczy. Efektem projektu Północnej Karelii jest obecnie mała umieralność mieszkańców tego regionu na choroby układu krążenia. Eksperyment ten jest pośrednio dowodem na to, że styl życia odgrywa kluczową rolę w formowaniu stanu zdrowia społeczeństwa (Jędrychowski, 2010).

#### **4. Metody pomiaru zdrowia**

Nauki biomedyczne, w tym psychiatria, za osobę zdrową uznają taką, która nie posiada symptomów choroby. Celem określenia stanu zdrowia społeczeństwa wykonywane są badania profilaktyczne i badania przesiewowe (Jędrychowski, 2010). Myślenie medyczne nie uwzględnia faktu wielowymiarowości fenomenu zdrowia oraz bycia w continuum wymiaru zdrowie-choroba (Dolińska-Zygmunt, 1996). Zgodnie z paradygmatem biopsychospołecznym opracowano wiele narzędzi psychometrycznych do pomiaru w psychologii zdrowia (Juczyński, 2009). Narzędzia te są dostępne w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Osobami szczególnie zasłużonymi w normalizacji i standaryzacji tych narzędzi jest Zygfryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik (2009). Narzędzia te mierzą wybrane aspekty zdrowia i choroby. Nie opracowano do tej pory narzędzia psychometrycznego pomiaru zdrowia uwzględniającego aspekt psychiczny, somatyczny, ekonomiczny, społeczny i duchowy. Konstruktem zbliżonym do pojęcia zdrowia jest konstrukt jakości życia. Przykładem narzędzia pomiaru tego zjawiska jest Kwestionariusz SF-36 (Tylka, Piotrowicz, 2009). Należy jednak pamiętać, że fenomen jakości życia bierze pod uwagę wyłącznie element subiektywnego samopoczucia, które może być nieadekwatne wobec obiektywnych estymatorów zdrowia versus choroby. Przykład stanowić może hipomania, w przebiegu której jakość życia polepsza się mimo obiektywnie pogarszającego się stanu zdrowia psychicznego. Nie ma jednak na rynku narzędzi psychometrycznych lepszych metod pomiaru całościowej oceny

zdrowia niż narzędzia oceny jakości życia. Nasz pogląd może wydawać się kontrowersyjny, gdyż – jak wspomniano – konstrukt jakości życia jest czymś innym niż konstrukt zdrowia. Gwoli ścisłości trzeba dodać, że jeżeli zsumujemy jakość życia z biomedyczną oceną jakości stanu zdrowia, to uzyskamy względnie obiektywny obraz zdrowia podmiotu w ujęciu wielowymiarowym. Takie podejście jest naszym zdaniem słuszne w idiograficznej ocenie stanu zdrowia pojedynczego człowieka. Medycyna i psychologia w ostateczności zajmują się jednostką (aspekt idiograficzny), co stoi w opozycji wobec wyników badań naukowych przeprowadzonych na zbiorowościach, które mają wyraźny charakter nomotetyczny (Paluchowski, 2001; Stemplewska-Żakowicz, 2009). Ujęcie personalistyczne osoby oraz głęboko rozumiany humanizm wymaga, aby wnioski płynące z podejścia nomotetycznego wykorzystać dla dobra konkretnego człowieka.

### **Zakończenie**

Zdrowie stanowi fenomen wielowymiarowy, uwzględniający wiele zmiennych możliwych do badania na gruncie różnych nauk, w tym nauki o duchowości. Zatem podejście wobec konstruktów zdrowia powinno być polem współpracy specjalistów z różnych dziedzin nauki. Dopiero interdyscyplinarne spojrzenie na konstrukt zdrowia daje obiektywne jego rozumienie jako zasobu i wartości obecnych w życiu każdego człowieka.

### **Bibliografia:**

- Acton E. (2013), *Rosja. Dziedzictwo caratu i władzy radzieckiej*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Antonovsky A. (2005), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Augustyn Św. (2010), *Solilokwia i inne dialogi o duszy*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bobińska K., Gałęcki P. (2017), *Diagnoza – klasyfikacja i kryteria rozpoznania według ICD-10 oraz DSM-5*, (w:) A. Orzechowska, P. Gałęcki, T. Pietras (Red.), *Nawracające zaburzenia depresyjne – etiologia, diagnoza i terapia*, (s. 16-26), Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Bzdęga J., Gębska-Kuczerowska A. (Red.) (2010), *Epidemiologia w zdrowiu publicznym*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Cervone D., Pervin L.A. (2011), *Osobowość. Teoria i badania*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Courtois S. (Red.) (2017), *Czarna księga komunizmu*, Dębogóra: Wydawnictwo Dębogóra.
- Dolińska-Zygmunt G. (Red.) (1996), *Elementy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Eliade M. (2007), *Historia wierzeń i idei religijnych*, t. 1, *Od epoki kamiennej do misteriów eleuzyńskich*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Fallaci O. (2017), *List do nienarodzonego dziecka*, Warszawa: Świat Książki.
- Foa B. (2015), *Imię cierpienia. Żałoba po aborcji dziecka*, Poznań: Wydawnictwo W Drodze.

- Głodkowska J. (Red.) (2015), *Personalistyczne ujęcie fenomenu niepełnosprawności*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Granat W. (1985), *Personalizm chrześcijański. Teologia osoby ludzkiej*, Poznań: Księgarnia Św. Wojciecha.
- Grzegorzewska M. (1964), *Pedagogika specjalna – skrypt wykładów*, Warszawa: Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej.
- Herzyk A. (2005), *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jędrychowski W. (2010), *Epidemiologia w medycynie klinicznej i zdrowiu publicznym*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Juczyński Z. (2009), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009), *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kapusta A. (2010), *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kirenko J. (2006), *Oblicza niepełnosprawności*, Lublin: Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej.
- Kołakowski L. (2006), *Czy diabeł może być zbawiony i 27 innych kazań*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Krause A. (2010), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Mainzer K. (2007), *Poznanwanie złożoności. Obliczeniowa dynamika materii umysłu i ludzkości*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Mazowiecki T. (red.) (1987), *Ludzie Lasek*, Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- Paluchowski W.J. (2001), *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sęk H. (2001), *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sipowicz K., Najbert E., Pietras T. (2017), *Wielowymiarowy aspekt kryzysu w teorii i praktyce*, Będzin: Wydawnictwo e-bookowo.
- Stanisławczyk B. (2015), *Kto się boi prawdy? Walka z cywilizacją chrześcijańską w Polsce*, Fronda: Fronda.
- Stemplewska-Żakowicz K. (2009), *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau J. (2015), *Różnice indywidualne. Historia, determinanty, zastosowania*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Ślipko T., Starowieyski M., Muszala A. (2010), *Aborcja. Spojrzenie filozoficzne, teologiczne, historyczne i prawne*, Kraków: Wydawnictwo Petrus.

- Światowa Organizacja Zdrowia (2009), Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia,  
[https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Wytyczne/statystyka/icf\\_polish\\_version\\_56a8f7984213a.pdf](https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf) [pobrane: 30.10.2017].
- Terelak J.F. (2008), *Człowiek i stres. Koncepcje, źródła, reakcje, radzenie sobie, modyfikatory*, Bydgoszcz/Warszawa: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Tylka J., Piotrowicz R. (2009), Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska, *Kardiologia Polska*, nr 67, 1166-1169.
- Witusik A., Leszto S., Podgórska-Jachnik D., Pietras T. (2015), *Schizofrenia w kontekście nauk społecznych. Osoba chora na schizofrenię w obszarze zainteresowań pedagogiki specjalnej*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Wrześniewski K., Włodarczyk D. (2004), *Choroba niedokrwienności serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.



Dr nauk prawnych, lek. med. Iwona Wrześniewska-Wal  
*p.o. kierownik Zakładu Ekonomiki,  
Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego  
w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego  
w Warszawie*

## Troska o zdrowie w relacjach lekarz-pacjent

### 1. Autonomia pacjenta

Tradycyjny model medycyny oparty był na paternalizmie. To lekarz wiedział najlepiej, jak należy pomóc pacjentowi w chorobie i za naturalne uważano zdać się na jego działanie (Brzeziński, 2011).

Jednak model ten zaczął napotykać na sprzeciw ze strony społeczeństwa, które było coraz bardziej świadome swoich praw (tamże).

Sąd Najwyższy zauważył, że jednym z przejawów autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów jest prawo do decydowania o samym sobie. Odbiciem tego prawa jest instytucja zgody na wykonanie zabiegu medycznego, stanowiąca jedną z przesłanek legalności czynności leczniczych<sup>1</sup>. Udzielanie świadczeń zdrowotnych to istotna ingerencją w prywatną sferę człowieka. Życie prywatne to obszar, w którym występuje wolny i nieskrępowany rozwój jednostki. W rezultacie, należy stwierdzić, że prywatność obejmuje wiele obszarów życia jednostki, które składają się na jedno dobro. Zakłada uprawnienie jednostki do takiego kształtowania sfery życia prywatnego, aby była ona niedostępna dla innych i wolna od ingerencji (Safjan, 1997). W związku z tym należy uznać, że prywatność jest dobrem samoistnym, przyrodzonym i stałym, wyrażającym się przez sferę odosobnienia przysługującej każdej jednostce, w obrębie której jednostka korzystając z prawa do prywatności kreuje własną osobowość, decyduje o sprawach osobistych – fizycznych i psychicznych – wtedy, gdy sobie tego życzy, a także chroni prywatność, gdy ta jest naruszana (Sakowicz, 2006). Umocowanie normatywnie prywatności znajdziemy w art. 47 i 49 Konstytucji RP<sup>2</sup>. Wobec pacjentów doprecyzowaniem norm konstytucyjnych jest ustawa o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>3</sup>. Udzielanie świadczeń zdrowotnych traktowane jest jako ingerencja w prywatność pacjenta. Należy pamiętać, że pacjent

---

<sup>1</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z 27 października 2005 r., sygn. akt III CKN 155/05; OSNC 2006, nr 7-8, poz. 137.

<sup>2</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997, poz. 78 Nr 483 ze zm.)

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 ze zm.).

udzielając zgody na interwencję medyczną pozwala lekarzowi na naruszenie integralności fizycznej i psychicznej w ustalonym zakresie. W tej kwestii jednoznaczna jest również regulacja zawarta w art. 32 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry<sup>4</sup>. Stanowi on, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych „po wyrażeniu zgody przez pacjenta”. W ścisłym związku z tymi przepisami pozostaje też art. 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej<sup>5</sup>, który stanowi, że postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Obowiązek uzyskania przez lekarza zgody na leczenie wynika również z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wyjątki od zasady pełnej autonomii woli pacjenta są przewidziane tylko w sytuacjach wyraźnie określonych przez ustawę (Boratyńska, Konieczniak, 2003). Ustawodawca w ten sposób chroni dobro innych osób, ale i dobro samego pacjenta (Kobińska, 2006).

Powyższe regulacje prawne stały się podwalinami do rozwoju nowego modelu relacji lekarz-pacjent - modelu partnerskiego, który pozwala pacjentowi uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących swojego zdrowia, nie zwalniając lekarza z odpowiedzialności. W zasadzie nie jest to nic nowego, gdyż od wieków lekarz to opiekun chorego, który rozwiązuje jego problemy zdrowotne (Rużyłło, 1999). Obecnie to mądry doradca, który pomaga pacjentowi pojąć medyczne decyzje informując o rodzaju zabiegu, jego ryzyku i rokowaniach. W tym układzie niezwykle istotna jest oparta na zaufaniu relacja lekarza i pacjenta. Pacjent podejmuje decyzje w oparciu o zaufanie do wiedzy lekarza (Olejnik, 1993), jego doświadczenia i dobrych intencji, które powinny być ukierunkowane na troskę o dobro pacjenta (Pawlikowski, 2014). W procesie leczenia podstawowe znaczenie mają zabiegi i ordynowane leki, ale istotną rolę odgrywa współdziałanie pacjenta, na które wpływ ma jego nastrój, samopoczucie i zaufanie do lekarza (Gubiński, 1995). Nie ulega wątpliwości, że relacja lekarza z pacjentem winna się opierać na zaufaniu. Mając zaufanie do lekarza chory otrzymuje ważne zapewnienie o tym, że nie jest ze swoim problemem pozostawionym sam sobie. Ta szczególna relacja lekarz-pacjent opiera się na humanistycznych źródłach medycyny: upodmiotowienie stosunku lekarza do pacjenta, holistyczne ujęcie chorego w zdrowiu i chorobie, oraz zaspokojenie nie tylko biologicznych, ale również duchowych potrzeb chorego (Bilikiewicz, 1994). Humanizm lekarski, mimo iż tak dawniej nie był nazywany od zawsze towarzyszył medycynie. Niekwestionowana była zasada, że leczymy nie tylko wprawna, uzbrojona dłonią, lecz także sercem i miłosierdziem a także ta, że należy mieć przede wszystkim troskę nad chorym (Domosławski, 1994).

---

<sup>4</sup> Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 1997 r., Nr 28, poz. 152 z późn. zm.).

<sup>5</sup> Kodeks Etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.

## 2. Dehumanizacja relacji lekarz-pacjent

Współcześnie zmienia się relacja między lekarzem a pacjentem. Zagrożeniem współczesnej medycyny jest zjawisko dehumanizacji. Przyczyny „odczłowieczenia” medycyny można podzielić na zewnętrzne, związane z negatywnym oddziaływaniem otoczenia cywilizacyjnego oraz wewnętrzne, stanowiące rodzaj „niepożądanych skutków ubocznych” szybkiego jej postępu (Smoleń, 2017). Szybki rozwój technik medycznych służących diagnozie i leczeniu choroby sprawia, że kontakt lekarza z pacjentem ogranicza się wyłącznie do monitorowania pracy urządzeń odzwierciedlających lub kontrolujących stan fizjologiczny chorego. Bezosobowa procedura medyczna sprzyja postrzeganiu pacjenta jako miejsca systemów współdziałających, układów, funkcji, poziomów wskaźników (mechanizacja) (Barański, 2014/15). Z drugiej strony współczesna medycyna i jej ogromne możliwości diagnostyczne stwarzają dla lekarzy pokusę mnożenia badań diagnostycznych. Dzieje się to często kosztem innych niezmiernie istotnych w kontakcie lekarz –pacjent etapów procesu diagnostycznego: wywiadu i badania fizykalnego. Lekarz mało rozmawia z chorym nie bada go lecz od razu zleca szereg badań diagnostycznych. Zdarza się, że wykonanie nawet dużej ilości badań diagnostycznych nie zakłada możliwości modyfikacji postępowania diagnostycznego a jest jedynie zaspokojenie oczekiwań pacjentów i ich rodzin. W opinii wielu lekarzy takie działania wymuszają postawy roszczeniowe chorych i osób ich reprezentujących (Pawlikowski, 2014). Pamiętać jednak należy, że lekarz, który nie wykonał specjalistycznych badań i nie postawił prawidłowego rozpoznania popełnił błąd medyczny (Liszewska, 1998). W obliczu rozwoju medycyny pojawiło się kolejne zagrożenie dla relacji lekarz-pacjent, bo lekarz traci z oczu chorego. Dzieje się tak nie tylko na skutek zlecenia licznych badań diagnostycznych, ale również z powodu wąskich specjalizacji lekarskich. Patrzenie na chorego poprzez pryzmat określonych kompetencji medycznych wpływa na zniekształcenie relacji lekarz-pacjent (Wojtczak, 1993). Lekarz gubi holistyczne spojrzenie na człowieka. A ten sposób definiowania zdrowia wniosła Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia przyjęta już w 1946 roku. W tym ujęciu „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”<sup>6</sup>.

Obecnie prowadzenie chorego wymaga zaangażowania osób posiadających różne specjalizacje medyczne. Pacjentem zajmuje się nie jeden, lecz co najmniej kilku lekarzy zatrudnionych w danej placówce leczniczej. Często się zdarza, że inny lekarz dokonywał rozpoznania, a inny (lub inni) przeprowadza leczenie. Do procesu leczenia włączony jest też personel pielęgniarstwa, laboranci, rehabilitanci, itp. (Zielińska, 2001). O tych wszystkich etapach leczenia pacjent oczekuje informacji. Obecnie relacja lekarz-pacjent wymaga od lekarza dużych umiejętności komunikowania się z pacjentem. Wspomniana już kwestia

---

<sup>6</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia (Dz. U. z 1948 r., Nr 61, poz. 477).

wyrażania zgody na czynności diagnostyczno-lecznicze wymaga od lekarza udzielania rzetelnych informacji o stanie zdrowia pacjenta, metodach, które ma zastosować i ich skuteczności. Komunikowanie się z pacjentem staje się jedną z najważniejszych umiejętności klinicznych lekarza (Wojtczak, 1993). Dehumanizacja medycyny tej komunikacji nie sprzyja.

Próba przywrócenia prawidłowych relacji lekarz-pacjent jest określenie wartości humanistycznych w zawodzie lekarza. Amerykańska Rada Pediatrii<sup>7</sup> ustanowiła w 2007 r. zasady postępowania zawodowego wśród pediatrów: uczciwość, wiarygodność/odpowiedzialność, szacunek dla innych, współczucie/empatia, samokształcenie, świadomość/ znajomość ograniczeń, komunikacja/współpraca, altruizm/wspieranie (Marcdante, 2012).

Kolejna organizacja Rada Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Wewnętrznej<sup>8</sup> uznała, że specjalista może uzyskać certyfikat, jeżeli legitymuje się wysokim standardem zachowań humanistycznych w życiu zawodowym, a ich wyrazem są: prawość (wewnętrzne zobowiązanie do prawdomówność i uczciwa ocena własnych umiejętności zawodowych), szacunek (uznanie godności i wolności pacjenta m.in. poprzez respektowanie prawa wyboru dokonywanego przez pacjentów odnośnie opieki medycznej), współczucie (docenienie cierpienia) (Wojtczak, 1993).

W Polsce drogowskazem lekarza odnośnie standardu wykonywania zawodu jest Kodeks etyki lekarskiej. Kodeks zawiera ogół ocen, norm i wzorów postępowania obowiązujących w zawodzie lekarza, regulujących stosunek lekarza do pacjenta i stosunki między lekarzami, oraz określających zakres i sposób działania lekarza tak, aby było ono zgodne z zasadami etyki ogólnoludzkiej (Brzeziński, 2009). Punktem wyjścia dla rozpatrywania etyki lekarskiej musi być etyka ogólna. Lekarz jest bowiem człowiekiem i spełnia szczególną rolę wobec innych ludzi (Olejnik, 1995). Etyka ma przygotować każdego lekarza nie tylko do tego, co jest zawarte w konkretnych przepisach deontologicznych, ale także do sytuacji nieujętych w normy, w jakich niejednokrotnie musi działać i podejmować decyzje (Brzeziński, 2011). Wskazania Kodeksu chronią podmiotowość pacjenta, ale i lekarza. Takie podejście gwarantuje humanistyczny kierunek rozwoju współczesnej medycyny.

---

<sup>7</sup> Organizacja, która zarządza egzaminami i zapewnia certyfikację dla lekarzy pediatrów i pediatrów posiadających podspecjalizację. American Academy of Pediatrics (AAP) jest odpowiedzialna za akredytację pediatryczną od 1933 roku. Jej filozofią jest promowanie doskonałości w opiece medycznej dla dzieci i młodzieży.

<https://www.pediatricsboardreview.com/american-board-of-pediatrics>

<sup>8</sup> Organizacja nadająca w USA tytuły specjalisty w zakresie chorób wewnętrznych i 20 uznawanych przez nią podspecjalizacji. Certyfikacja przez American Board of Internal Medicine (ABIM) to najwyższy standard w medycynie wewnętrznej. Celem tej organizacji jest ustanowienie bardziej jednolitych standardów dla lekarzy.

<http://www.abim.org>

Niestety praktyka pokazuje, że wiele z tych humanistycznych zasad zapisanych w Kodeksie etyki lekarskiej jest naruszanych. Autorka analizowała sprawy w okręgowych sądach lekarskich, Naczelnym Sądzie Lekarskim i Sądzie Najwyższym (gdzie sprawy lekarzy trafiają na skutek złożenia nadzwyczajnego środka zaskarżenia tj. kasacji) wskazujące na przekroczenie norm zapisanych w Kodeksie. Przewinienia zawodowe lekarzy dotyczą fundamentalnych relacji lekarz-pacjent: wiarygodności co do kompetencji, szacunku dla pacjenta oraz ludzkiej wrażliwości.

### **3. Wiarygodność co do kompetencji lekarza**

Współczesny rozwój wiedzy medycznej sprawia, że nie jest możliwe, aby jeden lekarz rozstrzygał każdy nawet bardzo skomplikowany problem medyczny. Zakres kompetencji zawodowych został określony w art. 10 Kodeksu etyki lekarskiej zgodnie z którym lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznicych. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego. Ciągłe doskonalenie wiedzy i umiejętności zawodowych jest powinnością lekarza. Pogłębianie kompetencji zawodowych odbywa się głównie na drodze specjalizacji. Jednak uzyskanie specjalizacji nie zwalnia lekarza z obowiązku ciągłego doskonalenia zawodowego.

Brak kompetencji zawodowych lekarza stał się przedmiotem sprawy sądowej rozpatrywanej w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Warszawie. Sąd zajął się sprawą lekarza dentystry, który nie posiadając szkoleń i doświadczenia w tym zakresie przeprowadził zabieg wprowadzenia implantów protetycznych w miejscu 37 i 47 w sposób niewłaściwy w zakresie doboru miejsca ze względów anatomicznych i protetycznych<sup>9</sup>. Jednak w Polsce nie ma specjalizacji z implantologii i zabieg taki może wykonać każdy lekarz dentysta po ukończeniu studiów. Implantologii lekarze uczą się na dodatkowych kursach i szkoleniach praktycznych w kraju i za granicą. Należy przyjąć, że kompetentny i wiarygodny lekarz dentysta nie podejmie się bez zdobycia dodatkowej wiedzy i umiejętności praktycznych w tym zakresie wykonania dość trudnego zabiegu polegającego na wprowadzeniu implantu do kości. W tej sprawie zdaniem biegłego plan leczenia powzięty przez obwinionego był pozastandardowy, a w istniejących u pacjentki warunkach anatomicznych – niezwykle atroficznej żuchwy, instalacja implantów w odcinka bocznych ryzykowna, niemal niemożliwa bez dotknięcia nerwu. W trakcie zabiegu wprowadzania implantów do kości doszło do porażenia i parestezji nerwu zębodołowego dolnego po stronie lewej. Tak wykonane implanty nie mogą posłużyć jako baza do jakiegokolwiek odbudowy protetycznej, a

---

<sup>9</sup> Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie dnia 8 stycznia 2015 r., sygn. akt OSK 630.30/13.

jednocześnie spowodowały u pacjentki duże, nieprzemijające dolegliwości. Lekarz obwiniony, który wadliwie wykonał zabieg nie posiadał szkoleń i doświadczenia do prowadzenia tak skomplikowanego leczenia, jak też do samodzielnego przeprowadzania tego typu zabiegów. Obwiniony nie potrafił uczciwie ocenić własnych umiejętności zawodowych.

W innej sprawie rozpatrywanej przez Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie skarga pokrzywdzonej dotyczyła nie udzielenia fachowej pomocy po urazie stawu łokciowego. Pacjentka zgłosiła się do obwinionej lekarki na Izbę Przyjęć z dość silnym bólem łokcia po urazie. Obwiniona lekarska niedawno skończyła studia i nie posiadała jeszcze żadnej specjalizacji. W ramach badań diagnostycznych zleciła wykonanie zdjęcia RTG w projekcji AP i bocznej. Oceniając zdjęcie lekarka nabrała wątpliwości odnośnie zdjęcia w projekcji bocznej. Podczas rozmowy z pokrzywdzoną pacjentką lekarka przyznała, że nie jest w stanie odczytać badania, bo nie posiada specjalizacji z ortopedii ani z radiologii. Podczas rozprawy przed Okręgowym Sądem Lekarskim twierdziła, że podjęła próbę konsultacji ze specjalistą, dzwoniąc do lekarza ortopedy, który miał dyżur w szpitalu, ale jego telefon był wyłączony. W związku z tym odesłała pacjentkę do domu nie zabezpieczając ręki ani nie podając jej środków przeciwbólowych. Jednak z upływem czasu cierpienia pacjentki narastały, ból był coraz silniejszy, wręcz nie do zniesienia. Pacjentka udała się na SOR do innego szpitala, gdzie lekarz od razu na ww. zdjęciu RTG stwierdził złamanie z przemieszczeniem, kwalifikujące się do zabiegu operacyjnego. Zdaniem sądu lekarskiego obwiniona lekarka nie dołożyła należytej staranności w procesie diagnostyczno-leczniczym, bo przy istniejących wątpliwościach diagnostycznych odnośnie zdjęcia RTG nie skonsultowała wyniku badania z dyżurnym ortopedą<sup>10</sup>. Lekarzom ogólnym, trudniejszych sytuacjach nieustannie powinni przychodzić z pomocą specjaliści z różnych dziedzin (Olejnik, 1995).

#### **4. Szacunek dla pacjenta**

Jedną z najważniejszych postaw moralnych, gwarantujących właściwy przebieg relacji lekarz – pacjent, jest życzliwość. Sprawę życzliwego stosunku lekarza do chorego określa art. 12 ust. 1 Kodeksu etyki lekarskiej, który stanowi iż lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą i prawo do intymności. Nie można jednak myśleć, że jest to arbitralna deklaracja aksjologiczna, mówiąca o tym, że lekarz ma być miły dla pacjenta. Artykuł ten zobowiązuje lekarza do przyjęcia postawy życzliwości, ponieważ dzięki niej zdolny będzie do wyrażania niezbędnych postaw moralnych w sprawowaniu opieki nad chorym. Jest to postawa ukierunkowująca lekarza na pomyślność chorego, wyrażająca gotowość do niesienia pomocy, czyli do przyjęcia innych postaw i podjęcia takich działań, które przynieść mogą dobro choremu (Barański, 2016).

---

<sup>10</sup> Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z dnia 9 czerwca 2016 r., sygn. akt OSL.630.50/15 niepublikowane

Niewątpliwie relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na zaufaniu. Wolny wybór lekarza przez pacjenta jest jedną z podstawowych zasad tych relacji. Z tego względu ważne jest, aby system opieki lekarskiej pozwalał na wybór lekarza przez pacjenta (Gubiński, 1995). W ust. 2 omawiana norma Kodeksu etyki lekarskiej zwraca uwagę, że relację między pacjentem a lekarzem powinna opierać się na ich wzajemnym zaufaniu: dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza. Zaufania jest istotne z tego względu, iż nierzadko w ciągu niespełna kilkunastu minut musi być wytworzona właściwa atmosfera kontaktu, która osobom dalekim sobie pozwoli zbudować emocjonalną bliskość, wzajemne zaangażowanie oraz intymną relację, dzięki której możliwe będzie wytworzenie poczucia bezpieczeństwa u pacjenta i zrozumienie wzajemnych oczekiwań (Barański, 2016). Różne są oczekiwania pacjentów wobec lekarzy. Część pacjentów potrzebuje informacji o metodach leczenia, inni mają wątpliwości co do celowości leczenia, oczekując od lekarza dodatkowych konsultacji i badań. Pozostali cenią to, że rozmowa pacjenta z lekarzem ma charakter dialogu, w którym lekarz będzie pełnił rolę mądrego i życzliwego opiekuna, nawet jakby ojca (Olejnik, 1995). Jednak niezależnie od powyższych oczekiwań każdy pacjent chciałby, aby lekarz był zdolny do współczucia, troski, cierpliwości, wyrozumiałości, łagodności. Podobne oczekiwania ma rodzina pacjenta, która niejednokrotnie towarzyszy choremu.

Sprawa rozpatrywana przez Okręgowy Sąd Lekarski we Wrocławiu wiązała się z 21-letnim młodym mężczyzną, który od urodzenia cierpiał na mózgowe porażenie dziecięce z powodu którego pacjent był niemy, niewidomy a także niepełnosprawny ruchowo. Opiekę nad chorym sprawowali rodzice oraz pozostali domownicy. Natomiast nadzór lekarski i pielęgniarzski pełnił Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej. Od około dwóch lat pacjent był odżywiany przez sondę żołądkową, która była wymieniana w warunkach szpitalnych w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). Mama pacjenta zgłosiła pielęgniarce z hospicjum, że przy próbie podawania posiłków u chorego pojawił się odruch wymiotny. Po konsultacji telefonicznej z lekarzem prowadzącym pacjenta ustalono, że należy zdiagnozować położenie sondy w SOR. Matka zgłosiła się z synem na umówioną wcześniej wizytę w SOR do wskazanego lekarza. W trakcie oczekiwania na pomoc pojawił się obwiniony lekarz, który dowiedziawszy się o celu przybycia pacjenta krzykiem wyraził swoją dezaprobatę, iż sprawa nie była omówiona z nim jako z ordynatorem SOR. Ponadto krzykiem wyraził pretensję, że nie ma formalnego skierowania pacjenta do SOR. Na nic zdały się tłumaczenia, że wizyta została umówiona przez lekarza prowadzącego pacjenta z hospicjum. W efekcie pacjent otrzymał pomoc, ale zdaniem świadków zdarzenia postępowanie obwinionego lekarza było nieadekwatne do sytuacji, a także niewłaściwe bowiem odbywało się na korytarzu w obecności innych osób. Podczas zeznań przed okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej obwiniony lekarz swój podniesiony i piszczący głos tłumaczył zapaleniem krtani. Po drugie wskazywał, że na wykonanie badania RTG lub USG zleconego przez podmiot zewnętrzny potrzebne jest skierowanie, gdyż jest ono podstawą rozliczeń między wykonującym badanie a wydającym skierowanie.

Okręgowy Sąd Lekarski uznał z całą stanowczością, że działanie lekarza naruszyło wspomniany już art. 12 Kodeksu etyki lekarskiej dotyczący poszanowania godności pacjenta oraz art. 19 Kodeksu etyki lekarskiej stanowiący o tym, iż chory ma prawo do opieki rodziny. Są to fundamentalne normy, które określają prawidłowe relacje na linii lekarz-pacjent oraz rodziny pacjenta, które winny być oparte na wzajemnym szacunku i zaufaniu. Sąd wskazał, że lekarz winien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do prywatności i intymności. Lekarz powinien również odnosić się ze szczególnym zrozumieniem do osób bliskich choremu wyrażających wobec lekarza obawy, co do stanu pacjenta<sup>11</sup>.

Warunki pracy lekarza nie zawsze sprzyjają zachowaniu życzliwości. Jednak lekarz winien to zawsze mieć na uwadze i nie pozwolić ponieść się emocji. Winien reagować spokojnie, z powagą, starać się zapanować nad sytuacją (Gubiński, 1995). W sprawie prowadzonej przez Okręgowy Sąd Lekarski w Poznaniu żona pacjenta wniosła skargę na lekarza kardiologa. Mąż był pacjentem Oddziału Kardiochirurgii, ponieważ miał wykonany zabieg CABG (by-passy, czyli pomostowanie aortalno-wieńcowe). Po 48 godzinach od zabiegu u pacjenta wystąpiły objawy psychozy pooperacyjnej. Pacjent był pobudzony, agresywny w stosunku do personelu, próbował usunąć dreny, cewniki, wkłucia, przeklinał, kopał, gryzł i nie pozwalał podać sobie leków uspokajających. Lekarz obwiniona po wejściu na salę chorych podniesionym głosem próbowała uspokoić pacjenta, co przyniosło chwilową poprawę. W kontakcie z pacjentem lekarka używała słów obraźliwych i kulą ortopedyczną „szturczała” pacjenta w obandażowaną nogę. Wszystko działo się w obecności żony i córki pacjenta, które powyższe zachowanie lekarki określiły, jako uwłaczające ludzkiej godności. Lekarz obwiniona przyznała się do zarzucanego przewinienia zawodowego. Podkreśliła, że mimo swojego 30 –letniego doświadczenia zawodowego nie potrafiła ustrzec się przed nadmiernymi emocjami i starając się pomóc personelowi Oddziału w uspokojeniu pacjenta przekroczyła obowiązujące normy. Uznając obwinioną winną zarzucanego czynu sąd lekarski podkreślił, że lekarz kardiolog swoim zachowaniem naruszyła godność zawodu lekarza oraz stosunek lekarz-pacjent opierając się na wzajemnym zaufaniu i poszanowaniu. Lekarz jako członek zbiorowości winien się stosować do norm etycznych uznanych i obowiązujących w danym społeczeństwie. Taka ogólna norma jest m.in. kulturalne i możliwie jak najbardziej delikatne zachowanie wobec pacjenta i jego rodziny. Nie można dopuszczać do takiej sytuacji, gdy lekarz, kierując się emocjami czy subiektywnym postrzeganiem pacjenta wyraża swoją opinię w sposób nielicujący z powagą zawodu oraz urażając pacjenta i jego najbliższych. Normy etyczne zobowiązują lekarza do poszanowania godności pacjenta, do wspierania go oraz nienaruszania jego autonomii<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Poznaniu z dnia 20 listopada 2013 r. sygn. akt 57/Wu/12 niepublikowane.

<sup>12</sup> Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarski w Poznaniu z dnia 14 lipca 2015 r., sygn. akt 57/Wu/15 niepublikowane.



## 5. Wrażliwość lekarza

Kolejna sprawa, która zajął się tym razem Naczelny Sąd Lekarski<sup>13</sup> dotyczyła braku wrażliwości lekarza. Młoda, inteligentna pacjentka z dystrofią mięśniową objęta opieką domową, po plastyce otworu tracheostomii zgłosiła trudności w oddychaniu prawdopodobnie na skutek zatkania się rurki tracheostomijnej. Co prawda rurka ta była czyszczona dwa dni wcześniej. W związku z tym został wezwany w ramach pomocy doraźnej zespół ratownictwa medycznego. Przyjechał lekarz wraz ze studentką i ratownikami medycznymi. Swoje czynności lekarz rozpoczął od zbierania wywiadu i badania pacjentki. Otrzymał informację, iż rurka tracheostomijna była niedawno czyszczona. Pacjentka, rodzina i opiekunowie zniecierpliwieni tą sytuacją zgłaszali, iż należy jedynie wymienić rurkę tracheostomijną. Natomiast działania lekarza są opieszale i przysparzają pacjentce cierpienie. Podjęta przez lekarza próba odsysania wydzieliny nie udała się. W efekcie lekarz zespołu ratunkowego wymienił rurkę tracheostomijną, a ze względu na uczulenie pacjentki na lidnokainę zrobiło to na „sucho”. Zdaniem pacjentki wymiana rurki przeprowadzona była w sposób brutalny. W trakcie rozprawy przed sądem lekarskim zeznania pacjentki, rodziny i opiekunów oraz wyjaśnienia lekarza i członków zespołu ratownictwa medycznego były rozbieżne. Sąd zwrócił uwagę, że rola lekarza zespołu ratownictwa medycznego polega nie tylko na prawidłowym przeprowadzeniu czynności medycznych, ale również na odpowiednim zwróceniu się do pacjenta (Wrześniewska-Wał, 2017).

W sprawie rozpatrywanej ostatecznie przez Sąd Najwyższy<sup>14</sup> pacjentka miała zlecone od urologa badanie TK (tomografii komputerowej) z kontrastem jamy brzusznej. Jednak w związku z wątpliwościami lekarza radiologa pacjentka została skierowana do lekarza endokrynologa, u którego się leczyła, aby uzyskać zaświadczenie, czy jej obecny stan zdrowia pozwala na wykonanie tego badania z kontrastem. W toku procesu w pierwszej instancji Okręgowy Sąd Lekarski ustalił, że w dniu kiedy pacjentka zwróciła się o zaświadczenie lekarz endokrynolog w sposób arogancki, używając obraźliwych słów odmówił wydania dokumentu. Na prośbę pacjentki obwiniony lekarz zareagował złością i krzykiem. Groził wezwaniem policji. Jedyny świadek w tej sprawie pielęgniarka była dla sądu niewiarygodna, ponieważ przyjmowała razem z lekarzem już od kilku lat. Odmowa wydania zaświadczenia uniemożliwiła wykonanie badania TK we właściwym czasie, a pacjentka musiała czekać na badanie dłużej czas. Okręgowy Sąd Lekarski dał wiarę zeznaniom pokrzywdzonej pacjentki, osoby starszej, emerytce. Uznał lekarza endokrynologa

---

<sup>13</sup> Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 10 lutego 2017 r., sygn. akt NSL Rep. 223/OWU/16 niepublikowane.

<sup>14</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z 13 stycznia 2017 r., sygn. akt SDI 80/16, niepublikowane.

winnym zarzucanego mu czynu i orzekł karę upomnienia<sup>15</sup>. Lekarz nie zgodził się z ww. karą i jego pełnomocnik wniósł odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego zarzucając orzeczeniu m.in. rażącą niesprawiedliwość. Orzeczeniem z dnia 24 września 2015 r. NSL utrzymał w mocy wyrok Okręgowego Sądu Lekarskiego<sup>16</sup>. W tej sytuacji pełnomocnik lekarza wniósł kasację do Sądu Najwyższego zaskarżając wyrok w całości. Jednak Sąd Najwyższy oddala kasację jako bezzasadną. W uzasadnieniu pokreślił, że zarzut nie dotyczył samego faktu odmowy, lecz sposobu w jaki lekarz endokrynolog potraktował pacjentkę. Lekarz ma zachowywać się w stosunku do pacjenta właściwie.

### **Podsumowanie**

Fundamentalna w modelu autonomicznym relacja lekarz-pacjent oparta jest na partnerstwie. Partnerstwo wyzwala u pacjenta dodatkowe siły, zwiększa motywację do leczenia i przynosi lepsze efekty leczenia i życia chorych (Tatoń, 2017). Tym samym współczesna medycyna nie może być tylko działalnością handlową, na końcu której jest zysk. W takim zdehumanizowanym otoczeniu dominuje biznes, a wtedy relacja lekarz-pacjent zastępowana jest transakcją, a podejście indywidualne -podejściem statystycznym, zaufanie- nieufnością, przejrzystość –tajemnicą ( handlową ) itd.<sup>17</sup>. Istotna jest, aby zdobywając wiedzę medyczna lekarze uczyli się również prawidłowych relacji lekarz-pacjent. Ta nauka obecnie oparta jest na „czynniku ludzkim” tj. polega na obserwowaniu przez młodych lekarzy i studentów pracy starszych kolegów. Nie jest to model nowoczesny, ale zachowuje on wymiar humanistyczny (Domagała-Kulawiak, Kulawiak, 2017). Dla lekarzy cenna jest rada polskiego psychiatry, naukowca i filozofa Antoniego Kępińskiego: „dla chorego ważniejsze niż to, co mówi, jest jak mówi, jego wewnętrzna postawa, życzliwość i spokój sprawiające, że już samo przyjście lekarza przynosi choremu ulgę” (Szary, 2012).

### **Bibliografia:**

- Barański J. (2014/15), *Dehumanizacja medycyny*, Medium grudzień 2014-styczeń 2015  
<http://medium.dilnet.wroc.pl/index.php/grudzie-2014-stycze-2015/654-zagubiona-tosamo-lekarska-oblicza-dehumanizacji-w-medycynie>
- Bilikiewicz A. (1994), *Jak zapobiegać dalszej dehumanizacji medycyny u progu XXI wieku*, (w:) K. Imieliński (red.) *Medycyna u progu XXI wieku. Filozofia i technika leczenia*, Warszawa, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

---

<sup>15</sup> Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarski w Gdańsku z dnia 21 maja 2015 r., sygn. akt 7/Wu/ 15 niepublikowane.

<sup>16</sup> Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 24 września 2015 r., sygn. akt NSL Rep. 164/OWU/15 niepublikowane.

<sup>17</sup> Konferencja Śląskiej Izby Lekarskiej, Dehumanizacja medycyny, Katowice 10 październik 2015 r., [http://www.izba-lekarska.org.pl/954-konferencja\\_dehumanizacja\\_medycyny\\_apel\\_do\\_mediow](http://www.izba-lekarska.org.pl/954-konferencja_dehumanizacja_medycyny_apel_do_mediow)

- Boratyńska M, Konieczniak P. (2003), *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, (w:) L. Kubicki (red.) *Prawo medyczne*, s. 41-84, Wrocław Urban & Partner.
- Brzeziński T. (2009), *Etyka lekarska*, (w:) *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), Radom PWEN.
- Brzeziński T. (2011), *Etyka lekarska*, Warszawa: PZWL.
- Domagała-Kulawia J, Kulawiak Z. (2017), *Nauczanie prawidłowej relacji lekarz-pacjent w pulmonologii*, (w:) A. Majkowski (red.), A. Doroszevska (red.), *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*, s. 120-121, Warszawa: Federacja Polskich Towarzystw Medycznych.
- Domosławski Z. (1994), *W poszukiwaniu źródeł dehumanizacji medycyny*, (w:) K. Imieliński (red.) *Medycyna u progu XXI wieku. Filozofia i technika leczenia*, Warszawa: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.
- Gubiński A. (1995), *Kodeks etyki lekarskiej – komentarz*, Warszawa: Naczelna Izba Lekarska.
- Kobińska A. (2006), *Zakres autonomii pacjenta na przykładzie nie wyrażenia zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości*, *Transformacje Prawa Prywatnego*, nr 3–4.
- Kodeks Etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.
- Konferencja Śląskiej Izby Lekarskiej (2015), *Dehumanizacja medycyny*, Katowice 10 październik  
[http://www.izba-lekarska.org.pl/954-konferencja\\_dehumanizacja\\_medycyny\\_apel\\_do\\_mediow](http://www.izba-lekarska.org.pl/954-konferencja_dehumanizacja_medycyny_apel_do_mediow)
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997, poz. 78 Nr 483 ze zm.)
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia (Dz. U. z 1948 r., Nr 61, poz. 477)
- Liszewska A. (1998), *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków: Zakamycze.
- Marcidante K. (2012), *Nelson Pediatrics tom 1*, (w:) A. Malinowski (red. polski), Wrocław.
- Olejnik St. (1995), *Etyka lekarska*, Katowice: Wydawnictwo Unia.
- Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 24 września 2015 r., sygn. akt NSL Rep. 164/OWU/15 niepublikowane.
- Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 10 lutego 2017 r., sygn. akt NSL Rep. 223/OWU/16 niepublikowane.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Gdańsku z dnia 21 maja 2015 r., sygn. akt 7/Wu/15 niepublikowane.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Poznaniu z dnia 20 listopada 2013 r. sygn. akt 57/Wu/12 niepublikowane.
- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Poznaniu z dnia 14 lipca 2015 r., sygn. akt 57/Wu/15 niepublikowane.
- Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie dnia 8 stycznia 2015 r., sygn. akt OSL 630.30/13 niepublikowane.

- Orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z dnia 9 czerwca 2016 r., sygn. akt OSL.630.50/15 niepublikowane.
- Pawlikowski J. (2014), *Kodeks Etyki Lekarskiej: Odcinek 13: O swobodzie działań zawodowych*. Medycyna praktyczna.  
[http://www.mp.pl/etyka/podstawy\\_etyki\\_lekarskiej/98214,o-swobodzie-dzialan-zawodowych](http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/98214,o-swobodzie-dzialan-zawodowych)
- Postanowienie Sądu Najwyższego z 27 października 2005 r., sygn. akt III CKN 155/05; OSNC 2006, nr 7-8, poz. 137.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z 13 stycznia 2017 r., sygn. akt SDI 80/16, niepublikowane.
- Rużyło R. (1999), *Etyka i medycyna*, Łomża: Oficyna Wydawnicza „Stopka”.
- Szary S. (2012), *Filozoficzne źródła wartości i wsparcia w podejmowaniu trudnych decyzji medycznych*, Wykład został wygłoszony podczas konferencji: *Współczesne pielęgniarstwo wobec problemów etyczno-prawnych* w Poznaniu 19 października 2012  
<http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=655>
- Safjan M. (1997), *Prawo do ochrony życia prywatnego*, (w:) L. Wiśniewski (red.), *Podstawowe prawa jednostki i ich ochrona*, Warszawa.
- Sakowicz A. (2006), *Prywatność jako samoistne dobro prawne (per se)*, *Państwo i Prawo*, nr 1, s. 27
- Smoleń N. (2017) „Odczłowieczenie” współczesnej medycyny (omówienie referatu prof. Marka Pawlikowskiego), *Panaceum* nr 1–2 (218) styczeń–luty 2017.
- Tatoń J. (2017), *Lekarz i pacjent są silniejsi: zasady budowania twórczej komunikacji lekarza z pacjentem we współczesnej opiece medycznej*, (w:) J. Majkowski (red.), *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*, Warszawa: Federacja Polskich Towarzystw Medycznych.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 ze zm.).
- Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 1997 r., Nr 28, poz. 152 z późn. zm.)
- Wojtczak A. (1993), *Relacja „lekarz pacjent” w świetle zmieniających się zadań i roli lekarza wiążących się z rozwojem medycyny, technologii medycznej i zmianami społecznymi*, (w:) K. Imieliński (red.), *Humanizm i medycyna. Relacje lekarz-pacjent*, Warszawa: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.
- Wrześniewska-Wal I. (2017), *Kodeks etyki lekarskiej w orzecznictwie sądów lekarskich i Sądu Najwyższego*, (w:) J. Majkowski (red.), *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*, Warszawa: Federacja Polskich Towarzystw Medycznych.
- Zielińska E. (2001), *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, *Prawo i Medycyna*, nr 9 (vol. 3).

Dr Maria Jankowska  
*Akademia Pedagogiki Specjalnej*  
Warszawa

## **Sposoby rozwiązywania kryzysów w teorii psychospołecznego rozwoju E. H. Eriksona w aspekcie rozwoju człowieka i zdrowia psychicznego oraz zaburzeń w rozwoju**

### **Wprowadzenie**

Każdy człowiek w ciągu swojego życia podlega oddziaływaniom środowiska wychowawczego rodziny, nauczycieli, kultury oraz innych instytucji i wpływów społecznych, a równocześnie nosi w sobie głębokie pragnienie rozwijania siebie według własnych planów, marzeń i pragnień uwzględniających swoje osobiste i potencjalne możliwości. Można to już zaobserwować u bardzo małych dzieci, które z jednej strony wykorzystując swoje doświadczenia płynące z otoczenia, w zupełnie inny sposób, np. w zabawie, nadają różnym przedmiotom inne i nowe znaczenie, niż widziały to w zachowaniach najbliższego nawet środowiska. Często wpływy środowiska: rodzice, rodzina, nauczyciele, wychowawcy, środki masowego przekazu pomagają człowiekowi w prawidłowym rozwoju, ale niekiedy ich działania nie tylko nie służą wspieraniu jego rozwoju, ale także go zaburzają i wówczas taki człowiek nie potrafi wykorzystać i wykorzystać swojego osobistego potencjału i nie realizuje tych możliwości, które posiada. Rodzina jest tym składnikiem środowiska wychowawczego, który oddziałuje na człowieka najdłużej, a także ma największy wpływ na całe jego życie w takim znaczeniu, że przekazane w niej zasady, wartości, normy i wzory postępowania odzwierciedlają sposób funkcjonowania w życiu i odnoszenia się do innych ludzi i do samego siebie. Właśnie ze względu na tę odpowiedzialność za dziecko, które spoczywa na rodzinie, stanowi ona podstawową instytucję wychowawczą. Ze względu na to, że rodzina tworzy podstawową grupę społeczną, to wpływa na rodzaj i przebieg procesów kształtujących psychikę dziecka i na rozwój jego osobowości, co wyznacza jego emocjonalny i społeczny charakter wyznaczający sposoby postrzegania samego siebie, kontaktowania się ze sobą samym i z drugim człowiekiem, a także realizowania swoich życiowych zadań. Rodzina dla dziecka jest naturalnym środowiskiem wychowawczym, a jej oddziaływanie dokonuje się w sposób stały i ciągły w różnorodnych sytuacjach codziennych. Proces wychowania dotyczy sfery emocjonalno-motywacyjnej (afektywnej) dziecka, gdy w grę wchodzi oddziaływanie na jego osobowość i dlatego nie w sposób jest przecenić roli wychowania. Dzięki procesowi

wychowania kształtuje się człowiek z niepowtarzalną, jedyną w swoim rodzaju osobowością, swoistym sposobem funkcjonowania w środowisku, a także sposobami odczytywania swoich zadań rozwojowych i życiowych. Zależnie od tego, w jaki sposób rodzina spełnia swą rolę wychowawczą, czy dostosowuje czynności wychowawcze do tempa rozwoju, potrzeb i możliwości dziecka sprawia, iż jego osobowość zmienia się w dojrzałą lub w niedojrzałą, dobrze przystosowaną bądź nie, znerwicowaną albo zaburzoną. Psychologowie wypracowali szereg modeli, które mogą ułatwić rodzicom, nauczycielom, wychowawcom uzyskać wiedzę przez jakie stadia rozwojowe przechodzi w życiu człowiek i jakie są możliwe efekty określonych sposobów form oddziaływań wychowawczych. W niniejszym artykule przedstawię koncepcję Erika H. Eriksona, który opisał psychospołeczną teorię rozwoju będącą wynikiem wieloletnich badań i obserwacji w trakcie klinicznej praktyki, licznych eksperymentów, jak również rozważań teoretycznych. Teoria E. H. Eriksona ma zastosowanie praktyczne i stanowi bardzo istotny wkład w poznawaniu kształtowania się rozwoju dojrzałego bądź zaburzonego „ego” człowieka mającego swoje uzasadnienie w jego funkcjonowaniu społecznym.

### **1. Założenia koncepcji Erika H. Eriksona rozwoju psychospołecznego**

Teoria Erika H. Eriksona, wyrosła z koncepcji psychoanalitycznych Z. Freuda i została nazwana psychospołeczną teorią rozwoju. Teoria E. H. Eriksona w stosunku do koncepcji psychoanalitycznych, które zajmowały się rozwojem jednostki w okresie dzieciństwa, wyróżnia się w sposób szczególny tym, że dotyczy całego życia człowieka, od niemowlęctwa do okresu starości, a wyróżnione stadia są kształtowane przez wpływy społeczne współdziałające z psychofizycznie dojrzewającym organizmem. Zdaniem E. H. Eriksona (1950, 1968, 2000, 2004, 2011) człowiek rozwija się zgodnie z zasadą epigenezy według określonego planu, tzn. każda ze zdolności ego rozwija się sukcesywnie w określonym czasie, według wewnętrznych praw rozwoju (Erikson, 2011, s. 35). Koncepcja E. H. Eriksona jest zatem zaliczana do tzw. koncepcji stadialnych, gdyż kolejne stadia psychospołecznego rozwoju człowieka są następstwem poprzednich, znaczy to, że pojawienie się każdego kolejnego stadium jest z jednej strony zależne od prawidłowego przebiegu stadium poprzedzającego, a z drugiej przygotowuje i warunkuje stadium kolejne. Wyróżnione przez E. H. Eriksona fazy rozwoju tworzą plan rozwoju ego i odzwierciedlają strukturę kolejno oddziałujących w życiu sfer i instytucji społecznych, którymi są ważne osoby dla rozwijającej się jednostki i instytucje oraz role, które w życiu podejmuje, a więc: matka dziecka, w następnej kolejności jego ojciec, dalsza rodzina, grupa rówieśnicza, szkoła, praca. W aspekcie rozwoju siła ego odpowiada potencjałowi rozwojowemu, którym dysponuje jednostka. E. H. Erikson (1970, s. 46n) uważa, że *w każdej fazie rozwoju ego dysponuje siłą przejawiającą się w podejmowaniu coraz to nowych zadań życiowych, w zdolności do integrowania ich z dotychczasowym doświadczeniem i stawiania czoła kryzysom, a ponadto stwierdza dalej...*

*człowiek aby pozostać psychologicznie żywym, nieustannie ponawia wysiłki rozwiązywania kryzysów normatywnych. Rozwój ludzki przedstawia się z punktu widzenia konfliktów wewnętrznych i zewnętrznych, które witalna siła przezwycięża, wyłaniając się za każdym razem z kryzysu ze zwiększonym poczuciem wewnętrznej jedności, ze wzrostem władzy sądenia i wzrostem zdolności „czynienia dobra”, zgodnie z jej własnymi standardami i standardami tych, którzy są dla niej znaczący (Szczukiewicz, 1998, s 18n).*

W każdym z ośmiu wyróżnionych przez E. H Eriksona stadiach czy etapach życia zwraca się uwagę na charakterystyczne, najważniejsze sposoby przeżywania, emocje i uczucia, podejmowane zadania i funkcje, a także występujące wówczas problemy. Niektóre okresy bywają bardziej bogate w napięcia, trudności, przeżycia kryzysowe, szczególnie okres dorastania – czas przekształcania się osobowości młodzieńczej w osobowość człowieka dorosłego. E. H. Erikson podkreśla, że należy zwrócić uwagę na różnice indywidualne w przechodzeniu z jednego stadium do drugiego, ponieważ u poszczególnych jednostek proces ten może przebiegać bardzo różnie: mogą one być prawie niezauważalne lub być okupione długim i ciężkim kryzysem. Zależy to od cech osobowości, doświadczenia i siły mechanizmów obronnych stosowanych przez człowieka (za: Kubacka-Jasiecka, 2010, s. 226).

E. H. Erikson zakłada, że na każdym etapie rozwoju człowiek zaangażowany jest w trzy procesy rozwoju:

- Procesy zachodzące w samym organizmie człowieka;
- Procesy dokonujące się między organizmem a ludzkim środowiskiem;
- Procesy organizowania, integrowania doświadczenia wewnętrznego i zewnętrznego na poziomie ego jednostki, co odpowiada za spójność i indywidualny charakter rozwoju (za: tamże, s. 228)

E.H. Erikson opisał w swojej koncepcji określone *kryzysy* występujące w poszczególnych stadiach, które w danym okresie są najbardziej charakterystyczne. Nie znaczy to, że w późniejszym okresie życia już nie mają znaczenia. To, jak każdy człowiek poradzi sobie z nimi kształtuje jego ego, czyli osobowość. Kryzys rozumiany jest w tej teorii jako konieczność wypracowania nowych form przystosowania się do środowiska oraz realizacji swoich potrzeb i potrzeb innych ludzi, a także określa sposób funkcjonowania w relacjach i realizowania samego siebie. Chociaż E. H. Erikson podał konkretne przedziały wiekowe, w których dana jednostka rozwiązuje dany kryzys rozwojowy, to jednak w praktyce nie ma dokładnych ram czasowych stadiów, ponieważ u różnych osób może się to nieco różnić. W swoich pracach E. H. Erikson (1950, 1968, 2000, 2004, 2011) opisuje efekty „pozytywnego” przepracowania danego kryzysu polegające na wzmocnieniu struktury ego człowieka oraz ułatwiające elastyczniejsze dopasowanie się do rzeczywistości jednostki oraz trudności, na jakie może ona napotykać, co w efekcie warunkuje wytworzenie się w większym stopniu sztywnych sposobów społecznego przystosowania się i realizowania swoich potrzeb nie uwzględniając pełnych swoich możliwości ograniczając samego siebie i nie wykorzystując swojego potencjału. Osiągnięcie sukcesu w pokonaniu kryzysu rozwojowego oznacza odnalezienie witalności, czyli osiągnięcie tzw. cnoty podstawowej.

Jest ona siłą będącą wynikiem uzyskania właściwych proporcji pomiędzy przeciwstawnymi wartościami występującymi w danym stadium. Oznacza to także wystąpienie równowagi pomiędzy pozytywnym i negatywnym aspektem danego kryzysu rozwojowego. Kolejne stadia rozwojowe wynikają z nowych relacji, zadań czy wymagań stanowiących dla człowieka wyzwania. Każdy dylemat definiowany jest biegunowe przeciwnościami, a pomyślne rozwiązanie każdego z nich prowadzi do wzbogacenia się o nowe „cnoty”, które stanowią potencjalne wartości, będące siłą człowieka. Prawidłowe rozwiązanie wymaga odpowiedniego wyważenia sił pozytywnych i negatywnych rozwoju. Nowe życiowe zadanie, które stoi przed jednostką w poszczególnych okresach rozwojowych reprezentuje tzw. kryzys, którego wynik może być udanym awansem lub też przeciwnie – zaburzeniem cyklu życia, które obciąża przyszłe kryzysy. Każdy kryzys przygotowuje następny. Dla E. H. Eriksona kryzysy pozostają kryzysami wzrostu, a pomyślne pokonanie szczybla rozwojowego w danej fazie polega na osiągnięciu dynamicznej równowagi na korzyść bieguna pozytywnego.

W tabeli nr 1 przedstawiono stadia rozwoju psychospołecznego Eriksona z uwzględnieniem kryzysu rozwojowego i określonej wartości (siły) jako osiągnięcia danego stadium rozwojowego.

Tabela 1. Stadia rozwoju psychospołecznego E. H. Eriksona

Stadium rozwoju	Biegun pozytywny	Biegun negatywny	Wartość (cnota) stanowiąca osiągnięcie danego stadium rozwojowego
Niemowlęctwo	Podstawowa ufność	Brak zaufania	NADZIEJA
Wczesne dzieciństwo	Autonomia	Wstyd i zwątpienie	WOLA
Średnie dzieciństwo	Rozwijanie inicjatywy	Poczucie winy	STANOWCZOŚĆ
Późne dzieciństwo	Pracowitość	Poczucie niższości	KOMPETENCJA
Dorastanie	Poczucie tożsamości	Pomieszanie ról, tożsamości	WIERNOŚĆ, ZDOLNOŚĆ PODEJMOWANIE ZADAŃ
Wczesna dorosłość	Intymność – bliskie relacje	Poczucie izolacji	MIŁOŚĆ
Średnia dorosłość	Produktywność	Stagnacja	TROSKA O INNYCH
Późna dorosłość	Integralność EGO	Rozpacz	MĄDROŚĆ

W ujęciu E. H. Eriksona zdrowie – to pomyślnie przebiegający proces psychospołecznego rozwoju człowieka, w którym zdobywa on sukcesywnie swe podstawowe cechy i zdolności we wszystkich stadiach: poczucie ufności (nadzieję), poczucie autonomii (siłę woli),



inicjatywę (zdolność do podejmowania decyzji), produktywność (poczucie kompetencji), tożsamość (wierność samemu sobie), zdolność do intymności (produktywna i dojrzała miłość), generatywność (twórczość, zdolność do opieki i transgresji), integralność (życiową mądrość). Każdą z wymienionych zdolności ujmuje przy tym w opozycji do jej przeciwieństwa, stanowiącego jakość nieprawidłowości na danym etapie i w późniejszych okresach rozwoju (Erikson, 1950, 1959, 1968, 2000, 2004, 2011; por. także: Sęk, 1998, s. 58).

## 2. Stadia rozwojowe koncepcji psychospołecznej E. H. Eriksona

E. H. Erikson wyróżnił osiem faz w rozwoju człowieka. Pierwsze cztery fazy występują w okresie niemowlęctwa i dzieciństwa, piąta w okresie dojrzewania, a kolejne trzy w wieku dojrzałym i starości. W każdym ze stadiów człowiek mierzy się z nowym wyzwaniem, związanym z wiekiem (stopniem rozwoju) i sytuacjami społecznymi w jakich się znajduje.

### 2.1. Pierwsze stadium *Podstawowa ufność vs nieufność*

Pierwsze stadium rozwojowe wyróżnione przez E. H. Eriksona występuje w okresie niemowlęcym, a rozwiązywany kryzys dotyczy ufności vs nieufności, który w wyniku pozytywnego rozwiązania ukształtuje cnotę nadziei.

Najwcześniejsza ufność rodzi się już u niemowlęcia w pierwszych miesiącach jego życia w wyniku pierwszych doświadczeń i interakcji z najbliższymi osobami. Najważniejszą rolę w kształtowaniu ufności odgrywa oczywiście matka. Jakość więzi, jaka rodzi się między nią i dzieckiem jest wyznacznikiem poziomu ufności, które dziecko osiągnie także w późniejszym okresie jego życia w swoich późniejszych relacjach. Znaczenie mają tutaj nie tylko intencjonalne czynności podejmowane przez matkę, a więc jej czynności pielęgnacyjne, zabezpieczające podstawowe potrzeby fizjologiczne i emocjonalne niemowlęcia, ale również jej nieświadome nastawienie do niego i postawy względem samej siebie i swego macierzyństwa (Sęk, 1998, s. 62). Jeżeli matka z miłością, cierpliwością, pełną akceptacją swojego dziecka zabezpiecza jego potrzeby, to ono czuje się przez nią kochane, akceptowane i wartościowe. W ten sposób kształtuje się u niego przywiązanie do matki, które warunkuje poczucie bezpieczeństwa, zaufanie i wreszcie przekonanie, że inni ludzie nie muszą stanowić dla niego zagrożenia. Podstawowa ufność jest zasadniczym warunkiem witalności niemowlęcia. Dzięki temu potrafi ono spokojnie i bez napięcia spać, przyjmować pokarm i wydalać oraz dokonywać prób eksploracji środowiska. Owa ufność jest fundamentalnym komponentem witalności człowieka nie tylko w okresie niemowlęctwa i dzieciństwa, ale także przez całe jego dorosłe życie, ponieważ poczucie podstawowego przynajmniej poziomu ufności jest zasadniczym warunkiem rozwojowego włączania się człowieka do świata społecznego (Erikson, 2000, s. 127).

Według teorii E. Eriksona cnotą, która ukształtuje się w wyniku właściwie rozwiązanego kryzysu w pierwszej fazie rozwojowej jest nadzieja. Nadzieja jest *szczególnym przeświadczeniem jednostki o dwóch ogólnych i powiązanych ze sobą właściwości świata: po pierwsze, że jest on uporządkowany i sensowny oraz po drugie, że jest generalnie przychylny ludziom* (za: Trzebiński, Zięba, 2003, s. 5). Według E. H. Eriksona (1968, 1970; 2000; 2004; 2011) podstawowa ufność kształtuje się zaraz po urodzeniu dziecka do około drugiego roku życia i ma decydujący wpływ na życie człowieka, ponieważ warunkuje ukształtowanie się określonych cech osobowości. Liczne badania psychologów wykazały, że jeżeli pierwsze poczucie ufności, wynikające z interakcji z najbliższymi jest słabe, to wówczas zachwiany zostaje stosunek jednostki do samego siebie, do otoczenia i świata. Zdaniem H. Sęk (1998, s. 59) u dziecka, które w tym okresie nie doświadcza bezpieczeństwa i opieki od osób najbliższych, zwłaszcza matki, mogą powstać różne formy patologii, będące wyrazem podstawowego braku ufności. Występujący u dziecka brak poczucia stałości i bezpieczeństwa oraz lęk przed porzuceniem mogą się rozwinąć w różne formy izolacji od rzeczywistości, co później przyjęto się określać i diagnozować jako autyzm, czy depresja analityczna itp. (tamże). Niedostatki podstawowego zaufania do świata i siebie mogą się także wyrażać różnymi postaciami lęku przed otoczeniem, brakiem poczucia pewności, trudnościami w integracji bodźców, niepewnością co do własnej osoby. Niejednokrotnie przejawia się to skrajnym brakiem zaufania do siebie. Skutki tego są długofalowe i widoczne w zasadzie przez całe późniejsze życie jednostki. U osób dorosłych, które w okresie niemowlęctwa i dzieciństwa osiągnęły niski poziom ufności niejednokrotnie można zaobserwować zjawisko wycofywania się, ambiwalencji w kontaktach między ludźmi oraz poczucie osamotnienia wynikające z poczucia niższej wartości, niewiary w siebie oraz niezabezpieczonej w wystarczającym stopniu potrzeby miłości przez osoby najbliższe dziecku, w tym przede wszystkim matki. Jednostki tak wychowywane mają bardzo duże problemy w relacjach, zwłaszcza w bliskim kontakcie intymnym z drugim człowiekiem. Dzieci natomiast są bardziej zamknięte w sobie, nie potrafią zaufać, nie wierzą, że inni ludzie mogą się o nich zatroszczyć i że oni sami mogą liczyć na pomoc innych ludzi. Skutkiem tego właściwy kontakt z takimi osobami jest możliwy dopiero wówczas, gdy podjęte zostają odpowiednie działania terapeutyczne i próby komunikacyjnego dotarcia do nieufnej i wycofanej ze społeczeństwa jednostki (za: Kubacka-Jasiecka, 2010, s. 230).

Jednak należy także podkreślić, że utrzymujące się na optymalnym poziomie poczucie nieufności jest mimo wszystko niezbędnym warunkiem dalszego pomyślnego rozwoju, bowiem przynajmniej minimalna doza nieufności do ludzi jest konieczna dla egzystencji w świecie, który w każdej chwili dostarcza jednostce nowych i niespodziewanych, trudnych doświadczeń. Stąd też dla bezpieczeństwa i przetrwania gatunku ludzkiego pewien poziom nieufności jest nieodzowny (Erikson, 2011, s. 127).

## 2.2. Drugie stadium *Autonomia vs wstyd i zwątpienie*

Drugie stadium rozwojowe obejmuje okres wczesnego dzieciństwa, kiedy dziecko ma 2-3 lata, a rozwiązywany kryzys dotyczy: autonomii vs wątpienia i wstydu, który w wyniku pozytywnego rozwiązania ukształtuje cnotę woli.

W tej fazie dziecko pod wpływem otoczenia i interakcji z nim, przede wszystkim z rodzicami, uczy się swoich praw, zasad zachowania, obowiązków, pewnej dozy samodzielności w działaniu, przywilejów, staje przed tym, czego środowisko, w którym żyje, od niego wymaga. W tej fazie następuje widoczne zwiększenie aktywności dziecka, które z jednej strony implikuje doświadczenie własnej woli, samodzielności i niezależności, a nawet walkę o autonomię (jest to tzw. dziecięcy negatywizm) i konieczność samokontroli, a z drugiej zaś, doświadcza uzależnienia od otoczenia, do tego stopnia, że pojawia się konieczność zaakceptowania kontroli ze strony innych osób z otoczenia. Przebieg stadium autonomii jest zależny od wielu czynników takich, jak: rozstrzygnięcia fazy poprzedniej, ponieważ aby ukształtowała się autonomia, nieodzowna jest prawidłowo rozwinięta ufność do samego siebie i innych ludzi oraz od zachowania prawidłowych proporcji pomiędzy wykazywaną autonomią a zwątpieniem i wstydem (Sęk, 1998, s. 60; Erikson, 2011, s. 127).

Zmiany psychospołeczne, które występują w okresie wczesnego dzieciństwa są między innymi następstwem jego rozwoju fizycznego, motorycznego, sensorycznego, umysłowego i emocjonalnego. W tej fazie dziecko uczy się chodzić, co pociąga za sobą możliwość poszerzenia obszaru i granic samodzielnej eksploracji świata, a równocześnie zwiększa się u niego chęć wpływu na otoczenie i na to, co może stać się z nim samym i jego własnością. Również w tym okresie dziecko czyni dosłownie „pierwsze kroki” w kierunku swojej niezależności od matki. Objawem tego jest częste demonstrowanie swojej indywidualnej woli wyrażające się w dziecięcym negatywizmie, wypowiedaniu słowa „nie”, prób samodzielnego dotarcia do przedmiotów dla dziecka ciekawych, choć mogących stanowić dla niego zagrożenie i domaganiu się swoich praw, dążeniu do samodzielności w wykonywaniu tych czynności, które są dla niego dostępne. Psychologowie rozwojowi tę bardzo istotną cechę rozwojową nazywają poczuciem sprawstwa, czyli powstaje u dziecka coraz bardziej budząca się świadomość, że jest autorem zdarzeń i zmian (za: Harwas-Napierała, Trempała, 2000, s. 76). Te wczesne przejawy autonomii wciąż jednak mieszają się u dziecka z obawą przed odtrąceniem innych w wyniku nie sprostania podejmowanym przez niego działaniom. Dziecko w tym okresie próbuje swoich sił w codziennych czynnościach, takich chociażby jak, próby samodzielnego jedzenia, ubierania się, zbudowania wieży z klocków lub babki z piasku, czy załatwiania swoich potrzeb fizjologicznych. Poza tym intensywnie pragnie poznać swój wpływ na otoczenie, a więc bacznie obserwuje zachowania dorosłych, kiedy wykonują jakąś czynność i uczy się ich wykonywać przez naśladownictwo. Ważny w kształtowaniu się autonomii dziecka jest

właściwy sposób odnoszenia się do dziecka i należytego traktowania jego pierwszych sukcesów i porażek, jego wzlotów i upadków. Dziecku potrzebna jest pochwała rodziców w każdym przypadku sukcesu, gdy z powodzeniem skorzysta z nocniczka, albo gdy dokona pierwszych prób samodzielnego zjedzenia zupki, albo gdy podciągnie sobie spodenki. Nie trzeba jednak, by rodzice biegli z pomocą dziecku w każdym przypadku, np. gdy się lekko uderzy, albo gdy ma problem z budowaniem budowli klocków. Dziecko w miarę swych możliwości powinno sobie samodzielnie z tym radzić, a rodzic interweniować jedynie wtedy, gdy możliwości dziecka zawiodły i staje się ono bezradne wobec wyzwań jego dziecięcego życia. W wyniku takiego oddziaływania rodziców i otoczenia dziecko nie tylko uczy się wykonywać codzienne czynności, ale także nabywa ważne cechy cierpliwości, wytrwałości w dążeniu do celu, które w dorosłym życiu są bardzo istotne w codziennym funkcjonowaniu. Tak więc nadmierne wyręczanie dziecka, czy zawstydzanie, typu: „no i znowu nie zdążyłeś na czas zawołać i usiąść na nocniczek”, albo „nie bądź takim egoistą i daj się pobawić swoimi zabawkami innym dzieciom” albo nieuzasadniona uwaga: „uważaj bo się przewrócisz”, albo krytyka i krzyczenie na dziecko, hamuje jego witalność, wiarę w siebie i w swoje możliwości. Oczywiście, że należy uczyć dziecko dzielenia się z innymi dziećmi zabawkami, ale trzeba mieć na względzie, żeby nie dokonywało się to na zasadzie krytykowania dziecka za egoizm i siłą zabierania mu zabawki i dawania drugiemu. W takich sytuacjach należy cierpliwie i właściwie przeprowadzać z nim rozmowy, prowadzić „negocjacje” nie naruszając jego autonomii i godności, a licząc się z jego dziecięcymi potrzebami i obawami. W tym okresie rozwoju psychospołecznego walki o niezależność pojawia się również zagrożenie popadnięcia w skrajność. Może nią być skupianie nadmiernej uwagi dziecka na bronieniu tzw. "swojego terytorium" i niedopuszczaniu do niego potencjalnych rywali, czemu z reguły towarzyszą gwałtowne napady złości, zazdrości i negatywizmu. W takich sytuacjach nieodzowna jest właściwa reakcja rodziców lub opiekunów, którzy powinni nauczyć jeszcze niedoświadczone dzieci różnicy pomiędzy autonomią a anarchią oraz rozwagi w zdobywaniu, posiadaniu i porzucaniu przedmiotów. Rodzice jako najbliższe dziecku osoby z otoczenia społecznego, mają w obowiązku wpoić swojemu potomstwu instytucjonalną zasadę "prawa i obowiązku", aby dziecko dążyło do autonomii własnego "ja" ze świadomością i poszanowaniem zakazów i ograniczeń, których wymaga od niego otoczenie. Zasada "prawa i obowiązku" wynika z pewnej troski społeczeństwa o równowagę pomiędzy autonomią jednostki a restrykcjami społecznymi. Natomiast nieprawidłowy przebieg tej fazy ma wpływ na późniejsze fazy rozwojowe jednostki, kiedy zawstydzone dziecko wyrasta na osobę nie wierzącą w swoje możliwości, nie potrafiącą podejmować samodzielnie decyzji, albo przeciwnie - zbyt pewną siebie, arogancką i nie potrafiącą przystosować się do otoczenia i szanować zasad społecznego funkcjonowania. Zatem w wyjaśnieniu bieguny negatywnego rozwiązywanego przez dziecko kryzysu pomiędzy autonomią a wstydem i zwątpieniem dotyczy przede wszystkim niewłaściwych relacji dorosłych z dzieckiem (Erikson, 2000; 2011, s. 127, por. także: Sęk, 1998, s. 60). Zdaniem E. H. Eriksona (1970; 2000; 2004) rozwój i przewyciężanie kryzysu

autonomii mogą być wspomagane przede wszystkim przez dorosłych opiekunów, którzy sami wykazują postawy niezależne, autonomiczne i w sposób rozumny, cierpliwy, akceptujący i kochający dziecko stwarzają mu możliwość eksperymentowania z otoczeniem i samym sobą, stawiając mu zarazem właściwe ograniczenia i granice (Sęk, 1998, s. 61).

### 2.3. Trzecie stadium *Inicjatywa vs poczucie winy*

Trzecie stadium rozwojowe obejmuje okres średniego dzieciństwa, kiedy dziecko jest w okresie przedszkolnym a rozwiązywany kryzys dotyczy: inicjatywy vs poczucie winy, który w wyniku pozytywnego rozwiązania ukształtuje cnotę stanowczości.

Dziecko wchodzi tu w kolejną fazę rozwoju psychospołecznego wraz z osiągnięciem odpowiedniego poziomu rozwoju fizycznego, motorycznego, psychicznego i społecznego. Wówczas jest w stanie podejmować różnego typu inicjatywy i działania, rozwijać swoje umiejętności i uczyć się odpowiedzialności za podjęte formy aktywności. Dziecko pod wpływem otoczenia spostrzega różne interesujące dla niego możliwości uczestniczenia w życiu społecznym, rozwija zdolność samoobserwacji i kierowania sobą, przejawia coraz większą inicjatywę w działaniu. Pragnie więc samodzielnie wymyślać zabawy, podejmować czynności pomagania w pracach rodziców, w domu i poza nim. Optymalny poziom wykazywanej przez dziecko inicjatywy wyznacza jego satysfakcję z umiejętności wykonania konkretnej zabawy czy zadania, a także z rozwijającej się w tym czasie rywalizacji. W wyniku podjętych działań, zabaw i kontaktów z innymi kształtuje się u dziecka wytrwałość, cierpliwość i gorliwość w dążeniu do założonych celów, a także radość i poczucie spełnienia w momencie osiągnięcia celu. Następuje tu także zderzenie własnego autonomicznego zachowania dziecka z autonomicznym zachowaniem innych ludzi. Pojawia się niezgodność interesów, a dziecko jako słabsze i mniejsze od dorosłego człowieka najczęściej w tych konfrontacjach przegrywa. Jeśli w dodatku nie jest wspomagane przez otoczenie w swoich podejmowanych przez siebie działaniach, a wręcz krytykowane za nieudane próby poradzenia sobie np. w jeździe na rowerku czy deskorolce, albo przejawianej chęci pomocy w codziennych czynnościach, to pojawia się frustracja, poczucie winy i niemocy, chęć wycofania się z podjętej aktywności. Powstaje więc konflikt pomiędzy inicjatywą a poczuciem winy (Erikson, 2000; 2011, s. 129).

Jednak właściwie rozwinięta w poprzednim stadium autonomia dziecka skłania go do podejmowania inicjatywy i działań oraz poszukiwanie możliwości osiągnięcia celów mimo przeszkód i niepowodzeń i w ten sposób kształtuje się cnota stanowczości. Osiągnięcie optymalnego poziomu inicjatywy stawia przed jednostką możliwość antycypacji ról społecznych i właściwej rywalizacji. Dziecko podejmuje inicjatywy nie wywołujące konfliktu – a więc posługiwanie się narzędziami, przedmiotami, zabawkami, angażuje się w pomoc w domowych zajęciach oraz podejmuje w zabawach różne role społeczne, które są odzwierciedleniem jego wiedzy o otaczającym świecie. W tym też okresie niewielka frustracja wynikająca z rywalizacji oraz niemożność nieograniczonego zaspokojenia własnej

aktywności może prowadzić do także ukształtowania się aktywności społecznie aprobowanej. Dokonuje się to dzięki procesowi identyfikacji z postacią rodzica tej samej płci. Dziecko obserwując zachowania rodzica: dziewczynka swojej matki, chłopiec – ojca są podstawą dokonywania inicjatywy zgodnej z wymogami socjalizacji. Zachowania te widoczne są przede wszystkim w zabawie, w której dzieci przyjmują role społeczne zgodnie z określoną płcią.

Patologiczne rozwiązanie kryzysu inicjatywa vs poczucie winy wyraża się w odczuciu bezwartościowości w działaniu, nieumiejętności podejmowania inicjatyw i niekiedy w wyparciu własnych pragnień i popędów. Przeżywane przez dziecko stany zbyt silnej frustracji i występujące głębokie poczucie winy mogą prowadzić do rozwoju bierności społecznej. Typową dla tego okresu patologicznego rozwiązania kryzysu mogą być mechanizmy historyczne, polegające przede wszystkim na wyparciu treści związanych z karana inicjatywą, mogą także występować różne postaci zaburzeń somatycznych. Ponadto niejednokrotnie rozwiązanie kryzysu tej fazy bywa uzyskiwane przez hiperkompensację, polegającą na nadmiernym skoncentrowaniu się na inicjatywie, byciu aktywnym, ambitnym, niezastąpionym, przymusowo dążącym do sukcesów, osiągnięć. Zdaniem psychologów klinicznych (za: Sęk 1998, s. 61) najgłębszy konflikt tego okresu – to nienawiść wobec osób, które służyły za model dla kształtującego się w tym okresie sumienia dziecka. W sytuacji, gdy własne doświadczenia z represyjnym superego są dla dziecka zbyt bolesne lub są niekonsekwentnie realizowane wobec niego przez dorosłych, wówczas może powstać u dziecka załazek tendencji do odwetu w imię moralności lub tendencja do nietolerancji (Carson, Butcher, Mineka, 2003; Kendall, 2012).

#### **2.4. Czwarte stadium *Pracowitość vs poczucie niższości***

Czwarte stadium rozwojowe obejmuje okres późnego dzieciństwa, kiedy dziecko jest w pierwszych latach szkoły podstawowej a rozwiązywany przez niego kryzys dotyczy: pracowitość vs poczucie niższości, który w wyniku pozytywnego rozwiązania ukształtuje cnotę kompetencji.

Jest to faza specyficzna i znacząca pod względem psychofizycznym, a zwłaszcza społecznym, ponieważ w tej fazie jednostka staje się uczestnikiem życia społecznego i wykształca się u niej tożsamość społeczna. Jest to również faza najbardziej skomplikowana spośród wszystkich faz rozwojowych, gdyż nie następuje w niej proste przejście od powstałej siły witalnej do nowego etapu opanowania siebie i otoczenia (Erikson, 1968; 2000; 2004). Faza ta rozpoczyna się wtedy, gdy dziecko podejmuje naukę w szkole, a więc dokonuje się kształcenie formalne mające skutki dla wiedzy i umiejętności samej jednostki, a także dla formowania się osobowości i jej relacji do rówieśników, nauczycieli, osób znaczących i instytucji społecznych. Jest to także okres, kiedy dziecko osiąga apogeum pędu i impulsu do zdobywania i udoskonalania, aż do perfekcji, różnorodnych umiejętności nie tylko związanych z nauką szkolną. Dziecko zdobywając wiedzę lub wykonując swoje

prace, albo ucząc się nowych umiejętności z pilnością i uwagą odczuwa niepowtarzalną przyjemność. W tym okresie układ nerwowy dziecka jest już tak rozwinięty, że jego umysł ma największą chłonność zdobywania wiedzy zgodnie z narzuconą mu instrukcją podaną przed nauczyciela, wychowawcę lub rodzica (Bee, 2004; Harwas-Napierała, Trempała 2000, s. 134n). Już nigdy potem w naturalny sposób nie pojawi się u rozwijającej się jednostki tak intensywny pęd ku zdobywaniu wiedzy, tak dynamiczna gotowość do uczenia się, współuczestniczenia w życiu rodziny i konstruktywnej działalności. W tej fazie następuje pierwszy kontakt dziecka ze szkołą, który zwykle na początku przebiega entuzjastycznie. Dziecko w pierwszej klasie jest na ogół bardzo dobrze zmotywowane do nauki, chce się uczyć, chce wykonywać polecenia nauczyciela, pragnie być dobrym uczniem i jest zazwyczaj podekscytowane i zafascynowane pochłanianiem codziennych nowych treści nauczania i obowiązków. Niezwykle znaczącymi osobami na tym etapie rozwoju są dla dziecka zwłaszcza nauczyciele i wychowawcy. Stąd ważnym zadaniem dorosłych w tej fazie jest wykształcenie i podtrzymanie pozytywnej identyfikacji z uczniami i wychowankami. Ze strony dziecka jest to o tyle proste, gdyż chętnie stara się ono w pełni wykorzystać zwłaszcza pozytywne interakcje z nimi oraz niekwestionowane uznanie ich za najwyższe autorytety. Zapewne każdy rodzic usłyszał od dziecka formułę „bo pani tak powiedziała i tak jest najlepiej”.

Na tym etapie kształcenia dziecko uczy się pracowitości, wytrwałości i pilności. Dziecko zdobywając wiedzę, ucząc się pisania literek, ćwiczy tę czynność wielokrotnie, ucząc się wiersza na pamięć powtarza go dotąd aż będzie potrafić płynnie i bez błędu powtórzyć z pamięci, albo będzie z mozołem wykonywać zadania w zeszytach ćwiczeń. Poznaje również nagrody i kary, dzięki czemu przystosowuje się do zasad i praw, których egzekwowanie jest niezbędnym warunkiem stania się w przyszłości odpowiedzialnym i pełnoprawnym członkiem społeczeństwa. Umiejętność skutecznego współdziałania jest jednym z warunków przystosowania społecznego. Ważna jest tu odpowiednia i dobra współpraca nauczycieli z rodzicami, którzy znają możliwości dziecka i nie są skłonni względem niego precyzować zbyt wygórowanych wymagań, a cierpliwie pracując nad wszechstronnym rozwojem dziecka przyczyniają się do wzrostu jego umiejętności, rozwoju zainteresowań i postępów w procesie kształcenia. W ten sposób dziecko zdobywa różne kompetencje, które wiążą się z jego poczuciem wartości (Harwas-Napierała, Trempała, 2000, s. 132).

Jednakże dziecko w trakcie uczęszczania do szkoły nie tylko nabywa wiedzę, ale także w porównaniu z okresem poprzednim ma coraz większą świadomość rezultatów swoich działań i konsekwencji swoich decyzji. Tak więc dziecko zaczyna widzieć konsekwencje swych potencjalnych działań, planów i zamierzeń i wie, że jeśli np. nauczy się bardzo dobrze wiersza, to może zostać nagrodzone, lub jeśli „zapomni” wziąć do szkoły zeszytu, to poniesie za to określone konsekwencje, albo jeśli wykona jakąś czynność pomocy w domu, to jego działanie jest przydatne i potrzebne, a pozostali członkowie rodziny mogą korzystać z efektów jego pracy.

Nie zawsze rozwój dziecka przebiega harmonijnie i ważne jest także, by w tym czasie korygować wady rozwojowe i pomagać dziecku w przewyżnianiu wszelkich trudności w zdobywaniu wiedzy, poprawnym wykonywaniu czynności, planowaniu zabawy czy różnych form aktywności pozaszkolnej i relacjach z rówieśnikami. W tym wieku niezwykle znaczącą siłą jest poznanie własnych kompetencji, sprecyzowanie w czym dziecko jest dobre, co lubi, jakie umiejętności zdobyło, co go zaczyna interesować, a także jakie role społeczne mogłoby pełnić w życiu. Ważne są więc dla rozwoju dziecka uczestniczenie w zajęciach pozaszkolnych, ale należy je tak zaplanować, by nie obciążać zbyt mocno dziecka i by naprawdę odzwierciedlały jego zainteresowania, a nie były jedynie pomysłem rodziców na to co ich zdaniem liczy się w dzisiejszym świecie i co w takim razie ich dziecko powinno umieć. Nie należy zapominać o bardzo ważnej roli zabawy w rozwoju dziecka i ono powinno mieć na to czas jak też powinno mieć możliwość rozwijania relacji z rówieśnikami. Świat osób dorosłych do końca wieku przedszkolnego zajmował najważniejsze miejsce w życiu jednostki, zaś od momentu przekroczenia progu szkoły obecność rówieśników jest równie ważna, o ile nie ważniejsza. Rówieśnicy bowiem stanowią punkt odniesienia dla wszystkich czynności jednostki. Ich sukcesy i klęski stanowią kryterium samooceny własnych poczynań i efektów działań dziecka. Coraz liczniejsze interakcje społeczne, w które wchodzi dziecko stają się kryterium wchodzenia w kolejne fazy rozwojowe, natomiast opanowywana wiedza, umiejętności, kompetencja, a także poczucie swojej wartości są centralnymi elementami dorosłego życia (Erikson, 2000; 2004; Harwas-Napierała, Trempała, 2000, s. 140n; Erikson, 2011, s. 129).

Okres późnego dzieciństwa zdaniem E.H. Eriksona (2000; 2004; 2011) jest fazą najważniejszą dla socjalizacji i dla powstania bardzo osobistego stosunku do pracy. Mądry i dojrzały nauczyciel powinien wiedzieć jak docenić wysiłki dziecka, wykrywać szczególne jego zdolności, jak wydobywać z każdego dziecka produktywny potencjał i jak u wszystkich dzieci wzbudzać przyjemność z uczenia się, a nie tylko poczucie konieczności i obowiązku uczenia się. Wzorzec satysfakcji z uczenia się stanowi prototyp stosunku człowieka dorosłego do pracy. Stąd rola nauczycieli jest tu bardzo znacząca i nie do przecenienia. W tym okresie rozwija się także poczucie podziału zadań w grupie wykonującej określone zadanie lub pracę, co z kolei odzwierciedla wzory kultury technologicznej. Szkoła jako instytucja tworzą klimat dla rozwiązania wymagań tego okresu. Pozostając bowiem w bezpośredniej interakcji z dziećmi, współkształtują ich umiejętności oraz zdolności do wykonywania poważnych zadań zgodnie z indywidualnymi możliwościami poszczególnych dzieci i bez wyzwalania u nich szkodliwego poczucia mniejszej wartości. Wynika z tego bardzo zasadniczy wniosek, że rodzice i nauczyciele we właściwej współpracy ze sobą, a szkoła jako instytucja powinni razem współdziałać, aby kształtować u dzieci przywiązanie do produktywności przy silnym akcentowaniu poczucia własnej wartości każdego dziecka i zaspokajaniu potrzeby poczucia przyjemności z nauki.

Jednym z głównych zadań, przed którymi staje dziecko w tej fazie rozwojowej jest sprostanie powszechnie przyjętym ocenom, standardom i oczekiwaniom. Wszelkie porażki



w tym względzie mocno odbijają się na jego wrażliwej psychice i mają wpływ na jego samoocenę. Zbyt częste i krytyczne uwagi nauczycieli, brak akceptacji ze strony rówieśników, nadmierne wymagania albo pobłażliwość rodziców czy też ich niekonsekwencja nie sprzyjają właściwemu psychospołecznemu rozwojowi dziecka. Stąd też na tym etapie rozwoju człowieka istnieje realne zagrożenie pojawienia się poczucia niższości, które powoduje zakłócenia w identyfikacji z nauczycielami i wychowawcami oraz różnego rodzaju nieprawidłowości i zaburzenia w relacjach z rówieśnikami. Będzie to miało decydujący wpływ w dalszych etapach rozwoju dziecka i jego psychospołecznego rozwoju w następnym etapie. Jeżeli natomiast zwraca się uwagę na to, co dziecko wytwarza i jak zaczyna być odpowiedzialne za podjęte czynności, powstaje u niego cecha pracowitości. Dzięki temu dziecko osiąga poczucie kompetencji. Rodzice mają tu bardzo ważne zadanie uczyć dziecko wykonywania czynności, pomagać, a jeśli potrzeba to nawet uczestniczyć w początkowym okresie edukacji, nauczyć je dobrych nawyków, np. pakowania książek i przyborów szkolnych zaraz po odrobieniu lekcji, ale z czasem pozwalać na coraz większą samodzielność w tym względzie, by ukształtowała się w nich odpowiedzialność, autonomia przyczyniając się tym samym do wzrostu ich kompetencji. Przygotowanie dziecka do życia odnosi się do nauki w szkole, a także wdrażania dziecka do obowiązków domowych, zajęć sportowych i gier zespołowych. Zbyt ostra krytyka, niedocenywanie i wyśmiewanie jego wysiłków rodzi w nim poczucie niższości, które może utrudniać swobodne korzystanie ze swej zręczności i inteligencji i prowadzi do ogólnego poczucia braku kompetencji. Tak więc główną formą oraz źródłem zaburzeń źle rozwiązanych zadań w tym okresie jest głębokie przekonanie dziecka o własnej mniejszej wartości i braku kompetencji w czymkolwiek, a to będzie miało zasadniczy negatywny wydźwięk w następnym stadium rozwojowym dziecka (Erikson, 2011, s. 129).

Główną formą oraz efektem źle rozwiązanych problemów tego okresu rozwojowego jest głębokie przekonanie dziecka o własnej mniejszej wartości. Z kolei brak możliwości identyfikacji z człowiekiem – wzorem dla dziecka, który pracuje dla własnej satysfakcji jednocześnie przyczyniając się do powiększenia ogólnonarodowego dobra, mogą się u dziecka w życiu dorosłym przerodzić w zaburzony stosunek do pracy (Sęk, 1998, s. 62; Erikson, 2011, s. 88n).

### **2.5. Piąte stadium *Tożsamość vs pomieszenie tożsamości***

Piąte stadium rozwojowe obejmuje okres dorastania młodego człowieka, a rozwiązywany przez niego kryzys dotyczy: tożsamości -vs pomieszenie tożsamości, który w wyniku pozytywnego rozwiązania ukształtuje cnotę wierności.

Okres dojrzewania jest okresem przejścia między dzieciństwem a dorosłością, a więc jest to czas intensywnych zmian fizycznych i psychicznych, dzięki którym jednostka zdobywa dwie podstawowe możliwości życia człowieka: po pierwsze zdolność do przekazywania życia, a po drugie zdolność do kierowania własnym życiem. Jest to jednak

trudny okres przejścia od dzieciństwa do dorosłości w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym i duchowym. Młody człowiek staje przed nowymi wymaganiami. Rozwój dąży do ustanowienia nowego spójnego obrazu jednostki w otaczającym świecie. Według E.H. Eriksona (2004) rozwój tożsamości ma charakter wertykalny, w wyniku którego prawdziwa tożsamość wiąże się z selektywnym odrzuceniem dziecięcej identyfikacji i przejściem ich przez nowe konfiguracje. W tej fazie najbardziej skomplikowane wydaje się być wykształcenie spójnej tożsamości. Komplikacja ta wynika z faktu, że proces ten w zasadzie nie może zaistnieć bez pracy i zaangażowania samej dojrzewającej osoby we współpracy z osobami bliskimi i znaczącymi. Spójna tożsamość jednostki powstaje wówczas, gdy to, jak jednostka postrzega i ocenia sama siebie i swoje postępowanie jest zgodne i pokrywa się z tym, co sądzą o niej inne osoby. Jeżeli młody człowiek spotyka się jednocześnie z akceptacją i aprobatą otoczenia i stawianymi przed nim wymogami, którym jest w stanie sprostać wówczas odczuwa krzepiący komfort psychiczny, poczucie bezpieczeństwa, satysfakcji i spełnienia. Wówczas dąży do zaspokojenia potrzeby integralności samego siebie, które następuje wtedy, gdy jednostka odczuwa spójność swojej tożsamości wewnętrznej. Podstawą owej spójności jest witalna siła wierności inspirowana przez spójne społeczne ideologie, wzorce postępowania i sposoby życia, które najbardziej skutecznie przemawiają do młodej osoby. Jednostka w okresie dorastania stale poszukuje aprobaty ze wszystkich możliwych stron - ze strony rówieśników, rodziców, wychowawców i nauczycieli, a także osób znaczących, autorytetów i innych członków społeczeństwa. Silnie oddziałujące na jednostkę potrzeby afirmacji, akceptacji w połączeniu z silną autonomią muszą zostać zaspokojone, w przeciwnym razie proces kształtowania spójnej tożsamości może zostać zakłócony. Wówczas to istnieje zagrożenie blokady harmonijnego rozwoju, wykształca się u młodego człowieka poczucie odepchnięcia, które ostatecznie prowadzi do kryzysu tożsamości (Szcukiewicz, 1998; Erikson 2004; Brzezińska, Syska, 2011).

Niebezpieczeństwem tego okresu jest wytworzenie się negatywnej tożsamości – kiedy dorastająca osoba ma poczucie posiadania wielu bezwartościowych lub negatywnych cech (Erikson, 2011, s. 88). Nierozwiązany właściwie konflikt wokół tożsamości wyraża się w poczuciu rozproszenia ról, których się podejmuje, w rozproszeniu tożsamości, co skutkuje niepewnością siebie, izolacją od siebie samego, dysocjacją tożsamości a nawet dezintegracją tożsamości. Pozytywne rozwiązanie kryzysu tożsamości wiedzie ku „cnocie” wierności sobie, znalezieniu swego celu jako rezultatu poszukiwań kogoś lub czegoś prawdziwego. Nieukształtowanie się właściwej tożsamości u dorastającego implikuje rozproszenie ról, a więc charakteryzuje się brakiem wierności samemu sobie, swoim ideałom i nie podejmowaniu koniecznego wysiłku dla odnalezienia samego siebie i swojego miejsca w życiu (Kubacka-Jasiecka, 2010, s. 229).

Ukształtowanie się pełnej tożsamości nie jest procesem łatwym i trwa wiele lat, wymaga bowiem integracji w pełnieniu ról i określenia własnego światopoglądu, co określa się polaryzacją ideologiczną. Tworzenie indywidualnej tożsamości nie jest możliwe bez wypróbowania siebie w pełnieniu ról ani bez aktywnego konstruowania „ja” w toku

własnego doświadczenia. Patologią tego okresu jest tzw. dyfuzja tożsamości i rozproszenie ról. Zaburzenia tożsamości mogą mieć różną postać. Wśród nich wyróżnia się pozorne rozwiązywanie kryzysu tożsamości przez przyjęcie tożsamości negatywnej, przeciwstawnej do norm obowiązujących danej kulturze, co jest wyrazem niemożności zaakceptowania tych norm, wykpiwania przez młodego człowieka ról rodzicielskich, kobiecych, męskich, nauczycielskich, zawodowych, a także dewaluowania wszelkich uznanych autorytetów. Przyjęcie wzorów negatywnych może przybierać postać tzw. podkultury młodzieżowej lub nawet przestępczości. Pewną formą zaburzenia może być także zaburzona zdolność do produktywniej pracy i wyboru zawodu. W tym negatywnie przeżytym kryzysie dochodzi do znacznego zaburzenia poczucia czasu oraz zdolności do podjęcia decyzji, co często prowadzi do poszukiwania środków umożliwiających wyjście poza czas realny, np. poprzez alkoholizm, narkomanię oraz inne zachowania ryzykowne (Sęk, 1998, s. 63; Carson, Butcher, Mineka, 2003; Kendall, 2012).

## 2.6. Szóste stadium *Intymność vs izolacja*

Etap wczesnej dorosłości - konfrontuje jednostkę z kryzysem o biegunach intymność vs izolacja, a cnotą powstałą w wyniku prawidłowo rozwiązanego kryzysu jest miłość.

W okresie tym głównym zadaniem rozwojowym jest znalezienie własnego miejsca w systemie relacji społecznych, w których jednostka żyje. Najważniejszym celem jest osiągnięcie tożsamości osobowej nieodzownej do tego, by móc wypełnić zadania przypadające na ten okres życia człowieka. Według E. H. Eriksona (1950; 1959; 1968; 2000; 2004; Witkowski, 2009) młody dorosły, który ukształtował już swoją tożsamość pragnie złączyć ją z tożsamością innych. Jest gotowy do tworzenia świadomych związków przyjacielskich i przede wszystkim partnerskich, małżeńskich. Intymność według E. H. Eriksona (Sęk, 1998, s. 63n) polega na zdolności do bliskich kontaktów nie tylko z inną osobą płci przeciwnej, ale także z ludami, którzy nie uczestniczą w wymianie satysfakcji erotycznej. Jest to zdolność do pełnego, otwartego i bliskiego zarazem kontaktu z drugą osobą przy pełnym zachowaniu tożsamości własnej i tożsamości drugiej osoby. Wynika z tego, że dojrzałe związki intymne są możliwe tylko wówczas, gdy człowiek ma ukształtowane poczucie własnej tożsamości, co było centralnym zadaniem poprzedniego okresu rozwojowego. Jest to cecha bardzo ważna w relacjach małżeńskich, przyjacielskich. Zaburzenia do nawiązywania intymności przybierają postać trzymania ludzi na dystans. Wtedy to nawet w bliskich kontaktach seksualnych występuje forma nieobecności i nieangażowania swojego „ja”. Jest to związane z tym, że bliska relacja wywołuje lęk, gdyż wiąże się z niebezpieczeństwem utraty poczucia „ja” w kontakcie z drugim, bliskim. W innym przypadku zbyt duży lęk przed utratą autonomii prowadzi do poczucia izolacji i unikania relacji i związków wymagających intymności. Tymczasem osiągnięcie właściwej intymności w związku małżeńskim jest przygotowaniem podstaw dla rozwoju miłości i dbania o właściwy rozwój potomstwa w atmosferze miłości. Bliski związek z drugą osobą,

partnerstwo seksualne oraz możliwość prokreacji stają się źródłem zaspokojenia potrzeby intymności i miłości. Realizacja zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości umożliwia osiągnięcie odpowiedniego poziomu samopoznania oraz autoidentyfikacji w kontaktach z innymi (Erikson, 2011, s. 131).

Realnym zagrożeniem dla rodzącej się w fazie szóstej bliskości jest izolacja. Polega ona na całkowitej lub ograniczonej niezdolności do dzielenia intymności z drugą osobą, a tym samym do zapewnienia swojej tożsamości szansy bliskości oraz umiejętności zaufania innym. Izolacja określana bywa również jako kryzys intymności (Sęk, 1998, s. 64).

Oprócz relacji intymnej młody dorosły powinien znaleźć drogi samorealizacji adekwatne do warunków, w jakich się znajduje oraz zintegrować doświadczenia z różnych obszarów własnej aktywności. Trudności w rozwiązywaniu wyzwań stojących przed jednostką w tym stadium dają w efekcie zaburzenia w tworzeniu się tożsamości, poczucie izolacji i pozostawania poza głównym nurtem aktywności istotnych dla człowieka w tym momencie życia lub nieumiejętność godzenia różnych ról społecznych i zawodowych (Harwas-Napierała, Trempała, 2000, s. 205).

### **2.7. Siódme stadium *Płodność (generatywność) vs stagnacja***

Siódma faza rozwojowa obejmująca okres średniej dorosłości dotyczy konfliktu: generatywność vs stagnacja, a cnotą rozwiązanego kryzysu jest troska.

W tej fazie rozwojowej dochodzi do konfrontacji pomiędzy życiodajnością, określaną jako generatywność, twórczość lub produktywność a stagnacją, czyli biernością, zastojem i impasem (Sęk, 1998, s. 64; Erikson, 2004). Na życiodajną produktywność tej fazy składa się bardzo złożona zdolność do kreatywnego tworzenia i konstruktywnego życia. Człowiek poprzez zdolność do prokreacji może przyczynić się do zrodzenia i wychowania nowych istnień ludzkich, a dzięki swojej inteligencji, wiedzy, wykształceniu, a także inicjatywie, działalności i pracowitości przysporzyć nowe produkty, wytwory, pomysły, idee, które mogą służyć jemu samemu, a przede wszystkim mogą stanowić ogólnonarodowe dobro. Generatywność tej fazy polega również na wychowywaniu i przygotowywaniu nowej młodej generacji do życia społecznego, na dzieleniu się z nimi zdobytym doświadczeniem i mądrością oraz niesieniu pomocy młodemu pokoleniu. Stąd pojawia się nowa siła witalna, którą jest troskliwość, opiekuńczość znajdująca wyraz w trosce i opiece nad innymi osobami, ale także nad wytworami, pomysłami i ideami (Erikson, 2011, s. 132). Przeciwnością życiodajności i generatywności jest stagnacja, która pojawia się, gdy zachwiana zostaje zdolność do kreatywnej i twórczej działalności. Stagnacja jest stanem patologicznym, a jej konsekwencją jest z reguły regres w kierunku wcześniejszych stanów konfliktowych, których jednostka już doświadczyła. Stagnacja prowadzi do poczucia frustracji, a nawet bezsensu, która jednak na optymalnym poziomie jest pozytywnym, życiodajnym czynnikiem. Stagnacja i niezadowolenie z siebie, a także odkrycie zamknięcia się na innych w takiej pozytywnej formie może prowadzić do podjęcia pożądanых zmian w życiu

jednostki w kierunku produktywności. Gdy jednak nie pojawi się ten pozytywny stan następuje regres do faz wcześniejszych. Odżywają na nowo konflikty charakterystyczne dla kolejnych etapów rozwojowych, np. obsesyjna i fałszywa potrzeba intymności, czy też egoistyczne i nadmiernie przesadzone przejmowanie się swoim własnym obrazem i opinią innych osób. Podczas gdy generatywność charakteryzuje witalna cnota troskliwości, tak dla stagnacji charakterystyczna jest cecha negacji. Negacja w tym sensie polega na odrzuceniu troski i opieki nad innymi osobami, na egoistycznym przeżywaniu własnego życia i odmawianiu niesienia pomocy innym ludziom, nawet z najbliższego otoczenia (Erikson, 2011, s. 132; Sęk, 1998, s. 64).

### 2.8. Ósme stadium *Integralność vs rozpacz*

Ostatnim etapem rozwoju psychospołecznego wyróżnionym przez E. H. Eriksona pojawiającym się po 60 – tym roku życia człowieka jest przeżywany kryzys pomiędzy integracją vs rozpaczą, a cnotą rozwiązanego dylematu życiowego staje się mądrość.

W fazie tej człowiek powinien zdobyć zdolność uzasadnienia sensu swojego życia, godności i wartości swojego wyboru, przy pełnej akceptacji innych możliwych i niewykorzystanych wyborów, a także zdolność pogodzenia się z niepowtarzalnością i nieuchronnością własnego istnienia. W ostatnim stadium swego rozwoju psychospołecznego jednostka zbiera efekty wszystkich poprzednich faz, dokonując bilansu całego dotychczasowego życia. Następuje tutaj najwyższa kumulacja wszystkich dotychczasowych witalnych sił rozwojowych. Napięcie pomiędzy integralnością a rozpaczą powinno zostać przez jednostkę pozytywnie rozstrzygnięte. W przeciwnym przypadku człowiek cofa się w swoim funkcjonowaniu do faz poprzednich. Wówczas egzystuje jakby na niższych szczeblach rozwojowych, a jego witalność pozbawiona jest siły nadziei dającej podstawową energię życiową i pozwalającą na ufne spojrzenie w przyszłość oraz właściwy stosunek do przemijania, straty i śmierci. Brak nadziei, będący wynikiem negatywnego bilansu dotychczasowego życia, grozi całkowitą egzystencjalną degradacją jednostki. Jej potencjał życiowy spada do najniższego punktu wyjściowego, a dominującym przeżyciem człowieka jest rozpacz, niezgoda na przemijanie, a także negatywny stosunek do młodych, którzy mają jeszcze okazję do tego, by dokonać pozytywnych zmian w życiu, których oni sami u siebie już nie postrzegają. Podczas gdy kryzys ostatniej fazy rozwojowej zostanie pozytywnie rozwiązany dochodzi do stabilizacji i integracji ego, które wiążą się z pozytywną akceptacją dotychczasowego życia i osiągnięć jednostki, a także potrzeba dokonania pewnych zmian uwzględniających coraz mniejsze możliwości organizmu. Poziom integralności wyznacza z reguły stosunek do śmierci osób starszych. Im wyższy poziom integracji ich ego, tym mniej obawiają się oni śmierci, co przekłada się na ich stosunek do życia i podejmowanie aktywności stosownej do okoliczności życia i możliwości danej osoby. Wewnętrzne zjednoczenie i integracja oraz poczucie spełnienia oraz sensu życia daje w efekcie pogodną życiową mądrość. Zatem ze starcia między rozpaczą a integralnością, sensem a bezsensem

rodzi się prawdziwa mądrość, której świat pragnie i potrzebuje od ludzi w podeszłym wieku (Sęk, 1998, s. 64; Brzezińska, Wilowska, 2010, s. 50; Erikson 2011, s. 132).

\*\*\*

Erik H. Erikson w swojej koncepcji wykazuje, iż człowiek rozwija się przez całe swoje życie, co jest bardzo optymistyczne, ale też przez całe swoje życie powinien podejmować kolejne zadania i aktywnie przezwyciężać kryzysy, co z kolei bywa trudne, czasem nawet bolesne i męczące. Zaproponowane w koncepcji rozwoju psychospołecznego E. H. Eriksona bieguny – czyli dylematy – kryzysy rozwojowe z jednej strony zapewniają pozytywny rozwój, twórczą postawę do życia i sposób funkcjonowania dający satysfakcję, a z drugiej negatywnej strony wskazują na patologię rozwoju wyraźnie obrazują zagrożenia, które pojawiają się w toku życia. Są one wynikiem zarówno decyzji jednostki, jak i negatywnych wpływów otoczenia. Szczególnie w pierwszych czterech stadiach rozwojowych zaznacza się ogromny wpływ otoczenia, a zwłaszcza sposób wychowania przez rodziców i oddziaływania na dziecko wychowawców i nauczycieli. Ma to decydujący wpływ na dalsze życie jednostki i sposób rozwiązywania kryzysów w następnych etapach. Oczywiście nie wszystkie stadia muszą w życiu jednego człowieka mieć niekorzystny dla niego wydźwięk, ale każdą nieprawidłowość trudno odrobić, a im jest ich więcej, tym gorzej rokuje to pomyślnemu rozwojowi jednostki. Brak zaufania do innych, wstyd i zwątpienie, poczucie winy, poczucie niższości, pomieszanie ról, izolacja, stagnacja i rozpacz są trudnymi przeżyciami i stanami destrukcyjnymi nie sprzyjającymi autonomii człowieka ani realizacji zadań przed nim stojących. Wyzwalają natomiast potrzebę kompensacji niezaspokojonych potrzeb, która może przybierać formy kontaktów z subkulturami, tendencję do różnorodnych uzależnień, zachowań agresywnych lub submisyjnych, występowania lęków, problemów w relacjach, a także zaburzeń nerwicowych. To z kolei jest ceną, którą się płaci za niepodjęcie trudu rozwoju lub niemożność uczynienia tego wskutek ukształtowania jednostki przez nieprawidłowe wpływy w okresie dzieciństwa. Każde pokonanie tendencji do regresu, a wybranie tendencji do rozwoju zwiększa szansę jednostki na pełne, wartościowe, sensowne i szczęśliwe życie.

Pełny cykl rozwoju uwzględniający biegun pozytywny, odzwierciedlając problemy społeczne i wzory kultury tworzy złożoną całość życia człowieka – model nadziei, siły woli, dążenia do celu, umiejętności, wierności, miłości, troski i mądrości. Są to kryteria indywidualnej siły, które zdaniem E. H. Eriksona (1970, s. 144) ożywiają funkcjonowanie jednostki, ale także funkcjonowanie instytucji społecznych. Bez tych cech ludzkich, stanowiących podstawowe formy opieki, troski, miłości, kształcenia, wychowania nie mogłaby powstać siła dla rozwoju kolejnych pokoleń. Zatem rozwój jednostki, dziedzictwo pokoleń i struktury społeczne reguluje ten sam proces.

**Bibliografia:**

- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Brzezińska, A. I., Hejmanowski, Sz. (2005). *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?*, (w:) A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, s. 623 – 664, Gdańsk: GWP.
- Brzezińska, A.I., Syska, W. (red). (2011). *Ścieżki wkraczania w dorosłość*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im A. Mickiewicza.
- Brzezińska, A. I., Wilowska, J. A. (2010). *Starość w kontekście psychologii pozytywnej*, (w:) K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.), *Pozytywna starość*, s. 45-55, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Carson, R.C., Butcher, J.N., Mineka, S. (2003). *Psychologia zaburzeń*, Gdańsk: GWP.
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*, New York, Norton.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity, youth and crisis*, New York, Norton.
- Erikson, E.H. (1970). *Jugend und Krise*, Stuttgart, Klett.
- Erikson, E.H. (2000). *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Warszawa: Wydawnictwo Rebis.
- Erikson, E.H. (20004). *Tożsamość a cykl życia*, Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Erikson, E.H., Erikson J.M. (2011). *Dopełniony cykl życia*, Gliwice: Wydawnictwo Helion SA.
- Harwas-Napierala, B., Trempała, J. (2000). *Psychologia rozwoju człowieka. Tom 2. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jakubik, A. (2003). *Zaburzenia osobowości*, Warszawa: PZWL.
- Janiszewska-Rain, J. (2005). *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jako pomagać?* (W:) A. Brzezińska (red.) *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, s. 591-622, Gdańsk: GWP.
- Kendall, P.C. (2012). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Sopot: GWP.
- Kościelska, M. (2013). *Nadzieja w życiu ludzi*, Warszawa: Difin.
- Kozielecki, J. (2006). *Psychologia nadziei*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Kubler-Ross, E. (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.
- Musiał, D. (2007). *Kształtowanie się tożsamości w adolescencji*, *Studia z Psychologii w KUL*, Tom 14, s. 73–92.
- Schaffer, H.R. (2004). *Psychologia dziecka*, Warszawa: PWN.
- Schier, K. (2014). *Dorośle dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Sęk, H. (red). (1998). *Społeczna psychologia kliniczna*, Warszawa: PWN.
- Sękowska, M. (2000). *Neopsychoanalityczna koncepcja rozwoju psychospołecznego Erika H. Eriksona*, (w:) P. Socha (red.), *Duchowy rozwój człowieka*, s. 101-143, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Szczukiewicz, P. (1998). *Rozwój psychospołeczny a tożsamość*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Trzebiński, J., Zięba, M. (2003). Nadzieja, strata i rozwój, „*Psychologia Jakości Życia*” tom 2, nr 1, s. 5-33.
- Witkowski, L. (2009). *Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji Erika H. Eriksona*, Łódź: Wyd. WSEZ.



Th.D. Urszula Tataj-Puzyna

MD, PhD Barbara Baranowska

MD, Ph.D. Grażyna Bączek

*Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University Of Warsaw,*

Prof. Krzysztof Czajkowski, MD, PhD

*Department and Clinic of Obstetrics and Gynecology*

*Medical University Of Warsaw*

## **Opinion of mothers on medical and spiritual aspects of pregnancy and labour - qualitative tests**

### **Introduction**

Pregnancy and labour have an important impact on woman's personal and social life. In the first half of the 20th century in Poland, pregnant women used to be called "blessed", "in the state of grace" or "at hope". Those terms put greater emphasis on the emotional aspect of pregnancy than on biology. A development of modern medicine and a progress in highly specialized techniques in medical diagnosis have entered into the physiology of woman's life - from family planning to pregnancy and labour. The medical approach to motherhood has highlighted the biological and technical dimension, and marginalized the spiritual space of these experiences (Domańska, 2005, p. 313).

Linguistically, pregnancy is the state that needs control (it is talked about birth control or conscious parenting). Over the past few years, might be observed the phenomenon of determining the status of a pregnant woman, that is not always achieved by natural methods. The progress in techniques in Extracorporeal Fertilization, and in In Vitro Fertilization has brought pregnancy up for a discussion that is much more technological, biological and experimental. As a result, new words appeared related to the unborn child: test tube baby, conceived in a glass, and to the mother herself, that is called a surrogate mother, a substitute mother (Zdankiewicz-Jedynak, 2012, pp. 189-199).

A Word has an educational significance. So, it is important how the pregnant woman is called - in a state of blessing, at hope, enceinte, with child. The principle of linguistic relativity affects the way of thinking, and the word shapes the perception of the world, to a greater or lesser extent (Klimczuk, 2013, pp. 165-181). Through "word" we shape our thinking and then, as a consequence, our actions. Therefore, it is not insignificant how we will call a woman who carries a child.

Motherhood is not only a biological and medical process, but is also experienced in the social space and has a deep, psycho-spiritual dimension (Kornas-Biela, 2005, pp. 119 – 164).

In the strict sense of this word, it means - giving a biological life, In a broader approach, it provides care for the offspring and supports their integral development.

Motherhood, in its definition, covers a broad spectrum of human behavior that starts from family planning, then the conception of a child, waiting for childbirth, labour and childcare (Kornas-Biela, 2006, pp. 481-539).

Although biologically a woman becomes a mother in only one moment, she has to grow up to Motherhood and its emotional and spiritual aspect. Becoming the mother is a process, that irreversibly changes woman's life in all aspects (Kornas-Biela, 2002, pp. 42-70).

When motherhood is seen and experienced only at the level of a biological event, when it has a lack of spiritual depth, it might become only an experience of technical management of a child. In addition to the biological and medical sphere, that dominated the area of pregnancy and labour, there is also an emotional and spiritual aspect, which, sometimes, is hard to define. In the light of Personalistic Anthropology, anything that concerns the biological dimension of the human is inextricably linked to its spiritual dimension and vice versa. Therefore, the appearance of a human in space-time is also the beginning of his spirituality, that is understood as the ability to go beyond the sphere of biological needs (Wojtyła, 1985, pp. 217-221).

Although the connection between spirituality and obstetrics seems obvious, there are few literature sources that describe the spiritual aspects of the experience of pregnancy and labour. Those who had an opportunity to participate in a childbirth - as a midwife, a physician, a mother or as a companion, will agree that it is an exceptional time for everyone involved. This is the moment when each participant establishes a deep relationship with another person, and, sometimes, even crosses the boundaries of professional involvement (Crowther, 2013).

The motivation of the authors to take up this topic were the reflections, that result from the confrontation of many years of obstetric practice with a personal experience of transcendence of a childbirth, and women's descriptions, who considered pregnancy and labour as an existential experience, that was beyond the space of biological and medical experience.

## **I. A Theoretical Introduction to the Research**

### **1. The Experience of Pregnancy and Labour**

The experience of pregnancy and labour has an impact on all woman's spheres: biological, emotional and spiritual. Although, the first one dominates literature sources concerned pregnancy and labour, there are no doubts, that the experience is existential, and creates strong emotions that remain in the memory of women for life. The aim of this study was to analyze the experience of pregnancy and labour in the context of the spiritual dimension.

The results of the study clearly show that the experience of pregnancy and labour is, for women, an event that goes beyond the biological or medical aspects. Now, there is a medical supervision over physiological pregnancy and labour, which are increasingly being treated as medical problems, even in terms of “a disease” (Mazurek, 2014, pp. 75-93).

Although it is assumed that pregnancy is not a disease, every healthy woman expecting a baby becomes a patient. She keeps a Pregnancy Notes, is sent on diagnostic tests and obliged to a systematic review of health.

Normally developing pregnancy is not a disease. Changes in pregnancy - in a uterus, as well as in the whole body, are known as maternal adaptation and, usually, do not require “treatment”. There are situations when pregnancy causes a health or life threat to a woman or a child and requires intensive supervision and medical intervention (Lichtenberg-Kokoszka, 2008, pp. 33-34).

The current medical recommendations for prenatal counseling have standardized the care of a healthy pregnant woman in so much detail, that one might think that most pregnancies and births are perceived to be high risk. Recommendations of the Team of Experts of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians in the field of pregnancy and labour establish a schedule for consultation with a doctor or midwife. A minimum of eight visits and a series of diagnostic tests are recommended to detect the risk connected with the occurrence of the pathology of pregnancy - birth defects or complications of pregnancy - and to promote a hygienic and healthy lifestyle. More detailed supervision of a gynecologist or midwife is necessary to reduce the number of illness among mothers and the number of preterm birth, and to lower perinatal mortality (Recommendations of the Team of Experts of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians). Standards for Maternal and Neonatal Care are aimed to define the tasks, duties, and activities of the medical staff for a woman in the perinatal period, and to determine the procedures for the care of a woman expecting a baby. The standards point out that according to an evidence-based medicine, the number of medical interventions, during the pregnancy and physiological birth, should be limited to the minimum. According to this document, medical procedures should be used only when it is necessary and medically justified, not as a routine and not automatically (Ministry of Health, Standards for Maternal and Neonatal Care).

Doroszevska, in her studies, claims that the medical supervision over a pregnant woman and a woman in labour, in an over-medicalized model of perinatal care, can lead to a woman objectification by limiting her activity and minimizing her impact on decisions about the physiological course of pregnancy and labour (Doroszevska, 2016, p. 55).

## **2. Problems faced during pregnancy**

Although increased medical care over a pregnant woman allows for an early intervention when a problem arises, it must be noticed that the multiplicity of pregnancy tests can have a harmful effect on a woman's psychological and somatic health. According to

Urbańska, physiological processes, like pregnancy and labour, are subordinated to the medical procedures that might have a considerable impact on the quality of their course. The over-medicalized gynecologic care may, in the minds of the debuting mothers, draw a picture of motherhood as a state of emergency, which requires intensive medical supervision (Urbańska, 2009, pp. 19-42).

Nevertheless, it seems that a gynecologist is an indispensable person for a pregnant woman. Women describe the time of pregnancy when they often experienced ambivalent feelings of joy, with negative feelings of stress, anxiety, fear, and doubt. The tested group considered a role of a gynecologist in shaping the perception of pregnancy very important. They valued kindness, high personal culture, and friendly approach of a doctor. The pregnant women appreciated doctors' high professional competences. The attitude of the doctors to a possibility of a natural (vaginal) childbirth after Caesarean section was also significant. A midwife, taking care of the pregnant woman, appears only in one history.

An opinion that the medical supervision of the pregnant woman prevents a woman to go through a pregnancy in the dimension of transcendental experience is quite common but seems not to be confirmed by studies. The attitude of doctors and midwives, who take care of a pregnant woman, affects how much the woman will focus on spiritual aspects of pregnancy. The sense of security given by a gynecologist or a midwife, allows the women to focus on relational, emotional or spiritual aspects of pregnancy, leaving the medical aspects to the professionals.

### **3. The Sanctity of a relationship with a child in the prenatal period and during the childbirth**

Lichtenberg-Kokoszka (2008) states, that changes, which appear in a woman's body after the conception, are far beyond the biological sphere of the mother and are not strictly the medical experience. Waiting for a child is the period when a woman redefines a meaning of her life. The pregnant woman undergoes changes in her social status and her morality. It is often expressed in a new way of thinking about the essence of life and a new way of understanding freedom and responsibility.

The sanctity of human birth is rarely described in the professional literature. There are few scholars, who dealt with a spirituality of pregnancy and childbirth. They interpret the feeling of sanctity during the labour on many ways, depending on a religious outlook of the parturient woman and her companions (Gaskin, 2002; Lahood, 2007, pp. 3-10; Fahy K., Hastie C., 2008, pp. 39-56; Doherty, 2010, pp. 96-101; Chmielewski, 2011, pp. 37-45; Crowther, Hall, 2015, pp. 173-178; Żuk, 2017, pp. 19-36).

The key factor of spirituality is the basic need of humanity to seek the meaning and purpose of life in every experience, also in motherhood. There is no doubt that pregnancy and labour are a deep experience for a woman and a child. An experience that goes beyond the biological level, and has also a spiritual aspect (Crowther, 2015, pp. 173-178). In the

theology of Catholic spirituality, the spiritual attitude means that one takes a position on the key values and then he acts according to his beliefs (Chmielewski, 1999, pp. 187-188; Wejman, 1997, pp. 50-231). The phenomenon of human spirituality was also described in the context of non-religious human experiences (Grzegorzczkova, 2006, p. 25).

The spirituality connected with the transcendence of man has many variants, depending on his religious outlook. It is a mistake to assign spirituality to the religious conviction. Skrzypińska defines spirituality as a personal search for the meaning and purpose in life of persons of different worldviews and religions. It may be the other dimension of human personality, and plays a significant role in the process of fulfilling a need of safety, a sense of life, emotional and cognitive needs (Skrzypińska, 2008, pp. 39-57).

D. Kornas-Biela (2002) describes experiences of a mother, in the prenatal period, as longing for a meeting and waiting for a birth. The author presents a range of emotional and spiritual experiences related to the presence of a child in a life of a pregnant woman. The woman realizes that she is the mother, she turns her experiences "inward", deep into herself, and, at the same time, she establishes closer relationships outside. She identifies herself with the child and surrounds him or her with love (ibid. p. 65).

Interviews with women carried out as a part of this studies, confirm that although most of the pregnant women focus on the biological aspect of pregnancy, they devote a lot of time to relations with the child in the prenatal stage, to his health and behavior. They attach great importance to documenting first moves, which they treat as physical, emotional and spiritual feeling. This is when they fully realize that the role of their body for the child. This is when the pregnancy is no longer something abstract.

D. Kornas-Biela (2009) emphasizes that the union between a mother and her child, in the prenatal stage, sharpens mother's sensitivity and empathy, develops her ability to give herself to the child and teaches to express love, kindness, and tenderness. In this way, the child, in prenatal stage, has a profound influence on the spirituality of the mother. The author identifies this time with the spiritual formation of the mother, and with the practice of selfless love (ibid. pp. 385-386).

D. Kornas-Biela states, that mother herself needs to feel love and she is looking for it among her friends and family. During pregnancy a woman needs to establish a closer relationship with her mother, she wants her mother to be around her (ibid. p. 65).

Stefan confirms that widely understood motherhood has the biological, psychological, moral, spiritual and religious aspects. The author adds, that motherhood is not only a personal experience for a woman and a man, but it is also very important socially (Stefan, 1998, pp. 26 and 33).

In this studies, women emphasize that, during pregnancy, it is important to cultivate relations with the loved ones. It is a great value to have family and friends' support during this crucial period. Women stress the sense of safety that is given by their husbands and the value of man's emotional engagement for building deeper relationships.

According to Kuryś (2010) - first pregnancy is often an opportunity for a woman to self-discovery and, also, to build and develop relations with the father of her child, who is waiting with her for the birth of their offspring.

The study by Bielawska-Batorowicz (2006) on prenatal psychology proves, that the birth of a child changes the dynamics of the relationship, causes changes in the relations between man and woman. The involvement of the father in establishing close contact with the child in the prenatal development, affects his relationship with the child and also with the mother. It helps him to make early contact with a baby after childbirth (ibid. pp. 133-139; 123-128).

D. Kornas-Biela (2002, p. 50) claims that a child can give a mother a sense of life, satisfy a need for immortality, and a need to create. The author believes that motherhood means to give life not only in a physical but also in a moral and spiritual sense, The child gives the sense of life and fulfills parents' need for immortality - child's appearance prolongs parents' existence.

Żuk (2017) emphasizes, that spiritual experiences are connected not only to a particular religion but also to the bodily-spiritual experiences - which do not fit the definition that is purely theological or religious. The author undertook the perinatal subject matter as the experience of fascination - with all its bliss, surprise, almost ecstasy; at the same time as an experience of tremendum - the experience of dread, fear, anxiety, and pain. He emphasized that the experience of perinatal time has five dimensions - bodily, psychological, social, existential, and spiritual (ibid., pp. 19-36).

## **II. The Authors' Own Studies**

### **1. The aim and method of the study**

The aim of this work was to analyze women's descriptions of the experience of pregnancy and labour, including the spiritual aspect of it.

Qualitative tests were made with the method of the questionnaire interview. The study group included 8 pregnant women and 4 mothers after labour. The study group was selected to provide diversity of age (the youngest participant was 26 years old, the oldest 41; the average age - 31,8), religion (participants who declare to be Roman Catholics and a person who claims to be an agnostic), marital status (married, divorced, single), the educational attainment (secondary, higher education), place of residence (city, village), experiences of childbirth (natural vaginal birth, C-section, vaginal birth after cesarean (VBAC)). The interviewees were recruited among participants of antenatal classes and Internet forums for mothers. Pregnant women were at the stage of the third trimester of pregnancy. The study was conducted in October 2017.

The pregnant women participating in the study were asked three open questions in form of a request: 1. Tell me about your pregnancy, 2. What would you say about the person who took care of you when you were pregnant? 3. How would you describe the role of your

child's father during the pregnancy? The examined mothers were asked an additional question: Tell me about the labour.

The interviews were analyzed in terms of the spiritual aspects of the pregnancy and labour, and the participation of the father of a child while waiting for the childbirth and during the labour.

### **1.2. The results of the study**

The analysis of the interviews focused on the number of emotional expressions. The interviews were also analyzed in terms of quality.

The number of emotionally charged statements was checked in the responses. The most of the statements were said about pregnancy (433 expressions) and labour (106 expressions). The majority of the statements was positive (304 expressions) and the fewest number was negative (145 expressions), (Table I).

Table I The number of the positive, neutral and negative statements expressed by tested women

Statements about:	Positive	Neutral	Negative	Σ
pregnancy	130	186	117	<b>433</b>
a person who took care of a pregnant woman	48	15	15	<b>78</b>
the role of a partner/father in the perinatal period	67	30	2	<b>99</b>
a labour	59	36	11	<b>106</b>
<b>sum</b>	<b>304</b>	<b>267</b>	<b>145</b>	

All interviews on very intimate, personal experiences of pregnancy and childbirth contained full answers of the respondents to these issues. The women described their own experiences in an open and detailed manner, and also, during the study, they often used metaphors in their answers: *like using a magic wand* (C), *I felt like someone turned off my batteries* (E), *I am very happy that I carry such a small sweet chick* (E), *husband gave a good account of himself* (E), *It happened that I felt helpless like a "babe in the woods"* (G), *I was happy like a child* (H), *it was a sweet weight* (I).

The analysis of interviews was presented in four categories: the description of the pregnancy, the description of a person who took care of the pregnant woman, the description of father's/partner's role in a perinatal period and description of a labour.

#### **1.2.1. The pregnancy**

The tested women described the pregnancy in a category of a stage and a process. The respondents say: *I have fond memories of this time* (A), *pregnancy was a good time for me as well as*

for my marriage (...) amazing feeling (A), although the beginning did not indicate it, the pregnancy itself was an absolutely beautiful time in my life (E), the most important chapter of my life and really amazing time (J). The women usually describe the pregnancy chronologically, they begin their stories by saying more about the decision to have a child: *I expected pregnancy (A) pregnancy was so desirable (B) was long-awaited and scheduled for a minute (H).*

The women used the medical expressions to describe their condition - 30 hbd [lat. "hebdomas" - weeks] (I), but also emotional words, like: *I carry life under my heart (H)*, or words associated with spirituality: *a blessed state, waiting for our miracle (G)*. Mostly the descriptions of pregnancy focus on the biological aspect of being pregnant.

Women's comment on received information about contraception are described in the category of emotions and spiritual experiences, as: *a dream come true (A), a great joy was coming to us every day (...) I couldn't imagine a happiness without child, so when I saw two lines on my pregnancy test, I thought as I won my life (B), the awareness that I carry a new life is fantastic (A), from this moment I was overwhelmed with joy, I was happy (C) We were overwhelmed with happiness. We wept for joy (J).*

The tested group often show emotions that are ambivalent and difficult to define: *at the beginning of the pregnancy I had many doubts and worries... (C), Every day of my pregnancy was like a test, like a road with wounded stones, but I knew, that full of happiness waits for me (B) I was genuinely happy about being pregnant, without blurred visions I had in the back of my mind (C), I and my husband were very happy, that it happened so fast, but we were wondering what our life will look like now (D), an awareness, that a new life is growing within me is, on the one hand is an amazing experience for me, even unbelievable (...), then, on the other hand, the fact that I am pregnant is an abstract concept for me (F), In this blessed state, the most amazing for me is that the life develops within me. The awareness and feelings of that are difficult to describe (G).*

Many women describe difficult and uneasy feelings, that they experienced during pregnancy: *stress and anxiety persisted (E), the beginning was difficult for me. (...) I was full of doubts and worries, if I could cope with a new role (G), It might be said that I distance myself from that, I'm not fully connected to my child. I'm not very excited about that, but I think I just need to get used to that (F).* Especially if the pregnancy was preceded by failure or treatment of infertility, women say about negative emotions: *I had dark thoughts, that my child would have some genetic disorder (C), and then fear began. About every day of my baby. The following weeks brought bad news (B), pregnancy began with great anxiety (E).*

Every description of pregnancy includes many references to physicality, physical feelings. In the description of the body, the dominant tendency is to indicate the belly growth. Among the experiences related to pregnancy are somnolence, problems with back pain, heartburn. The women notice a loss of appetite, nausea, vomiting, pubic symphysis pain. They describe this condition as going through something that annoys them, getting health problems, the fatigue because of complaints, the fight with the inconvenience. The pregnant woman says about their physical experiences in this way: *Sometimes when I get out of the house, I have colic, then I can barely move. From time to time I have nosebleeds, my legs swollen,*



*and sometimes I have a back pain, and I can't sit still, I have to walk or lie down (D). I lost strength, I was very weak (D). In many cases, the pregnancy is not described as a natural state, health condition, but a time of physical disability. Feeling better, or being physically and professionally active is considered as something unusual.*

For some women, pregnancy was a very difficult physical experience. One of the respondents reported that she spoke to the family *I just want to survive*, then she describes *I had a feeling of helplessness, the truth is that I had never felt so bad for so long. I wasn't able to go out of the house because I felt weak and I got sick (D).*

One of the respondents experienced a change in her physical condition when she fully realized the role that her body has for the child, when she understood the sense of being pregnant: *during this ultrasound, that lasted a dozen minutes, I could see exactly what was really happening in my body. The pregnancy wasn't abstract anymore, I finally understood, that this little person is living within me, and I need to take care of her development. After this ultrasound, I shared the joyful news with the rest of my family (D).*

Some of the respondents reported physical well-being during pregnancy: *I went through the pregnancy very well (C), my pregnancy went wonderful, without problems (H), fantastic mood, energy (J).*

The pregnant women focus on themselves and their complaints, but, in their descriptions, they talk a lot about the child, his health, and behavior. They attach special importance to describe baby's movements, treating it as physical, emotional and spiritual experience: *When I feel his moves, kicks, stirring I feel love. For me, it is my communication with the child, as if he is talking to me, or approach me in some way. I love to put my hand on the belly and feel these movements. Every time I'm wondering how it is possible, that from this little "tadpole" will grow body with bones, muscles, with a shape of a little human (E), I feel my little daughter's movements, and it is, every time, the amazing experience for me (D).*

Some of the respondents describe the pregnancy as the time when they changed their lifestyle, they became more attentive and focused: *I started to read books about pregnancy, I was more interested in the healthy diet, we started cooking together with my husband (...) After work and on weekends we began to go on long walks (D).* For the tested women, it is also the time to stop, think and to focus on themselves and their babies: *I tend to give my attention "inward", to my little daughter. I love the moments, when she marks her presence. I admit, that only now, I fully accepted my body. I am watching with curiosity how it changes, I take care of it to be nourished because I know that I care not only of myself. Before that, I'd seen some disadvantages, but now, I feel good and do not have any reservations about it. The pregnancy teaches me responsibility (G).*

The women say also about the greater amount of love from relatives: *I feel loved and taken care of and I know, that my daughter feels it too (...). I also receive support from my closest family, and I feel that we are even closer now, we care more about our relations. The support of family and friends is a great value during this crucial period of life (G).*

The pregnant women often say at the end of the interview, that they are waiting impatiently to see and hug their babies: *We are looking forward to the birth of our daughter (D), I can't wait for the moment when I will physically hug and cherish him (E).*

The pregnant women also indicate that their husbands or partners declared that they want to participate in the childbirth.

### 1.2.2. A person who took care of you when you were pregnant

Among the persons who took care of the pregnant women, the most common group are obstetricians. There are positive descriptions of this care, but there is also a list of deficiencies and unmet needs in this field. Doctors are described by personality traits: *competent, kind, gentle at the test (A), very meticulous, concrete (D), a very wise and normal woman (...), professional and organized but still subtle and kind (...) shows impeccable manners (E), professional, but above all - kind, amiable and empathetic (F), or disastrous (...) and she treated me very unkindly (B), a great man who fights for a happiness and "normality" for women (...) surprised me with his eloquence, knowledge and friendly attitude (H), wonderful, warm and kind person with impeccable manners (K).* Interesting is that the women also value an aesthetic aspect of doctors. One of the respondents describe the doctor: *clean, neat and elegant (E).* Obstetricians' professional competencies are also described: *the doctor is a radiologist and has all international certificates (C), describes the ultrasound very pertinently and precisely, and has a broad knowledge (E), he took a medical history very carefully (H).* An important element was also the belief of an obstetrician that the woman will be able to have a natural birth even after C-section: *I am very grateful for (...) his faith, as no one else, he believes in the power of women and the strength of their bodies (K).*

There are the following statements about women's needs, that have been met or unmet: *doctor treated me individually, it was clear that he was really interested in my condition, and he did not treat me only as a next patient, did not look bored (C), he ignored the symptoms of hypertension, did not order necessary tests (B), and I need more direct contact with a doctor, for example, I would like to call him (A), fully answers to all my questions (...) I trust her because I see that she comprehensively analyzes all results of my tests and she quickly reacts, when something is wrong. She solves all my problems (D), talks to me about my recent travels during a gynecological examination, or about places I saw during cytology. I feel more relaxed and less embarrassed (E), calmly approached my expectations, and released a tension (H).*

Some women say about the conditions of follow up visits, especially about the duration of the visit, and about payments. The visits, especially in public institutions, were described as too short, not empathetic. Nonetheless, care provided by private sector was too expensive for the tested women: *unfortunately, patients, on visits, are treated like in a product in a factory, the 20 minute visit is shortened to 10 minutes, a doctor merely answers the questions, as if she wants to get rid of a patient (C), during pregnancy I visit a gynecologist from Primary Health Care facilities, I have visits every month, he is not an effusive person, I do not feel very taken care of by him (I).* So, the women decide to visit doctors in facilities paid by the National Health Fund [pl. NFZ] or by

the employee benefit fund, because they cannot count on the appropriate standard of care for them: *The doctor I went to (...) turned out to be a very bad choice, only a source of stress for me* (I).

Only in one interview is mentioned a midwife as a person who takes care of a pregnant woman: *I have a regular meeting with community midwife, who is a competent person, and I will often learn more from her than from a gynecologist* (I)

Two other women state that people who took care of them were family and friends and other people from their environment: *There are many people who take care of you when you are pregnant. It is mostly our family, husband's family, friends, but also a bus driver who waits for us on a stop or someone who let you skip the queue in the shop. In general, especially since my belly is really visible, I notice a lot of empathy and willingness to help from people around me. My belly makes people smile, and is an excuse to start a conversation, gets people to open up, they are kinder and more attentive* (J).

### 1.2.3. Your partner/ the father of the child

A partner is described as a person who gives a sense of security: *I can always count on him, he makes me feel safe and he takes care of me* (D). A partner is seen as someone who will be materially and physically helpful: *he accepted the role of a person who provides us material security* (F), and also as emotional support - as one of the participants says: *he brings a lot of calm*. In some cases, the partners are very active during the pregnancy and show a lot of interest in the health of the woman and child: *we are reading together a book, that describes pregnancy week-by-week, we go on ultrasound and some other medical tests, etc.* (A) *He thinks about my health, well-being, my pregnancy cravings, and what our son will be. He is interested in my results, wants to be with me on ultrasound exam* (C). What is more, the partner is not listed as a separate element of the system, but as a person, who contributed to the pregnancy. The woman invites him to a responsible participation in the process of waiting for the childbirth. The woman, whose pregnancy was proceeded with many failures, says: *he is a co-creator of success...he's a top adviser, his voice counts* (A).

The tested women mention the activities that demonstrate the involvement of partners, which arise from a concern for mother's and baby's health. Among them are: *he does shopping, cleans up, he makes sure that I'm on healthy diet, cooks dinners (...) he runs to the shop for everything I wanted. He started to wake up early, so he could go earlier to job and then he could come back home earlier, and go with me for a walk* (D), *he helped me more with our older daughter, and in home* (H) *he is planning our future, he took some action to buy a house, he wants to provide us the best possible conditions* (I), *he takes me everywhere, he picks me up, he does everything I ask for* (E), *We go shopping on the weekends, we look for clothes for the baby, we buy some clothes, diapers, blankets and other necessary things. We are now decorating a small room for our child* (D), *My husband download a pregnancy app on his phone, so he can check and read how our baby looks like, baby's weight, size and what is developing now* (E).

The women also describe emotional engagement of the men: *He is very moved by the fact of becoming a parent and he can't wait for "materialization" of his visualization, he makes me calm when I am nervous. He shows great patience and he calmly explains me everything (D), He never, literally never lecture me that I forgot to do something (E), He gives me affection, love, and care (I), he supports, accompanies, cares, helps, hugs, understands, reacts, enjoys, concerns, loves ... (J).*

The men, described by tested women, contact also with a child: *When I say that little girl moved or kicked, he puts his hand on my belly to feel it. He sings and talks to my belly, he wants baby to know his voice (D), I often put my husband's hand on my belly, and he makes such a surprised face because he is shocked that the child is already so big and so active (E), He tried to make a contact with the baby daughter in my belly, so he often stroke it (H).*

The expectations of some women about the father of the child were fulfilled: *I evaluate my husband attitude very positively, it was exemplary (C). One of the women beautifully said: a man who accompanies a woman from the beginning of pregnancy, who is conscious and active, gives his love through a mother to a child from the moment of conception, even though he does not have a child under a heart. The child feels, and later hears, reacts, learns - we don't have to wait for a childbirth. Fortunately, there are many men who are wonderfully involved in the pregnancy, and it is not only because of the sense of responsibility, but, in many cases, because of their strong inner need, love and willingness to be "in" not "next to". Amazing! (J).*

There is also one description about of the man who refused to accompany the pregnant women and to take responsibility of a conception: *he left when I told him about the child, he cut off contact completely (B).*

The pregnant women experience changes in their relationships with husbands: *We talk a lot, we exchange our amazement, that everything is so thought out in a development of the fetus, nature know, what should happen, step by step, to make the body function properly (...). we are joking and laughing a lot, sometimes we listen to loud music, dance, hug, make jokes (E), Finally, being pregnant together is also an interesting experience for the relationship itself - makes us closer, makes us adjust to each other, opens up previously ignored subjects, clarifies, makes us get to know each other better...we are even more together (J).*

The women share with the partners not only emotions, but they also describe them their physical symptoms: *I tell my husband about what's wrong with me, that I have heartburn, or that the child is pushing on the bladder (E) and I confide all my concerns to him and then together we find a solution (D).*

They express in these descriptions love for a partner, that they appreciate his commitment and the value of family: *I feel very safe because I can rely on him in every situation. He is on my side, understands me, he comments situations aptly. He is not intrusive in his views, he respects me and loves me above all. We see eye-to-eye about family, we have the same expectations, the same thoughts. We like to be together and there are no words to say how happy we are that we will have our awaited, beloved baby (E).*

#### 1.2.4. The Labour

The experience of a labour is described on the level of mental, physical and spiritual experience. The descriptions of births are very emotionally charged and contain an element of expressing spirituality: *A labour is undoubtedly the miracle of birth! (K) I had the impression that time stood still, and I am in a completely different place, that it is only a wonderful dream! and the moment when a tiny, warm body lands on my chest, belly ...amazing, magical, mystical experience! I could not believe that I did it! I kept repeating with a huge smile and tears in my eyes: I did it! I did it! I did it! (K), I believe that at least once in a lifetime every woman should experience this extraordinary "cocktail of feelings and sensations"! (K).*

The description of labour contains fewer references to a body and physical feelings than the descriptions of pregnancy. The respondents who experienced natural labour focus on the description of painful contractions, however, through the prism of action or their validity: *It was painful, but also full of joy, because I knew what it is for and how it would end. Each contraction brought me closer to the finish. (Ł), Of course, the contractions appeared all the time, so I dealt with them as much as I could, I was moving and breathing properly (...) The contractions were sometimes regular and quite strong, sometimes very irregular and short (...) I squeezed my husband's hand and breathed (...) I tried to breathe properly all the time, that our little daughter also had an oxygen supply (K). I completely got into the needs of my body, I even moved to the rhythm of contractions and I was allowed to do so (H).*

The respondents describe childbirth displaying the feeling of strength, power, sense of pride and success: *I don't remember a pain, I remember pride, the feeling of making "something wonderful" throughout the labour. I celebrated this and needed this hormonal wave the most in the world to feel the enormous power of being a woman (H), 12 months have passed since the birth and I still feel this strength and this success (H), I felt strong, as if I fully experienced my femininity at that moment, I was proud that I can participate in giving life (L).*

The tested group indicates a sense of creation and of influence on the delivery process: *I went into labour, or rather my hormones. It was very fast, intense, but it gave me incredible satisfaction (H), I kept repeating with a huge smile and tears in my eyes: I did it! I did it! I did it! (K), I completely got into the needs of my body, I even moved to the rhythm of contractions and I was allowed to do so. My body worked phenomenally to give birth (H) Each time I wanted to give birth naturally - and I succeeded (L). In statements, an element of femininity is important, an identification with the strength resulting from the gender: *I felt strong, as if I fully experienced my femininity at that moment, I was proud that I can participate in giving life (L), I easily and without shame surrendered to women's primal instincts (H), The labour from my perspective was not only an act of giving a child to the world, but it was also an act of discovering femininity and adolescence (H).**

At the same time, the respondents who gave birth through Caesarean section show the emotions of disappointment, sadness, and even guilt: *It wasn't easy to accept the fact that my*

*body failed (K), the first delivery which ended with Caesarean section was scheduled for the day and time. My daughter was born in a private clinic, surrounded by the operating room and my huge fear. I remember the pain, tiredness, and dependence on the medical staff, in taking care of my daughter, more than joy. Although there were no complications, the first delivery is not a pleasant memory (H), It was somewhere outside of me, I do not remember the surgery (B), I felt such a terrible emotional emptiness (B). It was my fault that my first pregnancy ended by C-section and it was not the peak of my dreams - trouble-free C-section has left a mark in my psyche as a highly medicalized, not spontaneous and "dry" in the feelings labour, which was interwoven with medical procedures (H).*

The mothers strongly emphasized the first moment of meeting with the child: *The first physical contact with a child - indescribable feeling. Joy, love, pride, tenderness. Tears of happiness. Feeling as if something transcendent happened there, as if I were in a different dimension for a moment, like touching eternity (L), and the moment when a tiny, warm body lands on my chest, belly ...amazing, magical, mystical experience! (K), I took her in my hands and sniffed, and I experienced the greatest joy and love of my life (...) the miracle of my child's life has happened, for which I want to thank, I want to cry with happiness (B).*

In the descriptions of births appear also accompanying persons. The women consider them as very important participants of childbirth. One of the respondents uses a plural form to describe the act of birth: *I lay down on the bed and we started to give birth (K).* In the descriptions appears also the person of a midwife, who is mentioned by name: *The Midwife, my Angel, wonderful lady (...) I trusted her, I believed that I must succeed; she repeated that she knows that it hurts, but soon there will be a reward. I thought that I would not be able to push, but I listened carefully to Agnieszka's words (K),* also of a doctor: *my leg and head were held by the obstetrician or doctor (K),* An important part in the descriptions has a husband: *It hurt a lot and I remember my words to my husband: I cannot do it! I cannot do it! I cannot do it! but he believed in me and said I could do it! (K).*

### 1.3. Discussion

Fijałkowski was aware that a modern woman, who gives birth in a hospital, rarely has a chance to experience birth as something spiritual, that enriches her femininity. Already in the 1970s, he argued for restoring the original meaning of birth, for restoring the faith of a woman in the promotion of her natural capacities and abilities to give birth in harmony with herself, with nature, and with God. He believed that the removal of unnecessary medical interventions during labour can make the birth of a child a family experience for a woman, the experience that integrates the relationship between mother, father and child (Fijałkowski, 1988, pp. 86, 88, 114, 197; Fijałkowski, 2001, pp. 8, 60, 74, 145, 148;). Although the way a woman survives a labour depends on her way of thinking and on her perception of the world, it should be noticed that attitudes of those who accompany the woman had a great influence on her perception of this experience. From the attitudes of persons who accompany a woman depends on whether the woman will "stop" only on the biological (technical,

medical) aspect of the pregnancy and labour, or if she will experience a deeper, existential meaning of a childbirth.

The women describe the labour as mental, physical, and spiritual experience. The birth descriptions are very emotionally charged and contain a large load of spirituality: the experience of labour is described as amazing, magical. It is compared to a mystical experience.

Gaskin believes that every birth is holy. In her book he deals with the issue of spiritual midwifery, in the chapter entitled "The Spiritual Midwife", he draws the attitude of a spiritual midwife: *I think that a midwife must be religious because the energy she is dealing with is Holy. She needs to know that other people's is sacred. Spiritual midwifery recognizes that each and every birth is the birth of a child of God. The midwife's job is to do her best to bring both the mother and the child through their passage alive and well and to see that the sacrament of birth is kept holy* (Gaskin, 2002, p. 270). According to the author, the midwife's spirituality means a real concern for others, a compassion, which should be a midwife's way of life. A human, who lives by the rules of compassion and empathy, synchronizes with the biological process of birth that has been repeated for millions of years. The words that the midwife speaks to a woman, the way she touches her, can make great changes in the parturient woman. The author thinks, that the midwife's touch, gesture, and words would have the power of love, only if the midwife was in a state of grace, she should make the same religion vows as nuns or monks. *A midwife must constantly put out effort to stay compassionate, open and clear in vision, for love and compassion and spiritual vision are the most important tools in her trade* (ibid., p. 271). Molonej and Gair emphasize the importance of empathy in midwifery practice. Empathy is mentioned as a key component of effective midwife care during a childbirth. A tender care and empathic "presence" of the midwife contributed to the better women's birth experiences (Molonej, Gair, 2015, pp. 323-328).

In this study, the women displaying the feeling of strength, power, sense of pride and success, indicate a sense of creation and of influence on the delivery process. In their statements, they emphasize the power of femininity resulting from their gender, thanks to which they can participate in giving life.

Karóń-Ostrowska notices that through the experience of pain, a labour becomes closer to the experience of death, that one from the other separates only a thin boundary. Balancing on the verge of pain, the woman who gives birth exceeds herself, experiences an existential state identical with creation (Karóń-Ostrowska, 2014, pp. 383-387).

A labour is, next to death, one of the two most important, extreme acts of man, because it restores the eternal process of giving birth to a new life. The pain of giving birth can make a young mother feel unselfish love, devotion and a willingness to give health and life to a newborn child (Tataj-Puzyna, 2011, p. 98).

In this studies, the women describe the pain that accompanied them during childbirth but they indicate that it had "sense", *was full of joy, because I knew what it is for and how it would*

*end.* Other women forgot about physical pain very quickly, they only remembered a pride and feeling of doing *something wonderful*, an accomplishment compared to success.

D. Kornas -Biela emphasizes that the woman, who gives birth, feels the need to create "something" new, indestructible in its spiritual element. Through the experience of labour, the woman can feel the vitality of her own body and spirit. When she gives birth to a child, she can experience creativity, that exceeds her physical limitations. Struggling with her own weakness, inabilities, and mortality, she directs herself to the higher values, to the other human person. Difficult experience of labour can give to a woman's life a deeper meaning. Giving her body to her child and then giving birth makes it possible for the woman to experience sacrifice, abnegation, and heroism. It can help to leave her own loneliness, and open to another person (Kornas-Biela, 2009, pp. 373-378).

In Catholic spirituality, the role of a person accompanying a woman giving birth is to realize the value of a life as a gift. It is a recognition of the uniqueness of a human who is born with an unambiguous act of will to affirm him in space-time. The one who accompanies a woman who gives birth has a unique opportunity to be a witness to the "miracle of life", he is a witness of the beginning of a new man's life. It is possible then, to boldly say that he stands at the side of the Creator, full of admiration and astonishment, before the mystery in which you have to enter with the entire personal sensitivity. This reflection on the mystery of the beginning of human life raises questions from the point of view of spiritual life, the questions that the companions of the pregnant woman ask themselves: who will this child be, what kind of man will he be, what will he do, what will be his moral and intellectual sensitivity, what place will he take in history? These are questions that indirectly deal with the quality of his conscience (Chmielewski, 2011, pp. 37-45).

In this study, it might be noticed that the women strongly emphasized the first moment of meeting with the child: *feeling as if something transcendent happened there, as if I were in a different dimension for a moment, like touching eternity, amazing, magical, mystical experience!, I took her in my hands and sniffed, and I experienced the greatest joy and love of my life.*

Chmielewski distinguishes several stages of spiritual accompaniment of a woman in the perinatal period, which begins when the parents of the conceived child announce this joyful message to their nearest friends and family. As the author emphasizes, it is advisable not only for the mother but for the whole family, who is a witness to the beginning of a new family member's life, to strengthen their relationship with Christ through a more frequent participation in the Eucharist.

When a woman, who is waiting for a child to birth, receives Eucharist, the child becomes sanctified before baptism, before he or she will be born. A closer spiritual accompaniment means creating an atmosphere of concentration and tranquility at the time of the forthcoming labour. Instead of tension and stress, spiritual unity should be created between all members of woman's household through common prayer, consideration for each other and support in everyday duties. The atmosphere of the house should resemble the



atmosphere in which you are waiting for a special guest, which undoubtedly is a child who is to be born (Chmielewski, 2011, pp. 42-43).

There are different spiritual attitudes of people accompanying a woman during delivery. A spirituality associated with transcendence has many varieties, it can be an element of many religions that differ in understanding what are spirit and soul, and in values related to spirituality. In the case of labour experience, it is about the irreducible gift of a life as a fundamental value, which should be learned and accepted by taking all affirmative actions.

The change that affects the woman in labour can also touch people who accompany her. Welcoming, with great dignity, a newborn child means, that parents and accompanying persons express respect for another human. Such perception and involvement in the birth of a child take on a spiritual dimension, it enters the realm of sanctity, although the physiological labour takes place in the sphere of secularity. Childbirth is one of the few moments in a person's life, when one bows over a newborn child and adores his presence, a human is charmed by another human being (Tataj-Puzyna, 2015, pp. 158-170).

Experts dealing with pregnancy are not, anymore, focused only on a pregnant woman and on the development of a child in the prenatal phase. They take into account the whole family, also the father of the child, who is more and more often actively involved in the time, when they all are waiting for the birth of the child, and in the birth itself (Kornas-Biela, 2009, pp. 93-94).

Many researchers were interested in father's engagement in pregnancy and childbirth (Dellmann, 2004, pp. 20-26; Heather, Longworth, Kingdon, 2011, pp. 588-594; Rudnicka, 2009, p. 132; Fijałkowski, 1993; 2003; Chołuj, p.167)

W. Fijałkowski observed that the presence of a loved person positively influences the course of delivery and the sense of safety and comfort of a woman in labour. The presence of a husband during childbirth is desirable due to the favorable impact on family relations and a better social climate around the birth of a child. For a woman who is in labour, a man becomes a real support in the situation of stress, loneliness and of effort, she takes to give birth to a child (Fijałkowski, 2003, pp. 83-102).

Mary, Longworth and Kirk examined that the level of involvement of fathers during childbirth varies from a passive observer of the birth to an active supporting and coaching role. The researchers note that there are a number of factors that can facilitate or hinder a father's involvement during labour (Mary, Longworth, Kirk, 2015, pp. 844-857).

Rudnicka in her research compared the course of childbirth without the participation of a close relative with a family labour. On the basis of this research, it has been proved that women who gave birth in a hospital, accompanied by a close person (husband), are more often provided with basic patient's rights, such as respect and intimacy. These women were more likely to decide in which positions they would like to give birth to their children. The presence of a husband in the hospital during the labour affects the course of labour, the sense of safety and comfort of the parturient woman (Rudnicka, 2009, p.132).

Fijałkowski pointed out that the presence of a husband during difficult hours of birth is invaluable. It is impossible to replace a close relationship with someone who supports a woman physically and mentally, and, at the same time, who is the best intermediary between medical staff and a woman who is giving birth (Fijałkowski, 1992, pp. 47-59).

Chołuj also emphasizes that the advantage of a husband participation in the birth is that he knows the woman's psyche, and how she reacts to situations of stress and pain. The ability to read his wife's unspecified needs, her emotional state, meeting her expectations and supporting in a crisis and in times of collapse is an invaluable help for a woman in labour. In such situations, the bond between the parents is strengthened and deepened (Chołuj, 2008, p. 172).

Kościńska emphasizes that from the biological point of view motherhood gives a chance to extend the human species, in the social dimension it gives the possibility of transferring the individual and cultural heritage, from the psychological point of view it gives the fulfillment of dreams of immortality, deepens the relationship bond between the husband and wife and fulfills the dream of intimacy, fills their lives with bringing up children - forms of widely recognized activities, personal prestige and implementation of life tasks (Kościńska, 1998, p. 11).

Studies by Tataj-Puzyna and Bączek prove that motherhood stimulates a woman to emotional development and to overcome more and more difficult life challenges. The experience of motherhood helps to broaden women's thinking horizons, it also contributes to intellectual and social development, understood in the context of cooperating. The authors' research shows that it stimulates a woman to spiritual development (Tataj-Puzyna, Bączek et al., 2017, pp. 124-144).

John Paul II, who was often called the Apostle of the Genius of Women, thought that motherhood as a human phenomenon is associated with the personal dimension of gift: women and man, mother and child. The mother's unselfish gift goes beyond the biophysical perception of motherhood. Reducing the role of the mother to the purely physical space would go hand in hand with the materialistic understanding of a human and of the world. Then human can lose what is most important - happiness and joy that was found in the perspective of the sense "to live for others" (MD,18). In the birth event, a mutual gift is manifested: parents give their lives to the child, while the child allows parents to be parents. The transmission of life should, therefore be considered in the context of the gift (Smolińska, 2014, p. 393).

The experience of childbirth remains in woman's memory for life. It evokes strong emotions, has a deep psychospiritual dimension. It is a "seal" etched forever in the mother's memory (Otffinowska, 2007, p. 5).

The perinatal period is very important for the further functioning of a woman and a mother. Any difficulties, stress, the gaps in the area of initiation to motherhood, both on the mother's and the child's side, may be associated with difficulties in shaping the proper attachment and building relationships with the child (Lessing-Pernak, 2010, pp. 282-289).

An anthropological view on the issue of a human birth shows that the essence of childbirth is not limited to the mechanical "pushing the child" out of the woman's body. The essence of childbirth is (apart from the appearance of a child), a whole range of changes at all levels, that take place during a several-hour labour process.

This article is devoted to the spiritual aspects of pregnancy and labour, is an "invitation" to a deeper understanding of the process of human birth. It matters in what circumstances and in what "environment" a human appeared in space-time. Current "policy" - standards in obstetric care are more and more medicalizing the experience of labour, trivializing it to technical and medical experience. The new standards of perinatal care are in contrast to the expectations of healthy women, who through physiological labour also experience the transcendental dimension of pregnancy and childbirth. If we, doctors, understand the meaning and depth of the "sanctity" in the experience of pregnancy and labour, we will make it easier for future generations of women to seek this spiritual depth in these events. As it can be seen from the statements of the women, labour "survived" on all dimensions - biological (bios), spiritual and emotional (anthro-bios), can give a woman a true joy and satisfaction from being a mother. Such a childbirth can make a woman strong and thanks to her strength, her family will become strong.

### **Conclusions**

- The experience of pregnancy and labour goes beyond the biological and medical aspects of those events, regardless of the different women's values.
- In an overmedicalized approach to motherhood, there is a need to save the anthropological view on the issue of a human birth, taking into account all dimensions: biological, emotional and spiritual.
- Changing the perspective of a modern woman's view on pregnancy would change the perception of motherhood, which, apart from the difficulty and the burden, is an opportunity for, broadly understood, intellectual and spiritual development of a woman.
- From the attitudes of persons who accompany a woman depends on whether the woman will "stop" only on the biological (technical, medical) aspect of the pregnancy and labour, or if she will experience a deeper, existential meaning of a childbirth.
- Seeing a pregnant woman through the prism of spiritual experience can contribute to a greater sensitivity and empathy of doctors and midwives.
- It is necessary for the aspect of spiritual midwifery to appear in the curriculum, to save an anthropological view on the issue of human birth, taking into account the "sanctity" of this event.
- It is worth thinking about the future generations of women, who should have a chance to get a one-of-a-kind experience of pregnancy and labour, as something full of joy, which strengthens and builds the personal value of a woman.

### **Bibliography:**

- Bielawska-Batorowicz E., (2006), *Psychologiczne aspekty prokreacji* [Psychological aspects of procreation], Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Chmielewski M., (1999), *Metodologiczne problemy posoborowej teologii duchowości katolickiej* [Methodological issues of post-conciliar theology of Catholic spirituality], Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL, pp. 187-188.
- Chmielewski M., (2011), *Postawy duchowe osób towarzyszące kobiecie rodzącej w domu* [Spiritual attitudes of those accompanying a woman giving birth at home], (in:) *Dlaczego rodzić w domu?* [Why home birth?] M.Z. Stepulak, A. Irzmańska-Hudziak, J. Płońska (eds.), pp. 37-45, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Chołuj I., (2008), *Urodzić razem i naturalnie. Informator i poradnik porodowy dla rodziców i położnych* [To give birth together and naturally. Guidebook for parents and midwives], Mszczonów: Fundacja Źródła Życia.
- Crowther S., (2013), Sacred space at the moment of birth. *Practising Midwife*, (December):21–3.
- Crowther S., Hall J., (2015), Spirituality and spiritual care in and around childbirth, *Women and Birth*, Nr 28, pp. 173–178.
- Dellmann T., (2004), "The best moment of my life": a literature review of Fathers' experience of childbirth, *Australian Midwifery*, Volume 17, Issue 3, pages 20-26.
- Doherty ME., (2010), Voices of midwives: A tapestry of challenges and blessings. *Am J Maternal/Child Nurs*, No 35(2), pp. 96–101.
- Domańska U., (2005), *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa* [Medicalization and demedicalization of motherhood], (in:) *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna* [Health and disease. A sociological perspective], W. Piątkowski, W. Brodniak (eds.), pp. 311-322, Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza.
- Doroszewska A., (2016), *Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykacją a demedykacją?* [Perinatal care in Poland after System Transformation - between medicalization and demedicalization?] *ANNALES I – Philosophy and Sociology*, Vol. XLI, 2, pp. 48-59.
- Fijałkowski W., (1988), *Dar rodzenia* [Gift of giving birth], Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Fijałkowski W., (2001), *Ekologia rodziny. Ekologiczna odnowa prokreacji* [Ecology of a Family. An ecological renewal of procreation], Kraków: Wydawnictwo Rubikon.
- Fijałkowski W., (1992), *Konsekwencje psychologiczne uczestnictwa ojca w porodzie* [Psychological consequences of father's participation in childbirth], (in:) *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej* [From the issues of procreative psychology], E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (eds.), pp. 47-59, Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Fijałkowski W., (2003), *Ku afirmacji życia* [To the affirmation of life], Lublin: Gaudium.
- Gaskin I.M., (2002), *Spiritual midwifery*. Cambridge UK: Summertown.

- Heather L. Longworth H.L., Kingdon C.K., (2011), Fathers in the birth room: What are they expecting and experiencing? A phenomenological study, *Midwifery*, Volume 27, Issue 5, pages 588- 594.
- Fahy K., Hastie C., (2008), Midwifery guardianship: reclaiming the sacred in childbirth. (in:), *Birth territory and midwifery guardian-ship*, K. Fahy, M. Foureur, C. Hastie, (editors), p. 39–56, London: Butterworth Heinemann Elsevier.
- Grzegorzczkova R., (2006), Co o fenomenie duchowości mówi język? [*What does language say about the phenomenon of spirituality?*] (in:), *Fenomen duchowości [The phenomenon of spirituality]*, A. Grzegorzczk (eds.), pp. 21-28, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jan Paweł II [John Paul ii], List Apostolski *Mulieris Dignitatem* [Apostolic Letter *Mulieris Dignitatem*], (15.08.1988).
- Karoń-Ostrowska A., (2014), Tajemnica promieniowania macierzyństwa [*Mystery of the radiation of motherhood*], (in:), *Sztuka relacji międzyludzkich. Miłość. Małżeństwo. Rodzina [The art of interpersonal relations. Love. Marriage. Family]*, J. Augustyn (ed.), pp. 383-387, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Klimczuk A., (2013), Hipoteza Sapira-Whorfa – przegląd argumentów zwolenników i przeciwników. *Sapir-Whorf Hypothesis—a Review of Argumentation of Followers and Adversaries*, *Kultura–Społeczeństwo–Edukacja [Society-Culture-Education]*, No 1(3), pp. 165-18.
- Kornas-Biela D., (2002), *Wokół początku życia ludzkiego [Around the beginning of human life]*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Kornas-Biela D., (2005), *Ku dojrzałemu przeżywaniu ludzkiej płciowości [Towards a mature experience of human sexuality]*, (in:), *Płciowość ludzka w kontekście miłości. Przesłanie moralne Kościoła [Human sexuality in the context of love. The moral message of the Church]*, J. Nagórny (ed.), pp. 119-164. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kornas-Biela D., (2006), *Rodzina w procesie prokreacji [Family in the process of procreation]*, (in:), *Rodzina. Bezcenny dar i zadanie [Family. An invaluable gift and task]*, J. Stala, E. Osewska (eds.), pp. 481-539, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Polwen.
- Kornas-Biela D., (2009), *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu [Prenatal pedagogy. A new area of education about upbringing]*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kościelska M., (1988), *Trudne macierzyństwo [Difficult motherhood]*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kuryś K., (2010), *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn [The birth of the first child as a critical experience in the lives of men and women]*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lahood G., (2007), Rumour of angels and heavenly midwives: anthropology of transpersonal events and childbirth, *Women Birth*, nr 20 (1), pp. 3–10.
- Lessing-Pernak J., (2010), *Znaczenie przebiegu porodu i wczesnego kontaktu matki z dzieckiem dla rozwoju przywiązania [The importance of childbirth and early mother-child*

- contact for development of attachment], *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* [Perinatology, Neonatology and Gynecology], V. III, book 4, pp. 282-289.
- Lichtenberg-Kokoszka E., (2008), *Ciąża zagadnieniem biomedycznym i psycho-pedagogicznym* [Pregnancy as a biomedical and psycho-pedagogical issue], Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Mary K., Longworth M.K., Kirk S., (2015), A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making, *Midwifery*, Volume 31, Issue 9, pages 844-857.
- Mazurek E., (2014), *Macierzyństwo pod medycznym nadzorem. Wybrane aspekty medykalizacji macierzyństwa* [Motherhood under medical supervision. Selected aspects of medicalization of motherhood], *Kultura-Społeczeństwo-Edukacja* [Society-Culture-Education], no 1(5), pp. 75-93.
- Ministerstwo Zdrowia, Standard Opieki Okołoporodowej [Ministry of Health, Standards for Maternal and Neonatal Care], <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/standard-opieki-okoloporodowej> (16.03.2016).
- Molonei S., Gair S., (2015), Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences, *Women and Birth*, no 28(4), pp. 323-328.
- Otfinowska A., (2007), *Trauma narodzin, jak dalece przebieg porodu wpływa na zdrowie matki i dziecka* [The Trauma of Birth. How far the course of childbirth affects the health of mother and child], Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku.
- Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu [Experts of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians in the field of antenatal care in a normal pregnancy], <http://www.femmed.com.pl/wpcontent/uploads/2013/02/rekomendacjaopiekapredporodowa.pdf> (16.03.2016).
- Rudnicka B., *Poród w polskim położnictwie u progu XXI w.* [Childbirth in Polish obstetrics at the beginning of the 21st century], Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. Zbigniewa Pietrzaka [Dissertation for the degree of doctor of medical sciences written under the supervision of prof. Zbigniew Pietrzak, MD, PhD], Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, II Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi [Department of Nursing and Midwifery, II Department of Gynecology and Obstetrics, Medical University of Lodz], Główna Biblioteka Lekarska, Łódź 2009.
- Skrzypińska K., (2008), Dokąd zmierzam? Duchowość jako wymiar osobowości [Where am I going? Spirituality as a dimension of personality], *Roczniki Psychologiczne* [Psychological Annals], no 1, p. 39-57.
- Stefan W., (1998), *Macierzyństwo w małżeństwie i rodzinie* [Motherhood in marriage and family], (w:) *Macierzyństwo* [Motherhood], J. Augustyn (ed.), pp. 26-33, Kraków: Wydawnictwo WAM.

- Smolińska B., (2014), Macierzyństwo drogą ku wolności [Motherhood, the way to freedom], (in:) *Sztuka relacji międzyludzkich. Miłość. Małżeństwo. Rodzina* [The art of interpersonal relations. Love. Marriage. Family], J. Augustyn (ed.), pp. 393-397, Kraków: Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Tataj-Puzyna U., (2011), Kryteria wyboru miejsca i rodzaju porodu przez kobiety w Polsce [Criteria for choosing a place and type of delivery by women in Poland], (in:) *Dlaczego rodzić w domu? Poród domowy w perspektywie interdyscyplinarnej* [Why home birth? A home birth in an interdisciplinary perspective], M. Z. Stepulak (ed.), pp. 89-99, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Tataj-Puzyna U., (2015), Piękno macierzyństwa [The beauty of motherhood], *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio* [The Scientific Quarterly Fides et Ratio], no 3(23), pp. 158-170.
- Tataj-Puzyna U., Bączek G., Baranowska B., Doroszevska A., (2017), Doświadczenie macierzyństwa – badanie sondażowe matek w Warszawie [The experience of motherhood - a survey of mothers in Warsaw], *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio* [The Scientific Quarterly Fides et Ratio], no 2(30), pp. 124-144.
- Urbańska S., (2009), Profesjonalizacja macierzyństwa jako proces odpođmiotowienia matki. Analiza dyskursów poradnika „Twoje Dziecko” z 2003 i 1975 roku [Professionalization of motherhood as a process of mother's disempowerment. Analysis of the discourses of the "Your Child" magazine from 2003 and 1975 ] (in:) *Kobiety, feminizm, demokracja: wybrane zagadnienia z seminarium, z lat 2001-2009* [Women, feminism, democracy: selected issues from the seminar, 2001-2009], B. Budrowska (ed.), pp. 19-42, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Wejman H., (1997), *Miłosierdzie jako istotny element duchowości chrześcijańskiej* [Mercy as an essential element of Christian spirituality], Szczecin: Wydawnictwo Ottonianum.
- Wojtyła K.,(1985), *Osoba i czyn* [Person and act], Kraków: Polskie Towarzystwo Teologiczne.
- Zdankiewicz-Jedynak D., (2012), *Obraz ciąży i porodu w świetle danych językowych polszczyzny* [An image of pregnancy and labour in the light of language data of the Polish language], (in:) *Odkrywanie znaczeń w języku* [Discovering meanings in language], A. Mikołajczuk, K. Waszakowa (ed.), pp. 189-199, Warszawa: Wydawnictwo WUW.
- Żuk A., (2017), *Elementy chrześcijańskiej duchowości okołoporodowej* [Elements of Christian perinatal spirituality], *Studia nad Rodziną* [Studies on the Family], V. XXI, No 1(42), pp. 19-36.

Lek. med. Ewa Ślizień-Kuczapska  
Centrum Medyczne „Żelazna” w Warszawie  
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego CMKP

Dr Dorota Sys  
Centrum Medyczne „Żelazna” w Warszawie  
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego CMKP

Dr Barbara Baranowska  
Dr Urszula Tataj-Puzyna  
Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

## **Zdrowie prokreacyjne jako zasadniczy kierunek troski o zdrowie rodziny.**

Wybrane zagadnienia profilaktyki zaburzeń płodności  
oraz promocji karmienia piersią  
na tle sytuacji demograficznej Polski

Definicje zdrowia prokreacyjnego i reprodukcyjnego wskazują na dwa odrębne i przeciwstawne sobie kierunki działań. Jeden koncentruje się na promocji troski o płodność stanowiącą zintegrowaną część całości dobrostanu psychofizycznego człowieka, drugi skupia się na promocji swobody wyborów dotyczących życia seksualnego człowieka. Prowadzi to do dwóch odmiennych rządowych i instytucjonalnych działań sprzyjających, bądź nie, budowie rodziny w oparciu o tradycyjne wartości. Polska jest krajem starzejącym się o niskim wskaźniku urodzeń i występującym brakiem zastępowalności pokoleń. Niniejsza praca przedstawia zasadnicze zagrożenia płodności i zdrowia od poczęcia oraz elementy troski o nie, poczynając od rodzinnego domu, szkoły, poradnictwa medycznego oraz edukacji w zakresie rozpoznawania płodności, przez nauczycieli NPR i doradców rodzinnych. Zdrowie rodziców determinuje zdrowie dzieci, a to zapewnia ciągłość pokoleniową. Istotne, w tym kontekście, jest również poznanie prozdrowotnych elementów rodzicielstwa i karmienia piersią dzieci.

Zdrowie człowieka jest jednym z jego największych dóbr. Szczególnym rodzajem zdrowia jest zdrowie prokreacyjne, które jest też nazywane reprodukcyjnym z języka angielskiego (*reproduction health*). Mimo, że określenia te mogłyby uchodzić za synonimy w rzeczywistości odzwierciedlają zupełnie przeciwstawne światy, skrajnie różne nurty rozumienia, czym jest troska o zdrowie i jakie są tego implikacje.

Za Słownikiem Języka Polskiego prokreacja oznacza płodzenie i rodzenie potomstwa dawniej też generacja, pokolenie. Reprodukacja oznacza kopię oryginału, odtworzenie czegoś, wytworzenie w celu uzyskania wcześniejszego stanu; rozmnażanie zwierząt i roślin w celach



hodowlanych; odtwarzanie środków produkcji (SJP PWN). W samym źródłosłowie zatem odczytujemy sprzeczność znaczenia obu słów zarówno w sensie biologicznym jak i logicznym i metafizycznym, ludzkim. Człowiek nie jest kopią, reprodukcją, ale istotą wyższą od roślin czy zwierząt. Człowiek jest niepowtarzalną, jedyną w sobie indywidualnością – cudem stworzenia – powstałą z miłości dwojga osób, wartością samą w sobie – darem (Jan Paweł II, 1995).

### 1. Definicje zdrowia prokreacyjnego i reprodukcyjnego i ich implikacje

Definicja zdrowia reprodukcyjnego została określona podczas odbywającej się w Kairze Międzynarodowej Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju (*International Conference on Population and Development – ICPD*) w 1994 i jest rozpowszechniana poprzez Światową Organizację Zdrowia (WHO) (Glaisier i in., 2006).

Zdrowie reprodukcyjne (ZR) oznacza stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami, a nie tylko brak choroby czy zaburzeń w zakresie funkcji i procesów związanych z układem rozrodczym. Zdrowie reprodukcyjne oznacza, że ludzie są zdolni do podejmowania satysfakcjonującego i bezpiecznego życia seksualnego, mają zdolność rozrodu oraz wolnego wyboru, co do sposobu miejsca i czasu współżycia seksualnego. To ostatnie oznacza swobodny dostęp kobiet i mężczyzn do bezpiecznej, efektywnej, osiągalnej finansowo oraz akceptowanej metody planowania rodziny, zgodnej z prawem danego kraju oraz dostęp do opieki zdrowotnej podczas ciąży i porodu, w celu zapewnienia urodzenia zdrowego dziecka. Na tym poziomie opieka dotycząca ZR oznacza zbiór technik i metod oraz zasad opieki zdrowotnej przyczyniającej się do zapobiegania i rozwiązywania określonych problemów, w szczególności związanych z ciążą nieplanowaną lub niechcianą oraz rozprzestrzenianiem się chorób przenoszonych drogą płciową. W 2000 roku Organizacja Narodów Zjednoczonych uznała za istotne włączenie do strategicznych celów milenijnych ogólnoswiatową poprawę stanu zdrowia reprodukcyjnego kobiet, zwłaszcza z krajów biednych. Sformułowano cel numer 5 pod nazwą poprawa zdrowia kobiet, gdzie w punkcie 5A podkreślono konieczność zmniejszenia o 75% wskaźnika śmiertelności matek, zwiększenia dostępu do medycznej opieki w okresie ciąży i okołoporodowym, a w punkcie 5B postulowano promocję zdrowia reprodukcyjnego wyrażaną jako dostępność do nowoczesnej antykoncepcji, zapobieganie niechcianym i nieplanowanym ciążom, zwłaszcza wśród młodocianych matek, pokrycie kosztów opieki medycznej (UN, 2012, 2015). Według Peeters cele te w dużej mierze skupiają się wokół globalnej promocji działań sprzecznych z troską o zdrowie kobiet, mężczyzn i dzieci oraz prawdziwym wsparciem rodzicielstwa i rodziny (2010). Są one skupione wokół praw dostępu do pełnego zasobu środków kontroli urodzeń i metod tzw. bezpiecznej aborcji dla szerokiej grupy kobiet, łącznie z nastolatkami od 10 roku życia (Nathanson, 1992, 2001). Na jednym poziomie zawiera sprzeczne wybory aborcja – macierzyństwo, dobrowolna

sterylizacja - in vitro, rozwiązłość seksualna i rodzina. W ten sposób jednocześnie proponuje pomoc kobietom ubogim w okresie macierzyństwa i przemyca ofertę sprzeczną z kulturowymi i tradycyjnymi normami wartościami przyjętymi w danym kraju. Mimo tej ambiwalencji zdrowie reprodukcyjne stało się przedmiotem światowego konsensusu. Dodatkowo włączono do tej definicji zdrowie seksualne jako celebrowanie witalności, przyjemności, dobrego samopoczucia, radości, samo posiadania, znajomości własnego ciała, poczucia własnej wartości, ale wszystko to w oderwaniu od życia małżeńskiego i wraz z zastąpieniem pojęcia rodzic pojęciem partnera (Peeters, 2013; Hilgers, 2004). W ten sposób wspólnota osób, osobiste relacje, dawanie siebie, bezinteresowna służba, tajemnica osoby ludzkiej powoli jest usuwana z przestrzeni społecznej jako przeżytek.

Definicja zdrowia prokreacyjnego została w pełni po raz pierwszy sformułowana i zaproponowana w czasie prac Ministerstwa Zdrowia nad dokumentem dotyczącym realizacji celu numer 6 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-20. Termin zdrowie prokreacyjne stanowi ważny element definicji zdrowia, jako całości dobrostanu fizycznego, psychicznego oraz społecznego. Nie może być postrzegany tylko jako brak choroby czy zaburzeń w obszarze wszystkich zagadnień związanych z układem rozrodczym i prokreacją u obu płci we wszystkich fazach życia. Zdrowie prokreacyjne obejmuje, zagadnienia pokwitania i przekwitania, płodności i niepłodności, planowania rodziny, zdrowia podczas ciąży, porodu i porożu, nowotworów narządów płciowych i piersi. Troska o zdrowie prokreacyjne (ZP) warunkuje stan zdrowia Polaków, zachowanie ciągłości biologicznej narodu, dobre zdrowie następnych pokoleń, a także wspomaga działania mające na celu poprawę wskaźników demograficznych (Narodowy Program Zdrowia, 2016).

Proponowana wyżej definicja zdrowia prokreacyjnego odcina się, zatem radykalnie od działań uderzających w płodność stanowiącą zintegrowany element zdrowia i rozwoju każdego człowieka. Według tej definicji i jej aplikacji w praktyce, promocja zdrowia prokreacyjnego to spójny przekaz w domu, szkole, w ośrodkach zdrowia, poradniach rodzinnych itp. zachowań prozdrowotnych służących zdrowiu, płodności i w przyszłości budowaniu rodziny opartej na uznanych tradycyjnych wartościach i tradycjach narodowych. Na szczeblu zaś ustawodawczym promocja ta dotyczy wypracowania skutecznego programu zapobiegania zaburzeniom płodności skutkującym niepłodnością oraz pogorszeniem całości zdrowia kobiet i mężczyzn.

Według Chazana należy wprowadzić program autorski pt. „Rodzicielstwo zdrowe od początku”, który winien zmieniać postawy wobec rodzicielstwa poprzez bardzo szerokie spektrum profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej, a także działania prorodzinne (*Konferencja Ratujmy Życie –Wspierajmy rodzicielstwo*, Warszawa Szpital św. Rodziny, 2012). Jest to interdyscyplinarny i kompleksowy program opieki związanej z narodzinami dziecka, który jako pierwszy całościowo obejmuje problematykę prokreacji tj. okres przed poczęciem, czas ciąży, narodziny i okres poporodowy. Program przewiduje między innymi zapobieganie wadom rozwojowym u dzieci, wdrożenie modelu porodu domowego w szpitalu, pomoc rodzicom w przygotowaniu się do narodzin dziecka, włączenie wszystkich szpitali do

programu promocji karmienia piersią, pracę nad zmianą postaw wobec prokreacji, a także konkretne działania w zakresie profilaktyki i diagnostyki oraz leczenia zaburzeń zdrowia prokreacyjnego, a wszystko to ma stwarzać szansę na zmniejszenie kryzysu demograficznego. W programie ministerialnym zalecano, aby poprawę zdrowia prokreacyjnego osiągać poprzez ciągłą ocenę ryzyka, zapewnienie dostępności dobrej jakości usług medycznych diagnostycznych i leczniczych, profilaktykę powikłań, m.in. przez zachęcanie do zachowań sprzyjających zdrowiu prokreacyjnemu oraz poprzez wdrażanie systemów przyjaznych matce, ojcu i dziecku w placówkach służby zdrowia, szkołach, uczelniach i miejscach pracy. Istotnym elementem programu jest szeroka edukacja społeczna oraz skierowana do środowisk kształtujących system ochrony zdrowia w rozumieniu wyżej przedstawionej definicji. (*Program Kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2016-2020*, 2016).

Proponowana promocja edukacji prozdrowotnej od narodzin - w rozumieniu optymalizacji zdrowia prokreacyjnego - to między innymi wspieranie karmienia wyłącznie piersią do pół roku wraz z zaleceniem kontynuacji laktacji do drugiego roku życia (Nehring Gugulska i in., 2017), ochrona i troska o naturalną płodność, jako profilaktyka zaburzeń prokreacji oraz kształtowanie świadomości szkodliwości przedwczesnej inicjacji seksualnej oraz antykoncepcji zwłaszcza przed 21. rokiem życia (Troszyński 2005, 2009; Vigil 2016; Suszczewicz, Ślizien-Kuczapska, 2012; Grzelak, 2009), przygotowanie młodzieży do podejmowania przyszłego rodzicielstwa z podkreśleniem wymogu tzw. dziewictwa immunologicznego (Westrom, 1993; Puławska, 2010), ponadto edukacja i promocja w zakresie metod rozpoznawania płodności oraz monitorowania w ten sposób stanu zdrowia prokreacyjnego (Szymaniak, Ślizien-Kuczapska 2016, 2017), dostęp do szeroko pojętego poradnictwa rodzinnego (Wójcik, 2016; Sujak, 1995; Puławska i in., 2010), promocja zdrowego stylu życia.

Ważnym elementem jest także zharmonizowane dwurodzicielstwo przed 30-tym rokiem życia, edukacja przed i po porodowa w zakresie przygotowanie do porodu naturalnego, rodzinnego (Fijałkowski, 2011). W przypadku rozpoznania wad lub chorób nieuleczalnych u płodu dostęp do etycznej diagnostyki i poradnictwa oraz fachowego wsparcia podczas ciąży i po narodzinach (Dangel i in., 2005, 2012, 2016; Szymkiewicz-Dangel, 2011; Castaneda, 2017; Frączek i in., 2013). W zaleceniach znajduje się też promocja wielodzietności jako odpowiedzialnej i owocnej społecznie postawy rodzicielskiej (Bronisławska, 2010) oraz promocja adopcji jako rodzicielstwa serca w sytuacji nieuleczalnej niepłodności małżeńskiej (Modlibowska, 2013). Istotne jest też oficjalne uznanie metod rozpoznawania płodności jako metod planowania rodziny (Hilgers, 2004, 2009) oraz jednego z elementów diagnostyczno-terapeutycznych w leczeniu niepłodności małżeńskiej (Stanford i in., 2008; Tham i in., 2012; Troszyński i in., 2009). W tym obszarze pozostaje do zagospodarowania ogromny potencjał kilku tysięcy dobrze wyszkolonych, certyfikowanych nauczycieli i instruktorów metod rozpoznawania płodności, tj. członków Polskiego Stowarzyszenia Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny (PSNNPR), Ligii Małżeństwo

Małżeństwu (LMM), Instytutu Rötzera (INER), Stowarzyszenia Miłość i Odpowiedzialność (MiO), Fertility Care Centers of Poland (FCCP). Osoby te mogą służyć swą fachową pomocą np. w poradniach zdrowa prokreacyjnego, których powstanie postulowano w 2001 roku w ramach powstałego w tym czasie, przy Ministerstwie Zdrowia, Krajowego Zespołu ds. promocji naturalnego planowania rodziny (NPR). Dziś NPR stanowi ważną składową promocji zdrowia prokreacyjnego w szkołach, w poradniach „K”, uniwersytetach, zwłaszcza medycznych (Szymaniak, Ślizień-Kuczapska, 2016; Kornas-Biela, 2012; Fijałkowski, 2011; Troszyński, 2009; Szymański, 2004; Chazan, 1997, 1999, 2001; Dudziak, Deluga, 2006).

## **2. Kształtowanie się zdrowia prokreacyjnego: wybrane czynniki korelujące ze stanem płodności ludzkiej**

Jeśli uznamy, że płodność jest integralną częścią naszego zdrowia, a zaburzenia płodności stają się „papierkiem lakmusowym,” niedostatku zdrowia jako całości to warto zadbać o nie jak najwcześniej, nawet przed poczęciem dziecka. Oznacza to, że zdrowie prokreacyjne jest kształtowane przez pokolenia, a „proces kreacji tj. tworzenia nowego człowieka zaczyna się w domu dziadków,” (Fijałkowski, 2011, s. 41).

Płodność człowieka determinowana jest przez wiele czynników już od okresu zarodkowego, a nawet wcześniej np. poprzez programowanie metaboliczne (Piotrowska, 2014; Pudło, Respondek, 2016). Długofalowe badania epidemiologiczne potwierdzają występowanie tzw. „krytycznych okresów” w trakcie rozwoju wewnątrzmacicznego, w których żywienie odgrywa znaczącą rolę. Barker jako pierwszy opisał zjawisko programowania metabolizmu płodu analizując związek między niską masą urodzeniową a występowaniem chorób sercowo-naczyniowych, insulinooporności, otyłości i cukrzycy typu 2 w wieku dorosłym (Barker, 1989, 1993). Wiadomo, że schorzenia te korelują z potencjalnymi problemami z płodnością (Bebelska, 2011). Również genetyka i epigenetyka determinują przyszłe zdrowie prokreacyjne. Dzieje się tak, poprzez genetyczne uwarunkowania płci każdego człowieka formowanego po wnikięciu plemnika do komórki jajowej i w pierwszych dniach rozwoju przed okresem implantacji w macicy, wraz z łączeniem się ojcowskiej i matczynej nici DNA. Reprogramowanie epigenetyczne związane z płcią i realizowane po zapłodnieniu i w okresie przed implantacją w macicy tj. aktywną demetylacją genomu ojcowskiego i pasywną matczyne jest chroniona dodatkowo przez matczyne geny jeszcze przed implantacją. Manipulacje gametami i embrionami ludzkimi na tym etapie w metodach pozaustrojowej prokreacji mogą w istotny sposób zaburzać ten proces (Midro, 2011).

Od kilkunastu lat znany jest szkodliwy wpływ czynników środowiskowych tj. zanieczyszczenie żywności, wody, powietrza, gleby poprzez ftaleny, węglowodory aromatyczne, pestycydy (Jurewicz, 2013, 2014) oraz ksenoestrogeny i endkrynometryki (Vinas, 2013) na kształtowanie się zdrowia i płodności ludzkiej. Substancje te mogą

uszkadzać, już w okresie prenatalnym, pierwotne komórki płciowe oraz może dojść do powstawania wad narządów płciowych, np. wnetrostwa, spodziectwa u chłopców, zaś dorośli mężczyźni z tego powodu mogą borykać się z obniżoną płodnością oraz zwiększonym ryzykiem nowotworów jąder.

Istotnym elementem kształtowania się płodności ludzkiej jest prawidłowa, niezaburzona, inicjacja dojrzewania płciowego. Z badań wynika, że w ciągu ostatnich 30 lat wiek pierwszej miesiączki (menarche) skrócił się o ok. 1,5 roku. Zjawisko to opiera się na hipotezie „dogonić wzrost” (*catch-up growth*) i wiąże się z tym, że dzieci z małą masą urodzeniową, których jest coraz więcej z racji między innymi późnego rodzicielstwa oraz metod sztucznego rozrodu, postnatalnie wykazują wzrastanie kompensacyjne, zgodne ze swoimi genetycznymi uwarunkowaniami i szybko przybierają na masie. (Pudło i in., 2016), a to z kolei może doprowadzić do wcześniejszego dojrzewania płciowego. W badaniach europejskich i amerykańskich zwrócono uwagę, że może to prowadzić do wcześniejszego podejmowania zachowań ryzykownych w tym przedwczesnej inicjacji seksualnej (Children National Medical Center Waszyngton, 2007; Grzelak, 2006, 2009; Ponczek i in., 2012). Generalnie otyłość u dzieci stanowi czynnik przyspieszający dojrzewanie płciowe. Ponadto uważa się, że podejmowaniu ryzykownych zachowań sprzyja nikotynizm, nadużywanie alkoholu, stosowanie narkotyków. Zwraca się uwagę na występowanie określonej sekwencji używania tych substancji, tzn. papierosy, alkohol torują drogę do innych substancji psychoaktywnych („teoria otwartych drzwi”). Z kolei używanie substancji psychoaktywnych kumuluje się z innymi zachowaniami antyzdrowotnymi tworząc tzw. zespół zachowań ryzykownych charakterystyczny dla wieku rozwojowego. Pomimo zagrożenia zdrowia, zachowania ryzykowne są rozpowszechnione i w warunkach współczesnego życia trudne do całkowitego wyeliminowania. Służą fałszywemu zaspokajaniu specyficznych potrzeb wieku dorastania: integracji z rówieśnikami, manifestowaniu niezależności od autorytetu dorosłych (Imacka i in., 2012).

Odnotowano, że odsetek dziewcząt prowadzących życie seksualne zwiększył się o 100% w ciągu 20 ostatnich lat (Grzelak, 2012; Imacka, Balsa, 2012). Amerykańscy badacze wykazali, że występuje związek między bardzo wczesnym rozpoczęciem współżycia seksualnego, a względnie łatwym podejmowaniem decyzji o aborcji (Fagan i in., 2014).

Dom i szkoła stanowią inkubatory dla przyszłych rodziców i tu ma miejsce kształtowanie postaw i wartości. Dziecko powinno kształtować swą postawę wobec wartości na wzorach najbliższych. W prawidłowej rodzinie młody człowiek zaczyna rozumieć wartość płodności i płciowości oraz potrzebę czystości przedmałżeńskiej. Od lat 90-tych XX wieku znana jest tzw. teoria dziewictwa immunologicznego (Westrom, 1993), jako fizjologicznego warunku zachowania przyszłej płodności żeńskiej. Według Fijałkowskiego zachowanie dziewictwa w okresie dojrzewania jest wymogiem ekologicznym. Jest to

uzasadnione anatomicznie ze względu na niedostateczne przygotowanie narządów płciowych dziewcząt do podejmowania współżycia seksualnego np.: srom nastolatki to drobne i delikatne, będące w trakcie kształtowania się, wargi sromowe mniejsze i większe. Pochwa nastolatki jest niedostatecznie zestryfikowana, delikatna, podatna na otarcia, mechaniczne uszkodzenia. Ekosystem pochwy nastolatki zawiera nieliczne pałeczki kwasu mlekowego, zmniejszoną liczbę bakterii kwasotwórczych, pH zasadowe, małą różnorodność drobnoustrojów z przewagą bakterii beztlenowych, zmniejszoną ilość substancji ochronnych jak np. laktoferyna, lizozym, cynk, fibronektyna, dopełniacz, IgA. Dziewictwo w okresie dojrzewania jest uzasadnione immunologicznie ze względu na występowanie fizjologicznej ektopii tzn. obecności na tarczy szyjki macicy nabłonka cylindrycznego z wnętrza kanału szyjki macicy. Częste w tym okresie cykle bezowulacyjne i dominacja estrogenów poprzez oddziaływanie na krypty S w szyjce macicy nastolatki, sprzyjają wydzielaniu wodnisteo estrogenzależnego śluzu zawierającego mniej substancji ochronnych (Menarguez, Odeblad, 1996). W tym mechanizmie może dochodzić do powstawania zmian ekotopowych na szyjce macicy, do których mają szczególne powinowactwo dwoinki Rzeżączki, Chlamydia Trachomatis oraz wirusy opryszczki płciowej HSV i wirus brodawczaka ludzkiego HPV. Stwierdzono, że na tarczy szyjki macicy z ektopią u nastolatek pod wpływem zasadowego pH, obecności drobnoustrojów chorobotwórczych oraz często stosowanej w tym czasie antykoncepcji hormonalnej łatwiej dochodzi do metaplastji płaskonabłonkowej, która w szczególnych warunkach może torować drogę zmianom atypowym z rakiem szyjki włącznie (Odeblad, 1996; Mościcki 2007; Grzelak, 2009). Badania wielu krajów wskazują, że intensyfikacja środków antykoncepcyjnych nie zatrzyma epidemii chorób przenoszonych drogą płciową, jeśli nie towarzyszy jej wstrzemięźliwość seksualna (Grzelak 2006, 2009). Zaś położenie nacisku na wstrzemięźliwość i wierność w programach szkolnych wraz z przedstawieniem piękna i znaczenia seksualności w życiu człowieka stanowi klucz do zdrowego rozwoju psychoseksualnego oraz zapobiega podejmowaniu zachowań ryzykownych. Przedwczesna inicjacja seksualna wiąże się niejednokrotnie z rozpoczęciem przyjmowania a/koncepcji hormonalnej, co w wieku dojrzewania jest uważane za szkodliwe w związku z kształtującym się dopiero układem sprzężeń zwrotnych osi podwzgórze – przysadka - jajnik. Impuls neurohormonalny płynący ze sztucznych hormonów płciowych może trwale uszkodzić oś i wpłynąć na zaburzenia jajczkowania po odstawieniu a/koncepcji (Rzepka-Górska, 1997).

Stosowanie jakiegokolwiek a/koncepcji jest szkodliwe w wielu płaszczyznach zdrowia fizycznego jak psychicznego, stwarza warunki do braku odniesień podmiotowych do siebie i w relacji z innymi (Kornas-Biela, 2003). Antykoncepcja w okresie dojrzewania może zmieniać prawidłowy przebieg rozwoju mózgu i wpływać negatywnie na kształtowanie się zachowań poznawczych oraz interpersonalnych. Stwierdzono związek antykoncepcji z częstszym występowaniem depresji i zaburzeniami relacji, więzi oraz celu i wartości kontaktów seksualnych i małżeńskich jako jedności. (Pletzer i in., 2010; Welling, 2013).

Obserwuje się niepokojący fakt użycia seksu jako formy rozrywki odprężenia bez relacji głębszych i tworzenia więzi uczuciowej. Młody człowiek może z czasem kształtować postawę znużenia, przedawkowania seksem i głębokiego rozczarowania w relacjach płciowych (Kornas-Biela, 2004; Ryś, 1998). Omówione powyżej czynniki ryzyka zaburzeń zdrowia prokreacyjnego dotyczyły okresu od poczęcia do osiągnięcia dojrzałości płciowej.

Dojrzałość płciowa może niestety być źródłem zagrożeń dla zdrowia, w tym prokreacji, zwłaszcza, gdy nie była kształtowana w sposób zintegrowany na wielu płaszczyznach zgodnie z wyżej omawianymi zasadami (Fijałkowski, 2011). Kontynuacja podejmowanych bezkrytycznie w okresie dorastania zachowań ryzykownych oraz brak wiedzy i umiejętności przewidywania ich skutków może szkodzić prokreacji i zdrowiu. Istotnym, modyfikowalnym, czynnikiem ryzyka zaburzeń płodności jest nieprawidłowy styl życia. Na przykład Według Trojanowskiej i Ochwanowskiej palenie tytoniu to jeden z czynników upośledzających funkcje jąder, które biorą udział w dwóch zasadniczych procesach: wytwarzaniu hormonów płciowych oraz spermatogenezie. Zwiększenie ekspozycji na substancje toksyczne zawarte w dymie tytoniowym może pogorszyć parametry nasienia, jego objętość i liczbę plemników. Palenie tytoniu nie sprzyja też płodności kobiecej. Z kolei zbyt duży przyrost masy ciała związany głównie z nieprawidłowym stylem życia i nieodpowiednią dietą, a także brakiem aktywności fizycznej może skutkować zaburzeniami płodności zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Związane jest to u kobiet przede wszystkim z zaburzeniami hormonalnymi m. in. insulinoopornością i hiperinsulinemią, u mężczyzn natomiast obserwuje się gorsze parametry nasienia. (Trojanowska i in., 2016, Ochwanowska 2017).

Czynniki dietetyczne a zwłaszcza niedobory cennych składników pokarmowych (białka, witamin, składników mineralnych), przy nadmiarze tłuszczu zwierzęcego i węglowodanów prostych oraz stosowaniu używek (alkohol, tytoń), utrudniają zapłodnienie. Istnieje zatem powiązanie zaburzeń procesów rozrodczych ze wskaźnikiem masy ciała (ang. Body Mass Index, BMI) powyżej 25 kg/m<sup>2</sup>. Co więcej, im większy BMI, tym poważniejsze trudności z poczęciem potomstwa (Tournaye, 2017). Ponadto nadmiar masy ciała występujący w ciąży jest również niebezpieczny. Przyczynia się do rozwinięcia wielu chorób u matki i dziecka, wpływa negatywnie na przebieg ciąży oraz porodu.

Zatem jeśli mówimy o poprawie zdrowotności, a w tym płodności ludzkiej to należałoby stworzyć zbiór podstawowych zaleceń. Przykładowo według Jankowskiej wśród zaleceń kierowanych do mężczyzn pragnących potomstwa należy uwzględnić: unikanie tytoniu, nie nadużywanie alkoholu, nie stosowanie leków uszkadzających plemniki, stosowanie suplementów zwłaszcza kwasu foliowego i witamin, dbanie o kondycję fizyczną, unikanie basenu i sauny, nie trzymanie laptopa na kolanach, nie stosowanie plastików, unikanie pestycydów, chemikaliów, konserwantów, wierność jednej partnerce-żonie, nie odkładanie ojcostwa (Konferencja pt. „Przebieg ciąży a zdrowie matki -uwarunkowania medyczne

*i prawne*„ 18 listopada 2017, Szkoła Wyższa Przymierza Rodzin Warszawa). Podobne zalecenia, choć nieco zmodyfikowane, zwłaszcza w odniesieniu do wieku pierwszego dziecka przed 30 roku życia są w pełni akceptowalne i dla kobiet. Warto podkreślić na tym etapie znaczenie edukacji par w zakresie zrozumienia języka ciała kobiety oraz twórczego gospodarowania cykliczną płodnością kobiecą i stałą męczyzny. Metody rozpoznawania płodności pomogą parze w odkryciu piękna, daru płodności oraz w wyznaczeniu optymalnego czasu wspólnej płodności. Ponadto są dobrym wskaźnikiem właściwego funkcjonowania układu rozrodczego i gospodarki hormonalnej, zaś w wybranych sytuacjach mogą być szczególnie pomocne parom z obniżoną płodnością (Troszyński, 2009; Rotzer, 2007; Fijałkowski, 2011; Barczentewicz, 2008). Przygotowanie do rodzicielstwa obejmuje także konsultacje lekarskie oraz podporządkowanie stylu i trybu życia potomstwu.

Opieka i przygotowanie przedkoncepcyjne powinno rozpocząć się na minimum 3 miesiące przed planowanym poczęciem, bowiem stwierdzono, że jest to optymalny czas ostatecznego kształtowania się komórki jajowej, jak i plemników (Chazan, 1997, 1999, 2001). Jednak w rzeczywistości według Kornas-Bieli przygotowanie to rozpoczyna się 20-30 lat wcześniej, kiedy dokonuje się złożony i zintegrowany na wielu płaszczyznach proces kształtowania się zdrowia prokreacyjnego i seksualnego. Oznacza to dojrzałe dbanie o sferę fizyczną - cielesną oraz psychiczną tj. emocjonalno-duchową celem podjęcia się roli rodzica (Kornas Biela, 2012), Według badań amerykańskich ważne znaczenie dla udanej prokreacji ma zharmonizowany stan równowagi emocjonalnej, zaś wyższy poziom stresu i napięcia nerwowego związany jest z dłuższym czasem starania się o ciążę (TTP: *time-to-pregnancy*) i zwiększonym ryzykiem niepłodności (Lynch, 2014). Śledząc złożoność mechanizmów i etapów kształtowania się ludzkiego zdrowia prokreacyjnego oraz możliwe czynniki ryzyka jego pogorszenia, uszkodzenia lub zniszczenia w pełni należy zgodzić się z poniższą definicją niepłodności. Jest ona określana jako objaw a nie tylko choroba, przewlekłych zaburzeń zdrowia i cechuje się podstępny, nieznanym początkiem, wieloletnim przebiegiem, potencjalnymi nawrotami, złożoną etiologią, ponadto jest rzadko leczona jedną procedurą i rzadko ustępuje samoistnie (Boyle, Stanford, 2011; Czerniak, 2017; Bassa 2014).

Warto, zatem podjąć działania profilaktyczne, aby nie dopuścić do niepłodności i chronić zdrowie prokreacyjne od początku. Profesor Fijałkowski w swoich książkach namawiał do zastosowania programu tzw. prokreacji ekologicznej ujętej w 12 punktach:

1. Promocja czystości w okresie dojrzewania
2. Ukazywanie dziewictwa jako twórczego dialogu obu płci
3. Wychowania do integracji seksualnej
4. Realizowanie zalecenia WHO w dziecinie nauczania NPR
5. Profilaktyka prekonceptyjna
6. Ochrona ciąży
7. Pedagogika prenatalna- dialog z dzieckiem in utero
8. Przygotowanie do ról rodzicielskich - szkoły rodzenia



9. Przysposobienie do porodu naturalnego
10. Poród naturalny
11. Ekologiczne karmienie piersią
12. Zharmonizowane dwurodzicielstwo

Według Fijałkowskiego zastosowanie tych wytycznych stanowi nakaz chwili, który uchroni ludzkość przed katastrofą ekologiczną i odwróci kierunek cywilizacji w stronę życia. Zrozumiałe staje się podejmowanie wszelkich możliwych działań sprzyjających ochronie oraz potencjalizacji zdrowia prokreacyjnego na wielu poziomach, a zwłaszcza zachęcenia do podejmowania decyzji prokreacyjnych w zgodzie z naturalnym zegarem biologicznym tj. w okresie przed 30-tym rokiem życia dla kobiet i przed 40-tym rokiem życia dla mężczyzn (Fijałkowski, 2011; Rotzer, 2009; Deluga, Szymański, 2004; Klimek, 1995).

PROKREACJA - PROGRAMY ALTERNATYWNE	
PROGRAM KONTROLI URODZEŃ	PROGRAM NATURALNEGO PLANOWANIA RODZINY
<p><b>oferuje:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>antykoncepcję</i></li> <li>- <i>aborcję</i></li> <li>- <i>sterylizację</i></li> </ul>	<p><b>promuje:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>akceptację płodności</i></li> <li>- <i>znajomość jej funkcjonowania</i></li> <li>- <i>umiejętność życia z płodnością</i></li> </ul>
czas płodności	czas płodności
<p><b>ZAMKNIĘTA BRAMA ŻYCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sprowadza rozkład małżeństwa (rozwody: 50%)</li> <li>- wnosi podział dzieci poczętych na dzieci chciane i niechciane</li> <li>- wprowadza zasadę zrzucania odpowiedzialności z siebie na lekarza i zalecane środki antykoncepcyjne, uzupełniając je aborcją ewentualnie sterylizacją</li> </ul>	<p><b>OTWARTA BRAMA ŻYCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- umacnia trwałość wzajemnej więzi (rozwody 2-5%)</li> <li>- utrzymuje podział na poczęcie zamierzone lub niezamierzone</li> <li>- wprowadza zasadę przyjmowania odpowiedzialności, ewentualnie obciążenia siebie za niedostateczną znajomość metody lub niedokładność jej stosowania</li> </ul>

W. Fijałkowski, *Ekologia Rodziny*, Warszawa: Rubikon.

### 3. Korzyści zdrowotne związane z rodzicielstwem

Prokreacja dotyczy jednej z najważniejszych sfer życia człowieka, jest ważnym elementem jego biografii, planów i aktywności życiowej, sensu życia i pomyślności (Kornas-Biela, 2012). Możliwość zrodzenia potomstwa i przekazanie swego genotypu następnym pokoleniom jest samospelnieniem i może wiązać się z poczuciem samozadowolenia i satysfakcji (Gabryś, Konferencja pt. „Przebieg ciąży a zdrowie matki -uwarunkowania medyczne i prawne,, 18 listopada 2017, Szkoła Wyższa Przymierza Rodzin Warszawa). Z perspektywy medycznej rodzicielstwo jest stanem pożądanym sprzyjającym poprawie zdrowia kobiety i mężczyzny na płaszczyźnie fizycznej i psychicznej. Odwrotnie, niepłodność jest stanem, w którym brak możliwości realizacji planów prokreacyjnych jest przeżywany jako stres porównywalny do choroby nowotworowej (Szpak i in., 2009; Jastrzębska, 2017). Złożony proces diagnostyczno – terapeutyczny zaburzeń płodności wskazuje na ich istotę oraz źródła. Za część z nich są odpowiedzialni małżonkowie, dlatego mogą one być modyfikowalne, np. styl życia, wyrównanie lub naprawienie zaburzeń metabolicznych, hormonalnych, bakteriologicznych lub nieprawidłowości anatomicznych. Część jednak pozostaje nieodwracalna, co może całkowicie uniemożliwić bycia biologicznym rodzicem. Brak docenienia wartości płodności jako zintegrowanego elementu zdrowia i postawa odrzucenia radości z bycia płodnym tzn. zdrowym (Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020) jest tego dobrym przykładem. Postawa ta przejawia się np. zbyt późną decyzją prokreacyjną. Ciekawym jest fakt, że podjęcie leczenia opartego na etycznym programie tzw. prokreacyjnej naprawczej medycyny może, nawet mimo braku upragnionego potomstwa, służyć nie tylko poprawie ogólnego zdrowia, ale w sposób szczególny odbudowie zdrowia seksualnego pary tj. dobrych relacji małżeńskich, poprawie więzi i wzajemnego dialogu małżeńskiego (Hilgers, 2002). Wyrazem tego jest też adopcja, jako rodzicielstwo serca, gdzie próżna nadzieja na biologiczne potomstwo i wynikające stąd konsekwencje zwłaszcza natury psychicznej tj. obniżone poczucie własnej wartości, lęk, depresja, ulegają znacznemu ograniczeniu lub ustępują z chwilą otwarcia się pary na przyjęcie dziecka osieroconego (Modlibowska, 2013; Kozdrowicz, 2013).

Za sprzyjające zdrowiu uważa się świadome podjęcie przygotowania do dwurodzicielstwa, co oznacza zmianę stylu życia na zdrowszy np.: rezygnację z używek, poprawę diety, aktywność fizyczną, regularny tryb życia, eliminacja stanów zapalnych w obrębie jamy ustnej, zatok i uszu, właściwa suplementacja witamin i mikroelementów itp. Wszystkie te działania mogą znacznie zmniejszyć ryzyko patologii w ciąży i pozytywnie wpłynąć na urodzenie zdrowego potomstwa. Niestety okazuje się, że chociaż zdecydowana większość Polaków deklaruje dbałość o własne zdrowie, nie znajduje to odzwierciedlenia w praktyce życia codziennego. Według danych przedstawianych przez CBOS 27% Polaków nie korzysta z profilaktycznych wizyt u dentysty, 17% nie wykonuje profilaktycznych badań lekarskich. Ponadto 61% minimum raz dziennie pije kawę (w tym 15% wypija w ciągu dnia kilka kaw), 27% przyznaje się do codziennego palenia papierosów. Połowa respondentów minimum raz w tygodniu sypia krócej, niż sześć godzin na dobę, w tym dla 9% regułą jest sen krótszy, niż sześciogodzinny. Co trzeci ankietowany minimum raz w tygodniu jada

mniej niż trzy posiłki na dobę, w tym 7% zwykle nie jada więcej, niż dwa razy dziennie. Prawie, co trzeci badany (30%) minimum raz w tygodniu spożywa alkohol, a co dziesiąty najrzadziej raz na siedem dni żywi się w barach i restauracjach szybkiej obsługi. Dodatkowo 17% dorosłych Polaków nigdy lub prawie nigdy nie znajduje czasu na dłuższy (minimum godzinny) spacer (CBOS, 2012).

Przygotowanie się do narodzin to nie tylko troska o dobry stan zdrowia fizycznego i psychicznego oraz stworzenie właściwego klimatu życia rodzinnego, lecz także troska o dojrzałą motywację rodzicielską. Zatem, uporządkowanie własnego życia osobistego, relacji z innymi, a zwłaszcza małżonkiem, przepracowanie konfliktów psychicznych, by decyzja o posiadaniu dziecka nie była podjęta w wyniku nacisku społecznego (presja rodziny) lub instrumentalnego (np. pozbycie się lęku o bycie niepłodnym, chęć udowodnienia „prawdziwej kobiecości”, dowartościowanie siebie, potrzeba posiadania obiektu miłości, chęć zatrzymania mężczyzny, zrobienie komuś na złość, zabezpieczenie się na starość) (Kornas-Biela, 2012).

Proces przygotowania się do poczęcia, na gruncie fizycznym, gdzie dominuje pomoc specjalistów z zakresu medycyny, dietetyki, fizykoterapii, jak i psychicznym, gdzie pomocą jest szczególnie najbliższa osoba tj. współmałżonek inni bliscy z rodziny, przyjaciele, stanowi o ogólnym, holistycznym ujęciu profilaktyki zaburzeń zdrowia prokreacyjnego oraz zdrowia jako całości. Postępy w medycynie pozwalają obecnie na udane macierzyństwo kobietom, które jeszcze niedawno nie miały szans na posiadanie potomstwa. Dzięki zdobyciom nauki i techniki nawet przewlekłe chore kobiety mogą zaplanować, począć, donosić, urodzić i karmić piersią swoje dzieci. Laktacja to ta czynność gdzie niezbędna jest fachowa pomoc i wsparcie ze strony najbliższych. Kobiety, zwłaszcza przewlekłe chore lub niepełnosprawne, są często silnie zmotywowane, uważając, że jest to jedna z niewielu czynności przy dziecku, w której są niezastąpione (Ślizień-Kuczapska, 2016).

#### **4. Narodziny dziecka i karmienie piersią a zdrowie prokreacyjne**

Przebieg okresu okołoporodowego może stanowić jeden z wyznaczników zdrowia prokreacyjnego kobiety, a także wpływać na przyszłe zdrowie prokreacyjne matki i dziecka. Czas ciąży indukuje specyficzny, hormonalnie zmieniony status organizmu kobiecego. Zmiany w poziomie estrogenów i progesteronu charakterystyczne dla okresu brzemienności wiążą się z obniżonym ryzykiem wystąpienia nowotworów narządu rodnego i gruczołu piersiowego, których rozwój uwarunkowany jest odpowiednim stanem hormonalnym organizmu. Do nowotworów hormonozależnych zalicza się raki: endometrium, jajnika i piersi. (Gaitskell, Green, Pirie, Reeves, Beral, 2015; Li i in., 2014; Stone, 2016).

Laktacja jest złożonym procesem uwarunkowanym anatomicznie i regulowanym hormonalnie. Podlega również czynnikom zewnętrznym, takim jak aktywność dziecka, czy częstość odciągania pokarmu (Nehring-Gugulska, Żukowska-Rubik, Pietkiewicz, 2017). Karmienie piersią stanowi nie tylko optymalny sposób żywienia dziecka, ale również wyraz

bliskości i miłości matczynej, element budujący więź w diadzie i jedną z najlepszych prozdrowotnych inwestycji dla matki i dziecka. Karmienie piersią wiąże się z licznymi korzyściami zarówno w perspektywie krótko, jak i długoterminowej. Badania naukowe dostarczają wielu dowodów na korzyści zdrowotne związane z karmieniem naturalnym dla dziecka, matki i całej rodziny (Bar, Milanaik, Adesman, 2016; Binns, Lee, Low, 2016; Grube, von der Lippe, Schlaud, Brettschneider, 2015; Jacobson, Carter, Jacobson, 2014; Victora i in., 2015).

Sposób żywienia noworodka wywiera silny wpływ na jego rozwój fizyczny i umysłowy. Mleko kobiece stanowi aktywny biologicznie, precyzyjnie zbilansowany pokarm zawierający dostosowane do potrzeb dziecka stężenia lekkostrawnych białek, węglowodanów, witamin i składników mineralnych oraz szereg związków biologicznie czynnych jak hormony, enzymy, przeciwciała czy czynniki wzrostu (Ballard, Morrow, 2013; Hollis i in., 2015; Hurley, Theil, 2011; Kowalska, Gruczyńska, Bryś, 2015; Lönnerdal, 2004). Długoterminowe skutki sposobu odżywiania noworodka i małego dziecka opisuje zasada programowania metabolicznego, mówiąca o tym, że oddziaływanie warunków środowiska, w tym przypadku sposobu odżywiania w okresie wewnątrzmacicznym i we wczesnym dzieciństwie ma kluczowe znaczenie dla zdrowia i metabolizmu człowieka w dalszym jego życiu (Haschke, Grathwohl, Haiden, 2016; Socha, 2015; Wijnands, Obermann-Borst, Steegers-Theunissen, 2015). Zmniejszone ryzyko wystąpienia chorób metabolicznych czy autoimmunologicznych (takich jak cukrzyca, otyłość, nadciśnienie tętnicze, reumatoidalne zapalenie stawów) częściej odnotowywane u dzieci karmionych naturalnie wpływa na ich przyszłe zdrowie prokreacyjne i zwiększa szansę na niepowikłany okres brzemienności, naturalny przebieg porodu i położu w dorosłości (Ip i in., 2007; A. Stuebe, 2009).

Karmienie piersią wpływa też na zdrowie prokreacyjne matki. Wspiera naturalne procesy położu. Inicjacja karmienia piersią bezpośrednio po porodzie, zwiększa poziom oksytocyny w organizmie kobiety. Hormon ten sprzyja obkurczaniu mięśnia macicy, zmniejszając tym samym ryzyko nadmiernej utraty krwi w okresie poporodowym (Abedi, Jahanfar, Namvar, Lee, 2016). Oksytocyna silnie wpływa na stan emocjonalny matki, poczucie miłości i przywiązania do dziecka. Udana karmienie piersią wspiera poczucie kompetencji matczynej i satysfakcję z macierzyństwa (Nehring-Gugulska i in., 2017). Pozytywne doświadczenia porodowe i laktacyjne stanowią czynnik zachęcający do dalszej prokreacji. Trauma porodowa silnie wpływa na dobrostan psychiczny kobiety i przyczynia się do unikania kolejnych porodów, będących potencjalnym czynnikiem stresowym. (Bailham Joseph, 2003; McKenzie-McHargi in., 2015). Opisano wyższe ryzyko depresji poporodowej u matek niekarmiących piersią lub wcześniej przerywających karmienie, co również wpływa na gotowość kobiet zarówno do dbania o własne zdrowie prokreacyjne i planowania dalszej koncepcji (Watkins, Meltzer-Brody, Zolnoun, Stuebe, 2011). Badania dowodzą, że karmienie piersią stanowi również czynniki zapobiegający krzywdzeniu dzieci, uwrażliwiając matkę na potrzeby dziecka i dostarczając jej większych możliwości radzenia sobie ze stresem związanym z macierzyństwem (Baranowska, 2016).

W okresie laktacji organizm matki jest nakierowany na zaspokajanie potrzeb odżywczych dziecka. Intensywne zużywanie nagromadzonego w trakcie ciąży zapasu tkanki tłuszczowej prowadzi do szybszej utraty nadmiernej masy ciała. Prawidłowy Indeks masy ciała wywiera znaczący wpływ zarówno na powrót płodności po porodzie, jak i na prawidłowość przebiegu okresu okołoporodowego (Kort, Kim, 2013; Kriseman, Kovanci, Mills, Gibbons, 2013; Van Der Linden i in., 2016; Vinturache, Moledina, McDonald, Slater, Tough, 2014). Kobiety z cukrzycą ciężarnych, które nie karmią dziecka piersią, są w przyszłości bardziej narażone na wystąpienie cukrzycy typu 2. Najlepsze efekty prewencji cukrzycy typu 2 i otyłości uzyskiwano przy utrzymywaniu karmienia piersią, przez co najmniej rok. U kobiet karmiących naturalnie odnotowuje się bardziej korzystne przemiany energetyczne i wyrównanie metaboliczne, co skutkuje zmniejszonym zapotrzebowaniem na insulinę. Laktacja wiąże się z mobilizacją zapasów tłuszczów zgromadzonych podczas ciąży do produkcji glukozy (A. M. Stuebe, Mantzoros, i in., 2011; A. M. Stuebe, Schwarz, i in., 2011; Zhang, Zhang, Liu, Li, Wang, 2015). Dla kobiet, które nie miały cukrzycy ciężarnych, każdy rok karmienia piersią obniża u nich ryzyko zachorowania na cukrzycę typu drugiego o 4-12% (Schwarz i in., 2010). Karmienie piersią chroni kobiety przed nadciśnieniem, które może w sposób znaczący wpływać na matkę w okresie ciąży, porodu i połogu (A. M. Stuebe, Schwarz, i in., 2011; Zhang i in., 2015)

Okres niepłodności laktacyjnej stanowi też mechanizm naturalnej regulacji poczęć, sprzyjając regeneracji organizmu kobiecego przed kolejną ciążą. Dłuższy okres karmienia piersią, podobnie jak okres ciąży, chroni kobietę przed rozwinięciem się chorób nowotworowych narządu płciowego: raka endometrium i jajników, a także raka piersi (DeSantis i in., Islami i in., 2015; Lord i in., 2008; Zhou i in., 2015).

Dbłość o prawidłowy stan zdrowia kobiet w okresie przedkoncepcyjnym i okołoporodowym, właściwe prowadzenie porodu i wspieranie laktacji przyczynić się może do sukcesów w zakresie zdrowia prokreacyjnego.

## **5. Zdrowie prokreacyjne w perspektywie demograficznej**

Zdrowie oraz plany prokreacyjne mają istotne znaczenie dla zastępowalności pokoleń oraz innych wskaźników demograficznych. Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat można obserwować znaczące zmiany demograficzne w Polsce związane z przemianami wzorca płodności. Po 1989 roku nastąpiło wyraźne obniżenie dynamiki demograficznej spowodowane przede wszystkim spadkiem liczby urodzonych dzieci (Kotowska, 2014). Według Troszyńskiego wiąże się to z ciekawym, ale niepokojącym zjawiskiem zmian w modelu demograficznym rodziny. Do końca XX wieku obszar Polski można był podzielić linią Hajnala (od Petersburga do Triestu) niemal po połowie oznaczało to, że regiony zachodniej Polski wybierały tzw. zachodni wzorzec tj. późne zawieranie małżeństw i nie postrzeganie małżeństwa jako podstawowej formy związku, zaś obszary wschodniej Polski przyjmowały wzorzec wschodni tj. wczesne zawieranie związków małżeńskich i uznawanie

małżeństwa jako podstawowej formy związku. XXI wiek przyniósł znaczny przełom i wprowadzono nową linię podziału Europy tzw. Filipowa (od Petersburga do Dubrownika), a wzorzec zachodni dominuje niemal na całym obszarze naszego kraju. (Konferencja „Profilaktyka zdrowia prokreacyjnego. Wokół obniżonej płodności i niepłodności małżeńskiej”, WUM 2015).

W pierwszych latach po transformacji współczynnik urodzeń żywych wynosił nieco powyżej 10% i był prawie o połowę niższy niż w latach 80. XX wieku (współczynnik ten kształtował się wówczas na poziomie 19%). W połowie lat 90. ubiegłego stulecia przewidywano wzrost liczby urodzeń ze względu na wejście w wiek najwyższej płodności kobiet urodzonych w licznych rocznikach przełomu lat 80-dziesiątych i 90-dziesiątych. Tak się jednak nie stało ze względu na kolejną prawidłowość obserwowaną w ostatnim czasie, czyli wzrost wieku kobiet rodzących dziecko. Dlatego też niewielkie ożywienie demograficzne nastąpiło dopiero w latach 2004-2009, kiedy zrealizowane zostały tzw. urodzenia „odłożone” w czasie. Kolejne lata przyniosły spadek liczby urodzeń (za wyjątkiem 2014 roku), aż do 2016 roku, kiedy liczba ta była wyższa niż w roku poprzednim (GUS 2016; GUSb, 2017.). Niska liczba urodzeń w Polsce powoduje, już od 25 lat, brak gwarancji prostej zastępowalności pokoleń, gdyż współczynnik dzietności, określający liczbę urodzonych dzieci przypadających na jedną kobietę w wieku rozrodczym (15-49 lat), utrzymuje się na poziomie zdecydowanie niższym niż 2,15 (oscyluje w granicach 1,5 – 1,2), co oznacza depresję urodzeniową (GUS, 2017; Bieńkowska, Kietlińska-Król, 2017). Według dalekosiężnych prognoz ONZ, Polska na przełomie XXI i XXII wieku będzie liczyła ok 12,5 mln mieszkańców (Marciniak, 2015).

Kolejnym, dynamicznie zmieniającym się aspektem wzorca płodności jest natężenie urodzeń według wieku. Zaobserwowano podwyższenie się wieku matek, które zauważalne jest od kilkunastu lat. Aktualnie grupa najwyższej płodności to kobiety w wieku 25-29 lat (przesunięcie z grupy 20-24 lat), co znacząco wpływa również na zwiększenie płodności w grupie 30-34 lata. Mediana wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko zwiększyła się z 26,1 lat w 2000 roku do 29,9 lat w 2016 roku, a średni wiek urodzenia pierwszego dziecka wzrósł z 23,7 do 27,8 lat. Główny Urząd Statystyczny podaje również dane dotyczące dynamiki demograficznej, które określają relację liczby urodzeń w stosunku do liczby zgonów. Współczynnik ten w 1980 roku wynosił niemal 2 i sukcesywnie spadał, aby w 2015 roku wynieść 0,935. W 2016 roku zauważalny był jego wzrost, jednak nadal utrzymuje się poniżej 1. Kolejną daną obrazującą aktualny wzorzec prokreacji jest współczynnik reprodukcji określający liczbę żywo urodzonych dziewczynek przypadających na jedną kobietę będącą w wieku rozrodczym, który od początku XXI oscyluje w granicach 0,6. Ponadto zauważyć można zmiany w strukturze urodzeń ze względu na wykształcenie matki, ma to związek z ogólnym wzrostem liczby kobiet z wyższym wykształceniem, a także przemianami w planach prokreacyjnych. Udział procentowy dzieci matek z wyższym wykształceniem wzrósł z 6,1% w 1990 roku do 52,1% w 2016 roku. Przedstawione zmiany wzorca płodności związane są z tendencjami młodych Polaków do odkładania decyzji o zakładaniu rodziny na

czas po zdobyciu wykształcenia i osiągnięciu stabilizacji ekonomicznej. (GUS, 2016; GUSb, 2017; Szukalski, 2017).

W obliczu przedstawionych danych i tendencji spadkowych utrzymujących się od wielu lat warto zadać pytanie o plany prokreacyjne kobiet w wieku rozrodczym. Z badań przedstawionych przez CBOS wynika, że 41% Polek w wieku 18-45 lat planuje potomstwo, przy czym jedna czwarta chce zrealizować te plany w ciągu najbliższych 3-4 lat. Czynnikiem różnicującymi plany prokreacyjne są szczególnie wiek oraz liczba posiadanych dzieci. Zdecydowana większość (78%) kobiet, które nie mają dzieci planuje potomstwo. Plany powiększenia rodziny deklaruje 45% kobiet posiadających jedno dziecko, 10% kobiet posiadających dwoje dzieci i 4% tych, które urodziły już troje lub więcej dzieci. Badania wskazują, że wraz z wzrostem wieku spada odsetek kobiet planujących potomstwo: w grupie wiekowej 18-24 lat jest to 84%, wśród kobiet mających od 25 do 34 lat odsetek ten wynosi 52%, a jedynie, co dziesiąta kobieta, która ukończyła 35 lat deklaruje chęć powiększenia rodziny. Należy zauważyć, że istotnymi czynnikami wpływającymi pozytywnie na decyzje prokreacyjne są wyższe wykształcenie oraz wsparcie członków rodziny innych niż partner lub rodzice czy teściowie. Ponadto, wśród kobiet posiadających dzieci, znaczenie ma wiek dziecka – im jest ono starsze tym mniejsze szanse na kolejne dziecko. Natomiast w przypadku bezdzietnych kobiet istotnym czynnikiem warunkującym plany prokreacyjne jest posiadanie pracy zarobkowej. (Omyła-Rudzka, 2017).

Badacze wskazują, że niski wskaźnik dzietności nie jest związany ze spadkiem wartości rodziny w oczach Polek i Polaków, gdyż odsetek młodych Polaków (20-39 lat) deklarujący bezdzietność z wyboru, jako idealny model rodziny, nieznacznie przekracza 1%. Pozostali wskazują na istniejące bariery, które utrudniają lub uniemożliwiają im podjęcie decyzji o rodzicielstwie. Wśród najczęściej wymienianych znalazły się: trudne warunki materialne, bezrobocie lub niepewność zatrudnienia, niemożność zajścia w ciążę, nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, brak odpowiedniego partnera, ryzyko zaistnienia chorób genetycznych dziecka, trudności związane z godzeniem rodzicielstwa i pracy, wysokie koszty, niewystarczająca oferta żłobków i przedszkoli, zbyt niski zasiłek (Kotowska, 2014).

Przedstawione powyżej tendencje związane ze zjawiskiem „odraczania” decyzji o rodzicielstwie niosą za sobą konsekwencje dla zdrowia prokreacyjnego. Najlepszy czas rozrodczy dla kobiety to wiek pomiędzy 20. a 30. rokiem życia, gdyż, jak wynika z badań, w tym czasie kobiety najłatwiej zachodzą w ciążę i mogą ją utrzymać. Ponadto u młodych kobiet porody częściej odbywają się siłami natury, dzieci rodzą się zdrowsze, a powrót do dobrej kondycji po porodzie zazwyczaj jest szybszy (Kubiak-Fortecka i in., 2009; Lautenbach i in., 2013; Major i in., 2013). U kobiet powyżej 35 roku życia zaobserwowano wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia cukrzycy, nadciśnienia, chorób tarczycy i układu krążenia, choroby wieńcowej i tarczycy, reumatyzmu, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa oraz chorób wrzodowych. Zagrożenie wystąpienia cukrzycy ciążowej oraz nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą znacząco wzrasta u kobiet powyżej 35 lat i niemal podwaja

się w przypadku kobiet po 40. roku życia. (Lautenbach i in., 2013; Lisowska 2013; Jagielska i in., 2012). Stan przedzucawkowy zagraża 9% kobiet w wieku 25 lat, a w przypadku ciężarnych po 40. roku życia wzrasta do 14%. Częściej może wystąpić także poród samoistny, w 34-52% przypadków kobiet powyżej 40 lat (Lisowska, 2013). Badania wskazują również, że wraz z wiekiem wzrasta ryzyko wystąpienia aberracji chromosomowych: 4-krotnie częściej wśród kobiet w wieku 35-39 lat i 10-krotnie częściej u matek w wieku powyżej 40 lat, niż u młodszych ciężarnych (Cleary-Goldman, 2005). Zauważalny od kilku lat trend opóźniania macierzyństwa nie jest tendencją służącą zdrowiu prokreacyjnemu, dlatego w pełni uzasadniony wydaje się postulat zwiększenia świadomości społeczeństwa o szansach, ryzykach i zagrożeniach związanych z prokreacją, szczególnie w kontekście planowania optymalnego czasu na zrodzenie potomstwa z uwzględnieniem różnych czynników biologicznych, medycznych, socjalnych, kulturowych etc. (Misztal-Okońska, 2015).

Innym istotnym faktem jest niepokojące zjawisko wzrostu liczby orzeczonych rozwodów, który zawierał się w przedziale od 61,3 tys. w roku 2010 do 66,1 tys. w roku 2013, a w 2008 r. wynosiła 66,6 tys. Rozpad małżeństwa prowadzi do dysfunkcji rodziny i jej negatywnego wpływu na dzieci, wśród nich – na najmłodsze potrzebujące codziennego ciepła matek i ojców. Jest ich dziesiątki tysięcy: w 2013 r. zanotowano ponad 55 tys., wśród nich 6738 nie osiągnęło 3 lat, 16569 było w wieku przedszkolnym (od 3 do 6 lat), 27906 – w wieku od 7 do 15 lat i 3793 mających 16 i 17 lat. Wzrasta też liczba narodzin pozamałżeńskich i w 2012 roku było to, co 4 dziecko w Polsce. Dysfunkcja rodziny ma swoje podłoże. Jest nim najczęściej alkoholizm małżonków i ich wzajemne znęcanie się, brak zainteresowania rodziców potrzebami dzieci, często powodowany wielogodzinną pracą poza domem. Znaczącą rolę odgrywa również dążenie każdego z rodziców do większej niezależności oraz indywidualizmu, co może prowadzić do zaniedbywania dzieci. Niełatwo też uchronić się od rozpadu rodziny w przypadku nadużywania alkoholu, niedochowania wierności małżeńskiej, ale nierzadko też braku umiejętności porozumienia między małżonkami często w sprawach błahych. Swoją wkład w przyspieszenie spadku urodzin ma również aborcja, której ofiarami w latach 1920-2008 było ok 1 miliard dzieci na całym świecie, w tym ok 6,5 mln w Polsce (Kowalska, 2015).

Rozpatrywanie prokreacji jako elementu prozdrowotnego jest zatem uzasadnione w perspektywie przedłużenia ciągłości biologicznej, poprawie zdrowia rodziców, a tym samym ich potomstwa, poprawie ogólnej zdrowotności oraz budowaniu rodziny otwartej na tradycyjne wartości kultury i tradycji europejskiej mającej swe korzenie w chrześcijańskim ujęciu gdzie rodzina stanowi centrum wszelkich odniesień a życie każdej istoty ludzkiej jest darem i zadaniem (Jan Paweł II, *Evangelium Vitae*, 1995).

#### **Bibliografia:**

- Abedi P., Jahanfar S., Namvar, F., Lee J., (2016), Breastfeeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010845.pub2>



- Atlas Demograficzny Polski*, (2017), Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/inne-opracowania-zbiorcze/atlas-demograficzny-polski,28,1.html> (dostęp 29.12.2017).
- Bailham D., Joseph S., (2003), Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice, *Psychology, Health & Medicine*, 8(2), s. 159–168. <https://doi.org/10.1080/1354850031000087537>
- Ballard O., Morrow A.L., (2013), Human Milk Composition, *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), s. 49–74. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>
- Bar S., Milanaik R., Adesman A., (2016), Long-term neurodevelopmental benefits of breastfeeding, *Current Opinion in Pediatrics*, <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000389>
- Baranowska B., (2016), Karmienie piersią jako czynnik chroniący dzieci przed krzywdzeniem, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka*, 15(4), s. 44–64.
- Barczentewicz M., (2008), Naprotechnology jako narzędzie diagnostyki i leczenia niepłodności i innych chorób, (w:) *Naturalne planowanie rodziny w ujęciu wybranych dyscyplin naukowych*, W. Wieczorek i in (red.), Lublin, s. 229-238.
- Bassa B., (2014), Zastosowanie NaProTECHNOLOGY w diagnostyce i leczeniu niepłodności małżeńskiej, (w:) *Rodzina i rodzicielstwo. Między tradycją a współczesnością*, A. Skreczko, B. Bassa, Z. Struzik (red.), Warszawa, s. 239-249.
- Bebelska K.P., Ehmke vel Emczyńska E., Dmoch Gajzlerska E., (2011), Otyłość jako czynnik zaburzający procesy rozrodcze, *Nowiny Lekarskie*, 80(6), s. 499–507.
- Bieńkowska I., Kitlińska-Król M., (2017), Rodzina w świetle danych demograficznych w Polsce i w Europie, *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, 112, s. 35-46.
- Binns C., Lee M., Low W.Y., (2016), The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding, *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(1), s. 7–14. <https://doi.org/10.1177/1010539515624964>
- Boyle P., Stanford J., (2011), Natural procreative technology – a multifactorial approach to the chronic problem of infertility, *Sveikatos Mokslai Biomedicina*, 21(3), s. 37-42. *Brain Reaserch*, 12(1348), s. 55-62. doi: 10.1016/j.brainres.2010.06.019. Epub 2010 Jun 13.
- Bronisławska E.A., (2010), *Wielodzietność we współczesnych rodzinach polskich (Large families in contemporary Poland)*, Opole: Scriptorium.
- Castaneda J., (2017), Refleksje etyczne nad adyrektywnością poradnictwa genetycznego w diagnostyce prenatalnej, *Życie i Płodność*, s. 81-103.
- Chazan B., (1997), *Opieka przedkoncepcyjna, Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Chazan B., (1999), *Medycznie chronione macierzyństwo: profilaktyka niepowodzeń macierzyńskich. Oblicza macierzyństwa*, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Chazan B., (2001), Opieka zdrowotna przedkoncepcyjna, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 5(4), supl. 1, s. 121–125.
- Cleary-Goldman J., Malone F.D., Vidaver J., i in., (2005), Impact of maternal age on obstetric outcome, *ObstetGynecol*, 105, s. 983-90.
- Dangel J.,(2011), Zasady podejmowania decyzji na podstawie diagnozy prenatalnej ze

- szczególnym uwzględnieniem postępowania okołoporodowego w przypadkach prenatalnego rozpoznania nieuleczalnej choroby płodu, *Standardy Medyczne/Pediatrics*, 8(1), s. 60-69.
- Dangel T., (2012), *Decyzje dotyczące dzieci z nieuleczalnymi chorobami prowadzącymi do przedwczesnej śmierci w perinatologii*. Polskie Towarzystwo Bioetyczne 2012. Dyskusja „O racjonalne decyzje w opiece neonatalnej” [http://www.ptb.org.pl/pdf/dangel\\_neonatalna.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/dangel_neonatalna.pdf) 11, (dostęp: 29.12.2017).
- Dangel T., Szymkiewicz-Dangel J., (2005), *Opieka paliatywna w perinatologii*, (w:) *Opieka Paliatywna nad Dziećmi*, T. Dangel (red.), Warszawa: Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Instytut „Pomnik – CZD”, s. 27-30.
- Dangel T., Szymkiewicz-Dangel J.,(2016), *Propozycja programu ochrony życia w przypadku rozpoznania wady letalnej w badaniach prenatalnych* [http://perinatalne.pl/pliki/Artykul/1034\\_propozycja-programu-ochrony-zycia-13-10-2016.pdf](http://perinatalne.pl/pliki/Artykul/1034_propozycja-programu-ochrony-zycia-13-10-2016.pdf), (dostęp: 29.12.2017).
- Deluga A., Szymański Z., (2004), Wykorzystanie wyników badań z zakresu cyklu miesięczkowego w edukacji zdrowotnej, *Zdrowie Publiczne*, 113, s. 272-276.
- DeSantis C.E., Fedewa S.A., Goding Sauer A., Kramer J.L., Smith R.A., Jemal A., (2016), Breast cancer statistics, 2015: Convergence of incidence rates between black and white women. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66(1), s. 31–42. <https://doi.org/10.3322/caac.21320>
- Dudziak U., Deluga A., (2006), *Naturalne planowanie rodziny wybrane zagadnienia*, Toruń: Fundacja nasza Przyszłość.
- Ehmann R., (1994), *Problemy planowania rodziny. Antykoncepcja i jej skutki*, Gdańsk: HLI Europa.
- Raport z badań. Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach, (2012), Warszawa: CBOS.
- Fagan P.F., Talkington S., (2014), *Demographics of Women Who Report Having an Abortion*, Washington: MARRI.
- Fijałkowski W., (2011), *Ekologia Rodziny*, Kraków:Rubikon.
- Frączek P., Jabłońska M., Pawlikowski J., (2013), Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(2), s. 103–109.
- Friedman M.J., Dill F.J., Hayden M.R., Mc Gillivry B.C., (1997), *Genetyka*, Wrocław: Urban &Partner.
- Gaitskell K., Green J., Pirie K., Reeves G., Beral V., (2015), Parity, breastfeeding and ovarian cancer in the Million Women Study, *Cancer Research*, [http://cancerres.aacrjournals.org/content/75/15\\_Supplement/873.short](http://cancerres.aacrjournals.org/content/75/15_Supplement/873.short) (dostęp 29.12.2017).
- Glasier A., Metin-Gülmezoglu A., Schmid D. P., Garcia-Moreno C., Van Look P. F. A., (2006), Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet Sexual and Reproductive Health Series, Sexual and reproductive health: a matter of life and death Report of the International Conference on Population and Development*, New York: United Nations, 2 WHO.
- Goal: Improve Maternal Health, Mdg Monitor. Retrieved 2012-10-18
- Grube M.M., von der Lippe E., Schlaud M., Brettschneider A.K., (2015), Does Breastfeeding Help

- to Reduce the Risk of Childhood Overweight and Obesity? A Propensity Score Analysis of Data from the KiGGS Study, *PLOS ONE*, 10(3), e0122534.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122534>
- Gruszczynska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R., (2015), Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia
- Grzelak Sz., (2006), *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży*, Warszawa: Scholar.
- Grzelak Sz., (2009), *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*, Kraków: Rubikon.
- Haschke F., Grathwohl D., Haiden N., (2016), Metabolic Programming: Effects of Early Nutrition on Growth, Metabolism and Body Composition, *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series*, 86, s. 87–95. <https://doi.org/10.1159/000442728>
- Health-related behaviors as an essential part of human life activities. Attitude of Poles towards their own health. *Hygeia Public Health*, 50(4), s. 558-565.
- Helewa M., i in., (2002), Breast cancer, pregnancy, and breastfeeding, *Europepmc.org*, <http://europepmc.org/abstract/med/12196882> (dostęp 29.12.2017).
- Hilgers T., (2004), *The medical and surgical practice of NaProTechnology*, Omaha Nebraska : Pope Paul VI Institute Press.
- Hilgers T., (2010), *The NaProTECHNOLOGY Revolution. Unleashing the Power in a Womans Cycle*, Omaha, Nebraska: Pope Paul VI Institute.
- Hollis B.W., Wagner C.L., Howard C.R., Ebeling M., Shary J.R., Smith P.G., i in., (2015), Maternal Versus Infant Vitamin D Supplementation During Lactation: A Randomized Controlled Trial, *PEDIATRICS*, 136(4), s. 625–634. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1669>
- Hurley W.L., Theil P.K., (2011), Perspectives on immunoglobulins in colostrum and milk, *Nutrients*, <https://doi.org/10.3390/nu3040442>
- Imacka J., Bulsa M., (2012), Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, *Hygeia Public Health*, 47(3), s. 272-276.
- Ip S., Chung M., Raman G., Chew P., Magula N., DeVine D., i in., (2007), Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid. Rep. Technol. Assess (Full Rep.)*, (153), s. 1–186. <https://doi.org/10.1542/gr.18-2-15>
- Islami F., Liu Y., Jemal A., Zhou J., Weiderpass E., Colditz G., i in., (2015), Breastfeeding and breast cancer risk by receptor status-a systematic review and meta-analysis, *Annals of Oncology*, 26(12), s. 2398–2407. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv379>
- Jacobson S.W., Carter R. C., Jacobson J.L., (2014), Breastfeeding as a proxy for benefits of parenting skills for later reading readiness and cognitive competence, *Journal of Pediatrics*. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.11.041>
- Jagielska I. i in., (2012), Ciąża po 35. roku życia – wyniki położnicze w materiale własnym Kliniki Położnictwa Collegium Medicum w Bydgoszczy, *Przegląd Menopauzalny*, 1, s. 45-50.
- Jan Paweł II, (1995), *Evangelium Vitae*.
- Jastrzębska J., (2017), Psychologiczne aspekty niepłodności z perspektywy różnic

- międzypłciowych i uwarunkowań kulturowych, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 1(29), s. 227-233.
- Jurewicz J., Radwan M., Sobala W., Ligocka D., Radwan P., Bochenek M., Hawuła M., Jakubowski L., Hanke W., (2013), Human urinary phthalate metabolites level and main semen parameters, sperm chromatin structure, sperm aneuploidy and reproductive hormones, *Reproductive Toxicology*, 42, s. 232-241.
- Klimek R., (1995), *Niepłodność uleczalna czy nie?* Warszawa: PZWL.
- Konferencja "Ratujmy życie - wspierajmy rodzicielstwo" , 21 marca 2012, Szpital im. Św. Rodziny w Warszawie, materiały konferencyjne.
- Kornas-Biela D., (2012), Zdrowotne aspekty życia rodzinnego w okresie prekonceptyjnym oraz w okresie prenatalnego rozwoju dziecka, (w:) *Małżeństwo i rodzicielstwo a zdrowie*, T. Rostowska, A. Lewandowska-Walter (red.), s. 306-328, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kornas-Biela D., Psychologiczne aspekty naturalnego planowania rodziny, *Dwumiesięcznik NPR*, 2/2004, s. 8.
- Kort J., Kim S., (2013), A cohort study to evaluate the impact of weight loss on fertility outcomes in an overweight/obese population, *Fertility and Sterility*, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028214000843> (dostęp 29.12.2017).
- Kowalska D., Gruczyńska E., Bryś J., (2015), Mleko matki–pierwsza żywność w życiu człowieka, *Probl Hig Epidemiol*, 96(2), s. 387–398, <http://www.phie.pl/pdf/phe-2015/phe-2015-2-387.pdf> (dostęp 29.12.2017).
- Kowalska I., (2015), *Sytuacja demograficzna Polski na tle Europy. Źródła niepowodzeń prokreacji*. Konferencja „Profilaktyka zdrowia prokreacyjnego. Wokół obniżonej płodności i niepłodności małżeńskiej”, WUM
- Kozdrowicz E., (2013), *Adopcyjne rodzicielstwo: dylematy, nadzieje, wyzwania*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Kriseman M., Kovanci E., Mills C., Gibbons W., (2013), Antimullerian hormone levels are inversely associated with body mass index (BMI) in women with polycystic ovary syndrome, *Fertility and Sterility*, 100(3), S332. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.07.913>
- Lautenbach D., Domaracka K., Socha P., Brzeziński R., Bartosek M., Preis K., (2013), Pregnancy and labour in women aged 35 and over, *Health and Wellness*, 4(101), s. 107-108.
- Li D.P., Du C., Zhang Z.M., Li G.X., Yu Z.F., Wang X., i in., (2014), Breastfeeding and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis of 40 epidemiological studies, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(12), s. 4829–37. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2014.00014>
- Lisowska S., (2013), Ryzyko związane z ciążą po 35 roku życia, *Małopolskie Pielęgniarki i Położne*, 6, s. 12-13.
- Lönnerdal B., (2004), Human Milk Proteins, s. 11–25. [https://doi.org/10.1007/978-1-4757-4242-8\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-4757-4242-8_4)
- Lord S.J., Bernstein L., Johnson K.A., Malone, K.E., McDonald, J.A., Marchbanks, P.A., i in., (2008), Breast cancer risk and hormone receptor status in older women by parity, age of first birth, and breastfeeding: A case-control study, *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*,

- 17(7), s. 1723–1730. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-07-2824>
- Lynch C.D., Sundaram R., Maisog JM i in., (2014), Preconception stress increases the risk of infertility: results from a couple-based prospective cohort study – the LIFE study, *Human Reproduction*, 29(5), s. 1067-1075.
- Major K., Byś M., Baumert M., i in., (2013), Cięża po 30. roku życia – normą XXI wieku, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 6(2), s. 88-92.
- Małżeństwo i dzietność w Polsce*, (2016), Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/malzenstwa-i-dzietnosc-w-polsce,23,1.html> (dostęp 29.12.2017).
- Marciniak G., (2015), *Wyzwania polityki ludnościowej wobec prognoz demograficznych dla Polski i Europy* GUS IV, Posiedzenie Regionalnego Forum Terytorialnego, Wrocław 8 grudnia 2015
- McKenzie-McHarg K., Ayers S., Ford E., Horsch A., Jomeen J., Sawyer A., i in., (2015), Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), s. 219–237. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1031646>
- Midro A., (2011), Niektóre zaburzenia genetyczne u dzieci wynikające z zastosowania procedur zapłodnienia pozaustrojowego in vitro, (w:) *Otoczmy troską życie*, Białystok, s. 81-93.
- Misztal-Okońska P., Młynarska M., Nowicki G., (2015), Późne macierzyństwo – przyczyny i konsekwencje, (w:) *Aspekty środowiskowo-rekreacyjne i prawne zdrowia człowieka*, A. Wdowiak, A. Tucki (red.), Włodawa.
- Modlibowska M., (2013), *Odczarować adopcję Poradnik rodzica dla rodziców*, Warszawa: Wydawnictwo CoJaNaTo.
- Mościcki B.A., (2007), Human Papillomaviruses And Cervical Cancer, *Sexually Transmitted Diseases*, 27(5), s. 252-258.
- Nathanson B., (2001), Śmiertelne oszustwo, zaplanowana zagłada (Irlandia1982), *Służba Życiu*, 3/2001, s. 9-10.
- Nehring-Gugulaksa M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A., (2017), *Karmienie piersią w teorii i praktyce*, Karków: Medycyna Praktyczna.
- Niska dzietność w Polsce w kontekście recepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013*, (2014), I.E. Kotowska (red.), Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- Ochwanowska E. i in., (2017), Wpływ dymu tytoniowego na płodność mężczyzn *Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine*, 20(2), s. 46-51.
- Odeblad E., Menarguez M., Slettvoll J., Temprano H., (1996), How to study the cervical secretory system and its role in natural family planning, *Bulletin of the Ovulation Method Research & Reference Centre of Australia*, 23(2), s. 3-20.
- Omyła-Rudzka M., (2017), Plany prokreacyjne kobiet, *Komunikat z badań CBOS*, 117/2017, s. 1-7.
- Peeters M. A., (2010), Globalizacja zachodniej rewolucji kulturowej, (w:) *Globalna rewolucja kulturowa, postmodernizm, nowa etyka globalna*, M. Rytel (red.), s. 65-77, Warszawa: Wydawnictwo Sióstr Loretanek.
- Peeters M. A., (2013), *Polityka globalistów przeciwko rodzinie*, Warszawa: Wydawnictwo Sióstr

Loretanek.

- Pilar V., (2017) *Ovulation a sign of health, physiology and physiopathology of menstrual cycle*, Santaigo, Chile: Reproductive Health Resarch Institute.
- Piotrowska I., Zgódka P., Milewska M., Błaszczuk M., Grzelkowska-Kowalczyk K., (2014), Programowanie rozwojowe chorób metabolicznych – przegląd wyników badań na zwierzęcych modelach doświadczalnych, *Postepy Hig Med Dosw* (online), 68, s. 899-911.
- Pletzer B., Kronbichler M., Aichhorn M., Bergmann J., Ladurner G., Kerschbaum H.H., (2010), Menstrual cycle and hormonal contraceptive use modulate human brain structure, *Brain Reaserch*, 12(1348), s. 55-62. doi: 10.1016/j.brainres.2010.06.019. Epub 2010 Jun 13.
- Ponczek D., Olszowy I., (2012), Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(2), s. 260-268.
- Program Kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2016-2020 Minister Zdrowia*, (2016), Program Polityki Zdrowotnej, Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- Pudło H., Respondek M., (2016), Programowanie żywieniowe - wpływ odżywiania kobiet w ciąży na zdrowie dziecka = Nutritional programming - the impact of nutrition of pregnant women on the health of their children, *Journal of Education, Health and Sport*, 6(7), s. 589-600. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.59761>.
- Pułtawska W., Fijałkowski W., Sujak E., Braun-Gałkowska M., Hannelowa J., (2010), *Wychowanie w rodzinie*, Kraków: Wydawnictwo Petrus.
- Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*, (2004), Geneva: World Health Organization.
- Rocznik Demograficzny*, (2017), Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2017,3,11.html> (dostęp 29.12.2017).
- Rötzer J., (2007), *Ja i mój cykl*, Warszawa: INER.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020*, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/cele-operacyjne-npz/> (dostęp 29.12.2017).
- Ryś M., (1998), *Problematyka rodzinna przegląd bibliograficzny*, Otwock.
- Rzepka-Górska I., (1997), *Ginekologia dziecięca i dziewczęca*, Warszawa: PZWL.
- Schwarz E. B., McClure C. K., Brown J.S., Creasman, J.M., Stuebe A., Van Den Eeden S.K., Thom D., (2010), Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: A population-based study, *American Journal of Medicine*, 123(9), s. 863, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934310003852> (dostęp 29.12.2017).
- Skałba P., (1998 ), *Endokrynologia Ginekologiczna*, Warszawa: PZWL.
- Skałba P., (2014), *Diagnostyka i leczenie zaburzeń endokrynologicznych w ginekologii*, Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Socha P., (2015), Metabolic Programming, Breastfeeding And Later Risk Of Obesity, *The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity*, s. 1–8, [ISSN 2082-7067 4\(32\)2017 KWARTALNIK NAUKOWY](http://3sq09pg5ddg3nxw931gn9yf1.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/02/ECOG-</a></p></div><div data-bbox=)

- Obesity-eBook-Metabolic-Programming-Breastfeeding-And-Later-Risk-Of-Obesity.pdf (dostęp 29.12.2017).
- Stanford J.B., Parnell T.A., Boyle Ph.C., (2008), Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish General Practice, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 21(5), s. 375-384.
- Stone P.K., (2016), Biocultural perspectives on maternal mortality and obstetrical death from the past to the present, *American Journal of Physical Anthropology*, 159, s. 150–171.  
<https://doi.org/10.1002/ajpa.22906>
- Stuebe A. M., Mantzoros C., Kleinman K., Gillman M. W., Rifas-Shiman S., Seely E.W., Rich-Edwards J., (2011), Gestational glucose tolerance and maternal metabolic profile at 3 years postpartum. *Obstetrics and Gynecology*, 118(5), s. 1065–1073.  
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182325f5a>
- Stuebe A., (2009), The Risks of Not Breastfeeding for Mothers and Infants. *REVIEWS IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY [Rev Obstet Gynecol*, 2222(44). <https://doi.org/10.3909/riog0093>
- Stuebe A.M., Schwarz, E.B., Grewen K., Rich-Edwards J.W., Michels K.B., Foster E.M., i in., (2011), Duration of lactation and incidence of maternal hypertension: A longitudinal cohort study, *American Journal of Epidemiology*, 174(10), s. 1147–1158. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr227>
- Sujak E.,(1995), *Poradnictwo małżeńskie i rodzinne*, Katowice: Księgarnia św. Jacka.
- Suszczewicz N., Ślizień-Kuczapska E., (2012), Antykoncepcja hormonalna - dlaczego nie? Medyczny punkt widzenia, *Życie i Płodność*, 1/2012, s. 15-33.
- Szpak R., Bugała-Szpak J., Droszól A., Skrzypulec W., (2009), Jakość życia u kobiet z endometriozą, *Wiadomości Lekarskie*, 12(2), s. 129-134.
- Szukalski P., (2017), Podwyższanie się wieku matek w Polsce – ujęcie przestrzenne, *Demografia i Gerontologia Społeczna. Biuletyn Informacyjny*, 3/2017, s. 1-5.
- Szymaniak M., Ślizień-Kuczapska E., (2016), Metody Rozpoznawania płodności jako istotny element promocji zdrowia prokreacyjnego, *Życie i Płodność*, s. 7-11.
- Szymański Z., (2004), *Płodność i planowanie rodziny*, Szczecin: PAM.
- Tham E., Schliep K., Stanford J.B., (2012), Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage: Outcomes in a Canadian family practice, *Canadian Family Physician*, 58, s. 267–274.
- The Millennium Development Goals Report*, (2015), New York: United Nations.
- Tournaye H., Krausz C., Oates R.D., (2017), Novel concepts in the etiology of male reproductive impairment, *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(7), s. 544-553.
- Trojanowska M., Świetlik R., (2016), Wpływ palenia papierosów na ryzyko zdrowotne mieszkańców miast wywołane środowiskową ekspozycją inhalacyjną na metale ciężkie (As, Cd, Ni), *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine*, 19(3), s. 23-30.
- Troszyński M., (2009) *Rozpoznawanie płodności. Materiały edukacyjno-dydaktyczne dla nauczycieli NPR, pracowników służby zdrowia oraz zainteresowanych zdrowiem prokreacyjnym*, Poznań: Bonami.
- Troszyński M., (2015), *Zmiany płodności w rodzinach w Polsce i w Europie w XXI wieku*, Konferencja

- „Profilaktyka zdrowia prokreacyjnego. Wokół obniżonej płodności i niepłodności małżeńskiej”, WUM.
- Van Der Linden E.L., Browne J.L., Vissers K.M., Antwi E., Agyepong I.A., Grobbee D.E., Klipstein-Grobusch K., (2016), Maternal body mass index and adverse pregnancy outcomes: A Ghanaian cohort study, *Obesity*, 24(1), s. 215–222.  
<https://doi.org/10.1002/oby.21210>
- Victora C., Lessa Horta. B., Loret de MOLA. C., Quevedo. L., (2015), Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet Global Health*,  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X15700021> (dostęp 29.12.2017).
- Viñas R., Watson Ch.S., (2013), Mixtures of xenoestrogens disrupt estradiol-induced non-genomic signaling and downstream functions in pituitary cells, *Environmental Health*, 12(26), s. 26.
- Vinturache A., Moledina N., McDonald S., Slater D., Tough S., (2014), Pre-pregnancy Body Mass Index (BMI) and delivery outcomes in a Canadian population, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), s. 422. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0422-y>
- Watkins S., Meltzer-Brody S., Zolnoun D., Stuebe A., (2011), Early breastfeeding experiences and postpartum depression, *Obstetrics and Gynecology*, 118(2), s. 214–221.  
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182260a2d>
- Welling L.L.M., (2013), Psychobehavioral Effects of Hormonal Contraceptive Use, *Evolutionary Psychology*, 11(3), s. 718–742. doi: 10.1177/147470491301100315.
- Westrom L., (1993), Wczesny seks przyczyną niepłodności, *Medical Tribune*, 7-8, s. 14-24.
- Wijnands K.P.J., Obermann-Borst S.A., Steegers-Theunissen R.P.M., (2015), Early life lipid profile and metabolic programming in very young children, *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 25(6), s. 608–614. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2015.02.010>
- Wójcik E., (2016), *Poradnik małżeński. W poszukiwaniu sensu życia*, Warszawa: Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna Adam.
- Zhang B.Z., Zhang H.Y., Liu H.H., Li H.J., Wang, J.S., (2015), Breastfeeding and maternal hypertension and diabetes: a population-based cross-sectional study, *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 10(3), s. 163–7.  
<https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0116>
- Zhou Y., Chen J., Li Q., Huang W., Lan H., Jiang H., (2015), Association Between Breastfeeding and Breast Cancer Risk: Evidence from a Meta-analysis, *Breastfeeding Medicine*, 10(3), s. 175–182. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0141>



Dr Paulina Rosińska  
*Instytut Psychologii, WFCH*  
*Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego*  
*w Warszawie*

## **Poczucie własnej skuteczności i lokalizacja kontroli zdrowia jako predyktory troski o zdrowie w grupie matek małych dzieci**

### **I. Teoretyczne podstawy badań**

Współczesna psychologia zdrowia (por. psychologia pozytywna) poświęca wiele miejsca problematyce zasobów osobistych, są one traktowane jako czynniki sprzyjające zdrowiu i jakości życia jednostki (Chodkiewicz, 2005; Poprawa, 2001).

Prekursorem nowego spojrzenia na zdrowie i chorobę był Antonovsky. Postrzegał zdrowie jako proces niezwykle złożony i bogaty w liczne uwarunkowania o charakterze biologicznym, psychicznym i społecznym.

Dzięki jego teorii salutogenezy badacze skoncentrowali się wokół potencjałów zdrowia (nazywanych przez Antonovskiego uogólnionymi zasobami odporności na stres), aniżeli na czynnikach ryzyka utraty zdrowia (Motyka, 2003).

Jak są zatem definiowane zasoby? Sęk definiuje je jako specyficzne właściwości funkcjonalne cech istniejących potencjalnie w środowisku człowieka i w nim samym oraz w jego relacjach z otoczeniem. W dynamice procesów konfrontacji człowieka z wymaganiami środowiska zasoby pełnią funkcję regulacyjną i prozdrowotną (Sęk, 2000).

Potencjał zdrowotny człowieka może się wyrażać w aktywnym wpływie na swoje zachowania zdrowotne, podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem, umiejętnościach efektywnego radzenia sobie z wymaganiami życia codziennego (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Wrona-Polańska, 2008).

Jak podają Motyka (2003) oraz Poprawa (2001) podmiotowe i środowiskowe (np. wsparcie społeczne) zasoby razem z codziennymi zadaniami życiowymi mogą też wpływać na poziom doświadczanego stresu, przebieg i skuteczność procesów radzenia sobie z nim i wreszcie na poczucie szczęścia, czy prowadzenie dobrego życia (prozdrowotny styl życia).

W szerszej perspektywie zasoby osobiste można postrzegać je jako wszelkie wewnętrzne i zewnętrzne możliwości, które posiada jednostka i które wpływają na funkcjonowanie i warunkują jej odporność (Chodkiewicz, 2005).

Do zasobów, określanych jako podmiotowe można zaliczyć zarówno te biologiczne (wiek), jak i psychologiczno- poznawcze (np. poczucie koherencji, poczucie kontroli,

samoocena, poczucie tożsamości), a także behawioralne (zachowania promujące zdrowie, jego wartość, subiektywne definicje zdrowia). Sytuacyjne zasoby związane są z życiem rodzinnym i zawodowym (Wrona- Polańska, 2008).

Wszystkie przytoczone wyżej opisy nie skupiają się wokół określonych zmiennych, a raczej wskazują na ich właściwości oraz cel, jakim jest nie tylko utrzymanie dobrej kondycji zdrowotnej, ale i pomnażanie zdrowia.

Problematyka podejmowana w badaniach własnych wydaje się zasadna z uwagi na coraz szybszy rozwój chorób cywilizacyjnych (które wciąż są główną przyczyną śmiertelności), ale i na konsekwencje tych schorzeń. W opinii specjalistów ze Światowej Organizacji Zdrowia za około 50% zgonów odpowiadają choroba niedokrwienna serca i nadciśnienie tętnicze, a każdego roku następuje wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe, cukrzycę czy astmę (WHO, 2012). Według raportu, opublikowanego przez Państwowy Zakład Higieny śmiertelność z powodu choroby niedokrwiennej serca wynosi w Polsce 45,1%, natomiast z powodu nowotworów złośliwych 25,4%. Wzrastają wskaźniki osób leczących się z powodu zaburzeń nerwicowych oraz zaburzeń afektywnych. Dane z piśmiennictwa wyraźnie wskazują, że kobiety są bardziej podatne na zaburzenia depresyjne (Sanderson, 2004; Wojtyniak, Goryński, 2016). Część kobiet, u których po porodzie można zaobserwować objawy łagodnego baby blues zapada na depresję, która rozwija się w ciągu kilku miesięcy (nawet do roku po porodzie). To też przyczynek, aby przyglądać się bacznie zachowaniom zdrowotnym kobiet w obszarze dbałości o zdrowie psychospołeczne.

Rezultaty wielu badań określają, że kobiety na ogół bardziej troszczą się o własne zdrowie (m.in. lepiej się odżywiają, rzadziej nadużywają alkoholu czy mniej palą), a także ich ogólny stan zdrowia zdaje się być lepszy niż u mężczyzn (Binkowska-Bury i wsp., 2010; Chodkiewicz, 2005; Heszen, Sęk, 2007; Juczyński, 2009; Rasińska, 2010; Sanderson, 2004).

Powodem do zatroskania może być fakt, że kondycja psychiczna kobiet może być bardziej obciążona poprzez większą skłonność do zamartwiania się, przeżywania różnego rodzaju lęków. W badaniach własnych (2014) kobiety odznaczały się wyższym poziomem neurotyczności niż mężczyźni. Z kolei neurotyczność pozostaje w ścisłym związku z zachowaniami szkodzącymi zdrowiu (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2007).

Chorobom cywilizacyjnym oraz ich skutkom można i trzeba zapobiegać. Działania prewencyjne powinny polegać głównie na propagowaniu mody na niepalenie papierosów, ograniczeniu spożycia alkoholu, zmianie diety i zwiększeniu aktywności fizycznej oraz poprawie opieki zdrowotnej (Wojtyniak, Goryński, 2016). Rozpoznanie zachowań pro i anty zdrowotnych i ich uwarunkowań właściwych dla danej grupy pozwala podjąć efektywną interwencję promującą zdrowie w całym społeczeństwie (Biernat i wsp., 2012; Łuszczynska, 2004).

Dane z piśmiennictwa potwierdzają, że prozdrowotny styl życia nie tylko stanowi obronę przed rozpowszechnianiem się chorób i zaburzeń, ale też może umacniać zdrowie (Collins, 2007; Cordain i wsp., 2005; Lipski, 2010; Milham, 2010; Rasińska, 2010; Sobieszkańska i wsp., 2009; Tylka, 2006).

Próba dokonania portretu dbałości o zdrowie i jej korelatów właśnie w grupie matek jest zasadna, gdyż to właśnie rodzice (głównie matki) modelują zachowania zdrowotne u swoich dzieci. Wielu autorów zgodnie podkreśla, że zachowania dzieci w obszarze zdrowia są wiernym odbiciem działań pro lub anty zdrowotnych, podejmowanych przez rodziców (Zadworna-Cieślak, Kaflik-Pieróg, 2010). Niezdrowy styl życia rodziców jest też czynnikiem ryzyka chorób cywilizacyjnych u ich potomstwa (Borzucka-Sitkiewicz, 2005; Bulska, 2008; Ogińska-Bulik, 2006; Olubiński, 2000; Wołowski, Jankowska, 2007; Woynarowska, 2008).

Istnieją różne koncepcje i modele teoretyczne wyjaśniające rolę rodziny w kształtowaniu zachowań pro i antyzdrowotnych u dzieci i młodzieży. Zgodnie z przyjętym podziałem proponowanym przez Heszen-Klemens to właśnie rodzina stanowi silne źródło uwarunkowań zewnętrznych działań pro lub antyzdrowotnych. Jedną z takich teorii jest teoria społecznego uczenia się. Autor koncepcji Bandura (1977) twierdzi, że obserwacja bezpośrednia „znaczących innych” czyli członków rodziny, a potem rówieśników, tworzy model najsilniej wpływający na zachowanie. Obserwowanie zachowań rodziców prowadzi do przyswajania ich symbolicznych reprezentacji. Służą one jako schematy późniejszych działań jednostki. Istotne jest również wzmacnianie zachowań, a więc to, czy rodzice aprobuje czy też nie dane zachowanie dziecka (Bandura, 1977,1992)

Proces socjalizacji to czas, kiedy dziecko przyswaja różne nawyki zdrowotne (m.in. preferowanie aktywności fizycznej zamiast biernego spędzania czasu, higiena jamy ustnej, czy nawyk mycia rąk). Rezultaty badań wskazują, że choć w okresie adolescencji dzieci wzorują się na rówieśnikach to siła oddziaływań rodziców w zakresie prozdrowotnego stylu życia przynosi efekty w postaci wyboru „zdrowszych” aktywności (Gniazdowski, 1990; Ogińska Bulik, 2010; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Jakie czynniki podmiotowe mogą gwarantować wybór zachowań korzystnych dla zdrowia? Może pewne osoby nie wierzą w to, że są stanie zaprzestać palenia lub nie są przekonane o swoim wpływie na stan zdrowie (posiadają niskie poczucie własnej skuteczności i zewnętrzną lokalizację kontroli zdrowia).

Każdy proces kształtowania zachowań mających na celu troskę o zdrowie warto zatem rozpocząć od określenia i rozwijania potencjałów zdrowotnych. Taki sposób podejścia jest zgodny z istotą promocji zdrowia, którą jest zachęcanie ludzi, aby sami czuwali nad swoim zdrowiem i dążyli do jego umocnienia. Proces pomnażania zdrowia dokonuje się przez gromadzenie i rozwój zasobów zdrowotnych człowieka. Szeroko rozumiana edukacja zdrowotna wymaga modelowania postawy autokreacyjnej (Chodkiewicz, 2005; Juczyński, 1998; Woynarowska, 2008).

Przedstawiane badania są częścią większego projektu, który dotyczy dbałości o zdrowie i jej wyznaczników w różnych grupach. Finalnym krokiem zamykającym badania ma stać się porównanie zachowań zdrowotnych rodziców dziś i działań prozdrowotnych ich dzieci w przyszłości.

## **1. Troska o zdrowie**

Autorka artykułu przyjmuje taką definicję zdrowia, która zakłada, że zdrowie jest ustawicznym (ciągłym) procesem dążenia do osiągnięcia równowagi zdrowotnej zarówno w sferze soma jak i psyche - mieszczącej w swoim zakresie obszar duchowy i społeczny. Zasadnym zdaje się postrzeganie troski o zdrowie w aspekcie dynamicznym. Ogromną wartością tak wielowymiarowego opisywania zdrowia i naturalną konsekwencją jest traktowanie człowieka holistycznie, czyli całościowo (Woynarowska, 2008).

Zdrowie w ujęciu holistycznym, identycznie jak w definicji WHO jest pojęciem wielopłaszczyznowym, uwzględniającym dynamiczną równowagę wszystkich wpływających na nie czynników. Zwolennicy podejścia całościowego zwracają uwagę na podmiotowy wymiar zdrowia (przypisywanie człowiekowi odpowiedzialności za własne zdrowie). Oddają tę ideę hasła wykorzystywane podczas działań na rzecz promocji zdrowia takie jak na przykład: Twoje zdrowie w twoich rękach (Heszen-Niejodek, 1989).

Samo pojęcie troski o zdrowie zostało zaczerpnięte z koncepcji samotroski Kowalika (Kowalik, 2007). Autorka skłania się jednak do przypisywania troski o zdrowie także osobom zdrowym, podczas gdy Kowalik analizował tę zmienną w odniesieniu wyłącznie do osób chorych. Kładziony jest akcent na podmiotowy charakter jednostki, która aktywnie troszczy się o własne zdrowie.

Troska o zdrowie oznacza pozytywną postawę w stosunku do własnego zdrowa. Jak każda postawa składa się z trzech związanych ze sobą elementów: poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego. Komponent poznawczy wyraża się w sposobie percepcji własnego zdrowia. Zdrowie winno się dostrzegać nie tylko jako wartość instrumentalną (służącą realizacji innych celów), ale wartość ostateczną- wysoko lokalizowaną w hierarchii. Aspekt emocjonalny zawiera w sobie różne uczucia, które towarzyszą myśleniu o własnym zdrowiu (od obaw o stan zdrowia, poprzez zadowolenie z kondycji zdrowotnej do nadziei na pomnażanie i rozwijanie własnego zdrowia). Na poziomie behawioralnym przejawem troski o zdrowie są wszelkie działania (aktywności), podejmowane na rzecz zdrowia (nazywane zachowaniami prozdrowotnymi) (Rosińska, 2014).

Dbłość o zdrowie fizyczne może się uwidoczniać poprzez takie grupy zachowań: prawidłowe nawyki żywieniowe, uprawianie aktywności fizycznej i poddawanie się badaniom profilaktycznym, właściwa ilość i jakość snu, a także korzystanie z używek.

Promowanie zdrowia psychicznego to przede wszystkim działania mające na celu naukę umiejętności radzenia sobie ze stresem (aktywne style i dobór odpowiednich strategii) oraz z nieprzyjemnymi emocjami (radzenie sobie z napięciami czy złością).

Troska o zdrowie duchowe (często lokowane w obszarze zdrowia psychicznego) dotyczy preferowanych wartości (być lub mieć) jakimi kieruje się człowiek. Dbłość o rozwój duchowy oznacza poszukiwanie sensu istnienia, co może przejawiać się w stawianiu sobie konkretnych i realistycznych celów życiowych, czy podejmowaniu praktyk religijnych, które

wspomagają równowagę (psychofizyczną) w życiu. Różni autorzy podkreślają, że zainteresowanie się sferą ducha sprzyja harmonii emocjonalnej i społecznej (Woynarowska, 2008).

Dobre relacje z innymi (satysfakcjonujące życie rodzinne, zawieranie i podtrzymywanie przyjaźni), pełnienie różnych ról społecznych oraz te działania związane z otrzymywaniem wsparcia społecznego wkomponowują się w troskę o zdrowie społeczne (Bishop, 2000; Chodkiewicz, 2005; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Sheridan, Radmacher, 1998; Woynarowska, 2008).

Poszczególne wymiary zdrowia przenikają się nawzajem. Nastawienie do innych ludzi jest częścią wspólną dla zdrowia duchowego i społecznego. Z kolei łącznikiem dla zdrowia fizycznego i psychicznego są emocje wraz z ich fizjologiczne komponenty (Woynarowska, 2008).

## 2. Poczucie własnej skuteczności

Pojęcie poczucie własnej skuteczności zostało wprowadzone przez Bandurę (1977) i jest też inaczej zwane: samoskutecznością lub poczuciem własnej kompetencji. Traktuje się je jako optymistyczne przekonania jednostki o jej możliwościach działania zgodnie z obranym celem (nie jest to jednak nierealny optymizm). Oznacza to przeświadczenie jednostki, że jest w stanie przeprowadzić określoną czynność czyli osiągnąć oczekiwany wynik. Poczucie własnej kompetencji jest umiejscawiane w obszarze zmiennych intrapsychoicznych, które tworzą obraz siebie w zakresie osobistego sprawstwa i kontroli rezultatów czynności (Bandura, 1977,1992).

Pierwszym i jednocześnie najważniejszym źródłem rozwoju tego konstruktów są zdarzenia z przeszłości, podczas, których osoba nabyła pozytywne doświadczenie potwierdzające efektywność swojego zachowania. Własna skuteczność wzrasta w procesie dokonywania wewnętrznej atrybucji i powtarzalności udanego działania (osoba rzucająca palenie powstrzymuje się od palenia przez tydzień, dwa tygodnie, miesiąc). Drugi czynnik wyjaśniający kształtowanie się poczucia kompetencji nosi miano doświadczenia zastępczego. Kiedy modelowi, podobnemu do danej osoby udaje się zmodyfikować pewne zachowanie to wówczas jej skuteczność wzrasta za pośrednictwem procesu porównań społecznych. Na przykład, jeśli żona podejmuje próbę (w dodatku efektywną) utrzymania właściwej diety to u męża wzrasta własna skuteczność, dzieci widzące rodziców aktywnie rozwiązujących trudności same wierzą, że również są do tego zdolne. Za pomocą doświadczenia symbolicznego można również budować poczucie własnej skuteczności. Przykładem takiego oddziaływania jest mechanizm wsparcia społecznego. Jednostka jest przekonywana przez osobę o dużym autorytecie (poprzez słowną perswazję), że podoła czemuś, sprosta jakiemuś działaniu pomimo pojawiających się trudności (wsparcie m.in. wartościujące). Osoba znacząca odwołuje się do kompetencji osoby, dzięki, którym jest ona w stanie np. podjąć wysiłek fizyczny. Może też dostarczać informacji (wsparcie informujące i instrumentalne)

dotyczącej zachowań korzystnych dla zdrowia (dieta, opis konkretnych ćwiczeń). Jako czwarte źródło Bandura wymienia poziom pobudzenia emocjonalnego. W sytuacji stresu niska reaktywność emocjonalna może być pożądana, gdyż ułatwia opanowanie się i sprzyja kontroli środowiska (Bandura, 1977, Juczyński, 2000; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Poczucie własnej skuteczności łączy się z wieloma aspektami ludzkiego zachowania. Wpływa na wybór i decyzję o podjęciu danej czynności (np. regularne uprawianie sportu), na wkładany wysiłek i wytrwałość w działaniu, sposób atrybucji sukcesu i porażki oraz na jakość i siłę reakcji emocjonalnych, podczas antycypacji określonego wydarzenia i w czasie działania (Juczyński, 1998, Poprawa, 2001).

Wnioski płynące z różnych badań dają podstawę do sformułowania tezy, że poczucie kompetencji pozostaje w zależności ze zdrowiem zarówno fizycznym jak i psychicznym. Wysokie nasilenie tej cechy koresponduje z mniejszym nasileniem bólu przy jednocześnie jego wyższej tolerancji i lepszym radzeniu sobie z nim, a także wpływa mobilizująco na funkcje układu immunologicznego (Bandura, 1992; Juczyński, 2000, 2001; Kózka i wsp., 2013). U osób, które odznaczają się niską samoskutecznością obserwuje się wysoki poziom lęku, poczucie bezradności, a także większe nasilenie smutku i przygnębienia. Niedostatkom własnej skuteczności towarzyszą ciągle wątpliwości, pesymistyczne myśli, co do przyszłych osiągnięć i możliwości kontynuowania działań (por. neurotyczność) (Bandura, 1992; Schwarzer i wsp., 1996; Juczyński, 2000).

Samoskuteczność oddziałuje na inne przekonania, procesy motywacyjne, emocjonalne, na sposoby radzenia sobie ze stresem (stres jako wyzwanie) oraz pozwala selekcjonować bodźce (Schwarzer i wsp., 1996, Łuszczynska, 2004; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Kiedy wzrasta przekonanie o własnej możliwości rozwiązania określonego problemu to wówczas rośnie motywacja do sformułowania intencji (chęć ograniczyć palenie) i rozpoczęcie działań (pałę mniej papierosów dziennie). Stwierdzenie: „mogę, jestem w stanie to zrobić” jest tożsame z przekonaniem o kontroli nad zachowaniem i nad otoczeniem. Posiadanie wewnętrznej atrybucji sprawia, że jednostka zmienia swoje zachowanie. Osoba, która jest przekonana, że potrafi podjąć działanie, tym samym rozwiązać problem odznacza się silniejszą motywacją by rzeczywiście tego dokonać, jest też bardziej zaangażowana w proces podejmowania decyzji (Łuszczynska, 2004).

Poczucie własnej kompetencji łączy się też z wybieraniem różnych aktywności w sposób pośredni. Osoby cechujące się wysoką samoskutecznością wybierają bardziej ambitne (wyższe) cele w porównaniu z osobami o niskiej skuteczności. Im mocniejsze poczucie własnej skuteczności prezentuje jednostka tym silniej angażuje się w zamierzone zachowanie nawet w obliczu pojawiających się przeszkód i ryzyka porażki (Bandura, 1977; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008; Juczyński, 1998). Rodzaj i poziom trudności planowanych zamiarów jest determinowany przez poziom optymistycznych przekonań o własnych możliwościach, które wpływają też na reakcje ludzi w sytuacji rozbieżności między celami a bieżącymi rezultatami działań. Stwierdzenie: „staralem się, ale nie udało się” dla osób o oceniających

siebie za kompetentnych nie jest powodem do zamartwiania się, ale stanowi wyzwanie i motywuje do podjęcia większego wysiłku (Bandura, 1992; Łuszczynska, 2004).

Zdaniem Poprawy (2001) jednostki bardziej skutecznie efektywniej wykorzystują zasoby poznawcze, trafniej oceniają sytuację i aktywniej poszukują sposobów radzenia sobie wybierając te bardziej adekwatne - co jest przejawem dbałości o zdrowie psychiczne. Jest to powiązane z rzadszym doświadczaniem emocji negatywnych. Drogą oddziaływania na zachowanie jest wzbudzenie przyjemnych odczuć (uda mi się, udało mi). Częste poczucie zadowolenia z siebie lub dumy jest indukowane przez optymistyczne przekonania o swoich możliwościach.

Samoskuteczność wpływa na stan zdrowia jednostki poprzez promowanie zachowań prozdrowotnych w zakresie zdrowia fizycznego. Ogińska-Bulik i Juczyński (2003, 2008) wskazują bogato udokumentowany w literaturze związek między samoskutecznością a uprawianiem sportu i zachowaniami związanymi z odżywianiem się (m.in. kontrolowaniem wagi ciała, proces redukcji nadwagi). Rezultaty licznych badań przekrojowych stały się podstawą do twierdzenia, że poczucie własnej skuteczności jest dobrym predykatorem aktywności fizycznej zarówno w grupie osób dorosłych, jak i nastolatków (Papandonatos i wsp., 2012; Peterson i wsp., 2010).

Według Schwarzera i wsp. (1996) jednostki, które mają silne poczucie własnej skuteczności podejmują regularne ćwiczenia fizyczne, preferują prozdrowotne zachowania związane z jedzeniem, na ogół nie używają środków uzależniających, a także zapobiegają niekontrolowanym zachowaniom seksualnym.

W literaturze przedmiotu można także odnaleźć wiele badań poświęconym właśnie rodzicom małych dzieci. Interesujące są te, w których poczucie własnej skuteczności jest istotnym mediatorem pomiędzy wsparciem rodziców a modelowaniem prozdrowotnych aktywności u dzieci (Trost i wsp., 1999 za Lawrence, Worsley, 2007).

Z kolei Rodriguez wraz z współpracownikami (1996) przeprowadzili ciekawe badania nad poszukiwaniem zależności między zachowaniami zdrowotnymi rodziców małych dzieci a wieloma różnymi zmiennymi. Odkryli, że poczucie kompetencji koresponduje z działaniem korzystnym dla zdrowie takim jak właściwa ochrona przed słońcem (stosowanie kremów z filtrami, brak ekspozycji na słońce w ryzykownych godzinach). Rodzice przestrzegali powyższych zasad w odniesieniu do siebie i do własnych dzieci.

### **3. Umiejscowienie kontroli zdrowia**

Teoretyczny konstrukt, nazywany lokalizacją poczucia kontroli (locus of control) powstał na gruncie koncepcji społeczno-poznawczej, jego twórcą był Rotter. Bazowym pojęciem używanym przez niego jest wzmocnienie (reinforcement), czyli gratyfikacje dostępne jednostce w konkretnej sytuacji. W opinii Rottera ludzie przeważnie podejmują działania mające na celu otrzymanie jak największej ilości nagród - wzmocnień. Niektórzy

wybierają aktywności po, których następuje natychmiastowe wzmocnienie, inni zaś preferują działania po, których gratyfikacja jest odległa, odroczone w czasie (ale ma za to większą wartość). Obok gratyfikacji znaczenie dla zachowania ma oczekiwanie (expectancy). Jest to przekonanie o tym, że podjęte działanie doprowadzi do otrzymania nagrody. Pozwala też na oszacowanie prawdopodobieństwa osiągnięcia pożądanej gratyfikacji jako efektu danej aktywności. Specyficzne przekonania pojawiają się w procesie uczenia się, podczas wielu sytuacji w których jednostka spostrzega związki między swoimi działaniami i ich następstwami. To wówczas kształtują się oczekiwania związane z posiadaniem bądź nie kontroli wzmocnień. Jeśli większość zachowań podejmowanych w przeszłości kończyła się przewidywanym rezultatem, prawdopodobnym jest fakt, że osoba wykształci uogólnione przekonanie o realnych zależnościach pomiędzy własnym działaniem a jego skutkiem. Zgodnie z zasadami teorii uczenia przekonania ulegają generalizacji, co oznacza, że osoba postrzega swój wkład w różne przyszłe zdarzenia.

Poczucie kontroli to indywidualna właściwość każdego człowieka. Konstrukcja ten wyraża uogólnione oczekiwania, że własne działania stanowią narzędzie do uzyskania celu. Inaczej jest to ocena własnej bądź nie kontroli wzmocnień. Rotter wyróżnił zewnętrzne i wewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli. Pierwsze z nich ujmuje zdarzenia jako zdeterminowane czynnikami pozostającymi poza kontrolą osobistą (takimi jak inne osoby, zrządzenie losu lub przypadek) natomiast drugie to postrzeganie sytuacji jako konsekwencji własnych działań. Osoby z wewnętrzną lokalizacją kontroli podejmują własne wysiłki do nadzorowania swojego środowiska, biorą odpowiedzialność za własne działania, poszukiwanie informacji, uczenie się i podejmowanie bardziej autonomicznych decyzji (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Rotter, 1954).

Rotter (1954) podkreśla, że w przewidywaniu zachowania jednostki ważniejsze od obiektywnych cech sytuacji jest jak osoba postrzega daną sytuację. Poczucie kontroli rozwija się w sytuacjach społecznych, a ogromną rolę w jego kształtowaniu spełniają głównie rodzice i najbliżsi opiekunowie. W dzieciństwie to oni zaspakajając potrzeby młodego człowieka tym samym są źródłem wzmocnień. Jeśli dziecko może zdobywać różne doświadczenia, jego aktywność nie jest hamowana, a bliscy stosują pozytywne wzmocnienia, a także pozwalają rozwijać niezależność i samodzielność to wówczas dzięki ich postawie jednostka formuje przekonanie o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli. Z drugiej strony postawa nadmiernie chroniąca, wyrażająca się w blokowaniu wszelkiej aktywności przy równoczesnym używaniu kar i wielu zakazów może przyczynić się do poszukiwania zewnętrznego źródła nadzoru. Zmiany w odczuwaniu kontroli mogą też wywoływać kryzysowe, traumatyczne zdarzenia (choroba, utrata bliskiej osoby) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Rotter, 1954).

W koncepcji umiejscowienia poczucia kontroli można odnaleźć elementy wspólne z teorią Bandury - własna skuteczność może być definiowana jako subiektywna ocena własnych zdolności kontrolowania środowiska.



Levenson (1973) postawił tezę, że zewnętrzna i wewnętrzna lokalizacja kontroli nie leżą na jednym continuum lecz są odrębnymi właściwościami. Ponadto w obszarze kontroli zewnętrznej wyodrębnia się kontrolę sprawowaną przez innych ludzi (*powerful others control*) i taką, która jest niezależna od ludzi (przypadek - *chance control*). Można również spostrzegać konkretne obszary lokalizacji kontroli, które występują w różnych aspektach funkcjonowania człowieka - w tym w kwestiach zdrowotnych (Heszen, Sęk, 2007). Umieszczenie kontroli zdrowia oznacza przekonanie, że ma się wpływ na własne zdrowie (właśnie poprzez zachowania zdrowotne) i jego ochronę bądź poprawę lub inne przekonanie o niemożności takiego oddziaływania (jak mam zachorować to i tak zachoruję więc po co przestrzegać diety, ćwiczyć).

Kontynuatorami sposobu postrzegania lokalizacji poczucia kontroli zaproponowanego przez Levensona są Wallston i Wallston (1978, 1981). Stworzyli oni skalę, która umożliwia pomiar poczucia kontroli nad własnym zdrowiem, a przy projektowaniu i założeniach kwestionariusza zgodnie uznali, że jednostka nie zawsze prezentuje jeden „czysty typ umiejscowienia kontroli”. Niektórzy ludzie głęboko wierzą, że wpływają na własne zdrowie, ale są też przeświadczeni, że inni (np. specjaliści - lekarze) również przyczyniają się do tego. Typy charakteryzujące się zdecydowaną lokalizacją zewnętrzną lub wewnętrzną noszą nazwę silnych, obok nich można wyodrębnić typy mieszane i niezróżnicowane. Okazuje się, że około 1/3 badanych osób (wśród populacji zdrowych i chorych) charakteryzuje taki rodzaj kontroli, który albo odznacza się wysokimi lub niskimi wynikami we wszystkich skalach (Juczyński, 2001, 2009). Kobiety zazwyczaj cechują się mniejszym nasileniem kontroli wewnętrznej, co może być może efektem procesu socjalizacji. Przeważnie w stosunku chłopców czy młodych mężczyzn zwracało się większą uwagę na kreowanie samodzielności i autonomii (Juczyński, 2009).

Jednostki przeświadczone o własnej kontroli lepiej potrafią opanować sytuacje kryzysowe, a także wybierają skuteczniejsze sposoby radzenia sobie ze stresem. Osoby lokujące kontrolę w źródłach zewnętrznych (najczęściej w przypadku) pod wpływem negatywnych wydarzeń częściej podlegają różnym zaburzeniom psychopatologicznym. Przekonanie, o tym, że nie ma się kontroli nad swym zdrowiem sprzyja poczuciu bezradności, pasywności i łatwemu poddawaniu się (por. Seligman wyuczona bezradność). Dane z piśmiennictwa pokazują zależność między depresją (towarzyszy jej poczucie bezsilności i niemożności wywarcia wpływu na swoje życie) a zewnętrznym poczuciem kontroli (wpływ przypadku) (Kościelak, 2010). Poczucie kontroli wyznaczonej przez los wiąże się z niższą aktywnością fizyczną, rzadkim uczęszczaniem na kursy dotyczące zdrowia, mniejszą wiedzą (i poszukiwaniem jej) na temat zdrowia i choroby, nie zgłaszaniem się na kontrolę stomatologiczną (Kurowska, Lewandowska, 2012; Norman, Bennett, 1996).

Bogata literatura przedmiotu ukazuje, że wewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia łączy się z poczuciem odpowiedzialności za swoje zdrowie i tym samym przyczynia się do podejmowania aktywności prozdrowotnej. Jednostki charakteryzujące się wewnętrznym

umiejęciami kontroli zdrowia są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia. W porównaniu z osobami, u których spostrzega się przypisywanie nadzoru zewnętrznym źródłom osoby przekonane o osobistej kontroli zdrowia częściej angażują się w następujące zachowania: ćwiczenia fizyczne, ograniczanie picia alkoholu i palenia tytoniu, kontrolowanie wagi lub zapobieganie zakażeniu HIV. Podejmują też częściej środki zaradcze przeciw chorobom i wypadkom (profilaktyka, zapobieganie) (Inglelew, Brunning, 1999; Juczyński, 2009; Kościelak, 2010; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Wallston, Wallston, 1982; Wardle i wsp., 2004).

Wewnętrzna lokalizacja kontroli (dodatkowo związana z cechami osobowości) pozostaje w relacji z prozdrowotnymi działaniami (m.in. spożywanie regularnych posiłków, utrzymywanie diety, regularne ćwiczenia) (Crescioni i wsp., 2011; Gacek, 2007).

Interesujące prospektywne badania przeprowadzili Gale, Batty, Deary (2008). Poddali badaniom 10-latków i ponownie zbadano tę grupę w wieku 30 lat. Analizowano między innymi umiejscowienie kontroli zdrowia, aktywność zdrowotną, a także szacowano nadwagę, otyłość, bycie w psychologicznym stresie, stan zdrowia i nadciśnienie - jako skutki zdrowotne zachowań zdrowotnych (m.in. palenie i aktywność fizyczna). Brano pod uwagę płeć, status socjoekonomiczny, wykształcenie. Zarówno kobiety jak i mężczyźni, których w dzieciństwie cechowało wewnętrzne umiejscowienie kontroli mieli zredukowane ryzyko otyłości, nadwagi, a także byli mniej obciążeni skutkami psychologicznego stresu. Ponadto wyłącznie dla kobiet wewnętrzna lokalizacja kontroli oznaczała zmniejszone ryzyko nadciśnienia.

Hallal (1982) przebadła 207 dorosłych kobiet w celu odnalezienia osobowościowych uwarunkowań systematycznej samokontroli piersi. Uwidoczniły się różnice między kobietami, które się badają i u tych nie badających się w zakresie poczucia umiejscowienia kontroli oraz samooceny. Kobiety, które badały się regularnie manifestowały wyższy poziom przekonań o sprawowaniu kontroli wewnętrznej zdrowia, a także miały lepszą samoocenę.

Wewnętrzne umiejscowienie sprzyja podejmowaniu aktywności prozdrowotnej tylko przy traktowaniu zdrowia jako dużej wartości, w przypadku gdy badani nie lokowali zdrowia wśród najważniejszych wartości związek taki nie uwidocznił się (Weiss i Larsen, 1990). Być może gdyby utworzyć równanie mediacji to wówczas wartościowanie zdrowia okazałoby się istotnym mediatorem.

Rezultaty badań prowadzonych przez niektórych badaczy wskazują, że z prozdrowotnym stylem życia może być powiązany też inny typ lokalizacji kontroli zdrowia, a mianowicie zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia- wpływ innych. Często też typ sprawowanej kontroli nie różnicuje grupy pod względem zachowań zdrowotnych (Bundek i wsp., 1993; Grotz i wsp., 2011; Holm i wsp., 1999)

Z badań wielu autorów wynika, iż zarówno odpowiedni poziom kontroli wewnętrznej jak i zewnętrznej (wpływ innych) jest pożądanym, aby zainicjować lub zmodyfikować konkretne działanie prozdrowotne. Łatwiej jest rozpocząć dietę zalecaną

przez lekarza ludziom, które źródła kontroli utożsamiają z innymi osobami, ale i tym cechującymi się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli (ono oddziałuje mobilizująco do efektywnego działania). Wallston i Wallston (1978) na podstawie wielu stadiów badawczych dokonali analizy zależności między lokalizacją kontroli a zachowaniami takimi jak: ograniczenie palenia, przestrzeganie właściwej diety, poszukiwanie informacji o zdrowiu i chorobie, stosowanie leków. Generalnie osoby zdrowe, mające odpowiednią wagę częściej posiadały wewnętrzne umiejscowienie kontroli, ale już zewnętrzne sprzyjało lepszemu przestrzeganiu diety (wpływ innych korespondował z poddaniem się zaleceniom itp.).

Być może dobrze jest kiedy osoba odznacza się tożsamym poziomem odczucia kontroli sprawowanej równocześnie przez siebie i przez inne osoby? I wówczas w zależności od konkretnej sytuacji wykorzystuje to bardziej adekwatne. Kiedy stan zdrowia jest satysfakcjonujący wewnętrzna lokalizacja poczucia kontroli wspomaga troskę o zdrowie, zaś w sytuacji choroby - niepełnosprawności (lub dolegliwości psychosomatycznych czy silnego stresu) to zewnętrzne umiejscowienie ułatwia wybór zachowań prozdrowotnych (kontynuowanie ćwiczeń fizycznych, utrzymywanie prawidłowej diety lub poddawanie się kontrolom profilaktycznym).

## **II. Metodologia przeprowadzonych badań**

### **1. Problem badań, hipotezy i pytania badawcze**

Celem przeprowadzanych analiz była ocena związku pomiędzy poznawczo-osobowościowymi zasobami a troską o zdrowie w grupie matek małych dzieci.

Bogata literatura przedmiotu oraz dotychczasowe badania dotyczące wyznaczników troski o zdrowie pozwoliły na sformułowanie następujących hipotez:

Hipoteza 1: Stwierdza się występowanie istotniej dodatniej zależności pomiędzy troską o zdrowie, mierzoną Skalą STOZ a poczuciem skuteczności mierzonym skalą GSES.

Hipoteza 2: Obserwuje się istotny związek między rodzajami umiejscowienia (lokalizacji) kontroli zdrowia mierzonymi skalą MHLC a troską o zdrowie mierzoną Skalą STOZ.

Hipoteza 3: Poczucie własnej skuteczności jest najsilniejszym predyktorem dbałości o własne zdrowie (zarówno troski w wymiarze fizycznym jak i psychospołecznym).

### **2. Przebieg badań i charakterystyka badanej grupy**

Badania zostały przeprowadzone na terenie warszawskich przedszkoli. Przebadano 121 kobiet w przedziale wiekowym od 20 do 46 lat.

Do grupy badanych włączono wyłącznie te kobiety, które spełniały poniższe kryteria: brak zdiagnozowanej choroby przewlekłej (obiektywna ocena), subiektywna ocena własnego zdrowia (dobra lub bardzo dobra), rzadkie odczuwanie dolegliwości bólowych o przeważnie słabym nasileniu oraz posiadanie dzieci w wieku do lat 5.

Największa liczba osób, bo prawie 59% znalazła się w przedziale wiekowym od 31 do 40 lat, co obrazuje Tabela 1.

Tabela 1. Wiek badanych osób (N=121)

Kategorie wiekowe	20-30	31-40	41-50	ogółem
Kobiety	49 (40%)	71 (59%)	1 (0,8%)	121

Przeważająca liczba kobiet (70%) posiadała wykształcenie wyższe (5 osób miało tytuł doktora). Pozostałe miało wykształcenie średnie bądź podstawowe. Podstawowym, zawodowym wykształceniem cechowało się kilka kobiet, dlatego też w Tabeli 2 figurują razem z osobami z wykształceniem średnim.

Tabela 2. Poziom wykształcenia osób badanych

Wykształcenie	średnie	Wyższe	Ogółem
Kobiety	37 (31%)	84 (70%)	121

Analiza odpowiedzi ujawniła, że matki małych dzieci przeważnie są zadowolone ze swojego stanu zdrowia, większość z nich oceniało kondycję zdrowotną na poziomie bardzo dobrym i dobrym. Większość grupy wskazywała na sporadyczne - bardzo rzadkie odczuwanie bólu o słabym bądź umiarkowanym natężeniu.

Za pomocą Listy Kryteriów Zdrowia opisano sposób definiowania zdrowia przez osoby badane. Warto nadmienić, że jest to jeden z warunków powodzenia planowanych akcji na rzecz promocji zdrowia. Tożsame rozumienie czym jest dobre zdrowie pozwala wybór najbardziej adekwatnej drogi w kreowaniu troski o zdrowie. W zależności od sposobu rozumienia frazy „bycie zdrowym” jednostka może preferować różne zachowania zdrowotne (jedna osoba będzie dbała o radzenie sobie ze stresem lub trudnymi emocjami, inna będzie kładła większy nacisk na prawidłowe odżywianie). W kwestionariuszu znalazły się opisy odzwierciedlające zarówno wymiar fizyczny jak i psychospołeczny zdrowia oraz pozwalające na rozróżnienie w postrzeganiu zdrowia (jako właściwości, procesu, celu, wyniku oraz stanu).

Najwięcej matek małych dzieci zapytanych o znaczenie „bycia zdrowym” najczęściej (przypisując różne wagi) wybierało z 24 następujące kategorie, zamieszczone w Tabeli 3.

Tabela 3. Najczęściej wybierane kategorie zdrowia

Treść	Definicja zdrowia	Częstość (%)
nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	właściwość	42
czuć się dobrze	stan	42
mieć sprawne wszystkie części ciała	właściwość	40
nie chorować, najwyżej na grypę, niestrawność	właściwość	33
czuć się szczęśliwym przez większość czasu	stan	26
należycie się odżywiać	wynik	30
dożyć późnej starości	cel	25
umieć cieszyć się z życia	stan	30
akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	cel	25

Najwięcej osób badanych zaznaczało stwierdzenia: „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz „czuć się dobrze”, co wskazuje na całościowe postrzeganie zdrowia nie tylko w aspekcie fizycznym, ale i psychicznym.

Interesującym jest fakt, że ponad 1/3 kobiet wybierała frazę „być zdrowym to umieć cieszyć się z życia” jako synonim zdrowia, natomiast ilość podobnych odpowiedzi wśród mężczyzn była mniejsza o 10% (Rosińska, 2014).

### **3. Charakterystyka metod zastosowanych w badaniach**

#### **3.1. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności - GSES**

Do pomiaru poczucia własnej skuteczności wykorzystano skalę GSES (Generalized Self - Efficacy Scale), autorstwa Schwarzer, Jerusalema i Juczyńskiego. Skala składa się z 10 stwierdzeń, które wchodzi w skład jednego czynnika. Ustalono zgodność wewnętrzną skali GSES, a współczynnik alfa Cronbacha wyniósł 0,85. Przeprowadzono także test - retest i uzyskano współczynnik rzetelności 0,78. W celu oceny trafności teoretycznej porównano wyniki skali GSES z wynikami następujących narzędzi i zanotowano poniższe współczynniki dla: Testu Orientacji Życiowej, który mierzy dyspozycyjny optymizm (0,30); Skali Poczucia Własnej Wartości Rosenberga, która mierzy poczucie własnej wartości (0,35); Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, która mierzy m.in. wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (0,25) oraz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, który mierzy nasilenie zachowań zdrowotnych (0,30) (Juczyński, 2001).

### 3.2. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia - MHLC

Umiejscowienie kontroli zbadano za pomocą Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia - MHLC (Multidimensional Health Locus of Control Scale), autorstwa Wallston, Wallston i DeVellis - wersja B. Tłumaczenia i adaptacji dokonał Zygfryd Juczyński. Polska wersja skali zawiera 18 stwierdzeń, ocenianych w skali 6-stopniowej. Skala ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia. Pierwszy wymiar wewnętrzny odnosi się do kontroli nad własnym zdrowiem zależnej od siebie samego. Wysokie wyniki uzyskane w tym wymiarze świadczą o przekonaniu badanego o możliwości kontrolowania własnego zdrowia. Drugi wymiar określa wpływ innych na zdrowie (zwłaszcza personelu medycznego) - jest to wymiar opisujący zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Wysokie wyniki uzyskane w tym wymiarze świadczą o przekonaniu badanego, że zdrowie jest wynikiem oddziaływania kontroli zdrowia dotyczy wpływu przypadku bądź innych czynników zewnętrznych na zdrowie. Badany, który otrzymuje wysokie wyniki w tej skali jest przekonany, że o stanie jego zdrowia decyduje przypadek. Dokonano pomiaru rzetelności obydwu wersji testu. Wskaźnik alfa Cronbacha dla wersji B wynosi 0,64 dla kontroli wewnętrznej, 0,63 dla kontroli przypadku i 0,59 dla kontroli zewnętrznej (wpływu innych). Porównano wyniki dwukrotnych badań i wskaźniki wynosiły: dla kontroli wewnętrznej 0,72; dla kontroli wpływu innych 0,64 i dla kontroli przypadku 0,60. Trafność skali MHLC weryfikowano korelując jej wyniki z narzędziami badającymi odpowiednio: poczucie własnej skuteczności - mierzone Skalą GSES (0,32); poczucie własnej wartości - mierzone Skalą RSES Rosenberga (0,32) (Juczyński, 2001).

### 3.3. Lista Kryteriów Zdrowia - LKZ

Lista Kryteriów Zdrowia, autorstwa Juczyńskiego obrazuje kryteria, które reprezentują różne wymiary zdrowia. W skład skali wchodzi 24 stwierdzenia opisujące pozytywne elementy trzech wymiarów zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego. Rzetelność skali była weryfikowana podczas przeprowadzenia dwukrotnego badania, uzyskano współczynnik 0,68. Trafność LKZ można rozumieć przez jej „odpowiedniość treściową”, dostosowaną do współczesnego ujęcia zdrowia rozumianego holistycznie. Za wskaźnik trafności można również potraktować zróżnicowanie kryteriów zdrowia związane z poziomem edukacji zdrowotnej oraz powiązanie kryteriów zdrowia z aktualnym stanem zdrowia, ocenianym na skali wzrokowo-analogowej.

### 3.4. Skala Troski o Zdrowie STOZ

Behawioralny aspekt troski o zdrowie zbadano za pomocą Skali Troski o Zdrowie autorstwa Rosińskiej. Skala służy przede wszystkim do oceny ogólnego wskaźnika nasilenia

troski o zdrowie, którego wynik oblicza się sumując poszczególne punkty wszystkich stwierdzeń. W nawiązaniu do przyjętej holistycznej koncepcji postrzegania zdrowia oraz założeń teoretycznych opisujących troskę o zdrowie przyjęto, że można również wyodrębnić poszczególne wymiary troski o zdrowie (aktywną postawę wobec własnego zdrowia i praktyki zdrowotne), zawierające zachowania zdrowotne mieszczące się w obrębie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, co potwierdziła przeprowadzona analiza czynnikowa (Rosińska, 2014).

Skala składa się z 10 pozycji, odnoszących się do aktywności podejmowanych celem troszczenia się w różnym stopniu o własne zdrowie. Badany udziela odpowiedzi na pytanie jak często podejmuje daną czynność (prawie nigdy, czasami, często, bardzo często, prawie zawsze /prawie codziennie). W niektórych stwierdzeniach zastosowano odwróconą punktację. Wartość ogólnego wskaźnika natężenia troski o zdrowie mieści się pomiędzy wartościami: 0 - 40. Im osoba uzyska wyższy wynik tym większy poziom troski o zdrowie manifestuje.

Zgodność wewnętrzną STOZ, ustalona na podstawie alfa Cronbacha, mieści się w przedziale od 0,67 (dla mężczyzn) do 0,73 (dla kobiet). Na wstępnym etapie badań oszacowano trafność Skali porównując jej wyniki z testem mierzącym zachowania zdrowotne - Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego (IZZ). Najsilniej z troską o zdrowie koresponduje pozytywne nastawienie psychiczne (0,62;  $p < 0,01$ ), następnie prawidłowe nawyki żywieniowe (0,54;  $p < 0,01$ ), zachowania profilaktyczne (0,47;  $p < 0,01$ ) oraz praktyki zdrowotne (0,42;  $p < 0,01$ ).

#### **4. Wyniki badań**

W poniższej tabeli zamieszczono opisy statystyczne analizowanych zmiennych: wskaźnika ogólnego poziomu troski o zdrowie (STOZ) i jej wymiarów: aktywnej postawy wobec własnego zdrowia (STOZ1) i praktyk zdrowotnych (STOZ2) dla grupy badanych kobiet.

Tabela 4. Podstawowe parametry rozkładu wyników w badanej grupie (N=121)

postawa	średnia	min	Max	sd	skośność	kurtoza
STOZ	22,165	7	33	4,980	-0,260	0,114
STOZ1	11,496	5	19	3,045	0,226	0,213
STOZ2	10,801	1	17	2,667	-0,227	-0,028

Celem zweryfikowania stawianych hipotez zastosowano statystyki z użyciem współczynników korelacji liniowej r-Pearsona oraz także analizę regresji wielozmiennej (statystyka F) aby określić predyktory troski o zdrowie.

Do sprawdzenia pierwszych dwóch hipotez kolejnych posłużono się oszacowaniem współczynnika korelacji liniowej r-Pearsona. Zamieszczona poniżej Tabela 5 prezentuje związki między ogólnym poziomem troski o zdrowie (STOZ), jej składowymi czyli aktywną postawą wobec własnego zdrowia (STOZ1) i praktykami zdrowotnymi (STOZ2) a zmiennymi niezależnymi: poczuciem skuteczności (GSES); wewnętrzną lokalizacją kontroli zdrowia (MHLC-W); zewnętrzną lokalizacją kontroli zdrowia - wpływ innych (MHLC-I) oraz zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – wpływ przypadku (MHLC-P).

Tabela 5. Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi niezależnymi a troską o zdrowie i jej wymiarami

wskaźniki	STOZ	STOZ1	STOZ2
<b>GSES</b>	<b>,389**</b>	<b>,457**</b>	<b>,244**</b>
<b>MHLC- W</b>	,161	,113	,199*
<b>MHLC-I</b>	,197*	,066	,258**
<b>MHLC-P</b>	<b>-,294**</b>	<b>-,278**</b>	<b>-,207*</b>

\*\* korelacja jest istotna na poziomie  $p < 0,01$

\*korelacja jest istotna na poziomie  $p < 0,05$

Współczynniki korelacji pomiędzy troską o zdrowie (i jej wymiarami) a zmiennymi poznawczo-osobowościowymi okazały się być w większości przypadków istotne statystycznie. Zarówno z poczuciem własnej skuteczności oraz dwoma z trzech wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia (kontrola wewnętrzna oraz zewnętrzna - wpływ innych) troska o zdrowie jest powiązana dodatnio. Można, zatem wnioskować, że im wyższy poziom tych właściwości tym wyższa dbałość o zdrowie charakteryzuje daną jednostkę. Umiejscowienie kontroli zdrowia zewnętrzne- wpływ przypadku jest utożsamiane z brakiem kontroli nad własnym zdrowiem i łączy się z ujemnie z troską o nie.

Analizując dane zawarte w powyższej tabeli zauważa się, że najsilniej z ogólnym poziomem troski o zdrowie korelują: poczucie własnej skuteczności, kontrola zewnętrzna- wpływ innych oraz kontrola zewnętrzna - wpływ przypadku. Nie uwidoczniła się istotna zależność pomiędzy wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia a ogólnym poziomem troski o zdrowia.

Aktywna postawa wobec własnego zdrowia była najsilniej związana z samoskutecznością oraz ujemnie z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia- wpływem przypadku. Natomiast nie zanotowano istotnych korelacji między tą składową a pozostałymi typami lokalizacji kontroli zdrowia.

Praktyki zdrowotne pozostają w zależności ze wszystkimi zmiennymi niezależnymi, choć najwyższy współczynnik zaobserwowano dla zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia - wpływ innych.



Po analizie wielu badań prowadzonych nad zachowaniami zdrowotnymi i refleksji nad wielowymiarowością tychże działań zdecydowano również o przeprowadzeniu korelacji liniowych w odniesieniu do konkretnych zachowań. Taki zabieg pozwolił na bardziej precyzyjne przyjrzenie się związkom zmiennych niezależnych i przejawów troski o zdrowie. W poniższym opisie umieszczono wyłącznie korelacje, których współczynnik r-Pearsona przekraczał 0,18.

Zanotowano istotną zależność między poczuciem własnej skuteczności a następującymi zachowaniami zdrowotnymi: podejmowanie aktywności fizycznej (,297\*\*); stawianie sobie konkretnych i realnych celów życiowych (,315\*); aktywne poszukiwanie rozwiązania trudności pojawiających się w codziennym życiu (,375\*\*); utrzymywanie zdrowej diety (,293\*\*); skłonności do perfekcjonizmu (-,279\*\*); rzadkie odczuwanie napięcia psychicznego (,213\*).

Różne typy umiejscowienia kontroli zdrowia były również powiązane z działaniami na rzecz zdrowia, choć nie w takim stopniu jak poczucie kompetencji własnej. Dla wewnętrznej lokalizacji zdrowia otrzymano istotnie statystycznie korelacje z podejmowaniem aktywności fizycznej (,188\*) oraz unikanie spożywania pokarmów typu fast food (,269\*\*). Wysoki poziom zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia - wpływ innych wiąże się z wykonywaniem regularnych badań kontrolnych (,335\*), a także z dbałością o dobre kontakty z innymi ludźmi (,181\*). Z kolei zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wiara w przypadek łączy się z takimi zachowaniami jak: rzadkie odczuwanie napięcia psychicznego (-,282\*\*); utrzymywanie zdrowej diety (-, 340\*\*); unikanie spożywania pokarmów typu fast food (-,203\*); stawianie sobie konkretnych i realnych celów życiowych (-,193\*) oraz radzenie sobie z odczuwanym gniewem czy/i złością (-,283\*\*).

W celu weryfikacji hipotezy H3 zakładającej, że poczucie własnej skuteczności oraz dany typ lokalizacji kontroli zdrowia są istotnymi predyktorami troski o zdrowie dokonano analizy regresji. Do modelu regresji nie włączono wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia (z uwagi na zbyt niskie lub nieistotne współczynniki korelacji) dla wyjaśniania ogólnego poziomu troski o zdrowie i aktywnej postawy wobec własnego zdrowia, a także zewnętrznego umiejscowienia kontroli- wpływ innych dla wyjaśniania aktywnej postawy wobec własnego zdrowia z tej samej przyczyny.

#### 4.1. Ogólny poziom troski o zdrowie (STOZ)

Zaproponowany model okazał się istotny ( $F_{(3,117)} = 12,919$ ;  $p < 0,001$ ). Współczynnik skorygowany  $R^2$  wyniósł 0,230. Oznacza to, że za pomocą trzech predyktorów można wyjaśnić 23% wariacji zmiennej zależnej. Zmiennymi w sposób statystycznie istotny wpływającymi na ogólny poziom troski o zdrowie są: poczucie skuteczności, zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ innych oraz zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ przypadku.

Zależności między predyktorami a zmienną objaśnianą są istotne statystycznie, a współczynniki beta zostały zamieszczone w Tabeli 6.

Tabela 6. Poczucie skuteczności, umiejscowienie kontroli zdrowia jako predyktory ogólnego poziomu troski o zdrowie

wskaźniki	Współczynnik standaryzowany $\beta$	T	P
Poczucie skuteczności (GSES)	,327	3,961	0,001
Zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ innych (MHLC-I)	,236	2,905	0,05
Zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ przypadku (MHLC-P)	-,256	-3,058	0,05

#### 4.2. Aktywna postawa wobec własnego zdrowia (STOZ1)

Przeprowadzenie kolejnej analizy regresji wielokrotnej przyczyniło się do sprawdzenia, które ze zmiennych wyjaśniają jedną ze składowych ogólnego poziomu troski o zdrowie, czyli aktywną postawę wobec zdrowia. Przyjęty model okazał się istotny ( $F_{(2,118)} = 18,577$ ;  $p < 0,001$ ).

Procent objaśnianej wariancji wynosił 23 ( $R^2 = 0,227$ ). Aktywna postawa wobec własnego zdrowia jest wyjaśniona przez zmienne, których wpływ jest istotny statystycznie, a są nimi: samoskuteczność i zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ przypadku. W Tabeli 7 zamieszczono współczynniki beta dla tych zmiennych.

Tabela 7. Predyktory aktywnej postawy wobec własnego zdrowia

Wskaźniki	Współczynnik standaryzowany $\beta$	t	p
Poczucie skuteczności (GSES)	,414	5,014	0,001
Zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia - wpływ przypadku (MHLC-P)	-,181	-2,188	0,05

#### 4.3. Praktyki zdrowotne (STOZ 2)

Celem wyjaśnienia drugiej składowej, nazywanej praktykami zdrowotnymi włączono poczucie własnej skuteczności oraz trzy rodzaje lokalizacji kontroli zdrowia. Przyjęty model okazał się istotny ( $F_{(2,118)} = 18,577$ ;  $p < 0,001$ ).

Współczynnik skorygowany  $R^2$  wyniósł 0,144. Oznacza to, że za pomocą trzech predyktorów można wyjaśnić zaledwie 14% wariancji zmiennej zależnej. Do modelu włączono samoskuteczność, zewnętrzną lokalizację kontroli zdrowia- wpływ przypadku oraz zewnętrzną lokalizację kontroli zdrowia- wpływ innych. W Tabeli 8 zostały zamieszczone współczynniki beta dla zmiennych niezależnych.

Tabela 8. Samoskuteczność oraz zewnętrzne typy lokalizacji kontroli zdrowia jako predyktory praktyk zdrowotnych

wskazniki	Współczynnik standaryzowany $\beta$	t	p
Poczucie skuteczności (GSES)	,193	2,213	0,05
Zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ innych (MHLC-I)	,291	3,299	0,01
Zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ przypadku (MHLC-P)	-,209	-2,372	0,05

## 5. Dyskusja i wnioski z badań

Celem opisanych badań była ocena zależności między troską o własne zdrowie a zmiennymi poznawczo-osobowościowymi takimi jak: poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli zdrowia. Poszukiwano także odpowiedzi, która ze zmiennych okaże się najsilniejszym predyktorem dla wyjaśniania poziomu dbałości o zdrowie.

Przeprowadzona analiza statystyczna pozwoliła na udzielenie odpowiedzi na stawiane pytania badawcze i sformułowane na ich podstawie hipotezy.

Przyjęto Hipotezę H1, wskazującą na *istnienie związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a troską o zdrowie*.

Samoskuteczność jest dodatnio powiązana zarówno z ogólnym poziomem dbałości o własne zdrowie jak i troską o zdrowie zarówno w aspekcie psychospołecznym jak i fizycznym. Można zatem wysunąć tezę, że jednostka, która odznacza się wysokim poczuciem kompetencji będzie w sposób całościowy troszczyć się o własne zdrowie. Nie ograniczy się tylko wyłącznie do zachowań prozdrowotnych w zakresie praktyk zdrowotnych (np. właściwe odżywianie czy zgłaszanie się na kontrole lekarskie), ale i będzie wykazywać dbałość o zdrowie psychospołeczne (wraz z komponentem duchowym) poprzez aktywne radzenie sobie z trudnymi sytuacjami w codziennym życiu oraz formułowanie konkretnych i realnych celów życiowych. Interesującym jest fakt, że własna skuteczność najsilniej łączy się z aktywną postawą wobec własnego zdrowia, czyli działaniami, które dotyczą radzenia sobie z trudnościami dnia codziennego, nieprzyjemnymi emocjami, ale i dbałością o kontakty interpersonalne.

Na poziomie analizy konkretnych zachowań poczucie własnej skuteczności wiązało się dodatnio z uprawianiem sportu, budowaniem realnych i konkretnych celów, aktywnym rozwiązywaniem problemów oraz mniejszym napięciem psychicznym. Samoskuteczność wiązała się ponadto ujemnie z jednym z przejawów perfekcjonizmu (chęć wszystko wykonywać sama i dążyć w tym działaniu do doskonałości). Warto pamiętać, że rezultaty wielu badań podkreślają związek perfekcjonizmu z gorszą kondycją psychofizyczną (m.in. Chang, 2000).

Najwyższe związki zanotowano między poczuciem własnej skuteczności a aktywnym radzeniem sobie z trudnościami dnia codziennego. W świetle opisów jednostki, która charakteryzuje się wysoką samoskutecznością taki wynik jest oczekiwany. Poczucie własnej kompetencji pozwala ułatwia wybór strategii radzenia sobie, związanych ze stylem zadaniowym, skoncentrowanym na działaniu i poszukiwaniu rozwiązań.

Silne przekonanie, że potrafi się podjąć działanie, tym samym rozwiązać problem staje się motywacją by rzeczywiście tego dokonać, wzrasta też zaangażowanie w proces podejmowania decyzji. Wysoka samo skuteczność koresponduje z wybieraniem ambitnych, ale rzeczywistych celów. Rodzaj i poziom trudności planowanych zamiarów jest determinowany przez poziom optymistycznych przekonań o własnych możliwościach, które wpływają też na reakcje ludzi w sytuacji rozbieżności między celami a bieżącymi rezultatami działań. Taki sposób myślenia może sprzyjać poszukiwaniu wielu rozwiązań codziennych trudności oraz wytyczaniu konkretnych celów życiowych. Można zatem przewidywać, że w przypadku poniesionej porażki osoba z silnym poczuciem kompetencji nie będzie odczuwała zbyt dużego napięcia i frustracji, które w konsekwencji mogą prowadzić do innych ryzykownych form zachowania (Bandura, 1992; Schwarzer, 1997).

Samoskuteczność oddziałuje na wybór i decyzję o podjęciu danej czynności (poziom zaangażowania), ale też wpływa na wkładany wysiłek i wytrwałość w działaniu oraz sposób atrybucji sukcesu i porażki (Juczyński, 1998, Poprawa, 2001). Można zatem wysnuć wniosek, że osoby odznaczające się wysokim poziomem samo skuteczności będą podejmowały zachowania zdrowotne, ale nie będą się też zrażały jeśli nie uda im się wytrwać w działaniu prozdrowotnym (np. „złamanie” diety nie będzie powodem do zamartwiania się, ale może stanowić dodatkową motywacją do większego wysiłku wyboru odpowiedniego odżywiania się). Dane z literatury zdają się potwierdzać taki sposób rozumienia powiązań między poczuciem skuteczności a zachowaniem (Bandura, 1977; 1992; Juczyński, 1998; Łuszczynska, 2004; Schwarzer i wsp., 1996).

Rezultaty badań własnych nie odbiegają od doniesień innych badaczy. Wielu autorów jest zgodnych co do ogromnej roli jaką odgrywa poczucie własnej kompetencji w wybieraniu prozdrowotnych zachowań w zakresie: podejmowania aktywności fizycznej, odżywiania, poddawaniu się kontrolom profilaktycznych czy nie używania substancji psychoaktywnych (Anderson i wsp., 2000; Juczyński, 2012; Gromulska, 2009; Kitsantas, 2000, Łuszczynska, 2004; Papandonatos i wsp., 2012; Peterson i wsp., 2010; Richman i wsp., 2001; Schwarzer i wsp., 1996; Yong i Borland, 2008).

Poczucie własnej skuteczności jest wielopoziomowo połączone z zachowaniami zdrowotnymi, jest czynnikiem nie tylko tłumaczącym podejmowanie takich aktywności, ale też odpowiada za zmiany w zachowaniu. Ważne jest też, że własną samo skuteczność można kreować za pomocą np. perswazji słownej, co jest istotne dla powodzenia rehabilitacji z jednej strony a z drugiej tworzenia programów z zakresu promocji zdrowia (Gromulska i wsp., 2009; Schwarzer, 1997). Rozwijanie poczucia kompetencji rodziców jest istotne, gdyż

właśnie oni jako pierwsi są odpowiedzialni za budowanie tego zasobu u własnego potomstwa.

Wyniki wykonanych analiz statystycznych pozwoliły na przyjęcie prawie w całości hipotezy H3 w której *stwierdzano istnienie korelacji pomiędzy typami lokalizacji kontroli a dbałością o zdrowie.*

Zaobserwowano istotną zależność pomiędzy wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia a praktykami zdrowotnymi, czyli działaniami skoncentrowanymi wokół dbałości o zdrowie fizyczne. Na podstawie takiego rezultatu można wysnuć przypuszczenie, że wewnętrzna lokalizacja kontroli wpływa na troskę o zdrowie poprzez takie zachowania jak: gospodarowanie własnym czasem (odpowiednie pory snu), prawidłowe odżywianie się i poddawanie się kontrolom lekarskim. Powyższy rezultat był zgodny z opiniami wielu autorów, którzy opowiadali się jednoznacznie za związkiem wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia i zachowań zdrowotnych w m.in. zakresie: ograniczania picia alkoholu i palenia tytoniu, utrzymywania odpowiedniej diety czy nie podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych (Crescioni i wsp., 2011; Ingledew, Brunning, 1999; Gacek, 2007; Gale i wsp., 2008; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Wallston, Wallston, 1982; Weiss, Larsen, 1990).

Po dogłębnej analizie statystycznej otrzymano istotnie statystycznie korelacje między osobistym sprawowaniem kontroli a podejmowaniem aktywności fizycznej i unikanie spożywania pokarmów typu fast food. Osoby, które charakteryzują się wysokim poziomem kontroli wewnętrznej preferują „bardziej zdrowe” odżywianie się i częściej ćwiczą. Uzyskany wynik jest zgodny z danymi z piśmiennictwa, ale co istotne wskazuje na fakt, że zachowania zdrowotne są ze sobą powiązane. Oznacza to, że jeśli celem interwencji jest konkretne zachowanie związane ze zdrowiem (np. zbilansowane żywienie się) to jest prawdopodobieństwo, że jednostka wybierze też inne też prozdrowotne aktywności. Potwierdzają taką zależność badania Fleig i wsp. (2015), w których wykazano związek między ćwiczeniami fizycznymi a spożywaniem owoców i warzyw.

Na zanotowano istotnych korelacji między ogólnym poziomem nasilenia o zdrowie oraz aktywną postawą wobec własnego zdrowia odnoszącą się bardziej do wymiaru zdrowia psychospołecznego. Taki wynik był dość zaskakujący, gdyż pozostaje w opozycji do stanowiska prezentowanego przez liczną grupę badaczy, którzy jednomyślnie wskazywali na dodatnie wyraźne silne powiązanie między zachowaniami zdrowotnymi takimi jak wybór skutecznych strategii radzenia sobie (ze stresem, z trudnymi emocjami) a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia (Ingledew, Brunning, 1990; Juczyński, 1997; Juczyński, 2009; Kościelak, 2010; Wallston, Wallston, 1982). W poszukiwaniu przyczyny można odwołać się do opinii samych twórców skali, którzy byli przekonani, że po pierwsze jednostka nie zawsze prezentuje jeden „czysty typ umiejscowienia kontroli” i po drugie to typ mieszany charakteryzuje się ogólnym lepszym przystosowaniem. W analizach badań własnych rzadko, która osoba odznaczała się klarownym jednym typem kontroli.

Ponadto w wielu studiach empirycznych wykazano brak różnic w preferencji prozdrowotnych zachowań w grupach odznaczających się wewnętrznym umiejscowieniem

kontroli zdrowia bądź typem zewnętrznej lokalizacji kontroli zdrowia - wpływ innych. Grupa autorów skupionych wokół problematyki podejmowania zachowań zdrowotnych w zależności od typu sprawowanej kontroli jest zdania, że obydwa rodzaje : wewnętrzna i zewnętrzna - wpływ innych mogą sprzyjać działaniom, mającym na celu zachowanie i rozwijanie zdrowia (Bundek i wsp., 1993; Holm i wsp., 1999; Wallston i Wallston, 1978).

W badaniach prowadzonych przez Wallston i Wallston (1978) stwierdzono, że osoby zdrowe, które mają odpowiednią wagę częściej charakteryzowały się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli, ale to zewnętrzne sprzyjało lepszemu przestrzeganiu diety. Warto też dodać, że kobiety zazwyczaj prezentują niższy poziom kontroli wewnętrznej w odróżnieniu od mężczyzn (Rosińska, 2014).

Potwierdził się dodatni związek właśnie zewnętrznej lokalizacji kontroli zdrowia (wpływ innych) i troski o zdrowie. Wysoki poziom zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia - wpływ innych wiąże się z wykonywaniem regularnych badań kontrolnych (takie działanie wpisuje się w kanon praktyk zdrowotnych), a także z dbałością o dobre kontakty z innymi ludźmi (ta aktywność z kolei jest przypisywana trosce o zdrowie psychospołeczne). Zanotowano istotną zależność nie tylko na poziomie prostego związku, ale i analiza regresji uwidoczniła, że umieszczanie źródła kontroli zdrowia w innych osobach może być predyktorem dbania o nie. Oznacza to, że kobiety, które są skłonne do przypisywania kontroli innym ludziom bardziej troszczą o zdrowie, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychospołecznym. Ten typ zewnętrznej kontroli może sprzyjać wypełnianiu zaleceń lekarzy w kwestii ilości i częstości badań kontrolnych, większej podatności na wpływ otoczenia (plakaty reklamujące kampanie prozdrowotne, sugestie rodziny, zdrowa dieta matki karmiącej). W literaturze przedmiotu na gruncie badań prowadzonych wśród populacji osób chorych wpływ na troskę o zdrowie ma zewnętrzna lokalizacja kontroli - wpływ innych (Kurowska, Lewandowska, 2012). Choroba jako sytuacja trudna wiąże się z dużym obciążeniem dla jednostki stanowiąc tym samym źródło stresu. Podejście do problemu rodzicielstwa z perspektywy sytuacji które wywołują stres zakłada, że przed rodzicami pojawia się szereg nowych i trudnych sytuacji, wyzwań budzących napięcie (np. wejście w nową rolę, próby pogodzenia własnych oczekiwań z potrzebami dzieci, różnorodne niepokoje związane ze zdrowiem dzieci). W tym właśnie czasie - na początku rodzicielstwa to zewnętrzne umiejscowienie kontroli może odgrywać większą rolę w prozdrowotnym stylu życia. Być może wówczas oparcie się w innych, poszukiwanie różnych źródeł wsparcia sprzyja zachowaniom zdrowotnym. Prawdopodobne jest, że zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia sprzyja np. uczestnictwu w warsztatach dla rodziców, poleganiu na opinii specjalistów w zakresie zdrowia dziecka, ale i własnego. Dodatkowo w dobie wielości informacji - nierzadko sprzecznych młodzi dorośli mają trudności z formułowaniem własnych osądów, przekonań. Zaniepokojenie mogą jednak budzić sytuacje, w której młodzi rodzice stykają się z doradcami, którzy mają niewielką wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych. Wówczas istnieje niebezpieczeństwo

rozwijania aktywności ryzykownych dla zdrowia (np. konsekwencje błędnych przekonań: „matka karmiąca je za dwoje” lub „picie piwa poprawia laktację”).

Zaobserwowano ujemną relację pomiędzy zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia - wpływ przypadku a dbałością o zdrowie (na poziomie ogólnej troski oraz praktyk zdrowotnych i aktywnej postawy wobec własnego zdrowia). Właśnie ten typ kontroli najsilniej korespondował z troską o zdrowie. Może to stanowić wskazówkę dla praktyków opracowujących programy z zakresu promocji i profilaktyki zachowań zdrowotnych. Wskazana jest praca nad rozwijaniem odpowiedzialności za własne zdrowie.

Kontrola zdrowia lokalizowana poza osobą czyli w losie, przypadku jest zawsze utożsamiane z brakiem kontroli nad własnym zdrowiem. Otrzymany wynik jest tożsamy z danymi piśmiennictwa. Poczucie kontroli wyznaczonej niezależnej ani od jednostki, ani od osób dla niej znaczących wiązało się z niższą aktywnością fizyczną, rzadkim uczęszczaniem na kursy dotyczące zdrowia, mniejszą wiedzą (i poszukiwaniem jej) na temat zdrowia i choroby, nie zgłaszaniem się na kontrolę stomatologiczną, gorszym funkcjonowaniem, irracjonalnymi przekonaniami, nieadekwatnym radzeniem sobie (Bishop, 2000; Kościelak, 2010; Norman, Bennett, 1996).

Na poziomie konkretnych zachowań wiara, że nasza kondycja zdrowotna zależy od przypadku łączy się z takimi zachowaniami jak: rzadkie odczuwanie napięcia psychicznego, utrzymywanie zdrowej diety; unikanie spożywania pokarmów typu fast food; stawianie sobie konkretnych i realnych celów życiowych oraz radzenie sobie z odczuwanym gniewem czy/i złością. Widać zatem, że ten typ kontroli zewnętrznej może stanowić przeszkodę dla wyboru prozdrowotnych zachowań nie tylko w obszarze zdrowia fizycznego, ale i psychospołecznego. Matki, które prezentują wysoki poziom kontroli zdrowia kształtowanej przez przypadek nie tylko same nie dbają o zdrowie, ale modelują u dzieci wyuczoną bezradność i brak chęci do zainteresowania się własnym zdrowiem.

Dane uzyskane w wyniku przeprowadzanych analiz skłaniają do przyjęcia Hipotezy H3 zakładającej, że *poczucie własnej skuteczności jest najsilniejszym predyktorem troski o zdrowie*.

W wyniku analizy regresji wykryto układ czynników sprzyjających ogólnemu poziomowi troski o zdrowie, aktywnej postawy wobec własnego zdrowia oraz praktyk zdrowotnych w wybranej grupie kobiet. Samoskuteczność pojawiła się jako wyznacznik dbałości o zdrowie w każdym budowanym modelu, natomiast jako najsilniejszy predyktor w dwóch. Zarówno model objaśniający ogólny poziom dbałości o zdrowie jak i aktywną postawę wobec własnego zdrowia były najlepiej dopasowane (objaśniały 23% wariancji). Wydaje się słusznym, że przy próbach objaśniania zachowań związanych z troską o zdrowie w wymiarze psychospołecznym warto brać pod uwagę przede wszystkim poczucie kompetencji (uzyskuje najwyższy współczynnik beta). Natomiast dla przewidywania zachowań zdrowotnych można analizować raczej zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, choć i tak wyjaśniają niższy procent wariancji. W tym miejscu pojawia się refleksja odnośnie przyszłych badań - czy może rodzaj kontroli zdrowia nie byłby raczej mediatorem wybranych zmiennych i zachowań zdrowotnych.

Warto jeszcze brać pod rozwagę fakt, że choć zazwyczaj kobiety osiągają niższy poziom poczucia własnej skuteczności (Byra, 2011, Rosińska, 2014), a stanowi istotny predyktor troski o zdrowie to winna być przedmiotem szczególnego zainteresowania przy konstrukcji programów mających na celu formowanie zachowań korzystnych dla zdrowia.

Po próbie analiz zależności między dbałością o własne zdrowie a jej korelatami wprowadzono następujące wnioski (z odniesieniem do praktyki)

1. Najsilniej z ogólnym poziomem troski o zdrowie i aktywną postawą wobec własnego zdrowia wiąże się poczucie własnej skuteczności.

Analizy zostały przeprowadzone niezależnie od poziomu dbałości o własne zdrowie. W przyszłości można by rozważyć poszukiwanie zależności oddzielnie dla osób, które uzyskiwały wysokie i niskie wyniki w skali STOZ. Interesujące jest, czy poczucie skuteczności byłoby rzeczywiście silniejsze u osób, które preferują zachowania prozdrowotne.

2. Pomimo, że zanotowano zależności między ogólnym poziomem troski o zdrowie oraz jej podskalami a poczuciem kompetencji i typami lokalizacji kontroli zdrowia to jednak nie były one zbyt wysokie. Zasadnym zdaje się być dalsze poszukiwanie uwarunkowań zachowań zdrowotnych- właściwości osobowości lub motywów zdrowotnych (powiązanych między innymi z wartościowaniem zdrowia).

3. Ustalenie osobowościowo- poznawczych wyznaczników dbałości o zdrowie z pewnością może wskazać kierunek do konstrukcji odpowiednich programów z zakresu promocji zdrowia, kierowanych zarówno do dorosłych jak i do dzieci.

Warsztaty wpisujące się w obszar krzewienia i modyfikacji zachowań związanych ze zdrowiem winny polegać na poszukiwaniu i pomnażaniu indywidualnych zasobów, które posiadają matki małych dzieci. Podstawą każdego szkolenia powinno być też dostarczenie rzetelnej wiedzy dotyczącej uwarunkowań zdrowia i choroby. Jedną z dróg rozwijania poczucia skuteczności jest wzbudzanie pozytywnych uczuć (dumy, zadowolenia) z osiągniętych rezultatów. Promocja zdrowia oznacza ustawiczną pracę celem utrzymania kondycji zdrowotnej. Dlatego też oprócz edukacji zachowań zdrowotnych należy myśleć o utrzymaniu nowych/ zmienionych nawyków. Dobrze by było tak wyposażyć uczestniczki szkoleń, aby w sytuacjach trudnych, stresowych nie wracały do wcześniejszych antyzdrowotnych zachowań.

Zachowania ze zdrowiem mają obszerny zakres, co może przysparzać wielu trudności przy planowaniu badań dotyczących aktywności pro lub antyzdrowotnych. Pojawiają się pytania, czy próbować analizować dane typy zachowań (np. związane z odżywianiem), czy może poszukiwać ogólnego wzorca. Z jednej strony w literaturze przedmiotu można doszukać się sugestii żeby koncentrować się wokół wyznaczników aktywności fizycznej lub radzenia sobie ze stresem osobno (Juczyński, 2009; Łuszczynska, 2004). Z drugiej jednak wiadomym jest, że zachowania zdrowotne mogą też na siebie oddziaływać. Jeśli osoba nauczy się „zdrowych” technik radzenia sobie ze stresem to może nie sięgnie w stronę używek. Z pewnością jednak budowanie jednego zasobu wpływa



korzystnie i generuje wzrost innych zasobów. Poczucie samoskuteczności może powodować wzrost odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Kolejną trudnością związaną z zachowaniami zdrowotnymi to sposoby ich percepcji oraz złożoność. Czy można porównać konkretny nawyk higieniczny mycia rąk i radzenie sobie ze złością? Od odczucia, że doświadczam złości, poprzez aktywności podejmowane celem poradzenia sobie z tym stanem- poprzez poznanie, ale i inteligencję emocjonalną.

Jak włączyć troskę o własne zdrowie w dojrzałe i mądre rodzicielstwo? Czy i kiedy wybierać to czego potrzebuje matka np. chwili odpoczynku- snu, czasu dla siebie? Jest to niewątpliwie trudne zadanie żeby przekazać dziecku zdrowy styl życia z uwzględnieniem potrzeb całej rodziny. Codzienne dylematy wielu matek między potrzebą wyjścia na fitness, a niechęcią dziecka, żeby mama wychodziła z domu mogą być choć częściowo rozwiązywane poprzez inicjatywy takie jak: ćwiczenia dla kobiet przy jednoczesnej opiece nad dzieckiem.

Światowa Organizacja Zdrowia propagując hasło „Zdrowie zaczyna się w domu” zwraca tym samym uwagę na szczególną rolę rodziny w kształtowaniu zdrowego stylu życia młodzieży. Każdej mamie, dla której dobro i zdrowie dziecka jest ważne warto przytoczyć sformułowanie: „dbaj o swoje zdrowie, jeśli chcesz żeby Twoje dzieci robiły to samo” (Olubiński, 2000). Eliminacja zachowań ryzykownych i modelowanie prozdrowotnych postaw u rodziców z małymi dziećmi jest jednym z zadań realizowanych przez kolejne Narodowe Programy Zdrowia (NPZ, 2007).

Przypuszcza się, że rodzina prawidłowa jest solidną bazą dla rozwoju zachowań prozdrowotnych. Fundamentami są szacunek dla indywidualności każdego z jej członków oraz prawidłowe relacje z innymi. Wszystkie osoby w rodzinie są ze sobą związane, zachowując jednocześnie odrębność. Ważnym jest by rodzice posiadali wspólny i spójny system wartości i prezentowali podobne zachowania w zakresie dbałości o zdrowie fizyczne i psychospołeczne (np. obydwójce nie palą). Członkowie rodziny okazują sobie zainteresowanie, a także są zdolni do kompromisów (np. dziecko może samo decydować, jaki owoc zjeść lub jaki sport uprawiać) (Ryś, 1992). Zachęcanie do aktywności sprzyjających zdrowiu odbywa się w atmosferze ciepła i miłości, dlatego naturalny jest wybór takich działań jakie podejmują rodzice.

### **Bibliografia:**

- Andruszkiewicz, A., Nowik M. (2011). Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19 (2). 148-152.
- Allison, K.R. (1991). Theoretical issues concerning the relationship between perceived control and preventive health behaviour. *Health Education Research*, 6, 141-151
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1992). *Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning*, (w:) R. Schwarzer (red.), *Self efficacy: thought control of action*, (355-394). Washington: Hemisphere.

- Biernat, E., Poznańska, A., Gajewski, A. (2012). Determinanty prozdrowotnej aktywności fizycznej warszawskich nauczycieli. *Przegląd Epidemiologiczny*, 66,1.
- Binkowska-Bury, M., Kruk, W., Szymańska, J., Marc, M., Penar-Zadarko, B., Wdowiak, L. (2010). Psychosocial factors and health-related behavior among students from South-East Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 17(1), 107-13.
- Bishop, G. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Borzucka-Sitkiewicz, K. (2005). *Kształtowanie zachowań zdrowotnych młodzieży w procesie socjalizacji a styl życia w rodzinie (w rejonie górnośląskim)*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Bulska, J. (2008). *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bundek, N. I., Marks, G., Richardson, J.L. (1993). Role of health locus of control beliefs in cancer screening of elderly Hispanic women. *Health Psychology*, 12 (3), 193-199.
- Chang, E. (2000). Perfectionism as a predictor of positive and negative psychological outcomes: Examining a mediation model in younger and older adults. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (1), 18-26.
- Chodkiewicz, J. (2005). *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.
- Collins, Ch. (2007). Said Another Way. *Nursing Forum*, 42, 1, 39-44.
- Cordain, L., Eaton, S. B. S.A., Mann, N., Lindeberg, S., Watkins, BA., O'Keefe JH., Brand-Miller J. (2005). Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 81 (2), 341-54.
- Crescioni, A.W., Ehrlinger, J., Alquist, J.L., Conlon, K. E., Baumeister, R.F., Schatschneider, Ch., Dutton, G.R. (2011). High trait self-control predicts positive health behaviors and success in weight loss. *Journal of Health Psychology*, 16, 750-759.
- Fleig, L., Küper, C., Lippke, S., Schwarzer, R., Wiedeman, A. (2015). Cross-behavior associations and multiple health behavior change: A longitudinal study on physical activity and fruit and vegetable intake. *Journal of Health Psychology*, 20, 5, 525-534. <https://doi.org/10.1177/1359105315574951>
- Gacek M. (2007). Aktywność fizyczna w stylu życia dzieci w wieku 10-13 lat w środowisku małomiejskim. *Kultura Fizyczna*, 3-4, 16-18.
- Gacek M. (2007). Wiedza i nawyki żywieniowe młodzieży średnich szkół technicznych. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 4, 11-15.
- Gale, C.R., Batty, G.D., Deary, I.J. (2008). Locus of Control at Age 10 Years and Health Outcomes and Behaviors at Age 30 Years: The 1970 British Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, 70, 4, 397-403.
- Gniazdowski, A. (red.) (1990). *Zachowania zdrowotne*. Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- Gromulska, L., Piotrowicz, M., Cianciara, D. (2009). Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. *Przegląd Epidemiologiczny*, 63, 427-432.

- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., Baumeister, H. (2011). Health locus of control and health behaviour: Results from a nationally representative survey. *Psychology, Health and Medicine*, 16, 2, 129-140.
- Hallal, J. C. D. (1982). The Relationship of Health Beliefs, Health Locus of Control, and Self Concept to the Practice of Breast Self-Examination in Adult Women. *Nursing Research*, 31, 3, 137-142.
- Heszen-Niejodek, I. (1998). Rozwój i Perspektywy Psychologii Zdrowia. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Facultas Philosophica Psychologica*, 32. *Varia Psychologica VIII*, 47-64.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Holm, Ch.J., Frank, D.I., Curtin, J. (1999). Health beliefs, health locus of control, and women's mammography behavior. *Cancer Nursing*, 22, 2, 149-156.
- Ingledeu, D.K., Brunning, S. (1999). Personality, Preventive Health Behaviour and Comparative Optimism about Health Problems. *Journal Health Psychology*, 4, 2, 193-208.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2003). *Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka*, (w:) Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (9-16). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (red.) (2003). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Juczyński, Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Psychologica*, 4, 11-24.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2008). *Osobowość stres a zdrowie*. Warszawa: Difin
- Juczyński, Z. (1997). *Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie osób dorosłych*, (w:) J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie* (285–291). Wrocław: Wyd. AWF.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Juczyński, Z. (2009). Pomnażanie i wzbogacanie zasobów własnego zdrowia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14, 1, 17-31.
- Juczyński, Z., Juczyński, A. (2012). "Chcieć to móc" czyli o znaczeniu poczucia własnej skuteczności w modyfikacji zachowań związanych z piciem alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 25, 2, 215–227.
- Kitsantas, A. (2000). The role of self-regulation strategies and self-efficacy perceptions in successful weight loss maintenance. *Psychology and Health*, 15 (6), 811-820.
- Kościelak, R. (2010). *Poczucie Umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i w chorobie*. Kraków: Impuls.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.

- Kózka, M., Walewska, M., Ścisło, L., Orzeł-Nowak, A., Jajko, E. (2013). Determinanty radzenia sobie z bólem u pacjentów z chorobą nowotworową. *Via Medica. Problemy Pielęgniarstwa*, 21 (3), 297-305.
- Kurowska, K., Lewandowska, A. (2012). Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*, 16, 5, 296-304.
- Lawrence, M., Worsley, T. (2007). *Public Health Nutrition. From principles to practice*. Open University Press.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404
- Lipski, E. (2010). Traditional non-Western diets. *Nutrition In Clinical Practice: Official Publication Of The American Society For Parenteral And Enteral Nutrition*, 25 (6), 585-93.
- Łuszczynska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych*. Gdańsk: GWP.
- Milham, S. (2010). Historical evidence that electrification caused the 20th century epidemic of " diseases of civilization". *Medical Hypotheses*, 74 (2), 337-345.
- Motyka, M. (2003). Zasoby osobiste determinujące zdrowie. *Sztuka Leczenia*, IX 3-4, 41-46.
- Norman, P., Bennett, P. (1996). *Health locus of control*, (w:) M. Conner, P. Norman (red.), *Predicting health behavior*, (62-94). Buckingham - Philadelphia: Open University Press.
- Źródło: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-97268-003.data> pobrania: 08.08.2010.
- Ogińska-Bulik, N. (2006). *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*. Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa: Centrum Doradztwa i Informacji Diffin.
- Olubiński, A. (2000). *Rodzinne uwarunkowania zdrowia dzieci i młodzieży w środowisku dużego miasta*, (w:) W. Nowakowski (red.), *Uwarunkowania społeczne i ekonomiczne w zdrowiu i w chorobie*. (27-36).Wrocław: Wydawnictwo WSHE.
- Papandonatos, G. D. Williams, D. M. Jennings, E. G. Napolitano, M. A. Bock, Beth C. Dunsiger, Shira Marcus, Bess H. (2012). Mediators of physical activity behavior change: Findings from a 12-month randomized controlled trial. *Health Psychology*, 31(4), 512-520.
- Peterson, M. S. Lawman, H. G. Wilson, D. K. Fairchild, A. Van Horn, M. Lee . (2010).The association of self-efficacy and parent social support on physical activity in male and female adolescents. *Health Psychology*, 32 (6), 666-674.
- Poprawa, R. (2001). *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, (w:) G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, (101-136). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Roddenbery, A., Renk, K. (2010). Locus of Control and Self-Efficacy: Potential Mediators of Stress, Illness, and Utilization of Health Services in College Students. *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 4, 353-370.

- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Rasińska, R. (2010). *Analiza wybranych wyznaczników kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego*. Poznań: Wydział Nauk i Zdrowiu. Praca doktorska.
- Rosińska, P. (2014). *Psychologiczne wyznaczniki troski o zdrowia u rodziców małych dzieci*. Warszawa: Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, UKSW. Niepublikowana praca doktorska.
- Ryś, M. (1992). *Wpływ dzieciństwa na późniejsze życie w małżeństwie i rodzinie: studium psychologiczne*. Część 1-2. Warszawa: ATK.
- Sanderson, C. (2004). *Health Psychology*. New York: Wiley.
- Schwarzer, R., Fuchs, R. (1996). *Self-efficacy and health behaviors*. In: M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Sęk, H. (2000). *Zdrowie behawioralne*, (w:) J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. (s. 533-553). Tom 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sheridan, C.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: IPZ PTP.
- Sobieszcańska, M., Kałka, D., Pilecki, W., Adamus, J. (2009). Aktywność fizyczna w podstawowej i pierwotnej prewencji choroby sercowo-naczyniowej. *Polski Merkurusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 26 (156), 659-664.
- Tylka, J. (2006). Psychospołeczne aspekty wyzwań cywilizacyjnych a zagrożenia zdrowotne. *Sztuka Leczenia*, 3, 33-40.
- Wardle, J., Steptoe, A., Gulis, G., Sartory, G., Sęk, H., Todorova, I., Vogeles, C., Ziarko, M. (2004). Depression, perceived control, and life satisfaction in university students from Central-Eastern and Western Europe. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(1), 27-36.
- Weiss, G. L., Larsen, D. L. (1990). Health value, health locus of control, and the prediction of health protective behaviors. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 18, 121-136. DOI: <https://doi.org/10.2224/sbp.1990.18.1.121>
- WHO (2012). *Mental health Report 2011. Mental health: new understanding, new hope*, Geneva: WHO.
- Źródło: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1). data pobrania: 20.08.2012.
- Wojtyniak, B., Goryński, P. (2016). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Wołowski, T., Jankowska, M. (2007). Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Cz. 1. Zachowania młodzieży związane z odżywianiem *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2007, 88, 1, 64-68.

Wojnarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: PWN.

Zadworna-Cieślak, M., Kaflik-Pieróg, M. (2010). Psychospołeczne determinanty zachowań zdrowotnych młodzieży. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15, 2, 140-153.

Strony internetowe

[www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl)

[www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia](http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia)

[www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie](http://www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie)

Mgr Karolina Ginalska  
Dr Małgorzata Weryszko  
*Zakład Psychologii*  
*Instytut Pedagogiki i Psychologii*  
*Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach*

## **Czynniki chroniące zdrowie psychofizyczne dziecka w środowisku rodzinnym**

### **Wprowadzenie**

W ostatnich latach poświęcono wiele uwagi w celu zrozumienia czynników wpływających na dobrostan oraz zdrowie psychiczne i fizyczne dzieci (Boyce, Ellis, 2005; Evans, 2006). Niniejszy artykuł przedstawia czynniki chroniące występujące w środowisku rodzinnym. Wydają się one szczególnie istotne, gdyż rodzina jest miejscem formowania się dziecięcej odporności psychicznej, poznawczej teorii siebie i świata oraz kształtowania pierwszych relacji i przywiązania. Spośród wielu zmiennych dotyczących środowiska rodzinnego wpływających na rozwój dziecka i jego funkcjonowanie przedstawiono poniżej znaczenie jakości małżeństwa rodziców, ich dojrzałości emocjonalnej, stylu atrybucyjnego oraz więzi dziecka z ojcem.

### **1. Dobrostan dziecka a jakość małżeństwa jego rodziców**

Zdrowo funkcjonujące małżeństwo stanowi podstawowe źródło dobrego samopoczucia i szczęścia dla dorosłych i dzieci (Rostowski, 2009). Liczne badania (Blankenhorn, 1995, Comanor, Philips, 1998, Harper, McLanahan, 1998; Horn, 1999, Popenoe, 1996, Snarey, 1993, Froyen i in., 2013, Brotherson i in., 2005) świadczą, iż dzieci wychowujące się w rodzinach, gdzie rodzice tworzą kochające się małżeństwo i wspólnie dbają o dobro swoich dzieci, posiadające doświadczenie znaczącej relacji z ojcem, znacznie rzadziej nadużywają środków odurzających, znacznie mniej jest wśród nich zachowań antyspołecznych i ryzykownych, zaburzeń psychicznych i zaburzeń odżywiania, przedwczesnych i płytkich doświadczeń seksualnych, sytuacji zaniedbania i ubóstwa. Ponadto są zdrowsze fizycznie i emocjonalnie, bardziej pewne siebie, mają wyższą samoocenę, osiągają lepsze wyniki w nauce i w pracy, jako osoby dorosłe tworzą trwałe i zjednoczone rodziny. Autorytatywne rodzicielstwo, gdzie rodzice są odpowiedzialni, zaangażowani, wrażliwi na potrzeby dziecka, wiąże się z większym poczuciem własnej wartości u dzieci, ich większymi zdolnościami poznawczymi i dojrzałością społeczną (Patock-Peckham i in., 2001).

Jak podaje M. Plopa (2008, s. 249) dobrze funkcjonujący związek małżeński dostarcza partnerom wsparcia emocjonalnego jak i instrumentalnego w pełnieniu roli rodzicielskiej. Wsparcie emocjonalne stanowi przekaz dla współmałżonka-rodzica o tym, że jest kochany, szanowany i ceniony, co z kolei wpływa na jego stopień zaangażowania i cierpliwość w relacji z dzieckiem. Instrumentalne wsparcie natomiast wiąże się z modelowaniem skutecznych zachowań zaradczych oraz ze stworzeniem takiego standardu życia, który pozwala na większe wydatkowanie energii w procesie opieki nad dzieckiem.

Zatem lepsza jakość małżeńska rokuje bardziej zaangażowane rodzicielstwo – tak macierzyństwo, jak i ojcostwo (Carlson i in., 2011; Lachowska, 2011). Z kolei większy konflikt małżeński związany jest z „biedniejszym” rodzicielstwem (Fincham i in., 2007).

Małżeństwo ukazywane jest także jako korzystniejszy kontekst rozwoju dziecka aniżeli np. kohabitacja, gdzie dzieci doświadczają pięciokrotnie większego ryzyka rozpadu związku rodziców w porównaniu do dzieci, których rodzice są małżeństwem (Osborne, Manning, Smock, 2007). Argumentem na korzyść małżeństwa mogą być także badania, których wyniki pokazały, że osoby poślubione charakteryzują się lepszym stanem zdrowia, mniejszym narażeniem na zaburzenia funkcjonowania i objawy depresji aniżeli osoby kohabitujące oraz osoby żyjące w pojedynkę (Janicka, 2012).

Małżeństwo i kohabitacja wprowadzają zatem różne warunki dla ojcowskiego zaangażowania i funkcjonowania dziecka. Z pewnością nie są one równe.

Z badań wyraźnie wynika, iż rodzice szczęśliwi w swoim bliskim związku są wrażliwi na potrzeby rozwojowe dziecka. Ponadto stwarzają taki klimat w rodzinie, który pozwala dziecku na optymalną realizację własnych zasobów i dojrzałe budowanie swojej tożsamości (za: Plopa, 2008). Im więcej czasu rodzice poświęcają potomstwu i im lepiej dzieci postrzegają związek małżeński rodziców, tym lepsze są relacje między rodzicami i dziećmi (Dyczewski, 2002, por. także: Dyczewski 2007). Ponadto, zaangażowanie rodziców w wychowywanie potomstwa przyczynia się jednocześnie do indywidualnego rozwoju matki i ojca, co pociąga za sobą rozwój wszystkich relacji w rodzinie (Opozda, 2007). To, czy szanse na to zostaną wykorzystane zależy m.in. od tego, czy dorośli rozumieją i posiadają osobiste odniesienie do pełnionych ról rodzinnych oraz czy w ich realizacji wzajemnie siebie uzupełniają.

## **2. Odporność na zaburzenia afektywne u dzieci a styl atrybucyjny ich rodziców**

W środowisku rodzinnym, ze względu na jego ogromne znaczenie i częstotliwość oddziaływań między jej członkami, ma miejsce kształtowanie się nawyków, również tych związanych z postrzeganiem siebie i świata. Dlatego też to właśnie oddziaływania rodzicielskie mają ogromny wpływ na kształtowanie się poznawczej odporności na zaburzenia afektywne, których częstość występowania w społeczeństwie ciągle wzrasta.



Badania dotyczące kształtowania się schematów poznawczych odpowiedzialnych za powstawanie symptomów depresyjnych w środowisku rodzinnym skupiają się w głównej mierze na dwóch aspektach.

Pierwszym z nich jest kształtowanie stylu atrybucyjnego poprzez obserwację i modelowanie. Pokażna ilość badań dostarcza jednak wielu niespójnych wyników, co może pokazywać złożoność tego procesu. Wiele badań podkreśla znaczenie stylu atrybucyjnego prezentowanego przez matkę, gdyż koreluje on z występowaniem takiego samego stylu u dziecka (Seligman i in., 1984; Alloy i in., 2001; Lau i in., 2007; Murray i in., 2001; Bugental, Martorell, 1999; Burks, Prake, 1996). Jeśli w obliczu trudności matka używa stylu wyjaśniania zdarzeń w sposób nieadaptacyjny staje się ona poznawczo podatna na występowanie symptomów depresyjnych. Jest to niezwykle istotny czynnik mający wpływ na rozwój dziecka, gdyż różnice w zachowaniu dzieci depresyjnych matek widoczne są już w pierwszych trzech miesiącach życia, a wiele badań pokazuje, że występowanie zaburzeń afektywnych u dzieci rodziców cierpiących na depresję jest 2,6 razy wyższe niż u dzieci wychowujących się w rodzinach bez tego zaburzenia (Tyra, 2000). Dzieci takie będą przejawiać pesymistyczne wzorce myślenia ujawniające się szczególnie w sytuacji stresu, a także zniekształcenia myślenia, które są źródłem poczucia bezradności, samoobwiniania i kształtowania zaniżonego poczucia własnej wartości (Punamaki i in., 2013; Goodman, Gotlib, 1999; Gotlib, Hammen, 1992; Ingram i in., 1998).

Zatem mimo, iż styl atrybucyjny dzieci krystalizuje się głównie między 5 a 7 rokiem życia, to skutki negatywnego postrzegania rzeczywistości przez matkę są widoczne znacznie wcześniej (Goodman i in., 1993; Murray i in., 2001). Związek między stylem atrybucyjnym matki i dziecka może być spowodowany częstą ekspozycją dziecka na styl wyjaśniania zdarzeń matki w codziennych sytuacjach w latach formowania się dziecięcego umysłu i dużej podatności na naukę poprzez modelowanie. Wniosek taki jest jednak oparty na założeniu, że to matka sprawuje największą część opieki nad dzieckiem, co w większości sytuacji okazuje się prawdą, jednak nie we wszystkich. Badania potwierdzają istnienie związku między stylem atrybucyjnym obu rodziców a stylem atrybucyjnym ich dzieci (Kaslow i in., 1988; Turk, Bry, 1922), co pokazuje, że w wielu przypadkach również ojciec przyczynia się do powstawania stylu atrybucyjnego swoich dzieci. Jednocześnie w literaturze znaleźć można przesłanki o braku związku pomiędzy wskaźnikami negatywnej triady poznawczej Becka u ojców i ich dzieci przy jednoczesnym występowaniu tego typu związku pomiędzy matkami a ich potomstwem (Stark i in., 1996). Inne badania pokazują związek między ogólnym poczuciem własnej wartości matek i ich dzieci, nie znajdując jednocześnie istotnej korelacji między ich stylami atrybucyjnymi (Gerber, Flynn, 2001).

Przyczyną tych rozbieżności może być niejednorodność założeń przyjętych przez badaczy. Ważną zmienną, która nie była brana pod uwagę wydaje się być płeć dziecka w odniesieniu do konkretnego rodzica. Możliwe jest, że ze względu na identyfikowanie się z konkretną płcią podobieństwo stylu poznawczego jest większe w odniesieniu do rodzica tej samej płci niż płci odmiennej (Bandura, 1965, 1969). Badania pokazują również, że

ujawnianie się negatywnych schematów poznawczych zależne jest od nastroju (Murrey i in., 2001; Alloy i in., 1988). Oznacza to, że styl atrybucyjny ujawniający się w sytuacjach nie będących źródłem stresu i negatywnych emocji różni się od stylu przejawianego w sytuacjach stresogennych. Zatem dopiero w sytuacji indukowania negatywnego nastroju w trakcie badania schematy te zaczynają być widoczne.

Drugi aspekt badań dotyczy społecznego uczenia się opartego na informacji zwrotnej udzielanej dziecku przez jego rodziców. Atrybucja przyczynowa sukcesów i porażek szkolnych związana jest z przypisywaniem im przyczynowości przez rodziców dziecka. Według badań dzieci, które przypisywały porażki szkolne przyczynom zewnętrznym posiadały rodziców, którzy przyczyn tych porażek również poszukiwali poza swoim dzieckiem (Fincham, Cain, 1986). Często przypisywali je sobie samym i braku rodzicielskiego zaangażowania w naukę dzieci, co jest czynnikiem zewnętrznym z perspektywy dziecka. Porażka przypisywana przez rodziców czynnikiem wewnętrznym, takim jak niskie umiejętności dziecka, przyczynia się do powstawania u dziecka poczucia wstydu. Natomiast długotrwała ekspozycja dziecka na styl atrybucyjny rodziców dotyczący jego osiągnięć szkolnych ma wpływ na kształtowanie się długofalowej motywacji dziecka do nauki (Khodayarifard i in., 2010). Badania sugerują, że wpływ werbalizowanych informacji dotyczących przyczyn zdarzeń przekazywanych dziecku przez jego rodziców jest silniejszy w kształtowaniu jego stylu wyjaśniania zdarzeń niż nauka poprzez obserwację i modelowanie stylu przejawianego przez rodziców (Garber, Flynn, 2001; Alloy i in., 2001).

### **3. Zdrowie dzieci a styl przywiązania i stabilność emocjonalna ich rodziców**

Wiele badań dotyczących stylu przywiązania skupia się na relacji między dzieckiem a jego opiekunem, w szczególności z jego matką. Jednakże istotny jest również nurt rozważający implikacje, jakie niesie z sobą styl przywiązania i nawiązywania bliskich relacji prezentowany przez osoby dorosłe oraz znaczenie tego faktu między innymi w kontekście rodzicielstwa (Bowlby, 1979). Wiele badań poświęconych zostało właśnie zagadnieniu stylów przywiązania w dorosłym życiu (Hazen, Shaver, 1987; Main i in., 1985), który określany jest jako względnie stały wzorzec doświadczanych uczuć, myśli i zachowań przejawianych w sytuacjach związanych z nawiązywaniem bliskich relacji z innymi ludźmi (Shaver, Mikulincer, 2002).

Badania te wskazują na dwa istotne wymiary: unikanie (*avoidance*) - czyli tendencja do unikania bliskości emocjonalnej z innymi oraz lęk (*anxiety*) - poczucie zagrożenia w relacjach, lęk przed odrzuceniem ze strony innych (Fraley, Shaver, 2000). Styl przywiązania ma duże znaczenie dla funkcjonowania osób dorosłych, również w aspekcie rodzicielstwa. Wykształcony przez rodziców styl przywiązania związany jest z poziomem przejawianej później wrażliwości na potrzeby swojego dziecka oraz umiejętnością reagowania na nie, jak również ze zdolnością udzielania dziecku emocjonalnego wsparcia (Jones i in., 2015; Edelstein i in., 2004; Goodman i in., 1997, Selcuk i in., 2010).

Wrażliwość, empatyczność oraz umiejętne wspieranie dziecka są czynnikami w istotny sposób wpływającymi na zmniejszenie ryzyka pojawienia się chorób, zarówno somatycznych, jak i psychicznych (Miller i in., 2011; Belsky, 1990; Giallo i in., 2014). Dzieci rodziców, których styl przywiązania jest bardziej bezpieczny, a więc mniej unikowy i naznaczony mniejszym lękiem są zdrowsze i lepiej radzą sobie z wyzwaniami codziennego życia.

Czynnikiem, który zgodnie z badaniami związany jest ze stylem przywiązania osoby dorosłej w kontekście rodzicielstwa, jest umiejętność regulowania własnych emocji (Jones i in., 2014). Rodzic z bezpiecznym stylem przywiązania, a więc posiadający niskie wyniki na skali unikania i lęku, reaguje na emocje dziecka w sposób adekwatny, jest empatyczny, potrafi wspierać, być otwartym i wyrażać swoje emocje. Dzięki umiejętności regulowania własnych emocji potrafi we właściwy sposób dobierać metody wychowawcze, podczas, gdy rodzic kierujący się przede wszystkim własnym stanem emocjonalnym częściej reaguje przesadnie i stosuje nazbyt surowe metody wychowawcze (Lorber, O'Leary, 2005; Lorber, Slep, 2005; Smith, O'Leary, 1995). Stres emocjonalny oraz objawy wynikające z małej odporności psychicznej rodziców obniżają ich tolerancję na negatywne zachowania dzieci, co sprawia, że w swoich postawach mogą się oni stawać nazbyt surowi, bardziej karzący, mniej empatyczni i ciepłi w stosunku do swoich dzieci (Lahey i in., 1984, Tyra, 2000). Umiejętność utrzymywania stabilności emocjonalnej oraz bezpieczny styl przywiązania w bliskich relacjach rodziców z dziećmi ma zatem istotny wpływ na ich rozwój, poczucie własnej wartości, kształtowanie ich optymizmu, pewności siebie i odwagi w eksplorowaniu świata i nawiązywaniu prawidłowych relacji z innymi ludźmi.

#### **4. Dobrostan dziecka a zaangażowanie ojca w jego wychowanie i opiekę**

W grupie czynników sprzyjających dobremu funkcjonowaniu dziecka wskazuje się również na zaangażowanie ojca w wychowanie i opiekę. Podkreśla się ogromnej wagi znaczenie wkładu ojca w rozwój dziecka już we wczesnym etapie jego życia. Jakość relacji ojciec-dziecko w pierwszych tygodniach życia leży u podstaw rozwoju trwałego poczucia bezpieczeństwa dziecka, co z kolei ma znaczenie dla budowania jego poczucia własnej wartości, a następnie powodzenia w życiu. Wskazuje się, iż miłość i troska ze strony ojca w pierwszych miesiącach życia warunkuje większy potencjał poznawczy dziecka: wyższy poziom intelektualny i większe zdolności językowe w porównaniu do dzieci pozbawionych troskliwej ojcowskiej obecności (Vanni, 2012). Ponadto obecność ta wpływa na jakość rozwoju społecznego dziecka: na sposób nawiązywania relacji z rówieśnikami oraz osobami dorosłymi. Co więcej, w przypadku dzieci problematycznych, wiąże się z mniejszym nasileniem kłopotliwych zachowań, szczególnie w okresie dojrzewania (tamże).

Z badań wynika, iż zainteresowanie ojca dzieckiem oraz jego matką już w okresie prenatalnym sprawia, że staje się ona bardziej efektywna w pełnieniu roli macierzyńskiej (Stevenson i in., 1999, za: Kornas-Biela, 2001). Ojcowskie zaangażowanie w życie rodziny w

okresie ciąży i porodu wiąże się także z lepszym zdrowiem zarówno matki, dziecka, jak i samego ojca (Plantin i in., 2011). Ważne jest także pozytywne nastawienie wobec poczęcia się dziecka - zachowania mężczyzn w okresie prenatalnym ich dzieci są związane także z ich zaangażowaniem po urodzeniu się dziecka w wielu dziedzinach: w działania stymulujące poznawczy rozwój dziecka, w opiekę fizyczną, okazywanie ciepła, działania pielęgnacyjne i działania opiekuńcze (Bronte-Tinkew i in., 2007).

Badania dowodzą, że im większa satysfakcja ze związku małżeńskiego u mężczyzn jeszcze przed narodzeniem się dziecka, tym więcej czasu będzie on spędzał z dzieckiem, szczególnie w bezpośrednich z nim interakcjach w pierwszym roku jego życia (Lee, Doherty, 2007). Mężczyźni ci okazywali większe zaangażowanie w wypełnianie swojej roli – większe emocjonalne wsparcie, większą synchronię ojciec-dziecko i mniejszą intruzywność. Badacze podkreślają, że większe zaangażowanie i większa ilość czasu spędzana z dzieckiem u mężczyzn bardziej zadowolonych z małżeństwa, wynika nie tylko z chęci wypełnienia swojej ojcowskiej roli, ale z chęci okazania miłości żonie i podejmowania z nią współpracy. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że uczucia ojców związane z małżeństwem są istotne w kształtowaniu ich poziomu wrażliwości emocjonalnej wobec dzieci (tamże).

Ojcowskie ciepło, jak wynika z badań, wiąże się z dobrobytem dziecka obejmującym takie aspekty jego życia jak: zdrowie, przyjaźń, perspektywy na przyszłość, odczucia wobec siebie, jakość relacji z matką (Harper, Fine 2006). Analiza wyników pokazała, że im lepsza jest jakość relacji ojca z dzieckiem, tym lepsza ogólna jakość życia dziecka (tamże).

Lee i Doherty (2007, s. 75-96) dowiedli, że u mężczyzn o bardziej pozytywnej postawie wobec zaangażowania się w rolę ojca, małżeńska satysfakcja przed narodzeniem się dziecka wpływa pozytywnie na jakość ich zaangażowania się, ilość czasu poświęcanego dziecku, ciepło i emocjonalne wsparcie okazywane wobec dziecka podczas wspólnych zabaw. Natomiast mężczyźni o wysokiej satysfakcji małżeńskiej przed narodzeniem się dziecka, mają tendencję do mniejszej synchronii w relacji ojciec-dziecko, jeżeli ich postawa wobec pełnienia roli ojca była negatywna oraz większej synchronii z dzieckiem, jeżeli ich postawa była pozytywna. W przypadku postawy pozytywnej zadowolenie z małżeństwa może zachęcać i umacniać ojcowskie zaangażowanie, prowadząc do większej synchronii w relacji ojciec-dziecko. W przypadku postawy negatywnej, sama szczęśliwa więź małżeńska może nie być wystarczającym motywatorem do pracy nad jakością interakcji z dzieckiem.

Badania wskazują także na istotną rolę matki w kształtowaniu charakteru ojcowskiego zaangażowania. Docenianie przez matkę roli ojca w wychowaniu i opiece nad dziećmi ma znaczący wpływ dla jakości relacji ojcowskiej (Cannon i in., 2008). Zachęcanie ojców do kontaktu z dzieckiem owocuje większym ojcowskim zaangażowaniem w opiekę zdrowotną dziecka oraz poczuciem większego wpływu na decyzje związane ze zdrowiem dziecka (Zvara, Schoppe-Sullivan i Kamp, 2013).

## Podsumowanie

Powyższe rozważania potwierdzają niebagatelny wpływ sposobu funkcjonowania środowiska rodzinnego na dobrostan psychofizyczny dziecka. Czynniki mające znaczący wpływ na jego zdrowie i odporność związane są z jakością relacji małżeńskiej rodziców, ich dojrzałością emocjonalną oraz zaangażowaniem rodzicielskim, także ojcowskim. Istotny jest również styl atrybucyjny opiekunów dziecka i rodzaj atrybucji przypisywany przez nich zachowaniom dzieci.

Już w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku uznano, iż percepcja zachowań rodziców przez dziecko kształtuje jego ogólną postawę wobec samego siebie (por. np. Sullivan, 1953).

Warto także zwrócić uwagę, iż przedstawiciele terapii psychodynamicznych zakładają, że to właśnie z relacji z krytykującym i niedostępnym emocjonalnie rodzicem wyrasta poczucie nieadekwatności i niskiej samooceny dziecka, co w późniejszym czasie staje się źródłem zaburzeń emocjonalnych i podatności na depresję (Tyra, 2000). Z kolei wśród najważniejszych czynników chroniących wskazuje się na dojrzałe, wspierające relacje w rodzinie, poświęcaną dziecku uwagę i wrażliwość na jego potrzeby (m.in. Brotherson i in., 2005; Plopa, 2008; Rostowski, 2009).

## Bibliografia:

- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 5-21.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Tashman, N.A., Berebbi, D.S., Hogan M.E., Whitehouse, W.G., Crossfield, A.G., Morocco, A.(2001). Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: parenting, cognitive and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 397-423.
- Bandura, A. (1965). Vicarious processes: a case of non trial learning. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology*. San Diego, CA: Academic Press.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, Winston.
- Belsky, J. (1990). Parental and nonparental child care and children's socioemotional development: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 52, 885-903.
- Blankenhorn, D. (1995). *Fatherless America: Confronting our most urgent social problem*. New York: BasicBook.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London, United Kingdom: Tavistock
- Bronte-Tinkew, J., Ryan, S., Carrano J., Moore K. A. (2007). Resident Fathers' Pregnancy Intentions, Prenatal Behaviors, and Links to Involvement With Infants. *Journal of Marriage and Family*, 69, 977-990.
- Brotherson, S. E., Dollahite, D. C., Hawkins, A. J. (2005). Generative Fathering and the Dynamics of Connection between Fathers and Their Children. *Fathering*, vol. 3, No. 1,

1-28.

- Bugental, D.B., Martorell, G. (1999). Competition between friends: the joint influence of self, friends, and parents. *Journal of Family Psychology*, 13, 1-14.
- Burks, V.S., Parke, R.D. (1996). Parent and child representation of social relationships: Linkages between families and peers. *Merrill-Palmer Quarterly*, 42, 358-378.
- Cannon, E. A., Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., Brown, G. L., Sokolowski, Szewczyk, M. (2008). Parent Characteristics as Antecedents of Maternal Gatekeeping and Fathering Behavior. *Family Process*, 47, 501-519.
- Carlson, M. J., Pilkauskas, N. V., McLanahan, S. S., Brooks-Gunn, J. (2011). Couples as Partners and Parents Over Children's Early Years. *Journal of Marriage and Family*, 73, 317 – 334.
- Comanor, W.S., Phillips, L. (1998). The impact of income and family structure on delinquency. *Working paper in economics*, No. 795R, University of California at Santa Barbara Economics Department.
- Demo, D. H. (1992). Parent-child relations: Assessing recent changes. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 104-117.
- Dyczewski, L. (2002). Więzy między pokoleniami w rodzinie, Lublin: Towarzystwo naukowe KUL.
- Dyczewski, L. (2007). *Ojciec w ocenie dorosłych dzieci*, (w:) Kornas-Biela, D. (red.), *Ojcostwo wobec wyzwań współczesności*. (s. 51-64). Lublin: Fundacja Cyryla i Metodego.
- Edelstein, R. S., Alexander, K. W., Shaver, P. R., Schaaf, J. M., Quas, J. A., Lovas, G. S., & Goodman, G. S. (2004). Adult attachment style and parental responsiveness during a stressful event. *Attachment & Human Development*, 6, 31-52.
- Fincham, F. D., Stanley, S. M., Beach, S. R. H. (2007). Transformative Processes in Marriage: An Analysis of Emerging Trends. *Journal of Marriage and Family*, 69, 275-292.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4, 132-154.
- Froyen, L. C., Skibbe, L. E., Bowles, R. P., Blow, A. J., Gerde, H. K. (2013). Marital Satisfaction, Family Emotional Expressiveness, Home Learning Environments, and Children's Emergent Literacy. *Journal of Marriage and Family*, 75, 42 – 55.
- Garber, J., Flynn, C. (2001). Predictors of depressive cognitions in young adolescent. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 353-376.
- Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D'Esposito, F., & Nicholson, J. M. (2014). Maternal postnatal mental health and later emotional-behavioural development of children: The mediating role of parenting behaviour. *Child: Care, Health and Development*, 40, 327-336.
- Goodman, G. S., Quas, J. A., Batterman-Faunce, J. M., Riddlesberger, M. M., & Kuhn, J. (1997). Children's reactions to and memory for a stressful event: Influences of age, anatomical dolls, knowledge, and parental attachment. *Applied Developmental Science*, 1, 54 –75.

- Goodman, S.H., Brogan, D., Lynch, M.E., Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development*, 64, 516-531.
- Goodman, S.H., Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanism of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Gotlib, I.H., Hammen, C.L. (1992). *Psychological aspects of depression: toward a cognitive-interpersonal integration*. New York: John Wiley & Sons.
- Harper, S. E., Fine, M. A. (2006). The Effects of Involved Nonresidential Fathers' Distress, Parenting Behaviors, *InterParental Conflict, and the Quality of Father-Child Relationships on Children's Well-Being* *Fathering*, Vol. 4, No. 3, 286-311.
- Harper, C.C., McLanahan, S.S. (2004). Father absence and youth incarceration. *Journal of Research on Adolescence*, vol.14, no.3, 369-397.
- Horn, W.F. (1999). *Did you say "movement"?* (w:) W.F., Horn, D. Blankenhorn, M.B. Pearlstein, (red.), *The fatherhood movement*. (p.1-16). Lanham, MD: Lexington Books.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Ingram, R.E., Miranda, J., Segal Z.V. (1998). Cognitive theory and data on distal vulnerability. In R.E. Ingram, J. Miranda, S.V. Segal (Red). *Cognitive vulnerability to depression* (s. 199-225). New York: Guilford Press.
- Janicka, I. (2012). *Poczucie dobrostanu u osób poślubionych, kohabitujących i u singli*, (w:) T. Rostowska, A. Lewandowska-Walter (red.), *Małżeństwo i rodzicielstwo a zdrowie*. (s. 26-53). Toruń: Wydaw. Adam Marszałek.
- Jones, J. D., Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2015). Parents' self-reported attachment styles: A review of links with parenting behaviors, emotions, and cognitions. *Personality and Social Psychology Review*, 19, 44-76.
- Jones, J.D., Brett, B.E., Ehrlich, K.B., Lejuez, C.W., Cassidy, J. (2014). Maternal attachment style and responses to adolescents' negative emotions: the mediating role of maternal emotion regulation. *Parenting Science and Practice*, 14, 235-237.
- Kaslow, N.J., Rehm, L.P., Pollack, S.L., Siegel, A.W. (1988). Attributional style and self-control behavior in depressed and nondepressed children and their parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 163-175.
- Khodayarifard, M., Brinthaup, T.M., Anshel, M.H. (2010). Relationships of parents' and child's general attributional styles to academic performance. *Social Psychology Education*, 13, 351-365.
- Klemfuss, J.Z., Wallin, A.R., Quas, J.A. (2017). Attachment, Household chaos, and children's health. *Families, Systems and Health*.
- Kornas-Biela, D. (2001). *Współczesny kryzys ojcostwa*, (w:) D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa*. (s. 171-192). Lublin: TN KUL.
- Lachowska, B. (2011). Hasło – „ojcostwo”, (w:) E. Gigilewicz (red.), *Encyklopedia katolicka*, t. XVI, s.437-438. Lublin: TN KUL.

- Lahey, B.B., Conger, R.D., Atkeson, B.M., Treiber, F.A. (1984). Parental behavior and emotional status of physically abusive mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 98, 78-85.
- Lau, J.Y.F., Rijdsdijk, F., Gregory, A.M., McGuffin, P., Eley, T.C. (2007). Pathways to childhood depressive symptoms: the role of social, cognitive, and genetic risk factors. *Developmental Psychology*, 43, 1402-1414.
- Lee, C. S., Doherty, W. J. (2007). Marital Satisfaction and Father Involvement during the Transition to Parenthood. *Fathering*, vol.5, No.2, 75-96.
- Lorber, M. F., & O'Leary, S. G. (2005). Mediated paths to overreactive discipline: Mothers' experienced emotion, appraisals, and physiological responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 972-981.
- Lorber, M. F., & Slep, A. (2005). Mothers' emotion dynamics and their relations with harsh and lax discipline: Microsocial time series analyses. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 559-568.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104.
- Miller, G.E., Lachman, M.E., Chen, E., Gruenewald, T.L., Karlamangla, A.S., & Seeman, T.E. (2011). Pathways to resilience: Maternal nurturance as a buffer against the effects of childhood poverty on metabolic syndrome at midlife. *Psychological Science*, 22, 1591-1599.
- Murray, L., Woolgar, M., Cooper, P., Hipwell, A. (2001). Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 891-899.
- Opozda, D. (2001). *Integracja rodziny a wiedza o małżeństwie u młodzieży*. Lublin: RW KUL.
- Osborne, C., Manning, W. D., Smock, P. J. (2007). Married and cohabiting parents' relationship stability: A focus on race and ethnicity. *Journal of Marriage and Family*, 69, 1345-1366.
- Patock-Peckham, J.A., Cheong, J., Balhorn, M.E., Nagoshi, C.T. (2001). A social learning perspective: A model of parenting styles, self-regulation, perceived drinking control, and alcohol use and problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 1284-1292.
- Plantin, L., Olukoya, A. A., Ny, P. (2011). Positive Health Outcomes of Fathers' Involvement in Pregnancy and Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review. *Fathering*, Vol. 9, No. 1, 87-102.
- Plopa, M. (2008). *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Popenoe, D. (1996). *Life without father: Compelling new evidence that fatherhood and marriage are indispensable for the good of children and society*. New York: Free Press.
- Punamaki, R.L., Paavonen, J., Toikka, S., Solantaus, T. (2013). Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: a randomized study. *Journal of Family Psychology*, 27, 683-690.



- Rostowski, J. (2009). *Współczesne przemiany rozumienia związku małżeńskiego*, (w:) T. Rostowska (red.), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań*. (s. 15-46). Warszawa: Difin SA.
- Sayer, L. C., Gauthier, A. H., Furstenberg, F.F. (2004). Educational Differences in Parents' Time With Children: Cross-National Variations. *Journal of Marriage and Family* 66, 1152–1169.
- Selcuk, E., Gunaydin, G., Sumer, N., Harma, M., Salman, S., Hazan, C., Ozturk, A. (2010). Self-reported romantic attachment style predicts everyday maternal caregiving behavior at home. *Journal of Research in Personality*, 44, 544–549.
- Seligman, M.E.P., Peterson, C., Kaslow, N.J., Tanenbaum, R.L., Alloy, L.B., Abramson, L.Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4, 133–161.
- Smith, A. M., & O'Leary, S. G. (1995). Attributions and arousal as predictors of maternal discipline. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 459–471.
- Stark, K.D., Schmidt, K.L., Joiner, T.E. (1996). Cognitive triad: relationship to depressive symptoms, parents' cognitive triad, and perceived parental messages. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 615-623.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- Turk, E., Bry, B. (1992). Adolescents' and parents' explanatory style and parents' causal explanations about their adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 349-357.
- Tyra, T.L. (2000). Depresyjni rodzice i ich dzieci. *Przegląd Psychologiczny*, 43, 323-337.
- Vanni, A. (2012). *Ojcowie obecni – dzieci szczęśliwe*. Poznań: Wydawnictwo W drodze.
- Zvara, B. J., Schoppe-Sullivan, S. J., Kamp, C. (2013). Fathers' Involvement in Child Health Care: Associations with Prenatal Involvement, Parents' Beliefs, and Maternal Gatekeeping. *Family Relations*, 62, 649–661.

Prof. UJK, dr hab. Irena Pufal-Struzik  
*Zakład Psychologii*  
*Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach*

## Wybrane aspekty zdrowia psychicznego uczniów zdolnych

### Wprowadzenie

W zależności od dyscypliny naukowej wykorzystuje się różne modele zdrowia bądź choroby: model biomedyczny, model socjomedyczny, model psychologiczny, model socjoekologiczny, w których zdrowie jest różnie definiowane. Najbardziej znaną na świecie i postępującą jest definicja zdrowia zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia, w której dominuje holistyczne (całościowe) podejście do zdrowia. Według WHO zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia) (The World Health Report, 2001). W tym ujęciu zdrowie łączy się z życiem wewnętrznym i społecznym jednostki oraz jej kondycją fizyczną. Zarówno w definicji WHO, jak i w modelu psychologicznym zdrowia, człowiek traktowany jest podmiotowo, co oznacza, że ma prawo decydowania o swoim zdrowiu i brania za nie odpowiedzialności.

Irena Heszen-Niejodek wskazuje na dwie propozycje spojrzenia na zdrowie z perspektywy psychologii nawiązujące do definicji WHO. W pierwszym ujęciu zdrowie jawi się jako zasób, ogólna zdolność organizmu do wszechstronnego rozwoju i stawiania czoła aktualnym wymaganiom (poziom kompetencji życiowej). W drugim – zdrowie to proces poszukiwania i utrzymywania równowagi w obliczu obciążeń, jakie nieustannie nakłada na organizm otoczenie (podejście dynamiczne i interakcyjne) (Heszen-Niejodek, 1998). Zdrowie jest więc zjawiskiem dynamicznym uwarunkowanym wieloczynnikowo, można je traktować jako zasób człowieka, jako zdolność do sprostanania wymaganiom życia, obciążeniom, osiągania celów i utrzymywania równowagi (Antonovsky, 1995; Sęk, Ściężała, Beisert, Bleja, 1995;). Element dynamiczności jest także silnie podkreślony w salutogenetycznym modelu zdrowia, autorstwa Aarona Antonovsky'ego, który podkreśla, że prawidłowe, zdrowe funkcjonowanie człowieka polega na aktywnym przystosowaniu się do środowiska (Antonovsky, 1995). O przystosowaniu świadczy dobre radzenie sobie ze stresem i zdolność podejmowania działań umożliwiających rozpoznanie i aktywizowanie uogólnionych zasobów jednostki. Jak zauważa Lucyna Gromulska (2010), według Karty Ottawskiej zdrowie jest główną wartością służącą do „osiągania pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Jednostka lub grupa muszą być w stanie rozpoznać swoje oczekiwania i potrzeby określające ten dobrostan, a także mieć umiejętności oraz możliwości ich realizacji (tamże, s. 127). W tym znaczeniu zdrowie traktowane jest jako wyznacznik

jakości życia opisanej w kategoriach aspiracji i potrzeb, czyli z perspektywy psychologii pozytywnej.

Wielu badaczy sygnalizuje występowanie objawów i zachowań wskazujących na problemy ze zdrowiem psychicznym młodzieży. Najczęściej są to objawy nerwicowe (lękowe i depresyjne), nadużywanie alkoholu, eksperymentowanie z narkotykami (Czabała i in., 2005), różne formy nieprzystosowania społecznego, uzależnienia, próby popełnienia samobójstwa, dolegliwości psychosomatyczne (Woynarowska, 2014).

W artykule podjęto problem wybranych aspektów zdrowia psychicznego młodzieży zdolnej. Przede wszystkim chodzi o dobrostan emocjonalny i społeczny i próbę odpowiedzi na pytanie: Jakie problemy natury emocjonalnej i społecznej stanowią zagrożenia dla zdrowia psychicznego uczniów zdolnych?

### **1. Aspekty emocjonalne zdrowia psychicznego osób zdolnych**

Rezultaty badań dotyczące zdrowia psychicznego jednostek zdolnych nie są jednoznaczne, co może wynikać z wykorzystywania różnych paradygmatów przez badaczy (badania jakościowe, ilościowe, podłużne i poprzeczne) oraz różnego sposobu definiowania zdolności.

Część badaczy prezentuje stanowisko wskazujące, że dzieci uzdolnione intelektualnie na ogół lepiej funkcjonują pod względem emocjonalno-społecznym niż ich rówieśnicy, co wynika z większej wiedzy o sobie i znajomości siebie, odporności psychicznej, umiejętności skutecznego radzenia sobie z konfliktami, stresem i różnymi sytuacjami trudnymi oraz towarzyszącą im asynchronią rozwojową (m.in. Freeman, 1983; Baker, 1995; Garland, Zigler, 1999). Dla przykładu, podłużne badania porównawcze przeprowadzone przez Jean Freeman (2008, za: Mróz, 2012) wśród dzieci zdolnych w Wielkiej Brytanii, wskazują, iż uczniowie niezależnie od tego, jak wybitne zdolności posiadali i jak nieadekwatna była ich edukacja, nie mieli więcej emocjonalnych problemów niż inni znajdujący się w podobnych środowiskach. Natomiast inni badacze prezentują pogląd odmienny.

Inni badacze prezentują stanowisko przeciwne, zgodnie z którym dzieci zdolne doświadczają różnych problemów przystosowawczych, ale jako przyczynę wskazują nie sam fakt posiadania zdolności lecz inne czynniki wpływające na ich rozwój. Są to np. cechy ich osobowości, warunki wychowawcze i atmosfera w rodzinie czy też w szkole (m.in. Grossberg, Cornell, 1988). Wybitnie zdolne dzieci i młodzież to grupa szczególnie „wrażliwa”, charakteryzująca się przyspieszonym rozwojem poznawczym, intensywnością przeżyć i emocji jakie wynikają z ich wzmożonej wrażliwości psychicznej i nieprzeciętnej struktury uzdolnień oraz wyjątkową drogą rozwojową (Limont, Dreszer, 2010). James Webb (2008, za: Mróz, 2012) na podstawie rezultatów przeprowadzonych badań stwierdził, że jednostki zdolne są bardziej podatne na wystąpienie depresji egzystencjalnej, której przyczyn upatrywał w emocjonalności zdolnych.

Wysoka wrażliwość jednostek zdolnych, przeżywanie silnych napięć emocjonalnych, idealistyczne nastawienie do świata i odczuwanie dylematów moralnych, gdy dostrzegają niezgodność między zachowaniem innych osób a głoszonymi wartościami czyni je bardziej podatnymi na zaburzenia (Webb, 1993). W literaturze polskiej najczęściej o asynchronii rozwojowej uzdolnionych dzieci i młodzieży pisała Wiesława Limont (m.in. 2013a). Jej przyczynę autorka upatruje w wielości, różnorodności i intensywności wewnętrznych i zewnętrznych doświadczeń odbiegających od normy, co powoduje nieharmonijny rozwój osobowości uczniów zdolnych (tamże, s. 129).

Natomiast większość badaczy zdolności zgadza się z tym, że uczniowie zdolni mają specyficzne potrzeby edukacyjne, które wynikają z unikalności ich osobowości. Są to dzieci bardzo zmotywowane do działania, aby osiągnąć mistrzostwo w danej dziedzinie a przy tym czerpią przyjemność z wyzwań przed jakimi stają. Mają także niezwykle silne poczucie tego, kim są i co chcą w przyszłości osiągnąć. Są silnie niezależne, nonkonformistyczne, mają zaawansowane rozumowanie moralne, które wiąże się z występowaniem obaw dotyczących różnych kwestii moralnych i politycznych. Ich relacje z rówieśnikami są skomplikowane, ponieważ są dość zamknięci w sobie i skłonni do przebywania w samotności, aby nikt nie przeszkadzał im w rozwijaniu ich talentu (Winner, 1996, s. 212). Jak widać doświadczenia uzdolnionych są zarówno pozytywne, satysfakcjonujące, jak i bolesne i stresujące dużo bardziej, niż ma to miejsce u ich przeciętnie uzdolnionych rówieśników. Wiele rzeczy bowiem widzą i odczuwają inaczej niż rówieśnicy. Tę podwójność doświadczeń potęgują szczególnie wrażliwość emocjonalna i asynchronia między ich wysokimi zdolnościami poznawczymi a rozwojem fizycznym i emocjonalnym (Silverman, 1983).

Dzieci zdolne ujawniają także niezwykłą intelektualną ciekawość. Lesley Sword uważa, że silna potrzeba poznania otoczenia pobudza dzieci uzdolnione do poszukiwania informacji potrzebnych, aby mogły zrozumieć świat zewnętrzny i stworzyć własny świat wewnętrzny oraz odpowiedzieć sobie na pytania: Kim są?, Jak działają i dlaczego? Poznając świat dokonują analizy pogłębionej, krytycznej, potrafią dostrzegać jego zawikłość, złożoność, ale również szczegóły przez innych niedostrzegane<sup>1</sup>).

Ponieważ u uczniów zdolnych często bardziej niż u ich rówieśników rozwinięta jest samoświadomość to ich krytycyzm może zwrócić się do wewnątrz. W przypadku, gdy przybiera dużą siłę powoduje nadmierne koncentrowanie się na swoich słabościach, niepowodzeniach, co nie pozostaje bez wpływu na najistotniejsze, najtrwalsze i najtrudniejsze zadanie rozwojowe czyli kształtowanie się własnego "ja" (Giddens, 2001). Powodzenie lub niepowodzenie tego procesu ma konsekwencje dla wielu funkcji psychicznych jednostki, jak samoregulacja, wyznaczanie celów, emocjonalność, percepcja ludzi i podejmowane zachowania wobec nich a także przetwarzanie informacji o sobie. Zbyt silnie krytyczny stosunek do siebie u zdolnych uczniów może także znacząco obniżyć ich samoocenę a przecież adekwatna do wysokiego poziomu ich zdolności samoocena jest

---

<sup>1</sup> <http://talentdevelop.com/articles/PsychosocNeeds.html>

jednym z warunków efektywnej działalności twórczej (Ścigała, 1991; Csikszentmihalyi, 1996; Gasiul, 2004).

Młdzież zdolna zwykle ma wysoki poziom aspiracji. Ponieważ jest świadoma dużych oczekiwań rodziców i nauczycieli stawia sobie ambitne cele, czasem nierealistyczne i przekraczające możliwości wykonawcze, ma także podwyższone standardy oceny własnych działań. Powoduje to, iż w sytuacji niepowodzenia uczniowie zdolni bardzo silnie przeżywają fakt niespełnienia oczekiwań dorosłych, skłonni są źle myśleć o sobie, swoich umiejętnościach a świat spozstrzegać jako okrutny i niesprawiedliwy. Powstające silne niezadowolenie powoduje drastyczne obniżanie samooceny, co może być źródłem kolejnych problemów, bowiem, jak zauważa Janina Uszyńska-Jarmoc (2003) negatywny obraz własnego "ja" jest jednym z najsilniejszych czynników hamujących bądź blokujących rozwój uzdolnień (tamże, s. 83). Jeśli jednostka ma negatywną opinię na własny temat znacznie trudniej podejmuje działania zaradcze w porównaniu z osobą o wysokiej lub średniej samoocenie zwłaszcza wówczas, gdy trzeba reagować szybko a ją przytłacza strach (Ekman i in., 1985).

Wśród osób utalentowanych jest wielu introwertyków. Cecha ta wraz z innymi właściwościami świadczącymi o złożonej osobowości jednostek zdolnych np. nietypowymi zainteresowaniami i pasjami, silną niezależnością w poglądach i nonkonformizmem w zachowaniu sprzyja oddalaniu się od rówieśników i doświadczaniu niezrozumienia z ich strony. Kolejnymi cechami zdolnych jednostek, które mogą, ale nie muszą być podłożem dla problemów psychicznych są: podwyższona wrażliwość emocjonalna a także moralna, pobudliwość psychomotoryczna, bogata wyobraźnia. Silna empatia i zdolność do współczucia powodują, że chcą naprawiać niedoskonałości świata (Silverman, 1994). Właściwości te decydują o większej podatności na występowanie trudności w funkcjonowaniu uczniów zdolnych. Jednak przy odpowiednim wsparciu ze strony otoczenia nie muszą powodować żadnych zakłóceń w funkcjonowaniu jednostek zdolnych.

Charakteryzująca zdolnych wrażliwość emocjonalna - z jednej strony jest niezbędna w realizacji twórczych działań, z drugiej zaś - stwarza większe ryzyko depresji egzystencjalnej czy nawet próby samobójczej w przypadku niepowodzenia (Delisle, 1986).

Szczególnie stresujący dla szczególnie wrażliwych uczniów zdolnych jest neurotyczny perfekcjonizm wyrażający się silną tendencją do unikania błędów i wykonywania różnych prac w życiu codziennym na bardzo wysokim poziomie, co wynika z wysokich czy wręcz nierealnych standardów osobistych i niemal obsesyjnej potrzeby sprostania oczekiwaniom osób znaczących (Hewitt i in., 1996). Uczniowie zdolni charakteryzujący się zdrowym perfekcjonizmem (nie neurotycznym) czerpią przyjemność z wysiłków podejmowanych w trakcie realizacji różnych pasjonujących ich zadań. Natomiast neurotyczny perfekcjonizm współwystępuje z silną samokrytyką, stresem, permanentnym lękiem przed porażką i kompromitacją, koncentrowaniem się na niedoskonałościach, błędach i słabościach. Zaburzeniu ulega obiektywizm w ocenie wykonanej pracy, która wydaje się niedostatecznie dobra w stosunku do oczekiwań ucznia i osób z jego otoczenia.

Gdy uczniowie próbują z zapałem i zaangażowaniem realizować trudne cele przekraczające ich możliwości i nie doświadczają wsparcia stres towarzyszy im bez przerwy (Yadusky-Holahan, Holahan, 1983).

M. Ann Dirkes (1983) sugeruje, że również uczucie lęku jest bardziej rozpowszechnione wśród dzieci zdolnych i chociaż lęk towarzyszy wielu dzieciom w rozwoju, to jednak dzieci zdolne często muszą sobie z nim poradzić w młodszym wieku a drugim okresem, w którym zdaniem autorki, wzrasta zagrożenie lękiem jest dojrzewanie (tamże, s. 70).

W przypadku, gdy aktywność poznawcza dążącego do perfekcji ucznia zdolnego nie zostaje zwieńczona sukcesem, wówczas mogą pojawić się trudności w nauce (Webb, 1993). Poczucie zawodu, jaki sprawiło się sobie i osobom znaczącym w otoczeniu, poczucie winy, wątpliwości co do swoich kompetencji a nawet ich podważanie, zniechęcenie i inne przykre przeżycia stanowią źródło poważnych problemów zdrowotnych jakimi są m.in.: zaburzenia psychospołeczne (depresja, zaburzenia pokarmowe np. anoreksja i bulimia), zaburzenia emocjonalne (lęki, fobie, obniżony nastrój), zachowania obsesyjno-kompulsywne czy próby samobójcze (Orange, 1997; Silverman, 1983).

Okazuje się, że funkcjonowanie w szkole z etykietką *dziecko zdolne* bywa znacznym obciążeniem dla tej grupy uczniów. Wiąże się bowiem nie tylko z oczekiwaniem przez rodziców i nauczycieli pasma sukcesów, ale często również z przecenianiem zdolności dziecka. David Garner na podstawie analizy badań dotyczących zaburzeń odżywiania i funkcjonowania stwierdził, że największe prawdopodobieństwo ich wystąpienia dotyczy zdolnych adolescentów (1991).

## 2. Aspekty społeczne zdrowia psychicznego osób zdolnych

U pewnej grupy uczniów zdolnych pojawiają się problemy społeczne, które nasilają się w okresie adolescencji (Levine, Tucker, 1986). Zarówno problemy społeczne, jak i emocjonalne, występują z powodu wyjątkowej struktury osobowości uczniów uzdolnionych i wysokiego poziomu zdolności. Jednym ze sposobów poradzenia sobie z tym problemem jest próba dopasowania się do otoczenia poprzez maskowanie swoich zdolności i talentu (aby się nie odróżniać), co wiąże się z kosztami emocjonalnymi i negatywnymi skutkami dla rozwoju zdolności. Z kolei odważne pokazywanie i rozwijanie posiadanych zdolności może prowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym np. marginalizacji, izolacji, samotności zdolnych uczniów w grupie. Wprawdzie rozwój talentu często wymaga spędzania czasu samotnie i silnego skoncentrowania się na działaniu, ale nie są wskazane skrajności w tym zakresie, ponieważ mogą prowadzić do groźnego dla zdrowia wyobcowania. Gdy jednostka ma silne poczucie odosobnienia, mimo, iż otoczenie nie spostrzega jej jako samotnej, ponieważ stara się tego nie pokazać innym, nie mówi o tym nikomu, wstydzi się, bądź jest bezradna wobec swojego położenia. Ten rodzaj samotności jest źródłem stanów lękowych i cierpienia (Rembowski, 1992, s. 33; Piechowski, 2015, s. 123).

Zdolna młodzież, podobnie jak rówieśnicy, potrzebuje kontaktów społecznych, poczucia przystawania do grupy, aby nie czuła się odmienna, dziwna, gorsza, społecznie upokorzona z powodu posiadanych zdolności.

Poza poczuciem odróżniania się od rówieśników uczniowie zdolni w skrajnych przypadkach są nawet stygmatyzowani w grupie. W typowej klasie szkolnej czują się niekomfortowo, a trudną sytuację potęguje towarzysząca im niska samoocena (Gross, 1993).

Jeśli w edukacji ma miejsce nadmierna koncentracja na sferze poznawczej a zaniedbywany jest rozwój innych sfer dziecka zdolnego np. sfery emocjonalnej czy społecznej może to rodzić poczucie nieadekwatności wśród rówieśników (Silverman, 1983). Ignorowanie rozwoju sfery emocjonalnej i społecznej na korzyść sfery poznawczej utalentowanych ma wpływ na ich życie intelektualne i motywację, ponieważ sfera afektywna i społeczna nie są oddzielone od sfery poznawczej, lecz wchodzi w interakcję i razem współdecydują o efektywności uczenia się i rozwoju uczniów utalentowanych. Zaobserwowany brak równowagi w rozwoju sfer psychicznych jednostek wysoce uzdolnionych czasem prowadzi do wspomnianych wcześniej przejawów niezdrowego stylu życia (np. perfekcjonizm, nadmierny samokrytycyzm, niska i nieadekwatna samoocena) a także do różnych rodzajów nieprzystosowania (np. depresja, zaburzenia odżywiania) i zachowań antyspołecznych (np. agresja). Uczniowie uzdolnieni mogą stać się niespokojni, przygnębieni, wyalienowani, społecznie nieudolni lub emocjonalnie zablokowani, gdy ich doświadczenia emocjonalne nie są pozytywne a otoczenie (członkowie rodziny, nauczyciele) nieproporcjonalnie więcej wysiłków kieruje na rozwój poznawczy dziecka niż na rozwój innych sfer jego psychiki (Silverman, 1994, s. 327).

Stopień samotności doświadczanej przez część utalentowanych uczniów może być funkcją gniewu, depresji i stresu w codziennym życiu. Czynnikiem indywidualnym narażającym uczniów na odczuwanie osamotnienia jest introwertywność, która charakteryzuje liczną grupę jednostek zdolnych o niskim poziomie towarzyskości. Poczucie bezradności wobec trudności u niektórych uzdolnionych uczniów nasila zaniżoną samoocenę. Czynniki te wyzwalają nastroje depresyjne nawet wówczas, gdy zdolny uczeń osiąga sukces (Kaiser, Bernd, 1985).

Kiedy uczniowie zdolni nie radzą sobie z trudnymi wyzwaniami (nadmierne oczekiwania i naciski otoczenia na wysokie osiągnięcia, na sukces, duża krytyka w przypadku porażki) bardzo potrzebują pomocy i wsparcia najbliższych członków rodziny i przyjaciół. Niestety, dla ucznia różniącego się od rówieśników uzdolnieniami, zainteresowaniami, sposobami myślenia i percepcją świata trudne jest znalezienie przyjaciół o cechach podobnych (Blackburn, Erickson, 1986; Roedell, 1986). A przecież szczególnie w okresie dojrzewania i zmagania się z procesem kształtowania tożsamości każdy adolescent chce mieć grono akceptujących przyjaciół, przynależać do grupy odniesienia, działać zgodnie z zasadami, jakie w niej panują a równocześnie móc swobodnie rozwijać swoje uzdolnienia (Bardziejewska, 2005).

Jak sugerują niektórzy badacze (Hewitt i in., 1996) jednostki wysoce uzdolnione przejawiają problemy przystosowawcze wynikające z ich cech indywidualnych (m.in. duża nieśmiałość, strach przed negatywną oceną, niskie poczucie własnej wartości). Jak wiadomo, niedocenywanie własnej wartości i niska samoocena mogą pogarszać dobrostan psychiczny, ponieważ są bezpośrednio związane z samoregulacją i zdrowiem psychicznym jednostki (Bee, Mitchell, 1984). Wiele obaw i wątpliwości dotyczących jakości realizowanych działań może również spowodować bardzo wysoki poziom lęku społecznego u jednostek zdolnych. Aby go zminimalizować i zachować dobre stosunki społeczne z rówieśnikami, uczniowie zdolni muszą stale kontrolować swoje myśli, słowa i zachowania. Ellen Winner (1996) zaobserwowała, że uczniowie zdolni są nonkonformistami we wczesnych latach ich życia aż do momentu, w którym pojawia się presja rówieśnicza spowodowana brakiem ich podobieństwa do członków grupy. Jeśli znajdą kolegów podobnych do siebie są w stanie poradzić sobie z presją. Problem jednak w tym, że jest to trudne bez wsparcia rodziców czy nauczycieli.

### **Podsumowanie**

Zaprezentowany oczywiście syntetyczny przegląd badań nad różnymi aspektami zdrowia psychicznego osób zdolnych, a szczególnie wysoce uzdolnionych, wskazuje na potrzebę dalszych eksploracji tego problemu w grupach osób o różnych rodzajach uzdolnień, nie tylko intelektualnych (akademickich), które zazwyczaj bierze się pod uwagę. Ponadto, konieczne jest wykorzystywanie przez badaczy podobnych paradygmatów w podejściu do zdrowia i zdolności, bowiem obecnie jest ich wiele, co utrudnia dokonywanie porównań rezultatów badań. Dlatego też przedstawiony przegląd badań nie umożliwia jednoznacznego stwierdzenia, że zdolni uczniowie ujawniają więcej problemów w sferze emocjonalnej i społecznej w porównaniu z mniej uzdolnionymi rówieśnikami.

Bez względu jednak skalę zasygnalizowanych problemów zdrowotnych u uczniów zdolnych, w praktyce warto zachować czujność i reagować w przypadku zaobserwowania następujących objawów w zachowaniu tej szczególnie wartościowej grupy uczniów: izolowanie się dziecka zdolnego od rówieśników, jak również izolowanie go przez rówieśników, przejawianie bezradności i nieskuteczność w radzeniu sobie z trudnościami, bardzo silny perfekcjonizm, manifestowanie niepokoju, lęku, agresji (buntu), nadmierne skoncentrowanie na sobie, uciekanie od codzienności w świat fantazji, zaburzenia odżywiania, nadużywanie szkodliwych substancji, częste przeżywanie poczucia winy, niezadowolenia, cierpienie psychiczne. Oczywiście są to tylko niektóre niepokojące objawy zachowania się dzieci uzdolnionych wymagające interwencji.

W celu niedopuszczenia do poważnych problemów zdrowotnych u dzieci i młodzieży zdolnej rodzice i nauczyciele powinni uruchomić możliwie wiele mechanizmów wsparcia społecznego i emocjonalnego w procesie zaspokajania specjalnych potrzeb dziecka zdolnego. Dzieciom tym potrzebna jest także specjalistyczna pomoc psychologiczna dla



optymalizowania ich rozwoju osobistego i społecznego. Rodzice i nauczyciele powinni zatem nie tylko zapewnić dzieciom szczególnie uzdolnionym dostęp do różnych form rozwijania talentu i nauki na miarę ich potrzeb i możliwości twórczych, ale także podejmować następujące działania:

- Pobudzać rozwój wszystkich sfer psychiki dziecka nie zaniedbując także sfery cielesnej.
- W przypadku zaobserwowania nasilonych negatywnych emocji u dziecka starać się złagodzić jego lęki, frustracje, smutek, a więc dać mu wsparcie emocjonalne i uczyć zarządzania lękiem. Rozwijać u dziecka umiejętność rozpoznawania, nazywania i komunikowania własnych lęków, frustracji, gniewu i bólu.
- Pomóc dziecku zrozumieć siebie i okazać, że jest rozumiane. Wyjaśnić, na czym polegają różnice między nim i rówieśnikami, pomóc mu dostrzec w sobie bogaty wewnętrzny świat doświadczeń i pokazać, co stanowi jego siłę i wartość. Uczyć tolerancji dla odmienności.
- Zapewnić dziecku, iż ma prawo do wyrażania swoich unikalnych cech, zdolności i emocji.
- Wspierać niezależność sądów, zachowań i ocen dokonywanych przez dziecko, pokazywać konsekwencje ich ujawniania oraz uczyć skutecznego radzenia sobie z nimi.
- Rozwijać i utrzymywać - poprzez dawanie wsparcia - wysoką i adekwatną samoocenę u dziecka.
- Pomagać dziecku traktować porażki jako cenne doświadczenia zdarzające się najlepszym (warto odwoływać się do przykładów osób wybitnych) i uczyć skutecznych strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych (porażka, krytyka, poczucie wyobcowania w grupie).
- Eliminować niezdrowy (neurotyczny) perfekcjonizm i przekonywać dziecko, że nie musi być doskonale we wszystkim.
- Jak najwcześniej zapewnić dziecku warunki do nawiązywania kontaktów społecznych z rówieśnikami o podobnych pasjach i umiejętnościach i obserwować, czy nie jest izolowane.
- Uczyć dziecko określania priorytetów, formułowania realistycznych celów, konsekwencji i odpowiedzialności za ich realizację i radzenia sobie z konkurencją w dążeniu do osiągnięć i „zdrowego” reagowania w przypadku sukcesu.
- Znaleźć czas na słuchanie dziecka, na rozmowę z nim, wspólne realizowanie zajęć (zainteresowań, hobby), docenienie jego sposobu przeżywania, wrażliwości, intensywności i pasji jako silnych stron indywidualności dziecka.

Na zakończenie warto wspomnieć, iż spełnienie wymienionych zaleceń jest możliwe pod warunkiem, że osoby zapewniające wsparcie jednostkom zdolnym dysponują profesjonalną wiedzą na temat zdolności i specyfiki zachowania się dzieci i młodzieży uzdolnionej. Warunek ten dotyczy zarówno rodziców i nauczycieli, jak również

pracowników (psychologów, pedagogów, doradców) różnych placówek, w których dzieci, rodzice i nauczyciele mogą uzyskać wsparcie i pomoc w wychowaniu i pracy z uzdolnionymi. Chodzi o zapewnienie zróżnicowanych usług doradczych i poradnictwa dostosowanego do indywidualnych potrzeb dzieci zdolnych w różnych okresach ich rozwoju.

### **Bibliografia:**

- Antonovsky A., (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa: Fundacja IPN.
- Baker J.A. (1995), Depression and suicidal ideation among academically talented adolescents, *Gifted Child Quarterly*, 39 (4), 218–223.
- Bardziejewska M. (2005), Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków, (w:) *Psychologiczne portrety człowieka*, A. Brzezińska (red.), Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Betts G.T. (1986), Development of the emotional and social needs of gifted individuals, *Journal of Counseling and Development*, 64, 587-589.
- Bee H.L., Mitchell S.K., (1984), *The developing person: A lifespan approach*, New York: Harper & Row.
- Blackburn C., Erickson D.B. (1986), Predictable crises of the gifted student, *Journal of Counseling and Development*, 64 (9), 552–554.
- Czabała C.J., Brykczyńska C., Bobrowski K., Ostaszewski K. (2005), Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (1), 1-9.
- Csikszentmihalyi M., (1996), *Psychologia optymalnego doświadczenia. Przepływ. Jak poprawić jakość życia*, Warszawa: Wydawnictwo Studio Emka.
- Dąbrowski K., (1979), *Dezintegracja pozytywna*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Delisle J. R. (1986), Death with honors: Suicide among gifted adolescents, *Journal of Counseling and Development*, 64, 558–560.
- Dirkes M.A. (1983), Anxiety in the gifted, pluses and minuses, *Roeper Review*, 6, 68–70.
- Ekman P., Friesen W.V., Simons R.C. (1985), Is the startle reaction an emotion?, *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1416-1426.
- Freeman J. (1983), Emotional problems of the gifted child, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24 (3), 481–485.
- Freeman J. (2012), Losy zdolnych. Co się zdarza, kiedy zdolne dzieci dorastają, (w:) *Zdolni w szkole, czyli o zagrożeniach i możliwościach rozwojowych uczniów zdolnych. Poradnik dla nauczycieli i wychowawców*, W. Limont, J. Cieślukowska, D. Jastrzębska (red.), (12-18), Warszawa: Wydawca: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Garland A.F., Zigler E. (1999), Emotional and behavioural problems among highly intellectually gifted youth, *Roeper Review*, 22 (1), 41–44.

- Garner D. (1991). Eating disorders in the gifted adolescents, (w:) *Understanding the gifted adolescents*, M. Bierely, J. Genshaft (red.), (50-64), New York: Teachers College Press.
- Gasiul H. (2004), W poszukiwaniu uwarunkowań rozwoju samoświadomości, (w:) *Samoświadomość i jakość życia*, L. Pytka, T. Rudowski (red.), (115-133), Warszawa: Eneteia.
- Giddens A., (2001), *Nowoczesność i tożsamość*, Warszawa: PWN.
- Gromulska L. (2010), Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia, *Przegląd Epidemiologiczny*, 64, 127-132.
- Gross M.U.M., (1993), *Exceptionally gifted children*, New York: Routledge.
- Grossberg L.N., Cornell D.G. (1988), Relationship between personality adjustment and high intelligence: Terman versus Hollingworth, *Exceptional Children*, 55, 266–272.
- Heszen-Niejodek I. (1998), Rozwój i perspektywy psychologii zdrowia, *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis, Facultas Philosophica Psychologica*, 32, 47-64.
- Hewitt P.L Flett G.L., Ediger, E. (1996), Perfekcjonizm i depresja: wzdłużna ocena konkretnej hipotezy podatności, *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (2), 276-280.
- Kaiser C.F., Bernd D.J. (1985), Predictors of Loneliness in the Gifted Adolescent, *Gifted Child Quarterly*, 29 (2), 74-77.
- Levine E., Tucker S. (1986), Emotional needs of gifted children: A preliminary phenomenological view, *The Creative Child and Adult Quarterly*, 11, 156-165.
- Limont W., Dreszer J., Cieślukowska J., (2010), *Osobowościowe i środowiskowe uwarunkowania rozwoju ucznia zdolnego*, T. 1-2, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Limont W. (2013a), „Stań na ramionach gigantów”, czyli uczeń zdolny jako problem wychowawczy, *Psychologia Wychowawcza*, 45 (3), 125–138.
- Limont W. (2013b), Zdolności jako asynchronia rozwojowa, (w:) *Uczeń zdolny i jego edukacja. Koncepcje. Badania. Praktyka*, B. Jabłonowska (red.), (153-160), Warszawa: Wydawnictwo Universitas Rediviva.
- Mróz A. (2012), Rola wzmożonej pobudliwości emocjonalnej w przyspieszonym rozwoju osób zdolnych, (w:) *Zdolni w szkole, czyli o zagrożeniach i możliwościach rozwojowych uczniów zdolnych. Poradnik dla nauczycieli i wychowawców*, W. Limont, J. Cieślukowska, D. Jastrzębska (red.) (19-24), Warszawa: Wydawca: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Orange C. (1997). Gifted students and perfectionism, *Roepers Review*, vol. 20(1), 39 – 41.
- Piechowski M.M. (2015), „Jak ptak wysokim lotem”: Wzmożone pobudliwości psychiczne u osób zdolnych, *Psychologia Wychowawcza*, 8, 122-137.
- Rembowski J., (1992), *Samotność*. Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Roedell W.C. (1986), Socioemotional vulnerabilities of young gifted children, *Journal of Children in Contemporary Society*, 18 (3–4), 17–29.
- Sęk H., Ścigała I., Beisert M., Bleja A. (1992), Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania, *Przegląd Psychologiczny*, 35 (3), (351-363).

- Silverman L. K. (1983), Personality development: The pursuit of excellence, *Journal for the Education of the Gifted*, 6 (10), 5-19.
- Silverman L.K. (1994), Affective curriculum for the gifted, (w:) *Comprehensive curriculum for gifted learners*, J. VanTassel-Baska (red.), (325-346), Boston: Allyn and Bacon.
- Sword L., Understanding The Emotional, Intellectual and Social Uniqueness of Growing Up Gifted Artykuł dostępny on-line:  
<http://talentdevelop.com/articles/PsychosocNeeds.html> [19.11.2017].
- Ścigała I. (1991), Twórczość i zdrowie psychiczne we współczesnej myśli kreatywistycznej, (w:) *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne*, H. Sękowa (red.), (5-18), Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Śliwińska K., Limont W., J. Dreszer (2008), Perfekcjonizm, a osiągnięcia uczniów zdolnych, (w:) *Zdolności, talent, twórczość*, W. Limont, J. Cieślikowska, J. Dreszer (red.), (103-117), Toruń: Wydawnictwo UMK.
- The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization.
- Uszyńska-Jarmoc J., (2003), *Twórcza aktywność dziecka*, Białystok: Trans Humana Wydawnictwo Uniwersyteckie.
- Webb J.T. (1993), Nurturing Social-Emotional Development of Gifted Children, (w:) *International Handbook of Research and Development of Giftedness and Talent*, K.A. Heller, F.J. Monks, A.H. Passow (red.), (525-539), Oxford • New York • Seoul • Tokyo: Pergamon Press Ltd.
- Winner E. (1996), *Gifted children: Myths and realities*. New York: Basic Books.
- Wojnarowska B. (2014), Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, *Studia BAS*, 2 (38), 41-64.
- Yadusky-Holahan M., Holahan W. (1983), The effect of academic stress upon the anxiety and depression levels of gifted high school student, *Gifted Child Quarterly*, 27, 42-46.

Prof. nadzw. dr hab. Edyta Wolter  
*Faculty of History of Education and Nurture*  
*Department of Pedagogical Sciences*  
*Cardinal Stefan Wyszyński University in Warsaw*

## **Education for a healthy life in harmony with nature – pedagogical and historical implications**

Press is a valuable source in scientific research in the area of the history of education and learning. According to Hanna Markiewiczowa „irrespective of the epoch it was and it will be the mirror of social life” (Markiewiczowa, 2014, p. 138). In the opinion of Krzysztof Jakubiak press has always been the means of passing information and shaping public opinion (compare: Jakubiak, 2013, p. 85). As Grzegorz Michalski noticed, in the years 1918-1939, the widely understood educational issue constituted a subject of interest of many newspapers and magazines (compare: Michalski, 2013, p. 146).

The purpose of this comparative study is to give an answer to the following issue of scientific research: How was the process of education for a healthy life in harmony with nature in the period of the Second Republic of Poland (1918-1939)? The main source is based on „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze”. The analyzed monthly<sup>1</sup> (issued by the Environmental Society of Stanisław Staszic in Łódź) the Ministry of Religions and Public Enlightenment recommended a qualification of the periodical to students' libraries (Nr II PR – 16895/38) (compare: *Komunikat...*, 1939/5, p. 342). There was separate information (of 27 May 1939) on confirming the periodical for school libraries, placed on the internal page of the monthly cover in June 1939 (“Młody Przyjaciel Przyrody i Kółko Przyrodnicze” 1939/ 6). The editor of the periodical was Edward M. Potęga and the editing committee was formed by the Management of the Environmental Society of Stanisław Staszic<sup>2</sup>.

The Environmental Society of Stanisław Staszic in Łódź<sup>3</sup> was to protect nature, to get a (human being closer to the natural environment, which was fulfilled in the discussed periodical addressed to children to make them aware of the universal value of nature, of protecting nature against destruction (compare: „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937/2, p. 18).

---

<sup>1</sup> The periodical published once a month (except for July, August and September) for two years: from November 1937 (annual 1) until June 1939 (annual 3).

<sup>2</sup> Address of the Editing House: Miejskie Muzeum Przyrodnicze, Park Sienkiewicza in Łódź.

<sup>3</sup> Thanks to the initiative of the Environmental Society of Stanisław Staszic in Łódź, there were tokens to buy (a quarter of a zloty) for the lovers of nature and members of environmental sections. Whereas for the members of boards of environmental sections there were oxidized tokens (half a zloty). The income of the sales was destined to feed animals. Compare: *Uwaga*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 4 (kwiecień 1938), p. 56.

It should be emphasized that the editors of the monthly applied to their young readers to care about animals and to send the photos of nature, interesting descriptions and events of the lives of animals, notes (of carried out natural observations), articles and letters (*Komunikat...* 1938/5-6, p. 71). Children were encouraged to draw the shapes of birds (*Uczymy się rysować...*, 1938/1, p. 14; compare: *Uczymy się rysować...*, 1938/2, p. 29). There were appeals to organize Sections of Friends of Animals („Młody Przyjaciel Przyrody” 1938/1, p. 13; compare: „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938/3, p. 44), Circles of Young Friends of Animals (*Od redakcji...*, 1938/1, p. 2). There were justifications that the world of animals is the most beautiful phenomenon in the nature surrounding children and that is why they should know it, love it and care about it (compare: *Kilka słów od Redakcji...*, 1937/1, p. 2).

### 1. Articles and stories for children

The monthly regularly published interesting articles for children, among others about: Saint Francis, who became the pattern to follow as the lover of animals and active ecological attitudes that children should follow (compare: Geilke, 1937, p. 3; compare: *Jak święty Franciszek...*, 1937, p. 26), about insect eating plants (*Rosiczka...*, 1939, p. 45-47), caterpillars (Jarmulski, 1939, p. 57-68), types of butterflies, which need to be protected (compare: Strawiński, 1937, p. 9), as well as bats, which are very useful, because they catch flies, moths, beetles, harmful insects (compare: Maszewska-Knappe, 1937, p. 10-11), a useful life of a mole (Sokołowski, 1937, p. 22-23) and other animals (*Pies i praszczur...*, 1937, p. 88-90), and about nature in exotic countries (Paczoska, 1939, p. 41-42). They wrote about the lives of useful birds, such as rough leg buzzard, who is a farmer's friend and deserves protection and a bullfinch, a crossbill, waxwing (*Przybysze z północy...*, 1937, p. 24-26). Children were explained the meaning of light for flora and fauna, the meteorological and light phenomena such as: the rainbow, the circles around the Sun and Moon, the aurora, the mirages (compare: Łakomski, 1939, p. 43-44).

The periodical also wrote about the foreign customs, such as an eve day in Norway, when everybody even the poorest man prepares a Christmas Eve Special for birds. Whereas in Great Britain, in the period of Christmas, people decorate the cowsheds with pine branches, they leave food in bird houses and in mangers and the local Society of Animal Protection distributes leaflets to remind people about the Christmas Eve for animals. There is a similar custom in Austria, where people in Vienna leave food in parks (they decorate trees with oiled seeds, fruit, nuts) on a special Christmas tree for birds and squirrels. The organizers cared not only about the "Christmas Eve Table" for animals, but also for attention towards the serious issue of feeding them in Winter (compare: Maszewska-Knappe, 1937, p. 19-21).

Besides, there were regular stories for children<sup>4</sup> about friendship between people and animals (*Szara Sowa...*, 1937, p. 27-28; compare: Dyakowski, 1938, p. 3-6; compare: Szydłowska, 1938, p. 8-10), sick animals, life of birds, butterflies (Maszewska-Knappe, 1939, p. 25-26), bees (Szydłowska, 1939, p. 5-7), fish, beavers (*Co Szara Sowa...*, 1938, p. 91-92), forest animals (*Sarny...*, 1938, p. 39), pets and cattle (Fejerowa, 1938, p. 21-22), bacteria (*Katar...*, 1939, p. 37-40), nature in the natural meadows (Geilke, 1938, p. 72) and ponds (*Nad stawami...*, 1938, p. 93), forest (Orzeszkowa, 1939, p. 9-10), the sea and a trip to a zoological garden (Kramsztyk, 1938, p. 70-71). Some stories were illustrated with photographs (*Kącik dla najmłodszych...*, 1938, p. 28; compare: *Kijanki...*, 1938, p. 52-55; compare: *Mój sąsiad pan bociek...*, 1938, p. 96-97; compare: *Żółw błotny...*, 1939, p. 3-5).

## 2. Species specific protection and care about animals

The monthly wrote about rare animals, which may die out, such as the wisent, the tarpan, the wild cat, the elk, the beaver. To protect animals, the monthly described rules to obey. First of all the animals should not be frightened or disturbed for fun, they should not be hurt, no hidings should be destroyed, eggs should stay in the birds' nests, young animals should stay where they were left (temporarily with no care), there should be no shooting (only to wild game), and no insects should be collected. It was emphasized that the tormented animals should be defended, such as moles, frogs (catching insects) and their look should be well known to differentiate between them and dangerous animals (for example a blind worm and adder). There was also an appeal to young readers of the monthly (future women) so that they avoided the fashion of wearing natural furs and decorations made of animals (compare: „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938/5-6, p. 67).

To inspire reflections the ecological thinking of the readers the monthly published a thesis of the philosopher J. M. Arouet'a (by Voltaire): „Every student is able to tread on a beetle, but a group of all scientists of the world are not able to make even one beetle” (*Young friends of animals...*, 1938/5-6, p. 66). In 1938 the monthly explained to the readers that to protect the endangered species they should be protected, national parks and natural reserves should be made for them, where plants and animals would be untouchable (compare: *Ochrona przyrody...*, 1938/7, p. 86).

In the Spring on 1939 a list of species of animals under an absolute protection was printed: the brown bear (*Ursus arctos*, in the whole country, apart from the krakowskie and stanisławowskie voivodships), chamois (*Rupicapra rupicapra*), wildcat (*Felis catus*), marmot (*Arctomys marmota*), (*Spalax polonicus*), forest dormouse (*Heliomys quercina*), hazel dormouse (*Muscardinus avellanarius*), mink (*Putorius lutreola*), mole (*Talpa europaea*, except for forest

---

<sup>4</sup> Examples may be some stories about nature, entitled "Wood pigeon builds its nest", "Hawk adventure, stronger than fear" in: „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 7 (październik – listopad 1938), p. 94-99; *Cytrynek*, in: „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 4-5 (kwiecień – maj 1939) „Wiosna”, p. 33-35.

schools, gardens and orchards), hedgehogs (both species: *Erinaceus europaeus* i *Erinaceus rumanicus*), bats (*Chiroptera*, all kinds), the predators except for a Sparrowhawk (*Accipiter nisus*) and a goshawk (*Astur palumbarius*), black stork (*Ciconia atra*), white stork (*Ciconia ciconia*), gray crane (*Gus cinerea*), cormorant (*Phalacrocorax carbo*), wild swan (*Cygnus olor*), streptopet (*Otis tetrax*), heron (*Ardeidae*, in the whole area (*Alcedo atthis*), dipper (*Cinclus cinclus*), bee eater (*Merops apiaster*), nightingale (*Luscinia filomela* i *Luscinia cinerea*), pond turtle (*Emys orbicularis*), green lizard (*Lacerta viridis*), blind worm (*Anguis fragilis*), aesculapian snake (*Coluber longissimus*), European sea sturgeon (*Acipenser sturio*), *Parnasius apollo* (Ochrona gatunkowa..., 1939/2-3, p. 17).

It should be added that children were aware of hard life conditions of animals, especially winter. Children were asked to help animals (Geilke, 1939, p. 2-3), to feed them, to build bird houses (Jarmolińska, 1938, p. 11-12), to build nests (*Zakładamy sztuczne gniazda...*, 1938/2, p. 19-20) and to care about dogs with chains (compare: Rothert, 1937/1, p. 4-6) and homeless ones (*Opiekujcie się psami...*, 1938/4, p. 60). They wrote about maltreatment of horses (*Ludzka niewdzięczność...*, 1937/1, p. 14). Readers received various practical information, among others concerning breeding fish in the aquarium (*Jak przetrzymać...*, 1938/2, p. 23-24), and caring about birds (compare: *Opiekujemy się ptakami...*, 1938/3, p. 35-36).

### 3. Nature in Poetry

The monthly regularly published poetic pieces, among others Helena Bojarska's „*Ptaszyna*” („*Młody Przyjaciel Zwierząt*” 1938/1, p. 12), Antoni Górecki's entitled „*Wróbel, komar i liszka*” and „*Wróble*” („*Młody Przyjaciel Zwierząt*” 1938/7, p. 100), Stanisław Jachowicz's „*Wiewióreczka i orzeszek*” („*Młody Przyjaciel Zwierząt*” 1939/1, p. 13), W. Korotyński's „*Jaskółeczka*” („*Młody Przyjaciel Zwierząt*” 1938/4, p. 57), Ignacy Krasicki's „*Ptaszki w klatce*” („*Młody Przyjaciel Zwierząt*” 1939/1, p. 10), „*Lew i zwierzęta*”, „*Mysz i kot*” (ibidem, p. 13) „*Pan i pies*” („*Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze*” 1939/2-3 „*Wiosna*”, p. 24) and Bronisława Ostrowska's „*Dzieci i żaby*”, „*Wiewiórki*” (*Zwierzęta w poezji...*, 1937/2, p. 21) and „*Kogut i kura*”, („*Młody Przyjaciel Zwierząt*” 1938/2, p. 20), Wincenty Pol's „*Sójka*” („*Młody Przyjaciel Zwierząt*” 1937/1, p. 12) and „*Skowronek*”, („*Młody Przyjaciel Zwierząt*” 1938/4, p. 57), Lucjan Rydel's „*W jesieni*” („*Młody Przyjaciel Zwierząt*” 1937/1, p. 6), Władysława Syrokomla's „*Nie goń motyla!*”, („*Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze*” 1939/2-3, p. 26), Stanisław Zawisza-Pietrzycki's „*Siwek Stacha na wyciągu*” („*Młody Przyjaciel Zwierząt*” 1938/7, p. 99), „*Świat zwierzęcy a człowiek*” („*Młody Przyjaciel Zwierząt*” 1939/1, p. 12). Works of unknown authors were also published (*Kmiotek i wiewiórka...*, 1938/3, p. 42).

### 4. Competitions for children

The Monthly announced competitions for written works of children concerning care about animals (*Konkurs...*, 1937/2, p. 32), individual interests of young readers (sent to the



editors of the monthly in the form of an interview, column, story, report, short story) (*Konkurs...*, 1938/2, p. 18), nature in the local environment<sup>5</sup> and on the occasion of "The Day of the Forest" entitled "Love the Forest and animals" (*Konkurs...*, 1938/4-5, p. 79).

There were lists of members of Circles of Environmental Protection, who properly solved the competition tasks concerning drawings on post stamps (compare: *Rozwiązanie Konkursu...*, 1937/2, p. 31-32).

## 5. Correspondence with children

Correspondence with readers was an important part of the periodicals. Students of common schools sent to the editors their stories devoted to nature<sup>6</sup> and poems<sup>7</sup>. They wrote about friendship with nature (Stankiewicz, 1938/2, p. 31), the need to feed birds in winter (Kadlerówna, 1937/1, p. 15), and the need to care about animals (Ciapalanka 1938/2, p. 30) and the meaning of love of children to animals (compare: Kuhnerówna, 1938/3, p. 47). There were texts about the activity of the Environmental Circle in the Common School in Włodzimierz, whose members were the students of grades V, VI, VII they acted in the sections: gardeners and carers of the school garden, breeding rabbits, friends of plants, constructors. The members of the circle deepened the knowledge and the idea of environmental protection, breeding plants and animals (compare: *Zarząd Kółka Przyrodniczego...*, 1938/3, p. 47-48).

---

<sup>5</sup> The following tasks were formulated: 1) Do you know the flowers we meet only near big cities or places, where many visitors appear? How would you explain the circumstances? 2) Try to find out from older people, who live for a number of years in the same place whether they met in their vicinity the plants (flowers), which are very rare at the moment (We use the phrase "flowers" instead of "plants", because in general people pay attention to plants, which are big and colorful). 3) Have you noticed on your own the difference between plants encountered near the place of living, which is rare and therefore should be especially cared about so they do not disappear? 4) During the spring months what plants are sold in big numbers in the streets and think what it will lead to in several years (the above concerns the garden flowers). 5) Say how in your opinion you should behave in relation to the world of plants. Do we have the right to pick up flowers? Can we decorate our flats with them? Are there flowers, which may be picked up without the fear that they would die out and what kinds? Compare: *Konkurs „Mł. Prz. Zw.” Nr 5*, „Młody Przyjaciół Zwierząt” 1938 (rocznik 2), nr 4 (kwiecień 1938), p. 51.

<sup>6</sup> There is an examples of a work by Janina Sadowska, „Myszka i Tomcio”, Juliusz Pawłowski „Wieczór w lesie”, Irena Pfeifferówna „Kulik”, Janina Rytlówna „Lusia. Szympan z ogrodu zoologicznego”, Andrzej Karoński „Nasza wycieczka”. Compare: *Co pisze młodzież*, in: „Młody Przyjaciół Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 4 (kwiecień 1938), p. 63. See also: Izolda Berg „Przywiązanie psa”, Tita Dawidowicz „Mój kotek”, in: „Młody Przyjaciół Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 7 (październik – listopad 1938), p. 101. Compare: Wiesław Grabski „Wywiad z zającem”, in: „Młody Przyjaciół Zwierząt” 1939 (rocznik 3), zeszyt 1 (styczeń 1939), p. 14-15. Compare: I. Pfeifferówna, A. Skrzypkowska „Co zrobiłam dla zwierząt”, in: „Młody Przyjaciół Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 2-3 (luty – marzec 1939) „Wiosna”, p. 32.

<sup>7</sup> There is an example of a work by Irena Gostyńska „Jaskółeczka”, in: „Młody Przyjaciół Przyrody” 1938 (rocznik 2), zeszyt 5-6 (maj – czerwiec), p. 83.

The editors of the monthly responded to the letters of children (*Odpowiedzi redakcji...*, 1938/5-6, p. 75), they expressed their recognition and thanks for cooperation („Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938/2, p. 31-32; compare: „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938/3, p. 48), for care about animals („Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938/1, p. 16; compare: *Odpowiedzi redakcji*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938/5-6, p. 84), for sent texts (*Co pisze młodzież...*, 1937/2, p. 29; compare: *Odpowiedzi redakcji...*, 1938/4, p. 64) and poems (*Odpowiedzi redakcji...*, 1938/5-6, p. 84), for careful preparations and correct solving of puzzles (compare: *Odpowiedzi redakcji...*, 1937/2, p. 30-31). The editors thanked the children for sending the answers of competitive tasks (compare: *Odpowiedzi redakcji...*, 1938/5-6, p. 84) and published the names of persons awarded for proper solutions (compare: *Odpowiedzi redakcji...*, 1938/4, p. 64; compare: *Odpowiedzi redakcji...*, 1938/5-6, p. 84). In that column of the monthly there were also protocols of meetings of the Little Friends of Animals, which acted at the Private Common Female School of A. Rothert in Łódź<sup>8</sup> and a report of the activity of the Circle of the Lovers of Nature in the Junior High School of S. Żeromski in Łódź, which popularized the attitudes of friendship with animals (see: Belter, 1938/5-6, p. 83).

## 6. Promotion of work devoted to the protection of nature

In the spring 1939 (when the title of the monthly was extended) a list of publications of Wydawnictwo Towarzystwa Przyrodniczego of Stanisław Staszic in Łódź. The forty five works on nature also include books devoted to the issue of environmental protection: Edward M. Potęga's entitled „*School reserves and experience stations as new didactic measures*”, Jan Sokołowski's entitled „*Protection of Birds*”, Władysław Szafer's entitled „*Motives of Environmental Protection*”, Adam Wodziczko's entitled „*Protection of plant species in Poland*” („Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939/2-3 „Wiosna”, p. 33; compare: „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939/4-5 „Wiosna”, p. 49).

## 7. Entertainment Section

In the content of the periodical there was also a “*Column of funny texts*” („Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937/2, p. 28; compare: „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938/1, p. 14) and “*The Funnies*” where texts were published (see: *Żarty...*, 1938/4, p. 63; compare: *Żarty...*, 1939/1, p. 15), playful texts connected with nature (see: *Żarty...*, 1938/7, p. 103), drawings of animals (see: *Żarty...*, 1939/2-3, p. 29) and riddles (*ibidem*, p. 32), which fulfill an amusing function. Children were encouraged to paint their own drawings devoted to nature (*Malujemy tuszem...*, 1938/4, p. 61) and to redraw the images of animals (*Kącik rozrywkowy...*,

---

<sup>8</sup> The members of the section took care about animals, who were maltreated (beaten), fed birds and built birdhouses for them. On the Day of Animal Care they organized a competition for the best works entitled “Which of your activities towards animals I think was the best?” Compare: *Co pisze młodzież. Protokół I z zebrania Kółek Małych Przyjaciółek Zwierząt z dnia 29.09.1937r.*, in: „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 1 (styczeń 1938), p. 15-16.

1938/5-6, p. 78). The Entertainment section contained a special puzzle for the lovers of nature, prepared by Hugon Weick (*Kącik rozrywkowy...*, 1938/7, p. 102). There was also a tale published devoted to nature and connected with the original stand (oaks, maples, hornbeam) (*Leśna bajka...*, 1938/3, p. 37-38) and a tale for children (Jarmolińska, 1938/5-6, p. 80-81). Besides, the young authors informed young readers about the old beliefs connected with nature (*Ciekawe wiadomości...*, 1939/4-5, p. 48).

Based on carried out scientific research it is stated that in the years 1918-1939 the Ministry of Religions and Public Enlightenment regularly recommended magazines for youths and children for the use of schools. Information on the above was announced in normative acts, especially the Official Journal of the Ministry of Religions and Public Enlightenment of the Republic of Poland/Official Journal of the Ministry of Religions and Public Enlightenment.

Based on the recommendations of the Ministry of Religions and Public Enlightenment, periodicals for youths and children served as educational help in updating school books and as practical guides. Thanks to works printed in the analyzed magazines ecological attitudes were developed, bonds with nature were shaped, children and youths were encouraged to take an active part in the celebrations of "The Day of the Forest/Trees Planting Day"/Forest and Environmental Protection Day", "Kindness for Animals Day" and to act practically and regularly in school sections/lovers of nature, birds, environmental protection, circles of young friends of animals.

There are reasons to hope that the heritage of the idea based culture and normative culture in the scope education for a healthy life in harmony with nature will still evolve creatively in the general tendency of the postmodern culture and it will be a creative inspiration for the educational practise of the 21<sup>st</sup> century.

#### **Bibliography:**

- Belter K. (1938), *Sprawozdanie z działalności Kółka Miłośników Przyrody na terenie Gimnazjum im. St. Żeromskiego w Łodzi*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 5-6 (maj – czerwiec 1938), p. 83.
- Ciapalanka J. (1938), *Jak należy opiekować się zwierzętami podczas zimy?*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 2 (luty 1938), p. 30.
- Ciekawe wiadomości* (1939), „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 4-5 (kwiecień – maj 1939) „Wiosna”, p. 48.
- Co pisze młodzież* (1937), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 10), zeszyt 2 (grudzień 1937), p. 29.
- Co Szara Sowa opowiada o swych mądrych bobrach* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 7 (listopad – grudzień 1938), p. 91-92.
- Dyakowski B. (1938), *Wróbelek Jadzi*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 1 (styczeń 1938), p. 3-6.
- Fejerowa S. (1938), *Kot domowy*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 2 (luty 1938), p. 21-22.

- Geilke A. (1939), *Człowiek a zwierzęta*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1939 (rocznik 3), zeszyt 1 (styczeń 1939), p. 2-3.
- Geilke A. (1938), *Na łące*, „Młody Przyjaciel Przyrody” 1938 (rocznik 2), zeszyt 5-6 (maj – czerwiec), p. 72.
- Geilke A. (1937), *Święty Franciszek z Asyżu*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 1 (listopad 1937), p. 3.
- Jak przezimować rybki w akwarium* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 2 (luty 1938), p. 23-24.
- Jak święty Franciszek oswoił turkawki (na podstawie: Kwiatki św. Franciszka z Assyżu, tłum. L. Staff)* (1937), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 2 (grudzień 1937), p. 26.
- Jakubiak K. (2013), *Udział społeczno-kulturalnych i pedagogicznych wydawnictw periodycznych w wypracowaniu i upowszechnianiu ideologii wychowawczej sanacji*, in: Michalska I., Michalski G., (red. nauk.), *Addenda do dziejów oświaty. Z badań nad prasą Drugiej Rzeczypospolitej*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Jarmolińska H. (1938), *Napad tura*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 5-6 (maj – czerwiec), p. 80-81.
- Jarmolińska H. (1938), *Pamiętajmy o ptaszkach*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 1 (styczeń 1938), p. 11-12.
- Jarmulski E. (1939), *Kalendarz hodowli gąsienic motyli*, „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 6 (czerwiec 1939) „Lato”, p. 57-68.
- Kadlerówna J. (1937), *Co piszą dzieci*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 1 (listopad 1937), p. 15.
- Katar* (1939), „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 4-5 (kwiecień – maj 1939), p. 37-40.
- Kącik dla najmłodszych. Przygoda małej myszki* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 2 (luty 1938), p. 28.
- Kącik rozrywki* (1939), „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 2-3 (luty – marzec 1939) „Wiosna”, p. 32.
- Kącik rozrywkowy* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 5-6 (maj – czerwiec), p. 78.
- Kącik rozrywkowy* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 7 (październik – listopad 1938), p. 102.
- Kijanki* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), nr 4 (kwiecień 1938), p. 52-55.
- Kilka słów od Redakcji* (1937), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 1 (listopad 1937), p. 2.
- Kmiotek i wiewiórka. Jakie mamy zwierzęta* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), nr 3 (marzec 1938), p. 42.
- Komunikat* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 5-6 (maj – czerwiec), p. 71.

- Komunikat o wydawnictwach. A. 8. Czasopisma do bibliotek uczniowskich (1939)*, in: *Dziennik Urzędowy Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego*, Warszawa 1939, nr 5 (z 18 lipca 1939 r.), p. 342.
- Konkurs „Mł. Prz. Zw.” Nr 2 „Jak będę opiekował się zwierzętami podczas pory zimowej? (1937)*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 2 (grudzień 1937), p. 32.
- Konkurs „Mł. Prz. Zw.” Nr 3 „Piszemy wszyscy artykuły, piszemy co nas interesuje i co chcielibyśmy widzieć w swej gazecie” (1938)*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 2 (luty 1938), p. 18.
- Konkurs „Mł. Prz. Zw.” Nr 4 „W kabalistycznej formule” (1938)*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 3 (marzec 1938), p. 34.
- Konkurs „Mł. Prz. Zw.” Nr 6 (1938)*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 4-5 (maj – czerwiec), p. 79.
- Kramsztyk L. (1938), Foka*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 5-6 (maj – czerwiec), p. 70-71.
- Kuhnerówna G. (1938), W jaki sposób możemy pozyskać zwolenników dla idei opieki nad zwierzętami?*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 3 (marzec 1938), p. 47.
- Leśna bajka (1938)*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 3 (marzec 1938), p. 37-38.
- Ludzka niewdzięczność (1937)*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 1 (listopad 1937), p. 14.
- Łakomski M. (1939), Światło w przyrodzie*, „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 4-5 (kwiecień – maj 1939) „Wiosna”, p. 43-44.
- Malujemy tuszem (1938)*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 4 (kwiecień 1938), p. 61.
- Markiewiczowa H. (2014), Kwestia kobieca na łamach czasopism pozytywistycznych*, in: Markiewiczowa H. (red.), *W stulecie śmierci Jana Władysława Dawida*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Maszewska-Knappe J. (1939), Motyl*, „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 2-3 (luty – marzec 1939) „Wiosna”, p. 25-26.
- Maszewska-Knappe J. (1937), Nocny łowca*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 1 (listopad 1937), p. 10-11.
- Maszewska-Knappe J. (1937), Wigilia dla zwierząt za granicą*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 2 (grudzień 1937), p. 19-21.
- Michalski G. (2013), Dyskusja o szkolnictwie polskim okresu międzywojennego na łamach jezuickiego „Przeglądu Powszechnego” w latach 1918-1939*, in: Michalska I., Michalski G., (red. nauk.), *Addenda do dziejów oświaty. Z badań nad prasą Drugiej Rzeczypospolitej*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- „Młody Przyjaciel Przyrody i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 6 (czerwiec 1939) „Lato”.

- „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 1 (listopad 1937), p. 12.
- „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 2 (grudzień 1937), p. 18, 28.
- „Młody Przyjaciel Przyrody” 1938 (rocznik 2), zeszyt 1 (styczeń 1938), p. 13, 14, 16.
- „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 2 (luty 1938), p. 31-32.
- „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 3 (marzec 1938), p. 48.
- „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 4 (kwiecień 1938), p. 57.
- „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), nr 5-6 (maj czerwiec 1938), p. 67, 84.
- „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 7 (październik – listopad 1938), p. 100.
- „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1939 (rocznik 3), zeszyt 1 (styczeń 1939), p. 13.
- „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 2-3 (luty – marzec 1939) „Wiosna”, p. 24.
- Mój sąsiad pan bociek* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 7 (październik – listopad 1938), p. 96-97.
- Nad stawami* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 7 (październik – listopad 1938), p. 93.
- Ochrona gatunkowa zwierząt* (1939), „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 2-3 (luty – marzec 1939) „Wiosna”, p. 17.
- Ochrona przyrody* (1939), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 7 (październik – listopad 1938), p. 86.
- Odpowiedzi redakcji* (1937), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 2 (grudzień 1937), p. 30-31.
- Odpowiedzi redakcji* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 4 (kwiecień 1938), p. 64.
- Odpowiedzi redakcji* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rok 2), zeszyt 5-6 (maj – czerwiec 1938), p. 84.
- Odpowiedzi redakcji do numeru kwietniowego* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 5-6 (maj – czerwiec 1938), p. 75.
- Od redakcji* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 1 (styczeń 1938), p. 2.
- Opiekujcie się psami* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 4 (kwiecień 1938), p. 60.
- Opiekujemy się ptakami* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 3 (marzec 1938), p. 35-36.
- Orzeszkowa E. (1939), *Las w zimie*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1939 (rocznik 3), zeszyt 1 (styczeń 1939), p. 9-10.
- Paczoska J. (1939), *W puszczy koralowej*, „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 4-5 (kwiecień – maj 1939) „Wiosna”, p. 41-42.
- Pies i praszczur jego wilk* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 7 (październik – listopad 1938), p. 88-90.
- Przybysze z północy* (1937), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 2 (grudzień 1937), p. 24-26.

- Rosiczka (1939), „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 4-5 (kwiecień – maj 1939) „Wiosna”, p. 45-47.
- Rothert A. (1937), *O czym powinniśmy pomyśleć wobec zbliżającej się zimy*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 1 (listopad 1937), p. 4-6.
- Rozwiązanie „Konkursu rysunków zwierząt na znaczkach pocztowych z zeszytu 1 „Mł. Prz. Zw.” (1937), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 2 (grudzień 1937), p. 31-32.
- Sarny (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), nr 3 (marzec 1938), p. 39.
- Sokołowski J. (1937), *Kret*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 2 (grudzień 1937), p. 22-23.
- Stankiewicz D. (1938), *Wierny Przyjaciel*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 2 (luty 1938), p. 31.
- Strawiński K. (1937), *Niepylak Apollo-Parnassius L.*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 1 (listopad 1937), p. 9.
- Szara Sowa (1937), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 2 (grudzień 1937), p. 27-28.
- Szydłowska T. (1938), *Urwis*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 1 (styczeń 1938), p. 8-10.
- Szydłowska T. (1939), *W ulu*, „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1939 (rocznik 3), zeszyt 1 (styczeń 1939), p. 5-7.
- Uczmy się rysować* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 1 (styczeń 1938), p. 14.
- Uczmy się rysować* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 2 (luty 1938), p. 29.
- Zakładamy sztuczne gniazda dla sikorki* (1938), „Młody przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 2 (luty 1938), p. 19-20.
- Zarząd Kółka Przyrodniczego przy 7-io kl. Szkole Powszechnej „Tarbut” w Włodzimierzu* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 3 (marzec 1938), p. 47-48.
- Zwierzęta w poezji* (1937), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1937 (rocznik 1), zeszyt 2 (grudzień 1937), p. 21.
- Żarty* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 4 (kwiecień 1938), p. 63.
- Żarty* (1938), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1938 (rocznik 2), zeszyt 7 (październik – listopad 1938), p. 103.
- Żarty* (1939), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1939 (rocznik 3), zeszyt 1 (styczeń 1939), p. 15.
- Żarty* (1939), „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze” 1939 (rocznik 3), zeszyt 2-3 (luty – marzec 1939) „Wiosna”, p. 29.
- Żółw błotny* (1939), „Młody Przyjaciel Zwierząt” 1939 (rocznik 3), zeszyt 1 (styczeń 1939), p. 3-5.

Mgr Renata Matusiak  
Doktorantka  
Instytut Politologii  
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

## **Edukacja medialna jako forma kształtowania postaw prozdrowotnych i przeciwdziałania uzależnieniu od mediów**

### **1. Uzależnienie od nowych mediów- plaga współczesności**

W bardzo wielu przypadkach w środkach masowego przekazu słyszymy o uzależnieniach od alkoholu, papierosów czy innych środków, jednak zapominamy, że w społeczeństwie informacyjnym można się uzależnić od tak zwanych nowych mass mediów. Korzystają z nich najczęściej dzieci i młodzież, która zafascynowana jest nowinkami technologicznymi (Balicki, 2005).

Mówiąc o uzależnieniu od nowych mediów musimy wyjaśnić definicję uzależnienia. Uzależnienie polega na silnej potrzebie zażywania jakiejś substancji lub wykonywania określonych czynności. Uzależniony jest nie tylko organizm jednostki, ale psychika. Jednostka, aby móc funkcjonować przedkłada środek uzależniający nad inne wartości. Badacze podkreślają, że zażycie środka uzależniającego lub wykonanie jakiejś uzależniającej czynności przez psychikę jest traktowanie jako wykonanie nadrzędnej potrzeby życiowej. Człowiek odczuwa wtedy zadowolenie (Bacelewska, 2010).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), uzależnienie to psychiczny i fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem, a substancją chemiczną (taką jak: alkohol, narkotyki, nikotyna, leki), charakteryzujący się zmianami i innymi reakcjami. Jednostka odczuwa konieczność przyjmowania danej substancji w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczenia jej wpływu na psychikę lub by uniknąć objawów towarzyszących brakowi substancji (*Principles of Drug Dependence Treatment*, 2008).

Uzależnienie jest traktowane jako choroba, wiąże się ze stanem psychicznym, często jest wynikiem frustracji i próby odreagowania lub odsunięcia ważnych problemów za pomocą środka, który odwróci uwagę od tego z czym dana jednostka sobie nie umie poradzić. U młodych ludzi uzależnienia wiążą się najczęściej z wiekiem dojrzewania i dotyczą środowisk, w których brak jest wsparcia emocjonalnego ze strony członków rodziny (Ulman, 2011). Młody człowiek czuje rozczarowanie, brak miłości, przyjaźni, a problemy w szkole oraz w domu rekompensuje sobie środkiem, który odwraca jego uwagę od powyższych kwestii. Dziecko nie zaspokaja w sposób właściwy swoich potrzeb, a środek uzależniający, mimo iż jest to pozorne, daje poczucie ich zaspokojenia. Uzależniony nie jest



świadomy tego, że stosuje zastępczy mechanizm zaspokojenia swoich potrzeb (Bacelewska, 2010). Sytuację taką potęguje brak kompetencji medialnych oraz świadomości przekroczenia granicy pomiędzy zdrowym korzystaniem z Internetu, a uzależnieniem (Jasiewicz, 2012).

Uzależnienia można podzielić na trzy grupy: fizyczne, psychiczne i społeczne, przy czym warto zaznaczyć, że przenikają się i występują jednocześnie. Innym kryterium podziału może być środek uzależniający: uzależnienie od środków psychoaktywnych, od wykonywania określonych czynności, od relacji społecznych i zaspokajania swoich popędów (Bacelewska, 2010).

Badania nad uzależnieniami prowadzone są od lat 60-tych XX wieku. Początkowo uzależnienia były uznawane za problem grup pochodzących z marginesu społecznego. Współcześnie jest to problem globalny, do czego zdaniem niektórych badaczy przyczynił się rozwój komunikacji masowej. Okazało się bowiem, że człowiek może być uzależniony od wszystkiego. Zależy to od jego preferencji osobowościowych. Prostym przykładem może być choćby uzależnienie od czekolady. Rozwój technologiczny doprowadził do uzależnień od zdobywania informacji, komunikowania się i posiadania sprzętu służącego komunikacji (tamże).

Uzależnienia od nowych mass mediów mogą dotyczyć uzależnienia od Internetu, portali społecznościowych, gier komputerowych (z uwzględnieniem gier on-line), komunikatorów internetowych, telefonów komórkowych. Wszystkie te uzależnienia wpływają na sferę emocjonalną człowieka, a także na jego zdrowie psychiczne (Wąchoł, 2004).

Najbardziej popularnym uzależnieniem jest uzależnienie dzieci i młodzieży, a także osób dorosłych od Internetu. Uzależnienie od Internetu nie jest zespołem jednorodnym. Manifestuje się różnymi zespołami zachowań, które można pogrupować w kilka podstawowych form, mogących u uzależnionego występować łącznie:

- Internetowa pornografia;
- Kopiowanie filmów i muzyki;
- Gry sieciowe;
- Elektroniczny hazard;
- Przeglądanie i gromadzenie dużych ilości informacji z internetu;
- Uzupełnianie oprogramowania;
- Hackerstwo;
- Poczta elektroniczna;
- Rozmowy internetowe (np. grupy dyskusyjne) (Matusiak, 2013).

Jak to już wcześniej wspomniano uzależnienia mogą wiązać się z problemami wynikającymi z wieku dojrzewania oraz problemami rodzinnymi lub związanymi ze środowiskiem szkolnym. Jednostka nie ma wsparcia w rodzinie i osobach bliskich, komputer pozwala zniwelować samotność i wypełnić czas. Doznania w sieci zastępują częściowo to, czego młodemu człowiekowi brakuje, zaspakajają potrzebę zrozumienia, wysłuchania czy opowiedzenia o sobie. Początkowo dziecko poznaje osoby w sieci i zyskuje akceptację, nie

myśli o problemach. Czas spędzany przed komputerem stopniowo zwiększa się. Dziecko, aby osiągnąć satysfakcję związaną z korzystaniem z Internetu potrzebuje go coraz więcej (Majchrzak, Ogińska-Bulik, 2010). Uzależnienie od Internetu i gier komputerowych częściej dotyka chłopców. Dziecko zostaje pozbawione pełniejszego uczestniczenia w edukacji, ponieważ nie ma czasu na uczenie się i na lekcje pozaszkolne. Pozbawione jest też uczestniczenia w wychowaniu, bo wychowuje je Internet i sieć. Tam dziecko zyskuje zrozumienie i dowiaduje się o nowych wartościach (Trzcńska-Król, 2014).

Uzależnienie od internetu można podzielić na następujące fazy:

- Poznawanie i racjonalne oraz efektywne wykorzystywanie Internetu - internauta okazjonalnie loguje się do Sieci. Internet budzi u niego zainteresowanie, służy zdobywaniu potrzebnych informacji, jest formą rozrywki.
- Uzależnienie - internauta odczuwa potrzebę korzystania z Sieci coraz częściej i przez coraz dłuższy okres. Codziennie na kilka godzin loguje się do Internetu. Traci inne zainteresowania. W czasie, gdy nie może korzystać z Internetu odczuwa przygnębienie i lęk. Natrętnie myśli o Internecie, ma o nim sny.
- Destrukcja - internauta ogranicza, zaniedbuje lub całkowicie rezygnuje z szeregu ważnych czynności rodzinnych, społecznych, zawodowych i rekreacyjnych na rzecz codziennego, wielogodzinnego i niejednokrotnie nieprzerwanego korzystania z Internetu, pomimo, iż zdaje on sobie sprawę z narastania u niego trudności życiowych, problemów psychicznych oraz fizycznych. Dotyczyć to może ograniczenia na rzecz Internetu czasu przeznaczonego na sen, odżywianie, higienę naukę, pracę zawodową, rodzinę, sport, kontakty towarzyskie (Young, Klausning, 2009).

W sieci i w grach komputerowych dziecko dąży do osiągnięć, bycia najlepszym i najważniejszym. Zdaniem badaczy Internet i gry komputerowe zawłaszczają osobowość dziecka, korzysta ono z tego co jest mu narzucane, nie dokonuje wyborów. Stopniowo zwiększa się czas spędzany przed komputerem od dwóch godzin nawet do dwudziestu. Uzależniona osoba robi wszystko, aby nie stracić ani sekundy z rzeczywistości internetowej. W skrajnych przypadkach jednostka wiedząc, że będzie uczestniczyć w grze on-line wokół swojego miejsca gier gromadzi zapasy picia i jedzenia, aby nie przegapić jakiegoś wydarzenia związanego z grą (tamże, 2009).

W przypadku uzależnienia młodych osób od Internetu narzędziem do tego jest komputer i wszystkie urządzenia techniczne typu kamerki, dodatkowe nagłośnienie, pady. Natomiast elementem dopuszczającym dziecko do rzeczywistości wirtualnej jest łącze internetowe (Reszko, 2013).

Łącze internetowe to źródło konfliktu, uzależniony nie jest sam w stanie zrezygnować z tego źródła. W przypadku dzieci jedynie rodzic lub opiekun może nakłonić dziecko do leczenia, często stosując drastyczne dla dziecka kroki, takie jak odcięcie dostępu do łącza czy likwidacja komputera. Dziecko samo nie rezygnuje z rzeczywistości, w której czuje się dobrze, bo nie zdaje sobie sprawy z tego, że jest uzależnione. W tej sytuacji medium

jest nie tylko wyzwaniem wychowawczym, ale niewłaściwie używane stanowi poważne zagrożenia zdrowotne (Czerwiec, 2010).

## 2. Internet źródłem uzależnień młodzieży

Młody człowiek w okresie dojrzewania spotyka się w Internecie z seksualnością. Zdaniem psychologów uzależnienie od seksu w Internecie jest kolejnym uzależnieniem związanym z Internetem. Jednostka w czasie dojrzewania czuje potrzebę poznania sfery intymności i robi to przez Internet. Seks wirtualny u pewnej grupy młodych osób wypiera chęć poznania seksualności rzeczywistej, dzieje się tak dlatego, że jednostka czuje się anonimowa, nawiązanie tematów intymnych nie wymaga bliższego poznania drugiej osoby. W Internecie młodzież spotyka się z zachowaniami seksualnymi, które w realnym świecie postrzegane są jako niepożądane, nie ma elementu charakterystycznego dla relacji dwojga ludzi, a więc ich obecności, tworzenia więzi międzyludzkiej. Sieć zwalnia młodego człowieka z wymagań, jakie stawiają mu rówieśnicy w kontaktach z drugą osobą, z odpowiedzialności związanej z erotyką. W konsekwencji młody człowiek nie umie nawiązać głębszych relacji emocjonalnych z inną osobą. Psychologowie zaznaczają, że jednostka zaspokaja się tak zwanym podglądactwem zachowań seksualnych, które zastępuje chęć współżycia. W trakcie oglądania treści seksualnych w organizmie wytwarzają się endorfiny, które przynoszą rozluźnienie. Młodzież uzależnia się od odbioru treści związanych z seksem, filmami pornograficznymi, gramami o charakterze seksualnym, ogląda ich coraz więcej w celu osiągnięcia satysfakcji (Kowalski, 2011).

Uzależniony powinien zostać odcięty od źródła dostępu, zarówno w domu jak i w szkole. Odcięcie prowadzi do objawów psychosomatycznych związanych z odstawieniem, takich samych jakie pojawiają się z związku z odstawieniem substancji narkotycznych, alkoholu czy leków antydepresyjnych (Heitzman, Solak, 2007).

Uzależnienie od portali społecznościowych to nowa forma uzależnienia. Dotyczy głównie młodzieży do dwudziestego roku życia. Portale społecznościowe pozwalają dzielić się swoimi przemyśleniami z innymi, poznawać nowych ludzi i zastępują kontakty realne z jednostkami. Najpopularniejsze portale to: nasza-klasa, Facebook, Twitter. W ciągu jednej minuty w Internecie zostaje zaktualizowanych 700 tysięcy wpisów na Facebooku, użytkownicy opisują co jedli na śniadanie, jakie spodnie dziś założą lub jaki mają nastrój. Obecnie ten najpopularniejszy w Polsce i największy na świecie portal posiada 400 milionów użytkowników, którzy dziennie w sieci spędzają 10 miliardów minut. Internetowy dziennik stał się nałogiem, pisanie już nie wystarczy – młodzież może dodawać zdjęcia i filmiki obrazujące, co chcą przekazać innym za pomocą kabla internetowego.

Dla dziecka korzystanie z internetu oznacza wiele godzin poświęconych oglądaniu profili swoich znajomych. Prowadzi to do pewnej pułapki, dziecko traci poczucie czasu przeglądając profile kolejnych osób. Ogrom informacji jest tak duży, że dziecku brakuje czasu na inne czynności, a użytkowanie portalu i śledzenie poczynań swoich znajomych jest

ciekawsze niż wyjście do kina. Dodatkowo portal przedstawia także wiele innych alternatyw spędzenia czasu, nie jest to już miejsce przeglądania stron swoich przyjaciół, ale miejsce, gdzie dziecko może zagrać w grę, może dokonać zakupów, często towarzyszy temu obietnica, że może wygrać coś cennego. Portal społecznościowy zmienia psychikę dziecka i młodej osoby powodując to, że chcąc ona zaistnieć wśród znajomych, musi więc dodać kolejne zdjęcie czy film, przedstawić coś ciekawego, co przyciągnie innych użytkowników. Portal jest modny, młodzi ludzie także chcą być modni i chcą zaistnieć, więc aby to osiągnąć muszą założyć konto i aktywnie działać na swojej stronie. W dziecku rodzi się potrzeba odwiedzania portalu i korzystania z niego w coraz większej ilości czasu, staje się to codzienną potrzebą. Powszechność i łatwość dostępu do portali społecznościowych sprawia, że coraz częściej mówi się o uzależnieniu od nich. Dzieci i młodzież zaczynają w ten sposób żyć swoją wirtualną rzeczywistością i to tam upatrują szansę na swoje sukcesy w relacjach międzyludzkich, przez poznawanie nowych osób i rozmowy z znajomymi, którym w realnym świecie nie mówią nawet części tego czym dzielą się w Sieci (Matusik, 2016).

Psycholodzy podkreślają, że uzależnienie od portali społecznościowych ma taką samą strukturę jak uzależnienie choćby od środków odurzających. Dostęp do informacji spowodował, że jest coraz więcej uzależnionych młodych osób i dzieci (Cykrek, 2016). Osiągnięcie satysfakcji przy odwiedzeniu portalu powoduje, że dzieci przestają mieć chęć pójścia do szkoły, zaczynają mieć problemy z nauką i relacjami z rówieśnikami, Są to tylko niektóre ze skutków uzależnienia. Bez odpowiedniej, fachowej pomocy uzależnieni nie będą w stanie oprzeć się chęci wejścia na swoje konto.

Cyberprzestrzeń to obszar, w którym łatwo się zatracić, bo tam się po prostu jest i dokonuje się prostszych wyborów, a jednostka nie ma świadomości, co jej zagraża (Matusiak, 2016). Internet sam w sobie nie jest źródłem zła i uzależnień. To niewłaściwie prowadzona edukacja medialna, albo jej brak stanowi problem. Korzystanie z nowych mediów to element współczesności, ale nie wystarczy uczenie jedynie technicznej obsługi, potrzebna jest edukacja medialna, czy też coraz częściej wymieniana pedagogika medialna jako całokształt działań ukierunkowanych na wychowanie do korzystania z mediów. Jest to jednocześnie forma dbania o zdrowie psychiczne i fizyczne dzieci i młodzieży. W praktyce dydaktycznej obowiązek ten powierzony jest nauczycielowi (Granat 2017).

### **3. Edukacja medialna w trosce o zdrowie uczniów**

Media mogą być zarówno zagrożeniem dla dzieci i młodzieży jak i szansą na rozwój osobowości dziecka (Dąbrowska, 2013). Żyjemy w społeczeństwie informacyjnym i nie sposób odizolować młodego człowieka od informacji, gdyż mogłoby to stanowić podstawę wykluczenia społecznego (Kluszczyński, 2002). Jedynym rozwiązaniem jest nauczyć małego człowieka, jak rozsądnie korzystać z dostępnych mass mediów.

Zadaniem edukacji medialnej jest wspomaganie rozwoju dziecka w świecie mediów, profilaktyka właściwego odbierania i nadawania przekazów medialnych, całokształt działań

zmierzających nie tylko do efektywnego uzyskiwania informacji i pracy z mediami, ale zachowania zdrowia na poziomie psychicznym i fizycznym. Rozwijanie określonych dyspozycji poznawczych przez adolescenta w procesie dydaktyczno-wychowawczym (Serdyński, 2007). W jaki sposób edukacja medialna może wpływać na kształtowanie postaw prozdrowotnych i przeciwdziałanie uzależnieniu od mediów?

Liczne badania wykazały, że media w szczególności obciążają: wzrok, kręgosłup, dłonie, a spowodowane działaniem urządzeń promieniowanie- chociaż dla wielu badaczy to kwestia dyskusyjna - wywołuje bóle głowy, zaburzenia koncentracji itp. Obsługując komputer czy inne narzędzie umożliwiające dostęp do Sieci przez wiele godzin dziennie, jednostka podlega obciążeniu psychicznemu. Nagły brak dostępu do Internetu powoduje stany przypominające reakcje na zaprzestanie stosowania substancji psychoaktywnych. Użytkowanie nowych mediów jest wpisane w życie młodych ludzi, nie można od tego uciec, bo jest to element współczesnego świata, edukacja medialna ma za zadanie nie tylko nauczyć człowieka jak najpełniej korzystać z zasobów Internetu, ale jak robić to bezpiecznie i zapobiec wszelkim formom uzależnieniu od Sieci, a także jak maksymalnie długo zachować zdrowie w sytuacji, gdy praca człowieka polega na wielogodzinnym siedzeniu przed monitorem komputera (Ogonowska 2015). Osiągnięciu tych celów służy nabywanie kompetencji medialnych i informacyjnych związanych z wiedzą dotyczącą zagrożeń zdrowia psychicznego oraz innych problemów związanych z korzystaniem człowieka z komputera. Jako przykład można przywołać realizowane w szkołach zajęcia profilaktyczne dotyczące bezpiecznego korzystania z Internetu, które często przeznaczone są dla rodziców. Profilaktyka bezpiecznego korzystania z Internetu jest elementem edukacji medialnej, a działania profilaktyczne nie są nastawione tylko na uczniów, ale także na środowisko rodzinne, domowe, gdzie dziecko najdłużej i najczęściej przebywa w świecie wirtualnym. Edukacja medialna powinna być w tym zakresie rozwijana w systemie edukacji instytucjonalnej, formalnej, nieformalnej oraz prowadzić do świadomości zagrożeń, a także kształtować postawy prozdrowotne: świadomość skutków nadmiernego korzystania z Internetu. Działania te nie gwarantują, że dziecko nie uzależni się od Sieci, ale zwiększają krytyczne podejście do korzystania z nowych mediów oraz motywują do innych form spędzania wolnego czasu i kontaktów z ludźmi. Pedagodzy zalecają, aby w ramach edukacji medialnej zapobiegającej uzależnieniom od nowych mediów ograniczyć ekspozycje dziecka na treści medialne, nowe technologie w szczególności do 2 roku życia. Edukacja medialna powinna być rozwijana stopniowo, rodzice powinni analizować z dzieckiem treści z jakich korzysta przebywając w Sieci, prowadzić tzw. „ rozmowy medialne”. Szczególną rolę w procesie edukacji medialnej odgrywa szkoła i nauczyciele realizujący edukację medialną. Problematyczna jest kwestia rozproszenia edukacji medialnej w podstawie programowej. Powoduje to, że edukacja ta jest niekompletna, prowadzona w sposób wyrywkowy, a nie sukcesywny, a przy tym niepełny. Edukacja medialna to szereg działań, w których dziecko poznaje zasady działania komputera, podstawy poruszania się po świecie wirtualnym, możliwość korzystania z aplikacji, narzędzi technologii dających możliwość obsługi

Internetu, zagrożenia jakie towarzyszą korzystaniu z Sieci, ale także skutki niewłaściwego z niej korzystania, poznaje również alternatywne formy spędzania czasu. Z jednej strony uczy się ono odbioru wirtualnej rzeczywistości, tworzenia i nadawania treści, z drugiej zaś uwrażliwia na krytyczne podejście do korzystania z Sieci, a tym samym na negatywne skutki dla zdrowia człowieka, zarówno te zagrażające zdrowiu fizycznemu, jak i te zagrażające zdrowiu psychicznemu (Ogonowska, 2015).

Profilaktyka uzależnień jest realizowana na trzech płaszczyznach: profilaktyka uniwersalna, selektywna i wskazująca. Edukacja medialna skupia się na przekazaniu treści w formie profilaktyki uniwersalnej realizowanej w szkole, domu, mediach, środowisku. W szczególności szkoła poprzez właściwie przygotowanych do jej realizacji nauczycieli ma znaczący wpływ na zapobieganie nadmiernemu korzystaniu z Internetu, co w dłuższej perspektywie, jak wcześniej wspomniano, może skutkować uzależnieniem. Dzieciom i młodzieży nie można zabronić korzystać z Sieci, bo jest to równoznaczne z wykluczeniem społecznym w zakresie użytkowania nowych technologii i licznymi utrudnieniami w życiu codziennym. Marshall McLuhan mówił o tym, że media są przedłużeniem człowieka i jest to sformułowanie jak najbardziej trafne (tamże, 2015). Determinizm technologiczny w świecie WEB 2.0 stał się faktem. Edukacja medialna, pedagogika wychowania dzieci do korzystania z mediów to narzędzia, które dobrze wykorzystane kształtują w dzieciach i młodzieży dobre postawy ograniczające ryzyko uzależnień, zaburzeń psychicznych, problemów związanych ze zdrowiem fizycznym i innych problemów, na które narażony jest człowiek korzystający z sieci i komputera. Edukacja nie tylko uczy, poszerza wiedzę ucznia, ale pozwala zrozumieć, jakie znaczenie mają dla nas media i jakie są fundamenty współczesnego społeczeństwa informacyjnego (Gajda, 2007).

### **Zakończenie**

Dobrze zorganizowana edukacja medialna jest w stanie ograniczyć rosnącą liczbę osób uzależnionych od nowych mediów, w tym głównie od Internetu. Podstawą tej edukacji jest poszerzenie wiedzy odbiorcy i nauka rozsądnego i odpowiedzialnego korzystania z Internetu.

Troska o zdrowie dzieci i młodzieży postrzegane przez pryzmat edukacji medialnej wiąże się ze świadomością zagrożeń psychicznych. Są nimi: uzależnienia od mediów, zaburzenia zachowania wywołane nieprawidłowym korzystaniem z mediów. Edukacja ta kształtuje również świadomość dotyczącą zagrożeń fizycznych takich jak wady postawy ciała. Uwrażliwia również na niebezpieczeństwo narażenia się na przestępcze działania innych użytkowników Internetu. Przestępstwa popełniane przez Internetu wobec nieletnich, cyberprzemoc, akty nienawiści rówieśników to istna plaga portali społecznościowych, komunikatorów. Młodzi ludzie często nie rozumieją, iż działania te mają znamiona przestępstwa. Często obwiniają siebie o to, że innych sprowokowali do takich zachowań. Ma to istotny wpływ na ich dorosłe życie, postawy, zdrowie psychiczne, jakość życia. Media w

tym głównie Internet to bardzo duża szansa na rozwój społeczny, intelektualny, ale trzeba umieć odpowiednio się nim posługiwać i właśnie nauce odpowiedniego, a przede wszystkim odpowiedzialnego, zdrowego użytkowania uczy edukacja medialna, realizowana w ramach pedagogiki medialnej i kognitywistycznej (Siemieniecki, 2013, s. 57-62).

### **Bibliografia:**

- Baceleska D. (2000), *Hobby, przyzwyczajenia czy uzależnienie?*, *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, nr 3, s. 42-48.
- Balicki M. (2005), *Media a kompetencje kulturowe i społeczne dzieci*, (w:) *Dziecko i media elektroniczne- nowy wymiar dzieciństwa*, J. Izdebska, T. Sosnowski, s. 37-42, Białystok: Trans Humana.
- Czerwiec M. (2010), *Media a wychowanie- szanse i zagrożenia*, *Media jako wyzwanie wychowawcze*, J. Plisa, A. Mamcarz, s. 67-80, Radom: Wyższa Szkoła Handlowa w Radomiu.
- Cyrek B. (2016), *Media społecznościowe- nowa przestrzeń nauki*, *Kognitywistyka i media w edukacji*, nr 2, s. 45-56.
- Dąbrowska P. (2013), *Oddziaływanie mass mediów*, *Społeczne konteksty edukacji medialnej*, G. Penkowska, s. 215-241, Gdańsk: Elpil.
- Gajda J. (2007), *Media w edukacji*, Kraków:
- Granat A. (2017), *Planowanie i realizacja przekazu medialnego w praktyce dydaktycznej*, *Kognitywistyka i media w edukacji*, nr 1, s. 70-89.
- Heutzman J., Solak M. (2007), *Zespół odstawienia po lekach antydepresyjnych- problem lekarza i pacjenta*,  
[http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP\\_5\\_2007/Heitzman%20s601\\_Psychiatria%20Polska%205\\_2007.pdf](http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_5_2007/Heitzman%20s601_Psychiatria%20Polska%205_2007.pdf), (dostęp 22.11.2017).
- Jasiewicz J. (2012), *Kompetencje informacyjne młodzieży*, Warszawa: Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich
- Kluszczyński R. (2002), *Społeczeństwo informacyjne. Cyberkultura . Sztuka multimediiów*, Kraków: Rabid.
- Kowalski Ł. (2011), *Uzależnienie od komputera- Internetu*,  
<https://www.youtube.com/watch?v=zHWerpLQsU0>, (dostęp 1.12.2017 r.)
- Majchrzak P., Ogińska-Bulik N. (2010), *Uzależnienie od Internetu*, Łódź: Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna.
- Matusiak R. (2016), *Bezpieczeństwo w sieci jako element edukacji medialnej*, *Kognitywistyka i media w edukacji*, nr 2, s. 7-18.
- R. Matusiak R. (2013) , *Uzależnienie od sieci a samotność, Samotność rzeczywistość czy fikcja*, J. Zimny, s. 209-221, Stalowa Wola: Eikon Plus.
- Matusik Ł. (2016), *Nie potrafimy poradzić sobie bez nowych mediów*,  
<http://ittechblog.pl/2011/04/16/nie-potrafimy-poradzic-sobie-bez-nowych-mediow/>, (dostęp 11.11.2017 r.).

- Ogonowska A. (2015), Edukacja medialna jako forma profilaktyki uzależnień medialnych dzieci i młodzieży. *Zarys problemu, Edukacja medialna*, A. Ogonowska, G. Ptaszek, s. 161-170, Kraków: Impuls.
- Principles of Drug Dependence Treatment, *Principles drug*,  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/principles\\_drug\\_dependence\\_treatment.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf), (dostęp 8.11.2017 r.).
- Reszko S. (2013), Komputery w rozwoju kreatywności dziecka , *Spoleczne konteksty edukacji medialnej*, G. Penkowska, s. 185-213, Gdańsk: Elpil.
- Serdyński A. (2007), *Kompetencje informatyczno-medialne nauczyciela*, Szczecin: Uniwersytet Szczeciński.
- Siemieniecki B. (2013), *Pedagogika kognitywistyczna*. Studium teoretyczne, Kraków: Impuls.
- Trzcńska-Król M. (2014), Media i cyberprzestrzeń, *Technologie informacyjne a zmiany współczesnej edukacji*, S. Kuruliszwili, s. 23-56, Kraków: Impuls.
- Ulman P. (2011), Społeczne i rodzinne uwarunkowania uzależnień u dzieci i młodzieży, *Fides et ratio*, nr 4(8)2011, s. 74-86.
- Wąchoł J. (2004), Wpływ technologii multimedialnych na człowieka i jego działalność- szanse i zagrożenia, *Współczesna technologia informacyjna i edukacja medialna*, T. Lewowicki, B. Siemieniecki, s. 71-80, Toruń: Adam Marszałek.
- Young K., P. Klausing P. (2009), *Uwolnić się z sieci. Uzależnienie od Internetu*, Katowice: Księgarnia św. Jacka.



Dr Małgorzata Marmola  
Dr Anna Wańczyk-Welc  
*Zakład Psychologii*  
*Uniwersytet Rzeszowski*

## Zachowania zdrowotne a poczucie satysfakcji z życia u młodych dorosłych

### Wprowadzenie

Zdrowie jako kategoria pojęciowa może być ujmowane w paradygmacie medycznym i psychologicznym. Silne powiązania obu tych paradygmatów pozwalają na lepsze wyjaśnienie zachowań zdrowotnych człowieka oraz jego funkcjonowania w różnych sferach życia, a także satysfakcji z życia. Zauważa się duży wpływ zdrowia na funkcjonowanie społeczne człowieka, ale również poczucie jakości życia może wiązać się z oceną stanu zdrowia i z prozdrowotnym stylem życia (Rostowska, Lewandowska-Walter, 2012). W oszacowaniu tych zależności pomocne będą badania dotyczące związków pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a poczuciem satysfakcji z życia u mieszkańców Podkarpacia w okresie wczesnej dorosłości. Wydaje się, że warto zwrócić uwagę na zachowania prozdrowotne i ich psychologiczne konsekwencje dla jakości życia każdego człowieka.

### I. Wprowadzenie teoretyczne

#### 1. Definiowanie zdrowia

Pojęcie zdrowia bywa współcześnie różnie rozumiane i definiowane, co niesie ze sobą dalekosiężne konsekwencje, bowiem jeśli nie ma wspólnego rozumienia zdrowia i sposobów jego pomiaru - nie ma trafnych metod jego ochrony, wzmocnienia i odbudowywania. Sposób definiowania zdrowia i choroby może mieć więc konsekwencje społeczne, prawne i ekonomiczne. Od tego jaka etykieta zostanie przypisana danemu zachowaniu, zależy czy będzie ono podlegać karze czy leczeniu - to wpływa na sposób finansowania i prowadzenia terapii (np. alkoholizm). Sposób definiowania zdrowia wywiera wpływ na społeczeństwo i na jednostki.

Zdrowie jest jednym z najcenniejszych wartości człowieka. Już Platon twierdził, że „zdrowie jest najpierwszym dobrem, uroda drugim, a bogactwo trzecim” (Wojnarowska, 2008, s. 19). W 1946 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała zdrowie jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie jedynie brak chorób lub

niedomagań. Definicja ta przypomina koncepcje psychologów humanistycznych, według których celem człowieka jest dążenie do realizacji pełni swoich możliwości. Chcąc trafnie opisać stany choroby i zdrowia, należy umieścić je na kontinuum, gdzie na jednym krańcu znajdzie się osoba poważnie zagrożona przedwczesnym zgonem, zaś drugi kraniec opisuje optymalny stan zdrowia i odporności na choroby (również stopień, w jakim człowiek doświadcza radości i pełni życia).

Współczesne koncepcje ujmują zdrowie jako zdolność człowieka do realizowania pełni swoich możliwości psychofizycznych i społecznych lub jako proces poszukiwania ciągle naruszanej równowagi (Słońska, 1994; Sęk, 1997). U podstaw zdrowia leży więc zespół różnych czynników, co sprawia, że jest ono wynikiem interakcji procesów biologicznych, psychologicznych, społecznych, kulturowych i cywilizacyjnych (Heszen-Niejodek, 2000), wymaga więc interdyscyplinarnych badań.

Dominujący do niedawna model biomedyczny, nawiązujący do kartezjańskiego dualizmu, uznającego psychikę i ciało za odmiennie wymiary funkcjonowania człowieka, ujmował zdrowie z perspektywy choroby i wykluczał analizę zjawisk natury psychologicznej lub duchowej (Dolińska-Zygmunt, 1996). Zaś nowszy model biopsychospołeczny zakłada holistyczne rozumienie zdrowia z zastosowaniem ogólnej teorii systemów. Z jednej strony organizm ludzki stanowi żywy system, z drugiej – człowiek wchodzi w skład szerszych systemów, wśród którym jednym z najważniejszych jest system rodzinny.

Istotnym aspektem tego holistycznego podejścia do zdrowia jest orientacja salutogenetyczna, której centrum zainteresowania stanowi zdrowie, a nie choroba. Ważne staje się tu ustalenie wyznaczników zdrowia, a nie czynników chorobowych (Antonovsky, 1995). Ta koncepcja zdrowia ma odniesienie do systemu wartości człowieka – samo zdrowie spostrzegane jest jako wartość, ale też jest narzędziem do realizacji innych celów (Juczyński, 1995).

## **2. Zachowania zdrowotne**

Mianem zachowań zdrowotnych określamy wszystkie zachowania człowieka, które wpływają z sposób bezpośredni lub pośredni na jego zdrowie (m.in. Dolińska-Zygmunt, 1996; Nosko, 2005; Puchalski, 1990; Woynarowska, 2008; Zadworna-Cieślak, 2010). Autorzy zwracają uwagę, że te zachowania mają charakter powszechny i społeczny, ponieważ powstają wskutek interakcji ze środowiskiem jednostki, również tym najbliższym jakie tworzy rodzina (Juczyński, 2009). Opisywane zachowania zdrowotne możemy podzielić na dwa rodzaje: sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne) oraz szkodliwe dla zdrowia (antyzdrowotne). Zachowania prozdrowotne, które korzystnie wpływają na zdrowie umieszczone na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej oraz społecznej to: prawidłowe nawyki żywieniowe, podejmowanie aktywności fizycznej, pozytywne nastawienie psychiczne, radzenie sobie ze stresem, unikanie sytuacji niebezpiecznych lub zagrażających zdrowiu czy

profilaktyczne badania lekarskie. Z kolei, do powstawania zaburzeń stanu zdrowia zaliczymy zachowania negatywnie oddziałujące na człowieka i stanowiące przeciwagę tych pozytywnych. Będą to: nadużywanie substancji szkodliwych i inne zachowania ryzykowne, negatywne i długo utrzymujące się stany emocjonalne czy nieprawidłowe nawyki żywieniowe.

Kształtowanie lub zmiana zachowań zdrowotnych zależy od różnych czynników, między innymi od zmiennych o charakterze poznawczym. Na przykład David Gochman (1988, s. 3) do takich procesów zalicza między innymi przekonania, oczekiwania, motyw, wartości czy spostrzeżenia, które jako podmiotowe atrybuty wiążą się ze zdrowiem – z jego utrzymywaniem, przywracaniem i polepszaniem. Gochman akcentuje też znaczenie innych mechanizmów psychologicznych wzmacniających zachowania zdrowotne. Zdaniem tego autora dużą rolę odgrywają również cechy osobowości, łącznie ze stanami emocjonalnymi oraz wzorce zachowań, działania i nawyki. Identyfikacja tak wielu czynników jest niezbędna do tworzenia programów interwencyjnych i promocyjnych.

Analizując zachowania zdrowotne warto wspomnieć o czynnikach je warunkujących. George Bishop (2007) wyróżnia determinanty społeczno-demograficzne, sytuacyjne, psychologiczne i percepcję objawów. Badania wskazują, że kobiety, osoby z wyższym wykształceniem oraz dobrze zarabiające częściej podejmują zachowania prozdrowotne niż mężczyźni i osoby o niższym statusie socjoekonomicznym. Istotnym czynnikiem społecznym sprzyjającym dbaniu o zdrowie jest też łatwy dostęp do opieki medycznej. Determinanty sytuacyjne wiążą się z relacjami społecznymi. Najbliższe otoczenie społeczne (rodzina, rówieśnicy, znajomi) w poważnym stopniu wpływa na modelowanie nawyków zdrowotnych u danej osoby. Psychologiczne determinanty stanowią najbardziej zróżnicowany zbiór czynników, które mogą wiązać się z zachowaniami zdrowotnymi. W tej grupie będą potrzeby i stany emocjonalne, myśli i przekonania danej osoby oraz obraz własnej osoby. Ostatnim czynnikiem wpływającym na zachowania zdrowotne jest percepcja objawów. Dotyczy zauważanych przez jednostkę symptomów choroby, które mogą ją skłonić do zmiany zachowań, aby zredukować postrzegane zagrożenie.

Zachowania zdrowotne można również wyjaśniać sięgając do teorii społecznego uczenia się i teorii atrybucji. Pierwsza tłumaczy je odwołując się do procesów warunkowania, samokontroli i modelowania. Najważniejszą rolę w tej kwestii odgrywa system rodzinny, w którym funkcjonuje dziecko. Rodzice są pierwszymi, najważniejszymi nauczycielami zdrowia swych dzieci. To oni kształtują pierwsze zachowania zdrowotne w okresie dzieciństwa, które dopiero będą ulegać pewnym zmianom w okresie młodości i dorosłości. Dom rodziny dziecka tworzy warunki zapewniające mu bezpieczeństwo i realizację wielu potrzeb, także tych zdrowotnych. Maciej Demel (1980) proponuje koncepcję etapów wychowania zdrowotnego, uwzględniając w niej aktywność dziecka i jego świadome zaangażowanie w sprawy zdrowotne. Wychodząc od etapu heteroedukacji, gdzie dziecko jest jedynie odbiorcą opieki oraz zabiegów pielęgnacyjnych ze strony rodziców, stopniowo zwiększa swój udział w dbaniu o własne zdrowie naśladując czynności

zdrowotne dorosłych, przechodzi przez etap autoedukacji w okresie adolescencji (młody człowiek zaczyna być świadomym współtwórcą swojego zdrowia) i dochodzi do heteroedukacji odwróconej, która ma miejsce wtedy, gdy człowiek dojrzały staje się wychowawcą innych i swoimi postawami oddziałuje na rodzinę oraz szersze środowisko społeczne, np. będąc inicjatorem zachowań prozdrowotnych. Rodzina może zatem tworzyć właściwą atmosferę sprzyjającą zdrowiu psychicznemu, kształtowaniu nawyków i postaw prozdrowotnych oraz organizacji codziennego życia, która zapewnia higienę somatyczną i psychiczną wszystkich jej członków.

Drugą teorią mogącą wyjaśniać zachowania zdrowotne jest teoria atrybucji, w której na szczególną uwagę zasługuje spostrzegana przez jednostkę kontrola. Badania dowodzą, że utrzymywanie poczucia kontroli ma pozytywny wpływ na profilaktykę zachowań prozdrowotnych (Försterling, 2005). Wystarczy nawet samo przekonanie o możliwości kontrolowania zdarzenia lub zachowania, zmniejszenia szans na jego wystąpienie lub ograniczenia jego skutków, aby dana osoba częściej unikała zachowań antyzdrowotnych (Bishop, 2007). Dodatkowo umiejscowienie kontroli ma związek z prozdrowotnymi i adaptacyjnymi działaniami w obliczu choroby. Osoby wewnątrzsterowne (przekonane, że ich doświadczenia są wynikiem własnych działań) gromadzą więcej informacji o chorobie, praktykują bezpieczniejsze formy zachowań, więcej też wiedzą o przyczynach i skutkach choroby niż osoby zewnątrzsterowne (uznające własne przeżycia jako skutek działania sił zewnętrznych lub wpływu innych osób) (Seeman i Evans, 1962; Kelly i in., 1990; za: Bishop, 2007). Wprawdzie umiejscowienie poczucia kontroli oddziałuje na zachowania zdrowotne, jednak dodatkowo uwarunkowane jest wieloma czynnikami. Przykładowo, może zależeć od wartości przypisywanej zdrowiu (Bishop, 2007) lub od spostrzeganej skuteczności własnych działań (Juczyński, 2012).

Opisane zależności wyraźnie wskazują, że w wyjaśnianiu zachowań zdrowotnych dużą rolę odgrywają siły wewnętrzne, tkwiące wewnątrz jednostki, ale też jej interakcje ze środowiskiem rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008).

### **3. Satysfakcja z życia**

Pojęcie „satysfakcja” oznacza stan emocjonalny, pojawiający się w efekcie realizacji jakiegoś celu (Reber, 2000, s.655), co oznacza, że osiągnięcie czegoś wartościowego może wpływać na stan afektywny jednostki. Satysfakcja z życia wiąże się z realizacją ważnych celów, których osiągnięcie lub sama droga do ich realizacji może przynosić zadowolenie (Timoszyk-Tomczak, Bugajska, 2013, s.84).

Satysfakcja z życia jest ważnym elementem dobrego samopoczucia człowieka. Związana jest z subiektywnym doświadczeniem pozytywnych i negatywnych uczuć oraz z porównywaniem własnej sytuacji z przyjętymi standardami (Świerżewska, 2010, s. 91). Ten proces globalnej oceny swojego życia ma wiele różnych uwarunkowań - subiektywnych i obiektywnych, do których można zaliczyć m. in. stan zdrowia, warunki życia, własne

przekonania oraz poziom rozwoju psychospołecznego. Pojęcie satysfakcji z życia w psychologii łączone jest z takimi pojęciami, jak: szczęście, dobrostan psychiczny lub subiektywny, zadowolenie z życia czy też jakości życia (Czapiński, 1994, 2017; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). Odnoszą się one do pozytywnych postaw wobec życia. Janusz Czapiński (2001, 2017) określa szczęście jako nastawienie wobec życia, które pozwala aktywnie zmagać się człowiekowi z przeciwnościami losu i konsekwentnie dążyć do realizacji ważnych wartości. Jego przejawem może być subiektywny bilans doświadczeń, wymagający dokonania oceny poznawczej i doświadczenia pozytywnych doznań emocjonalnych.

Pojęciem zbliżonym do satysfakcji z życia jest jakość życia, która swym znaczeniem obejmuje proces zaspokajania potrzeb materialnych i niematerialnych, wynikający ze spełniania standardów lub realizowania różnorodnych wartości (Rosochacka-Gmitrzak, 2010). Odkąd filozofowie zaczęli zadawać pytania dotyczące sensu i celu ludzkiej egzystencji, podejmowano próby oceny jakości życia. Początkowo rozumiano ją wyłącznie jako satysfakcję wynikającą z posiadania dóbr materialnych, a więc wysoki standard życia, bogactwo, posiadanie czegoś cennego. Później rozszerzono znaczenie tego pojęcia o wartości niematerialne, jak zdrowie, wolność czy szczęście. Stąd jakość życia bywa określana jako dobrostan (Rostowska 2008, s.15).

W psychologii jakość życia jest traktowana jako konstrukt teoretyczny, rozpatrywany w określonym kontekście kulturowym, odnoszący się do oczekiwań człowieka, które dotyczą wybranych wymiarów własnego życia (Rapley, 2003).

Jakość życia bywa także ujmowana w kontekście teorii potrzeb – jako stopień zaspokajania materialnych i niematerialnych potrzeb – zarówno jednostki, jak i rodziny czy też całego społeczeństwa. Wiąże się więc ona z potencjalnymi możliwościami człowieka, które umożliwiają mu rozwój. Augustyn Bańka (2005) uważa, że ocena jakości życia zmienia się pod wpływem codziennych doświadczeń człowieka i stanowi rezultat jego ciągłego rozwoju. Jest ona efektem wypracowywania kryteriów i standardów dla porównywania informacji uzyskiwanych w różnym czasie – te zaś są wynikiem jego sądów o życiu. Taka całościowa ocena swojego życia wymaga od człowieka analizy różnych informacji, pochodzących z wielu źródeł, jak: stany emocjonalne, których człowiek doświadcza, wydarzenia, w których uczestniczył w przeszłości, cele i oczekiwania kierowane wobec przyszłości, a także porównania społeczne.

W krótkiej perspektywie czasowej, jakiej doświadcza młody człowiek, ocena życia jest mało stabilna. W dłuższej perspektywie – stabilność oceny własnego życia rośnie. Koncepcją, która odnosi się do poziomu stabilności tych ocen, jest „cebulowa teoria szczęścia” Janusza Czapińskiego, według której szczęście ma trzy odrębne aspekty: wolę życia (zdeteterminowana biologicznie dyspozycja do konstruktywnego radzenia sobie), uogólnione odczucie dobrostanu oraz bieżącą ocenę sytuacji. Każde zdarzenie poddawane jest najpierw ocenie emocjonalnej i poznawczej, ale wola życia nie ulega zmianie pod wpływem zdarzeń i to właśnie ona umożliwia konstruktywne działanie, nawet jeśli spada zadowolenie z życia (Czapiński, 2004).

Wspomaganie ludzi w dążeniu do podnoszenia jakości życia wiąże się ze znajomością czynników, które przyczyniają się do optymalnego funkcjonowania. Tu uwaga koncentruje się na tych mechanizmach funkcjonowania ludzi, które wyjaśniają różnice między nimi (Trzebińska, 2008, s. 58).

## **II. Badania własne**

### **1. Metodologiczne założenia badań własnych**

Celem badań prezentowanych w niniejszym opracowaniu było zbadanie zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi podejmowanymi przez młodych dorosłych a poziomem ich satysfakcji z życia. Zbadano 187 osób, w wieku od 18 do 35 lat, w tym 70 mężczyzn i 117 kobiet, zamieszkujących w województwie podkarpackim.

Badania zostały przeprowadzone w maju i czerwcu 2017 r. Zachowania zdrowotne badanych osób oceniono za pomocą Inwentarza zachowań zdrowotnych IZZ Zygryda Juczyńskiego (2009), natomiast do pomiaru satysfakcji z życia zastosowano polską adaptację Skali satysfakcji z życia SWLS E. Diener'a, R. A. Emmons'a, R. J. Larsena i S. Griffin'a (2009).

Inwentarz zachowań zdrowotnych zawiera 24 stwierdzenia opisujące różne zachowania związane ze zdrowiem. Wyniki badań pozwalają na ustalenie ogólnego nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii tych zachowań: prawidłowych nawyków żywieniowych (dotyczy rodzaju spożywanej żywności), zachowań profilaktycznych (dotyczą przestrzegania zaleceń lekarskich oraz sposobów pozyskiwania informacji na temat zdrowia), pozytywnego nastawienia psychicznego (obejmuje czynniki psychologiczne, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów, napięć) oraz praktyk zdrowotnych (codzienne nawyki dotyczące snu i aktywności fizycznej).

Skala satysfakcji z życia zawiera 5 stwierdzeń dotyczących różnych aspektów subiektywnego samopoczucia, w stosunku do których badany ustosunkowuje się na 7-stopniowej skali. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Skala przeznaczona jest do badania osób dorosłych.

### **2. Wyniki badań**

Badanie zachowań prozdrowotnych badanych osób Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych pozwoliło na obliczenie wyniku ogólnego, mierzącego nasilenie tych zachowań oraz czterech wyników w zakresie podskal: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych.

Obliczono dla nich wyniki średnie w całej badanej grupie oraz w podgrupach płci, a także odchylenia standardowe. Ilustruje je tabela 1.

Tab. 1. Wyniki średnie oraz odchylenia standardowe w zakresie zachowań zdrowotnych

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	Cała grupa		Mężczyźni		Kobiety		t	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
prawidłowe nawyki żywieniowe	20,84	5,12	19,70	4,93	21,52	5,12	-2,374	0,009
zachowania profilaktyczne	20,32	4,94	19,34	4,53	20,91	5,08	-2,108	0,018
pozytywne nastawienie psychiczne	21,48	5,04	20,64	4,32	21,97	5,37	-1,752	0,040
praktyki zdrowotne	20,67	4,61	19,77	4,45	21,21	4,61	-2,072	0,019
Wynik ogólny	84,27	16,87	80,49	16,00	86,54	16,97	-2,398	0,008

Wyniki uzyskane za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych wskazują na przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych w badanej grupie, bowiem średni wynik ogólny wynosi 84,27 punkty, co odpowiada 6 stenowi. Podobnie wyniki w poszczególnych podskalach znajdują się w granicach wyników przeciętnych. Jednakże we wszystkich podskalach mierzących różne aspekty zachowań zdrowotnych wystąpiły istotne statystycznie różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami. We wszystkich kobiety prezentują wyższy poziom nasilenia tych zachowań. Dotyczy to prawidłowych nawyków żywieniowych (więc kobiety częściej zastanawiają się nad odpowiednim doborem spożywanej żywności), zachowań profilaktycznych (tu z kolei można sądzić, że kobiety częściej przestrzegają zaleceń lekarskich oraz prezentują bardziej zróżnicowane sposoby pozyskiwania informacji na temat zdrowia), pozytywnego nastawienia psychicznego (kobiety częściej unikają zbyt silnych emocji, stresów, napięć) oraz praktyk zdrowotnych (również kobiety bardziej dbają o codzienne nawyki dotyczące snu i aktywności fizycznej).

Tabele 2-4 prezentują zależności obliczone współczynnikiem r-Pearsona pomiędzy zmiennymi demograficznymi, takimi jak wiek, miejsce zamieszkania i status materialny a poziomem nasilenia zachowań zdrowotnych.

Tab. 2. Korelacje wskaźników zachowań zdrowotnych z wiekiem badanych osób

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	Cała grupa	Mężczyźni	Kobiety
prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,136	-0,232	-0,075
zachowania profilaktyczne	0,050	-0,031	0,100
pozytywne nastawienie psychiczne	-0,010	-0,030	-0,002
praktyki zdrowotne	-0,089	-0,262**	0,022
Wynik ogólny	-0,05	-0,181	0,032

\*\*istotność < 0,01

Dane z powyższej tabeli wskazują, że wystąpiła jedna statystycznie istotna zależność pomiędzy wiekiem a praktykami zdrowotnymi u mężczyzn ( $t=-0,262$ ;  $p<0,01$ ). Jest to

zależność odwrotnie proporcjonalna, więc im starsi mężczyźni, tym mniejsze nasilenie praktyk zdrowotnych, m. in. aktywności fizycznej.

Tab. 3. Korelacje wskaźników zachowań zdrowotnych z miejscem zamieszkania badanych osób

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	Cała grupa	Mężczyźni	Kobiety
prawidłowe nawyki żywieniowe	0,120	0,067	0,155
zachowania profilaktyczne	0,123	-0,022	0,201*
pozytywne nastawienie psychiczne	-0,050	-0,091	-0,026
praktyki zdrowotne	0,097	0,096	0,101
Wynik ogólny	0,083	-0,002	0,134

\*istotność < 0,05

Analiza współczynników korelacji, zamieszczonych w tabeli nr 3, wskazuje na jedną statystycznie istotną zależność – pomiędzy miejscem zamieszkania a zachowaniami profilaktycznymi wśród badanych kobiet ( $r=0,201$ ;  $p<0,05$ ). Im w większej miejscowości zamieszkują badane kobiety, tym wyższe jest nasilenie zachowań profilaktycznych, takich jak: stosowanie się do zaleceń lekarskich lub pozyskiwanie wiedzy o zachowaniach zdrowotnych z różnych źródeł.

Tab. 4. Korelacje wskaźników zachowań zdrowotnych ze statusem materialnym badanych osób

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	Cała grupa	Mężczyźni	Kobiety
prawidłowe nawyki żywieniowe	0,296**	0,051	0,401***
zachowania profilaktyczne	0,228*	0,029	0,303**
pozytywne nastawienie psychiczne	0,184	-0,113	0,290**
praktyki zdrowotne	0,240*	-0,047	0,365***
Wynik ogólny	0,272**	0,001	0,385***

\*istotność < 0,05; \*\*istotność < 0,01; \*\*\*istotność < 0,001

Wśród współczynników korelacji pomiędzy statusem materialnym a skalami mierzącymi różne wymiary zachowań zdrowotnych uzyskano wiele istotnych statystycznie zależności, ujawniły się one w całej badanej grupie, a szczególnie mocno w podgrupie kobiet. Nie wystąpiły tu istotne zależności w podgrupie mężczyzn. Najsilniejsza zależność występuje pomiędzy statusem materialnym a prawidłowymi nawykami żywieniowymi kobiet ( $r=0,401$ ;  $p<0,001$ ). Dość silne zależności wskazują na współzależność statusu materialnego z ogólnym nasileniem zachowań zdrowotnych ( $r=0,385$ ;  $p<0,001$ ) i z praktykami zdrowotnymi ( $r=0,365$ ;  $p<0,001$ ) oraz nieco słabsze, ale istotne statystycznie zależności z zachowaniami profilaktycznymi ( $r=0,303$ ;  $p<0,01$ ) i pozytywnego nastawienia psychicznego ( $r=0,290$ ;  $p<0,01$ ). Można więc wnioskować, że kobiety bardziej zamożne



bardziej interesują się zdrowym stylem życia, świadomie wybierają korzystniejsze dla zdrowia pokarmy, stosują profilaktykę, np. poprzez regularne badania, unikają stresów i napięć oraz są bardziej aktywne fizycznie. Można też zaryzykować stwierdzenie, że tzw. zdrowy styl życia wymaga czasu i pieniędzy, więc nie wszystkie kobiety jednakowo mogą zaangażować się .we wszystkie zachowania zdrowotne. Niektóre są z pewnością dostępne dla każdego, jednak niektóre wyraźnie wiążą się z odpowiednim statusem.

U mężczyzn zależności takie nie wystąpiły i z niepokojem należy stwierdzić, że niezależnie od statusu materialnego, mężczyźni mniej niż kobiety przejmują się zdrowym stylem życia.

Kolejna tabela ilustruje wyniki badania satysfakcji z życia za pomocą skali SWLS.

Tab. 5. Wyniki skali satysfakcji z życia (SWLS)

SWLS	Cała grupa		Mężczyźni		Kobiety		t	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Wynik SWLS	20,32 5 sten	5,78	19,51 5 sten	5,76	20,80 6 sten	5,75	-1,475	0,071

Uzyskane wyniki, przedstawione w tabeli 5., wskazują na przeciętny poziom satysfakcji z życia u badanych osób, zarówno mężczyzn jak i kobiet. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy wynikami mężczyzn i kobiet ( $t=-1,475$ ;  $p>0,05$ ), choć jest ona bliska istotności, więc z pewną dozą ostrożności można wskazywać na tendencję do większego zadowolenia z życia u badanych kobiet.

Tabela nr 6 przedstawia zależności, zmierzone współczynnikiem korelacji r-Pearsona, pomiędzy poszczególnymi wymiarami zachowań zdrowotnych a poziomem zadowolenia z życia.

Tab. 6. Korelacje wskaźników zachowań zdrowotnych z satysfakcją z życia

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	Skala satysfakcji z życia (SWLS)		
	Cała grupa	Mężczyźni	Kobiety
prawidłowe nawyki żywieniowe	0,280**	0,191	0,317**
zachowania profilaktyczne	0,391***	0,349***	0,405***
pozytywne nastawienie psychiczne	0,410***	0,282**	0,470***
praktyki zdrowotne	0,440***	0,355***	0,479***
Wynik ogólny	0,437***	0,346***	0,474***

\*istotność < 0,05; \*\*istotność < 0,01; \*\*\*istotność < 0,001

Analiza uzyskanych współczynników korelacji wskazuje na silny związek zachowań zdrowotnych (wszystkich wymiarów) i poczucia szczęścia. Dotyczy to zarówno badanych mężczyzn, jak i kobiet, choć trzeba zauważyć, że silniejsze współczynniki korelacji uzyskano w grupie kobiet. Tu bardzo istotne zależności wystąpiły pomiędzy ogólnym nasileniem

zachowań zdrowotnych a poziomem satysfakcji z życia ( $r=0,479$ ;  $p<0,001$ ) oraz pomiędzy nasileniem praktyk zdrowotnych ( $r=0,479$ ,  $p<0,001$ ), pozytywnego nastawienia psychicznego ( $r=0,470$ ;  $p<0,001$ ) i zachowań profilaktycznych ( $r=0,405$ ,  $p<0,001$ ) a poziomem tejże życiowej satysfakcji. Nieco słabszą, ale istotną zależność wykazuje również nasilenie prawidłowych nawyków żywieniowych ( $r=0,317$ ,  $p<0,01$ ). Można więc przypuszczać, że im większa jest świadomość człowieka dotycząca zdrowego stylu życia i im większa jego aktywność prozdrowotna, tym większe poczucie szczęścia. Nie można jednak wykluczyć odwrotnego kierunku tejże zależności, co sugerowałoby, że właśnie szczęśliwi i zadowoleni z życia ludzie podejmują się większej aktywności związanej ze zdrowym stylem życia.

### Podsumowanie

Przeprowadzone badania miały na celu określenie związków zachowań zdrowotnych z poziomem satysfakcji z życia u młodych dorosłych.

Kobiety częściej podejmują zachowania prozdrowotne w postaci prawidłowego odżywiania, zachowań profilaktycznych, unikania stresu i negatywnych emocji oraz aktywności fizycznej. Prawidłowość ta jest zgodna z wynikami badań m.in. Weiss'a i Larsena (1990), Bennetta i współ. (1994) i Helmer i współ. (2012). Wśród czynników, które mogą wiązać się z zachowaniami zdrowotnymi kobiet, istotnym okazał się status materialny. Dobrze sytuowane kobiety częściej podejmują aktywność prozdrowotną. Można przypuszczać, że posiadanie środków materialnych ułatwia zdrowe odżywianie się czy też udział w różnych formach aktywności sportowej. U mężczyzn taka zależność nie ujawnia się. Wiek i miejsce zamieszkania nie wykazują istotnych zależności z nasileniem zachowań zdrowotnych.

Na koniec warto również zwrócić uwagę na związek zachowań zdrowotnych z ogólną satysfakcją z życia. Najsilniejsze zależności między tymi zmiennymi uzyskano wśród badanych kobiet, natomiast u mężczyzn nieco słabsze, ale też istotne statystycznie. Zbliżone wyniki pojawiły się w badaniach Miązek i współ. (2005), Kosiby i współ. (2017) oraz Motyki i współ. (2011). Oznacza to, że im wyższy poziom zachowań zdrowotnych deklarują młodzi dorośli, tym wyższy jest ich współczynnik satysfakcji z życia.

### Bibliografia:

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Bańka, A. (2005). *Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny*, (w:) A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, 11-78.
- Bennett, P., Moore, L., Smith, A., Murphy, S., Smith, C. (1994). Health locus of control and value for health as predictors of dietary behaviour. *Psychology and Health*, 10, 41–54.
- Bishop, G.D. (2007). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.

- Czapiński, J. (2017). *Psychologia szczęścia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Czapiński, J. (2004). *Psychologiczne teorie szczęścia*, (w:) J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (284-302). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapiński, J. (2001). *Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych*, (w:) M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć* (266-306). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapiński, J. (1994). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Demel, M. (1980). *Pedagogika zdrowia*. Warszawa: WSiP.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996). *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, (w:) G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (9-16). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Försterling, F. (2005). *Atrybucje. Podstawowe teorie, badania i zastosowanie*. Gdańsk: GWP.
- Gochman, D. S. (1988). *Health behavior: Plural perspectives*, (w:) D. S. Gochman (red.), *Health behavior: Emerging perspectives*. (3-17). New York: Plenum Press.
- Helmer, S., Krämer, A., Mikolajczyk, R. (2012). Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC research notes*. 5. 703. 10.1186/1756-0500-5-703.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). *Psychologia zdrowia*, (w:) J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3 (456-464). Gdańsk: GWP.
- Juczyński, Z. (1995). *Rozwój człowieka a zdrowie*, (w:) Być zdrowym i szczęśliwym w szkole i rodzinie (9-14). Łódź.
- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wydanie drugie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kosiba, G., Gacek, M., Bogacz-Walancik, A., Wojtowicz, A. (2017). Zachowania prozdrowotne a satysfakcja z życia studentów kierunków nauczycielskich. *Teraźniejszość – człowiek – edukacja*, tom 20, nr 2(78), 79-93.
- Miązek, U., Chrzanowska, M., Miązek, Z. (2005). Aktywność fizyczna w stylu życia studentek w świetle zaleceń ekspertów promocji zdrowia, *Annales UMCS*, Lublin, LX, suppl. XVI, 158-162.
- Motyka, M., Pawlak, J., Makowski, M., Hetka, M. (2011). Charakterystyka zachowań zdrowotnych studentów Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. *Zeszyty Naukowe. Problemy społeczne, polityczne i prawne*, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, nr 870, 35-51.
- Nosko, J. (2005). *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

- Puchalski, K. (1990). *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot badań socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia* (23-57), (w:) A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research. A Critical Introduction*. London: Sage Publication.
- Reber, A. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar,
- Rosochacka-Gmitrzak, M. (2010). *Jakość życia, jakość pracy. Przyszły rynek pracy dla seniorów*, (w:) D. Kałuża i P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*. Łódź: Wydawnictwo Biblioteka.
- Rostowska, T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Impuls, s.15.
- Rostowska, T., Lewandowska-Walter, A. (2012). *Słowo wstępne*, (w:) T. Rostowska, A. Lewandowska-Walter (red.), *Małżeństwo i rodzicielstwo a zdrowie* (7-9). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Sęk, H. (1997). *Psychologia wobec promocji zdrowia*, (w:) I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (40-60). Warszawa: PWN.
- Słońska, Z. (1994). *Promocja zdrowia – zarys problematyki*. *Promocja zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 1, (1-2), 37-52.
- Świerżewska, D. (2010). *Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60. roku życia*. *Psychologia Rozwojowa*, 2010, Tom 15, Numer 2, 89-99.
- Timoszyk-Tomczak, C., Bugajska B. (2013). *Satysfakcja z życia a perspektywa czasowa w starości*. *Opuscula Sociologica*, nr 2, 83-95.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Weiss, G.L., Larsen, D.L. (1990). *Health value, health locus of control, and the prediction of health protective behaviors*. *Social Behavior and Personality*, 18, 121-136.
- Woynarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna*. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zadworna-Cieślak, M. (2010). *Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży*, (w:) N. Ogińska-Bulik (red), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia* (43-58). Łódź: Wydawnictwo AH-E.

Dr Anna Kuk  
Mgr Anna Gala-Kwiatkowska  
*Akademia Wychowania Fizycznego  
Józefa Piłsudskiego w Warszawie*

## **Typy miłości i style rozwiązywania konfliktów studentów i studentek uczestniczących w warsztatach psychologicznych**

*„Miłość mi wszystko wyjaśniła,  
miłość wszystko rozwiązała –  
dlatego uwielbiam tę Miłość,  
gdziekolwiek by przebywała” .  
(Wojtyła, 1998, s. 11)*

### **1. Teoretyczne wprowadzenie do badań**

Psychologia zdrowia pomaga w zapobieganiu różnym chorobom fizycznym i psychicznym poprzez uczenie ludzi zmiany zachowań, ale także postaw, jeśli te stwarzają zagrożenie dla zdrowia. Ma również niewątpliwy wkład w rozwój ruchu promocji zdrowia (Sheridian, Radmacher, 1998). Zaburzenie dobrostanu psychicznego, na który składają się emocje i uczucia, przyczynia się do występowania m.in. depresji (WHO, 2017). W niniejszej pracy podjęto analizę postaw wobec miłości oraz sposoby rozwiązywania konfliktów u młodzieży akademickiej, która uczestniczyła w ogólnorozwojowych warsztatach psychologicznych „Komunikacja-Przebaczenie-Miłość”.

Celem rozwoju człowieka jest miłość. Dojrzewanie w aspekcie poznawczym, fizycznym, emocjonalnym czy społecznym powinno przybliżać człowieka do najważniejszego celu – miłości. Zaprzeczeniem miłości są: egocentryzm, zazdrość, zawiść czy narcyzm. Gdy wyobrazimy sobie medalistę olimpijskiego, który niszczy konkurencję, jest zawistny, skupiony wyłącznie na swoich potrzebach, to widzimy, jak złoty medal może stać się źródłem osobistej porażki zwycięzcy wyrażającej się w jego izolacji, odrzuceniu i stanach depresyjnych.

Miłość jest aktem skierowanym ku dobru, ku dobru drugiego człowieka, konkretnym działaniem. Wyraża się przez afirmację, ale także przez wymaganie. Zdaniem M.M. Gajdów „prawdziwa afirmacja jest doświadczeniem mistycznym, (...) tym, który afirmuje, jest Bóg, a my stwarzamy przestrzeń dla Jego miłości” (Gajda, Gajda, 2012 s. 28). Stawiamy wymagania ze względu na miłość, czyli dlatego, że kochamy. Niestawianie wymagań to częsty brak w miłości.

Rzeczywisty rozwój prowadzi osobę do coraz większej miłości, a prawdziwa miłość do rozwoju i szczęścia.

Istnieje wiele sposobów doświadczania, wyrażania miłości, ale też dostępne są wielorakie modele miłości. Jeden z modeli, zwany teorią kołową, opracował I. Reiss (1980). Autor utrzymuje, że miłość jest procesem kołowym, który składa się z czterech wzajemnie ze sobą powiązanych składników: wzajemnego zrozumienia (swobodne wyrażanie uczuć wobec siebie), ujawniania siebie (odkrywanie przed sobą intymnych szczegółów ze swego życia), wzajemnej zależności (rozwijanie wzajemnego zaufania i wzajemnej zależności), spełniania się osobowości i realizacji potrzeb (wzajemne zaspokojenie emocjonalnych potrzeb). W poważnych, długo trwających relacjach koło będzie obracać się nieprzerwanie. W przeciwieństwie do tego, krótkotrwały romans może wywołać obrót koła tylko kilka razy. Również znaczenie poszczególnych elementów może sprawić, że koło będzie kręciło się do przodu lub w tył.

Inny teoretyczny model przedstawił J. Lee (1988). Opracował on unikalną typologię, w której wyodrębnił trzy typy miłości: Eros, Ludus oraz Storge oraz trzy typy wtórne: miłość Maniakalną, Pragmatyczną i Agape. Miłość Eros jest charakteryzowana przez pragnienie seksualnej intymności i zaabsorbowanie fizycznymi aspektami kontaktu z drugą osobą. Miłość Ludus określana jest zabawowym typem miłości, w wyrażaniu której obserwuje się koncentrację na własnej osobie. Miłość Storge oznacza czułą, zrównoważoną miłość, zaangażowanie i przyjaźń. Miłość maniakalna jest obsesyjna i intensywna. Wielu maniakalnych kochanków jest tak silnie przytłoczonych przez myśli o partnerze, że pozostaje w stanie ciągłego lęku. Miłość Agape to miłość altruistyczna. Miłość Pragmatyczna stanowi miłość praktyczną i realistyczną. Ten typ miłości charakteryzuje rozsądek i logika.

Zdaniem R. Sternberga (1986) na miłość składają się trzy komponenty: namiętność, intymność i zobowiązanie. Namiętność tłumaczy się jako konstelację silnych emocji dodatnich tj. zachwyty, pożądanie i ujemnych tj. ból, zazdrość. Dominującym elementem są pragnienia erotyczne, ale też pragnienia samourzeczywistnienia, odnalezienia sensu życia, dominacji, opiekuńczości czy dowartościowania własnej osoby. Intensywnie rośnie w czasie trwania związku, szybko osiąga swoje szczytowe natężenie i szybko gaśnie. Typowe zachowania namiętne wyrażają się w częstych kontaktach, bliskości fizycznej, długotrwałym patrzeniu sobie w oczy. Intymność oznacza dodatnie i towarzyszące im działania tj. pragnienie dbania o dobro partnera, szacunek, otrzymywanie wsparcia. Dynamika intymności jest łagodna: intymność rośnie powoli i jeszcze wolniej opada. R. Sternberg identyfikuje siedem form miłości. Komponenty mogą egzystować w różnych wzorcach i na różnych poziomach. Wymieniamy tu: I. LUBIENIE – intymność, ale bez zobowiązań i namiętności, II. ZADURZENIE – namiętność bez zobowiązań czy intymności, III. PUSTA MIŁOŚĆ – zobowiązanie, bez namiętności czy intymności, IV. ROMANTYCZNA MIŁOŚĆ – intymność i namiętność, ale bez zobowiązań, V. NIEDORZECZNA MIŁOŚĆ – zobowiązanie i namiętność, ale bez intymności, VI. PARTNERSKA MIŁOŚĆ – zobowiązanie i intymność, ale bez namiętności, VII. MIŁOŚĆ DOSKONAŁA – zobowiązanie, intymność i namiętność.

W cykl rozwojowy człowieka wpisane są także konflikty. Ich rozwiązanie wzmacnia osobę i wzbogaca jej osobowość. nierozwiązane konflikty mogą być destrukcyjne dla zdrowia i życia osób je przeżywających. Konflikty mogą dotyczyć relacji, interesów, wartości, mogą być konflikty zbrojne, a także konflikty motywacyjne. W niniejszej pracy koncentrujemy się na konfliktach interpersonalnych, których doświadczają wszyscy żyjący w grupie społecznej.

Zdaniem H. Hamer „konflikt (z łac. *conflictus* – zderzenie) to antagonizm, kolizja, zatarg, spór (w ważnej sprawie), w którym niezgodności lub sprzeczności towarzyszą emocje negatywne (gniew, zaciętrzewienie, upór)” (Hamer, 11 s. 11). Do przyczyn nieporozumień autorka zalicza relacje międzyludzkie, emocje, struktury, wartości, interesy oraz informacje. Co więcej, wskazuje na dwa ujęcia konfliktów, tj. tradycyjne i współczesne. Tradycyjny pogląd za konflikt traktuje nieporozumienie m. in. jako przeszkodę we współpracy, współczesne ujęcie zaś przedstawia nieporozumienie w kontekście rozwojowym oraz przynoszącym korzyści. Wyróżniamy następujące style rozwiązywania konfliktów: unikanie, kompromis, rywalizacja (walka), współpraca, podporządkowanie się (uległość). Każdy ze sposobów posiada zalety i wady. Unikanie wycisza emocje i pozwala uniknąć otwartej konfrontacji, jednak rozwiązanie konfliktu przesuwają na później, a sprawa pozostaje niezakończona. Kompromis wydaje się złotym środkiem, jednak wszyscy są jedynie po części zadowoleni. Rywalizacja w sporcie zyskuje miano szlachetnej, zdarza się jednak, że jest strategią krótkowzroczną, wiąże się z wysokim kosztem emocjonalnym i często prowadzi do destrukcji. Najtrudniejszą strategią wymagającą uwzględnienia innego niż własny punkt widzenia jest współpraca. Opiera się na współdziałaniu i realizacji interesów obu stron. Ten styl wymaga twórczego, plastycznego myślenia i założenia dobrej woli obu stron konfliktu. Podporządkowanie się dostarcza oparcia osobom niepewnym, daje poczucie bezpieczeństwa, jednak w przypadku narastającego niezadowolenia i poczucia krzywdy może doprowadzić do wysokich kosztów emocjonalnych.

„Konflikt jest zjawiskiem często występującym w sytuacjach życia społecznego, nacechowanych w dużej mierze sprzecznością interesów i odmiennymi punktami widzenia tej samej rzeczywistości. W każdej grupie społecznej, bez względu na jej specyfikę czy liczbę członków, spotykamy się z sytuacjami konfliktowymi” (Krok, 2007 s.119).

Ryzyko wystąpienia konfliktu wpisane jest w życie studentów. Doświadczenie pracy w grupie daje możliwość rozwijania umiejętności radzenia sobie z konfliktem. Wspomniana zdolność to element przygotowania do pracy zawodowej. Samo radzenie sobie z konfliktem usprawnia współpracę, jak i komunikację pomiędzy członkami grupy. Nieporozumienia, którymi nie zarządza się w odpowiedni sposób, mogą być źródłem problemów studentów oraz stanowić trudną sytuację dla nauczycieli w kontekście zespołowej pracy (Payne, Sumter, Monk-Turner, 2005).

## 2. Badania własne

### 2.1. Cel pracy, osoby badane, metoda badań

Celem pracy było poznanie typów miłości oraz stylów rozwiązywania konfliktów w grupie osób uczestniczących w warsztatach psychologicznych w latach 2016/2017. Problem badawczy dotyczył różnic w zakresie wyżej wymienionych zmiennych ze względu na płeć oraz korelacji pomiędzy typami miłości i stylami rozwiązywania konfliktów, a także zmian miłości w czasie.

W warsztatach dotyczących komunikacji, przebaczenia i miłości wzięły udział 33 osoby studiujące na Wydziale Wychowania Fizycznego w Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie. Pierwsza grupa warsztatowa liczyła 15-stu uczestników studiów magisterskich, w tym 10-ciu mężczyzn i 5 kobiet, studiujących na Wydziale Wychowania Fizycznego. W drugiej grupie znalazło się 18-cie osób, w tym 13-cie kobiet i 5-ciu mężczyzn, studiujących na pierwszym stopniu studiów. Pierwszy blok warsztatów przeprowadzono w październiku i grudniu 2016 roku, a drugi w marcu, kwietniu i maju 2017 roku.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystano Skalę postaw wobec miłości (Hendrick, Hendrick, 1986, za: Wojciszke, 2014) oraz Kwestionariusz autodiagnoza stylu rozwiązywania konfliktów (Hamer, 29).

Zadano następujące pytania badawcze:

- 1) Jakie typy miłości prezentuje badana młodzież akademicka?
- 2) Jakie style rozwiązywania konfliktów dominują u osób uczestniczących w warsztatach psychologicznych?
- 3) Czy występują różnice w postawach wobec miłości ze względu na płeć?
- 4) Czy występują różnice w sposobach rozwiązywania konfliktów ze względu na płeć?
- 1) Czy występują korelacje pomiędzy typami miłości a stylami rozwiązywania konfliktów?
- 2) Czy postawy wobec miłości u osób rozpoczynających warsztaty będą takie same po ich zakończeniu?

### 2.2. Wyniki badań własnych

W tabeli nr 1 przedstawiono średnie, odchylenia standardowe, minima i maksima poszczególnych typów miłości u badanych osób.



Tab.1. Typy miłości u badanych osób

Typy miłości	M	SD	Minimum	Maksimum
Eros	26,53	3,59	17	32
Ludus	17,06	4,69	7	30
Storge	21,75	3,82	14	30
Pragma	21,06	4,06	9	30
Mania	20,32	4,57	11	29
Agape	24,78	4,20	13	33

Oznaczenia: M-średnia, SD-odchylenie standardowe

U młodych dorosłych zauważamy dominację miłości nasyconej intensywnymi emocjami, namiętnością, czyli miłości Eros (M=26,53, SD=3,59). Jest to uzasadnione chociażby wiekiem badanych osób. Cieszy fakt, iż studenci i studentki preferują także typ miłości Agape (M=24,78, SD=4,20), który wyraża się w niecodziennej postawie altruizmu. Typ miłości zabawowy, rozrywkowy – Ludus polegający na przedmiotowym traktowaniu partnera uplasował się na ostatniej pozycji (M=17,06, SD=4,69).

Na rycinie nr 1 ukazano graficznie zróżnicowanie typów miłości ze względu na płeć, a szczegółowe statystyki ilustruje tabela nr 2.

Tab. 2. Różnice w zakresie typów miłości ze względu na płeć

Typ miłości	Kobiety		Mężczyźni		U	Z	p
	M	SD	M	SD			
Eros	27,17	3,51	25,71	3,64	95,50	-1,16	n.i.
Ludus	16,72	4,92	17,50	4,53	117,50	-,324	n.i.
Storge	22,06	3,52	21,36	4,29	116	-,385	n.i.
Pragma	21,83	3,29	20,14	4,84	90,50	-1,35	n.i.
Mania	<b>21,78</b>	4,13	18,21	4,45	70,50	-2,11	0,034
Agape	<b>25,72</b>	4,43	23,57	3,69	76,50	-1,88	0,059

Oznaczenia: M-średnia arytmetyczna, SD-odchylenie standardowe, U-wartość testu U Manna-Whitneya, z-standaryzowana wartość testu, p-poziom istotności

Zaobserwowano różnice istotne statystycznie w zakresie przeżywanej miłości ze względu na płeć. Kobiety przeżywają świat bardzo emocjonalnie i ma to także odzwierciedlenie w wynikach badań. Miłość maniackalna jest silniej wyrażana przez kobiety (M=21,78, SD=4,13) niż badanych mężczyzn (18,21, SD=4,45 p=0,034). Chociaż, jak wiemy, chociażby z literatury pięknej, to właśnie maniackalni kochankowie byli często bohaterami powieści. Najwyższa forma wyrażania miłości – Agape, jest bardziej popularna wśród pań (M=25,72, SD=4,43) niż panów (M=23,57, SD=3,69 poziom tendencji). Jednak pamiętamy, że sądy w rodzaju: „jedna miłość na całe życie” bywają wypowiedane właśnie także przez mężczyzn, tych odznaczających się szczególną dojrzałością emocjonalną.

W tabeli nr 3 zamieszczono dane dotyczące stylów rozwiązywania konfliktów.

Tab.3. Style rozwiązywania konfliktów u badanych osób

Styl	M	SD	Minimum	Maksimum
Unikanie	2,30	1,10	0	4
Kompromis	3,91	1,48	0	5
Współpraca	4,06	0,93	1	5
Rywalizacja/walka	3,39	1,41	0	5
Podporządkowanie/Uległość	2,45	1,50	0	5

Oznaczenia: M-średnia arytmetyczna, SD-odchylenie standardowe

Wśród badanych studentów dominują dwa, najbardziej przystosowawcze, ze względu na budowanie relacji style, czyli współpraca (M=4,06, SD=0,93) oraz kompromis (M=3,91, SD=1,48). Współpraca jest działaniem najbardziej angażującym, gdyż wymaga od osoby wyjścia poza jej wyłączne potrzeby i zauważenia potrzeb drugiego człowieka. W przypadku kompromisu, obie strony rezygnują z części swoich oczekiwań, aby dojść do porozumienia. Trzecią, wyróżniającą studentów strategią, jest rywalizacja (M=3,39, SD=1,41). Walka jest wpisana w sposób działania osób aktywnie uprawiających aktywność sportową i wyraźnie rozszerza się na inne sfery życia.

Zróznicowanie w stylach rozwiązywania konfliktów u kobiet i mężczyzn prezentuje tab. nr 4.

Tab. 4. Różnice w stylach rozwiązywania konfliktów ze względu na płeć

Styl	Kobiety		Mężczyźni		U	z	p
	M	SD	M	SD			
Unikanie	2,61	1,03	1,93	1,10	90,50	-1,67	n.i.
Kompromis	3,78	1,55	4,07	1,43	120,00	-0,58	n.i.
Współpraca	<b>4,33</b>	0,84	3,73	0,96	81,00	-2,12	0,052
Rywalizacja/walka	3,28	1,52	3,53	1,30	121,5	-,505	n.i.
Podporządkowanie/Uległość	2,39	1,53	2,53	1,50	125,5	-,351	n.i.

Oznaczenia: M-średnia arytmetyczna, SD-odchylenie standardowe, U-wartość testu U Manna-Whitneya, z-standaryzowana wartość testu, p - poziom istotności

Wyniki badań wskazują, iż kobiety (M=4,33, SD=0,84) bardziej niż mężczyźni (M=3,73, SD=0,96 poziom tendencji) są chętne do podejmowania dialogu w sytuacji nieporozumienia.

W tabeli nr 5 przedstawiono wyniki korelacji rho Spearmana. Zamieszczono wyłącznie korelacje istotne statystycznie.

Tab. 5. Korelacje pomiędzy typami miłości a stylami rozwiązywania konfliktów

	Ludus	Storge	Pragma	Agape
Unikanie		,453**		,456**
Współpraca	-,399*			
Podporządkowanie/Uległość		,387*	,454**	

Oznaczenia: \* -  $p < 0,01$ , \*\* -  $p < 0,05$

Zauważamy kilka związków pomiędzy typami miłości a stylami rozwiązywania konfliktów. Im bardziej miłość jest altruistyczna, tym bardziej unikamy konfrontacji w sytuacjach trudnych (.456\*\*). Przeżywanie miłości na sposób przyjacielski idzie w parze z unikaniem (.453\*\*) i podporządkowaniem (.387\*). Pragmatyczne podejście do miłości współwystępuje z podporządkowaniem w sytuacjach konfliktowych (.454\*\*). Jeden przykład korelacji ujemnej wskazuje, że im bardziej towarzyskie jest podejście do miłości, tym mniej nastawienia na współpracę (-.399\*\*). Nie występują żadne związki pomiędzy sposobami rozwiązywania konfliktów a typem miłości Eros oraz Mania.

W tabeli nr 6 przedstawiono zmiany miłości w czasie.

Tab. 6. Zmiany miłości w czasie

	Eros	Ludus	Storge	Pragma	Mania	Agape
z	-,034	-,549	-1,640	-1,172	-,570	-,119
p	,973	,583	,101	,241	,569	,905

Oznaczenia: z – standaryzowana wartość testu U Manna Whitneya, p – poziom istotności

Uczestnicy warsztatów wypełnili kwestionariusze powtórnie, po upływie sześciu tygodni. Nie zaobserwowano żadnych zmian istotnych statystycznie. Taki wynik potwierdza, iż uczucia mają charakter względnie stały, nie zmieniają się tak szybko jak emocje.

### **Dyskusja i wnioski**

Na drodze do szczęścia należy uwzględnić trzy pułapki. Pierwsza z nich polega na utożsamianiu szczęścia z przyjemnością. „Nie ma nic złego w odczuwaniu przyjemności, ale szczęście nie jest zależne od tego, czy je odczuwamy, czy nie. Mogę być szczęśliwy, nie odczuwając przyjemności. Jesteśmy powołani do szczęścia, a nie do przyjemności. Pogoń za przyjemnością nie zaspokoi serca człowieka” (Gajda, Gajda 2012 s. 40). Drugą pułapką jest próba osiągnięcia szczęścia na drodze działania zewnętrznego: idealnego miejsca, wyjątkowego przedmiotu, pięknego miejsca. „Człowiek tęskni do głębokiego pokoju i spełnienia, ale błędnie poszukuje tego na zewnątrz siebie” (tamże, s. 41). Poszukiwanie szczęścia z pominięciem człowieka stanowi trzecią pułapkę myślową. Człowiek jest istotą społeczną. Nie da się osiągnąć szczęścia z pominięciem drugiego człowieka. Niszczenie ludzi, izolacja od nich etc. spowodować może depryzację relacji społecznych. Zdaniem M. M. Gajdów (2012) szczęście związane jest z czynieniem bezinteresownego dobra dla człowieka i wynika ze zjednoczenia z Bogiem.

O tym, aby kochać myślą, mową i uczynkiem pisała współczesna mistyczka, pedagog z wykształcenia, A. Lenczewska (2016). Miłość do ludzi to nie uczuciowość, ale konkretna pomoc, dodawanie im otuchy, a także otwieranie na świat wyższych wartości, na Boga.

Wyraża się w heroizmie wybaczenia i modlitwy. W zakresie mowy to nienarzekanie i nieplotkowanie, a mówienie tylko tego, co służy dobru. Działanie nacechowane dobrem ma opierać się na mądrości, wyważeniu aktywności i niewyręczaniu. Zauważamy, iż im bardziej zażyła jest własna relacja człowieka z Bogiem, tym piękniej potrafimy kochać.

W literaturze odnajdujemy liczne badania dotyczące problematyki miłości i konfliktów. W badaniu R. Smith i A. Klases (2016) u mężczyzn występuje wyższy wskaźnik Agape i Storge niż u kobiet. Kobiety uzyskały natomiast wyższy wynik w Pragma. A. Bugay i E. Tezer (2008) wskazują na podstawie wyników badań, iż mężczyźni - studenci uzyskali wyższe wyniki w zakresie Agape niż kobiety studentki. C. Hendrick i S. Hendrick (1986, 1988) oraz C. Hendrick, S. Hendrick, F. H. Foote, M. J. Slapion-Foote (1984) podkreślają skłonność u mężczyzn do prezentowania stylu Ludus częściej niż u kobiet, które w większym stopniu przejawiają styl Manii, Storge, jak i Pragmy. K. Cramer, J. Marcus, C. Pomerleau, K. Gillard (2015) poszukiwali różnic pomiędzy kobietami-studentkami oraz mężczyznami-studentami w zakresie Manii, Pragmy, Ludus, Eros, Storge i Agape. Na podstawie analizy wyników nie wykazano różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie Pragmy, natomiast mężczyźni uzyskali wyższy wskaźnik w Ludus oraz Agape, a kobiety wyższy poziom w Eros, Manii, jak i Storge.

„Tak samo jak ludzie przyzwyczaili się udawać, że za wszelką cenę należy unikać bólu i smutku, tak samo wierzą, że miłość oznacza brak wszelkich konfliktów” (Fromm, 2007 s. 103-104). Miłość zatem może stanowić źródło konfliktów. Co więcej, jak uważa E. Fromm (tamże) prawdziwe konflikty są pewną formą odrodzenia, gdyż rozwiązanie ich skutkuje umocnieniem oraz intelektualnym wzbogaceniem osób zainteresowanych.

Zdaniem P. R. Breggina (1992) miłość stanowi warunek rozwiązania konfliktu. Poważnym konfliktem rzadko kiedy można zapobiec czy rozwiązać, jeśli pozbawia się je czynnika empatycznej miłości wobec zainteresowanych członków. Co więcej, w celu rozwiązania interpersonalnego konfliktu musimy nauczyć siebie kochać, jak i osoby, których nieporozumienie dotyczy.

T. Gordon (1993) wskazuje na możliwość rozwiązywania konfliktów za pomocą metody bez porażek. Istotą tej strategii jest wypracowanie wspólnego stanowiska, akceptowanego przez każdą ze stron nieporozumienia. Konflikty mogą być rozstrzygnięte za pomocą różnych, efektywnych oraz konkretnych poczynań, które są źródłem satysfakcji dla osób zaangażowanych w ich rozwiązanie. Metoda rozwiązania konfliktu bez porażek zwiększa motywację oraz chęć udziału w rozstrzygnięciu nieporozumienia ze względu na aktywną partycypację zainteresowanych osób.

P. Petrie (2013) uważa, iż konflikt i związane z nim uwarunkowania mogą generować odmienne reakcje osób w nim zaangażowanych. Co więcej, konsekwencje nieporozumienia odnoszą się również do pozytywnego aspektu jakim jest początek procesu budowania zgody.

Zdaniem J. Guta i W. Hamana (1993) dopóki w konflikcie druga osoba będzie postrzegana jako wróg, dopóty podejmowane będą destrukcyjne działania. Wspomniane

działania nie doprowadzą do rozwiązania problemu, zatem podejmowane strategie mają znaczenie w odniesieniu do ujmowania partnerów zaangażowanych w konflikt oraz wprowadzania określonych czynności.

M. Borg, J. Kembro, J. Pedersen Notander, C. Petersson, L. Ohlsson (2011) skupili swoje badanie wokół zagadnienia dotyczącego powstawania konfliktów w grupie studentów oraz perspektywy, jak i zarządzania nieporozumieniami przez nauczycieli. Analiza badań wskazuje na istotność nabywania umiejętności rozwiązywania nieporozumień.

W opinii J. Winter, K. Waner oraz J. Neal- Mansfield (2008) w celu usprawnienia pracy w grupie rolą nauczycieli jest między innymi edukacja w zakresie strategii radzenia sobie z konfliktem.

Odnosząc się do wyników badań własnych zauważamy zasadność kształcenia młodych dorosłych w kierunku umiejętności rozwiązywania konfliktów. Podobnie J. Bąbka i J. Binnebesel (2013) podkreślają, iż doświadczanie przez grupę studentów konfliktów stanowi argument do tego, aby edukować młodzież w kierunku strategii rozwiązywania.

Studenci powinni mieć szansę nabywania umiejętności między innymi takich, jak rozwiązywanie konfliktów. Zdolność ta bowiem przyczynia się do efektywniejszej współpracy (Oakley, Felder, Brent, Elhajj, 2004).

Zdaniem M. A. Hitchcock i A. S. Anderson (1997) konflikty w grupie są elementem rozwoju zespołu. Ponadto, nierozwiązywanie nieporozumień może stanowić źródło nieprawidłowego funkcjonowania grupy. Autorzy podkreślają istotność wprowadzania działań mających na celu między innymi nabywanie umiejętności radzenia sobie z konfliktem.

Y. Kiralp, S. Dincyürek, M. Beidoglu (2009) swoje badania skoncentrowali na ustaleniu podejmowania strategii rozwiązywania konfliktów interpersonalnych wśród studentów. Badacze odnieśli się do charakterystyki współczesnego stylu życia. Podkreślili znaczenie nabywania umiejętności radzenia sobie z konfliktem.

W literaturze przedmiotu odnajdujemy liczne przykłady, które potwierdzają ważność podejmowanej tematyki miłości i konfliktów w badaniach.

Sformułowano następujące wnioski dotyczące badanej grupy studentów:

- 1) U młodych dorosłych dominuje, charakterystyczny dla wieku typ miłości Eros, a także współwystępujący z dojrzałą osobowością - typ Agape.
- 2) Osoby preferują najbardziej przystosowawcze strategie, z punktu widzenia budowania relacji osobowych, czyli współpracę i kompromis.
- 3) Altruizm i emocjonalność są charakterystyczne dla studentek.
- 4) Badane kobiety wyróżniają się w stosunku do mężczyzn większymi umiejętnościami współpracy w sytuacjach trudnych.
- 5) Występują korelacje pomiędzy typami miłości a sposobami rozwiązywania konfliktów.
- 6) Miłość jest niezmienna w czasie.

Miłość i konflikty stanowią wiodący temat w życiu człowieka. Badania pokazują jak różnie może być pojmowana miłość. Miłość jest sensem życia i tylko kochany człowiek może w pełni rozwijać się na wielu płaszczyznach i w całym cyklu życia. Miłość najpiękniejsza to ta, która jest nastawiona na drugiego człowieka, nie patrzy na siebie, pobudza do ofiary dla tego, kogo się kocha. Prawdziwie kochać może człowiek uzdrowiony, który uwierzył w bezwarunkową miłość Boga do siebie i wtedy tak właśnie kocha siebie i bliźniego. Taki człowiek jest zdolny do największych poświęceń, bo zrozumiał wielkość poświęceń Boga dla człowieka. Jest zdolny powiedzieć jak św. Paweł „*Miłość Chrystusa przynagla nas*” (2 Kor 5,14). O takiej miłości mówi najpiękniejszy utwór o miłości „*Pieśń nad pieśniami*”: „*Wody wielkie nie zdołają ugasić miłości*” (Pnp 8,7a).

### **Bibliografia:**

- Bąbka J., Binnebesel J. (2013), Współpraca w doświadczeniach studentów, *Rocznik Lubuski*, 39 (2), 227-238.
- Biblia Jerozolimską (2006), Wydanie pierwsze, Poznań: Wydawnictwo Pallotinum.
- Borg M., Kembro J., Pedersen Notander J., Petersson C., Ohlsson L. (2011), Conflict Management in Student Groups - a Teacher's Perspective in Higher Education, *Högskoleutbildning*, 1 (2), 111-124. Dostęp: 19.05.2017 <https://www.researchgate.net>
- Breggin P.R., (1992), *Beyond conflict: From Self-help and Psychotherapy to Peacemaking*, New York: St. Martin's Press. Dostęp: 12.05.2017 <https://books.google.pl>
- Bugay A., Tezer E. (2008), Attachment Styles and Loving Attitudes among Turkish University Students. Paper presented at *2nd Global Conference: Persons, Intimacy and Love*, Salzburg, Austria, 10-13 March. (1-9). Dostęp: 15.05.2017 <https://www.researchgate.net>
- Cramer K., Marcus J., Pomerleau C., Gillard K. (2015), Gender invariance in the Love Attitudes Scale based on Lee's color theory of love, *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 22 (3), 403-413. Dostęp: 04.06.2017 <http://www.tpmmap.org>
- Fromm E., (2007), *O sztuce miłości*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Gajda M., Gajda M., (2012), *Rozwój. Jak współpracować z łaską*, Goleniów: Pro Homine.
- Gordon T., (1993), *Wychowanie bez porażek*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Gut J., Haman W., (1993), *Docenić konflikt: od walki i manipulacji do współpracy*, Warszawa: Wydawnictwo Ośrodek Negocjacji, Mediacji i Marketingu „KONTRAKT” .
- Hamer H., *Komunikowanie i psychologia zarządzania. Podyplomowe Studia Rachunkowości Gospodarstw Rolniczych SGGW*, Dostęp 25.05.2017 [ekr.rgr.sggw.pl/materialy/hamer.doc](http://ekr.rgr.sggw.pl/materialy/hamer.doc)
- Hendrick C., Hendrick S. S. (1986), A theory and method of love, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (2), 392-402. Dostęp: 18.05.2017 doi:10.1037/0022-3514.50.2.392

- Hendrick C., Hendrick S. (1988), Lovers Wear Rose Colored Glasses, *Journal of Social and Personal Relationships*, 5 (2), 161-183. Dostęp 12.05.2017  
[doi:10.1177/026540758800500203](https://doi.org/10.1177/026540758800500203)
- Hendrick C., Hendrick S., Foote F.H., Slapion-Foote M.J. (1984), Do Men and Women Love Differently? *Journal of Social and Personal Relationships*, 1 (2), 177-195. Dostęp 20.05.2017  
<https://doi.org/10.1177/0265407584012003>
- Hitchcock M.A., Anderson A.S. (1997), Dealing with Dysfunctional Tutorial Groups, *Teaching and Learning in Medicine*, 9 (1), 19-24. Dostęp: 21.05.2017 <https://www.researchgate.net>
- Kiralp Y., Dincürek S., Beidoglu, M. (2009), Determining the conflict resolution strategies of university students, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 1(1), 1205–1214. Dostęp: 18.05.2017 [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042809002201](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042809002201)
- Krok D. (2007), Strategie rozwiązywania konfliktów w systemie rodzinnym, *Roczniki teologiczne*, LIV (10), 119-138. Dostęp: 03.06.2017 <https://www.kul.pl>
- Lee J.A., (1973), *The colors of love: An exploration of the ways of loving*, Don Mills: New Press.
- Lenczewska A., (2016), *Słowo pouczenia*, Poznań: Wyd. Agape.
- Oakley B., Felder R.M., Brent R., Elhajj I. (2004), Turning Student Groups into Effective Teams, *Journal of Student Centered Learning*, 2 (1), 9–34. Dostęp: 03.06.2017  
<https://www.researchgate.net>
- Payne B., Sumter M. T., Monk-Turner E. (2005), Conflict resolution and group work: What students learn, *Academic Exchange Quarterly*, 9 (2), 22–27.
- Petrie P., (2013), *Komunikacja w pracy z dziećmi i młodzieżą: wprowadzenie do pedagogiki społecznej*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Reiss I.L., (1980), *Family systems in America*, New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Sheridian Ch.L., Radmacher S.A., (1998), *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Smith R., Klases A. (2016), Predictors of Love Attitudes: The Contribution of Cultural Orientation, Gender Attachment Style, Relationship Length and Age in Participants From the UK and Hongkong, *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 10 (1), 90-108. Dostęp: 10.06.2017 <http://dx.doi.org/10.5964/ijpr.v10i1.204>.
- Sternberg R.J. (1986), A triangular theory of love, *Psychological Review*, 93, 119-135.
- Winter J.K., Waner K.K., Neal-Mansfield J.C. (2008), Team climate and productivity for similar majors versus mixed majors, *Journal of Education for Business*, 83 (5), 265–269. Dostęp: 24.05.2017 <http://dx.doi.org/10.3200/JOEB.83.5.265-269>
- Wojciszke B., (2014), *Psychologia miłości*, Gdańsk: GWP.
- Wojtyła K., (1998), *Poezje. Poems*, Kraków: Wyd. Literackie.
- [www.doskonaleniewsieci.pl/Upload/Artykuly/0\\_3/zestawienie\\_zalacznikow\\_ore.pdf](http://www.doskonaleniewsieci.pl/Upload/Artykuly/0_3/zestawienie_zalacznikow_ore.pdf)
- World Health Organization (WHO), (2017), *Depression*. Dostęp: 18.XI. 2017  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en>.

Dr Bernarda Bereza  
*Katedra Psychologii Klinicznej*  
*Katolicki Uniwersytet Lubelski*

## **Obraz idealnego i realnego małżeństwa jako czynnik trwałości więzi partnerskiej**

### **1. Teoretyczne wprowadzenie do badań własnych**

W czasach współczesnych instytucja małżeństwa, zwłaszcza w opinii młodych osób, zdaje się tracić na wartości. Pośrednio przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać w kryzysie rodziny, udział w kształtowaniu postaw i orientacji życiowych niesprzyjających trwałości związków małżeńskich mają też wzorce lansowane powszechnie przez tzw. osobowości medialne. Te i podobne okoliczności stają się „wodą na młyn” kształtującej się tożsamości młodych dorosłych. Zaczynają się oni gubić w wartościach, często traktując sakrament małżeństwa w sposób umniejszający jego znaczenie, a przede wszystkim podważający jego sakralny wymiar. Bywa, że albo nie wchodzi w instytucję małżeństwa, albo gdy już w niej są, szybko z niej rezygnują, najczęściej przy pierwszym większym kryzysie. Wielu młodych zamiast dążyć do pokonywania napotykanymi trudnościami, poszukiwania dialogu i porozumienia, zostawia sobie w zanadrzu alternatywę ewentualnej separacji bądź rozwodu. Czy można zatem przewidzieć lub prognozować jakie czynniki warunkują trwałość relacji małżeńskiej?

Rozważania w tym kierunku należałoby rozpocząć od przyjrzenia się definicji pojęcia jakości małżeństwa. Nie jest ona jednoznaczna. Zdaniem M. Ryś (1994) konstrukt jakości małżeństwa obejmuje takie wymiary jak poczucie integracji, satysfakcji, szczęścia osobowego, przystosowania oraz komunikacji międzyosobowej. W psychologii w ocenie jakości małżeństwa uwzględnia się także czynniki działające przed zawarciem związku małżeńskiego (m.in. wewnętrzną łączność i bliskość małżonków, dojrzałość osobową partnerów, odpowiednią motywację do zawarcia związku małżeńskiego, słuszny wybór małżonka, działanie wzorców rodziny pochodzenia), czynniki aktywne w trakcie jego trwania (spełnianie przez partnerów swoich ról małżeńskich i rodzicielskich, wzajemne zaspokajanie potrzeb, obdarowywanie się miłością, zbieżną hierarchię wartości, umiejętność komunikacji oraz radzenie sobie z konfliktami itp.). Podkreśla się także rolę statusu społeczno-ekonomicznego, pracy zawodowej małżonków, czy liczebność członków rodziny (Ryś, 1993; Rostowski, 1987; Braun-Gałkowska, 1985 i 1992; Gray, 1995; Wojciszke, 1993). Związki udane zdaniem Z. Lwa-Starowicza (2000) to takie, w których małżonkowie pozytywnie przeszli wszystkie fazy więzi partnerskiej, obejmujące sytuacje kryzysowe oraz



trudne wybory wychowawcze, posiadają żywą więź uczuciową, odnoszą się do siebie z szacunkiem i życzliwością, są tolerancyjni wobec siebie, dopasowani pod względem zainteresowań, poczucia humoru, stylu życia, a także nadal dla siebie wzajemnie atrakcyjni.

Jakość małżeństwa trudno analizować jako konstrukt jednowymiarowy, chociażby ze względu na subiektywny jego aspekt. O tym, czy małżeństwo jest udane, decyduje przede wszystkim zderzenie oczekiwań wobec małżeństwa osób je tworzących z realną wizją zastaną. Subiektywna ocena (nie)spełnienia oczekiwań, bardziej aniżeli podobieństwo do jakiegoś modelu teoretycznego, będzie zatem wyznacznikiem powodzenia małżeństwa (Braun-Gałkowska, 2002).

## 2. Badania własne

### 2.1. Cel badań

W niniejszym opracowaniu celem stało się wyznaczenie obszarów jakości małżeństwa, które w opinii wybranej próbki populacji osób dorosłych, uznawane są jako wytyczne powodzenia małżeństwa. Badano realny i idealny obraz związku małżeńskiego.

### 2.2. Osoby badane

Przebadano 50 osób - 25 par małżeńskich dobranych losowo (50% kobiet i 50% mężczyzn). Badane osoby były w przedziale wiekowym od 20 do 40 lat (średni wiek wyniósł 29 lat)<sup>1</sup>. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny. W większości młodzi małżonkowie pochodzili ze wsi (64%), posiadali wykształcenie wyższe (50%), wykonywali zawody fizyczne (48%) i prace umysłowe (44%), określali swój status materialny jako średni (94%), pary były bezdzietne (40%) lub z jednym dzieckiem (36%), ze stażem małżeńskim poniżej 10 lat (80%).

### 2.3. Metody badania

W badaniach zastosowano *Skalę Powodzenia Matżeństwa (SPM)* M. Braun-Gałkowskiej. Metoda składa się z 46 twierdzeń, będących w założeniu konstrukcji tej metody, wymiarami osiągnięcia szczęścia małżeńskiego. Osoby badane skalę tę wypełniały dwukrotnie, pierwszy raz zakreślając dowolną liczbę twierdzeń prawdziwych dla własnego małżeństwa (SPM I – obraz realny), drugi raz zakreślając twierdzenia, jakie ich zdaniem są ważne dla powodzenia i szczęścia małżeństwa ogólnie (SPM II – obraz idealny). Zestawienie obu list pozwala na określenie liczbowego wskaźnika powodzenia małżeństwa. Wskaźnik rzetelności *r* Pearsona dla tej metody wynosi 0,99 w pierwszym badaniu, w drugim 0,95 (Braun-Gałkowska, 2002). Otrzymano obraz małżeństwa realny i idealny. Porównania obu tych konstruktów dokonano za pomocą testu Wilcoxon.

---

<sup>1</sup> Badania przeprowadzała p. Sylwia Jakubczak.

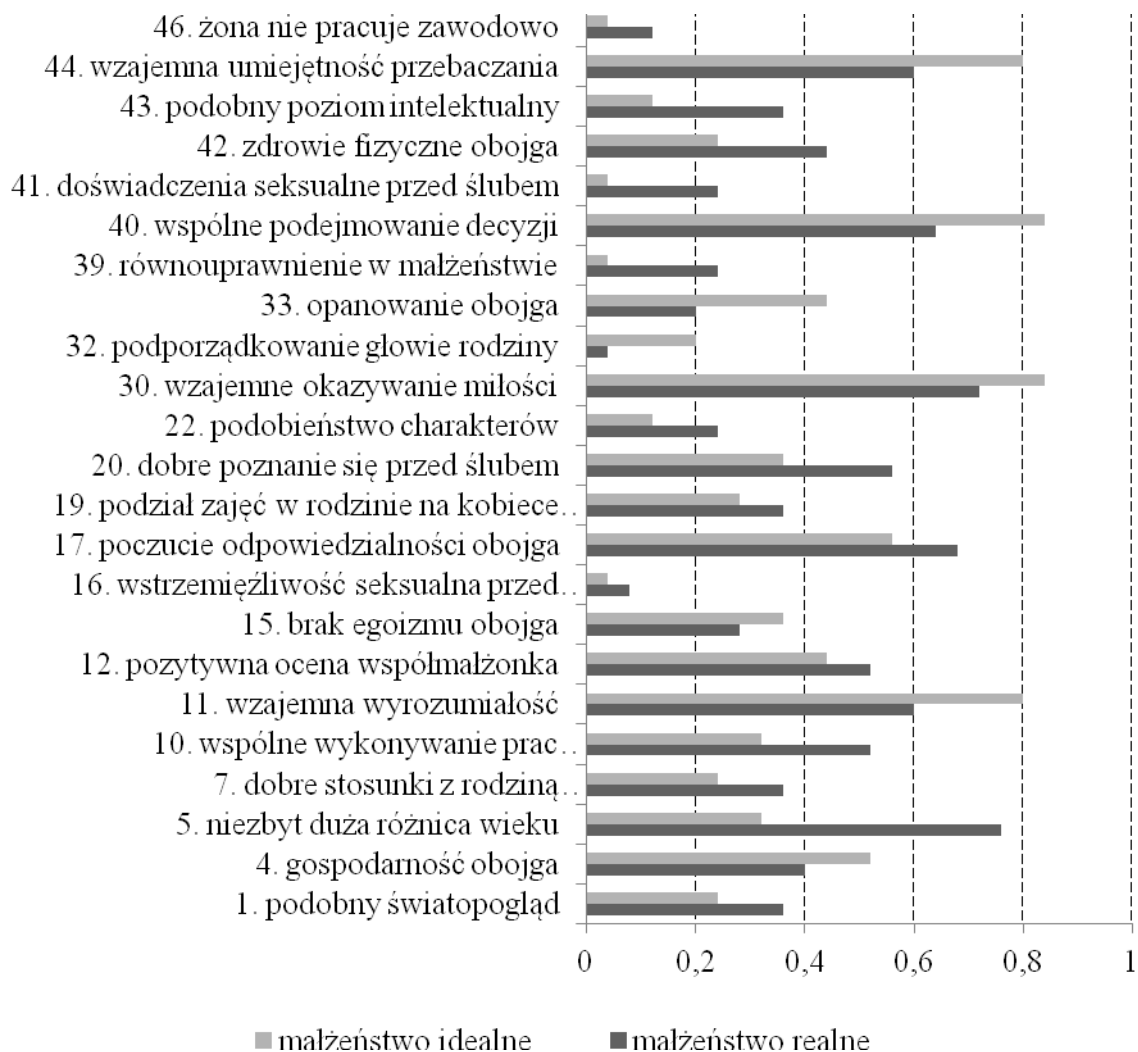
## 2.4. Wyniki

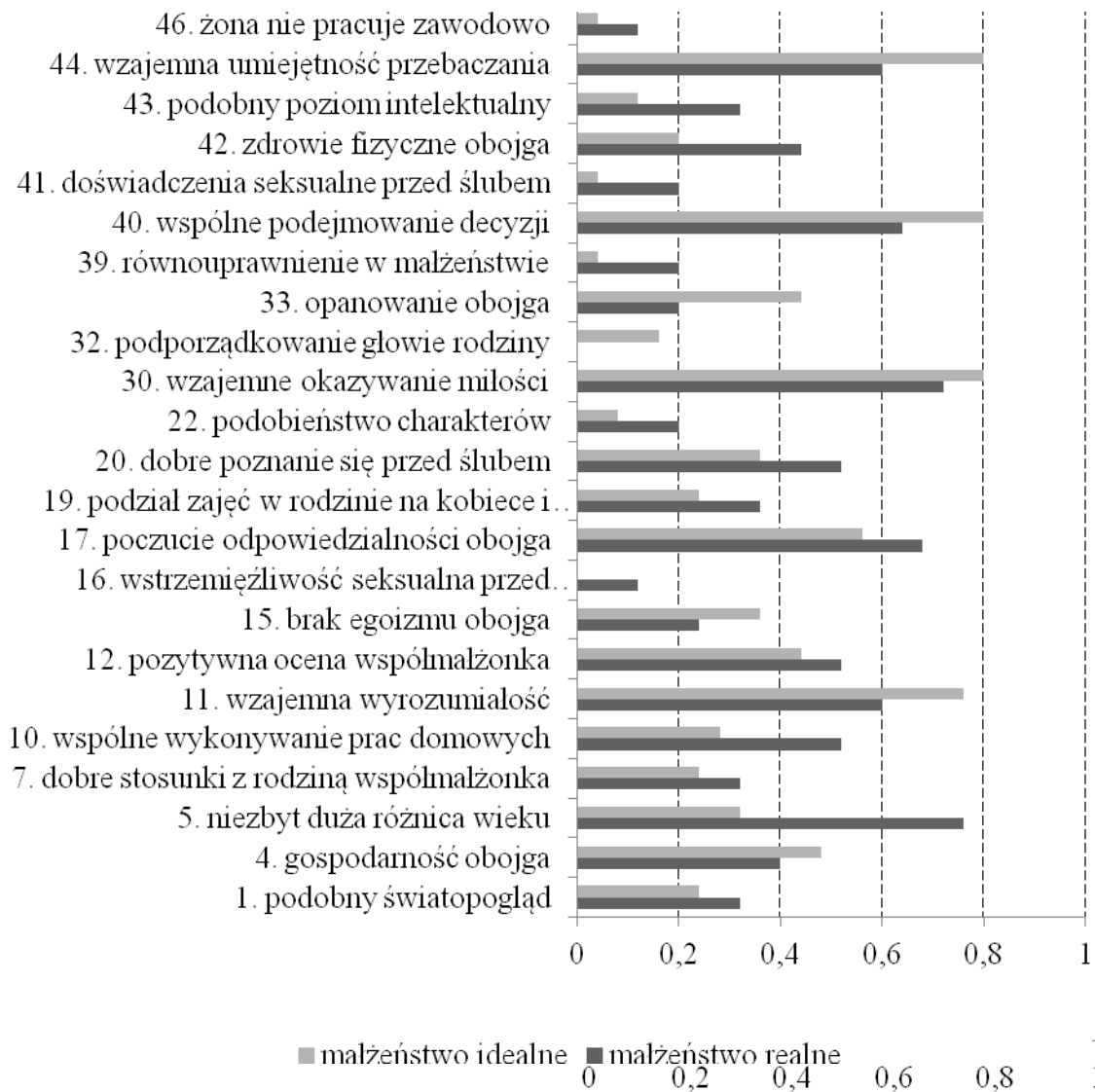
Porównując badane kobiety i mężczyzn pod względem oceny realnego obrazu własnego małżeństwa, nie znaleziono różnic statystycznie istotnych. Porównanie kobiet i mężczyzn pod kątem wyobrażenia sobie ideału małżeństwa, także nie różnicowało wyodrębnionych ze względu na płeć grup respondentów. Kolejnym zatem etapem analiz było porównanie realnego i idealnego obrazu małżeństwa – oddzielnie w grupie kobiet i oddzielnie w grupie mężczyzn. Analiza wyników odnoszących się do realnego i idealnego obrazu małżeństwa ujawniła, że statystycznie istotne różnice zidentyfikowano w 23 spośród 46 skal.

Uzyskane wyniki przedstawiają poniższe wykresy.

Wykres 1. Porównanie realnego i idealnego obrazu małżeństwa w grupie kobiet (N=25)

źródło: opracowanie własne





W

:25)

■ małżeństwo idealne ■ małżeństwo realne

źródło: opracowanie własne

Zdaniem zarówno kobiet, jak i mężczyzn powodzeniu małżeństwa sprzyja większa różnica wieku pomiędzy małżonkami ( $p=0,000$ ), opanowanie ( $p=0,001$ ) i podporządkowanie głowie rodziny ( $p=0,005$ ). Nie bez znaczenia jest gospodarność obojga partnerów ( $p=0,025$ ), brak egoizmu ( $p=0,025$ ) i wspólne podejmowanie decyzji ( $p=0,003$ ). Na jakość więzi małżeńskiej ma wpływ okazywanie sobie miłości ( $p=0,025$ ), wzajemnej wyrozumiałości ( $p=0,003$ ) oraz umiejętność przebaczenia ( $p=0,002$ ). Respondenci snując wizję idealnego

małżeństwa byli zgodni także co do roli kobiety wyrażając potrzebę, aby nie pracowała ona zawodowo ( $p=0,025$ ).

Zdecydowanie mniejsze znaczenie dla powodzenia małżeństwa badane osoby przypisywały wspólnemu światopoglądowi ( $p=0,025$ ). Mniejszy akcent kładziono także na rolę równouprawnienia w małżeństwie ( $p=0,003$ ), cechę odpowiedzialności obojga małżonków ( $p=0,014$ ), czy zdrowie fizyczne ( $p=0,001$ ). W opinii młodych małżeństw jakość więzi między partnerami nie łączy się z dobrym poznaniem się przed ślubem ( $p=0,003$ ), pozytywną oceną współmałżonka ( $p=0,046$ ), podobieństwem charakterów ( $p=0,014$ ), ani też podobnym poziomem intelektualnym ( $p=0,001$ ). Zdaniem obojga płci na jakość małżeństwa wpływu nie ma ani wstrzeźliwość seksualna partnerów przed ślubem ( $p=0,046$ ), ani zbytne doświadczenie seksualne przed zawarciem związku małżeńskiego ( $p=0,003$ ). Charakteryzując idealne małżeństwa badane osoby zwracały uwagę na mniejszą potrzebę utrzymywania dobrych stosunków z rodziną współmałżonka ( $p=0,025$ ), mniejsze znaczenie nadawano też wspólnemu wykonywaniu prac domowych ( $p=0,001$ ) i sztywnemu podziałowi ról w rodzinie ( $p=0,025$ ).

## 2.5. Dyskusja wyników

Badania pokazały zróżnicowany obraz zależności w postrzeganiu związków międzyludzkich. Pierwszą dostrzegalną kwestią jest różnica odczuć w odbiorze własnej aktywności w rolach społecznych. Kobiety mają poczucie powierzenia się decyzjom i opiece głowy rodziny, podczas gdy ich małżonkowie mają odmienny odbiór ich postaw. Sytuacja ta może wynikać z różnic indywidualnych w sposobach komunikowania się kobiet i mężczyzn (Tannen, 1999; Griffin, 2003; Plopa, 2007). Najprościej rzecz ujmując, kobiety prowadząc konwersację są bardziej ekspresyjne, ukierunkowane na nawiązanie poprzez rozmowę relacji, pogłębienie kontaktu interpersonalnego oraz stworzenia poczucia bliskości. Dla odmiany, mężczyźni są mniej ekspresyjni, ukierunkowują się na dominację i konkret, którym jest przekazanie rozmówcy sugestii, opinii oraz wskazanie celu. Widać stąd, że umiejętność skutecznego komunikowania się jest z pewnością, z psychologicznego punktu widzenia, jedną z najbardziej fundamentalnych wytycznych stabilności relacji małżeńskiej (Kornaszewska-Polak, 2013).

Wykazana w niniejszym opracowaniu frustracja potrzeb łączy się z modelowym w opinii badanych osób wzorcem związku opartego na patriarchacie. Ujawniła się też mniejsza potrzeba równouprawnienia w małżeństwie. Respondenci w wizji idealnego małżeństwa jako czynnik prognozujący trwałość związku, wskazywali na potrzebę zmniejszenia aktywności zawodowej kobiet. W tej kwestii chociażby widoczna jest radykalna zmiana postaw i wartości młodych ludzi na przestrzeni lat. Jeszcze w latach 90-tych ubiegłego wieku notowano spadek liczby zwolenników tradycyjnych podziałów ról w rodzinie. Statystyki Polskiego Generalnego Sondażu Społecznego z 1993 r. wskazywały wzrost liczby osób

przyznających obu małżonkom prawo do równego udziału w życiu zawodowym, wyrażających sprzeciw wobec tradycyjnie pełnionych ról, zgodnie z którymi kobieta ma być gospodynią domową, piastunką ogniska domowego, mężczyzna zaś zapewniać rodzinie konieczne do życia środki materialne (Kornaszewska-Polak, 2013). Należy wspomnieć, że model rodziny patriarchalnej propagowany jest także przez Kościół katolicki (około 90% populacji polskiej deklaruje przynależność do Kościoła katolickiego i godzi się na jego udział w kształtowaniu m.in. wizji rodziny). Słusznie należy się spodziewać zatem, że propagowane przez religię katolicką wzorce będą obecne we współczesnej rodzinie (Beisert, 2006). Niniejsze badania zdają się dawać temu wyraz.

Poprzez propagowanie modelu patriarchalnego rodziny przypuszczać można, że badana próbka populacji młodych małżeństw wyraża w ten sposób potrzebę pogłębienia więzi emocjonalnej z partnerem, chęć powierzenia się drugiej osobie (u kobiet) i chęć zaopiekowania się współmałżonkiem (u mężczyzn). Potrzebę zbliżenia i pogłębienia relacji partnerskiej widać także w oczekiwaniach młodych dorosłych, aby w sposób zdrowy dystansować się od swoich rodzin pochodzenia i tworzyć nową, odrębną wspólnotę małżeńską, niezależną od emocjonalnych wpływów osób trzecich.

Niezmiernie ważną kwestią pozostaje wątek współżycia seksualnego. Tu, zwłaszcza mężczyźni odważnie przyznają, że bliskość to także dopasowanie się małżonków w sferze seksualnej, mówienie w poczuciu bezpieczeństwa o swoich potrzebach, zmniejszenie obszarów tabu, odwzajemnianie potrzeb partnera, powierzenie się w wymiarze największej intymności drugiej osobie, zaufanie jej. Bliskość seksualna jest z pewnością najwyższym przejawem intymności między ludźmi. W prezentowanych tu badaniach – w opinii mężczyzn – sprzyja jej rozpoczęcie współżycia płciowego przed ślubem, a frustracja potrzeb seksualnych (m.in. brak zrozumienia i niedopasowanie pod tym względem w sferze seksualnej) okazuje się być ważnym prognostykiem niepowodzenia małżeństwa. Pozostaje to zgodne z doniesieniami w literaturze, przyznającymi aktywności seksualnej znaczącą rolę w tworzeniu więzi międzyludzkiej (Beisert, 2006). Przy czym, deklarowanych w niniejszych badaniach potrzeb młodych osób, zwłaszcza w odniesieniu do seksualności ludzkiej i jej znaczenia dla trwałości małżeństwa, nie należy traktować jako rozluźnienie norm obyczajowych i moralnych. Świadczą one raczej o nadawaniu nowego kształtu granicom pomiędzy tym, co klinicznie w psychologii człowieka nazywamy normą vs patologią seksualną i co Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) włącza w kryteria zdrowia seksualnego (Beisert, 2008).

#### **Wnioski:**

- 1) Nie ma różnic istotnych statystycznie w realnym obrazie małżeństwa w opinii badanych kobiet i mężczyzn.
- 2) Zarówno mężczyźni, jak i kobiety posiadają podobną wizję idealnego małżeństwa.

- 3) Istnieją ważne wytyczne mające w opinii młodych dorosłych istotne znaczenie dla jakości związku małżeńskiego oraz prognozujące powodzenie trwałości małżeństwa.

**Bibliografia:**

- Beisert, M. (2006). Przemiany współczesnej rodziny polskiej. *Rocznik Lubuski*, 32(2), 19-37.
- Beisert, M. (2008). Kryteria diagnostyczne przydatne dla oceny zachowań seksualnych małego dziecka. *Przegląd Seksuologiczny*, 14, 11-19.
- Braun-Gałkowska, M. (1985). *Miłość aktywna. Psychiczne uwarunkowania powodzenia w małżeństwie*. Wyd 2. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Braun-Gałkowska, M (1992). *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*. Lublin: KUL.
- Braun-Gałkowska, M. (2002). *Metody poznawania systemu rodzinnego*. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski, Katedra Psychologii Wychowawczej i Rodziny.
- Gray, J. (1995). *Mężczyźni są z Marsa, a kobiety z Wenus*. Warszawa: Rebis.
- Griffin, E. (2003). *Podstawy komunikacji społecznej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kornaszewska-Polak, M. (2003). Style komunikowania się kobiet i mężczyzn a sytuacje trudne. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2(13), 102-121.
- Lew- Starowicz, Z. (2000). *Seksuologia sądowa*. Warszawa: PZWL.
- Plopa, M. (2007). *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Rostowski, J. (1987). *Zarys psychologii małżeństwa*. Warszawa: PWN.
- Ryś, M. (1993). *Psychologia małżeństwa. Zarys problematyki*. Warszawa: MPPP.
- Ryś, M. (1994). Jakość i trwałość małżeństwa: propozycja skali. *Problemy Rodziny* 3, s.19-20.
- Tannen, D. (1999). *Ty nic nie rozumiesz!* Poznań: Wydawnictwo Zysk i Spółka.
- Wojciszke, B. (1993). *Psychologia miłości. Intymność – Namiętność – Zaangażowanie*. Gdańsk: GWP.

MD, Ph.D. Grażyna Bączek  
*Department of Obstetrics and Gynecology*  
*Medical University of Warsaw*  
Master of Nursing Beata Manista  
*The Children's Memorial Health Institute*  
Th.D. Urszula Tataj-Puzyna  
*Department of Obstetrics and Gynecology*  
*Medical University of Warsaw*

## **Knowledge and opinions of medical staff on Natural Fertility Awareness Methods**

### **1. Introduction**

From the moment of conception, a human is male or female, man or woman. Gender affects the whole human being - a bodily, but also mental and spiritual sphere; cognitive and emotional. Gender penetrates thinking, feelings, actions. Human is a personal being. The essence of human sexuality is an openness to another person. "It is not only about man's openness to woman and woman to man, but also about the openness with a universal dimension - the openness for every love" (Augustyn, 1993, p.16).

Love is fertile in its nature. Fertility is not an addition to the love of two people, but it is a visible manifestation of femininity and masculinity. According to the Christian anthropology, one can say, that a core of femininity and masculinity, of those two poles of one human reality, is directed to the shared experience of love (Augustyn, 2014, pp. 225-234). Fertility is an inherent part of loving and an incredible gift for a mature woman and for a mature man (Rybak, 2010). In other words, fertility and love are inseparable. They are united by the male and female sexuality and emotionality.

Natural methods of fertility awareness are the methods based on self-observation and the ecological lifestyle of a woman, compatible with her physiology. Applying these methods requires an intimate knowledge of body's rhythms of fertility. A woman has to listen to her body and adjust a cohabitation to the rhythms of fertility by a periodic abstinence (Kinle, 2008, pp. 161-186). Fertility of a woman is cyclical, depends on the hormonal changes that occur during every menstrual cycle and lasts from the moment when cervical glands start to secrete a fertile cervical mucus, until 24 hours after ovulation. A healthy man is always fertile. His fertility is constant - from puberty until old age. Fertility of a pair depends on a

lifespan of an ovum, a lifespan of sperm in a fertile mucus, and on an existence of a fertile mucus of a woman (Szymaniak, 2008, pp. 187 – 193).

An important and essential thing, in the subject of fertility awareness, is basic knowledge about functioning human organism in the field of anatomy and physiology of human reproductive system (Kinle, 2008, pp. 161-186; Deluga, 2008, pp. 151-160).

The fertility awareness methods include methods with one indicator (strict thermal method, the Billings Ovulation Method, Creighton Model Fertility Care System) and methods with many indicators (expanded thermal method, Sympto-thermal method). Between Sympto-thermal methods are: the sympto-thermal (double-check) method, the German sympto-thermal method by Rötzer, the American Kippley-Prem method, and the Polish method by T. Kramarek (Kinle, 2008; Deluga, 2008; Dudziak et al., 2006; Kinle et al., 2009, pp. 59-70; Lichtarowicz, 2010; Wójcik, 2014; Rötzer, 2007). The effectiveness of natural methods of fertility awareness and satisfaction with their use depends primarily on reliable knowledge, on the correct understanding of the instructions of the method and on the precise and systematic recording of observation. The mutual commitment and motivation of both men and women are also very important (Kinle, 2008, pp. 161-186; Lichtarowicz, 2010).

The advantages of natural fertility awareness methods may be classified into the category of values. The measurable values include:

- being in harmony with a natural fertility rhythm, promotion of a healthy lifestyle;
- not interfering in the physiological processes in the woman's body;
- the knowledge about physiological processes, greater self-awareness of procreation health;
- greater chances of early diagnosis in case of gynecological abnormalities;
- little or no financial outlay;
- promotion of stable and monogamous relationships which helps to reduce the spread of sexually transmitted diseases.
- The spiritual and moral values of natural fertility awareness methods are:
- respect for the biological, mental, social and spiritual integrity of a human person;
- promotion of conscious parenting, respect for a human expressed in an unconditional acceptance of a conceived child;
- education for responsibility, mutual respect between woman and man;
- strengthening relationship bond; (Rybak, 2010; Dudziak, Deluga, 2006; Troszyński, 2009; Kipplay, 2002).

One of the professional tasks of the medical staff (midwives, nurses and doctors) is health education and health promotion, with particular emphasis on procreation health. The above-mentioned health benefits of natural fertility awareness methods prove that the medical staff should be the first to promote the knowledge about these methods, as well as the first source of reliable education in this field. In this article, the authors undertook to



examine the level of knowledge and opinions among medical staff about the natural fertility awareness methods.

**Aims of the study:** to determine what level of knowledge and what opinions about natural methods of fertility awareness present medical staff.

**Materials and method:** the study was made with the diagnostic survey method, using a questionnaire. A research tool was a self-constructed questionnaire with 40 questions - close-ended and semi-closed, of a single choice and multiple choice. In the questions concerning knowledge were provided indicators of the level of knowledge - high between 7 and 10 points (70% - 100%), average between 4 and 6 points (40% - 60%), low between 0 and 3 points (0% - 30%). In the question about the opinion, the five-level Likert scale was used (from complete rejection to full acceptance).

The study group included medical staff from Warsaw hospitals. Participation in the study was voluntary and anonymous (the completed questionnaire could be returned to a special closed box which was placed in an accessible place).

The group of dependent and independent variables, and detailed indicators were defined before the study was undertaken (tab. I).

Table 1a. Variables and indicators

Variables	Indicators	
<b>Independent</b>	Age	Up to 25 years 26-30 years 31-40 years 41-50 years 51 years and more
	Sex	Female Male
	Marital status	Single Partnership (unmarried) Married Widow / widower Divorced or after the annulment of the marriage

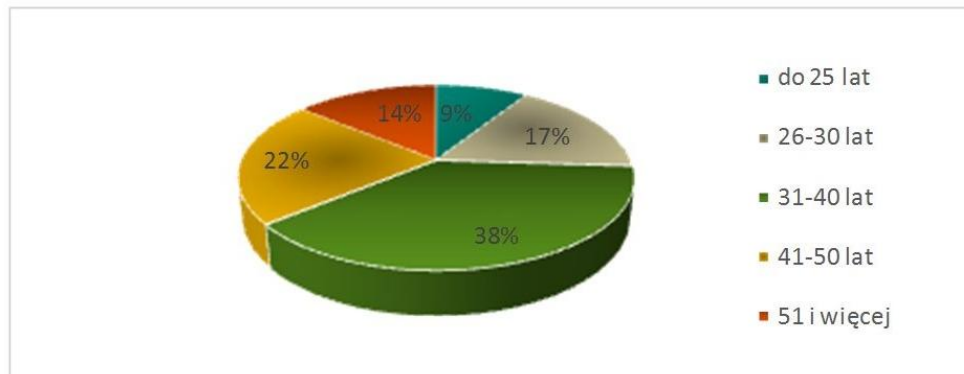
Table 1b. Variables and indicators

Variables	Indicators	
	Occupation	Doctor Nurse / Male nurse Midwife / Male midwife Nursery nurse Dietitian Physiotherapist Other.....
	The educational attainment	Secondary education Bachelor Master Ph.D. Other.....
	Job seniority	Up to 2 years 2-5 years 6-10 years 11 years and more
	Having children	Yes, one Yes, two Yes, three or more No, but I want to have children No, I do not want to have children
	Using of natural methods	Yes,. What kind of method..... No
<b>Indirect</b>	Values in life	Wisdom / Love / Hope / Independence / Homeland, patriotism / Passions and Adventure / Money and prosperity / Friends / Family / Personal development / Sex / Strength / Professional fulfillment / Respect / Honesty / Faith / Loyalty / Appearance / Education / Health
<b>Dependent</b>	The level of knowledge	High / 7 - 10 p. Average / 4 – 6 p. Low / 0 – 3 p.
	Opinions	Definitely yes Rather yes I have no opinion Probably not Definitely not

## 2. Characteristics of the respondents

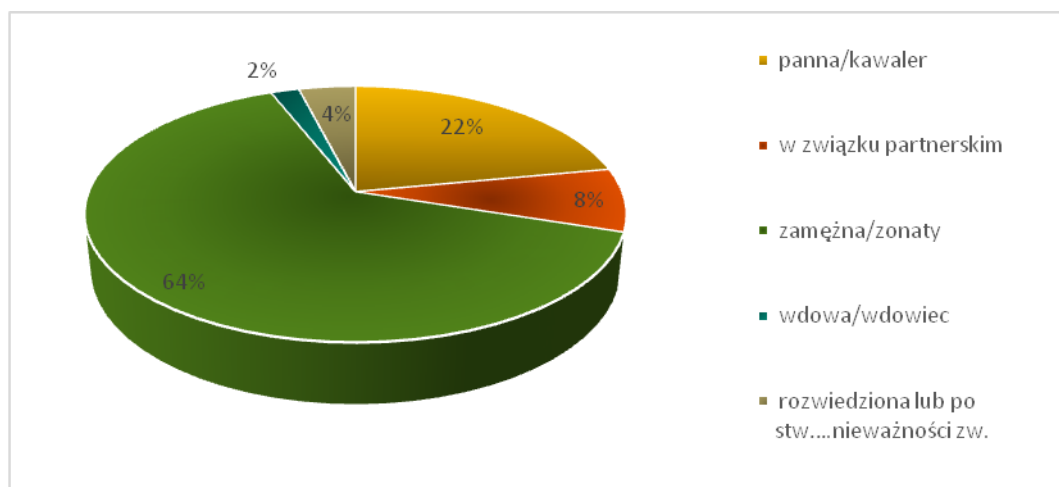
The study included a group of 100 people. The largest group was people aged between 31-40 (38%) and 41-50 (22%). Then, groups aged between 26 - 30 (17%), over 51 (14%) and people up to 25 (9%). (Fig. 1) The vast majority were women (92%).

Fig. 1. Age distribution of the respondents



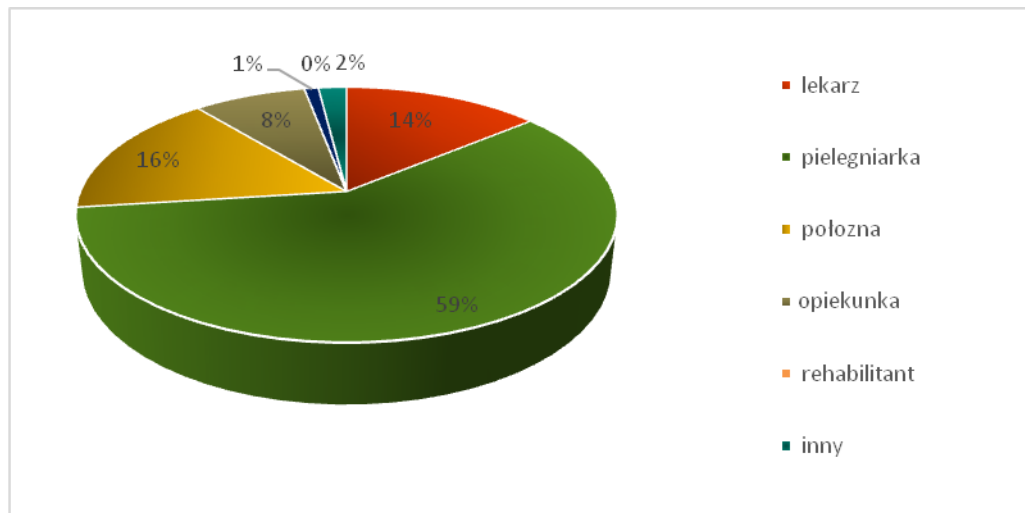
Most of the respondents are married (64%). The 22 % are single and 8% declare being in the partnership. A small percentage is divorced (4%) and widowed (2%). (fig. 2)

Fig. 2. Marital status of the respondents



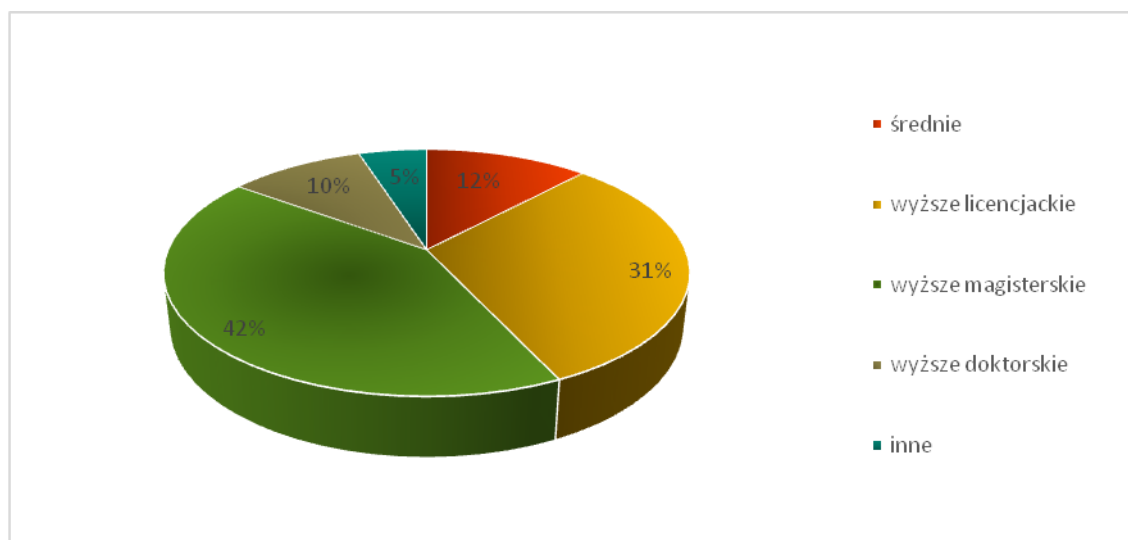
The characteristic of the professional situation of the respondents was as follows: the largest group were nurses (59%). Then, midwives (16%), doctors (14%), nursery nurses (8%) and representatives of other medical professions (3%). (fig. 3)

Fig. 3. The occupation of the respondents



The educational attainment of the respondents is as follows: the largest group declares to have a master degree (42%). 31% of respondents are bachelors 12% have secondary education, 10% have doctor's degree. (Fig. 4).

Fig. 4. The educational attainment of the respondents



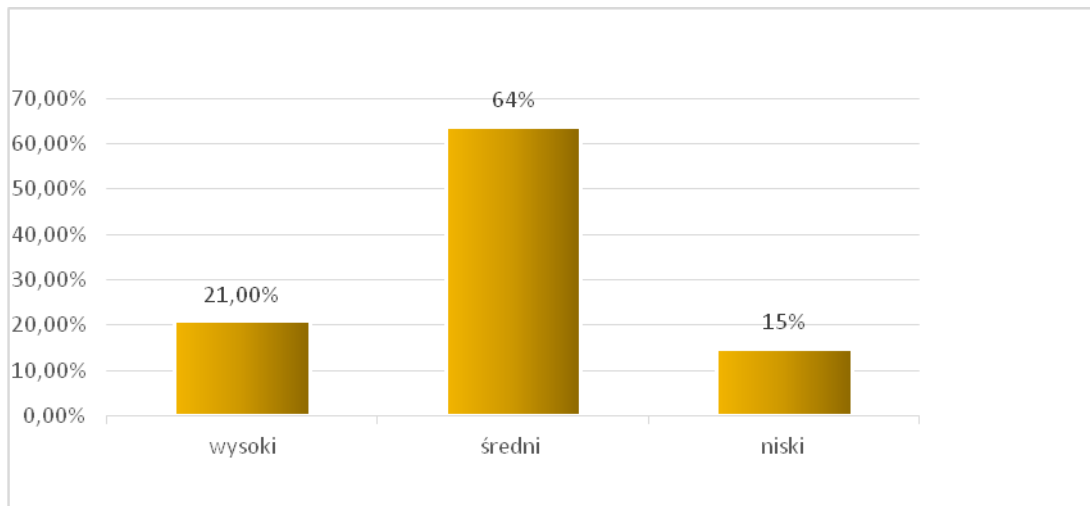
The characteristic of the tested group concerning the number of children shows that the largest group of respondents has 2 children (29%), then, are parents of 1 child and childless people who want to be a parent in future (both groups 28%). 10% of the respondents have 3 children. 5% is childless and have no plans to have children in the future. 26% of the respondents claim to use the natural fertility awareness methods.

### 3. The results

#### 3.1. The level of the knowledge of the respondents about the Natural Fertility Awareness Methods

The general knowledge of the respondents about the natural fertility awareness methods is as follows: the largest group of the respondents (64%) shows the knowledge on the average level, 21% demonstrate a high level of knowledge, the level of 15% of the respondents is low. (fig. 5)

Fig. 5. The general knowledge of the respondents



A careful analysis of the correctness of the selected responses shows the following facts: 35% of the respondents correctly specify the time of the egg's ability to fertilize, 64% correctly determine the main symptoms of fertility in the woman's hormonal cycle, 84% properly describe fertile mucus as an indicator of fertility, 25% correctly define the so-called "fertile window" so the fertile time for a pair in the cycle.

### 3.2. Respondents' opinions on the Natural Fertility Awareness Methods

The description of the opinions focuses on the most frequent answers. A complete data is shown in Table II.

Table II. Respondents' opinions on the Natural Fertility Awareness Methods

No.	Questions or Statements	DEFINITE LY NOT	RATHER NOT	I HAVE NO OPINION	RATHER YES	DEFINITE LY YES
1.	Are you interested in human fertility?	2%	40%	7%	39%	12%
2.	Can you interpret the menstrual cycle chart on which BBT and the quality of cervical mucus are marked?	8%	17%	11%	56%	8%
3.	The NFAMs are popular in your environment	9%	42%	24%	22%	3%
4.	The NFAMs can be said to be one of the methods of contraception	16%	17%	8%	47%	12%
5.	The NFAMs is an effective method of fertility diagnosis	7%	14%	22%	46%	11%
6.	The observation of symptoms requires commitment, but it becomes easier over time	1%	10%	20%	51%	18%
7.	The observation of symptoms is too difficult, complicated, time-consuming / uncomfortable	11%	45%	16%	22%	6%
8.	The NFAMs are out-dated / old-fashioned	7%	24%	30%	33%	6%
9.	The NFAMs are used only by Catholics	10%	30%	20%	34%	6%
10.	In media, handbooks and medical journals the subject of the NFAMs is not often discussed	6%	9%	21%	53%	11%
11.	The NFAMs affect a relationship bond because they teach cooperation, mutual engagement, responsibility for fertility and for each other and a respect for a partner.	6%	9%	25%	36%	24%

No.	Questions or Statements	DEFINITE LY NOT	RATHER NOT	I HAVE NO OPINION	RATHER YES	DEFINITE LY YES
12.	The NFAMs reduce sexual satisfaction and spontaneity	7%	29%	21%	32%	11%
13.	The NFAMs require deeper involvement than using contraceptives	5%	16%	10%	40%	29%
14.	It is safer to use the NFAMs because of contraception side effects	4%	15%	25%	32%	24%
15.	The NFAMs are helpful in family planning	4%	16%	26%	39%	15%
16.	The NFAMs are part of a healthy lifestyle	3%	9%	25%	44%	19%
17.	Stress, bad nutrition, drugs have an impact on human fertility	2%	2%	4%	23%	69%
18.	The NFAMs promote self-awareness of a body and health	5%	4%	16%	34%	41%
19.	The NFAMs help with early diagnose and treat gynecological abnormalities	5%	12%	25%	28%	30%

More than half of the respondents (51%) declare to be interested in the issues of human fertility. 64% claim to be able to interpret the menstrual cycle chart, where Basal Body Temperature and mucus secretion are marked. More than half of the tested people say (51%), that the natural methods are not popular in their environment. 1/3 of the respondents think that the NFAMs are not the same as contraception. For 57% of the respondents, natural methods are effective in recognizing fertility.

The substantial majority of the respondents (69%) agree with the statement that the observation of symptoms requires commitment, but it becomes easier over time. 56% think that the observation of symptoms is too difficult, complicated, time consuming / uncomfortable. 39% of the respondents claim that natural methods are out-dated and old-fashioned.

A statement that natural methods are used only by Catholics shows a clear polarization between the respondents - 40% agree with that opinion, and the same percentage disagree.

64% say that in media, handbooks and medical journals the subject of the NFAMs is not often discussed. The majority of the respondents (60%) admit that the NFAMs have an

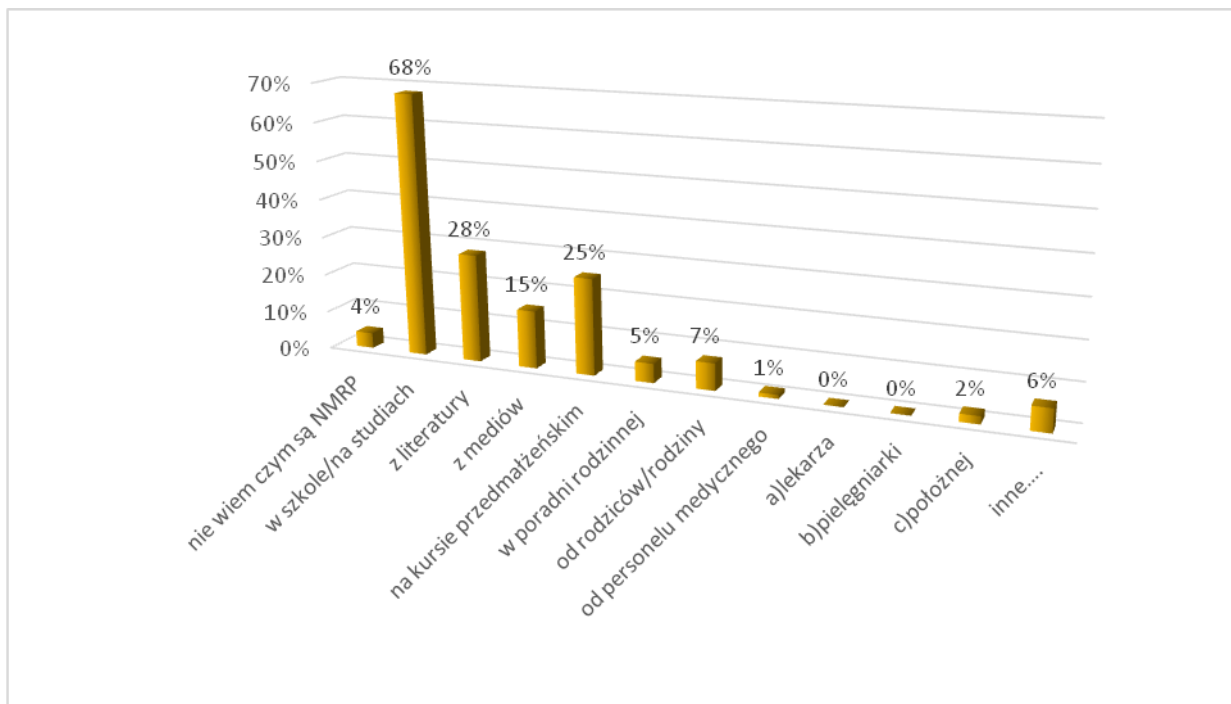
impact on relationship bond (teach cooperation, mutual engagement, responsibility for fertility and for each other and a respect for a partner). 43% claim that the NFAMs reduce sexual satisfaction. Most of the respondents (69%) believe that the NFAMs require deeper involvement than using contraceptives. 56% think, that it is safer to use the NFAMs because of contraception side effects. The greater number of the respondents (54%) positively refers to a statement that the NFAMs are helpful in family planning and that they are part of a healthy lifestyle (63%).

Almost all of the respondents (92%) agree that stress, bad nutrition, drugs have an impact on human fertility. 75% believe the NFAMs promote self-awareness of a body and health. More than a half (58%) claims that the NFAMs help with early diagnoses and treat gynecological abnormalities.

### 3.3. The role of medical staff in promoting the knowledge about the NFAMs

The results of the study show that the major group of the respondents gained the knowledge about the natural methods of fertility awareness from schools or university studies (68%), fewer of them from literature (28%) or during a training course (25%). 15% of the respondents acquired the knowledge from media. 3% learned about the NFAMs from the medical staff. (Fig. 6)

Fig.6 Respondents' source of the knowledge



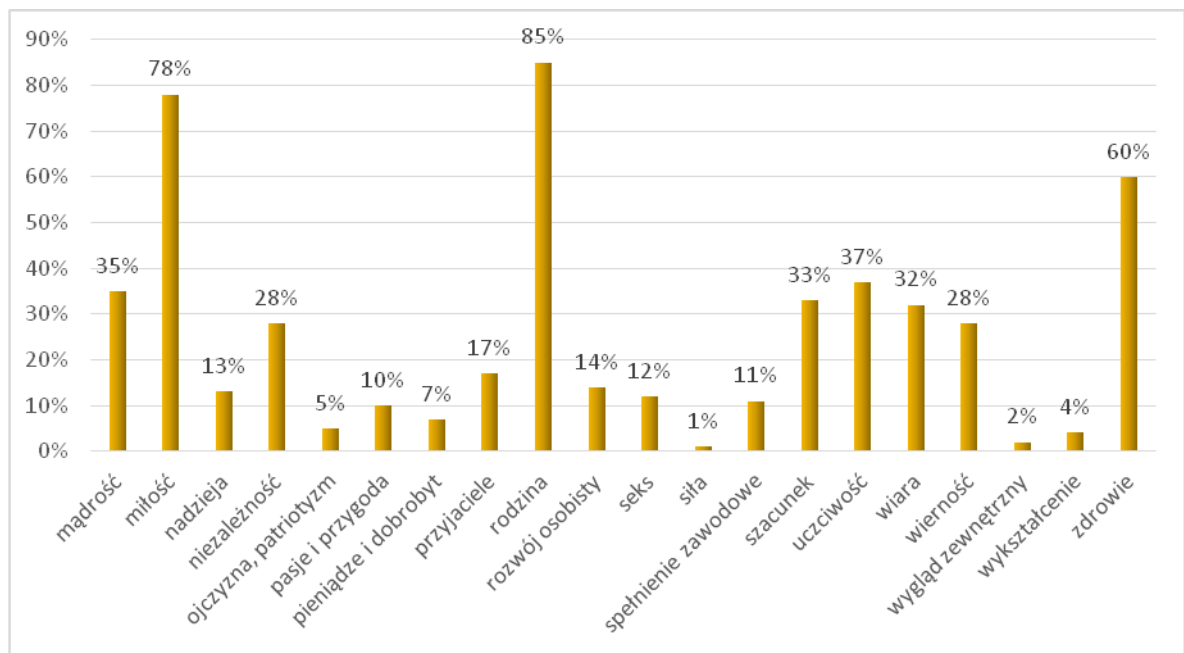


Only 8% of the respondents received information about the NFAMs from a gynecologist or other physician. 35% of them claim that they had not received information about the natural methods of fertility awareness. Most of the respondent (57%) had never asked the doctor about the NFAMs.

### 3.4. The system of values in the tested group

The most common values declared by the respondents are family (85%), love (78%), health (60%), honesty (37%), wisdom (35%), respect (33%) and faith (32%). (Fig. 7)

Fig. 7. The most important values



## 4. Discussion

Knowledge and self-awareness of a human influence his choices, shape his reality and constantly direct him towards development. An awareness of a body, its physiological processes and its spiritual and emotional needs is combined with an integral vision of a human. It follows and grows in respect to physiology and results in an inner harmony (Tataj-Puzyna, 2011). Aspect of human procreation is a controversial issue constantly recurring in the debate. For some people, procreation means giving life, for others it is purely biological process. In the biosphere, man is the only living being who is aware of his

freedom. Is he using this freedom wisely? (Dudziak, Deluga, 2006).

The aim of the study was to determine what level of knowledge and what opinions about natural methods of fertility awareness present medical staff. It was assumed that the knowledge of the staff was on the high level. The results show, that the highest percentage of the respondents (64%) has an average knowledge, 21% show the knowledge on high level and the knowledge of 15% is low. Thus, the hypothesis that the tested group should present a high level of knowledge has not been confirmed. However, it can be said that the overall level of knowledge of the respondents was satisfactory. The next issue of this work was to determine the clear picture about the opinions presented by the medical staff on the natural methods of fertility awareness. It was assumed that the opinions of the respondents would be divided. The results confirm the hypothesis, because the opinions about the NFAMs are, in fact, divided. 57% of the respondents consider the natural methods to be effective, however, as many as 78% of the respondents do not use them. Although 56% believe that it is safer to use the NFAMs because of contraception side effects, 46% of the respondents state, that very carefully used hormonal pill is a more reliable method than the natural methods, the group of 36% abstained from expressing an opinion.

It might be assumed, that the knowledge about the differences between the NFAMs and contraception is spread without sufficient precision. In the professional literature the natural methods are still considered as a contraception. From this perspective, it is not surprising that the results of the studies by Deluga and Aftyka show that a significant group of users of the natural methods associates them with contraceptives (Deluga, Aftyka, 2010, pp. 71-80).

In presented here research, 53% of the respondents consider natural methods to be a part of a healthy lifestyle and even 75% claim, that the natural methods promote self-awareness of a body and health. So, it seems that natural methods are worth recommending. Nearly half of the respondents (43%) recommend the NFAMs, however a large group of 45% of the respondents have no opinion on this issue. If the natural methods contribute to increase body and health awareness and if the role of medical staff is to explore the subject of health and of its promotion, then why medical staff do not promote natural methods? If they promote it why opinions about this issue are so divided?

According to the research conducted by Dębska et al., tested group of medical students mostly knew the basics in the field of woman physiology and fertility. Still, not all of the respondents knew, that an observation of the menstrual cycle might be helpful to detect many functional disorders and diseases of a reproductive system. The natural methods of family planning are (or will be) used by the minority of medical students (Dębska et al., 2017, pp. 141-147).

In presented here studies, only (or as many as) 26% of the respondents are using the natural methods of fertility awareness, it is, however, worth to notice that almost half of the tested group want to extend their knowledge on this subject. The research attempted to determine the respondents' source of knowledge about the NFAMs. It was assumed, that the first source was school and university studies. The research confirmed that hypothesis. The

major group of the respondents gained the knowledge about the natural methods of fertility awareness from schools or university studies (68%), fewer of them from literature (28%) or during a training course (25%). 15% of the respondents acquired the knowledge from media. It is unfortunate, that only 3% learned about the NFAMs from medical staff. 4% of the respondents did not know what the NFAMs are. It should be noticed, that some of the respondents admitted in the open questions, that they had learned about the natural methods from the questionnaire. Only 8% of the respondents received information about the NFAMs from a gynecologist or other physician. A large percentage (35%) claim that they did not receive information about the natural methods of fertility awareness. A vast majority of the respondents (57%) had never asked the doctor about the natural methods, what shows the lack of interest declared by 42% of the tested staff. Nevertheless, according to Deluga and Wiśniewska, the information on natural methods of fertility awareness is expected, primarily, from physicians, and then, from midwives and nurses (Deluga, Wiśniewska, 2011, pp. 91-104). Other authors report, that midwives, as professionals in reproductive health, are insufficiently involved in the process of education about natural methods of fertility awareness (Bączek et al., 2010, pp. 266–271).

According to this research, 64% of the respondents believe that in media, handbooks and medical journals the subject of the NFAMs is not often discussed. When looking for sources on natural methods of fertility awareness it should be noticed, that the most information was collected in books, articles, brochures that could be obtained during courses related to natural methods. The information on this subject was also available in Catholic bookstores and on websites.

As Biskupska and Niewiadomska claim, teaching about the basics of fertility physiology is a very important element of sexual education. In a religiously and culturally diverse society, teaching program should be acceptable to all groups of consumers. A Social Education programme in Poland is A-type education - abstinence-only sex education (Biskupska, Niewiadomski, 2011, pp. 469–472).

Effects of education are showed by Dudziak in her studies on the opinions about the methods of family planning expressed by students of Family Studies. The author points out changes in attitudes of students who were participating in the NFAMs courses. In 2011, 93% of participants admitted, that their attitude to the natural methods of family planning had changed positively under the influence of the course. After the course in 2012/2013 academic year, a percentage of students who had considered using contraceptives as morally unacceptable declined from 43.4% to 19.2%, and the percentage of those who had objected to them increased from 55.3% to 80.8% (Dudziak, 2015). Muzyczka et al. tested what students of the Medical University of Lublin knew about the fertility and methods of family planning. It was found out, that the majority of students, from the major fertility indicators, had known about the changes in basal body temperature (BBT) and symptoms of cervical mucus. Most of them also knew that fertility of a woman is cyclical and lasts until the last ovulation in a woman's life. Regarding contraceptive methods, students usually chose the mechanical

methods, a rejected sexual intercourse and hormonal pills. A calendar method was most common between the natural methods (Muzyczka et al., 2012). The difference between these and previous studies is, undoubtedly, related to the presence (or lack of) a variable such as education.

A belief that the natural methods limit the satisfaction of sexual life is quite common. The studies presented here shows divided opinions, but 43% of the respondents agree with this assumption. So, is it possible that the natural methods have an impact on relationships? 60% of the respondents admit, that the NFAMs positively affect a relationship bond because they teach cooperation, mutual engagement, responsibility for fertility and for each other and a respect for a partner. According to Komorowska - Pudło's studies on the value system of heterosexual women, natural family planning, as well as contraception, reinforce the marriage provided that these methods are accepted by the couple. However, the women who took part in the test, admit that they prefer a contraception. The natural methods of family planning cause more difficulties between spouses and require a lot of sacrifices. Contraceptives are easier to use and allow partners for greater sexual freedom (Komorowska-Pudło, 2014).

Rutkowska et al. studied the methods of pregnancy prevention in the opinions of women of childbearing age in the context of the Catholic faith. The studies show that the level of religiosity has an impact on a contraception and on a decision to use a specific contraception method. The opinions of the women who find Catholic faith important were consistent with the teaching of the Catholic Church (Rutkowska et al., 2012, pp. 113- 117). Kamiński, who examined an impact of religiosity between brides and grooms on their opinions about the regulation of conception, states that almost half of them do not agree with the position of the Church (48,8%). More than one in six respondents considers contraception as a moral evil but sees no alternative (15.7%). More than one in ten considers this to be ethically indifferent (10.6%), and only less than ten percent has the same opinion as of the Church and strongly disclaims contraception (9.4%). It is also interesting, that more than one in six respondents had no opinion on this matter (16.0%) (Kaminski, 2014). Rzepka also analyzes the importance of the NFP for the development of the marriage - family relationship. Her studies show, that the influence of the NFP on the development of marriage and family bonds is significant. This is confirmed by numerous spouses' declarations, who indicate the deepening of conjugal love and a new look at married life and at the field of procreation (Rzepka, 2015).

Bińkowska et al. studied knowledge and opinions among women on the methods of family planning. Women say that the natural methods are known only superficially. They described them as unsuitable for use (regardless of the educational attainment) (Bińkowska et al., 2004, pp. 18-26). It seems, that the first variable obviously determines the second one. In this context, the opinion about using the Natural Methods of Family Planning presented by the Team of Experts of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians appears to be important. It might be read, that the natural methods should be recommended to women

who, for ideological reasons, do not accept other methods of pregnancy prevention. These methods should be also suggested when there are contraindications or unwillingness to use other, especially hormonal, methods of contraception and when women would accept the pregnancy (Zespół Ekspertów PTG, 2010).

Because of a clutter of information about the natural fertility awareness methods, deficiencies in education on this matter, social expectations and scientific recommendations the promotion of those methods between medical staff seems to be essential. Because of professional duties, the medical staff is obliged to teach about health education also in the field of reproductive health.

## 5. Conclusions

1. The knowledge of medical staff on natural methods of fertility awareness is at the average level.
2. The respondents' opinions on the natural methods of fertility are divided.
3. The main source of knowledge for medical staff about the NFAMs is education at school or university studies.
4. These methods should be promoted among the medical staff, who due to professional functions are obliged to teach about health education also in the field of procreation health.

## Bibliography:

- Augustyn J., (1993), *Integracja seksualna* [Sexual Integration], Kraków: Publishing House „M”.
- Augustyn J., (2014), *Duchowość mężczyzny i kobiety*, [Spirituality of man and woman] (in: *Sztuka relacji międzyludzkich. Miłość, Małżeństwo, Rodzina*, [The art of interpersonal relations. Love, Marriage, Family], J. Augustyn (ed.), pp. 225-234, Kraków, Publishing House WAM.
- Bączek G., Kawecka N., Dmoch-Gajzlerska E., (2010), *Metody planowania rodziny w grupie kobiet zamężnych – wybór, ocena, satysfakcja*, *Problemy Pielęgniarstwa* [Methods of family planning in the group of married women - choice, evaluation, satisfaction, *Problems of Nursing*], No.,18 (3), pp. 266–271.
- Binkowska M., (2004), Dębski R., Bednarowska – Flisiak A., *Wiedza i opinie o antykoncepcji wśród kobiet polskich w wieku 45 – 54 lat*, *Przegląd Menopauzalny* [Knowledge and opinions about contraception among Polish women aged 45-54, *Menopausal Review*], No., 6, pp. 18–26.
- Biskupska M., Niewiadomski T.J., (2011), *Wiedza na temat fizjologii płodności – obszar niezagospodarowany przez sektor edukacji i sektor ochrony zdrowia*, *Nowiny Lekarskie* [Knowledge of physiology of fertility - an area not covered by the education and health sector, *Medical News*], Nr 80 (6) [No. 80 (6)], pp. 469–472.
- Deluga A., (2008), *Biomedyczne aspekty NPR. Samoobserwacja* [Biomedical aspects of NFP. Self-observation], (in: *Naturalne planowanie rodziny* [Natural Family Planing], W. Wieczorek (ed.), pp. 151-160, Lublin: Publishing House „Gaudium”.

- Deluga A., Aftyka A., (2010), Wybrane środki antykoncepcyjne i metody naturalnego planowania rodziny w ocenie etycznej studentów lubelskich uczelni, *Życie i płodność* [Selected contraceptives and methods of natural family planning in the ethical evaluation of Lublin students, *Live and Fertility*], Nr 4 [No. 4], pp. 71-80.
- Deluga A., Wiśniewska I., (2011), Wiedza kobiet na temat planowania rodziny i fizjologii płodności, *Życie i płodność* [Women's knowledge on family planning and on the physiology of fertility, *Life and fertility*], Nr 2 [No.2], pp. 91-104.
- Dębska S., Szyszka M., Bączek G., Dmoch-Gajzlerska E., (2017), Wiedza studentów kierunków medycznych na temat fizjologii płodności kobiety i naturalnych metod planowania rodziny, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* [Knowledge of medical students on the physiology of female fertility and natural methods of family planning, *Nursing and Public Health*], Nr 7(2) [No.7(2)], pp. 141–147.
- Dudziak U., (2015), Opinie studentów nauk o rodzinie na temat metod planowania rodziny, *Roczniki Teologiczne* [The opinions of students of Family Studies on family planning methods, *Theological Yearbooks*], Tom I [Volume 1]. XII, zeszyt 10 [Book 10].
- Dudziak U., Deluga A., (2006), *Naturalne planowanie rodziny* [Natural Family Planning], Szczecinek: Fundacja Nasza Przyszłość [Foundation Our Future].
- Kamiński K., (2014), Wpływ religijności narzeczonych na poglądy dotyczące regulacji poczęć i przerywania ciąży, *Rocznik Teologii Katolickiej* [An impact of religiosity between brides and grooms on their opinions about the regulation of conception and abortion, *Yearbook of Catholic Theology*], tom XIII/2 [Volume XIII/2].
- Kindle M., (2008), Naturalne planowanie rodziny – metody rozpoznawania płodności [Natural family planning - fertility awareness methods], (in:) *Naturalne planowanie rodziny* [Natural family planning], W. Wieczorek (ed.), pp.161-186., Lublin: Publishing House „Gaudium”.
- Kinle M., Szymaniak M., (2009), Fazy cyklu miesięczkowego i objawy płodności w cyklu miesięczkowym [Phase of the menstrual cycle and symptoms of fertility in the menstrual cycle], (in) *Rozpoznawanie płodności* [Fertility Awareness], M. Troszyński (ed.), pp. 59-70, Warszawa, Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny [Polish Natural Family Planning Teachers Association].
- Kipplay J.S., (2002), *Sztuka naturalnego planowania rodziny* [The art of natural family planning], Zalesie Górne: LMM Naturalne Planowanie Rodziny [CCL Natural Family Planning].
- Komorowska-Pudło M., (2014), System wartości Schelerowskich a postawy dorosłych wobec wybranych aspektów relacji w heteroseksualnych związkach intymnych [System of Scheler values and attitude of adults towards selected aspects of relations in heterosexual intimate relationships], *Fides et Ratio*, 2014, 1(17), pp. 57-90.
- Lichtarowicz A., (2010), *Kiedy jestem płodna a kiedy nie* [When I'm fertile and when I'm not], Katowice: Publishing House Unia.
- Muzyczka K., Rząca M., Deluga A., Denisow M., Janiec E., Krzos A., Oleszczuk K., Przystupa

- H., (2012), Wiedza studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na temat płodności i metod planowania rodziny [Knowledge of the students of the Medical University of Lublin about fertility and methods of family planning], [in:] *Institucja rodziny wczoraj i dziś. Perspektywa interdyscyplinarna [Family institution yesterday and today. Interdisciplinary perspectives]*, Tom 2 [Volume 2], Społeczeństwo i Kultura [Society and Culture], (ed.) J.K. Stępkowska; K. M. Stępkowska, Politechnika Lubelska: Lublin.
- Rötzer J. E., (2007), *Ja i mój cykl [Me and my cycle]*, Warszawa: Instytut Naturalnego Planowania Rodziny, INER[Institute for Natural Family Planning].
- Rutkowska A., Rolińska A., Milanowska J., Kowalska A.J., Kryś K., Sidor K., Makara-Studzińska M., (2012), Metody zapobiegania ciąży w ocenie kobiet w wieku rozrodczym a deklarowana istotność wiary katolickiej – badania pilotażowe [Methods of pregnancy prevention in the opinions of women of childbearing age and the importance of the Catholic faith - pilot studies] *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu [General Medicine and Health Sciences]*, Tom 18 [Volume 18], Nr 2 [No.2], pp. 113- 117.
- Rzepka K., (2015), Znaczenie NPR dla rozwoju więzi małżeńsko-rodzinnej na podstawie świadectw małżonków z archiwum diecezjalnego w Sandomierzu w latach 1976-1978 [The importance of the NFP for the development of the marriage-family relationship on the basis of the declarations of the spouses provided in the diocesan archives in Sandomierz between 1976 and 1978], *Studia nad Rodziną [Family Studies]*, UKSW [Cardinal Stefan Wyszyński University], R. XIX nr 1(36) [No.1 (36)].
- Rybak G., (2010), *Płodność, radość czy utrapienie? [Fertility, joy or anguish?]*, Warszawa: Publishing House „Duc In Altum”.
- Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie wykorzystania Naturalnych Metod Planowania Rodziny do celów antykoncepcyjnych, *Ginekologia Polska*, (2010), [The Position of the Team of Experts of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians on the use of Natural Methods of Family Planning for contraceptive purposes, Polish Gynecology], 81, 947-94.
- Szymaniak M., (2008), Znaczenie metod rozpoznawania płodności w profilaktyce, diagnostyce i leczeniu niepłodności [The importance of fertility awareness methods in the prevention, diagnostics and treatment of infertility], (in:) *Naturalne planowanie rodziny [Natural family planning]*, W. Wieczorek (ed.), pp.187-193, Lublin, Publishing House „Gaudium”.
- Tataj-Puzyna U., Świadomość własnego ciała (pozytywne nastawienie do natury i płodności) czynnikiem wpływającym na wybór rodzaju porodu przez kobiety w Polsce [Self-awareness of the body (positive attitude towards nature and fertility) is a factor influencing the choice of the type of labor by women in Poland], *Symposium Naukowe WUM [Scientific Symposium Medical University of Warsaw], Profilaktyka zdrowia prokreacyjnego wokół początków ludzkiego życia [Prophylaxis in the procreation health regarding the beginning of human life]*, Materiały konferencyjne [Conference Materials], 2011.

- Troszyński M., (2009), *Rozpoznawanie płodności* [Fertility awareness], Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny [Polish Natural Family Planning Teachers Association]
- Wójcik E., (2014), *Naturalne planowanie rodziny, Objawowo-termiczna metoda rozpoznawania płodności według prof. dr med. J. Rötzera* [Natural family planning - Sympto-thermal method by Prof. J. Rötzer, Ph.D.], Kraków: INER.



Dr hab. Urszula Dudziak, prof. KUL  
*Instytut Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej*  
*Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II*

## Moralne zdrowie rodziny

Zdrowie człowieka, jako osoby cielesno-psychiczno-duchowej żyjącej w społeczeństwie składającym się z innych, tak samo ustrukturalizowanych ludzi, powinno być opisywane w czterech kategoriach: fizycznej, psychicznej, duchowej i społecznej (Ostrowska 2001). Dotyczy to również relacji międzyludzkich, które mogą być oceniane jako prawidłowe, zgodne z przyjętymi normami, czyli zdrowe lub patologiczne, zaburzone, a więc chore. „W kulturach tradycyjnych słowo <<zdrowie>> oznaczało zawsze drogę, perspektywę tego, co można nazwać <<dobrym życiem>>. U Indian Nawaja zdrowie oznacza poprawne stosunki między człowiekiem a jego środowiskiem – światem wokół i innymi ludźmi – oraz światem nadprzyrodzonym” (za: Strojnowski 1982, s. 394). W papieskim Orędziu na Światowy Dzień Chorego słyszeliśmy, że „wizja zdrowia, oparta na chrześcijańskiej antropologii, respektującej osobę jako całość, nie jest bynajmniej tożsama z brakiem chorób, ale jawi się jako dążenie do pełniejszej harmonii i do zdrowej równowagi na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej, duchowej i społecznej.” (Jan Paweł II, 2000, nr 13). W sformułowanym przez Jana Pawła II nauczaniu moralnym zdrowie człowieka jest „specyficznym wyrazem ludzkiego <<być>>, którego szczytowym wyrazem jest miłość będąca darem z siebie, wyrazem osobowej wolności i zdolnością do spełniania czynów ją wyrażających wobec Boga, siebie samego, bliźnich i całych „społeczności ludzkich poczynawszy od małżeństwa i rodziny” (Wróbel, 2005, s. 598). Człowiek zdrowy wykorzystuje wszystkie siły do realizacji własnego powołania w służbie innym i otwarciu na przyjęcie zbawienia (Jan Paweł II, 2000, nr 13-14).

Rodzina, jako podstawowa grupa społeczna utrzymująca ciągłość biologiczną społeczności ludzkiej” i przekazująca „podstawowy zrab dziedzictwa kulturowego szerszych społeczności”, określona przez „trwałe i zalegalizowane stosunki seksualne dwojga osób dających życie swym dzieciom” (Adamski, 2004, s. 104) może także być określana jako moralnie zdrowa lub chora. Zupełnie inaczej wygląda życie rodziny kierującej się przyjętymi i realizowanymi zasadami moralnymi od tej, która te zasady lekceważy i odrzuca. Tak, jak człowieka, tak i rodziny może charakteryzować: „egoizm, nieustępliwość, kłótniowość, zaborczość, przemoc” (Skubiś, 2017), albo altruizm, wspaniałość, uczynność, serdeczność, łagodność, przebaczenie. Rodzina, której zadaniem jest nie tylko rodzenie fizyczne, ale też duchowe, poprzez wychowanie rozumiane jako: kształtowanie postaw w oparciu o wartości i normy; ukazywanie sensu i celu życia, którym jest życie wieczne; wprowadzanie na drogę zbawienia i pomoc w kroczeniu po tej drodze do

Królestwa Miłości, powinna zinterioryzować normy moralne i zgodnie z nimi żyć. Istotnym bowiem czynnikiem w wychowaniu dzieci jest świadectwo ukazujące wzór postaw, które dzieci mogą naśladować. Zdrowa moralnie rodzina akceptuje określony łańcuch postępowania oraz „zachowywanie w działaniu prawidłowości, jakie ten łańcuch wyznacza poprzez normy będące jego funkcją” (Rosik, 1982, s. 275).

Normy moralne regulujące istotne dla życia rodzinnego zachowania seksualne i prokreacyjne to: czystość przedmałżeńska, wierność małżeńska, nierozzerwalność małżeństwa i odpowiedzialne rodzicielstwo wyrażające się poprzez ochronę życia dziecka poczętego i stosowanie metod rozpoznawania płodności, a nie jej eliminowanie poprzez antykoncepcję. Interesującym zagadnieniem jest stopień akceptacji tychże norm poprzez młodzież wchodzącą życie dojrzałe i stającą przed decyzją o założeniu rodziny. Postawy młodych ludzi, istotne dla zdrowia moralnego rodzin, które założą, ulegają wpływom pluralistycznego (ponowoczesnego) społeczeństwa. Widoczne są w nim tendencje do „przewartościowania wartości, co wyraża się w odchodzeniu od wartości powinnościowych (obowiązek) do wartości samorozwojowych (samorealizacja). W istocie oznacza to przejście od moralności nakazów i zakazów do moralności indywidualnych osądów” (Rola, 2016, s. 369). Sytuacja, w której ludzie w miejsce odczytywania uniwersalnych norm moralnych przyznają sobie prawo do ich kreowania może prowadzić do rozchwiania porządku moralnego. Wskazane jest więc formułowanie zaleceń profilaktyczno-naprawczych przydatnych w trosce o moralne zdrowie rodziny. Celem niniejszego artykułu jest prezentacja tekstów dotyczących moralności małżeńsko-rodzinnej (przedstawienie tego, „jak być powinno?”), odpowiedź na pytanie o stopień akceptacji tejże moralności wśród wchodzącej życie dojrzałe młodzieży (prezentacja tego, „jak jest?”) oraz propozycja działań mających na celu doskonalenie postaw moralnych przyczyniająca się do polepszenia zdrowia rodziny („co zrobić, żeby było tak, jak być powinno?”).

### **1. Normy moralne chroniące życie małżeńskie i rodzinne**

Jednoznaczne przedstawienie wyżej wymienionych norm moralności małżeńsko-rodzinnej zawiera *Katechizm Kościoła Katolickiego* (1992), *Kodeks Prawa Kanonicznego* (1983) i inne dokumenty Magisterium Kościoła, takie jak encyklika *Humanae Vitae* (1968).

Teksty wskazujące na zobowiązanie do zachowania czystości przedmałżeńskiej zawarte są zwłaszcza w dwóch fragmentach *Katechizmu Kościoła Katolickiego*. Pierwszy z nich rozróżnia relacje małżonków od więzi osób, które dopiero przygotowują się do małżeństwa. Inne są też wyrazy wzajemnej bliskości w jednej i drugiej więzi. „Przejawy czułości właściwe małżeństwu powinny być wyrażane wyłącznie w małżeństwie. Narzeczeni są powołani do życia w czystości przez zachowanie wstrzemięźliwości (KKK 2350)”. Drugi fragment przypomina, że współżycie seksualne jest znakiem sakramentalnej miłości małżeńskiej i tylko do tej więzi powinno być ograniczone. Nie jest oznaką czystości podjęcie stosunku małżeńskiego przed zawarciem małżeństwa. „Akt płciowy powinien mieć miejsce wyłącznie

w małżeństwie; poza nim stanowi zawsze grzech ciężki i wyklucza z Komunii Sakramentalnej (KKK 2390)“.

Teksty Katechizmu Kościoła Katolickiego (1992) zwracają uwagę na to, że wzajemne oddanie małżonków jest pełne i wyłączne. Jest ono również oddaniem na zawsze. „Małżonkowie oddają się sobie wzajemnie w sposób ostateczny i całkowity (KKK 2364)“. Następny fragment przypomina, że „Wierność to stałość w dochowywaniu danego słowa (KKK 2365)“. Cudzołóstwo, zaś jest „niesprawiedliwością i niedotrzymaniem podjętych zobowiązań oraz naruszeniem dobra dzieci, które potrzebują trwałego związku rodziców (KKK 2380 - 2381)“.

Sakrament małżeństwa nie dopuszcza zdrad małżeńskich, ani rozrywania związku małżeńskiego. Orzekane przez sądy rozwody nie mają mocy zerwania sakramentalnej więzi. Rozerwanie tego, co Bóg złączył jest po ludzku niemożliwe. Pisze o tym Kodeks Prawa Kanonicznego (1993): „Małżeństwo zawarte i dopełnione nie może być rozwiązane żadną ludzką władzą i z żadnej przyczyny, oprócz śmierci (KPK 1141)“. Katechizm nazywa rozwody plagą społeczną. Zwraca też uwagę na poważne szkody jakich doznaje porzucany małżonek i dzieci. Twierdzi również, że rozwody są złym przykładem dla innych (KKK 2385), a powtórny związek cywilny stanowi publiczne trwałe cudzołóstwo (KKK 2384).

Moralnym zasadom w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego poświęcona jest encyklika Pawła VI *Humanae Vitae* (1968). Numery 12 i 16 tej encykliki dowodzą, że planowanie rodziny jest wskazane i moralnie dopuszczalne wtedy, gdy dokonuje się w oparciu o metody rozpoznawania, a nie eliminowania płodności (HV 12 i 16). Stwierdzenie moralnej niedopuszczalności antykoncepcji zawiera również Katechizm Kościoła Katolickiego (KKK 2399).

Pisząc o zakazie antykoncepcji należy odwołać się do tekstów biblijnych prezentujących V przykazanie Dekalogu: „Nie będziesz zabijał“ (Wj 20, 13; Pwt 5, 17). Instrukcja *Donum vitae* dopowiada: „Nikt w żadnej sytuacji, nie może rościć sobie prawa do bezpośredniego niszczenia niewinnej istoty ludzkiej“ (*Donum vitae*, Wstęp, 5), a Katechizm Kościoła Katolickiego dodaje, że „Już od chwili poczęcia życie ludzkie powinno być szanowane i chronione w sposób absolutny (KKK 2270)“.

Istnienie norm moralnych samo w sobie nie wystarczy do oceny życia społecznego jako moralnie zdrowe. Normy wprowadzające ład moralny należy przyjąć i urzeczywistniać, to znaczy zgodnie z nimi żyć.

## **2. Stopień akceptacji moralności małżeńsko-rodzinnej**

Badania akceptacji norm moralnych wyrażonej przez środowiska młodzieży, nauczycieli, rodziców są prowadzone od lat. Zagadnienie to stanowi zwłaszcza przedmiot zainteresowań teologów, psychologów, socjologów i specjalistów nauk o rodzinie. Z danych uzyskanych przez Witolda Zdaniewicza (1984), Jerzego Laskowskiego (1987), Janusza Mariańskiego (1991,2003), Krzysztofa Pawlinę (1998), Urszulę Dudziak (2001, 2002, 2003,

2009, 2014), Katarzynę Lis (2015), Marcina Rolę (2016), wynika słabnąca kondycja moralna ankietowanych w kolejnych latach. Badacze twierdzą, że przedstawione odniesienia moralne cechuje relatywizm i permissywizm. Diagnozowana jest „postępująca laicyzacja świadomości” (Dyczewski, 2003, s. 23), konsumpcjonizm i „seksualizacja społeczeństwa” i „desublimacja seksu” polegająca na odarciu go z intymności i prywatności, a także „trywializacji sposobów jego postrzegania oraz redukowania go do procesów fizjologicznych, co wpływa na depersonalizację sfery seksualnej ludzkiego życia” (Melosik, 2004, s. 80-81). Stanowisko respondentów oraz ich zachowania w sferze seksualnej i prokreacyjnej stają się podstawą negatywnych prognoz na przyszłość. „Presja wczesnej inicjacji seksualnej, wielość partnerów, swoboda seksualna, brak odpowiedzialności w podejmowanej w tym zakresie aktywności, odarcie sfery seksualnej z intymności, - to wszystko nie stanowi dobrego fundamentu dla dojrzałe przeżywanej relacji narzeczeńskiej i małżeńskiej” (Rola, 2016, s. 371).

Z grupy 542 maturzystów lubelskich ankietowanych przez Marcina Rolę:

- 78,8% dopuszcza współżycie seksualne narzeczonych;
- 80,1% dopuszcza stosowanie środków antykoncepcyjnych;
- 58% dopuszcza rozwody;
- 31,9% dopuszcza przerywanie ciąży;
- 8,1% dopuszcza zdrady małżeńskie (Rola, 2016, s. 375-376).

Całkowita aprobata lub relatywizm w ocenie wymienionych wyżej zachowań są niezgodne z normami moralnymi dotyczącymi życia małżeńskiego i rodzinnego nauczonymi przez Kościół katolicki. Według M. Roli „w miejsce cywilizacji miłości i życia wkracza brutalnie cywilizacja egoizmu i użycia, która kształtuje wśród młodzieży pozbawione odpowiedzialności postawy i zachowania mające na celu zaspokojenie wszelkich potrzeb, w tym szczególnie potrzeb seksualnych. Podmiotowość ustępuje miejsca przedmiotowemu traktowaniu drugiego człowieka, redukując go do roli stymulatora nowych, chwilowych przeżyć” (tamże, s. 374).

Marguerite Peeters (2010, s. 95-96) twierdzi, że jest to skutkiem demoralizującej edukacji seksualnej:

- eliminującej hamulce niewłaściwych zachowań takie, jak poczucie wstydu i poczucie winy;
- obalającej dotychczasową stygmatyzację społeczną;
- pozyskującej kulturową aprobatę dla wszystkich praktyk seksualnych, o ile są „bezpieczne”, to znaczy odbywające się z zastosowaniem prezerwatywy i za obopólną zgodą partnerów;
- stwarzającej pozytywny klimat do realizacji „wyzwolonej” seksualności, czyli wolnej od wszelkich nakazów i zakazów.

Sytuacja ta wymaga reakcji. Od kondycji młodego pokolenia zależy bowiem zdrowie przysłych małżeństw i rodzin. Na to zaś zdrowie, oprócz fizycznego i psychicznego, składa się również zdrowie duchowe, którego istotnym przejawem jest zdrowie moralne.

### 3. Wskazania wspomagające moralne zdrowie rodziny

#### 3.1. Wychowanie

Duchowe rodzenie człowieka dokonuje się poprzez jego wychowanie (Dudziak 2017, s. 79). Dotyczy ono kształtowania wielu sprawności, umiejętności i postaw. Obejmuje odniesienia wobec: prawdy, wolności, wartości, uczciwości, patriotyzmu, wiary, świętości, bycia dobrym, szacunku wobec życia, odpowiedzialnego rodzicielstwa (Ryś, 2006). Formuje zalety, takie jak: oszczędność, uczciwość, sumienność, pracowitość, opanowanie, wytrwałość, posłuszeństwo, szacunek wobec siebie i innych, cierpliwość, łagodność, lojalność, dobre obyczaje, poszanowanie cudzej własności, wyrozumiałość, religijność, odpowiedzialność, bezinteresowność, odwaga, samodzielność, prawdomówność, systematyczność, punktualność, umiejętność wyboru autorytetów (por. Rola, 2016, s. 466). Uwzględnia także moralną ocenę zachowań w sferze seksualnej i prokreacyjnej (Dudziak 2001 i 2003). Pierwszymi wychowawcami dziecka są rodzice (KPR 5), kolejnymi nauczyciele, wychowawcy, katecheci, duszpasterze, przedstawiciele środków społecznego przekazu, a także prawnicy i politycy, zwłaszcza autorzy obowiązujących społeczeństwo ustaw.

Wychowanie to świadomie organizowana działalność oparta „na stosunku wychowawczym między wychowankiem a wychowawcą, której celem jest wywołanie zamierzonych zmian w osobowości wychowanka. Zmiany te obejmują zarówno stronę poznawczo-instrumentalną, jak też emocjonalno-motywacyjną.” (Skreczko, 1999, s. 474-475).

Istotą wychowania jest ukształtowanie osoby, zwłaszcza tak jednoznaczne i pozytywne, jak pisze w tytule swej książki Andrzej Urbaniak (2012): *Wychować dobrego człowieka*. Ma ono na celu rozwijać w harmonijny sposób „wrodzone właściwości fizyczne, intelektualne, społeczne i religijne” (Skreczko, 1999, s. 475). Na proces wychowania składa się: zrozumienie przez wychowanka określonych norm moralnych i społecznych oraz nadanie tym normom osobistego znaczenia. Interioryzacja czyli uwewnętrznienie, to jest przyjęcie i uznanie za swoje poznanych norm, stanowi nieodzowny warunek postępowania zgodnie z nimi. Zabiegi wychowawcze powinny być dostosowane do zamierzonych efektów i psychofizycznego etapu rozwojowego człowieka. Autorytety wychowujące mogą „podjąć działania usprawniające, bądź korygujące dotychczasowy stan” (tamże, s. 476).

Tak, jak przed wiekami, zgodnie z powiedzeniem starożytnego historyka Tytusa Liwiusza (59 p.n.e. – 17 n.e.): *Verba docent, exempla trahunt*, tak i współcześnie, wartościowe wychowawczo jest podawanie przykładów. Umożliwia ono poznanie określonej sytuacji i podjętego w niej zachowania wskazanej osoby. Kolejnym etapem jest dokonanie oceny działań przedstawianego w omawianej historii bohatera i w przypadku aprobaty – przyjęcie

do naśladowania, a w przypadku krytyki – odrzucenie. „Praca wychowawcza może przybierać rozmaite formy: poradnictwo, rozmowy w konfesjonale, specjalne lekcje czy też katechezy” (Skreczko 1999, s. 481). Do metod wychowawczych zalicza się: dostarczanie wiedzy na temat norm moralnych, wdrażanie do zachowań moralnych, modelowanie, perswazję, organizowanie środowiska wychowawczego, wzmocnienie pozytywne (poprzez nagradzanie) i negatywne (czyli karanie), klaryfikację wartości, podjęcie rozumowania moralnego, samoobserwację, kształtowanie umiejętności odpierania niezdrowej presji, krytyczna refleksja nad informacjami płynącymi ze środków społecznego przekazu, kierowanie procesem samowychowania, samorządności, indukcji, dedukcji, ewaluacji (Łobocki, 2002, s. 21-34; Nowak, 2008, s. 442-444; Grzelak, 2006, s. 137-138).

W związku z celami małżeństwa takimi, jak wyrażanie miłości, przekazywanie życia i wspólne dążenie do świętości wskazana jest troska: o właściwą hierarchię wartości (Dudziak, 2009), o rozwój zdolności do miłości (Dudziak, 2010, 2013) i adekwatne sposoby jej wyrażania (Chapman, 2004), o odpowiedzialność seksualną i prokreacyjną (Dudziak, 2011). W wychowaniu istotne znaczenie ma podaż właściwych, zgodnych z moralnością małżeńsko-rodzinną treści i osobiste świadectwo życia zgodnego z normami moralnymi. Realizacja tych zadań wymaga odpowiedzialnego wyboru: książek, czasopism, filmów, audycji, ale także grona przyjaciół, z którymi kontakt będzie wspierał własną troskę o rozwój moralny, a nie odwołał od trudu samourzeczywistniania, kongruencji, życia w prawdzie i autentycznej miłości. Ochroną przed iluzją i falsyfikatami miłości: egoizmem, egocentryzmem, zaborczością, pożądlivością, chciwością, maniackalnym zauroczeniem, ludycznym stylem życia, wyrachowaniem jest czerpanie przykładu z najdoskonalszego obrazu miłości Boga-Człowieka Jezusa Chrystusa. Osobiste spotkanie z Nim umożliwia lektura Pisma Świętego Nowego Testamentu, zwłaszcza realizowana w Ruchu Światło-Życie praktyka modlitwy zwanej Namiotem Spotkania (Wj 33, 7-17)<sup>1</sup> oraz udział we wspólnotowych celebracjach liturgicznych i spotkaniach modlitewnych. Oprócz tworzenia właściwych warunków życia doczesnego poprzez ustawy prawne świadczące o rzeczywistym szacunku wobec człowieka od poczęcia do naturalnej śmierci, oprócz przebywania i zaangażowania w prace środowiska prawych ludzi, należy czerpać z mocy sakramentów i widzieć ostateczny cel ludzkiego istnienia – życie wieczne.

### **3.2. Profilaktyka**

Pogorszenie zdrowia moralnego rodzin wymaga podjęcia terapii, a wynikające z przekraczania obowiązujących norm niedostosowanie społeczne - resocjalizacji. Perspektywa pogłębienia się tego, już niekorzystnego, stanu moralnego zobowiązuje do profilaktyki. Ma ona na celu zapobieganie psychospołecznym patologiom, a więc

---

<sup>1</sup> [www.oaza.pl](http://www.oaza.pl)

zachowaniom niezgodnym z regulującymi je normami. Stosowanymi dotychczas modelami profilaktycznymi były:

- Moralizujący – polegający na wyjaśnieniu zasad moralnych regulujących postawę człowieka oraz „apelowanie do dobrej woli i sumienia wychowanków, by normy te wiernie respektowali we własnym życiu” (Dziewiecki, 2001, s. 125);
- Intelktualizujący – przekazujący wiedzę o zachowaniach niemoralnych i ich skutkach za pomocą wykładów, pogadanek, scenek teatralnych, quizów, testów, konkursów, prac literackich i plastycznych;
- Psychologizujący – zwracający uwagę na emocjonalną atrakcyjność szkodliwych zachowań, od których można się uzależnić, pomagający znaleźć różne sposoby radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i odkrywania tego co niesie satysfakcję i radość, uczący asertywności i podejmowania odpowiedzialnych decyzji, wskazujący na możliwość poszukiwania dobrego życia bez łamania norm, korzystający z wielu metod aktywizujących umożliwiających nie tylko intelektualne przyswajanie treści, ale także ich emocjonalne przeżywanie: odgrywanie ról, scenki, dialogi, dyskusje, praca w grupach.

Modele te, podobnie jak stwierdzenie biologicznych uwarunkowań patologii, okazują się niewystarczające do wyeliminowania niewłaściwych zachowań. Dzieje się tak dlatego, że „w żadnej dziedzinie życia zdobyta wiedza nie jest jedynym czynnikiem, który wpływa na działanie człowieka. (...) człowiek nie zawsze czyni to, co uznał za słuszne” (Dziewiecki, 2001, s. 129). Nie wystarcza też odwoływanie się do sumienia i kształtowanie woli, ponieważ „Wychowankowie potrafią czynić także to, co sami uważają za złe i czego szczerze nie chcą czynić” (tamże, s. 127). Niekorzystne jest także ograniczanie się do piętnowania tego, co negatywne. Nie sprzyja prawidłowym postawom szukanie powierzchownego szczęścia w poprawie fizycznej i psychicznej jakości życia z pominięciem aspektów duchowych, moralnych, społecznych i religijnych. Rzeczywista pomoc człowiekowi w kształtowaniu dojrzałych postaw życiowych wymaga zwrócenia uwagi na sytuację egzystencjalną w której żyje i emocje jakie ona wyzwała. Wybór niemoralnych zachowań może być spowodowany nie tylko brakiem wiedzy o ich skutkach, nie tylko złą wolą, nie tylko niewrażliwością moralną i negatywnymi skłonnościami, ale kryzysem życia wywołującym ból, przed którym człowiek szuka ucieczki (por. tamże, s. 137).

Proponowana przez Marka Dziewieckiego profilaktyka integralna nie koncentruje się na substancjach czy zachowaniach, od których człowiek może się uzależnić, ale stawia w centrum zainteresowań konkretną osobę, jej problemy i sytuację życiową. Zapobieganie odejściu od norm dokonuje się tu poprzez: *kształtowanie dojrzałej postawy wobec życia, promowanie i porządkowanie pragnień i aspiracji, promowanie dojrzałej wolności, promowanie dojrzałości duchowej i religijnej* (tamże s. 145-162).

Współżycie przedmałżeńskie, zdrady, rozwody, stosowanie antykoncepcji i przerywanie ciąży to zachowania niestanowiące o dojrzałości człowieka. Seksualne pułapki wiążą się z sięganiem po coś, co atrakcyjne, przyjemne, ale także z wyborem formy ucieczki

od czegoś co trudne i stanowi nierozwiązany problem. Uniknięcie tych pułapek wymaga dojrzałości. Jej warunkiem jest: wieloaspektowa wiedza o człowieku, przeciwstawianie się fałszywym przekazom redukującym jego obraz, odrzucenie szkodzącej zdrowiu moralnemu obyczajowości i niebezpiecznych iluzji zaburzających integralny rozwój. Drogą do zachowania zdrowia moralnego jest jednoznaczne opowiedzenie się po stronie norm i wymaganie pełnego respektowania czystości, wierności, nierozzerwalności więzi małżeńskiej i odpowiedzialnego rodzicielstwa. Nie należy ulegać iluzorycznej profilaktyce „*sprawowania kontroli nad ryzykownym zachowaniem*” typu petting zamiast współżycia, ani „*zmniejszania negatywnych konsekwencji*” dopuszczającej zachowania seksualne nastolatków, „*byle tylko z prezerwatywą*”.

Warto przyjąć zasadę, że nie wystarczy powstrzymać się od zła, lecz czynić dobro. Trzeba pomagać sobie wzajemnie w odkrywaniu aspiracji, prowokować do refleksji, stawiać pytania o największe pragnienia i o sens życia. Należy porządkować i hierarchizować potrzeby tak, by na szczycie pragnień stała miłość, prawda i wolność. Nie mamy szukać łatwego szczęścia dążąc do tego by „mieć”, nawet za cenę kradzieży, lecz starać się „bardziej być” doskonaląc siebie, stawiając sobie wymagania, ucząc się, respektując głos sumienia, kochając, a nie krzywdząc siebie i drugiego, ceniąc własną wolność i towarzyszącą jej odpowiedzialność. W formowaniu zdrowego moralnie człowieka wskazane jest promowanie nabywania dojrzałej wolności, zabezpieczanie przed błędami w jej rozumieniu i przed wszystkim, co ją ogranicza i niszczy. Istotne jest demaskowanie zagrożeń, umożliwienie dostępu do wiedzy o sensie ludzkiego życia, pomoc w szukaniu „obiektywnej prawdy o sobie, własnym życiu i postępowaniu”, wprowadzanie „w świat dojrzałej miłości”. Trwanie w miłości i prawdziwej wolności „staje się źródłem siły, wytrwałości, odwagi i nadziei” (Dziewiecki, 2001, s. 148-158). Dojrzała wolność wytycza wskazania: nie krzywdź (ani siebie, ani innych), czyń dobro, kochaj, szanuj, przebaczaj, bądź cierpliwy, zło zwalczaj dobrem, wybieraj „życie i szczęście, bo taki jest sens ludzkiej wolności” (tamże, s. 160). Zdrowy moralnie, wolny od uzależnień człowiek w centralnym systemie kierowania własnym życiem umieszcza dojrzałą sferę duchową. Dzięki temu wie w pełni kim jest i dokąd zmierza, nie folguje jedynie potrzebom własnego ciała, nie gubi się w wygodnych półprawdach i miłych iluzjach szukając emocjonalnego błogostanu „tu i teraz”, wie co sprzyja jego rozwojowi, a co go niszczy. Istotne funkcje profilaktyczne pełni również sfera religijna. Życie w przyjaźni z Bogiem uczy prawdy i miłości, pomaga w odpowiedzialnym kierowaniu sobą, umacnia w realizacji tego, „co daje mu największą radość i trwałe szczęście” (tamże, s. 163).

### **3.3. Działania prozdrowotne**

Integralność oddziaływań mających na celu utrzymanie zdrowia moralnego dotyczy:

- - wszystkich sfer człowieka,



- - wszystkich podmiotów sprawczych przyczyniających się do pozytywnej przemiany,
- - wszystkich odbiorców, będących w różnym wieku i w różnym stopniu zaangażowania w zagadnienia moralne
- - różnorodnych, wzajemnie uzupełniających się i skutecznych metod.

Realizacja wychowania, profilaktyki, terapii i resocjalizacji to zadanie, zarówno profesjonalnych, jak i nieprofesjonalnych osób, na miarę ich możliwości i umiejętności. Szczególną rolę w tym zadaniu mają: teolodzy, pedagodzy, psychologowie, lekarze, prawnicy, dziennikarze, doradcy życia rodzinnego, duszpasterze, politycy, twórcy filmów i pisarze, a także uczniowie, studenci, narzeczeni, małżonkowie, rodzice, całe wspólnoty rodzinne i ich poszczególni członkowie.

Osoby, do których należy kierować działania mające na celu pobudzenie do szerzenia dobra moralnego i zgodnego z moralnością zachowania to osoby w różnym wieku. Wśród nich są:

- zarówno ci, którzy nie doświadczyli zagrożenia niemoralnością,
- jak i ci którzy znajdują się w grupie ryzyka,
- jak również ci, którzy porzucili poznane wcześniej normy, ale powrócili do ich realizacji i potrzebują wsparcia wspomagającego życie zgodne z normami (por. Gaś, 1994).

Wszelkie zaniedbania w zakresie wychowania moralnego wymagają wyrównania. Pomoc w tym może wiedza o rozwoju moralnym człowieka (Kohlberg, Turiel, 1971, s. 410-465), a także konkretne wskazówki wspierające jej przyjęcie i realizację w działaniach podejmowanych każdego dnia. Podobnie jak ciało wymaga ćwiczeń fizycznych, tak sfera psychiczna i duchowa wymagają stymulacji rozwojowej i doskonalącej. Dotyczy to płaszczyzny poznawczej, emocjonalnej, wolitywnej i behawioralnej, a następuje to poprzez dostarczenie informacji, pogłębienie empatii i zachętę do dobrych pragnień i działań. Program ten jest zgodny z definicją zdrowia duchowego polegającego na służeniu prawdzie i dobru (Ruszczyński, 1999, s. 502-503). Jest zgodny również z komponentami, wymagających kształtowania, postaw (Makselon, 1995, s. 331) istotnymi zarówno w procesie wychowania, jak i profilaktyki, resocjalizacji i terapii.

### **Zakończenie**

Niemoralność jednej osoby stanowi czynnik zagrażający moralnemu zdrowiu innych. Niemoralność starszych udaremnia wychowanie przyszłych pokoleń. Zdemoralizowana młodzież nie założy szanujących moralność rodzin. Zdemoralizowane rodziny będą obniżać kondycję moralną całego społeczeństwa. Zainfekowane niemoralnością społeczeństwa stanowią zagrożenie dla całego świata i ludzkiej cywilizacji. Wezwanie *medice curate ipsum* można odnieść nie tylko do jednostek, ale także społeczności, wśród których pierwszą jest, pełniącą funkcje wychowawcze, rodzina. To na niej spoczywa zadanie formowania nowego człowieka i relacji międzyludzkich opartych na doświadczeniu autentycznej miłości. Jest

wiele instytucji i form oddziaływania społecznego mających nieść wsparcie w wypełnianiu wielorakich funkcji rodziny. Ważne, by nauczyciele, politycy, dziennikarze, urzędnicy przejawiali autentyczne postawy prorodzinne, a nie mnożyli przeszkody i zaburzali prawidłową egzystencję i edukację rodzin. Istotne znaczenie ma również to, by religijność będąca gwarantem moralnego zdrowia rodziny, nie była jedynie elementem folklorystycznym, ale przejawem żywych więzi w wymiarze wertykalnym i horyzontalnym. W uznawanej za kraj katolicki Polsce warto pamiętać, że „tylko rodzina silna Bogiem, czyli rodzina stale żyjąca zasadami Ewangelii, rodzina spowiadająca się często, może przyjść z pomocą w odrodzeniu moralnym naszego narodu” (Skubiś, 2017).

### **Bibliografia:**

- Adamski F., (2004), *Rodzina*, (w:) *Wychowanie do życia w rodzinie. Słownik pojęć*, K. Ostrowska (red.), Kraków: Rubikon.
- Catechismo Della Chiesa Cattolica*, (11 XI 1992), Citta del Vaticano. Tekst polski: Katechizm Kościoła Katolickiego, (1994), Poznań: Pallotinum.
- Chapman G., (2004), *Sztuka wyrażania miłości w małżeństwie. Jak okazywać miłość, by Twój partner czuł się kochany?* (Tłum.) K. Pawłusiów, Warszawa: Oficyna Wydawnicza VOCATIO.
- Codex Iuris Canonici*. Auctoritate Joannie Pauli PP. II promulgatus. AAS 75 (1983). Pars II. Appendix. Tekst polski: *Kodeks Prawa Kanonicznego*, (1984), Przekład polski zatwierdzony przez Konferencję Episkopatu Polski 9 IV 1983. Poznań: Pallotinum.
- Dudziak U., (2001), *Postawy wobec norm moralnych i przestępczości seksualnej (badania empiryczne wśród młodzieży licealnej)* (w:) B. Urban (red.), *Dewiacje wśród młodzieży. Uwarunkowania i profilaktyka*, s. 141-161, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Dudziak U., (2002), *Wychowanie w klasie szkolnej. Scenariusze godzin wychowawczych dla szkół ponadpodstawowych*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Dudziak U., (2003), *Zagrożenie deprawacją dzieci i młodzieży – potrzeba profilaktyki* (w:) M. Łucek. i in. (red.), *W sztafecie pokoleń. Historia i bieżące zadania harcerstwa*, s. 119-126, Lublin: Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej, Lubelska Chorągiew Harcerzy.
- Dudziak U., (2009), *Postawy wobec wychowania seksualnego a hierarchia wartości nauczycieli. Studium teologiczno-pastoralne*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Dudziak U., (2010), *Potrzeba ochrony miłości małżeńskiej i rodzicielskiej*, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, nr 4 (4), s. 82-93.
- Dudziak U., (2011), *Odpowiedzialność za miłość i życie warunkiem i przejawem zdrowia człowieka*, (w:) *Otoczmy troską życie*, Komitet Naukowy Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Otoczmy troską życie” (red.), s. 48-60, Białystok: Wydawnictwo BUK.
- Dudziak U., (2013), *Budowanie więzi małżeńskiej*, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, nr 3 (15), s. 58-69.

- Dudziak U., (2014), Dojrzałość moralna fundamentem właściwych wyborów, *Forum Teologiczne*, nr 15, s. 121-132.
- Dudziak U., (2017), Zadania wychowawcze kobiet i mężczyzn, *Ateneum Kapłańskie*, z. 1 (647), s. 76-83.
- Dyczewski L., (2003), *Rodzina twórcą i przekazicielem kultury*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Dziewiecki M., (2001), *Nowoczesna profilaktyka uzależnień*, Kielce: Jedność.
- Gaś Z., (1995), *Psychologiczne aspekty uzależnienia od nikotyny*, (w:) *Palenie tytoniu a zdrowie*, J. Milanowski, J. Błędowski (red.), s. 163 – 178, Lublin: Instytut Medycyny Wsi 1995.
- Grzelak Sz., (2006), *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań w świecie i w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Jan Paweł II, (2000). *Orędzie na Światowy Dzień Chorego*,  
[https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan\\_pawel\\_ii/przemowienia/chory2000\\_06081999.html](https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/chory2000_06081999.html)  
(dostęp 16 grudnia 2017).
- Kohlberg L., Turiel E., 1971, *Moral Development and Moral Education* (w:) *Psychology and the Educational Practice*, G.S. Lesser (ed.), s. 410-465, Glenview: Scott, Foresman & Company.
- Kongregacja do Spraw Nauki Wiary (1987), Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. *Donum vitae*. Odpowiedź na niektóre aktualne zagadnienia (22 II 1987). AAS 80 (1988) s. 70 – 102, Tekst polski (1994), (w:) *Rodzina Bogiem Silna – Dokumenty Kościoła*. T. Kieliszewski (red.), Wrocław: Oficyna Współczesna.
- Laskowski J., (1987), Opinie młodzieży o czystości przedmałżeńskiej, *Chrześcijanin w Świecie*, nr 4 (163), s. 32-40.
- Lis K., (2015), *Postawy młodzieży maturalnej wobec moralności małżeńsko-rodzinnej*, Praca magisterska pod kier. U. Dudziak, Lublin: Archiwum KUL.
- Łobocki M., (2002), *Wychowanie moralne w zarysie*, Kraków: Impuls.
- Makselon J. (red.) (1995), *Psychologia dla teologów*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie.
- Mariański J., (1991), *Kondycja religijna i moralna młodych Polaków*, Kraków: Zakład Wydawniczy „Nomos”.
- Mariański J., (2003), *Charakterystyka religijno-moralna współczesnej młodzieży*, (w:) S. Kulpaczyński S. (red.), *Katecheza młodzieży*, s. 15-70, Lublin.
- Melosik Z., (2004), *Kultura popularna jako czynnik socjalizacji*, (w:) *Pedagogika 2, Podręcznik akademicki*. Z. Kwieciński, B. Śliwierski (red.), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Namiot Spotkania*, <http://www.oaza.pl/namiot-spotkania/> (dostęp 28 grudnia 2017).
- Nowak M., (2008), *Teorie i koncepcje wychowania*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

- Ostrowska K., (2001), *Wychowanie do życia w rodzinie – ścieżka edukacyjna w szkole*, „*Medycyna wieku rozwojowego*”, Suplement I do nr 4 październik-grudzień, Tom V, s. 197-206.
- Paweł VI, (1968), *Humanae vitae*. O zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego (25 VII 1968). AAS 60 (1968) s. 257-299.
- Pawlina K., (1998), *Polska młodzież przelomu wieków*, Warszawa: Wydawnictwo Sióstr Loretanek.
- Peeters M., (2010), *Globalizacja zachodniej rewolucji kulturowej. Kluczowe pojęcia, mechanizmy działania*, Warszawa: Wydawnictwo Sióstr Loretanek.
- Rola M. (2016). *Wartości moralne w świadomości maturzystów lubelskich. Studium socjologiczne*, Lublin: Standruk.
- Rosik S., (1982). *Moralność chrześcijańska*, (w:) *Katolicyzm A-Z*, Z. Pawlak (red.), s. 275-278, Poznań: Księgarnia Św. Wojciecha.
- Ruszczyński J., (1999), *Zdrowie duchowe*, (w:) *Słownik małżeństwa i rodziny*, red. E. Ozorowski (red.), s. 502-503, Warszawa-Łomianki: Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Fundacja Pomoc Rodzinie.
- Ryś M. (red.) (2006), *Autorytet Prawdy. Wychowanie dzieci i młodzieży*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Skreczko A., (1999), *Wychowanie do czystości seksualnej*, (w:) *Słownik małżeństwa i rodziny*, E. Ozorowski (red.), s. 480-481, Warszawa-Łomianki: Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Fundacja Pomoc Rodzinie.
- Skreczko A., (1999), *Wychowanie*, (w:) *Słownik małżeństwa i rodziny*, E. Ozorowski (red.), s. 474-477, Warszawa-Łomianki: Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Fundacja Pomoc Rodzinie.
- Skubiś I., (2017), *Zdrowie moralne rodziny*, <http://niedziela.pl/arttykul/53344/nd> (dostęp 16.12.2017).
- Strojnowski J., (1982), *Zdrowie*, (w) *Katolicyzm A-Z*, Z. Pawlak (red.), s. 394-397, Poznań: Księgarnia Św. Wojciecha.
- Urbaniak A., (2012), *Wychować dobrego człowieka*, Poznań: Bonami.
- Zdaniewicz W., (1984), *Problem akceptacji wybranych norm etyki życia małżeńskiego i rodzinnego* (w:) *Dziecko*, W. Piwowarski, W. Zdaniewicz (red.), s. 107-117, Warszawa-Poznań: Pallotinum.

Dr Tomasz Prusiński  
*Zakład Psychologii Osobowości*  
*Instytut Psychologii*  
*APS w Warszawie*

## **Optymalizacja warunków zdrowia. Genogram w modalności ericksonowskiej**

### **1. Podejście ericksonowskie a paradygmaty w psychologii i naukach pokrewnych**

Granice demarkacji wiedzy naukowej w naukach humanistycznych zmieniają się w sposób dynamiczny. Wydaje się, że obecnie przełom i wynikający z niego konsensus na to, jak będzie wyglądała struktura wiodących paradygmatów w naukach społecznych w większym stopniu niż dotychczas pozwala na obecność i docenienie w praktyce klinicznej podejścia M. H. Ericksona i jego uczniów - modalności, która ma swoich zwolenników i krytyków.

W ostatnich dekadach, intensywnie i nie bez potknięć, dochodzi do zmiany bazowego paradygmatu w psychologii i w naukach z psychologią spokrewnionych. Zmiana ta polega na wprowadzeniu do sposobu rozumienia zdrowia psychicznego i podmiotu, który to zdrowie realizuje, kuhnowskiego przełomu substancjalnego (Kuhn, 2001). Co nie oznacza, że dotychczasowy paradygmat całkowicie utracił swoją moc. Rozwój wiedzy o człowieku i jego zdrowiu psychicznym ulega poszerzeniu i pogłębieniu poprzez budowanie równoległego, nowego podejścia do zagadnienia optymalizowania zdrowia.

Dotychczasowy model zdrowia, dominujący w nauce i praktyce klinicznej, a wzorowany na naukach medycznych, formułował tradycję skupiania się na deficytach i chorobach (Sęk, 2007). Zasadnicze pytania, jakie wiodły prym w formułowaniu diagnozy, były podbudowane wiodącym przekonaniem, że uzasadnione jest poszukiwanie przyczyn i okoliczności powstawania chorób. Pytano zatem o stresory uaktywniające proces choroby. Poszukiwano patomechanizmów leżących u podłoża objawów, które dynamizowały procesy chorobowe. W podejściu tym nie doceniano spectrum czynników kontekstu zdrowia (Antonovsky, 2005; Block, 2002). Chodziło o mechanizmy rozwijające odporność, zaradność i psychiczną elastyczność oraz korzystne wpływy zasobów odpornościowych. Każde wewnętrzne doświadczenie pacjenta, jakie może być spożytkowane w procesie zmian, a którym dysponuje podmiot, otwiera potencjalnie duże możliwości rozumienia w odmienny sposób zdrowia psychicznego.

Podjęcie salutogenetyczne w psychologii klinicznej, zapoczątkowane przez Antonovsky'ego (2005) na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, rozwija się równoległe z mającym z nim wiele wspólnego szerokim nurtem psychologii pozytywnej w nauce (Lopez, Snyder, 2005). Ten nowy paradygmat nie tyle formułuje całkowicie nieznaną hipotezę, ile daje prawo i stopniowo wprowadza w ramy kontekstu badawczego i praktyki klinicznej założenie dotyczące zdrowia dotychczas obecne tylko na granicach demarkacyjnych nauki lub niedoceniane. Podjęcie to zyskuje status równoprawny wobec funkcjonującego jako pierwsze podejścia patogenetycznego.

Chociaż nadal pacjent zgłasza objawy chorobowe, i tych nie lekceważy się, to jednak zwraca się uwagę na mocne strony osobowości i zasoby kontekstu społeczno-kulturowego, które przede wszystkim chronią przed zaburzeniami lub wspierają proces zdrowienia. Paradygmat salutogenetyczny i psychologia pozytywna podkreśliły wagę istniejącej w psychoterapii, a nie tak powszechnej, tradycji ericksonowskiej (Haley, 2012). Tradycja ta w pewnym sensie wyprzedza o kilka dziesięcioleci rozwój opisywanego powyżej paradygmatu, ale ma z nim jednak wiele wspólnego. Blisko jest tym podejściom w zakresie rozumienia natury człowieka, zasobów i procesów motywacyjnych.

Obecny artykuł naukowy prezentuje niektóre założenia podejścia psychoterapeutycznego M.H. Ericksona i jego uczniów, zwłaszcza szkoły łódzkiej, skupionej wokół Polskiego Instytutu Ericksonowskiego. Są to jednak założenia zweryfikowane przez doświadczenie kliniczne autora artykułu i tak należy na nie patrzeć. Wskazane zostaną one na podstawie tego, jak można budować okoliczności procesu zdrowienia, wykorzystując technikę genogramu.

Na podstawie pracy z genogramem, jako narzędziem terapeutycznym istotnym zarówno w procesie rozpoznania i diagnozy, budowania refleksji systemowej, jak również poszukiwania zasobów pacjenta i pytania o funkcje manifestowanego objawu, psychoterapeuta uzyskuje dostęp do wiedzy, która pozwala prawidłowo zbudować interwencję lub całą strategię terapeutyczną, czyli ustalić cel pracy. A celem tym, zgodnie z wyżej zarysowanym kontekstem jest powrót do zdrowia, które jest stanem dynamicznej równowagi. Optymalizacja całego procesu powrotu do zdrowia wymaga stymulacji wzrostu i rozwoju. To ostatnie możliwe jest dopiero wówczas, gdy gruntownie poznamy cechy i doświadczenia pacjenta. Doświadczenia, do jakich pacjent również na poziomie nieświadomym odwołuje się podczas terapii. Genogram jest jednym z zasadniczych sposobów tego poznania.

Wartość narzędzia, jakim jest genogram, prezentowana jest w perspektywie podejmowanej przez psychoterapeutę terapii indywidualnej. Nie znaczy to, że tylko w takim kontekście genogram zostaje wykorzystywany. Genogram jest sposobem zbierania informacji i budowania całego procesu terapeutycznego także w innych rodzajach procesów terapeutycznych. Jednak prace poświęcone genogramowi w perspektywie systemu rodzinnego mają już swoją bogatą literaturę (Marlin, 1989; McGoldrick, Gerson, Shellenberger, 2007; Rogers, Durkin, Kelly, 1985). Według psychoterapii ericksonowskiej, w

terapii indywidualnej pełni on rolę specyficzną i dlatego będzie on omawiany właśnie w tym zakresie.

## 2. Genogram klasyczny

Sama metoda genogramu powstała w oparciu o założenia transgeneracyjnych kierunków terapii rodzin, a zwłaszcza teorii systemów rodzinnych Bowena (1966) oraz kontekstualnej terapii rodzinnej Boszormenyi-Nagy'ego (1987). Prekursorzy genogramu wychodzili z założenia, że zaburzenia psychiczne związane z określonymi typami osobowości oraz choroby psychiczne są wynikiem procesów zachodzących w rodzinie. Genogram służył zatem poznaniu rodziny i zintegrowaniu jej w trakcie terapii.

W klasycznej pozycji książkowej poświęconej technice genogramu, autorstwa McGoldrick, Gerson i Shellenberg: *Genogramy. Rozpoznanie i interwencja* z 2007 roku, odnaleźć można jego zasadniczą definicję i cechy charakteryzujące to narzędzie.

Genogram to schematyczny rysunek, który przedstawia cały kontekst systemowy pacjenta, który zgłasza się do terapii. Ten graficzny zapis, który posiada zdefiniowane symbole i uzgodniony standardowy format, jest zapisem informacji na temat członków rodziny i związków pomiędzy nimi na przestrzeni co najmniej trzech pokoleń. Jak podkreślają autorzy wspomnianego podręcznika, genogram daje szybki dostęp do całości skomplikowanych wzorców rodzinnych, dotychczasowych sposobów rozwiązywania kryzysów i trudnych sytuacji, transferowanych zwłaszcza w opowieściach, przekazach i przemilczeniach. I co istotniejsze, w ramach uzyskanej wiedzy na temat historii rodzin i istniejących między członkami rodzin związków, genogram pozwala na postawienie wielu hipotez na temat związków obecnych zachowań dysfunkcyjnych pacjenta z systemem rodzinnym.

Chrzastowski (2009) zauważa, że genogram klasyczny jest szeroko rozpowszechnioną formą pracy z pacjentem w podejściu systemowym. Jak podkreśla Namysłowska (2014), to istnienie kilku istotnych założeń psychoterapii systemowej umożliwiło korzystanie z genogramu. Bardzo ważnym pojęciem było pojęcie transmisji wielopokoleniowej, które oznaczało przepływ procesów emocjonalnych w rodzinie z pokolenia na pokolenie, a zaburzenia w systemie rodzinnym mogły zostać postrzegane jako wynik tego, co działo się w poprzednich pokoleniach. W ujęciu systemowym, zakłada się, że rodzina to system, przestrzeń interakcji, którego patologia nie leży w poszczególnych osobach współtworzących ten system, ale w relacjach między nimi. Zbudowanie genogramu, który jest tylko w pewnym sensie elaboracją drzewa genealogicznego (Namysłowska, 2014) pozwala na pogłębioną refleksję o relacjach członków rodziny we wszystkich pokoleniach, specyficznych przekazach i delegacjach.

### 3. Proces diagnozy jako poznawanie znaczeń pacjenta

Zasadniczym obszarem refleksji w psychoterapii ericksonowskiej jest diagnoza, rozumiana za Stemplewską-Żakowicz (2016) zarówno jako proces diagnozowania, kiedy przed podjęciem decyzji o formie pomocy, diagnozuje się problem, jak również jako efekt procesu diagnozowania, czyli poznanie i zrozumienie pacjenta. Jak podkreśla Klajs (2017), pytanie o proces diagnozy otwiera na inną, bardziej zasadniczą kwestię, chodzi o pytanie o prawdę. Diagnoza może służyć poznaniu prawdy, a więc poszerzyć wiedzę terapeuty o informacje dotyczące mechanizmów i przyczyn zaburzeń psychicznych. Diagnoza może też służyć znalezieniu skutecznych rozwiązań, tych, które są niezbędne do optymalizacji leczenia i gwarantują poprawę.

Jednak jak zauważa Kępiński (1989), wchodząc w świat funkcjonowania i przeżyć chorego, jesteśmy świadkami zmiany perspektywy wydarzeń i faktów<sup>1</sup>. Chociaż obiektywnie świat istnieje, to w kontakcie z pacjentem poznajemy znaczenia, jakie on indywidualnie nadaje temu światu. Różne fakty i doświadczenia przestają mieć znaczenie, inne zaś urastają do ogromnych rozmiarów.

Bazowanie wyłącznie na obiektywnej prawdzie dotyczącej patomechanizmów, a pochodzącej z perspektywy własnej – terapeuty i ewentualnie jego sterylnego poznawczo otoczenia, pomijanie perspektywy samego pacjenta, może doprowadzić do nieodpowiedniego zrozumienia pacjenta i zbudowania refleksji błędnie przypisującej objawom to, co jest przez nie wyrażane.

Rekomendowany w podejściu ericksonowskim model poznania pacjenta – nie tyle antagonistyczny względem innych modalności, co raczej komplementarny – zakłada, że istotą optymalizacji procesu terapii jest odkrywanie i odsłanianie przez terapeutę przed nim samym i pacjentem, na drodze porozumienia, świata indywidualnych znaczeń pacjenta. W tych znaczeniach, nie w obiektywności zjawisk, ukryta jest intencjonalność pacjenta. Zrozumieć pacjenta to poznać sens jego działań i doświadczeń, ponieważ wszelka aktywność człowieka jest w zasadniczym zakresie motywowana właśnie przez ten obszar (Straś-Romanowska, 1995).

---

<sup>1</sup> O sposobie rozumienia kategorii faktu pisze Maria Straś-Romanowska (1995) w pozycji naukowej zatytułowanej: *Na tropach psychologii jako nauki humanistycznej*. Podkreśla, że na gruncie nauk przyrodniczych, w także zorientowanej naturalistycznie psychologii, kategoria faktu ma sens empiryczny, znaczy to tyle, że opisuje mierzalny, intersubiektywnie jednoznaczny fragment rzeczywistości, nazwanej przestrzenią obiektywną. Jednak fakt, zdaniem Straś-Romanowskiej, ma szerszą denotację, obejmuje również fakty psychologiczne jako stany przemiany świadomości ludzkiej oraz wytwory tejże świadomości kierowane do drugiego człowieka. Istotną cechą tych faktów jest to, że kształtują one zarówno podmiot, który jest ich twórcą, jak również rzeźbią kształt środowiska, w jakim podmiot funkcjonuje oraz to, że mają one bezwzględnie konkretny, jednostkowy charakter.



#### 4. Genogram a diagnoza

Genogram w podejściu ericksonowskim jest dobrym narzędziem wspierającym kontrolę znaczeń pochodzących z różnych perspektyw: pacjenta, otoczenia i samego terapeuty. Podobnie jak konkretny język, którym posługuje się terapeuta, wyznacza granice myślenia i nadawania sensu, tak genogram jest pewną formą określenia kontekstu znaczeń, z którymi przychodzi pacjent. Genogram jest sposobem na to, żeby terapeuta spojrzeć w sposób wyczerpujący na prawdę, jaką niesie sam pacjent. Ona ma bezwzględnie konkretny charakter. Co więcej, genogram daje możliwość spojrzenia na pacjenta w kontekście pewnej historii znaczeń, które są przekazywane między pokoleniami w rodzinie pacjenta.

Jeśli proces diagnozy, jak już wspomniano wcześniej, ma być poznawaniem pacjenta, zapoznawaniem się z jego osobą (Klajs, 2017) to terapeucie nie powinno zależeć wyłącznie na odpowiedniej nomenklaturze objawów i skarg oraz na umiejętnym ustrukturalizowaniu ich w szerszej ramie, jednostki chorobowej. Pacjentowi znacznie łatwiej jest pomóc, jeśli poza wiedzą obiektywną, intersubiektywnie jednoznaczną (Kmita, 1977), uwzględnia się systemowe zależności i przełomowe momenty, które najprawdopodobniej mogą być związane z obecnym stanem pacjenta.

Śledzenie życia rodzinnego pacjenta pozwala również na odkrycie treści, które zarówno z perspektywy terapeuty jak i samego pacjenta mogą nie zostać dostrzeżone. Genogram pozwala odkryć znaczenia procesów i doświadczeń, których pacjent nie jest świadomy lub których nie jest w stanie nazwać własnym językiem. Daje potencjalną możliwość zrozumienia obecnej sytuacji pacjenta poprzez spojrzenie wstecz na kontekst wzorców ewolucyjnych rodziny, jakiego rodzaju i kolorytu są powtarzające się mity, uwikłania i motywy o zasadniczym ładunku emocjonalnym.

To dobre poznanie subiektywnego świata pacjenta pozwala również terapeucie na odpowiednie dostrojenie w procesie terapii<sup>2</sup>. Wspólne opracowanie genogramu ułatwia włączenie się terapeuty do kontekstu pacjenta oraz włączenie pacjenta do procesu terapii (Kołbik, 1999). O ile w pierwszych fazach budowania genogramu, terapeuta stawia diagnozę procesów zachodzących w rodzinie w kontekście międzypokoleniowym, o tyle w dalszym procesie terapii, wywiad zbierany za pomocą genogramu stanowi niezwykle bogate źródło informacji o znaczeniach i pozwala lepiej zaplanować bardziej efektywne interwencje terapeutyczne. Terapeuta może stać się jedną z równoprawnych perspektyw i wносить ją w trakcie sesji terapeutycznej oraz w zależności od okoliczności sesji i celów terapii przeformułowywać istniejące znaczenia, którymi operuje pacjent. Terapeuta jako uczestnik dialogu w terapii, który równocześnie zna cel procesu, może jako jeden z podmiotów

---

<sup>2</sup> Dostrojenie się w procesie diagnozy jest oczywiście wypadkową wielu umiejętności, jakimi może dysponować terapeuta. O umiejętnościach tych w sposób wyczerpujący piszą Peter de Jong i Insoo Kim Berg w książce: *Rozmowy o rozwiązaniach* z 2007 roku.

dialogu zmieniać znaczenia doświadczeń, o których ten dialog traktuje. Może wnieść nową perspektywę wobec doświadczeń i zdarzeń, których dotychczasowa percepcja dokonywana przez pacjenta wywołała poważne zaburzenia psychiczne (Chrzastowski, 2009).

Jak już wspomniano we wstępie tego artykułu, podejście patogenetyczne, które nadal obowiązuje w psychologii i psychiatrii, opiera proces diagnozy na poszukiwaniu deficytów i braków, które nie tak trudno jest w końcu dostrzec u człowieka, który pojawia się w trudnym dla siebie momencie życia w gabinecie psychoterapeuty. Podejście to nadmiernie skupia się na przeszłości oraz zasadniczo pomija systemową rolę choroby, jak również obecność i wpływy systemu społecznego, jako tego czynnika, który odgrywa ważną rolę w kształtowaniu funkcjonowania jednostki.

Jak podkreśla Klajs (2017) rozważanie patologii czy braku zasobów jest istotnym elementem, na którym może skoncentrować się psychoterapeuta, niemniej jednak uzyskanie pełnej wiedzy w tym zakresie jest niewystarczające. Terapeuta potrzebuje więcej informacji i chodzi tu przede wszystkim o jakościowe zróżnicowanie wiedzy o pacjencie. Terapia ericksonowska, podobnie jak i inne podejścia ujmujące zmianę w psychoterapii jako proces rozwoju, potrzebuje wiedzy rozleglejszej, odnoszącej się do możliwości pacjenta, jego potencjału, motywacji, umiejętności i doświadczeń, które można byłoby spożytkować formułując pozytywne oczekiwania wobec pacjenta.

Przeszłość, którą pacjent posiada, jest również o tyle istotna, o ile na jej podstawie jesteśmy w stanie wydobyć taką narrację, która wesprze psychoterapeutę we wskazaniu perspektyw rozwoju na przyszłość i potencjału pacjenta. Zdaniem Reichport-Haley i Carlson (2010) oraz Klajsa (2017) w przeszłości można znaleźć dwa rodzaje doświadczeń. Pacjent ma kontakt z doświadczeniem strategii funkcjonowania, które okazały się bezskuteczne i nieefektywne, jak również takich, które sprzyjały rozwojowi. Pamięć dobrej przeszłości niesie zatem niesamowity potencjał wspierający i wzbogacający jakość bieżącego życia (Woydyło, 2014).

Genogram pomaga psychoterapeucie poznać zarówno potencjał pacjenta w sensie jego możliwości rozwojowych, jak i odkryć ten typ narracji, którą operuje pacjent, a która pozwoli wydobyć zasoby i skoncentrować się na zmianie. Również w decyzji, jak intensywnie ma przebiegać terapia, kiedy mają rozpocząć się a kiedy skończyć momenty kluczowe zmiany, genogram pełni ważną rolę. Pozwala zobaczyć, nie tylko w perspektywie pacjenta, ale kilku pokoleń wstecz, jakie okoliczności sprzyjały dobrym zmianom, czy istniały wyjątki, które mogą zadziałać jako akceptowalny model dla obecnie formułowanej zmiany, i w których przestrzeniach i jak silne są doświadczenia zdarzeń, rzutujących na bieżącą sytuację pacjenta, i hamujących zmianę poprzez wymóg przemożnej lojalności wobec systemu (Boszormeny-Nagy, 1987).

Praca z genogramem pozwala na odnalezienie różnych form potencjału ukrytego w historii rodziny pacjenta. Chodzi tu przede wszystkim o powtarzane przez pokolenia adaptacyjne schematy i wzory funkcjonowania dotyczące twórczości, zainteresowań, pasji, elastyczności, sposobów budowania odporności i korzystania z poczucia koherencji wobec

istniejącego napięcia, które niespodziewanie może przechodzić w chroniczny stres, ale także charakterystyczne cechy przystosowania, wzory zachowania równowagi w rodzinie budowane w oparciu chociażby o różny zakres wartości.

W końcu też samo przyjęcie do procesu psychoterapii narzędzia, jakim jest genogram, stanowi zgodę na włączenie do terapii indywidualnej narracji systemowej. Jak już wspomniano, podejścia biomedyczne często ignorowały ten horyzont funkcjonowania pacjenta.

## 5. Genogram a przebieg procesu psychoterapii

Podjęcie terapii oznacza, że pacjent wybiera inną formę i inne tempo rozwoju wobec konserwatywnej tendencji, którą konsekwentnie realizował do tej pory.

Jak podkreśla Teodorczyk (2015), moment, w którym pacjent decyduje się na zmianę to moment, w którym spośród dwóch wariantów dalszego funkcjonowania, wraz z continuum wariantów pośrednich: obrony istniejącego *status quo*, czyli budowania jeszcze grubszego muru chroniącego przed zmianą, lub zgody na podjęcie pozytywnej i w pewnym sensie nieuchronnej zmiany, pacjent wybiera tę drugą drogę. A wybór ten jest jednoznaczny z tym, że jeszcze przemożniej zaczyna doświadczać on swoistej wielowariantowości świata, braku stabilności i regularności. Zmiana pociąga za sobą doświadczenie braku ciągłości z tym, co do tej pory pozwalało na unikanie konfrontacji. Zmiana to również doświadczenie, że pewne sposoby funkcjonowania należy porzucić na rzecz bardziej adaptacyjnych i że ten proces dopasowywania się pacjenta i świata do siebie w kontekście zmiany nie odbywa się w sposób bezkolizyjny.

Poznanie wielopokoleniowej mapy emocjonalnej reakcji na zmianę pozwala psychoterapeucie na bardziej odpowiednie dopasowanie działań do pacjenta w obecnie przeprowadzanej interwencji. Korektywne doświadczenia emocjonalne, takie jak odreagowanie tłumionych uczuć, zaakceptowanie niechcianych przeżyć i włączenie ich w bieżący plan zachowań, ale również przywrócenie zdolności do rozpoznawania swoich uczuć i wykorzystywanie ich dla własnych działań, stanowią etap wglądu w siebie i wymagają dużej uważności tak samo terapeuty jak i pacjenta. Prześledzenie we wcześniejszych pokoleniach wzorców dotyczących radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami emocjonalnymi pozwala psychoterapeucie na wskazanie, spośród wszystkich odnalezionych w historii pacjenta, tych wzorców, które mu służą. Są one tym bardziej pociągające, bo bliższe z racji samego faktu, że wystąpiły w rodzinie pochodzenia pacjenta.

Genogram, jako narzędzie pracy może być realizowany nie tylko z pozycji zdysocjowanej, gdzie pacjent rysuje członków rodziny, łączące ich więzy pokrewieństwa, jak również odkrywa podstawowe wzorce relacji rodzinnych niejako w oderwaniu od nich. Pacjent stoi wówczas jako zewnętrzny obserwator. Częstą formą pracy z genogramem jest również ta, kiedy pacjenta zachęca się do większej asocjacji z budowanym genogramem.

Dokonuje się tego poprzez zachęcanie pacjenta, by stanął w miejscu, które reprezentuje danego członka rodziny, poczuł, że jest tą osobą, wyobraził sobie, co ta osoba czuła i co myślała. Ta silna asocjacja pacjenta, zwłaszcza z tym przestrzeniami genogramu, które reprezentują charakterystyczne wzorce odporności, regeneracji, siły i sukcesów pozwala niejednokrotnie na zintensyfikowanie procesów odreagowania emocjonalnego i uwolnienie się od istniejącego uwikłania, a czasami nawet sklejania z innymi obszarami genogramu, które reprezentują członków rodziny podatnych na dysfunkcje i charakteryzujących się bardziej sztywnymi zachowaniami.

Praca z genogramem z pozycji zasocjowanej istotna jest również na etapie przygotowania do zmiany i w momentach pierwszych prób i implementacji nowych zachowań. Poszukiwanie nowych wzorców reagowania, alternatywnych sposobów myślenia o sobie i otoczeniu (Czabała, 2013), a zwłaszcza podejmowanie nowych sposobów reagowania, nieuchronnie zdane jest na porażki. Uczucie się nowych umiejętności zwłaszcza na początku idzie w pewnym oporze i z licznymi wątpliwościami. Nawet jeśli praca ze zdrową częścią osobowości pacjenta jest realizowana w odpowiednim tempie, pacjent niejednokrotnie próbuje przeciwstawić się procedurze psychoterapeutycznej, aby zachować *status quo*. Odwołanie się do historii rodzinnych, które również pełne są prób podejmowania zmiany, wskazanie tego, że tymczasowe fiasko jest charakterystyczne dla działania każdego człowieka podejmującego się nauki nowych umiejętności, może być istotnie pomocne i pozwala udzielić wsparcia w obecnie podejmowanej aktywności.

Jeśli bowiem traktować genogram jako proces silnego osobistego kontaktu pacjenta z rodziną, to wszystkie te miejsca, w których uda się pokazać pacjentowi adaptacyjne sposoby funkcjonowania, ale również wskazać trud w uczeniu się ich, mogą być momentem wzmacniającym tożsamość na zasadzie poczucia podobieństwa losu. Wskazanie pacjentowi, że nie jest jedynym, który odczuwa lęk przed zmianą i że podobnie mieli jego bliscy podejmujący się zmiany życia, może być ważnym czynnikiem obniżającym opór i powodującym pozytywną identyfikację. Dzięki pracy z genogramem niejednokrotnie dochodzi do pogłębienia zmiany i przezwyciężenia zastoju w pracy psychoterapeutycznej. Zasadniczą kwestią jest oczywiście wspomniane silne poczucie identyfikacji. Uważać należy jednak, żeby pacjent nie pomylił swojego życia z przeszłością i żyjącymi w niej osobami i nie zagrzebał się w niej (Berezowska, 2017). Ważne jest zatem, aby w całym procesie pracy z pacjentem, terapeuta był nieustannie wrażliwy na to, co się dzieje w gabinecie podczas sesji.

Dzięki genogramowi terapeuta uzyskuje dostęp do złożonego materiału w sposób zazwyczaj niezagrażający dla pacjenta, który, kiedy pracowałoby się z nim inną formą, być może mniej adekwatną, mógłby zmanifestować opór, unikając istotnych treści, podejmując błahe tematy czy nadmiernie intelektualizując już na etapie wstępnego badania. Jak podkreśla McGoldrick, Gerson i Shellenberger (2007) nieformalność stylu pracy z genogramem oraz trzeźwe, ustrukturalizowane i rzeczowe pytania powodują, że nawet najbardziej zamknięta i nieufna osoba, która nie daje odpowiedzi na pytania otwarte, może chętnie zaangażować się w taką formę pracy. Co ważne genogram pociąga również z tego

powodu, że z jednej strony charakteryzuje go pewna mistyka zaś z drugiej, jak podkreśla Wachtel (1982), genogram jest atrakcyjny, ponieważ jest podobny formą do testów psychologicznych, co nadaje wiarygodność wnioskom wyciągniętym na jego podstawie.

Zdarzyć się może również i tak, że praca z genogramem musi być na pewien czas odłożona, gdy terapeuta odczuwa silny opór ze strony pacjenta. Wówczas skupienie się na bieżącej sytuacji powinno obniżyć opór. Chociaż w dalszej pracy powinno wrócić się do pracy z genogramem, wskazując jednocześnie powiązania pomiędzy obecnym problemem i wydarzeniami z przeszłości pacjenta. To zakotwiczenie pacjenta w jego własnym tle rodzinnym niejednokrotnie okazuje się ważnym czynnikiem dla zrozumienia bieżącego oporu.

Genogram, który jest nośnikiem potencjalnie trudnych w całości do spożytkowania zasobów, jest również kopalnią wiedzy, na bazie której możliwe jest stawianie licznych pytań. Uwidocznienie występujących w rodzinie pochodzenia pacjenta wzorców funkcjonowania i relacji pozwala na mnogość hipotez stawianych w trwającym procesie terapeutycznym. Terapeuta pracujący w paradygmacie ericksonowskim wie, że mnogość hipotez dotyczących tego, co jest problemem pacjenta, jest dobra, a nawet pożądana. Nie ma bowiem jednego, pewnego i niezmiennego sposobu pracy i pomocy pacjentowi. W terapii, która jest ciągłym i bardziej dynamicznym niż statycznym procesem poszukiwania drogi powrotu do zdrowia (Klajs, Lipman, 2015), wielość przypuszczeń dotyczących mechanizmów funkcjonowania pacjenta i odpowiedzi pozwala sprawdzić każdą i dopasować tę najlepszą. Każda bowiem osoba jest skomplikowanym układem znaczeń i doświadczeń. Żłudne jest przekonanie, że terapeuta jest w stanie poznać w pełni pacjenta. Tym bardziej, że zgodnie z zasadą Heisenberga, sam akt poznania drugiej osoby jest interakcją, a każda interakcja społeczna, również ta nawiązana w celu badania, wpływa na zachowania, emocje i myśli. Uczestniczenie w badaniu to realne doświadczenie, fakt autobiograficzny, o różnym znaczeniu dla osoby diagnozowanej (Stemplewska-Żakowicz, 2016). Pozwalając sobie na wiele przypuszczeń dotyczących tego, jak funkcjonuje pacjent i jakie są jego cele, pozwalamy mu poniekąd na większy wybór spośród tego, co możemy mu zaoferować, będąc ograniczonymi poprzez osobiste doświadczenia i historię życia oraz wybiórczą, co do swej istoty wiedzę, jaką udało nam się uzyskać o tym pacjencie.

## **6. Ograniczenia genogramu**

Genogram, jak każda inna technika, posiada również swoje ograniczenia. Poniżej zostaną opisane tylko najważniejsze z nich, które mogą zaciążyć na skuteczności procesu psychoterapii ericksonowskiej z uwagi na cele, jakie ten rodzaj modalności stawia wobec procesu zdrowienia pacjenta.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że genogram, jako narzędzie zdobywania potencjalnie nieograniczonej ilości wiedzy o pacjencie i jego systemie rodzinnym wymaga niezwyklej czujności i uwagi ze strony psychoterapeuty. Pozytywne zorientowanie pacjenta w kierunku

jego mocnych stron i przyszłości może nie odnieść skutku, jeśli w trakcie pracy z genogramem uwaga zarówno pacjenta, ale zwłaszcza terapeuty, zostanie zatrzymana na istniejących w systemie traumach i bolesnych doświadczeniach. Te trudne wydarzenia i przemiany w życiu pacjenta odciskają na nim silne piętno. Zdarzyć się może również i tak, że sam terapeuta zaczyna przykładać zbyt dużo uwagi do trudnych doświadczeń i nieadaptacyjnych zachowań odsłoniętych w trakcie pracy z genogramem. Traktowanie ze szczególną uwagą tych doświadczeń ma sens tylko wówczas, gdy nie nastąpi proces sklejania się z nimi i gdy są one wyłanianie tylko dla celu pogłębienia wiedzy o pacjencie. W innym przypadku uzyskana wiedza staje się obciążeniem dla procesu, który ze swojej istoty powinien koncentrować się na zasobach i je spożytkować. Nieumiejętne zbudowanie wglądu pacjenta w jego historię może spowodować pojawienie się trudnych do przezwyciężenia etykiet. Te etykiety pełnić mogą niejednokrotnie funkcję stygmatyzującą i skutecznie utrzymywać pacjenta w dotychczasowych tendencjach utrzymywania *status quo*.

Wyjaśnianie historii rodzinnej wymaga odsłonięcia tego, co ukryte i złączenia tego, co zostało rozdzielone. Jak podkreśla Santorski (1995), jest to proces długi i złożony. Trwa często od początku do końca psychoterapii. Z każdym kolejnym spotkaniem rozmaite fragmenty wewnętrznego doświadczenia pacjenta, będące w nieustannym złączeniu i rezonansie z jego historią systemu rodzinnego, powinny układać się w mozaiki coraz to bardziej wzmacniające proces zdrowienia. Od umiejętności osoby prowadzącej proces terapii zależy, w jakim świetle zostaną one dostrzeżone i jakie będą miały dla pacjenta znaczenie.

Kwestie powyższe nieodłącznie wiążą się z procesem poszukiwania zasobów w systemie rodzinnym. Jak zauważają McGoldrick, Gerson i Shellenberger (2007), w trakcie pracy z genogramem nieodłącznym doświadczeniem jest i takie, że członkowie rodziny zasadniczo różnią się od siebie pod względem zasobów, które posiadają. Dostrzeżone różnice w zasobach rodzinnych mogą stać się problematyczne dla pacjenta i jego aktualnej sytuacji, jeśli brak jest po jego stronie. Niejednokrotnie może być trudno zorientować pacjenta na cel, jeśli genogram odkrywa zasadnicze dysproporcje. Tu również istotne są umiejętności zauważania i wzmacniania mocnych stron. Wszelkie tego typu miejsca nierównowagi, w postaci braku sił życiowych, umiejętności, wsparcia, pozytywnych doświadczeń, należy umiejętnie badać, podążając za pacjentem i kwestionować pokazując alternatywne. Genogram odkrywa te miejsca i daje wiele okazji do normalizacji tych nierówności, ale też demaskuje braki w umiejętnościach i kompetencjach psychoterapeuty w zarządzaniu i radzeniu sobie z takim rodzajem odkrytego doświadczenia. W tym ostatnim przypadku można zatem powiedzieć, że to nie genogram posiada swoje ograniczenia, a osoba, która z tej techniki korzysta.

W tym momencie warto zwrócić uwagę również na fakt, że rola psychoterapeuty ericksonowskiego w procesie zdrowienia pacjenta polega na budowaniu interwencji, która opiera się na obraniu pewnej strategii tworzenia przestrzeni do zmiany w oparciu o istniejące zasoby pacjenta. Ich dostrzeżenie to kluczowa część procesu. Niemniej jednak musi to być strategia tworząca przestrzeń wyboru. Dialog z pacjentem, czy ten moment

terapii jest momentem odpowiednim na zmianę i uszanowanie decyzji pacjenta w tym zakresie, jest kwestią fundamentalną.

Skuteczność wykorzystania genogramu w kontakcie z pacjentem łączy się z umiejętnością odkrywania przez psychoterapeutę rodzaju motywacji do podjęcia terapii, z jakim zgłaszają się pacjenci. W przypadku niektórych typów pacjentów genogram nie będzie odpowiednią techniką pracy z uwagi na powody, jakie towarzyszą obecności pacjenta na sesji. Norcross i Goldfried (2005) podkreślają, że jeśli mamy do czynienia z pacjentem wysłanym lub zmuszonym przez osoby trzecie, by podjął proces terapii, to taka osoba nie jest zainteresowana identyfikowaniem celów terapii, a doświadczeniem, jakie jej towarzyszy, jest opór przed dostrzeżeniem problemu.

Skorzystanie z techniki genogramu w przypadku tych osób będzie nieskuteczne, ponieważ ci pacjenci zasadniczo nie czują, żeby rozpoznane u nich problemy były dla nich istotne. Wymagającym pod względem umiejętności korzystania z informacji odkrytych w genogramie jest pacjent uskarżający się. To osoba, która choć ma świadomość, że istnieje problem i terapeuta dostrzega u niej motywację do zmian, to jednak jest przekonana, że problem jest poza jej kontrolą i zależy od tego, co robią i myślą inni ludzie. Praca z genogramem w tym przypadku może być niebezpieczna w tym znaczeniu, że pacjent może delegować potrzebę zmiany na omawiany na sesji system rodzinny i wymagać, aby zmiana dokonała się poza nim.

Niebezpieczeństwa nieodpowiedniego użycia genogramu wiążą się również z procesem zbierania informacji z użyciem tego narzędzia. Berezowska (2017) wskazuje na kilka generalnych zasad, jakie powinny być realizowane w trakcie wywiadu prowadzonego z użyciem genogramu. Poszukiwanie zasobów jak również zrozumienie systemowego kontekstu dla istniejącego problemu nie wymaga działań zakrojonych na szeroką skalę. Często szerszy kontekst rodzinny zakrywa aktualny problem i dlatego należy rozpoczynać pracę na niewielkiej przestrzeni systemu rodzinnego. Czasami zapoznanie się z pokoleniem rodziców i rodzeństwem pacjenta wystarcza do zrozumienia całego kontekstu rodzinnego.

Należy też zawsze rozpoczynać od aktualnej sytuacji rodzinnej, a następnie przechodzić do historycznej chronologii zdarzeń. Jeśli w trakcie wywiadu zauważa się trudne emocje towarzyszące pacjentowi, to powinien być to sygnał, że przestrzeń ta jest delikatna, ale również ważna w kontekście tego pacjenta i być może należy ją zostawić na kolejne sesje. W końcu też należy rozpoczynać pracę z genogramem, zauważając oczywiste fakty, a następnie dopiero pozwalać sobie na budowanie przypuszczeń. Większość z tych zasad ma na celu zachowanie przejrzystości w pracy i wspieranie postawy zaciekawienia oraz zaufania wobec tego, co pacjent przynosi ze sobą na spotkania terapeutyczne.

### **Podsumowanie**

Genogram, choć należy obecnie do sprawdzonych i rekomendowanych technik terapeutycznych, w terapii ericksonowskiej pełni istotną, ale też specyficzną rolę.

Perspektywa, jaką wnosi do terapii wobec celów, jakie ten proces zakłada, jest nieoceniona i fundamentalna. Wydaje się, że wiedza, jaką wynika z wykorzystania genogramu w pracy indywidualnej, może istotnym wsparciem w wielu krytycznych momentach, jakie zakłada proces zmiany.

Pomaga bowiem zrozumieć, że trudne doświadczenia mają znaczenie, ale jako fakty należą do przeszłości. Pracując jednak z tą przeszłością, możemy zmienić jej znaczenie. Musimy jednak używać języka, a przeszłość pozwala nam nadać mu odpowiednie zabarwienie emocjonalne.

Wiedza pochodząca z genogramu pozwala zrozumieć, że ludzie w krytycznych momentach swojego życia dokonują wyboru najlepszej z dostępnych na dany czas możliwości. Ale jeśli pojawiają się u terapeuty, to znaczy, że pytają o to, czy można żyć inaczej. Dać przestrzeń nowych wyborów życia, to dać nadzieję, a ta wymaga pewności, że rozwiązania inne są możliwe i są lepsze od tych, które wybrano kiedyś. Takie operacje są możliwe tylko wtedy, gdy terapeuta uzyska dostęp do tych rozwiązań, które były kiedyś.

Genogram zdejmuje też z terapeuty odpowiedzialność za tworzenie i budowanie zasobów, ponieważ pozwala te zasoby wydobyć z pacjenta. Unika się wtedy pułapki w postaci gry, w której terapeuta działa z pozycji wiedzącego lepiej specjalisty. Poszukanie zasobów pacjenta w jego systemie rodzinnym i społecznym, to również ważny sygnał, że terapeuta ma zaufanie do pacjenta, ponieważ pozwala mu budować na jego własnych doświadczeniach.

Praca z genogramem w sposób odczuwalny jako mało inwazyjny i przemocowy zbliża terapeuta do pacjenta. Zbliżenie zaś to jeden z wymiarów odpowiedniego dostrojenia. Dostrojenie natomiast jest warunkiem koniecznym adekwatnego pociągnięcia pacjenta w zmianę.

W końcu praca z genogramem pozwala pokazać pacjentowi, że przeszłość jest również złożona z warstw następujących po sobie. Te warstwy były kiedyś względem siebie ułożone w porządku przeszłość-teraźniejszość-przyszłość. Zatem to, co aktualnie dzieje się na terapii, można również traktować bardziej jako początek kolejnej warstwy życia systemu rodzinnego, z tą różnicą, że za kształt tej warstwy odpowiada pacjent.

### **Bibliografia:**

- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: LQ.
- Barbaro de, B. (red.) 1999. *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: WUJ.
- Berezowska, J. (2017). *Genogram klasyczny*. Warszawa. Wykład nieopublikowany. Materiały własne.
- Block, J. (2002). *Personality as an affect-processing system*. New Jersey: LEA.
- Boszormeny-Nagy, I. (1987). *Foundations of contextual therapy: Collected papers of Iv an Boszormenyi-Nagy*. New York: Brunner Mazel.
- Bowen, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*, 7, 345-374.



- Chrzastowski, Sz. (2009). Wykorzystanie genogramu we współczesnych nurtach terapii rodzin. *Psychoterapia*, 1(148), 65-76.
- Czabała, Cz. (2013). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
- Haley, J. (2012). *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Milтона H. Ericksona*. Gdańsk: GWP.
- Jong de, P., Berg, I. K. (2007). *Rozmowy o rozwiązaniach*. Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Kępiński, A. (1989). *Poznanie chorego*. Warszawa: PZWL.
- Klajs, K. (2017). *Poznawanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Klajs, K., Lipman, L. (2011). Terapia ericksonowska, (w:) L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Szkoły i metody*, (s. 283-297). Warszawa: Eneteia.
- Kmita, J. (1977). *Wykłady z logiki i metodologii nauk*. Warszawa: PWN.
- Kołbik, I. (1999). Wywiad rodzinny z użyciem genogramu, (w:) B. de Barbaro B (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, (s. 97-109). Kraków: WUJ.
- Kuhn, T. S. (2001). *Struktura rewolucji naukowych*. Warszawa: Aletheia.
- Lopez, S. J., Snyder, C.R. (2005). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Marlin, E. (1989). *Genograms*. Chicago: Contemporary Books.
- McGoldrick, M., Gerson, R., Shellenberger, S. (2007) *Genogramy. Rozpoznanie i interwencja*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Namysłowska, I. (1997). *Terapia rodzin*. Warszawa: PWN.
- Namysłowska, I. (2014). Przeszłość jest w terażniejszości i przyszłości. Genogram w terapii rodzin. <http://www.osrodekpsychoterapii.org/news/det/136> z dnia 5.12.2017r.
- Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (red.) (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 183.
- Reichport-Haley, M., Carlson, J. (red.) (2010). *Jay Haley Revisited*. New York: Routledge.
- Rogers, J.C., Durkin, M., Kelly, K. (1985). The family genogram: An underutilized clinical tool. *New Jersey Medicine*, 82(11), 887-892.
- Santorski, J. (1995). *Ciało i charakter. Diagnoza i strategie w psychoterapii somatyczno-charakterologicznej. Antologia*. Warszawa: JS & CO Dom Wydawniczy.
- Sęk, H. (2007). Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej, (w:) H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, tom I (s. 39-54). Warszawa: PWN.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2016). *Diagnoza psychologiczna*. Sopot: GWP.
- Straś-Romanowska, M. (1995). *Na tropach psychologii jako nauki humanistycznej*. Warszawa-Wrocław: PWN.
- Teodorczyk, T. (2015). *Oświecenie dziobaków*. Warszawa: Eneteia.
- Wachtel, E. F. (1982). The family psyche over three generations: The genogram revisited. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8(35), 335-343.
- Woydyłło, E. (2014). *Dobra pamięć, zła pamięć*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Ks. mgr lic. Andrzej Wiecki  
*Teologia Pastoralna WT, UKSW*  
*Studia Doktoranckie*

## **Modlitwy o zdrowie - nadużycie czy wiara?**

### **Refleksja pastoralna**

Większość ludzi na ziemi ma w sobie pragnienie długiego i zdrowego życia. Tak często życzymy sobie "stu lat", zdrowia i szczęścia na święta, urodziny i w codziennych spotkaniach. Zdrowie stanowi bardzo ważną część naszego funkcjonowania. Od jego stanu zależy jakość i komfort naszego życia. Człowiek, który spotkał Boga, potrafi dbać o swoje zdrowie.

Święty Paweł przypomina, że nasze ciało jest świątynią Ducha Świętego i nie wolno jej niszczyć (1 Kor 6,19). Ma też świadomość, że dzięki śmierci i zmartwychwstaniu Jezusa, życie na ziemi zmienia się, ale się nie kończy. Dlatego oprócz zdrowia fizycznego należy dbać o rozwój i zdrowie ducha.

Chrześcijańską odpowiedzią na prośbę o zdrowie jest zawsze współpraca z łaską Bożą. Doprowadzić ona może do skorzystania z konkretnej wiedzy medycznej i pomocy specjalistów. W Księdze Rodzaju czytamy "*czyńcie sobie ziemię poddaną*" (Rodz 1,26). Dzięki wiedzy i natchnieniom Ducha Świętego mamy możliwość pomocy chorym i cierpiącym.

Jezus w swojej publicznej działalności wielokrotnie przywracał zdrowie ludziom. Był to konkretny znak przyjścia oczekiwanego Mesjasza. Chrystus obiecał, że zostanie z nami, aż do skończenia świata. Jest obecny realnie w czasie sprawowania Najświętszej Ofiary. Eucharystia jest centrum życia chrześcijańskiego (Jan Paweł II), największym z cudów, zamkniętym w małym kawałku chleba. Kościół naucza, że sakrament Eucharystii przywraca zdrowie ciała i duszy.

W ostatnim czasie zauważa się wzrost popularności modlitw o uzdrowienie duszy i ciała.

W niniejszym artykule podjęto naukową refleksję nad znaczeniem takich modlitw dla współczesnego człowieka w oparciu o dokument Kongregacji Nauki Wiary "*Instrukcja na temat modlitwy w celu osiągnięcia uzdrowienia pochodzącego od Boga*" *Ardensfelicetatis* , z 14 września 2000 r. (Af).

## 1. Nauczanie Kościoła

W modlitwie "Ojcze Nasz" każdego dnia prosimy Boga, by wybawił nas od zła wszelkiego. Choroba i związane z nią cierpienie jest trudnym wyzwaniem, który towarzyszy człowiekowi od początku istnienia. Uwolnienie od niego jest głębokim pragnieniem ludzkości.

Stary Testament postrzega cierpienie związane z chorobą w dwojaki sposób. Po pierwsze jako karę za grzechy, niewierności i nieposłuszeństwo Bogu. Człowiek jest świadomy, że to, co go spotkało w tajemniczy sposób związane jest z jego złym postępowaniem (Af 1). Taka sytuacja spotyka króla Dawida. Konsekwencje jego wyborów spowodowały cierpienie wielu osób. Nieczystość w połączeniu z pychą, doprowadzają go do zabójstwa.

Ojciec A. Jankowski zauważa, że grzech ten spowodował ogromne spustoszenie w dynastii Dawidowej. Król uznaje swoją nieprawość, żałuje i pokutuje. Pomimo takiej postawy, skutki i ciężar odpowiedzialności spadają także na innych członków rodziny (Jankowski, 1984).

Cierpienie może być także wynikiem próby, którą posługuje się Stwórca. Przykładem jest Hiob. Jego postawa wobec ogromu bólu i niesprawiedliwości wynika z jego niewinności i prawości (Af 1).

Wraz z przyjściem Mesjasza cierpienie nabiera innego znaczenia. Staje się drogą do ukazania mocy Królestwa Bożego. Jezus leczy chorych, wypędza złe duchy i wskrzesza umarłych.

*„W krzyżu Chrystusa nie tylko Odkupienie dokonano się przez cierpienie, ale samo cierpienie ludzkie zostało też odkupione. [...] Dokonując Odkupienia przez cierpienie, Chrystus wyniósł zarazem ludzkie cierpienie na poziom Odkupienia. Przeto też w swoim ludzkim cierpieniu każdy człowiek może stać się uczestnikiem odkupieńczego cierpienia Chrystusa” (Af 2).*

Katechizm Kościoła Katolickiego podkreśla, że Jezus nie tylko współczuje chorym, ale bierze na siebie ich nędze. Zabranie choroby przez Boga wiąże się z wiarą, ale także staje się dowodem mocy odpuszczania grzechów (KKK 1503-1504). Nie wolno zatem podchodzić do każdej choroby schematycznie. Należy odkryć źródło jej powstania. Jednocześnie głęboko wierzymy, że Chrystus ma moc nad każdą dolegliwością fizyczną jak i duchową. Kościół naucza nas, iż królestwo Boga jest już obecne na ziemi. Wszyscy jesteśmy jego częścią. Możemy wypełniać słowa Mesjasza i naśladować Jego czyny. Święty Mateusz i Łukasz opisują jak Syn Boży przekazuje władzę swoim uczniom: „... udzielił im władzy nad duchami nieczystymi, aby je wypędzali i leczyli wszelkie choroby i wszelkie słabości” (Mt 10,1; por. Łk 9,1) i nakazuje im: „Uzdrowiajcie chorych, wskrzeszajcie umarłych, oczyszczajcie trędowatych, wypędzajcie złe duchy” (Mt 10,8). Także posyłając siedemdziesięciu dwóch uczniów, Pan nakazuje: „Uzdrowiajcie chorych, którzy tam się znajdują” (Łk 10,9). Misja ta zostaje zlecona całemu Kościołowi. Św. Paweł w liście do Koryntian przypomina, że charyzmat uzdrawiania

został dany wierzącym i jest sposobem wyrażania i przedłużania misji Jezusa (1 Kor 12). Nie dotyczy to tylko czasów odległych, ale też współczesnych. Natomiast list św. Jakuba, przypomina o modlitwie Kościoła poprzez namaszczenie olejem. „*Choruje ktoś wśród was? Niech sprowadzi kapłanów Kościoła, by się modlili nad nim i namaścili go olejem w imię Pana. A modlitwa pełna wiary będzie dla chorego ratunkiem i Pan go podźwignie, a jeśliby popełnił grzechy, będą mu odpuszczone*” (Jk 5,14-15). To doświadczenie dotyczy uzdrowienia ciała i duszy człowieka. Jak pokazuje praktyka duszpasterska, właśnie w ten sposób Kościół towarzyszy wiernym w chorobie, cierpieniu (Af 2-3).

Ks. M. Olszewski w książce „*Jezus chodzi po Krakowie*”, opisując własne doświadczenia stwierdza:

„*W pierwszym roku mojego kapłaństwa zobaczyłem i doświadczyłem wszystkich cudów Pana, które zostały opisane w Ewangeliach. Nie widziałem tylko wskrzeszenia*” (Olszewski, 2012).

Instrukcja *Ardensfelicитatis*, opierając się na dotychczasowym nauczaniu Kościoła potwierdza możliwość doświadczenia uzdrowienia fizycznego i duchowego mocą Jezusa Chrystusa. Powołując się na Ojców Kościoła i tradycję wschodnią, przypomina, iż uzdrowienie powinno kierować człowieka na właściwą drogę ku nawróceniu (Af 2-4).

Problematyką tą zajął się ks. prof. dr hab. Marek Chmielewski (2017). W swoim artykule streszcza stanowisko Kościoła w sprawach uzdrowień do trzech podstawowych tez:

1) Tylko Chrystus ma moc uzdrawiania. W czasie ziemskiej działalności, pochylając się nad ludzką nędzą, uzdrowił wielu ludzi, lecz zapewne nie wszystkich, którzy doznawali choroby i cierpienia. Pozostaje tajemnicą Bożej Opatrzności, dlaczego ludzie na całej ziemi, także wierzący w Chrystusa, nadal chorują i cierpią;

2) Chrystus uzdrawia według własnej woli mocą Ducha Świętego, który działa w Kościele. Posługa uzdrawiania nie może być zatem traktowana tak, jakby to była indywidualna praktyka lekarska albo nabyta umiejętność skutecznej terapii. Natomiast Duch Święty wybranym osobom może udzielać charyzmatu uzdrawiania, czyli specjalnego daru dla posługi w Kościele i w ścisłej z nim jedności. Wobec tego nikt nie może darem tym posługiwać się na własną rękę i bez uległości pasterzom Kościoła;

3) Zwyczajnym środkiem uzdrawiania w Kościele, ustanowionym przez Chrystusa, są sakramenty święte, nazywane sakramentami uzdrowienia, czyli pokuta i namaszczenie chorych. Choć są one skutecznymi kanałami łaski Bożej, to jednak domagają się żywej wiary. Stąd posługa uzdrawiania oparta jest na żywej wierze w moc Chrystusa Zbawiciela i domaga się wpierw przywrócenia stanu łaski (tamże).

Z punktu widzenia pastoralnego, choroba może stać się okazją czynienia miłosierdzia. Sam Jezus powiedział: „*cokolwiek uczyniliście tym braciom moim najmniejszym, mnie uczyniliście*”. Wrażliwość na cierpienie i troska o człowieka stają się bardzo ważnym elementem budowania miłości braterskiej i odpowiedzialności. Przywrócenie zdrowia może być odczytywane w świetle Objawienia Bożego jako działanie Boga w sposób naturalny lub w niektórych przypadkach jako nadnaturalny.

## 2. Modlitwa o uzdrowienie

Ks. Jan Reczek (2007) podaje główne kryterium doświadczenia cudu uzdrowienia - jest nim głęboka wiara w moc jedyne go Zbawiciela człowieka – Jezusa Chrystusa. Oznacza to, że nasza wiara i zjednoczenie z Bogiem, stają się podstawą wylania łaski przez Pana. Należy unikać traktowania takiego doświadczenia w kategoriach magii czy zjawisk paranormalnych. Źródłem działania jest zawsze Bóg, a nie człowiek.

Ks. M. Chmielewski (2017) przestrzega, by nie używać terminu „*Msza święta o uzdrowienie*”, ponieważ nie ma to żadnego uzasadnienia teologicznego. Nierzadko wierni uczestniczący w takich modlitwach potwierdzają na zasadzie świadectwa uzdrowienie fizyczne lub duchowe. Autor nie podważa przekazywanych w taki sposób informacji, ale podkreśla trudność w ich weryfikacji.

Kongregacja Nauki Wiary, poprzez omawianą instrukcję, porządkuje terminologię zagadnienia. Wyróżnia się dwa typy modlitw w celu otrzymania uzdrowienia:

1. Takie, które mogą opierać się na charyzmacie uzdrawiania;
2. Te, które nie wykorzystują tego charyzmatu.

Pojęcie „charyzmat uzdrawiania” dotyczy pojedynczego człowieka lub grupy osób, która posługuje w danej modlitwie, a ich charyzmat został potwierdzony przez Kościół (Af 5).

Wszystkie celebracje liturgiczne powinny być sprawowane z uwzględnieniem ksiąg liturgicznych i przepisów prawa. Instrukcja poświęca normom dyscyplinarnym 10 punktów. Pokazuje to, jak ważne jest to zagadnienie. Wskazane zostały też nadużycia związane z tą kwestią (Af II).

Nie wolno zatem pomijać i przeciwstawiać sakramentów Kościoła jako drogi wiodącej do pełnego uzdrowienia człowieka. Należy dołożyć wszelkich starań, by wierni w sakramentalnym spotkaniu odnaleźli Chrystusa. Wszystkie dodatkowe modlitwy są dopuszczalne, jeśli wierni mają świadomość dotyczącą roli i znaczenia Komunii sakramentalnej.

We współczesnym duszpasterstwie obserwujemy wzmożoną ilość prowadzonych modlitw o uzdrowienie. Wskazuje to na zapotrzebowanie na nie i ich ogromne znaczenie duchowe. Należy jednak zachować należytą ostrożność w ocenie i przeprowadzaniu tego typu praktyk. To na duszpasterzach spoczywa odpowiedzialność za troskę o świadomość wiernych i czystość dogmatyczno-liturgiczną. Potrzeba nie tylko głębokiej wiary, by otrzymać uzdrowienie, ale także roztropności, by nie stać się przyczyną nadużyć i złego zrozumienia omawianego zjawiska.

### **Skróty:**

Af - Instrukcja na temat modlitwy w celu osiągnięcia uzdrowienia pochodzącego od Boga  
*Ardensfelicитatis*

KKK – Katechizm Kościoła Katolickiego

**Bibliografia:**

Chmielewski M. (2017), *Uzdrowienie, Egzorcysta* nr 8(60).

Jankowski A. (1984), *Ciasna brama i wąska droga*, Poznań-Warszawa.

Katechizm Kościoła Katolickiego, Poznań 2002.

Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja na temat modlitwy w celu osiągnięcia uzdrowienia pochodzącego od Boga *Ardensfelicитatis*, Rzym 2000.

Olszewski M. (2012), *Jezus chodzi po Krakowie*, Kraków.

Pismo Święte i dokumenty Urzędu Nauczycielskiego Kościoła

Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu w przekładzie z języków oryginalnych, wydanie piąte, Poznań 2000.

Raczek J. (2007), *To Jezus leczy złamanych na duchu*, Kraków.

Mgr Elżbieta Kozuchowska  
WFCH, UKSW

## Porządkująco-uzdrawiający charakter ascezy człowieka w ujęciu Edyty Stein

W niniejszym artykule zostaje podjęta problematyka ascezy w rozumieniu Edyty Stein. Głównym punktem wyjścia jest przedstawienie budowy osoby ludzkiej, która wraz z nakreśleniem kondycji natury człowieka stanowi tło do ukazania wartości i celowości podjęcia ascezy. Zostaje również nakreślona jej perspektywa eschatologiczna. Rozważania mają charakter filozoficzno-teologiczny. W rozumieniu Edyty Stein takie połączenie daje ujęcie możliwie względnie całej rzeczywistości: „(...) mam jednak inną ideę metafizyki, która według mnie, ujmuje całą rzeczywistość z uwzględnieniem Prawdy objawionej, a więc opiera się o filozofię oraz teologię” (Stein, 2002, s. 363).

### 1. Budowa osoby ludzkiej

Termin „asceza” wywodzi się z greckiego czasownika *askeo*, który oznacza ćwiczyć, trenować, a także obrabiać artystycznie, kształtować. W starożytności greckiej rozumiano ją jako dążenie do doskonałości: fizycznej, etycznej lub religijnej. Przez ascezę fizyczną rozumiano długotrwałe ćwiczenia ciała, które miały prowadzić do sprawności i wydajności fizycznej. Wysiłek ducha, intelektu i woli charakteryzował ascezę etyczną. Jej celem było osiągnięcie mądrości i cnoty, dzięki którym człowiek mógł się stać sprawiedliwy, umiarkowany i prawdomówny. Asceza religijna natomiast miała zapewniać zjednoczenie z bóstwem (Szyran, 2007, s. 8).

Chrześcijańskie ujęcie ascezy bazuje przede wszystkim na zbawczym dziele Chrystusa oraz na relacji z Nim. Wyróżnia ją integralność wyrażająca się w podmiocie (w ćwiczeniach ascetycznych bierze udział cały człowiek) oraz w celu, którym nie jest poszczególna wartość lub cnota, lecz całościowe uświęcenie człowieka. W ascezie chrześcijańskiej można wyróżnić główne trzy elementy: bezwarunkowe przyłgnięcie do Chrystusa i zawierzenie Mu siebie (asceza wiary), wierne i wytrwałe podążanie za Nim (asceza krzyża) oraz dążenie do pełnego życia w Jego misteriach (asceza eschatologiczna). Wymienione elementy ascezy chrześcijańskiej wskazują na ważność współpracy człowieka z łaską w dążeniu do osiągnięcia zjednoczenia z Chrystusem (tamże, s. 11). Edyta Stein bazując na chrześcijańskim rozumieniu ascezy, podkreśla jedność zachodzącą w budowie podmiotu ascezy.

W jej ujęciu człowiek jest istotą cielesno-psychiczno-duchową. Swojemu życiu duchowemu zawdzięcza to, że może wychodzić z siebie i doświadczać świata zewnętrznego, jednocześnie pozostając w sobie. Duch ludzki w swoim świadomym i rozbudzonym życiu może przenikać zatem dwa światy transcendentalne: świat zewnętrzny oraz wewnętrzny. Świat zewnętrzny można rozumieć na dwa sposoby: jako to wszystko, co nie należy do „mnie”; wówczas obejmowałyby także wewnętrzne światy innych duchów. Drugim rozróżnieniem jest świat ciał materialnych, które są dostępne spostrzeżeniu zewnętrznemu. Przez świat wewnętrzny rozumie świadome życie Ja oraz życie nieświadomione bezpośrednio, w którym swoje źródło ma życie świadome (Stein, 1995, s. 378).

Kluczowe w rozumieniu Edyty Stein osoby ludzkiej jest porównanie duszy do twierdzy wewnętrznej. W tym porównaniu dusza jawi się jako przestrzeń będąca w środku, a zarazem obejmująca całą złożoność ciała, duszy i ducha. Edyta rozróżnia niejako jej trzy rodzaje. Pierwszym jest dusza zmysłowa, która zamieszkuje każdą część i wszystkie członki ciała; zarazem z niego czerpie, działa na nie kształtując i zachowawczo. Drugim rodzajem jest dusza duchowa. Ma ona zdolność wznosić się ponad siebie, patrzeć w świat rzeczy, osób i zdarzeń. Z tym światem nawiązuje kontakt i z niego czerpie. Trzecim rodzajem jest dusza w jej najwłaściwszym znaczeniu – mieszka sama w sobie i jest ośrodkiem przebywania osobowego Ja. Właśnie to miejsce jest konfrontacją tego wszystkiego, co przenika ze świata duchowego oraz zmysłowego. Jest również obszarem, gdzie następuje krystalizacja postawy wobec niego. W przeciwieństwie do punktowego Ja, dusza jest przestrzenią, gdzie Ja w swobodnym poruszaniu się może wychodzić na zewnątrz lub kierować się bardziej do wnętrza (tamże, s. 385).

## **2. Droga formacji i natura człowieka**

Życie w głębi własnej duszy jest drogą wiodącą do ostatecznej formacji oraz doskonałości istnienia. Gdy osobowe Ja znajduje się tam, w najwłaściwszym sensie jest ono u siebie. Dysponuje wówczas całą skupioną siłą duszy i może nią dowolnie zarządzać. Kolejną zaletą przebywania w centrum swojej duszy jest adekwatna ocena sytuacji oraz uchwycenie jej sensu i znaczenia. Życie skupione w swoim wnętrzu oznacza także zdolność dostrzegania wielkich powiązań między małymi, pozornie nieznaczącymi sprawami. Tylko taki człowiek może według ostatecznej miary ocenić ich właściwą wagę i obrać wobec nich stosowną postawę. Jak zauważa Edyta Stein, istnieją ludzie, którzy przygodnie powracają w głąb swojej duszy, po czym wracają na jej powierzchnię. Niestety, tym sposobem głębia nadal jest nie wykształcona i nie może rozwijać swojej formującej mocy, która wpływałaby na warstwy dalsze, znajdujące się bardziej na zewnątrz (tamże, s. 441-442).

W innym miejscu Edyta Stein bardzo wyraźnie podkreśla, że ostateczne spełnienie, właściwa konfrontacja ze światem oraz odnalezienie swojego miejsca w świecie może odbywać dzięki życiu w głębi własnej duszy: „Człowiek jest powołany do tego, by żyć w swoim najgłębszym wnętrzu i tak panować nad sobą, jak to jest możliwe tylko na tym



gruncie; tylko na tym gruncie jest też możliwa właściwa konfrontacja ze światem; tylko na tym gruncie człowiek może znaleźć w świecie miejsce, które zostało mu przeznaczone” (Stein, 2005, s. 227).

Okazuje się jednak, że życie duszy jest nastawione na ciągły kontakt ze światem i działanie w nim. Dlatego też jej naturalnym ukierunkowaniem jest wychodzenie z siebie, nie zaś przebywanie we własnej głębi (Stein, 1995, s. 443). Edyta Stein podaje trzy typy ludzi, u których Ja przemieszcza się w zależności od przyczyny jego ruchu. Są to człowiek zmysłowy, człowiek poszukujący Prawdy oraz człowiek dla którego Ja stanowi centrum. Człowieka zmysłowego Edyta Stein charakteryzuje następująco: „zatopiony najczęściej w użyciu zmysłowym albo w jego poszukiwaniu, znajduje się bardzo daleko od tego, co jest w nim najbardziej wewnętrzne” (Stein, 2005, s. 230). Człowiek poszukujący prawdy przeważnie oddaje się działalności rozumowej. Gdy realnie szuka Prawdy, szuka Boga, choćby w pełni tego sobie nie uświadamiał. Wówczas jest bliżej Niego i tym samym bliżej własnego wnętrza (tamże, s. 230-231). Ostatnim typem jest człowiek, który dostrzega we własnej duszy oraz własnym ciele atrakcyjny przedmiot swoich obserwacji i doświadczenia. Owocem takiej postawy jest poznanie własnej siły i zdolności do działania w świecie oraz rozeznanie w wynikach owej działalności. Dla niego własne Ja jest ważniejsze niż reszta świata. Nie znajduje się jednak we własnym wnętrzu. Edyta Stein określa tę przestrzeń jako „osad pierwotnego życia, skorupy, które stale narastając, zalegają wnętrze” (Stein, 1995, s. 444). W praktyce nadmierne skupienie się na własnym Ja może przerodzić się w postawę egoistyczną, która ma dla jednostki oraz całego społeczeństwa zgubne skutki: „Ten hedonistyczny, snobistyczny, pożądlivy i zachłanny egoizm sam rodzi swą karę. Jego gorzkie owoce to choroby z użycia i nadużycia, pustka duchowa, przesyć, często także rozpad rodziny. To w życiu prywatnym – a w społecznym? Stałe „śrubowanie” potrzeb ma swą odwrotną stronę medalu: ogromne rozbudowanie pewnych gałęzi przemysłu, zanieczyszczenie i zatrucie środowiska. A nałogi, narkotyki, rewolucja seksualna? Najpilniejszą potrzebą jest właśnie ograniczenie nadmiernych potrzeb, umiejętności poskramiania wybujałych pożądań” (Wiśniewska-Roszkowska, 1983, s. 226).

Przeciwny kierunek dążeń duszy, a zatem ku jej wnętrzu, dokonuje się dzięki wymaganiom oraz głosowi sumienia. On to sprawia, że skłania się do właściwego działania i powstrzymuje przed niewłaściwym. Jako głos z głębi, nieustannie przywołuje Ja do powrotu do właściwego miejsca jego przebywania i uświadomienia sobie własnego działania i jego skutków. Dusza jednak nie jest w stanie przebywać w swej głębi zbyt długo z powodu narastającego napięcia płynącego z zewnątrz. Co więcej, Ja przebywając u siebie znajduje niewiele. Doświadczany stan jest równoznaczny z zerwaniem wszelkich powiązań ze światem, z brakiem odbierania bodźców przez zmysły; także z odrzuceniem tego, co przechowuje pamięć i tego, co dostrzega w sobie jako istocie działającej w świecie (tj. własne zdolności i umiejętności). Tym, co zastaje we własnym wnętrzu jest pustka i cisza, które są mu obce. Wejście w samą głębię duszy i wsłuchiwanie się w nią nie jest w stanie zaspokoić pędu Ja do życia i działania. W konsekwencji Ja nie zatrzymuje się tam długo, o ile wnętrza

duszy nie wypełni i nie wprawi w ruch coś innego niż świat zewnętrzny. Tym, co przewyższa cały świat i zarazem jest nowym, potężnym i wyższym życiem jest życie nadprzyrodzone (tamże, s. 443-444).

Centrum i ośrodkiem duszy jest obecny w niej Bóg. Człowiek, który poznaje prawdę wiary i szuka Boga, może przez podejmowanie dobrowolnego wysiłku (uwalniania od panowania zmysłów, „obrazów” pamięci, a także z naturalnej działalności rozumu i woli) wchodzić do własnego wnętrza. Tam, wśród samotności oraz ciemności wiary, doświadcza prostego i rozmiłowanego przebywania z obecnym, choć ukrytym i utajonym Bogiem (tamże, s. 444-445).

Swoje ostateczne spełnienie i swój najgłębszy punkt spoczynku dusza odnajduje w Bogu, a siłą pociągającą ją ku Niemu jest miłość. Edyta Stein stwierdza, że owa miłość może na ziemi ciągle wzrastać. Dodaje również, że „im jest większa, tym bardziej jest zakorzeniona w duszy i tym bardziej dusza w swoim wnętrzu ogarnięta jest Bogiem” (Stein, 2005, s. 218). Miłość zatem można zobrazować za pomocą drabiny, po której dusza wznosi się do zjednoczenia z Bogiem, a jednocześnie zstępuje w głąb samej siebie. We wnętrzu duszy, u jej samych podstaw dokonuje się zjednoczenie z Bogiem (tamże). Kluczową rolę pełni tutaj także pełnienie woli Bożej, bowiem „(...) naprawdę wejdzie się w siebie dopiero wówczas, gdy będzie poszukiwać woli Bożej” (tamże, s. 233). W innym miejscu bardzo wyraźnie przedstawia relację zachodzącą między miłością, a pełnieniem woli Bożej: „Miłość – według swego ostatecznego sensu – jest przecież oddaniem własnego istnienia Umilowanemu i zjednoczeniem z Nim. Bożego Ducha, Boże życie, Bożą miłość – czyli samego Boga – poznaje właśnie ten, kto czyni wolę Bożą. Gdy bowiem pełni ją w najgłębszym oddaniu siebie, wtedy Boże życie staje się jego życiem wewnętrznym: wchodząc w siebie znajduje w sobie Boga” (Stein, 1995, s. 447).

W swoim dziele pt. „Wiedza Krzyża” Edyta Stein szczegółowo opisuje drogę, która wiedzie do własnego wnętrza. Opiera się przy tym głównie na mistycznych tekstach świętego Jana od Krzyża. Okazuje się, że główną rolę na tej drodze odgrywa aktywne podjęcie ascezy. Przez ten termin Edyta Stein rozumie dobrowolne wyrzeczenia, które wyrażają się niejako w śmierci i unicestwieniu w sensie naturalnym, doczesnym i duchowym tego wszystkiego, co ceni wola. Gdy dusza w swoim uniżeniu dojdzie do całkowitego „nic” będącego najgłębszą pokorą, wtedy osiągnie zjednoczenie z Bogiem. Ten stan wyraża się zatem w śmierci krzyżowej w zewnętrznej i duchowej części człowieka, czyli w zmysłach i duchu (Stein, 2005, s. 78-78).

Do podjęcia tej drogi skłania również kondycja natury człowieka, która na skutek grzechu pierwotnego została zraniona i posiada skłonność do zła (KKK, s. 106). Zerwanie pierwotnej harmonii, wyraża się przede wszystkim w wewnętrznym podziale człowieka. Od tej chwili ciało walczy przeciwko duchowi, „dlatego całe życie człowieka jest walką i cierpieniem” (Stein, 2005, s. 361). Jego stosunek do stworzenia również uległ zmianie – stało się dla niego wrogiem i obcym (KKK, s. 104). Środkiem, który wiedzie do odzyskania harmonii wewnętrznej oraz w relacji do stworzenia jest asceza: „(...) człowiek, chcąc żyć harmonijnie,

musi sobie wiele rzeczy odmówić, w przeciwnym bowiem razie wezmą nad nim górę nieokiełzane siły instynktów występujących pod maską zmysłów, pieniądza, chęci panowania, żądy zemsty. Doświadczamy bowiem, że wewnątrz nas istnieje konflikt między prawem Bożym a prawem naszego ciała i że na zewnątrz musimy walczyć przeciw nienawiści w stosunku do bliźnich; asceza jest nieodzowna do osiągnięcia integracji wewnętrznej i jedności ze światem zewnętrznym (Granat, 1985, s. 16).

By ponownie uczestniczyć w zjednoczeniu z Bogiem, człowiek za wzorem Chrystusa musi przejść śmierć krzyżową. Oznacza to, że tak jak On musi ukrzyżować własną naturę poprzez umartwienia i zaparcie się siebie. Co więcej, „im pełniejsze będzie to czynne i bierne ukrzyżowanie, tym głębsze będzie zjednoczenie z Ukrzyżowanym i tym bogatszy udział w Bożym życiu” (Stein, 2005, s. 79). Tradycja duchowości wyróżnia tu dwa rodzaje ascezy: negatywną i pozytywną. W ascezie negatywnej kluczową rolę przyjmuje działanie człowieka i jest charakterystyczne na stopniu oczyszczającym. Natomiast asceza pozytywna wyróżnia się działaniem Boga i wiąże się z etapem oświecającym. Zadaniem człowieka jest cierpliwe i wytrwałe przyjmowanie oschłości, przez które Bóg dokonuje oczyszczenia. Wysiłki człowieka zmierzają także do wytworzenia dobrych przyzwyczajeń (Machniak, 1996, s. 65-66).

### 3. Noc mistyczna

Opisując tę drogę, Edyta Stein za przykładem świętego Jana od Krzyża, posługuje się symbolem nocy. Dostrzega, że jest to symbol panujący w dziełach świętego Jana od Krzyża, a zwłaszcza w „Drodze na Górę Karmel” oraz w „Nocy ciemnej”. Echo nocy można także znaleźć w jego dwóch pozostałych dziełach - „Pieśni duchowej” oraz „Żywym płomieniu miłości”. Rozważa znaczenie nocy kosmicznej i nocy mistycznej, a następnie przedstawia stosunek jednej do drugiej, by na koniec odczytać w nich orędzie krzyża (tamże, s. 85).

Noc kosmiczna jest czymś, co przychodzi z zewnątrz. Jako naturalne zjawisko jest przeciwieństwem światła i okrywa wszystko, co znajduje się w jej zasięgu. Światło padając na przedmioty, ukazuje ich naturalne właściwości. Noc zdaje się je „pochłaniać” i choć istnieją nadal, stają się nieokreślone, niewidzialne i bezpostaciowe lub ocienione, widmowe i groźne. Noc posiada zatem dwa oblicza: noc piękną, która przez poświatę księżyca jest rozjaśniona miłym i łagodnym światłem oraz noc ciemną, która przejmuje grozą. Pierwsza z nich ukazuje nocne oblicza rzeczy. Sprawia, że przedmioty, które w świetle dnia jawiły się jako ostre, twarde i rażące, w jej poświacie stają się przyciemnione i łagodne. Zmysły, a zwłaszcza wzrok i słuch, rejestrują kształty oraz dźwięki, które wcześniej były niewidziane i niesłyszane. Z kolei wraz z nocą ciemną przychodzi spokój, spowolnienie pośpiechu i uciszenie gwaru dnia (tamże, s. 87).

Noc mistyczna w odróżnieniu od nocy kosmicznej ma swoje źródło we wnętrzu duszy i dotyczy tylko tej osoby, u której powstaje. Jej działanie jest porównywalne do działania nocy kosmicznej, bowiem wyprowadza dusze na pustkowie, gdzie doświadczą

samotności i próżni. Jej żywotność i siły są osłabione, a odkrycie tego, co w sobie kryje, budzi w niej lęk. Co ciekawe, tutaj także istnieje światło nocne, które mając swe źródło we wnętrzu duszy, oświetla świat zewnętrzny sprawiając, że dusza widzi go zupełnie inaczej (tamże, s. 89).

Rozważania Edyty Stein na temat nocy kosmicznej i nocy mistycznej wykazują, że doświadczenie zmysłowe można odnieść do doświadczenia czysto duchowego. Wyjaśnia to językiem filozoficznym, wskazując na występowanie „pierwotnej wspólności i wzajemnej przynależności” (tamże, s. 90). Zarówno jedna, jak i druga noc charakteryzują się czymś, co jest nieuchwytnie, bezpostaciowe i rozległe.

W porównaniu do omawianych nocy zupełnie inny sens posiada ciemność pożądań. Edyta Stein określa je jako „prawdziwą ciemność, gdyż pożądliwości męczą, dręczą, zaciemniają i osłabiają duszę; pozbawiają ją ducha Bożego, od którego się odwraca, oddając się temu, co zwierzęce” (tamże, s. 97-98). Używanie dobrodziejstw świata, pożądanie ich i czerpanie z nich przyjemności można określić jako jasne życie dzienne prowadzone przez człowieka natury. Okazuje się jednak, że w oczach Boga jest ono prawdziwą ciemnością mającą swoją przyczynę w grzechu. Można ją usunąć z duszy dzięki otwarciu przestrzeni dla Boga. Drogą prowadzącą do tego jest aktywne podjęcie walki z własną naturą, co dla Edyty oznacza wzięcie na siebie krzyża i wydanie się na ukrzyżowanie. Celem nie jest zaprzestanie poznawania zmysłami, gdyż są one nieodłącznym elementem życia dzięki którym jest możliwe poznanie. Celem zatem jest zmiana stosunku do świata poznawanego za ich pośrednictwem. To z kolei jest jednoznaczne z wejściem czynnie w ciemną noc zmysłów (tamże, s. 97).

Działaniom ludzkim towarzyszy, a nawet je poprzedza działanie Boga. Jak podkreśla Edyta Stein, „działanie Boże jest początkiem i wypełnieniem działania duszy” (tamże, s. 95). W innym miejscu akcentuje poprzedzające działanie łaski, która zachęca człowieka do podjęcia określonych aktów. Gdy człowiek dzięki swej wolności przyjmie ją, może liczyć na wsparcie z jej strony i spotęgowanie jej udzielania się. Zauważa, że „łaska daje siłę oporu wobec nieuporządkowanych skłonności, a tym samym pozwala je okiełzać i przeformować (...)” (Stein, 2012, s. 194-195). Co więcej, „źródłem każdego dobrowolnego aktu, który ma znaczenie dla zbawienia, należy szukać w miłosierdziu Bożym, a nie na odwrót” (tamże, s. 285).

Wykazując nieodzowne działanie łaski, należy jeszcze raz podkreślić ludzką współpracę z nią. Edyta Stein zauważa, że „w scaleniu skażonej natury nie wolno liczyć tylko na działanie łaski, gdyż łaska uświęcająca nie integruje jeszcze całkowicie natury, ale integracji toruje drogę i umożliwia ją przy naszym współdziałaniu” (Stein, 1999, s. 183). Zatem istnieją dwie drogi, prowadzące do uporządkowania naturalnych skłonności i dojścia do zjednoczenia z Bogiem. Są to „mozolna wspinaczka o własnych siłach” i „podnoszenie przez Boga” (Stein, 2002, s. 100).

### 3.1. Czynna noc zmysłów

Człowiek podejmując się uwolnienia od niewoli zmysłowej natury, doświadcza nocy w potrójnym znaczeniu: ze względu na punkt wyjścia, na drogę i na cel. Punktem wyjścia jest wyrzeczenie się pożądania rzeczy tego świata, które przez duszę jest przeżywane jako ciemność i próżnia. Świat dostrzegany zmysłami jest odbierany jako mocny grunt lub jako dom, który zapewnia poczucie bezpieczeństwa. Dostarcza również wszystkiego, co jest potrzebne; jest źródłem radości i przyjemności. Gdy dusza go opuszcza, ma poczucie usuwania się gruntu spod nóg; pogrąża się w ciemności i zdaje się jej, że ginie. W ten sposób staje na drodze pewnej, choć ciemnej. Jest to droga wiary, która w przeciwieństwie do naturalnego pojmowania rozumu, jest poznaniem ciemnym. Pozwala bowiem coś poznać ale nie pozwala tego zobaczyć. Wiara jest również porównana do ciemności północy, ponieważ zostaje wygaszona naturalna działalność zmysłów oraz rozumu. Cel również jest nocą, gdyż w życiu doczesnym, a także w nadprzyrodzonym zjednoczeniu Bóg pozostaje ukryty. Jego jasne światło jest odbierane przez ludzki umysł jako ciemność. Tak jak noc kosmiczna, tak też noc mistyczna posiada swoje okresy. Przyciemnianie światła zmysłowego to jednocześnie zapadanie nocy, przez którą jeszcze prześwituje światło zmierzchu. Środek nocy, a więc ciemność północy to doświadczenie wiary, ponieważ wygaszeniu ulegają zmysły i przyrodzona działalność rozumu. Odnalezienie Boga we własnym wnętrzu to zarazem pojawienie się brzasku poranka, który niesie ze sobą nowy dzień (Stein, 2005, s. 95-96).

Tak jak wcześniej została podkreślona rola miłości w dążeniu do własnego centrum duszy, tak też pełni ona główną rolę w podjęciu ascezy. Bardzo wyraźnie podkreślał tę prawdę święty Jan od Krzyża mówiąc, że przez miłość wszelkie ludzkie władze, pożądanie oraz czyny powinny być wypełnione Bogiem. Do tego celu powinny zmierzać jego zdolności i wysiłki (Jan od Krzyża, 2013, s. 323).

Wejście w ciemną noc zmysłów jest zatem wkroczeniem na drogę wiary. Edyta Stein podaje wskazówki, dzięki którym można mieć pewność, że znajduje się na tej drodze:

- 1) Należy nieustannie pragnąć naśladować we wszystkim Chrystusa tak, by upodobnić swoje życie do Jego życia. Aby to było możliwe, trzeba nad Jego życiem często rozmyślać.
- 2) Ze względu na miłość do Chrystusa trzeba wyzbyć się wszelkich upodobań zmysłowych, które nie zmierzają wprost do Jego chwały i czci.
- 3) W celu umartwienia i uspokojenia namiętności naturalnych, do których zalicza się radość, nadzieja, lęk i ból, trzeba zastosować środek przynoszący wiele korzyści. Jest to skłanianie się ku temu, co jest trudniejsze, nieprzyjemne i niesmaczne; ku temu, co wiąże się z podjęciem trudu, co nie przynosi pociechy, co jest mniejsze, niskie, wzgardzone i gorsze (Stein, 2005, s. 98).

Bezcennym owocem przebycia czynnej nocy zmysłów jest uwolnienie się od przywiązania oraz miłości do rzeczy stworzonych. Mimo to, dusza nadal popada w wiele

błędów i niedoskonałości. Należą do nich m.in. pycha duchowa i łakomstwo duchowe. Na tym etapie najczęściej dusza ma już za sobą długi czas ćwiczeń duchowych, które podejmowała ochotnie i z radością. Wówczas przychodzi czas na drugi etap (tamże, s. 100-101).

### 3.2. Bierna noc zmysłów

Bóg przejmuje inicjatywę i wprowadza duszę w bierną noc zmysłów. Można to rozpoznać po trzech znakach. Pierwszym z nich jest brak pociechy i upodobania w świecie stworzonym. Drugim jest obawa, że nie służy się odpowiednio Bogu. Jako ostatni została wymieniona oschłość oczyszczająca, która przejawia się tym, że człowiek nie odczuwa zadowolenia w sprawach Bożych; martwi się, że się cofa. W człowieku dokonuje się przedziwna wymiana, bowiem dobra i siły zmysłowe zostają zamienione na duchowe. W tym procesie Duch Święty wzmacnia duszę, podczas gdy zmysły z powodu braku przyzwyczajenia do dóbr duchowych doświadczają oschłości i niezadowolenia (tamże, s. 101).

W poddawaniu zmysłów duchowi kluczową rolę przyjmuje kontemplacja. Święty Jan od Krzyża określa ją następująco: „kontemplacja nie jest to co innego, jak tylko tajemne, spokojne i miłosne udzielanie się Boga” (Jan od Krzyża, 2013a, s. 59). Okazuje się, że „w modlitwie właśnie dokonuje się wewnętrzne oczyszczenie, w radosnym i bolesnym procesie doświadczania i bliskości Boga, i mroków oddalenia od Niego” (Adamska, 2002, s. 218). Bóg zaczyna udzielać się człowiekowi na sposób duchowy, co jest przez niego odczuwane bardzo boleśnie. Edyta Stein by opisać ten stan, stosuje porównanie do umierania: „rzecz zrozumiała, że zauważa się tutaj raczej umieranie człowieka zmysłowego, a nie dostrzega świtania nowego życia, które się za tym kryje” (Stein, 2005, s. 103).

By wyrazić ogrom bólu i cierpienia doświadczanego przez człowieka, a także pewną bierność z jego strony, Edyta Stein porównuje jego stan do ukrzyżowania. Wskazuje bowiem, że niemożność posługiwania się siłami naturalnymi odczuwa jako bolesne przygwożdżenie. Dodatkowo dusza lęka się, czy aby na pewno podąża właściwą drogą, ponieważ jest przekonana, że utraciła wszelkie dobra duchowe, łącznie z opuszczeniem przez Boga. Kolejną przyczyną męki jest wspomniana wcześniej kontemplacja, na początku tej drogi wprowadza oschłość, pustkę, lęk i udrękę. Chociaż rozpala w duszy płomień miłości i jest szczególnym udzielaniem się Boga, pozostawia w niej bolesną tęsknotę za Nim, która przybiera określenie rany miłości. Podczas gdy człowiek pragnie działać i być aktywnym, Edyta Stein zaleca postawę cierpliwości, wytrwałości, a także zaniechania wszelkiej aktywności tak, by pozostać wolnym i nieskrępowanym. Co więcej, sugeruje korzystanie z kierownictwa duchowego, ponieważ w innym razie dusza może twierdzić, iż czas poświęcony na modlitwie jest stracony, w związku z czym lepiej ją zaniechać. Kolejną przyczyną cierpienia są pokusy, które w wyobraźni przybierają postać ducha nieczystości i bluźnierstwa. Człowieka nękają niezliczone skrupuły potęgujące poczucie bezradności

i zamieszania. Celem doświadczanych burz jest umocnienie i zaharowanie duszy. Okazuje się jednak, że opisywane próby nie stają się udziałem wszystkich osób. Nie małe znaczenie ma tutaj wola Boga względem duszy: „Im wyższy jest stopień miłosnego zjednoczenia, do jakiego Bóg chce człowieka doprowadzić, tym oczyszczenie jest bardziej gruntowne i dłuższe” (tamże, s. 106).

Owoce i korzyści przebytej nocy są niezliczone. Poprzez udzielany dar kontemplacji, dusza pragnie przebywać w ciszy i samotności, gdzie raczej porzuca swoje działania by nie przeszkadzać działaniu Bożemu. Kolejnym owocem jest duchowy pokój charakteryzujący się spokojnym, delikatnym i uszczęśliwiającym działaniem Boga. Jest dużo bardziej subtelny i odczuwalny duchowo, niż wcześniejsze pociechy do których miały dostęp zmysły. Bardzo znamienne jest, iż człowiek w tym stanie zyskuje również poznanie samego siebie. Wyzwalając się od polegania tylko na zmysłach, otwiera się na światło i poznanie prawdy, która nie należy do łatwych, bowiem dostrzega, że jest nędzą i nie znajduje w sobie nic dobrego. Dzięki temu jednak uczy się zwracać do Boga z większą czcią. Poznaje również Jego wielkość i wspaniałość. Dusza zatem staje się pokorna. Zostaje oczyszczona z dawnej pychy duchowej, co oznacza, że nie wynosi się już wobec innych, a nawet teraz inni wydają się jej być znacznie doskonalsi. Dzięki poznaniu własnej nędzy, z wyrozumiałością patrzy na cudze błędy. Co więcej, czuje do innych miłość i szacunek. Doświadczenie bezradności sprawia, że człowiek staje się uległy i posłuszny co przejawia się w pragnieniu bycia pouczanym. W miejscu łakomstwa duchowego rodzi się w nim umiarkowanie. Wszelkie działanie podejmuje tylko ze względu na Boga i miłość do Niego, nie szukając przy tym własnego zadowolenia. Uwalnia się także od zamieszania i niepokoju, zyskując ciągłą pamięć o Bogu. Ciemna noc okazała się być dla duszy szkołą licznych cnót, a przede wszystkim uległości i cierpliwości. Staje się teraz wierna w życiu duchowym, zdolna do rezygnacji z wszelkiej pociechy i pocieszenia. Doświadczane trudności potęgują jej siłę i wielkoduszność. Niebywałym zyskiem jest całkowite oczyszczenie wszelkich zmysłowych skłonności i pożądań, co nieuchronnie prowadzi ją do wolności ducha. Szatan, świat i ciało nie mają już mocy, by szkodzić duchowi (tamże, s. 102-105).

Bierna noc zmysłów otworzyła człowieka na drogę ducha, na której znamienne jest zanikanie aktywności ludzkiej, co jest wyrazem jego wolności. Człowiek jest na drodze, która wiedzie go do własnego centrum. Edyta Stein wskazuje na pojawiającą się w tym procesie zależność: „Trzeba pamiętać, że własna działalność duszy zmniejsza się w miarę jej zbliżania się do swojego wnętrza. Gdy je osiąga, sam Bóg wszystko w niej działa i duszy nie pozostaje nic innego, jak tylko przyjmować. W tej biernej postawie wyraża się właśnie jej wolność. Wolność ta obejmuje teraz stanowisko bardziej decydujące. Bóg sam działa w duszy wszystko jedynie dlatego, że ona całkowicie Mu się oddaje. To oddanie jest najwyższym aktem jej wolności” (tamże, s. 229-230).

Etap ten bywa określany drogą postępujących lub drogą oświecającą. Przez kontemplację duszy udzielane są czyste radości duchowe, których mogą także skosztować najbardziej oczyszczone zmysły. Dzięki uwolnieniu od przywiązania do stworzeń, dusza

otworzyła się na dobra wieczne. Edyta Stein opisuje te zjawisko następująco: „Śmierci człowieka zmysłowego dotrzymuje kroku zmartwychwstanie człowieka duchowego” (tamże, s. 106-107).

W niniejszych rozważaniach człowiek został przedstawiony jako istota cielesno-psychiczno-duchowa, której wewnątrz jest porównane do twierdzy duchowej. Kierunkiem rozwoju człowieka i jego ostatecznej doskonałości jest dążenie do życia w centrum owej twierdzy, w której znajduje się Bóg. Okazuje się jednak, że droga nie jest prosta, ponieważ Ja jest nastawione na konfrontację ze światem i działanie w nim. Oznacza to, że jego naturalna skłonność jest przeciwna do przebywania we własnej głębi. Dodatkowo dochodzi fakt, iż w następstwie grzechu pierwotnego ludzkie ciało sprzeciwia się duchowi: „(...) natura złożona z ciała i duszy, przekazana nam przez prarodzców, jest naturą, w której ciało walczy przeciw duchowi, a rozum – jest zaciemniony (wobec natury nieskażonej), wola zaś osłabiona i serce skłonne do złego” (Stein, 1995, s. 504). Tym, co motywuje duszę do podążania w kierunku własnego centrum jest miłość do Boga oraz podejmowanie ze względu na Niego wyrzeczenia. Na tej drodze niezbędny jest ludzki wysiłek i podejmowanie współpracy z łaską. Człowiek, który rzeczywiście podejmuje tę współpracę i odważnie podejmuje ascezę, wchodzi w czynną noc zmysłów, dzięki której uwalnia się od przywiązania i miłości do rzeczy stworzonych. Kolejnym etapem jest bierna noc zmysłów. Wówczas inicjatywę przejmują Bóg w celu dogłębnego oczyszczenia zmysłowej części człowieka. Stan człowieka, który doświadcza owe uzdrawiające działanie Boga został porównany do ukrzyżowania. Korzyści przebycia tej nocy są niezliczone, bowiem integrują człowieka wewnątrz, uzdrawiają jego relację do świata stworzonego i otwierają go na drogę ducha; niejako zmartwychwstając, otwiera się na dobra wieczne.

### **Bibliografia:**

- Adamska I., (2002), *Światło rozumu i wiary. Duchowa droga Edyty Stein św. Teresy Benedykty od Krzyża. Wybór tekstów i komentarz*, Poznań: Totaldruk.
- Granat W., *Ku ucłowieczeniu przez ascezę*, (w:) *Asceza – odcłowieczenie czy ucłowieczenie*, W. Słomka (red.), (s. 13-23), Lublin: Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Jan od Krzyża, (2013), *Droga na Górę Karmel*, Kraków: Wydawnictwo Karmelitów Bosych.
- Jan od Krzyża, (2013a), *Noc ciemna*, Kraków: Wydawnictwo Karmelitów Bosych.
- Katechizm Kościoła Katolickiego, (2009), Poznań: Pallotinum.
- Machniak J., (1996), *Asceza u mistyków*, (w:) *Asceza chrześcijańska. Materiały z sympozjum*, Machniak J. (red.), (s. 62-73), Kraków: Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej.
- Stein E., (1995), *Był skończony, a byt wieczny*, Poznań: W drodze.
- Stein E., (1999), *Kobieta. Jej zadanie według natury i łaski*, Tczew-Pelplin: Wydawnictwo Diecezji Pelplińskiej „Bernardinum” w Pelplinie.



- Stein E., (2005), *Wiedza Krzyża. Studium o św. Janie od Krzyża*, Kraków: Wydawnictwo Karmelitów Bosych.
- Stein E., (2012), *Czym jest człowiek? Antropologia teologiczna*, Kraków: Wydawnictwo Karmelitów Bosych.
- Szyran J., (2007), *Asceza dla każdego*, Niepokalanów: Wydawnictwo Ojców Franciszkanów.
- Wiśniewska-Roszkowska K., (1983), *Asceza moralność, zdrowie*, Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.

Mgr Berenika Seryczyńska  
*Uniwersytet Mikołaja Kopernika*

## **Eskapizm jako ucieczka od zniewolenia w kontekście Camino de Santiago**

Niniejsze opracowanie ma na celu ukazanie zjawiska eskapizmu z perspektywy człowieka znajdującego się w sytuacji różnorodnych form zniewolenia. Na początku zostanie po krótko wyjaśnione, czym jest eskapizm i jakie są jego rodzaje. W tym kontekście zostanie omówiony mechanizm wyzwalający z tych wielorakich ograniczeń. W pierwszej kolejności będzie on ukazany na przykładzie doświadczenia życiowego św. Jana od Krzyża. Następnie przedstawione zostanie rozróżnienie pomiędzy więzieniem jako zasłużoną karą i sytuacją osoby niewinnie skazanej oraz funkcjonującego projektu *Nowa Droga* jako resocjalizacja młodych więźniów opuszczających więzienia, poprzez wędrówkę drogami św. Jakuba w Polsce. W końcu zostaną ukazane mechanizmy eskapiczne, które zadecydowały o ucieczce Izraelitów z Egiptu w kontekście duchowości drogi Camino de Santiago – pielgrzymki szlakiem św. Jakuba Apostoła.

### **1. Cnota umiarkowania a eskapizm**

C

choć sama idea pielgrzymowania jest zasadniczo piękna i wzniosła, jednak w rękach konkretnych ludzi staje się narzędziem, które podobnie jak kartka papieru zazwyczaj służąca do zapisywania różnorodnych treści, może niespodziewanie skaleczyć. Podobnie *Camino* (pol. droga, w znaczeniu szlaku pielgrzymkowego do Santiago de Compostela w Hiszpanii), choć zazwyczaj pożyteczne i dobre, w pewnych sytuacjach może się okazać szkodliwe lub krzywdzące. Dlatego tak ważne jest zachowanie zdrowego umiaru i rozsądku w podejmowaniu nawet tak wzniosłego działania, jakim jest pielgrzymowanie średnio-wiecznym szlakiem *Camino* do grobu św. Jakuba Apostoła w Santiago de Compostela.

Wydaje się, że w tym miejscu warto przytoczyć słowa św. Tomasza z Akwinu: „choć piękno idzie w parze ze wszystkimi cnotami, ponad wszystko jednak przypisuje się je umiarkowaniu. Z dwóch powodów, po pierwsze z racji ogólnej natury umiarkowania, którą cechuje pewna powściągliwa i właściwa proporcja, będąca podstawową cechą piękna (...). Drugim powodem jest to, że umiarkowanie powstrzymuje człowieka przed tym, co w nim najniższe, co ma cechy natury zwierzęcej (...), i dlatego chroni człowieka przed brzydotą” (Św. Tomasz z Akwinu, II-II q141 a2 odp3).

W nawiązaniu do powyższych rozważań, zjawisko eskapizmu definiowane jest jako ucieczka, oderwanie się od rzeczywistości i od problemów z nią związanych. Ponadto

*Słownik Języka Polskiego* wyróżnia jeszcze takie pojęcia jak: eskapistyczny, eskapista i eskapistka. W *Słowniku Wyrazów Obcych i Zwrotów Obcojęzycznych* Władysława Kopalińskiego pojęcie eskapizmu występuje również w znaczeniu literackim jako *ucieczka, oderwanie się od rzeczywistości; unikanie problemów współczesności* oraz w znaczeniu etymologicznym – fr. *escapade* 'wymknięcie się; eskapada' i ang. *escape* 'ucieczka'; zob. eks-; późn. łac. *cappa* 'nakrycie głowy; płaszcz'; (od pierw. znaczenia 'zrzucenie habitu'). Zwłaszcza to ostatnie określenie nawiązuje do porzucenia utartego sposobu postępowania – chociażby od ang. rzeczownika *habit*, który oznacza zwyczaj, nawyk lub przyzwyczajenie. I w tym aspekcie eskapizm można rozumieć jako rodzaj odskoczni od rutyny dnia codziennego. Właśnie w takiej umiarkowanej formie, eskapizm może stać się rodzajem rekreacji, a także pomocą w przezwyciężeniu stresu. Natomiast kiedy jego przejawy zaczną dominować nad innymi aktywnościami dnia codziennego, może przekształcić się w obsesyjną manię lub formę nałogu.

Badania naukowe potwierdzają, że człowiek posiada precyzyjnie dopracowany system siłowników i przekładni idealnie funkcjonującego mechanizmu anatomicznej budowy ludzkiego ciała przeznaczonego do poruszania się. Z całą pewnością zwłaszcza dla człowieka pierwotnego możliwość sprawnego poruszania się gwarantowała przeżycie w świecie, który z tak wielu stron stanowił dla niego śmiertelne zagrożenie. Najprostszą zaś i bardzo często najskuteczniejszą formą obrony przed tymi zagrożeniami była błyskawiczna ucieczka. Badacze kultur pierwotnych wykazują, że w tamtych czasach ludzie potrafili niewiarygodnie szybko biegać. Naukowcy z North Carolina State University wykazali niedawno w sposób naukowy, że mechanizm ludzkiego chodu przewiduje użycie dwóch odrębnych trybów: chodzenia i biegania. W pierwszym z nich największego obciążenia doznaje staw biodrowy, natomiast podczas drugiego – staw skokowy. Moment obrotowy przejścia z trybu chodu do biegu wynosi zaś ok. 2 m/s (Farris, Sawicki, 2011).

Niniejsze rozważania będą miały zatem na celu ukazanie, jak ważną rolę w procesie uwalniania z różnego rodzaju zniewoleń ludzi i całych społeczności, odgrywa wprowadzenie człowieka w ruch, przemieszczanie się i ukierunkowane wędrowanie.

## 2. Eskapizm w duchowości św. Jana od Krzyża

W ramach wprowadzenia do tej części rozważań, niezbędne wydaje się przytoczenie kilku znaczących momentów z życia Doktora Mistycznego, który w swoim życiu borykał się z wieloma trudami i przeciwnościami, szukając właściwej drogi i sposobu postępowania.

Św. Jan od Krzyża, kiedy po wstąpieniu do zakonu karmelitów w wieku 21 lat, zobaczył rzeczywistość kryzysu duchowego XVI wieku, w jakim żyli ówczesni mu zakonnicy, rozważał możliwość przeniesienia się do klasztoru kartuzów. Prawdopodobnie o decyzji pozostania w zakonie karmelitów zadecydowało spotkanie ze św. Teresą z Avila, z którą rozpoczął wspólne dzieło reformy męskiej gałęzi zakonu. Reforma według św. Jana miała proste i konkretne założenia – chodziło o powrót do pierwotnej gorliwości w

modlitwie i umartwieniach. Oboje święci, wkrótce po tym jak zaczęli wprowadzać swoje dzieło w czyn, odczuli dotkliwie ogromny opór ze strony współbraci św. Jana (Salvador, 2008). Wydaje się więc, że pierwszy odruch opuszczenia zakonu w związku z panującą w nim sytuacją kryzysową był odruchem ucieczkowym – byłby to eskapizm. Jednak św. Jan od Krzyża nie zdecydował się na ucieczkę. Postanowił natomiast stawić czoła przeciwnościom, podejmując ryzykowne dzieło naprawy i reformy zakonu.

Święty Doktor Mistyczny siłą do zniesienia wszelkich przykrości i przeciwności ze strony swojej wspólnoty zakonnej czerpał w owym czasie z rozmowy z Bogiem, lektury Pisma Świętego oraz adoracji Najświętszego Sakramentu. W niedługim czasie sytuacja stała się na tyle poważna, że współbracia postanowili uwięzić św. Jana od Krzyża w karcerze w Toledo, w którym przebywał przez dziewięć miesięcy, aż do czasu, kiedy udało mu się z tego więzienia uciec (por. św. Jan od Krzyża, II, 14, 1). Nieprzypadkowe wydaje się, że właśnie wówczas w Toledo powstało jedno z największych dzieł mistycznych na świecie, którego myśl przewodnia została zawarta w poemacie *Noc ciemna*. Natomiast w księdze II, n. 12 tego dzieła św. Jan od Krzyża opisuje duchową sytuację człowieka, który się znalazł w takiej trudnej sytuacji:

„O nieszczęśliwa dolo naszego żywota! W jakim niebezpieczeństwie tutaj żyjemy i z jaką trudnością poznajemy prawdę! To, co jest najjaśniejsze i najprawdziwsze, wydaje się nam ciemne i niepewne. Uciekamy też od tego, czego najwięcej powinniśmy szukać. Idziemy za tym, co jest dla nas zrozumiałe i jasne, choć jest to dla nas najgorsze i na każdym kroku szkodliwe. W jak wielkim niebezpieczeństwie i niepewności żyje człowiek! Jego bowiem wzrok, który powinien by prowadzić do Boga, pierwszy uwodzi go i oszukuje. Jeśli więc chcemy być pewni drogi, musimy zamknąć oczy i wejść w ciemności. Wtedy dusza będzie bezpieczna od nieprzyjaciół, którymi są jej domownicy, czyli jej zmysły i władze”! (Św. Jan od Krzyża, s. 494).

Chodzi zatem o sytuację człowieka uwięzionego przez dziewięć miesięcy w mrocznej komórce, bez powietrza czy możliwości zmiany odzieży, bez światła ani rozmowy z kimkolwiek, zżeranego fizycznie i moralnie przez ustawiczną udrękę (Salvador, 2008). Właśnie w takich warunkach Doktor Mistyczny otrzymał mistyczną wizję udręczonej duszy szukającej drogi wyjścia z więzienia zmysłów: radości, bólu, nadziei i lęku oraz wszelkie pożądaną (apetitos) i spowijających ją ciemności.

*W noc ciemną, pełną trwogi  
i przez miłosne spalana płomienie,  
wyszłam – o losie błogi! -  
wyszłam niepostrzeżenie,  
gdy dom mój; cisza okryła i cienie*  
(Fragm. św. Jan od Krzyża).

Może warto pokusić się o porównanie wizji duszy z poematu św. Jana od Krzyża, która w ciemności po cichu opuszcza swój dom, który jest jednocześnie jej więzieniem, do pielgrzymów zdążających do Santiago de Compostela, którzy często na długo przed

wschodem słońca w ciemności, starając się nie budzić pozostałych mieszkańców schronisk dla pielgrzymów (nazywanych po hiszp. *albergue*), pakują swoje plecaki i wychodzą niepostrzeżenie w ciemność drogi, bacznie wypatrując kolejnych strzałek wskazujących właściwy kierunek.

Wyruszając w drogę, należy założyć odpowiednie ubranie. Pielgrzymi wszystkich epok, niezależnie od panującej mody, jakby samoistnie przyodziewają się w pył drogi. Wydaje się to zjawiskiem symbolicznym, jeśliby nawiązać w tym miejscu do słów Jezusa z Ewangelii wg św. Jana: *Ja jestem Drogą* (J 14,6), można by powiedzieć, że pielgrzymi jakby przyodziewają się w samego Jezusa. I w tym ujęciu również przestają być w swoim wędrowaniu samotni. W poemacie św. Jana od Krzyża również ważną rolę odgrywa szata, w którą uciekająca dusza jest przyodziana. Symbolizuje ona trzy cnoty: wiarę, nadzieję i miłość oraz chroni duszę przed przeciwnikami, jakimi są: szatan, świat i ciało. Szata ma trzy zasadnicze kolory: biały, zielony i czerwony. Wiara jest szatą wewnętrzną, jeśli więc dusza jest przyodziana wiarą, nie dosięga jej szatan, gdy rozum nie daje duszy żadnej podpory ani światła. Na tę białą tunikę wiary dusza nakłada suknię zieloną, która oznacza cnotę nadziei, przez którą dusza uwalnia się i zabezpiecza przed światem. Zieleń nadziei, trwającej w Bogu, dodaje duszy takich sił wielkoduszności i podniesienia jej ku rzeczom wiecznym, że w porównaniu z tym, czego oczekuje, świat wydaje się jej bez krasy i piękna, martwy i bez żadnej wartości, jak to zresztą jest rzeczywistość. Dusza odziana w szatę nadziei odrzuca wszystkie suknie i szaty świata, odrywa od nich swe serce, niczego się od nich nie spodziewa i nie pragnie, żyje zaś jedynie nadzieją życia wiecznego. Na biel i zielen dusza wkłada jeszcze czerwoną togę. Ta barwa oznacza miłość, która zabezpiecza przed trzecim nieprzyjacielem, którym jest ciało. W tę czerwoną tunikę przyodziewa się dusza, gdy wśród ciemnej nocy wychodzi z samej siebie i ze wszystkich stworzeń rozpalona miłością i przez tajemnicze schody kontemplacji dochodzi do zjednoczenia z Bogiem, będącym jej umiłowaniem zbawieniem. Tak przebrana dusza idzie w nocy wiary i te trzy barwy – cnoty teologiczne stanowią najlepsze przygotowanie do złączenia się duszy z Bogiem w jej trzech władzach: rozumie, pamięci i woli (Stinissen, 2016, s. 17-21).

Oba te obrazy: duszy i pielgrzyma po cichu opuszczających dotychczasowe miejsce przebywania, aby nocą wyruszyć w drogę, ukazują siłę determinującą ich do podjęcia tej ryzykownej wędrówki. W obu przypadkach podjęta wędrówka jest bardzo konkretnie ukierunkowana. Dla duszy mistycznym celem jest szczyt góry Karmel, gdzie ma się dokonać jej spotkanie i zjednoczenie z Bogiem. Dla pielgrzyma celem jest grób św. Jakuba w katedrze w Santiago de Compostela. Kiedy jednak tam dochodzi, powinien sobie uświadomić, że nie jest to cel ostateczny. W katedrze pielgrzym znajduje wyryte dwa symbole: omega i alfa, które mają mu pokazać, że jest to miejsce, w którym kończy się jego wędrówka, ale jednocześnie zaczyna się kolejny etap szerszej pojętej pielgrzymki jaką jest życie, który ma go poprowadzić dalej ku kolejnym celom, aż do ostatecznego spotkania z Bogiem w niebie, ku zbawieniu. W tym ujęciu zarówno dla duszy z wizji św. Jana od Krzyża jak i dla pielgrzyma jakubowego cel ostateczny będzie ten sam.

### 3. Projekt „Nowa Droga”

Przy podjętym temacie przebywania w więzieniu, ważne jest rozróżnienie pomiędzy osobami skazanymi na karę za popełnione przestępstwo, a tymi, którzy niewinnie trafili tam na skutek różnorodnych błędów ze strony organów wymiaru sprawiedliwości. Te dwie sytuacje uosabiają dwaj główni bohaterowie historii opisaney przez Stephena Kinga w opowiadaniu *Skazani na Shawshank* (oryg. *Rita Hayworth and Shawshank Redemption*) opublikowanym po raz pierwszy w 1982 w zbiorze *Cztery pory roku* (oryg. *Different Seasons*). Jeden z więźniów Andy Dufresne, były bankier odsiadyuje karę dożywotniego więzienia za podwójne morderstwo, którego nie popełnił. Natomiast poznany przez niego w więzieniu Irlandczyk Rudy został słusznie skazany na długotrwałą karę w więzieniu o zaostrowym rygorze. Ciekawe, że autor opowiadania postanawia skonstruować przemyślny plan ucieczki Andego, który kończy się pełnym sukcesem, natomiast Rudy odbywa swoją karę aż do końca, kiedy to wychodzi na wolność na mocy zwolnienia warunkowego. Warte zauważenia jest również to, co się dzieje, kiedy już obu bohaterom udaje się opuścić więzienne mury. Andy bardzo szybko i pewnie stawia kolejne kroki na wolności i organizuje sobie nowe życie, takie o jakim marzył w celi więziennej. Natomiast Rudy przeżywa ogromny kryzys, w ramach którego rozważa nawet powieszenie się w zajmowanym przez niego pokoju na belce u sufitu. Nie robi tego tylko ze względu na to, obiecał Andemu: że pojedzie w wyznaczone miejsce, gdzie pod wyjątkowym kamieniem coś znajdzie. Przeważa w nim ciekawość, czy cokolwiek tam odnajdzie i podejmuje decyzję, aby wyruszyć w drogę ku temu miejscu, a później według znalezionych wskazówek o wiele dalej, aby w końcu spotkać się z przyjacielem. Ta historia pokazuje, jak wyruszenie w drogę pomaga uniknąć najgorszego – targnięcia się na własne życie oraz jak ceną pomocą w ramach resocjalizacji więźniów opuszczających zakłady karne i więzienia może odegrać wyruszenie w drogę. Przeprowadzone zostały również szersze badania nad ogromnym wpływem, jaki wywiera rzeczywistość uwięzienia na psychikę młodych ludzi osadzonych w zakładach poprawczych. Opisany został zwłaszcza poziom nadziei, lęku i depresji na przykładzie wychowanków zakładów poprawczych (Trzęsowska-Greszta, Niewodowski, 2015, s. 315-343), jednak z całą pewnością mechanizmy te dotyczą wszystkich osób doświadczających różnego rodzaju uwięzienia.

W ramach rozważań wokół sytuacji człowieka uwięzionego i opuszczającego więzienie, cennym nawiązaniem wydaje się projekt *Nowa Droga* polegający na wsparciu osób młodych opuszczających zakłady karne i areszty śledcze, który jest realizowany przez Stowarzyszenie POSTIS w partnerstwie z Europejską Platformą Edukacyjną od 1 lipca 2016 r. w ramach Osi priorytetowej I: Osoby młode na rynku pracy, Działanie 1.3 Wsparcie osób młodych znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji 1.3.1. Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Projekt jest kontynuacją autorskiego projektu *Nowa Droga* wdrażanego przez

Stowarzyszenie POSTIS od 2013 r. W 2012 r. realizowanego wspólnie z Aresztem Śledczym w Lublinie, Powiatowym Urzędem Pracy w Lublinie oraz Europejską Platformą Edukacyjną w Lublinie, w ramach którego został opracowany model postępowania z byłymi więźniami w ramach projektu *Nowa Droga* jako innowacyjny model współpracy z przedsiębiorstwami w zakresie aktywizacji zawodowej i społecznej młodocianych więźniów. Podobne działania są już od jakiegoś czasu podejmowane w Hiszpanii i we Francji, jednak w Polsce jest to swego rodzaju nowość.

Opracowany model składa się z czterech etapów:

- 1) przygotowanie osadzonego w zakładzie karnym lub areszcie śledczym do udziału w projekcie,
- 2) piesza wyprawa byłego więźnia – po opuszczeniu jednostki penitencjarnej – szlakiem św. Jakuba w towarzystwie opiekuna,
- 3) szkolenie podnoszące kwalifikacje zawodowe byłego więźnia oraz staż zawodowy u pracodawcy,
- 4) podjęcie przez byłego więźnia pracy zawodowej.

Projekt *Nowa Droga* posiada patronaty: Ministra Sprawiedliwości, Marszałka Województwa Lubelskiego, Arcybiskupa Metropolity Lubelskiego, Prezesa Sądu Okręgowego w Lublinie oraz Rady Terenowej ds. Społecznej Readaptacji i Pomocy Skazanym w Lublinie.

Nieprzypadkowe wydaje się połączenie sytuacji młodych osób opuszczających zakłady karne lub areszty śledcze z wyruszeniem w drogę polskimi odcinkami szlaku św. Jakuba. We wrześniu 2017 r. w drogę wyruszył 50. uczestnik w czwartym roku trwania projektu. Przy notowanym w Polsce wskaźniku 6/10 powracania przez byłych więźniów na drogę przestępstwa, tylko dwóch spośród 50 uczestników projektu powróciło na krótko do więzienia, które już udało im się opuścić. Współtwórcy modelu *Nowa Droga* ks. M. Puzewicz wskazuje na zasadnicze elementy projektu, które przekładają się na tak dobre owoce podejmowanych działań: rozmowa, duży wysiłek, obecność i zrozumienie drugiego człowieka. Wielu ludzi nam sprzyja – służby więzienne, kuratorzy, pracownicy urzędów pracy i pomocy społecznej, pracodawcy. Są również tacy, którzy wspierają modlitwą.

Jeden z uczestników Tomasz wraz ze swoim opiekunem również Tomaszem podzielił się doświadczeniem wędrowki w ramach projektu: Przystąpię do kursu na prawo jazdy. Kategoria B. To będzie zadośćuczynienie. Tamtego wieczora głupio wyszło. Nie myślałem o konsekwencjach. Alkohol, nocna jazda, potem więzienie. Usłyszałem o *Nowej Drodze*. Idziesz z opiekunem szlakiem św. Jakuba. Lublin -Kraków. Podobno po przejściu ludzie się zmieniają. Spróbowałem. Przeszliśmy 312 km z plecakiem, parą wygodnych butów i przede wszystkim dobrym nastawieniem. Trasa do Annopola wiodła szlakiem nadwiślańskim, potem św. Jakuba. Każdy dzień to inna historia. Nowe twarze, nowi ludzie, miejsca. Raz szliśmy wzdłuż jezior. Tomek mówi: „*Połowiłbym, połowiłbym*”. Dochodzimy do miejsca, w którym mamy nocować. Okazuje się, że gospodarz ma swoje stawy hodowlane. Dał mu wędkę, poszedł łowić. Innym razem pewien starszy ksiądz, który prowadzi ośrodek

rekolekcyjny potrzebował pomocy przy ścięciu starych drzew. Patrząc, Tomek bierze piłę elektryczną i ścina, zbiera gałęzie, układa na równy stosik przy domu. Nikt go nie musiał prosić. Sam wszystkiego się domyślił. Chłopak ma niesamowitą energię. Widać że chce się zmienić i pewnie uda mu się to osiągnąć - mówi opiekun Tomasz Danielewicz. Droga przynosi wszystko. Łącznie z niespodziankami od losu. Raz idziemy na poboczu stoi jakiś polonez. Tomek powiedział: „Kupiłbym sobie takiego poloneza. Zachodzimy do sklepu, wisi zapalniczka w kształcie właśnie poloneza. „Masz Tomek poloneza”. - mówię do niego. - Takich historii było jeszcze więcej. Jakie będą efekty w przypadku Tomka? Zobaczmy po czasie. Nauczyłem się w tej wędrowce przyjmować z wdzięcznością każdy dzień. Mam nadzieję, że Tomek też wyniósł z trasy wiele lekcji. Jak chociażby to, że na efekty lub sukces czasami trzeba poczekać – mówi Danielewicz. Nowa Droga sporo we mnie zmieniła. Trochę więcej zacząłem myśleć o życiu, o tym co będzie za miesiąc, dwa, rok, i co będzie później – po życiu. Jedni wierzą, że pójdą do raju i będą tam szczęśliwi. Ja wierzę, że dla mnie największym szczęściem będzie spotkanie z mamą. Wiele chciałbym jej powiedzieć. Z niektórych spraw się wytłumaczyć np. z pobytu w więzieniu. Będę się teraz bardziej starał. Wszystko w życiu można naprawić, a prawie wszystko można osiągnąć. Trzeba tylko ciężko pracować i się spełni - tak zawsze mówiła mi mama (Suszek, 2017).

#### 4. Eskapizm Lwa Tołstoja

Dotychczasowe rozważania wydają się prowadzić do wyprowadzenia wniosku, że sytuacja zniewolenia powinna generować w więźniu siłę i motywację prowadzącą do próby uwolnienia się i ucieczki. Nawiązuje do tego sytuacja, kiedy mieszkańcy Nazaretu wyrzucili Jezusa z miasta i próbowali strącić Go z urwiska góry, na której zbudowane było ich miasto, jednak On przeszedł pośród nich i oddalił się (Łk, 4, 29-30). Ta scena ewangeliczna często tłumaczona jest przez egzegetów w ślad za słowami z Ewangelii wg św. Jana 7, 30: zamierzali więc Go pojmać, jednakże nikt nie podniósł na Niego ręki, ponieważ godzina Jego jeszcze nie nadeszła. Również prorok Eliasz ratował się ucieczką z kraju, przed ciężącym na nim wyrokiem śmierci (2 Krl 5,1-15a).

Inspirującym nawiązaniem do zjawiska eskapizmu jest także historia odejścia Lwa Tołstoja opisana przez Pawła Basińskiego (2010). Autor rozważa motywy 82-letniego sławnego pisarza, które skłoniły go do tego, że w nocy z 27 na 28 października 1910 roku postanowił w tajemnicy przed własną żoną uciec z domu. Czy Tołstoj odszedł, żeby umrzeć, czy uciekł, żeby żyć? Okazuje się, że temu zagadnieniu poświęcono 614 stron pasjonującej lektury, wobec czego odpowiedź na powyższe pytanie zdaje się trudna i nieoczywista. Decyzja Tołstoja była właśnie wektorem wrywającym go z zamkniętego kręgu życia w rodzinnej posiadłości, życia które było dla niego trudne i bolesne. Basiński porównuje tę decyzję do postanowienia o zrzuceniu z barków krzyża, który bardzo długo się niosło, a który stał się ciężki ponad siły. Tołstoj w nocy spakował się i wyszedł podobnie jak dusza w *Nocy ciemnej* św. Jana od Krzyża (Serczyńska, 2017):



*wyszłam niepostrzeżenie,  
gdy dom mój; cisza okryła i cienie.*

Wydaje się, że Lew Tołstoj uciekł z domu wówczas, gdy poczuł, że nadchodzi jego godzina, w rozumieniu godziny jego śmierci. Jest to sytuacja odwrotna do rzeczywistości ewangelicznej, kiedy to Jezus pozwala się pojmać właśnie wówczas, gdy czuje, że: przyszła godzina, oto Syn Człowieczy będzie wydany w ręce grzeszników. Wstańcie, chodźmy, oto zbliża się mój zdrajca» (Mk 14, 41b-42). Wytlumaczeniem postępowania Jezusa jest stwierdzenie z Listu św. Pawła do Galatów że: „Ku wolności wyswobodził nas Chrystus. A zatem trwajcie w niej i nie poddawajcie się na nowo pod jarzmo niewoli”! (Ga 5,1). Według tego rozumowania Jezus dobrowolnie przyjął na siebie całe zniewolenie świata, aby już nikt nie musiał nigdy więcej go przyjmować. Słusznym zatem wydaje się usilne dążenie do wyzwolenia od wszelkiego rodzaju zniewoleń. Dotychczas zostało szeroko omówione zniewolenie w dosłownym tego słowa znaczeniu, w rozumieniu więzienia. Istnieją jednak różne inne rodzaje zniewolenia. Dla przykładu Czesław Miłosz pisał o „Zniewolonym umyśle”. Są to myśli zawarte w 9 esejach tego autora opublikowane w 1951 roku, które przedstawiają analizę procesu intelektualnego uzależnienia się inteligencji wschodnioeuropejskiej od politycznych i ekonomicznych reguł doktryny komunistycznej. Chodzi więc o zniewolenie ludzkiego umysłu za pomocą ideologii. Wydaje się, że ludzki umysł zwłaszcza w dzisiejszych czasach jest narażony na wiele różnorodnych zniewoleń i manipulacji od złudnych ideologii po przemyślane działania marketingu i reklamy. Innym rodzajem zniewolenia jest zniewolenie duchowe w rozumieniu różnego rodzaju zniewoleń aż do opętania przez złego ducha. Symptomami, które wskazują na oddziaływanie złego ducha w działaniu człowieka, najczęściej są: kwestionowanie prawd wiary, huśtawka uczuciowa (od wzniosłej pobożności, po upodlanie się, niską samoocenę), pragnienie szybkiej świętości, bez zbytniego angażowania się celem jej wypracowania, niecierpliwość, pycha i upór, fałszywa pokora i jaskrawe nieposłuszeństwo – nader często w sprawach duchowych, niepokój ducha, sięgający rozpacz w sytuacji upadku moralnego, wichrzyelstwo, skłócanie i rozsiewanie zamętu w swoim środowisku życia (LDK, s. 759).

## 5. Eskapizm a Exodus

Nawiązując do wydarzenia z historii Izraelitów opisanego przede wszystkim w Księdze Wyjścia i Liczb (w mniejszym stopniu w Kapłańskiej i Powtórzonego Prawa), obejmującego uwolnienie Izraelitów z Egiptu oraz ich wędrówkę przez Synaj do Ziemi Obiecanej, jest ono nazywane: wyjściem, ucieczką lub exodusem. Wydaje się, że warto porównać te określenia w kontekście tego, co już zostało powiedziane na temat zjawiska eskapizmu, ponieważ nikt nie kwestionuje określenia niewoli Egipskiej, zatem Izraelici po kryjomu, nocą uszli z uciskających ich rąk Egipcjan.

Wydaje się, że tym, co łączy średniowiecznych i współczesnych pielgrzymów jakubowych z Izraelitami uchodzącymi z Egiptu oraz ludźmi, których nazywamy

emigrantami jest to, że wszyscy oni wyruszają w drogę, na której doświadczają przekraczania wielu granic.

Chodzi tu więc nie tylko o granice administracyjne (królestw, księstw czy państw, co kiedyś wiązało się z pozyskiwaniem glejtów i pozwoleń, a dziś wiąże się z pozyskiwaniem wiz), ale również granic kulturowych czy liturgicznych. Nawiązując do artykułu ks. prof. Piotra Roszaka, dla średniowiecznych pielgrzymów „graniczność wpisywała się w ideę podróży, która z definicji prowadziła do kresów, co z filozoficznego punktu widzenia znacząco konfiguruje tę wyprawę. Rodziło to zapewne wyzwania dla własnej tożsamości, która w obliczu «innych» domagała się odpowiedzi na pytanie o własne zakorzenienie. Spotykając się z innymi (osobami, kulturowymi zwyczajami) pozwalało więc odkryć różnorodność i nie zestawiać jej na zasadzie puzzli, luźno powiązanych elementów, ale domagało się harmonizacji, która wówczas wyrażała się w przekonaniu o przynależności do jednej rodziny chrześcijańskich państw, tworzących *christianitas*. (Roszak, 2017, s. 55).

Kolejnym elementem łączącym pielgrzymów, Izraelitów i emigrantów jest fakt opuszczenia dotychczasowego miejsca przebywania. Można więc w ich przypadku mówić o różnorodnych formach eskapizmu w znaczeniu fr. *escapade* wymknięcia się, eskapady lub ang. *escape* – ucieczki.

W nawiązaniu do tego warto jeszcze wspomnieć o pielgrzymach Bożego Miłosierdzia. W tej grupie idea wędrowania zrodziła się również z doświadczenia utraty wszystkiego i więzienia. Wojciech Jakowiec - 4 maja 2007 r. wyszedł na wolność po 9 latach i trzech miesiącach kary więzienia. Prosto spod bramy Zakładu Karnego w Nowogardzie poszedł w swoją pierwszą samotną pielgrzymkę do Lichenia. Dwa lata później, w drugą rocznicę wyjścia na wolność, poszedł z parafii p.w. Matki Boskiej Ostrobramskiej w Szczecinie, parafii swojego dzieciństwa, pierwszej Komunii Świętej i Chrztu do polskiej Ostrej Bramy, czyli do sanktuarium w Skarżysku Kamiennej. Rok później pielgrzymował do Ostrej Bramy w Wilnie. W 2011 roku wraz z Romanem i Dominkiem podjął pielgrzymkę do Asyżu w ramach uczczenia XXV rocznicy międzyreligijnego spotkania i modlitwy o pokój w Asyżu. Wojtek wędrował z Fatimy, Roman z Jerozolimy zaś Dominik z Moskwy. Ta oraz każda z kolejnych z ich pielgrzymek opiera się na prymatach cywilizacji miłości w nawiązaniu do nauczania Jana Pawła II: człowiek przed rzeczą, etyka przed techniką, być przed mieć oraz miłosierdzie przed sprawiedliwością. Pielgrzymi Bożego Miłosierdzia wierzą, że prawdziwa pielgrzymka liczy 40 centymetrów. Tyle dzieli rozum od serca<sup>1</sup>.

Wydaje się, że zwłaszcza przykłady konkretnych osób, które po wyjściu z więzienia podejmują różnego rodzaju formy pielgrzymowania, wskazują że te dwie rzeczywistości często się ze sobą łączą. W związku z tym można pokusić się o sformułowanie tezy, że naturalnym sposobem leczenia człowieka dotkniętego długotrwałym zniewoleniem jest podjęcie wysiłku wędrowania, które można by było nazwać *caminoterapią* – formą terapii przez *Camino* – drogę w znaczeniu pielgrzymowania. W szerszym ujęciu forma ta wydaje się

---

<sup>1</sup> <http://idzieczlowiek.pl/o-nas>, 3.12.2017

skuteczna nie tylko w odniesieniu do osób opuszczających zakłady karne i więzienia, ale również inne rodzaje uwięzienia czy to fizycznego, czy też psychicznego lub mentalnego. Dlatego powyższe rozważania prowadzą do sformułowania tezy, że naturalnym pragnieniem człowieka jest ucieczka i dążenie do opuszczenia wszelkiego rodzaju więzień, pamiętając oczywiście o sytuacji, kiedy więzienie stanowi zasłużoną karę i daje możliwość spędzenia pewnego czasu w odosobnieniu. Jednak po jego opuszczeniu dobrym rozwiązaniem jest podjęcie wędrowki w celach terapeutycznych.

Tym, co w niniejszym opracowaniu łączy poszczególne osoby tak bardzo różniące się od siebie: św. Jana od Krzyża uciekającego z tolekańskiego więzienia, młodych mężczyzn opuszczających zakłady karne i więzienia, sędziwego Lwa Tołstoja w tajemnicy przed żoną uciekającego nocą z własnego domu oraz Izraelitów również nocą uchodzących z Egiptu, jest impuls nakazujący im iść. Wszystkie wymienione osoby czują wezwanie, aby opuszczając dotychczasowe miejsce przebywania, wyruszyć w drogę. Wszyscy wyruszają w określonym kierunku, wyznaczają sobie cel, jednak ich zasadniczy cel wydaje się być w każdym przypadku czymś więcej niż konkretny punkt na mapie. Tak jak Izraelici wyruszają z Egiptu ku Ziemi Obiecanej, tak młodzi ludzie z projektu *Nowa Droga* wyruszają w rzeczywistości ku nowemu życiu oraz odnalezieniu na nowo siebie, własnego ja. Lew Tołstoj wyrusza w drogę, na końcu której umiera. Wyrusza zatem ku swojemu ostatecznemu przeznaczeniu. Natomiast św. Jan od Krzyża wyrusza ku nowym wyzwaniom, jakie niesie kontynuowanie misji reformy swojego zakonu. Jednak w ostatecznym wymiarze zmierza również śladami duszy opisanej w poemacie *Noc ciemna*, ku szczytowi mistycznej góry Karmel, gdzie ma nadzieję spotkać twarzą w twarz Boga jako ostateczny cel swojej drogi. Wędrowanie staje się zatem koniecznym etapem wszechstronnego rozwoju wymienionych osób w wielorakich wymiarach istnienia. Wędrowanie przybliży ich do zrealizowania życiowych misji oraz umożliwia poznania prawdy o sobie samych.

Wydaje się, że właściwą klamrą spinającą powyższe myśli jest błogosławieństwo pielgrzymów zdążających do Santiago de Compostela:

*Panie Jezu Chryste, Ty uczysz nas przez Apostoła Św. Pawła, że tutaj na ziemi nie mamy trwałego schronienia, więc dążymy do niebiańskiego domu. Wystuchaj naszych modlitw za tych pielgrzymów, modlitw które do Ciebie wnosimy. Niech Duch Święty natchnie swą łaską ich serca; niech ożywi ich wiarę, wzmocni ich nadzieję, i rozpali płomień ich miłości. Spraw, aby ich pielgrzymka odbyła się w prawdziwym duchu pokuty, ofiary i zadośćuczynienia. Niech sam Duch oczyści ich umysły od wszelkiej złej myśli; niech ochrania ich serca i udziela im nieustającej pomocy i swej ochrony, aby dotarli do celu swej podróży bezpiecznie, a poprzez tę pielgrzymkę rozpoczynają swą drogę do niebiańskiego Jeruzalem. Ty, który żyjesz i królujesz z Ojcem i Duchem Świętym, w jedności Boga, na wieki wieków. Amen.*

#### **Bibliografia:**

Basiński P. (2010), *Lew Tołstoj. Ucieczka z rajy*, Wydawnictwo Marginesy.

- Farris, D. J. and Sawicki G. S. (2011), *The mechanics and energetics of human walking and running: a joint level perspective*. *Interface - Journal of the Royal Society*.
- King S. (2001), *Skazani na Shawshank*, Wydawnictwo Albatros.
- Miłosz Cz. (2011), *Zniewolony umysł*, Wydawnictwo Literackie.
- Roszak P. (2017), *Camino i granice. Migracyjny kontekst pielgrzymowania do Composteli [Camino and frontiers. Migratory context of the pilgrimage to Compostela]*, (w:) P. Roszak, F. Mróz, Ł. Mróz (red.), *Dziedzictwo religijne i kulturowe Drogi św. Jakuba w 30. Rocznice uznania szlaku za pierwszy europejski szlak kulturowy*, Kraków.
- Salvador F.R. (2008), *Święty Jan od Krzyża*, Biblioteka Carmelitanum.
- Seryczyńska B. (2017), *Camino a eskapizm*, (w:) *Dziedzictwo religijne i kulturowe Drogi św. Jakuba w 30. Rocznice uznania szlaku za pierwszy europejski szlak kulturowy*, P. Roszak, F. Mróz, Ł. Mróz (red.), Kraków.
- Stinissen W. (2016), *Noc jest mi światłem*, Wydawnictwo Karmelitów Bosych, Kraków.
- Suszek M. (2017), *Wszystko w życiu można naprawić, a prawie wszystko można osiągnąć*, w: <https://parenting.pl/nowa-droga>
- Św. Jan od Krzyża (2016), *Noc ciemna*, tłum. B. Smyrak, Wydawnictwo Karmelitów Bosych.
- Św. Jan od Krzyża (1998), *Dzieła*, tłum. B. Smyrak, Wydawnictwo Karmelitów Bosych.
- Św. Tomasz z Akwinu (1998), *Suma Teologiczna*, tłum. P. Bełch, London.
- Trzęsowska-Greszta E., Niewodowski P. (2015), *Wpływ uwięzienia na poziom nadziei, lęku i depresji – na przykładzie wychowanków zakładów poprawczych*, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 1(21), s. 315-343.

Ks. prof. UKSW dr hab. Bielecki Jan  
Prof. UKSW dr hab. Zabłocki Jacek Kazimierz  
*Institut Psychologii, WFCH*  
*Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego*  
*w Warszawie*

## Dziecko jękające się a środowisko szkolne

### Wprowadzenie

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie trudności jakie przeżywa dziecko jękające się w środowisku szkolnym. Środowisko odgrywa bardzo ważną rolę w życiu każdego dziecka. Może wpływać pozytywnie na jego rozwój osobowości, ale może też wywierać negatywny wpływ. Okres szkolny w życiu dziecka jest bardzo ważny. W okresie tym dokonuje się ogromny rozwój intelektualny, społeczny i emocjonalny. Wszystkie te czynniki mogą wpływać pozytywnie albo negatywnie na jego rozwój. W artykule przedstawione zostaną negatywne aspekty środowiska szkolnego i ich wpływ na funkcjonowanie dziecka jękającego się. Przedstawimy najważniejsze przyczyny jękania oraz dokonamy krótką charakterystykę jednej z metod pomocniczych w terapii jękania. W ostatniej części podamy najważniejsze wskazówki i rady tak dla samego dziecka jękającego się, jak i dla rodziców i nauczycieli.

### 1. Charakterystyka jękania

Jękanie jest jedną z najczęściej występujących wad wymowy. Przejawia się ono zaburzeniem płynności mówienia. Niepłynność mówienia może być spowodowana różnymi czynnikami m.in. skurczem mięśni biorących udział w mówieniu, urazem psychicznym lub fizycznym, zmęczeniem, czy przeżywaną traumą. Jękanie jest zaburzeniem mowy w którym obserwujemy napięcie mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych, krótsze lub dłuższe pauzy w mówieniu, zaburzenia płynności ekspresji słownej, czyli zaburzenie komunikacji słownej (por. Tarkowski, 2002, s. 9-12). Trudno jest podać granicę pomiędzy mówieniem płynnym a niepłynnym. Trudno jest dokładnie podać i ustalić, kiedy kończy się rozwojowa niepłynność mówienia, a kiedy rozpoczyna się jękanie wczesnodziecięce. Objawy te najczęściej pojawiają się około 3 roku życia dziecka. W czasie wypowiedzi dziecka jękającego się, obserwujemy przyspieszony i nieregularny oddech, przyspieszone tempo mowy oraz zaburzenie rytmu i harmonii. Głównymi symptomami niepłynności mówienia są: powtarzanie głosek, sylab, wyrazów, przeciąganie głosek, pauzy, rewizje oraz embolofrazje (por. Tłokiński, 1982, s. 250). W literaturze logopedycznej wymienia się wiele

przyczyn zakłóceń mowy<sup>1</sup>. Niektóre mają swoją genezę w procesie wychowawczym, inne w czynnikach dziedzicznych, a jeszcze inne w traumatycznych przeżyciach. Najczęściej wymienia się cztery grupy czynników, które mają istotny wpływ na jąkanie. Są to następujące czynniki: lingwistyczne, fizjologiczne, psychologiczne oraz socjologiczne.

W czynnikach lingwistycznych uwaga skoncentrowana jest na opisie objawów nie płynności mówienia. Jąkanie definiowane jest jako zaburzenie, akcentu, rytmu i melodii. Przejawia się w przerywaniu sylab, słów i zdań oraz powtarzaniu głosek, zmianie natężenia głosu a także mówienie nie płynne (Tarkowski, 2002, s. 11). Aspekt fizjologiczny jąkania wskazuje na zaburzenie związane ze spastycznymi ruchami mięśni aparatu mowy. Jąkanie w tym wypadku cechuje rozpad koordynacji wszystkich ruchów uczestniczących w mowie. Nie jest ono chorobą, lecz objawem chorobowym występujących w różnych schorzeniach układu nerwowego (tamże, s. 12).

Psychologiczna definicja jąkania opisuje indywidualne reakcje na nie płynność mówienia. Najważniejszym składnikiem jąkania jest oczekiwanie na jego pojawienie się. Dziecko jākające się przygotowuje się do wypowiedzi, natomiast osoba nie jākająca się zaczyna mówić. Osoba jākająca się traktuje mowę jako egzamin a nie jako formę komunikacji. Dziecko jākające się przeżywa lęk przed mówieniem. Wykonuje ukryte ruchy i mimo przygotowań mówi nie płynnie. Taka sytuacja jest porażką dla dziecka, którą dobrze zapamiętuje. Dlatego stara się takich sytuacji unikać. W wymiarze społecznym jąkanie jest zaburzeniem komunikacji międzyosobowej, obniża językową sprawność społeczną i sytuacyjną.

Uwzględniając powyższe cztery aspekty jąkanie można zdefiniować jako „nie płynność mówienia spowodowaną nadmiernymi skurczami mięśni oddechowych, fonacyjnych lub artykulacyjnych, której to nie płynności towarzyszą różnorodne reakcje indywidualne lub społeczne, zakłócające komunikację międzyludzką” (tamże, s. 13).

Szczególnie niebezpiecznym okresem, w którym jąkanie ujawnia się, jest okres przedszkolny oraz początek okresu szkolnego. Niewłaściwa postawa rodziców czy wychowawców wobec dziecka, zbyt wielkie wymagania, którym dziecko nie jest w stanie sprostać, wyśmiewanie, mogą prowadzić do tego, że dziecko zaczyna uświadamiać sobie swoją wadę. Taka sytuacja generuje i wzmacnia lęk przed mówieniem. Z badań nad jākaniem wynika, że pojawia się ono w wyniku działania jednocześnie kilku czynników. Czynniki te mogą być bardzo zróżnicowane. W literaturze logopedycznej wyróżnia się zasadniczo trzy rodzaje czynników:

- czynniki dyspozycyjne.
- czynniki wyzwalające
- czynniki wzmacniające (Minczakiewicz, 1997, s. 111).

---

<sup>1</sup> Temat ten był podejmowany m.in. przez wielu autorów, np. Adamczyk (1960, 1998); Błachnio (2011), Błachnio, Przepiórka (2012), Byrne (1989), Chęciek (2007), Chwatcew (1962), Dell (2008), Kostecka (2004), Pruszevicz (1992), Richter (1967), Skorek (2005), Sidor (2011), Suligowska, Zaděcka (2005), Szamburski (1996a i 1996b), Tarkowski (1992), Tarkowski (2002, 2003).

Czynniki dyspozycyjne mają przede wszystkim naturę biologiczną. Można wyróżnić predyspozycje dziedziczne, wrodzone, przebieg porodu, nieprawidłowości rozwoju w okresie niemowlęcym oraz nietypowy przebieg w procesie lateralizacji.

Aby pojawiała się niepełność mówienia muszą zaistnieć czynniki wyzwalające. Mogą one mieć różny charakter. Często związane są z przeżyciem silnych i długotrwałych stanów emocjonalnych. Z reguły dotyczy to stanów negatywnych, ale w pewnych sytuacjach może pojawić się jękanie jako efekt przeżycia emocji pozytywnych. Jękanie może się również pojawić jako reakcja na przeżyty silny stres psychologiczny, np. rozłąka z rodzicami, narodziny młodszego rodzeństwa czy zmiana sytuacji społecznej (Szamburski, 1996, s. 206). Występuje wiele sytuacji, które wzmacniają objawy jękania np., lęk przed odrzuceniem czy rywalizacja o względy rodziców.

## **2. Środowisko szkolne a dziecko jękające się**

Sytuacja szkolna dziecka jękającego się jest sytuacją trudną z wielu przyczyn. Składają się na nią tak aspekty funkcjonowania psychospołecznego (klasa szkolna) oraz aspekt wymagań edukacyjnych.

Pojęcie trudności w nauce często używane jest zamiennie z pojęciem niepowodzenia szkolne. Niepowodzenia szkolne określa się jako te sytuacje, które charakteryzują się występowaniem wyraźnych rozbieżności między wymaganiami wychowawczymi i dydaktycznymi szkoły a postępowaniem uczniów oraz uzyskiwanymi przez nich wynikami w nauce (Sawa, 1990, s. 59-60). Przyczyn powstawania trudności szkolnych należy dopatrywać się w zaniedbaniu w rozwoju mowy a w tym jękania. Charakterystyczną cechą dzieci jękających się jest podwyższony lęk, który szczególnie ujawnia się przed rozmową z innymi dziećmi. Często stają się one przedmiotem drwin kolegów. Z tej przyczyny dzieci jękające się rzadko włączają się do zabaw rówieśników, nie inicjują rozmów z kolegami. Taka sytuacja prowadzi do negatywnych postaw emocjonalnych i krytycznego stosunku do kolegów i niekorzystnie wpływa na przystosowanie do środowiska klasy szkolnej. Przeżywanie stanów lękowych przed kontaktami społecznymi oraz ciągłe obawy przed narażeniem się na negatywną reakcję ze strony innych rzutują na obraz samego siebie i są przyczyną zniekształceń w postrzeganiu i interpretowaniu negatywnych postaw rówieśników (Szumska, 1982, s. 72-74). Dla dzieci jękających się wielkim problemem jest sprawdzanie listy obecności i odpytywanie na lekcji. W takich sytuacjach, należy koncentrować się na odpowiedzi, na którą zwrócona jest uwaga całej klasy. Jękanie, podobnie jak i inne wady wymowy, są źródłem trudności szkolnych. Niepowodzenia szkolne dotyczą przede wszystkim języka polskiego, historii, geografii, biologii i innych przedmiotów, które wymagają odpowiedzi ustnej. Jękające się dziecko ma zmniejszone możliwości wykazania swojej wiedzy podczas odpowiedzi w szkole, tym bardziej, że sytuacja ta wywołuje napięcie emocjonalne i lęk, co jeszcze bardziej nasila jękanie. Trudności w płynnym mówieniu przyczyniają się do wzmożonego lęku przed wypowiedzią, który

stanowi czynnik wpływający na obniżenie rezultatu w nauce. Ujemny wpływ przeżywanego lęku na wyniki w nauce wyraża się tym, że stanowi on czynnik, który dezorganizuje procesy poznawcze, obniża sprawność spostrzegania, powoduje trudności w skupieniu i poprawnym myśleniu, wywołuje zakłócenia pamięci, tzw. „pustkę w głowie”. W rezultacie tego wszystkiego przeżywa wzmożony niepokój i często zapomina to, czego się nauczyło a nie potrafi płynnie odpowiadać. Rozpoczęcie mówienia dla jąkającego się dziecka jest ogromnym wysiłkiem. Wypowiedź, choć przygotowana nie jest płynna dlatego, że jąkające się dziecko chce zamaskować swoją wadę, upraszcza zdania, przez co nie zawsze może oddać zamierzone myśli. Mówiąc, nie myśli o tym co ma powiedzieć, lecz o swoich trudnościach. W jego wypowiedzi pojawia się powtarzanie lub przeciąganie głosek, sylab, powtarzanie wyrazów a niekiedy całych zdań (Trzaskalik, 1991, s. 163).

Mowa dziecka jąkającego się charakteryzuje się przyspieszonym tempem oraz brakiem harmonii i rytmu wypowiedzi. Spowodowane jest to zbyt powierzchownym i nieregularnym oddechem.

Jąkające się dziecko wywołane do odpowiedzi ma trudności z logicznym powiązaniem poszczególnych wątków wypowiedzi i zastosowaniem odpowiedniej formy stylistycznej. Jego nieprzemyślaną wypowiedź stanowią pojedyncze zdania nie zawsze poprawnie zbudowane pod względem gramatycznym. W jego wypowiedzi daje się zauważyć zniekształcanie artykulacji głosek (tamże, s. 162-163).

Jąkanie hamuje aktywność podczas lekcji. Zmniejszona aktywność wynika z niechęci do mówienia i z oporów wewnętrznych. Jedną z konsekwencji mało aktywnego udziału na lekcjach jest obniżenie rezultatów uczenia się. Dziecko pasywne nie nauczy się tyle ile dziecko, które wnosi pewien wkład do wspólnych ustaleń, a ponadto sprawia wrażenie nie przygotowanego do lekcji. Jąkanie ma ogromny wpływ na czytanie, a szczególnie na jego technikę i rozumienie czytanego tekstu. Dziecko musi samodzielnie nauczyć się czytać (por. Okarma, 1989, s. 44-52).

Dzieci jąkające się mają wielką trudność z głośnym czytaniem nowych tekstów. Czytają cicho i niewyraźnie. Zajęte są tak techniką czytania, że niewiele rozumieją z tego co przeczytają. Zdarza się, że dziecko jąkające się wywołane do czytania milczy i nie jest w stanie odczytać głośno danego tekstu. Jest to spowodowane lękiem przed czytaniem i narażeniem się na śmiech i kpinę w klasie. Dlatego jąkającemu się dziecku nie należy powierzać samodzielnej roli w uroczystościach szkolnych natomiast wskazane jest jego występowanie w recytacji grupowej lub śpiewie (por. Bielewicz, 1986, s. 229).

Można powiedzieć, że trudności w nauce dzieci jąkających się są rezultatem kilku powiązanych ze sobą czynników: podwyższonego lęku, wzmożonego napięcia emocjonalnego, osłabionej motywacji do nauki, małego poczucia własnej wartości, zaniżonego obrazu samego siebie oraz obniżonej aktywności podczas zajęć szkolnych (por. Styczek, 1980, s. 320-325).



### 3. Logorytmika jako metoda terapii dzieci jękających się

Terapia logopedyczna dzieci jękających się najczęściej kojarzy się z treningiem płynności mówienia. Polega na zastosowaniu różnych technik i ćwiczeń w celu ułatwienia płynnego mówienia<sup>2</sup>. Metody te można podzielić na bezpośrednie, pośrednie i kompleksowe. Metody bezpośrednie koncentrują się na ćwiczeniach poprawiających płynność mówienia. Do metod bezpośrednich zalicza się m.in. metody: Gutzmana, Froeschelsa, Fernau-Horn, mówienia rytmicznego, metoda „Echo”, Van Ripera, Liebmana i wiele innych.

Do metod pośrednich zalicza się: porady, terapię zabawową, terapię ruchową, Metoda Ruchu Rozwijającego W. Sherborne oraz logorytmikę.

Do metod kompleksowych zalicza się m.in. Program Perkinsa, Program Engiel, Program Chęćka i inne (za: Tarkowski, 2002, s. 171-197). Poniżej pragniemy nieco szerzej zaprezentować logorytmikę jako metodę w terapii dziecka jękającego się. Logorytmika jest metodą opartą na rytmie muzycznym z zastosowaniem słowa i ruchu. Celem ćwiczeń logorytmicznych jest ukazanie dziecku elementów wspólnych dla muzyki i mowy tj. tempo, rytm, akcent, melodia i artykulacja ponadto uzyskanie poprawnej dykcji, opanowanie techniki rytmizacji mówienia, odprężenie i spokój oraz rozwój osobowości (por. Tarkowski, 2002, s. 185; Koźlik-Sadlińska, 2014)<sup>3</sup>. Zakres programu zajęć logorytmicznych zależy od potrzeb terapeutycznych dziecka. Skuteczność tej metody wymaga: podporządkowania się muzyce, przestrzegania prawideł dykcji, intonacji, form gramatycznych i logicznych oraz uwzględnienia czynników społecznych w procesie porozumiewania się. Psychika dziecka jest mocno powiązana z jego somatyką. Muzyka oddziałuje na człowieka i ma korzystny wpływ na cały jego organizm. Określone doznania, emocje płynące z kontaktu z muzyką wywołują różne reakcje, które zachodzą w organizmie np., tętno, oddychanie, ciśnienie krwi oraz napięcie mięśniowe. Muzyka daje poczucie przyjaznego bezpieczeństwa, zmniejsza stres, staje się bodźcem do wyrażania swoich uczuć. Z tej racji jest wykorzystywana w celach terapeutycznych. Powinna stabilizować wewnątrznie i wyciszać. W terapii wykorzystywana jest muzyka relaksacyjna. Taka forma muzyki dociera do naszej podświadomości. Dzięki niej osoba uspokaja się, regeneruje swoje siły i oddech. Praca serca staje się wolniejsza i bardziej rytmiczna a niejednokrotnie znika złość oraz agresja. Należy pamiętać, że nie zawsze ta sama forma muzyki służy wszystkim ludziom. Muzykoterapia jest wykorzystywana jako metoda wspomagająca w leczeniu jękania a także w autyzmie wczesnodziecięcym, w nerwicach oraz zaburzeniach zachowania. Taki rodzaj terapii nie wywołuje skutków

---

<sup>2</sup> Por. np. Dell (2008), Kostecka. (2004), Pawłowski (2005), Pruszewicz (1992), Suligowska, Zadęcka (2005).

<sup>3</sup> <http://www.logopedia.pl/publikacje-fachowe/publikacje-fachowe-logopedia/item/2228-logorytmika-w-terapii-logopedycznej>

ubocznych. Pozytywnym efektem jej jest przyzwyczajenie jej do regularnego słuchania muzyki w celach leczniczych. Celem muzykoterapii jest poprawa obrazu własnej osoby, poczucia własnej godności, ugruntowanie tożsamości, wzrost samoakceptacji, redukcja stresów i niepokojów, poprawienie kontroli nad własnymi odruchami. Stosując odpowiednie ćwiczenia ruchowe z podkładem muzycznym, stymuluje się świadomość własnego ciała. Do ćwiczeń ruchowych służą różne środki pomocnicze np. piłki, obręcze czy laski gimnastyczne. Podstawową formą kontaktu jest śpiew i rytmika (Dubalska, 1993, s. 114-115).

Logorytmika jest korzystnym dopełnieniem terapii indywidualnej dziecka jękającego się, tym bardziej, że kształci wrażliwość dziecka na bodźce dźwiękowe i twórczo wykorzystuje naturalną potrzebę ruchu dziecka. Trening słuchowy należy traktować jako podłoże, z którego z czasem może rozwinąć się i być pielęgnowana mowa dźwiękowa. W logorytmice zachodzi konieczność równoległego prowadzenia ćwiczeń ruchowych, słuchowych z ćwiczeniami mowy. Dlatego logorytmika jest jedną z możliwych terapii dziecka jękającego się. Jest to przede wszystkim program ćwiczeń muzyczno-ruchowych realizowanych z dzieckiem jękającym się. Jest ona swoistą formą połączenia rytmiki i terapii logopedycznej (por. Tarkowski, 2002, s. 185). Wykorzystuje ona możliwość oddziaływania na sferę słuchową, słuchowo-ruchową i ruchową osoby jękającej się w ścisłym połączeniu z terapią logopedyczną (por. Koźlik-Sadlińska, 2014<sup>4</sup>).

Celem ćwiczeń słowno-muzycznych jest uzyskanie poprawnej dykcji, opanowanie techniki rytmizacji mówienia, odprężenie, spokój i rozwój osobowości (Dubalska, 1993, s. 117-118). Logorytmika wyrosła z założeń rytmiki Jaques-Dalcroze'a oraz metody Carla Orffa. Metodę Carla Orffa charakteryzuje synteza różnych rodzajów ekspresji i stąd zajęcia ruchowe zaproponowane przez niego są ściśle związane z rytmizowanym mówieniem, śpiewem oraz grą na skompletowanym instrumentarium. Istotą tej metody jest emocjonalne i ruchowe, muzyczne zaangażowanie dzieci mające wyraz w ekspresji słownej, muzycznej i ruchowej. Najważniejszym założeniem tej metody jest harmonijny związek ruchu z muzyką, co jest szczególnie przydatne w słuchowo-ruchowym usprawnianiu dzieci.

Według Jaques-Dalcroze'a istnieje ścisły związek muzyki i ruchu. Muzyka jest bodźcem do ruchu i stanowi jego inspirację. Natomiast ruch powinien być następstwem muzyki i wywołanego przez nią stanu emocjonalnego (por. Koźlik-Sadlińska, 2014<sup>5</sup>). Ruch w logorytmice powinien być naturalny i swobodny, wynikający bezpośrednio ze słyszanej muzyki. Zróznicowana muzyka wywołuje u dzieci określone spontaniczne reakcje ruchowe. O intensywności jej decydują dwa elementy: stopień wrodzonej muzykalności oraz sprawność ruchowa. Zadaniem ćwiczeń muzyczno-rytmicznych jest wprowadzenie tzw. wewnętrznego ładu poprzez harmonijnie uporządkowany ruch i emocje wpływające z percepcji muzyki. Ćwiczenia rytmiczne zmuszają dziecko do wykonania uporządkowanych

---

<sup>4</sup> <http://www.logopedia.pl/publikacje-fachowe/publikacje-fachowe-logopedia/item/2228-logorytmika-w-terapii-logopedycznej>

<sup>5</sup> Tamże.

ruchów, a jednocześnie uczą umiejętności samoopanowania. To wymaga osobistej aktywności i ćwiczeń oraz powtarzanie tych samych ruchów. Logorytmika w formie cyklicznych zajęć terapeutycznych wykorzystuje elementy rytmiki do celów rewalidacyjnych, specyficznych ze względu na rodzaj deficytu i wynikającego z niego zaburzenia rozwoju ogólnego i rozwoju mowy dziecka. Tego rodzaju zajęcia muzyczno-ruchowe w programie wychowania słuchowego mają za zadanie przede wszystkim uwrażliwienie dzieci na muzyczne elementy mowy. Są nimi tak w mowie jak i muzyce: rytm, melodia, tempo, dynamika i barwa dźwięku. Dla mowy dźwiękowej elementy te mają istotny wpływ na przekaz informacji. Rodzaj intonacji, rytmika słów w zdaniu, akcenty dynamiczne, oraz tempo mowy oddają stan emocjonalny i są nośnikami wielu dodatkowych informacji, a niewłaściwie użyte komplikują a nawet uniemożliwiają zrozumienie przekazu. Dlatego ćwiczenia logorytmiczne stanowią ważne uzupełnienie terapii logopedycznej (tamże).

#### 4. Praktyczne wskazówki dla jąkających się

Elżbieta Maria Minczakiewicz (1997) opracowała zbiór prawideł pomocnych osobom jąkającym się w przewyciężaniu ich trudności w mówieniu.

Ujmuje je w następujący sposób:

- Uświadamiam sobie sytuację w jakiej się znajduję, oddycham równo i spokojnie
- Podejmując rozmowę patrzę na rozmówcę, słucham go z uwagą a potem staram się mówić powoli z umysłem, dbam o treść swej wypowiedzi
- Staram się mówić bez wysiłku, rozluźniam swe ciało, zwłaszcza mięśnie narządów mowy zachowuje się swobodnie luźno.
- Nie wstydzę się swej wady ale też nie muszę o niej wszystkim mówić.
- Pamiętam, że wokół mnie jest wielu życzliwych, rozumiejących mnie ludzi. Oni chcą mi pomóc, nie denerwują się gdy mi się coś nie udaje.
- Jeśli chcę coś powiedzieć, robię to w skupieniu, bez pośpiechu, kojarzę swe myśli, korzystam z milczenia (pauza w mówieniu) jeśli tego wymaga sytuacja. Czasem sobie samemu, staram się wytłumaczyć (mechanizm) mojego jąkania. Zastanawiam się kiedy i w jakich okolicznościach dolegliwość ta występuje najczęściej.
- Dostrzegam u siebie „bloki”, czasem będące zaskoczeniem, a czasem świadomie przeze mnie przewidywane, staram się przewyciężyć przez chwilową pauzę, rozluźnienie mięśni całego ciała (zwłaszcza narządów mowy), zwolnienie tempa mówienia, odwrócenie swej uwagi od przykrych chwil przez przywołanie miłych wspomnień lub wyobrażenie sobie szczęśliwej przyszłości własnej. (tamże, s. 130).

## 5. Praktyczne wskazówki dla rodziców

Opracowano także szereg wskazówek dla rodziców:

- Rozumieć kłopoty dziecka związane z rozwojem mowy i uznać za ważną samą komunikację mimo zacinania i płynności, które są tylko fragmentem całości.
- Zdać sobie sprawę z własnego sposobu mówienia i słuchania.
- Przemyśleć dyscyplinę stosowaną w domu i zastanowić się czy jest ona stała i konsekwentna.
- Pamiętać stale o tym, że jąkanie i płynność to dwa krańce czegoś ciągłego. Pełna płynność nie istnieje, wszyscy, dorośli i dzieci wykazują niepłynność. Nauczmy się je tolerować.
- Bądź zdecydowany w postępowaniu. Pomóż dziecku, aby miało zaufanie do swego mówienia mimo niepłynności, a nie tylko, aby mówiło płynnie.
- Nie mów do dziecka: „nie jākaj się”. Gdyby mogło - nie jākałoby się. Takie polecenie tylko powiększa zakłopotanie, gdyż ono nie wie, jak zrobić, aby się nie jākac.
- Nie strasz, nie bądź rozdrażniony i niecierpliwy, jeśli dziecko staje się coraz bardziej zaniepokojone i napięcie powiększa się. Będzie wtedy mówiło gorzej i nie znajdzie sposobu, aby tego uniknąć.
- Nie mów za dziecko i nie odpowiadaj za nie na pytania, to powiększa tylko niepewność, powoduje zawstydzenie i trudności gdy w końcu musi samo mówić.
- Nie polecaj dziecku, aby powtórzyło, mówiło wolniej, pomyślało, za nim powie lub też wzięło większy oddech. To wszystko powiększa zaburzenia i wkracza w spontaniczność mówienia, kierując uwagę na to jak się mówi, zamiast co się mówi.
- Reaguj tak samo wtedy, gdy dziecko jākaj się i gdy mówi gładko. Reaguj na to co mówi a nie jak mówi.
- Jeśli dziecko spieszy się mówiąc, jest nadmiernie podniecone i napięte można powiedzieć: „uspokój się”, mamy przecież dużo czasu”. To zupełnie co innego niż: „mów wolniej” lub „powiedz to spokojnie”, nie zwracamy bowiem uwagi bezpośrednio na fakt mówienia. Mówimy tylko, że dziecko się spieszy, że jest podniecone. Są to bardzo ważne zastrzeżenia w przypadku zwracania dziecku uwagi.
- Nie podkreślaj faktu, że dziecko mówi gładko. To może wywołać wrażenie, że kochamy je tylko wtedy, gdy mówi gładko, że mówienie płynne jest lepsze niż jākanie. Konsekwencją może być walka o płynność mówienia i wytwarzanie się poczucia, że otoczenie inaczej traktuje dziecko wtedy, gdy ono mówi płynnie, a inaczej, gdy się jākaj. Ponadto dziecko może przenosić reakcje domowników na reakcje obcych.
- Nie wsłuchuj się szczególnie uważnie w mowę dziecka, gdy ono się jākaj. Bystre dzieci mogą to wykorzystać jako sposób na zwrócenie na siebie uwagi rodziców.

Jakie mogą być tego konsekwencje? Jeżeli uważają się za odsunięte, to mogą zacząć się jąkać, aby być centralną postacią i ośrodkiem zainteresowania (Byrne, 1989, s. 32-33).

## **6. Praktyczne wskazówki dla nauczycieli**

Opracowano także wskazówki dla nauczycieli:

- W trakcie nieobecności dziecka jękającego się należy wytłumaczyć pozostałym uczniom, jakie trudności ma ich kolega w mówieniu i poprosić, aby swoim postępowaniem nie sprawiali mu przykrości.
- Nie okazywać zniecierpliwienia, a w razie trudności razem z dzieckiem wymówić pierwszą sylabę.
- Zachęcać do wspólnej recytacji, czytania i śpiewu.
- Traktować dziecko jękające się tak samo, jak pozostałe dzieci w klasie
- Nie pozwalać dziecku jękającemu się na zaniedbywanie obowiązków szkolnych.
- Dziecko powinno być zachęcane do wyrażania swoich myśli tak, jak każde inne dziecko.
- Nie wykluczać dziecka z działań, w których trzeba mówić, ale też nie obciążać go za bardzo.
- Pomagać dziecku w formowaniu poczucia własnej wartości nie biorąc pod uwagę potknięć w mowie, a podkreślając inne działania, które dobrze wykonują.
- Stosować pochwały i zachęty.
- Stosunek nauczyciela do dziecka jękającego się powinien być zawsze jednakowy i naturalny.
- Dziecko jękające się powinno czuć, że jest lubiane przez nauczyciela.
- Wskazana jest współpraca wychowawcy z domem ucznia oraz wzajemne informowanie się o postępach dziecka<sup>6</sup>.

## **Podsumowanie**

Celem niniejszego artykułu było ukazanie sytuacji dziecka jękającego się w środowisku szkolnym. W poszczególnych punktach przedstawiono charakterystykę jękania oraz jego najważniejsze przyczyny. Dokonano również analizy trudności szkolnych dziecka jękającego się. W kolejnym punkcie przedstawiono jedną z technik wspomagających terapię

---

<sup>6</sup> Pazdro,  
[http://www.ppp1.wroc.pl/zalecenia\\_i\\_wskazowki\\_dla\\_rodzicow\\_i\\_wychowawcow\\_dzieci\\_jakajacych\\_sie.pdf](http://www.ppp1.wroc.pl/zalecenia_i_wskazowki_dla_rodzicow_i_wychowawcow_dzieci_jakajacych_sie.pdf)

jąkania jaką jest logorytmika. Jest ona co raz częściej stosowaną metodą w terapii jąkania polegającą na przyswajaniu regularnego rytmu. W ostatniej części artykułu podane zostały praktyczne wskazówki do pracy z dzieckiem jąkającym się dla rodziców, wychowawców oraz dla niego samego.

### **Bibliografia:**

- Adamczyk B. (1960), Próba wyjaśnienia mechanizm jąkania, *Logopedia*, 2, , 12–18.
- Adamczyk B. (1998), Jąkanie jako góra lodowa, *Logopedia*, 25, 15–18.
- Bielewicz I. (1986), Problemy dzieci jąkających się, *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, nr 5, s. 228-229.
- Błachnio A., Przepiórka A. (2012), Jąkanie jako zaburzenie z perspektywy psychologicznej: przegląd badań, *Psychologia Jakości Życia*, 2 (11), s. 211-222.
- Błachnio A. (2011), Dziecko jąkające się w klasie, *Psychologia w Szkole*, 1(29), s. 136–141.
- Byrne R. (1989), *Pomówmy o zacinaniu*, Warszawa: PZWL.
- Chęć M. (2007), *Jąkanie. Diagnostyka – Terapia – Program*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Chwatcew, M.E. (1962), W sprawie etiologii i symptomatyki jąkania, *Logopedia*, 4, 8–16.
- Dell C.W.J. (2008), *Terapia jąkania u dzieci. Podręcznik dla logopedów*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Dubalska T., Piszczek M. (1993), Terapia dzieci jąkających się w wieku 6-10 lat, *Zeszyty Naukowe WSP Bydgoszcz, Studia Psychologiczne*, z. 9, s. 109-125.
- Kostecka W. (2004), *Zintegrowany program terapii osób jąkających się*, Lublin: AWH Antoni Dudek.
- Koźlik-Sadlińska, *Logorytmika w terapii logopedycznej*, <http://www.logopedia.pl/publikacje-fachowe/publikacje-fachowe-logopedia/item/2228-logorytmika-w-terapii-logopedycznej>, [dostęp 06.12.2017].
- Minczakiewicz E. (1997), *Mowa. Rozwój, zaburzenia, terapia*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Okarma E. (1989), Sytuacja szkolna dziecka jąkającego się, *Przegląd Oświatowo-Wychowawczy*, nr 2, s. 44-52.
- Pawłowski Z. (2005), *Foniatryczna diagnostyka wykonawstwa emisji głosu śpiewaczego i mówionego*. Kraków: Impuls.
- Pazdro E., *Zalecenia i wskazówki dla rodziców i wychowawców dzieci jąkających się* [http://www.ppp1.wroc.pl/zalecenia\\_i\\_wskazowki\\_dla\\_rodzicow\\_i\\_wychowawcow\\_dzieci\\_jakajacych\\_sie.pdf](http://www.ppp1.wroc.pl/zalecenia_i_wskazowki_dla_rodzicow_i_wychowawcow_dzieci_jakajacych_sie.pdf)
- Pruszewicz A. (1992), *Foniatryka kliniczna*, Warszawa: PZWL.
- Richter E. (1967), Fizjopatologiczne podłoże jąkania, *Logopedia*, 67(6), 21–33.
- Sawa B. (1990), *Dzieci z zaburzeniami mowy*, Warszawa: WSiP.
- Sidor M. (2011), *Niepłynność mowy w jąkaniu*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Skorek E.M. (2005), *Z logopedią na ty. Podręcznik słownik logopedyczny*, Kraków: Impuls.

- Styczek I. (1980), *Logopedia*, Warszawa: PWN.
- Suligowska B., Zadęcka E. (2005), *Czynniki warunkujące przebieg terapii*, (w:) E.M. Minczakiewicz, *Holistyczne aspekty logopedycznej terapii jąkających się*, Kraków: Wydawnictwo Naukowej Akademii Pedagogicznej.
- Szamburski K., (1996), Nerwica jąkania – inny sposób spojrzenia na problemy niepełności mówienia, *Logopedia*, t. 23, s. 191-213.
- Szamburski K. (1996a), Nerwica jąkania – inny sposób spojrzenia na problem niepełności mówienia, *Logopedia*, 23, 191–213.
- Szamburski K. (1996b), Nerwica jąkania – inny sposób spojrzenia na problem niepełności mówienia. Dodatek do artykułu z: *Logopedia*, 23, 191–213.
- Szumska J. (1982), *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa: PZWL.
- Tarkowski Z., (2002), *Jąkanie*, Warszawa: PWN.
- Tarkowski Z. (1992), *Jąkanie wczesnodziecięce*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Tarkowski Z. (2002), *Jąkanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tarkowski Z. (2003), *Jąkanie*. *Giełkot*, (w:) T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki, Tom 2*, 176–190. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Tłokiński W., (1982), *Mowa: przegląd problematyki dla psychologów i pedagogów*, Warszawa: PWN.
- Trzaskalik J., (1991), Niektóre problemy logopedyczne utrudniające realizację procesu dydaktyczno-wychowawczego w klasie I, *Życie Szkoły*, nr 3, s. 161-164.

Dr Dariusz Sarzała  
Uniwersytet Warmińsko–Mazurski  
w Olsztynie

## Anoreksja jako zagrożenie dla zdrowia oraz społecznego funkcjonowania człowieka w kontekście etiologii i profilaktyki

### Wprowadzenie

Występujące współcześnie zaburzenia odżywiania stanowią szczególną kategorię zagrożeń dotyczących zdrowia człowieka. Stanowią one jednostki chorobowe, których obraz kliniczny uwzględnia objawy obejmujące wszystkie układy organizmu ludzkiego. Należą one do grupy zaburzeń psychicznych, które charakteryzują się znacznymi odchyleniami od wzorców prawidłowego, społecznie akceptowanego modelu jedzenia. W klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*) wyróżnia się cztery główne kategorie tego rodzaju zaburzeń takie jak: anoreksja psychiczna, bulimia psychiczna, zespół kompulsywnego objadania się (*binge eating syndrom*) oraz niesklasyfikowane (nieokreślone) zaburzenia odżywiania (EDNOS) - (ang. *eating disorder not otherwise specified*) (DSM-5, 2013). Wśród wymienionych zaburzeń odżywiania, z uwagi na przewlekły przebieg oraz trudne i długotrwałe leczenie, poważny problem medyczny i społeczny stanowi anoreksja psychiczna (*nervosa*) określana jako zespół chorobowy charakteryzujący się nieprawidłowymi zachowaniami żywieniowymi.

Ze względu na rozpowszechnienie się zjawiska anoreksji oraz związane z nią poważne zagrożenie dla zdrowia i życia, a także społecznego funkcjonowania, anoreksja postrzegana jest w krajach uprzemysłowionych jako jedno z najgroźniejszych przewlekłych schorzeń, które dotyczy zwłaszcza dziewcząt i kobiet we wczesnej dorosłości oraz młodych mężczyzn (Beumont, Touyz, 2003, s. 383–396; Kędra, 2011, 169-175). Problem zaburzeń odżywiania, w tym anoreksji jest wprawdzie coraz częściej poruszany w mediach i wielu publikacjach, lecz nie przekłada się to na świadomość społeczeństwa w zakresie czynników ryzyka związanych z tą chorobą oraz jej powikłań i etiologii.

W dalszej części opracowania przeprowadzona zostanie analiza dotycząca specyfiki i cech charakterystycznych anoreksji. Celem opracowania jest przedstawienie, w oparciu o istniejące dotychczas badania, anoreksji jako choroby, ze szczególnym uwzględnieniem jej przebiegu i zagrożeń dla zdrowia, a także problemów związanych ze społecznym funkcjonowaniem osób nią dotkniętych. Ponadto skoncentrowano się na etiologii anoreksji



oraz problematyce dotyczącej leczenia tej choroby, z uwzględnieniem potrzeby profilaktyki w tym zakresie.

### 1. Anoreksja - analiza symptomów i kryteria diagnostyczne

Przystępując do analizy podjętej problematyki rozpoczniemy od analizy pojęcia anoreksji oraz kryteriów diagnostycznych pozwalających na identyfikację tej choroby. Zwrócimy uwagę więc, że termin *anorexia nervosa* - jadłowstręt psychiczny) wywodzi się języka greckiego w którym „an” oznacza pozbawienie, brak czegoś, a słowo „orexis” możemy przetłumaczyć jako apetyt. Należy więc zaznaczyć, że połączenie tych wyrażen oznacza brak apetytu jako główną cechę anoreksji. Analiza terminu samego nie oddaje jednak w pełni specyfiki tej choroby ponieważ towarzyszy jej nie tylko brak apetytu, lecz wręcz awersja w stosunku do jedzenia (Pilecki, Józefik, Sałapa, 2012, s. 189–200).

W literaturze przedmiotu anoreksja określana jest jako zespół chorobowy przejawiający długotrwałą odmową przyjmowania pokarmów, co powoduje utratę masy ciała i często prowadzi do wyniszczenia organizmu oraz stanu zagrożenia życia, a w niektórych przypadkach nawet do śmierci (Herzog i in., 1992, s. 810-818; Ziółkowska, 2001, s. 89). Zaburzenie to charakteryzuje się spadkiem masy ciała, wywołanym świadomie i celowo oraz podtrzymywanym przez pacjenta (Strzyżewska, Krawczyński, Ignasz, 1997, s. 84-89). Anoreksji towarzyszy zazwyczaj zaburzony wizerunek własnego ciała, (Schier, 2010; Brytek-Matera, 2010) będący wynikiem przypisywania sobie nadmiernej jego masy, w sytuacji kiedy rzeczywista masa ciała jest prawidłowa lub nawet zbyt niska (DSM-5, 2013). W związku z tym osoba chora na anoreksję, pomimo odczuwania głodu, tłumi jego przejawy i w sposób drastyczny ograniczanie spożywanie pokarmów, co jest spowodowane lękiem przed przytyciem. W konsekwencji występujący lęk zamienia się w obsesję, która powoli, prowadzi do autodestrukcji (Heitzman, 2007; Gabbard, 2015).

Niezależnie bowiem od obiektywnych argumentów wskazujących na poważne wychudzenie organizmu, anorektyk postrzega siebie jako osobę zbyt grubą i ciężką, o nieatrakcyjnej i niepożądanym sylwetce. Natomiast brak identyfikacji z chorobą i zachodzące w psychice zniekształcenia nie pozwalają dokonać realnej oceny zagrożeń związanych z tego rodzaju postępowaniem. W związku z tym osoby dotknięte anoreksją nie tylko ograniczają do minimum ilość przyjmowanych kalorii i unikają spożywania posiłków, lecz także często stosują ścisłe diety i głodówki oraz wszelki inne środki umożliwiające redukcję wagi swego ciała. W konsekwencji anoreksja może przerodzić się w stan przewlekły i stać się poważnym zaburzeniem psychicznym (Katzman, 2005, s.52-59) prowadzącym nawet do samobójstwa (Sullivan, 1995, s. 1073-1074).

Ważnym zadaniem jest więc wczesne zdiagnozowanie anoreksji. Kryteria rozpoznania tego zaburzenia - według American Psychiatric Association (DSM-4) - opierały się dotychczas na współistnieniu takich elementów jak:

- A – odmowa utrzymania masy ciała powyżej minimalnej, prawidłowej wagi dla wieku i wzrostu,
- B – silny lęk przed przyrostem masy ciała lub otyłością, nawet w sytuacji niedowagi,
- C – zaburzenia postrzegania własnej masy ciała i sylwetki, nadmierny wpływ tego postrzegania na samoocenę lub zaprzeczanie niebezpieczeństwu wynikającemu z małej masy ciała,
- D – w przypadku kobiet w okresie pokwitaniowym niewystąpienie przynajmniej 3 kolejnych cykli w terminie (APA Diagnostic Classification DSM-IV-TR).

Należy jednak zaznaczyć, że w uaktualnionym wykazie DSM-5, w odpowiedzi na zmiany związane z epidemiologią anoreksji, sformułowanie „odmowę utrzymania masy ciała powyżej minimalnej prawidłowej masy ciała” zastąpiono innym: „dążenie do utrzymania masy ciała na granicy lub poniżej masy należnej”. Ponadto zrezygnowano z punktu „D”, który uniemożliwiał rozpoznanie anoreksji u mężczyzn oraz kobiet przed okresem pokwitania, a także kobiet po menopauzie (DSM-5, 2013, *Changes: Feeding & Eating Disorders*).

Badania przeprowadzone w krajach europejskich wskazują, że anoreksja jako jedna z form odżywiania, stanowi istotny problem zdrowotny. Dlatego ważna jest właściwa diagnoza tego zaburzenia oraz profilaktyka i specjalistyczna terapia, które mogą w znacznym stopniu zmniejszyć konsekwencje zdrowotne oraz ograniczyć skalę tego zjawiska (Striegel-Moore i in., 2008).

## 2. Rodzaje anoreksji i przebieg choroby

Wyróżnić można dwa typy anoreksji z których każdy charakteryzuje się swoistymi objawami tj., restrykcyjny (*restricting type*) oraz typ bulimiczny z przejadaniem się (*binge-eating/purging subtype*) (Leslie i in., 2010, s. 746-751). Osoby, które permanentnie ograniczają liczbę przyjmowanych kalorii i rzadko objadają się, a następnie prowokują wymioty, są klasyfikowani do typu restrykcyjnego. W ich przypadku występują incydenty niekontrolowanego objadania się, ale nie mają miejsca zachowania związane z wydalaniem treści pokarmowych czyli wymioty lub stosowanie środków przeczyszczających. W typie anoreksji o charakterze restrykcyjnym choroba ta przejawia się zarówno w ilościowym jak i jakościowym redukowaniu posiłków. W konsekwencji może nawet zaistnieć sytuacja, że pokarm przyjmowany będzie jedynie w postaci płynów. Natomiast spożycie pokarmu w normalnej postaci doprowadzić może do chorobliwego odczucia przejedzenia oraz takiego stanu świadomości, w którym spożyty posiłek jest postrzegany jako źródło natychmiastowego wzrostu tkanki tłuszczowej. Natomiast drugi typ anoreksji określany jest jako żarłoczno-wydalający (*binge heating*) - bulimiczny. Cechami charakterystycznymi tego typu jest żarłoczność oraz regularne wykonywanie czynnościami związanych z utratą masy ciała (np. prowokowanie wymiotów, nadużywanie leków przeczyszczających, moczopędnych, stosowanie wlewów oczyszczających). Osoba dotknięta anoreksją typu

bulimicznego nie potrafi zapanować nad uczuciem głodu, w związku z czym przyjmuje znaczne ilości pokarmu, co tylko pozornie pozwala jej na obniżenie napięcia psychicznego. Następnie, kiedy tzw. „atak żarłoczności” minął, odczuwa duże poczucie winy, co sprawia, że zmusza się do pozbycia skonsumowanego jedzenia, m.in. prowokując wymioty (Leslie i in., 2010, s. 746-751).

Badacze tej problematyki twierdzą, że część pacjentów z rozpoznaną anoreksją typu restrykcyjnego narażona jest na rozwój bulimii i podkreślają, że przejście z anoreksji restrykcyjnej do anoreksji typu bulimicznego lub bulimii zazwyczaj następuje w trakcie pierwszych lat choroby (Eddy, Dorer, Franko, in., 2008, s. 245-250).

Warto jednocześnie zaznaczyć, że w środowisku dietetyków i praktyków zajmujących się zaburzeniami odżywiania występuje również, poza wyżej opisanymi, zaburzenie określane jako *ortorexia nervosa* (gr. „*orthos*” - właściwy, prawidłowy; *orexis* – apetyt, odżywianie) które nie zostało jednak ujęte w międzynarodowych klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych. Autor tego terminu Steven Bratman, określił nim rodzaj zaburzenia związanego z żywieniem, który przejawia się w wzrastającym, wręcz obsesyjnym zainteresowaniu spożywaniem tzw. „zdrowej żywności” i zaliczył je do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (Bratman, Knight, 2000). W przypadku ortoreksji może pojawiać się lęk przed żywnością przetworzoną, zawierającą tłuszcz, konserwanty bądź też inne chemiczne dodatki, a także produktami pochodzenia zwierzęcego lub innymi, subiektywnie uznanymi za niezdrowe. Natomiast definicja „zdrowej” i „niezdrowej” żywności nie pokrywa się z aktualną wiedzą żywieniową, lecz wynika z subiektywnego przekonania ortorektyka. W konsekwencji osoba dotknięta ortoreksją koncentruje się bardziej na jakości spożywanego pokarmu, aniżeli na kontroli swej masy ciała, a brak „zdrowej” żywności uniemożliwia jej spożywanie w ogóle jakiegokolwiek posiłków. W związku z tym nadmierne zaangażowanie w tego rodzaju aktywność może prowadzić do ekstremalnych postaci fiksacji, z głębokim niedożywieniem włącznie (Bratman, Knight, 2000).

Analizując przebieg anoreksji należy podkreślić, że bardzo ważnym etapem tej choroby jest pojawienie się tzw. czynnika wyzwalającego. Wśród tego rodzaju czynników możemy między innymi wymienić: okres dojrzewania, rozpoczęcie odchudzania, krytyczne uwagi otoczenia dotyczące masy ciała, przejście w kolejny etap życia lub wystąpienie sytuacji stresowych (Rajewski, 2003, s. 110-115). Anoreksja najczęściej zaczyna się od chęci korekty wyglądu zewnętrznego np. w postaci na pozór niewinnej kuracji odchudzającej bądź rozpoczęcia niekonwencjonalnego modelu żywienia. Z upływem jednak czasu dieta przechodzi w coraz bardziej restrykcyjną, a jadłospis zostaje pozbawiony ważnych grup pokarmowych. Natomiast w obawie przed zdemaskowaniem, ze strony rodziny lub przyjaciół, osoba dotknięta anoreksją zaczyna ukrywać swoje nawyki żywieniowe i ograniczania w zakresie spożywania posiłków (Borowiecka-Kluza, 2017).

Należy również podkreślić, że w początkowej fazie anoreksji, kiedy wyznaczony sobie cel (czyli redukcja tkanki tłuszczowej i masy ciała) zostaje osiągnięty osoba taka

wykazuje bardzo dużą aktywność, jest pełna energii i wyraża zadowolenie z siebie. Osiągnięcie tego celu jest dla anorektyków na tym etapie rozwoju choroby sukcesem, który motywuje ich do dalszego ograniczania kalorii w wyniku spożywania coraz mniejszych posiłków.

W dalszym przebiegu anoreksji coraz większemu zaburzeniu zaczyna ulegać postrzeganie obrazu własnego ciała. Osoba cierpiąca na anoreksję obserwując swoje ciało ma ciągle wrażenie, że występują w nim miejsca, „zbyt grube”, w których gromadzi się tkanka tłuszczowa ze spożytego wcześniej, nawet przed chwilą posiłku. Anorektycy permanentnie przekładają więc spożyte kalorie na odkładającą się, ich zdaniem, „nadmiernie” tkankę tłuszczową, pomimo znacznego już wychudzenia czy nawet poważnego wyniszczenia organizmu. Ważnym czynnikiem determinującym dalszy przebieg choroby jest ciągły „lęk przed przytyciem”, występujący niekiedy nawet po zjedzeniu minimalnej porcji posiłku. W miarę jednak upływającego czasu i pogłębiających się różnic, jakie zachodzą pomiędzy uwagami otoczenia na temat wychudzenia a zaburzonym postrzeganiem swej masy ciała przez osoby dotknięte anoreksją, zaczyna pojawiać się u nich silne uczucie osamotnienia i izolacji oraz mogą wystąpić objawy depresyjne. Ponadto wraz z postępującym niedożywieniem współwystępuje wiele zaburzeń somatycznych (Borowiecka-Kluza 2017). Niektórzy badacze tej problematyki podkreślają, że anoreksja może przebiegać w formie jednego rzutu lub przewlekle, z okresami remisji oraz nawrotów (Romer, 2004, s. 514-516).

W konsekwencji choroba ta niesie ze sobą szereg poważnych zagrożeń dla fizycznego i psychicznego zdrowia człowieka oraz jego społecznego funkcjonowania, które wymagają bardziej wnikliwego ich przedstawienia.

### **3. Zagrożenia związane z anoreksją**

Przystępując do analizy zagrożeń związanych z występowaniem anoreksji, należy podkreślić, że choroba ta staje się źródłem licznych zaburzeń somatycznych i psychicznych, a ostatecznie prowadzi do wyniszczenia całego organizmu, a nawet śmierci. Długotrwałe niedobory i dysproporcje w dostarczaniu do organizmu niezbędnych składników pokarmowych przyczyniają się do wystąpienia wielu powikłań w poszczególnych układach i narządach. Stopień nasilenia skutków anoreksji zależy jednak od czasu trwania tej choroby i poziomu niedożywienia oraz odwodnienia organizmu do jakiego dochodzi w związku z zachowaniami żywieniowymi anorektyka. Negatywny wpływ anoreksji na zdrowie somatyczne pacjentów nie został jednak dotychczas dobrze poznany. Wśród skutków anoreksji wskazuje się najczęściej na występujące częste bóle i skurcze mięśni, osłabienie siły mięśni oraz zmiany w obrębie układu mięśniowo-kostnego. W związku z faktem, że anoreksja dotyka głównie kobiet w okresie rozwoju szczytowej masy kostnej, może ona mieć poważny wpływ na ich układ kostny (Katzman, 2005, s. :s.52-59; Rome, 2003; s. 418-426).

Natomiast powszechne zażywanie przez pacjentki z anoreksją leków zawierających estrogeny, których celem ma być zahamowanie ubytku masy kostnej, nie jest w pełni

skuteczne (Golden, i in., 2002, s. 135-143; Strokosch i in., 2006, s. 819-827) i może jednocześnie negatywnie wpływać na organizm (Sim, et al. 2010, s. 218-225).

W związku z utratą masy mięśniowej i tkanki tłuszczowej osoby chore na anoreksję mają trudność z termoregulacją ciała oraz nie tolerują wysokich i niskich temperatur. Na ich ciele pojawia się meszek (lanugo), w związku z czym skóra staje się wysuszona i nieelastyczna, a paznokcie i włosy kruche oraz łamliwe. Pojawiają się także bóle żołądka, wymioty i zaparcia. Wśród innych negatywnych skutków anoreksji możemy wymienić takie jak: zmiany chorobowe w jamie ustnej i obrzęk ślinianek, bóle gardła i nadżerki przełyku, pękające pod oczami naczynia krwionośne gwałtowny spadek wagi, uczucie zimna, wypadanie włosów, próchnica, odwodnienie, uciążliwe skurcze łydek, bóle brzucha, rany na dłoni będące wynikiem wymiotów omdlenia, kołatanie i arytmie serca (Szurowska, 2011, s. 31-32; Borowiecka-Kluza, 2017).

Następują również zmiany w obrębie układu krwionośnego oraz spadki ciśnienia krwi i tętna, anemia. Ponadto może wystąpić arytmia serca i zanik mięśnia sercowego, a także omdlenia lub zawroty głowy. Skutki anoreksji dotyczą również układu rozrodczego kobiety, ponieważ w związku z jej występowaniem zachodzą zmiany w wielkości jajników, macicy, ma miejsce zanik miesiączkowania, co może doprowadzić do niepłodności (Nowogrodzka, Piasecki 2012, s. 381-385; Bator, i in., 2011, s. 184-191).

Analizując anoreksję w kontekście związanych z nią zagrożeń należy podkreślić, że jest ona również jednym z najpoważniejszych zaburzeń psychicznych (Katzman 2005, s. 59; Sullivan 1995, s.152). Na skutek wyczerpania fizycznego, w przypadku osób cierpiących na anoreksję występują także zaburzenia koncentracji, pamięci, zdolności uczenia się, a także wahania nastrojów, depresja, bezsenność, co w konsekwencji prowadzi do wycofania się chorego z życia społecznego, i stać się źródłem konfliktów z bliskimi, a nawet myśli i prób samobójczych (Nowogrodzka, Piasecki, 2012, s. 381-385; Albisetti, 2006; Bąk-Sosnowska, 2009, s. 445-456). Anoreksji towarzyszy wiele chorób, zwłaszcza depresja, związana ze zbyt małą liczbą kalorii przyjmowanych z pożywieniem oraz niską masą ciała, która zazwyczaj ustępuje po ponownym odżywieniu (Fairburn, Harrison, 2003, s. 407-416).

Osoby chore na anoreksję są więc nie tylko narażone na różnego rodzaju zaburzenia somatyczne, będące skutkiem poważnej utraty masy ciała, ale również odczuwają konsekwencje współwystępujących zaburzeń psychicznych. W związku z tym, osoba dotknięta anoreksją doświadcza jednocześnie cierpienia fizycznego i psychicznego.

Ponadto anoreksji towarzyszy często wycofanie z kontaktów społecznych, przy czym najczęściej osoba chora na anoreksję unika interakcji „twarzą w twarz, a zwłaszcza sytuacji społecznych związanych ze spożywaniem posiłków.

W konsekwencji osoba dotknięta anoreksją często poszukuje zastępczych form zaspokajania potrzeby kontaktu społecznego, z którymi nie wiąże się konieczność wchodzenia w bezpośrednie relacje. Poszukując argumentów utwierdzających ją w przekonaniu, że wybrała słuszny styl życia, dąży do nawiązania kontaktu z osobami o podobnym sposobie funkcjonowania, na co wskazuje m.in. popularność stron

internetowych, na których zamieszczone są listy dyskusyjne dotyczące tematu anoreksji czy bulimii, a także blogi (internetowe dzienniki) lub zdjęcia nadmiernie odchudzonych sylwetek aktorek, modelek czy piosenkarek dotkniętych anoreksją (Frąckowiak, 2005, s. 182-183). Należy jednocześnie podkreślić, że w zaawansowanym stadium anoreksji dochodzi często do znacznego osłabienia organizmu, co w jeszcze większym stopniu utrudnia utrzymywanie kontaktów społecznych i pogłębia izolację. Natomiast coraz częstsze unikanie sytuacji społecznych związanych z jedzeniem, może nawet prowadzić do zupełnego wycofania się z relacji społecznych (Nowogrodzka, Pisecki, 2012, s. 382).

Należy jednocześnie podkreślić, że poza zasygnalizowanymi zagrożeniami istnieje wiele innych problemów natury psychologicznej i fizjologicznej związanych z anoreksją, których analiza przekracza ramy objętościowe niniejszego opracowania.

#### **4. Czynniki ryzyka wystąpienia anoreksji**

Etiologia anoreksji nie została jeszcze w pełni poznana. Genezę i patomechanizm zaburzeń odżywiania opisuje wiele koncepcji teoretycznych, głównie psychoanalitycznych, rozwojowych i systemowych. Należy jednocześnie zaznaczyć, że żadna z koncepcji w obrębie których prowadzone są badania dotyczące poszukiwania źródeł tej choroby, nie została ostatecznie zweryfikowana. W świetle dotychczasowych badań można jednak stwierdzić, że patogeneza anoreksji jest wieloczynnikowa.

Wśród koncepcji traktujących anoreksję jako zaburzenie wieloczynnikowe, na uwagę zasługuje zwłaszcza model, który opracował Peter David Slade, stanowiący próbę ukazania najważniejszych czynników wpływających na wystąpienie zjawiska anoreksji. W teorii tej Slade wskazuje na znaczenie wydarzeń poprzedzających wystąpienie zachowań o charakterze anorektycznym, a także ich konsekwencje występujące na poszczególnych etapach choroby. Wymienia trzy grupy przyczyn, które mają wpływ na poszczególne etapy anoreksji, takie jak: czynniki predysponujące, wyzwalające, podtrzymujące (Slade, 1982, s. 167-179).

Wśród pierwszej grupy przyczyn czyli czynników predysponujących do wystąpienia anoreksji Slade wskazuje cechy osobowościowe w postaci podatności na silne przeżywanie emocji i zaburzenie odczuwania głodu oraz ogólnego niezadowolenia z życia. W grupie tej wśród predyktorów zachowań o charakterze anorektycznym wymienia się również konflikty związane z brakiem autonomii oraz w dysfunkcyjne relacjach rodzinnych, problemy szkolne i społeczne, a także urazowe doświadczenia seksualne, a także determinanty biologiczne – specyficzna podatność, wrażliwość na doświadczanie krzywd;

Istnieje także druga grupa czynników tzw. wyzwalających do której zaliczane są sytuacje, określane jako tzw. „spustowe”, np. komentarze i nieprzychylnne uwagi rówieśników na temat wyglądu lub wagi ciała, a także identyfikacja z osobami podejmującymi kuracje odchudzające. Rolę tego rodzaju czynników mogą także pełnić ważne wydarzenia życiowe (rozwód rodziców, zmiana szkoły). Wystąpienie takich

wydarzeń stanowi szczególne zagrożenie w przypadku osób o niskiej samoocenie i dużej zależności.

Natomiast trzecia grupa czynników - „podtrzymujących” stanowią dolegliwości gastryczne i uczucie przesyty, jakie pojawiają w przypadku próby spożycia nawet niewielkich ilości posiłku. W konsekwencji prowadzą one do dalszych ograniczeń i lęku przed przytyciem, pogłębiając i pogłębiają niewłaściwie obraz własnego ciała.

W ustalaniu etiologii anoreksji dużą uwagę niektórzy autorzy przywiązują do czynników psychologicznych, wśród których wymienia się: osobowość obsesyjno-kompulsywną, osobowość histrioniczną, osobowość schizoidalną lub schizotypową bądź typu *borderline* (Mikołajczyk, Samochwaniec, 2004, s. 91–95) oraz wysoki poziom lęku i niskie poczucie własnej wartości (Bator i in., 2011, s. 184-191). Wskazuje się także na perfekcjonizm cechujący się silną potrzebą osiągnięć, oraz obsesyjnym lękiem przed porażką oraz skłonność do rywalizacji (Okoniewska, 2009, s. 109; Ziółkowska 2001). Przyczyn anoreksji upatruje się także w zaburzeniach neuroprzekazników i neuromodulatorów oraz w predyspozycjach wrodzonych (Dobrzyńska, Rymaszewska, 2006, s. 166)

Natomiast spośród czynników środowiskowych związanych z funkcjonowaniem systemu rodzinnego wskazuje się głównie na problemy związane z fazą dorastania, sztywność relacji, nadopiekuńczość, a także uwikłanie (związane np. z rozwodem rodziców), w wyniku, którego zacierają się rolę poszczególnych członków rodziny, a także wysokie oczekiwania ze strony rodziców (Namysłowska, 2000, s. 88-91; Rajewski 2003, s. 110-115).

Istotną rolę w powstawaniu anoreksji odgrywają czynniki socjokulturowe, które związane są ze wzorcem atrakcyjności współczesnej kultury zachodniej, preferującym jako najbardziej atrakcyjny - wzorzec młodego i szczupłego ciała, co w szczególności dotyczy kobiet, a zwłaszcza dziewcząt. Zauważmy, że na przełomie XX i XXI mamy wręcz do czynienia z tzw. „dyskursem szczupłego ciała”, który jest bardzo mocno widoczny w przekazach kultury popularnej oraz obecny w świadomości społecznej (Melosik, 1996). Charakterystyczną cechą współczesnej kultury jest nadmierna dbałość o sylwetkę wyrażająca się modzie na różnego rodzaju diety, ćwiczenia (kluby fitness). W kulturze popularnej dominują zwłaszcza komunikaty odnoszące się do sposobów odżywiania,

a także kreowania i kontroli własnego ciała. W związku z tym zjawisko kompulsywnego dążenia do specyficznie rozumianego ideału urody „idealizacja szczupłej sylwetki” zaczęła odgrywać istotną rolę w systemach norm i wartości kultury masowej. Szczególną rolę odgrywają pod tym względem środki masowego przekazu promujące ideał szczupłego ciała, poprzez reklamę, modę bądź odzież. Niektórzy badacze twierdzą, że kultura masowa tworzy ciało stanowiące miejsce kontroli społecznej (Grączeska, 2009, s. 132-133). Reklamy, czasopisma i programy kierują myślenie w kategoriach: „Twoja wartość zależy od Twojego wyglądu”. Młody człowiek, podejmując próbę odpowiedzi na pytanie, „kim jestem” z mass mediów otrzymuje komunikat: „Jesteś tym, jak wyglądasz (Pieróg, 2009, s. 125-126).

Istnienie zasygnalizowanego wzorca skutkuje powszechnym dążeniem do szczupłości poprzez głodzenie się, stosowanie drastycznych diet, intensywnych ćwiczeń fizycznych, leków i parafarmaceutyków; nieodpowiednie odchudzanie się często doprowadza do wtórnego przyrostu masy ciała, co wpływa destrukcyjnie na samopoczucie psychiczne i ogólne funkcjonowanie jednostki (Wardle, Cooke, 2005, s. 421-440). Zdaniem niektórych badaczy idealizacja szczupłej sylwetki i obawa przed przytyciem jest podstawowym czynnikiem ryzyka w zaburzeniach odżywiania (Massey-Stokes, 2000, s. 335-340).

Wśród większości społeczeństwa istnieje opinia, że kobiety szczupłe, atrakcyjne odbierane są, jako bardziej utalentowane i interesujące, wrażliwsze oraz sympatyczniejsze, w związku z czym powinny stanowić wzór do naśladowania (Kubaszewska, 2009, s. 145). Istnieje również tendencja do przypisywania osobom szczupłym pozytywnych cech osobowości.

Czynnikiem, sprzyjającym anoreksji jest także okres dojrzewania. Przejście z okresu dzieciństwa w dorosłość jest etapem kryzysowym dla człowieka, który wymaga adaptacji do dużych przemian w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej (Obuchowska, 2004, s. 163-197). Następująca w tym okresie zmiana proporcji w sylwetce i przyrost masy ciała oraz osiągnięcie dojrzałości płciowej stają się często przyczyną niepokoju i związanej z tym nadmiernej koncentracji na kształcie swojej sylwetki oraz dużej troski o estetykę i higienę ciała. Pierwszymi widocznymi przejawami dojrzewania są zmiany w budowie ciała, które stopniowo konfrontują adolescenta ze swoją płciowością i seksualnością, co z kolei prowadzi do identyfikowania się z nowymi rolami społecznymi oraz powoduje przeformułowanie obrazu własnej osoby i stosunków ze światem społecznym, a zwłaszcza dominującymi wzorcami. Osobom młodym, które zostały dotknięte zaburzeniami odżywiania, często trudno jest zaakceptować zachodzące zmiany i zaadaptować się do sytuacji, w której wygląd i budowa ciała stają się przedmiotem oceny i odbiegają od dominującego ideału w związku z czym podejmują często zachowania ryzykowne w celu zmiany swej sylwetki.

W identyfikowaniu źródeł anoreksji niezbędna jest więc całościowa ocena różnych aspektów etiopatogenezy ponieważ umożliwia dobór adekwatnej formy terapii dostosowanej do indywidualnych potrzeb danej osoby, a także pomaga właściwie ukierunkować działania profilaktyczne.

## **5. Problem leczenia i profilaktyka**

Anoreksja stanowi złożony problem medyczny nie tylko w kwestii etiopatogenezy i przebiegu tej choroby, lecz także leczenia. Istnieje niewiele popartych dowodami, danych na temat leczenia anoreksji. Wynika to przede wszystkim z niekompletnych historii chorób, które są konsekwencją braku sukcesów w leczeniu bądź rezygnacji z terapii przez samych pacjentów (Drywień, 2010, s. 342). Z uwagi na brak jednoznacznego określenia czynników ryzyka wywołujących tę chorobę, często niemożliwe jest podjęcie leczenia przyczynowego



(Lieb, Heblinger, Jacob, 2007). W leczeniu anoreksji niewielką rolę odgrywa również farmakoterapia, która wykorzystywana jest przede wszystkim w przypadkach występujących objawów psychopatologicznych, np. depresyjnych, obsesyjno-kompulsyjnych lub lękowych (Namysłowska, 2000, s. 88-91). Nie istnieją jednak potwierdzone dane dotyczące skuteczności jakichkolwiek leków, zarówno w ostrym jak i ustabilizowanym stadium anoreksji (Crow i in., 2009).

Specjaliści wskazują na potrzebę interdyscyplinarnego podejścia do problemu leczenia anoreksji, z uwzględnieniem elementów medycznych, żywieniowych, społecznych i psychologicznych. W przypadku umiarkowanego ubytku masy ciała, leczenie anoreksji powinno być podejmowane w trybie ambulatoryjnym. Natomiast do leczenia szpitalnego kierowane są osoby u których występuje bardzo niska wartość wskaźnika BMI (przekraczająca 30% utraty właściwej masy ciała), a także w przypadku stwierdzenia braku efektów leczenia ambulatoryjnego lub występowania zaburzenia elektrolitowego, układu sercowo naczyniowego, złej kondycji psychicznej (tendencje samobójcze). Hospitalizacja pozwala jednocześnie na odizolowanie chorej osoby od środowiska, w którym powstała choroba (Kiejna, Małyszczak, 2009).

W przypadku anoreksji, leczenie obejmuje psychoterapię stanowiącą podstawową formą oddziaływania, co związane jest z faktem, że choroba ta jest przede wszystkim zaburzeniem emocjonalnym oraz „terapię żywieniową”. W oddziaływaniach psycho-terapeutycznych najbardziej wskazana jest terapia behawioralna, behawioralno-poznawcza, interpersonalna, a także strategie samopomocowe (np. w formie poradników). Z kolei leczenie żywieniowe powinno opierać się na ocenie sposobu żywienia dokonanej w wyniku przeprowadzonego tzw. wywiadu żywieniowego. Przeprowadzając taki wywiad uwagę należy przede wszystkim zwrócić się na błędy w sposobie żywienia, liczbę i rodzaj posiłków, preferencje żywieniowe osoby chorej oraz członków jej rodziny, a także ważne jest uwzględnienie wszystkich zmian w sposobie żywienia, czasu ich wystąpienia, przyczyn i związku z chorobą, a także wahań masy ciała (Książyk, 2007, s. 499-503).

Proces leczenia wymaga więc współpracy całego zespołu specjalistów w skład którego powinni wchodzić: lekarz internista (zgłaszają się do niego najczęściej pacjenci w pierwszej fazie choroby), psychiatra, dietetyk, psychoterapeuta, a także w zależności od rodzaju występujących zaburzeń – kardiolog i endokrynolog (Namysłowska, 2000, s. 88-91).

Rodzaj leczenia w dużym stopniu uwarunkowany jest stopniem zaawansowania choroby, a zwłaszcza zależy od stadium wyniszczenia organizmu. W związku z tym do podstawowych celów leczenia anoreksji należy przywrócenie właściwej masy ciała, leczenie ewentualnych fizycznych konsekwencji niedożywienia, problemów psychicznych oraz działania zmierzające do wyeliminowania dysfunkcyjnego myślenia oraz zaburzonych relacji interpersonalnych (Bator i in., 2011, s. 184-191; Mehler, Krantz, Sachs, 2015). Podstawowy problem w leczeniu anoreksji dotyczy głównie braku motywacji do leczenia i współpracy z lekarzem lub terapeutą ze strony osoby dotkniętej tą chorobą.

Istotnymi czynnikami leczącymi, niezbędnymi w procesie efektywnej terapii są również oddziaływania umożliwiające w choremu poznanie samego siebie, rozładowanie napięcia emocjonalnego, uczenie nowych zachowań w odniesieniu do sytuacji lękotwórczych, budowania relacji społecznych, a także tworzenie warunków do wszechstronnego rozwoju (Styła, Jędrasik-Styła, 2009, s. 97–113).

Należy jednocześnie zaznaczyć, że w polskim prawodawstwie nie istnieją jednoznaczne uregulowania prawne pozwalające na leczenie anoreksji bez zgody pacjenta. Sytuacja taka uniemożliwia więc terapeutom zapewnienie optymalnej pomocy osobom dotkniętym anoreksją, zwłaszcza w ciężkim stadium tej choroby. Ponadto brak jest odpowiednich placówek, w których możliwe byłoby kompleksowe leczenie chorych z rozpoznaną anoreksją.

Z kolei w celu zapobiegania występowania zaburzeń odżywiania niezbędne jest jednak prowadzenie odpowiedniej profilaktyki skoncentrowanej na działaniach zmierzających do ograniczania czynników ryzyka (wewnętrznych oraz zewnętrznych). Należy także wzmacniać pozytywne zasoby osobiste (m.in. w zakresie kształtowania odpowiedniego stosunku do własnego ciała i wyglądu, właściwego żywienia, podnoszenia samooceny oraz poczucia własnej wartości), a także zasoby środowiskowe (m.in. pomoc w kształtowaniu właściwych relacji w rodzinie, w grupie rówieśniczej, inicjowaniu atrakcyjnych sposobów spędzania czasu wolnego i aktywności fizycznej).

Prowadzenie działań profilaktycznych w zakresie zaburzeń odżywiania jest szczególnie ważne zwłaszcza w przypadku dzieci i młodzieży ponieważ konsekwencje wszelkich zachowań ryzykownych występują u nich szybciej i niosą ze sobą znacznie poważniejsze skutki niż w przypadku osób dorosłych. Osobom młodym często trudno jest zaakceptować zachodzące w organizmie zmiany i zaadaptować się do sytuacji, w której wygląd i budowa ciała stają się przedmiotem oceny i odbiegają od dominującego ideału. Zaznaczymy jednocześnie, że kształtowanie postaw i wychowywanie człowieka jest zadaniem trudnym realizacja którego wymaga planowych i długofalowych systematycznych oddziaływań (Piestrzyński, 2013, s. 108).

W sferze profilaktyki ukierunkowanej na przeciwdziałanie anoreksji szczególne zadanie stoi przed rodziną i szkołą jako środowiskami wywierającymi największy wpływ na rozwój osobowości, kształtowanie własnej tożsamości, a także postaw i obrazu samego siebie. Podkreślimy również, że obok rodziny i szkoły istotną rolę w profilaktyce odgrywają mass media, które obok nasilonego reklamowania produktów żywnościowych, które niosą ze sobą ryzyko kształtowania negatywnych nawyków żywieniowych prowadzących do anoreksji, powinny rozważyć możliwość emitowania również programów dotyczących właściwego odżywiania i promowania zdrowego stylu życia. W działania profilaktyczne ukierunkowane na przeciwdziałanie anoreksji i innym zaburzeniom odżywiania powinny także angażować inne podmioty, zajmujące się nie tylko pracą z młodzieżą lecz także organizujące aktywność osób w różnym wieku (Sarzała, 2015, s. 252).

Niezbędne jest także podejmowanie działań na wielu innych płaszczyznach, np. w formie kampanii informacyjnych poruszających problematykę zaburzeń odżywiania ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży, a także rodziców i personelu medycznego. Kształtowanie świadomości społecznej w tym zakresie oraz propagowanie zdrowego stylu życia, a zwłaszcza aktywności fizycznej może przynieść najbardziej wymierne efekty zarówno w zapobieganiu zjawisku anoreksji jak i innych tego rodzaju zaburzeń.

### **Konkluzje**

Na podstawie przeprowadzonej analizy możemy stwierdzić, że anoreksja jest zaburzeniem o skomplikowanej etiologii i złożonym obrazie klinicznym, obejmującym zarówno objawy somatyczne, jak i psychiczne. Zaburzenie to przejawia się w celowym działaniu zmierzającym przede wszystkim do ponadnormatywnej utraty masy ciała, co związane jest z lękiem przed otyłością i wywiera negatywny wpływ nie tylko na sferę somatyczną i zdrowie psychiczne, lecz także prowadzi do pogorszenia społecznego funkcjonowania człowieka, a nawet stwarza zagrożenie dla jego życia. W świetle przeprowadzonej analizy, anoreksję możemy również postrzegać jako chorobę stanowiącą złożony problem medyczny i społeczny nie tylko w aspekcie etiopatogenezy, lecz także z punktu widzenia jej przebiegu oraz możliwości leczenia.

Warto również podkreślić, że leczenie anoreksji jest procesem trudnym, przebiegającym wieloetapowo i wymaga współdziałania specjalistów z różnych dziedzin, których wspólne wieloetapowe działania mogą dopiero doprowadzić do poprawy stanu zdrowia i wyzdrowienia. Należy jednocześnie zaznaczyć, że skuteczność istniejących aktualnie metod terapii w przypadku anoreksji, nie jest jeszcze w pełni satysfakcjonująca. Terapia taka jest nie tylko długotrwała, lecz także trudno dostępna i wiąże się z wysokimi kosztami finansowymi.

Problematyka dotycząca anoreksji oraz innych zaburzeń odżywiania, a zwłaszcza ich przyczyn oraz diagnozy powinna więc stać się przedmiotem szerszego zainteresowania nie tylko na gruncie medycyny i psychologii, lecz także pedagogiki i innych dyscyplin związanych z tą problematyką. Niezbędna jest również refleksja pedagogiczna dotycząca potrzeby konstruowania modelu oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych ukierunkowanego na kształtowanie właściwego stosunku człowieka do problemu odżywiania się i prozdrowotnego trybu życia. Należy także dążyć do opracowania takiego modelu leczenia anoreksji, który zapewni większą dostępność do terapii osobom dotkniętym tą chorobą oraz zwiększy efektywność oddziaływań w tym zakresie.

### **Bibliografia:**

Albisetti V. (2006). *Pułapka anoreksji. Dlaczego się choruje, jak wyzdrowieć*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.

- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM 5, Washington DC, <http://www.dsm5.org/about/pages/dsmvoverview.aspx> (dostęp: 14.12.2017).
- DSM-5, 2013, Changes: Feeding & Eating Disorders, <https://pro.psychcentral.com/dsm-5-changes-feeding-eating-disorders/004412.html> (data dostępu: 14.12.2017).
- APA Diagnostic Classification DSM-IV-TR, <https://behavenet.com/apa-diagnostic-classification-dsm-iv-tr> (data dostępu (07.12.2017).
- Bator E, Bronkowska M, Ślepecki D, Biernat J. (2011). Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie. *Nowiny Lekarskie*, nr 80 (3), s.184-191.
- Bąk-Sosnowska M. (2009). Interwencja psychologiczna w zespole kompulsywnego jedzenia, *Psychiatria Polska*, nr 4, t. XLIII, s. 445–456.
- Beumont P.J.V., Touyz S.W. (2003). What kind of illness is anorexia nervosa? *European Child and Adolescent Psychiatry*; 12 (supl. 1), s. 20–24.
- Borowiecka-Kluza J. (2017). *Zaburzenia odżywiania (anoreksja i bulimia)*, <https://psychiatria.mp.pl/choroby/75618,zaburzenia-odzywiania> (dostęp: 27.12.2017).
- Bratman S., Knight D. (2000). *Health Food Junkies: Orthorexia nervosa- the health food eating disorders*. New York: Broadway Book.
- Brytek-Matera A. (2010). (Nie)świadomość doznań płynących z ciała u osób z zaburzeniami odżywiania, (w:)A. Brytek-Matera (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*. Warszawa: Wydaw. Difin, s. s. 66-86.
- Crow S. J., Mitchell J. E., Roering J. D., Steffen K. (2009). What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, nr 42, s. 1–8.
- Dobrzyńska E., Rymaszewska J. (2006). Jadłowstręt psychiczny - ciągłe wyzwanie dla współczesnej medycyny. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, t. 6, (4), s. 165-170.
- Drywień M. E. (2010). Zaburzenia odżywiania. *Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych*, nr 3–4 (288–289) t. 59, s. 337–344.
- Eddy K.T., Dorer D.J., Franko D.L., Tahilani K., Thompson-Brenner H., Herzog D.B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *American Journal Psychiatry*, nr 165(2), s. 245-250.
- Fairburn C.G., Harrison P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, nr 361(9355), s. 407-416.
- Frąckowiak M. (2005). Anorexia nervosa – fenomen ponowoczesnej kultury i choroba systemu, *Dylematy Współczesnych Rodzin. Roczniki Socjologii Rodziny*, t. XVI, Poznań: UAM, s. 182-183.
- Gabbard G.O. (2015). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press Inc.
- Golden N.H., Lanzkowsky L., Schebendach J., Palestro C.J., Jacobson M.S., Shenker I.R. (2002). The effect of estrogen-progestin treatment on bone mineral density in anorexia nervosa. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, nr 15(3), s.135-143.

- Grączeska O. (2009). *Rola czynników kulturowych w powstawaniu zaburzeń odżywiania*, (W:) B. Ziółkowska (red.), *Opętanie (nie jedzeniem)*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 132-133.
- Herzog D.B., Keller M.B., Sacks N.R., Yeh C.J., Lavori P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, nr 31(5), s. 810-818.
- Hoek H.W, van Hoeken D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, nr 34, s. 383–396.
- Katzman D.K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, nr 37 (suppl), s. 52-59.
- Kędra E. (2011). Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, nr 1(2), s. 169-175.
- Kowalczyk M., *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej*, Impuls, Kraków 2014.
- Książek J. (2007). Antropometryczna ocena stanu odżywienia. *Standardy Medyczne*, nr 4, s. 499-503.
- Kubaszewska M. (2009). *Kobieta szczupłą każda chce być... Wpływ wzorców kulturowych na częstość zachorowań na anoreksje*, (w:) B. Ziółkowska (red.), *Opętanie (nie) jedzeniem*, Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Lieb K., Heblinger B., Jacob G. (2007). *Przypadki kliniczne z psychiatrii i psychoterapii*, red. wyd. pol. T. Zyss. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner.
- Massey-Stokes M. S. (2000). Prevention of Disordered Eating among Adolescents. *The Clearing House*, nr 73 (6), s. 335-340.
- Mehler P.S., Krantz MJ, Sachs KV. (2015). Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, nr 3: 15.
- Melosik Z. (1996). *Tożsamość, ciało i władza*. Poznań–Toruń: Wyd. Edytor.
- Mikołajczyk E., Samochwaniec J. (2004). Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatria*, nr 2, s. 91–95.
- Namysłowska I. (2000). Zaburzenia Odżywiania – jadłowstręt psychiczny i bulimia. *Przewodnik Lekarza*, nr 6, s. 88-91.
- Nowogrodzka A., Piasecki B. (2012). Zaburzenie odżywiania – różnice międzypłciowe. *Nowiny Lekarskie*, nr 81 (4), s. 381-385.
- Obuchowska I. (2004). *Adolescencja*, (W:) B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Warszawa: PWN, s. 163-197.
- Okoniewska J. (2009). *Potrzeba perfekcjonizmu a ekspresja anorexia nervosa*. *Profilaktyka i terapia*, (w:) B. Ziółkowska (red.), *Opętani (nie) jedzeniem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Pieróg M. (2009). *Ciało dyscyplinowane. Wpływ kultury ponowoczesnej na powstanie anorexia nervosa*, (w:) B. Ziółkowska (red.), *Opętani (nie) jedzeniem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Piestrzyński W. (2013). *Zajęcia – Wychowanie do życia w rodzinie w percepcji młodzieży*, (w:) M. Borkowski, M. Stańczyk – Minkiewicz, I. Ziemkiewicz – Gawlik (red.), *Edukacja dla bezpieczeństwa. Wyzwania i zagrożenia w XXI wieku, Prawo i edukacja jako gwarant bezpieczeństwa jednostki*, Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa.
- Pilecki M. W., Józefik B., Sałapa K. (2012). *Kontekst kulturowy zaburzeń odżywiania się – badania własne. Psychiatria Polska*, t. XLVI, nr 2, s.189–200.
- Rajewski A, Rajewska-Rager A. (2009). Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego – rozpoznawanie i leczenie. *Family Medicine & Primary Care*, nr 11(4), s. 931-937.
- Rajewski A. (2003). Zaburzenia odżywiania się. *Przewodnik Lekarza*, nr 3 (6), s. 110-115.
- Rome E.S., Ammerman S. (2003). Medical complications of eating disorders: an update. *Journal of Adolescent Health*, nr 33(6), s. 418-426.
- Romer T.E. (2004). *Jadłowstręt psychiczny*, (w:) A. Dobrzańska, J. Ryżko (red.), *Pediatrics. Podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i Egzaminu Specjalizacyjnego*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner, s. 514-516.
- Sarzała D. (2015). *Zjawisko anoreksji jako forma zaburzeń odżywiania w aspekcie bezpieczeństwa kobiet - przejawy i uwarunkowania*, (w:) M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w XXI wieku. Wybrane problemy społeczno-prawne*. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskiej Szkoły Wyższej, s. 243-254.
- Schier K. (2010). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Sim L.A, McGovern L., Elamin M.B., Swiglo, B. A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect on bone health of estrogen preparations in premenopausal women with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analyses. *International Journal of Eating Disorders*, nr 43(3), s. 218-225.
- Sim L.A., McAlpine DE., Grothe K.B., Himes S.M., Cockerill R.G., Clark M.M. (2010). Identification and Treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting. *Mayo Clinic Proceedings*, nr 85(8), s. 746-751.
- Slade P.D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, nr 21, s. 167-179.
- Strieger-Moore R. H., De Bar L., Wilson G. T., Dickerson J., Roselli F., Perrin N., Lynch F., Kraemer H.C. (2008). Health services use in eating disorders. *Psychological Medicine*, nr 38, s. 1465–1474.
- Strokosch G.R., Friedman A.J., Wu S.C., Kamin M. (2006). Effects of an oral contraceptive (norgesti- mate/ethinyl estradiol) on bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa: double blind, placebo-controlled study. *Journal of Adolescent Health*, nr 39(6), s. 819-827.

- Strzyżewska R., Krawczyński M, Ignas I. (1997). Anorexia i bulimia: problemy psychosomatyczne wieku dorastania. *Nowiny Lekarskie*, nr 1, s. 84-89.
- Styła R., Jędrasik-Styła M. (2009). *Co leczy w psychoterapii?* (w:) L. Grzesiuk, R. Styła (red.), *Psychoterapia bez tajemnic. Podstawowa wiedza i praktyczne wskazówki*. Warszawa: Difin, s. 97–113.
- Sullivan P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal Psychiatry*, nr 152 (7), s. 1073-1074.
- Szurowska B. (2011). *Anoreksja i bulimia: śmiertelne sposoby na życie*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- Wardle J., Cooke L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, nr 19 (3), s. 421–440.
- Ziółkowska B. (2001). *Pamięć doświadczeń socjalizacyjnych a ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u kobiet na przełomie późnej adolescencji i wczesnej dorosłości*, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Dr hab. prof. KUL Dorota Kornas-Biela  
*Kierownik Katedry Psychopedagogiki,  
Instytut Pedagogiki  
Wydział Nauk Społecznych KUL JP II*

Mgr Sylwia Mirosław  
*Absolwentka pedagogiki  
w Instytucie Pedagogiki  
Wydziału Nauk Społecznych KUL JP II*

## **Narkomania – aspekty biologiczne i psychopedagogiczne**

Substancje psychoaktywne były obecne w życiu człowieka już od najdawniejszych czasów. Istniały prawie w każdej kulturze na całym świecie. Wzmianki o nich (o opium) można znaleźć na glinianych tabliczkach pisanych przez Sumerów kilka tysięcy lat p.n.e. oraz w zabytku literatury indoaryjskiej, jakim jest księga Rygwedy pochodząca z XV i XIV wieku p.n.e. (o konopiach indyjskich). Podobnie w starożytnym Egipcie, w Cesarstwie Rzymskim, w Chinach i Indiach, w Ameryce Południowej stosowano różne środki roślinne, które miały działanie uspokajające, pobudzające, halucynogenne i uśmierzające ból. Pełniły bardzo różne funkcje, od magicznych przez religijne, gospodarcze, aż do relaksacyjnych i rozrywkowych (Cekiera, 1985, s. 14-28; Kusinitz, 1994; Zajączkowski, 2003; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 81-96; Augustynek, 2011, s. 44-47). W XIX i XX w. pojawiły się także narkotyki syntetyczne (np. amfetamina, morfina, heroina, kokaina, LSD). Wraz ze wzrostem asortymentu dostępnych narkotyków oraz rozszerzaniem się idei ruchu hipisowskiego od lat siedemdziesiątych XX wieku (który m.in. głosił całkowitą wolność człowieka), wzrosła skala rozpowszechnienia substancji psychoaktywnych, stosowanych przez coraz szersze grupy społeczne i coraz młodsze wiekowo (Augustynek, 2011, s. 47-48). Obecnie narkomania stanowi jedno z najważniejszych zagrożeń dla zdrowia i życia, zwłaszcza młodego pokolenia, na całym świecie.

Narkotyki stały się istotnym elementem życia współczesnych społeczeństw, a wśród nastolatków przyjęło się traktowanie brania narkotyków (tak jak i alkoholu oraz papierosów) jako potrzeby nie do zaspokojenia w inny sposób oraz jako należnego im przywileju młodości (Kusinitz, 1994, s. 9). Rozpowszechnieniu narkomani sprzyja obecnie coraz to więcej nowych psychoaktywnych substancji syntetycznych, które są w niewielkim stopniu ryzykiem dla ogółu społeczeństwa, natomiast stanowią problem w grupie użytkowników wysokiego ryzyka. Poza tym dużym problemem jest wzrastający rynek nielegalnych opioidów, które wiążą się z wysokim i ciągle wzrastającym poziomem zachorowalności i śmiertelności w Europie spowodowanych ich przedawkowaniem. Powody do obaw budzi również pojawienie się w zarówno w Europie, jak i w Ameryce



Północnej nowych opioidów syntetycznych o dużej sile działania, głównie pochodnych fentanylu, które są sprzedawane przez internet oraz na nielegalnych rynkach zbytu a mogą powodować poważne zagrożenie dla zdrowia nie tylko u osób, które ich używają, ale także u tych, które uczestniczą w ich wytwarzaniu oraz u pracowników poczty i organów ścigania. Są one „atrakcyjnym i rentownym towarem handlowym dla przestępczości zorganizowanej” (Europejski, 2017, s. 14). Nowe substancje psychoaktywne są szczególnie poszukiwane jako tani środek odurzający przez marginalizowanych i wieloletnich użytkowników opioidów (tamże, s. 16).

Poważnym problemem społecznym ostatnich dziesięcioleci stały się dopalacze, a więc grupa „nieobjętych kontrolą prawną substancji, które wykazują działanie pobudzające i stymulujące ośrodkowy układ nerwowy, działają relaksująco, rozluźniająco i poprawiają nastrój, ale mogą również działać halucynogennie, a czasem psychodelicznie” (Warecki, 2010, s. 5). Zwiększająca się liczba osób hospitalizowanych oraz zmarłych z powodu zażycia dopalaczy (zwłaszcza młodych) wskazuje na nowe oblicze i zagrożenia narkobiznesu w Polsce i na świecie. Wzrastająca świadomość szkodliwości narkotyków, dyskomfort w poszukiwaniu dilerów nielegalnej substancji i zaliczenie do grona narkomanów zostaje zastąpione poczuciem spokoju przy łatwym dostępie do substancji legalnych, które dają podobne efekty jak te, które można uzyskać po użyciu narkotyku. Pomimo wiedzy o szkodliwości tych „zamienników” narkotyków, młodzi ludzie sięgają po nie, gdyż albo hołdują kulturze hedonistycznego wypoczynku, więc chcą poprawić sobie nastrój i uciec od trudności w relacjach społecznych albo hołdują kulturze sukcesu i starają się być nieustannie aktywnymi, sprawnymi, kreatywnymi (Korczak, 2009, s. 323).

W naukach zajmujących się zjawiskiem narkomanii, jak np. psychologia, pedagogika, socjologia, prawo, demografia szuka się przyczyn narkomanii – zarówno sięgania po narkotyki jak też uzależniania się. Chodzi bowiem o uchwycenie grup ryzyka i zaplanowanie działań profilaktycznych w tym zakresie oraz schematów terapeutycznych. Wśród teorii wyjaśniających uwarunkowania narkomanii można wymienić teorie biologiczne, genetyczno-behawioralne, psychologiczne, społeczne, środowiskowe, socjologiczne (Gaś, 1994; Rogala-Obłękowska, 1999; Zajączkowski, 2003; Carson, Butcher, Mineka, 2006, s. 591-593; Jędrzejko, 2009, s. 65-121, 446-449; Ulman, 2011) a nawet religijne – moralne (Bożejewicz, Sarzała, 2009) i duchowe (Pierzchała, 2009). Z badań zjawiska narkomanii jak i doświadczeń terapeutycznych wynika rozpoznanie kilkudziesięciu czynników wzmacniających ryzyko uzależnienia od narkotyków oraz czynników chroniących (Wojcieszek, 2009, s. 368-371, 376-377).

## **1. Rodzaje narkotyków i objawy uzależnienia od nich**

W dzisiejszym świecie występuje bardzo dużo różnego rodzaju substancji psychoaktywnych, za pomocą których człowiek może oddziaływać na swoją psychikę, a które prowadzą również do uzależnienia. Każde z tych środków odurzających ma inny

mechanizm działania na organizm i inne konsekwencje dla organizmu (Latka, Gąsiorowski, 1997; Zajączkowski, 2003; Wrona, 2009, s. 23).

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wskazuje na obowiązujący w Polsce następujący podział substancji psychoaktywnych na trzy główne grupy:

- Alkohol, opiaty, leki uspokajające i nasenne – działające głównie rozluźniająco, uspokajająco i nasennie.
- Kanabinole i inne substancje halucynogenne, lotne rozpuszczalniki – działające głównie euforycznie, powodujące omamy, urojenia.
- Kokaina i inne substancje stymulujące, nikotyna – działające pobudzająco, podwyższające nastrój<sup>1</sup>.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) wymienia następujące substancje psychoaktywne, których zażywanie powoduje szkody dla organizmu, a także prowadzi do uzależnienia: alkohol, opiaty, kanabinole, leki uspokajające i nasenne, kokaina i inne substancje stymulujące, w tym kofeina, substancje halucynogenne, tytoń, lotne rozpuszczalniki, inne niewymienione substancje psychoaktywne oraz użycie kilku substancji łącznie. W poniższym omówieniu rodzajów substancji psychoaktywnych zawartych w ICD-10 pominięto alkohol oraz tytoń ze względu na to, iż są to substancje legalne, a zatem nie są narkotykami w rozumieniu prawnym (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 23-24).

Opiaty są substancjami pochodzenia roślinnego, należą do alkaloidów, które powstają z maku lekarskiego (*Papaver Somniferum*), a przede wszystkim z mlecznego soku, który wypływa po nacięciu torebki niedojrzałej makówki, czyli opium (Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 221). Opioidy natomiast to syntetyczne lub półsyntetyczne środki i leki działające na receptor opiatowy, posiadające aktywność farmakologiczną opiatów, stosowane m.in. w leczeniu bólu (Juczyński, 2002, s. 78). Niwelowanie bólu dokonuje się bardziej poprzez zredukowanie niepokoju i strachu, które towarzyszą bólowi, niż poprzez rzeczywiste usunięcie jego skutków. Oprócz tego upośledzają pracę układów wewnętrznych, dając szereg przykrych objawów oraz zaburzają działanie układu nerwowego a tym samym funkcje psychiczne i zachowanie, są silne uzależniające zarówno fizycznie jak i psychicznie (Piotrowski, 2002, s. 21). Do opiatów należy heroina, morfina, kodeina i opium. W Polsce heroina występuje w postaci białej i brunatnej oraz kompotu (tzw. polskiej heroiny, którą wygenerowano w Polsce w latach siedemdziesiątych ze słomy makowej (Malewska, 1995, s. 52; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 24-28).

Kanabinole to substancje psychoaktywne pochodzące od konopi (najczęściej indyjskich). Wytwarza się je z wierzchołków roślin, górnych liści i żywicy, którą pozyskuje się z kwiatostanów. Do tej grupy narkotyków należą marihuana, haszysz i olej haszyskowy (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 32-37). Objawy, jakie występują po zażyciu

---

<sup>1</sup> Narkotyki. <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=112184>; Dostęp: 16.07.2017.

kanabinoli, są zależne od osobowości danej osoby, wielkości dawki, a także od jakości narkotyku. Po przyjęciu małej dawki pojawiają się reakcje euforyczne i marzycielskie. Czasem występują również zaburzenia słuchu i problemy z postrzeganiem. Dawki większe prowadzą do zmiany zachowania i halucynacji. Osoba traci wtedy zdolność panowania nad samą sobą, kontakt z rzeczywistością, orientację w czasie oraz przestrzeni. Długotrwałe przyjmowanie tych substancji powoduje osłabienie osobowości, brak motywacji osobistych i społecznych. Chociaż nie stwierdzono uzależnienia fizycznego od kanabinoli, to jednak systematyczne przyjmowanie konopi prowadzi do uzależnienia psychicznego. Pojawiają się również objawy abstynencyjne, takie jak agresja, brak apetytu, uczucie podniecenia, trudności ze snem, drgawki (Parcevaux, 1995, s. 68).

Leki uspokajające i nasenne stanowią grupę środków, w skład której wchodzi barbiturany i benzodiazepiny. Dają one poczucie zadowolenia, uspokojenia, obojętności, czasem euforii i wykorzystywane są jako leki nie tylko o działaniu nasennym i przeciwlękowym, ale również przeciwdrgawkowym, przeciwpadaczkowym, znieczulającym. Istnieje niebezpieczeństwo przedawkowania ze względu na małą różnicę między dawką terapeutyczną a toksyczną, stąd nie trudno o objawy zatrucia, zagrożenia życia a nawet śmierci. Nadmierne stosowanie tych leków prowadzi do tolerancji danej dawki (konieczne staje się jej zwiększanie) a tym samym do uzależnienia fizycznego (Piotrowski, 2002, s. 22; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 30-40; Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 238).

Substancje stymulujące wzmacniają pracę układu nerwowego. Kiedy układ nerwowy zostaje pobudzony, wówczas wyostają się zmysły, pojawia się odczucie dużej energii i przyjemne stany emocjonalne, pozytywny nastrój, obniżenie potrzeby snu, skrócenie czasu reakcji, szybsze procesy myślenia i działania, odporność na zmęczenie, wzrost pewności siebie i towarzyskości. Tym początkowym pozytywnym stanom psychicznym mogą towarzyszyć negatywne objawy fizjologiczne a częste i niekontrolowane branie tych substancji wywołuje objawy zaburzające funkcjonowanie psychiczne oraz zagrażające zdrowiu i życiu. Do tej grupy środków należą m.in. kokaina (w tym crack), amfetamina (i jej odmiany jak speed, ice, ecstazy, tenamfetamina, kath, metkatyna) i kofeina. Efekty dobrego samopoczucia i wydajniejszego funkcjonowania szczególnie po zażyciu amfetaminy, stają się dużą pokusą w dzisiejszym świecie. Kokaina i amfetaminy są substancjami szybko uzależniającymi i niebezpiecznymi dla zdrowia psychicznego i fizycznego (Malewska, 1995, s. 56-60; Piotrowski, 2002, s. 23; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 41-53; Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 242; Wrona, 2009, s. 61). Mogą wystąpić również psychozy wraz z urojeniami, halucynacje a także impulsywne zachowania, skłonność do agresji i przemocy, depresja i myśli samobójcze (Juczyński, 2002, s. 95).

Substancje halucynogenne wytwarza się z roślin kaktusów lub grzybów. Istnieje wiele rodzajów tych narkotyków, które nazywane są halucynogenami albo psychodelikami, np. LSD, grzyby halucynogenne, meskalina, DMT. Wszystkie one mają jedną wspólną cechę a mianowicie – pod wpływem ich działania oprócz zmian fizjologicznych zmienia się stan

świadomości, następują ilościowe i jakościowe zmiany w funkcjonowaniu psychicznym – zniekształcenie rzeczywistości, która otacza człowieka, odbieranych obrazów i dźwięków, zmienia się poczucie czasu i przestrzeni, zostaje zaburzone funkcjonowanie zmysłów (halucynacje wzrokowe, słuchowe, czuciowe lub zapachowe, synestezje), pojawia się wrażenie depersonalizacji i oderwania, objawy mające wiele cech wspólnych z ostrą schizofrenią. Halucynacjom mogą towarzyszyć paranoidalne złudzenia, w trakcie których zachowanie osoby może być silnie kompulsywne, a nawet prowadzić do zabójstwa czy samobójstwa (Piotrowski, 2002, s. 25; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 53-62; Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 244).

Rozpuszczalniki lotne zwane inaczej inhalantami lub środkami wziewnymi, są to substancje o zróżnicowanej budowie chemicznej, ale mają jedną wspólną cechę, jaką jest zdolność do parowania w temperaturze otoczenia. Mogą być one składnikiem wielu produktów codziennego użytku, np. farb, klejów (np. butapren), rozpuszczalników, zmywaczy do paznokci, płynów czyszczących i paliw. Ten rodzaj substancji bardzo często zażywają osoby młode a nawet dzieci z powodu ich dostępności, legalności i niskiej ceny oraz szybkiego i silnego działania. Rozpuszczalniki bardzo szybko dostają się do krwi, dając efekty w postaci krótkiego odprężenia, ożywienia, ale wkrótce pojawia się ból głowy, rozdrażnienie i zmęczenie, senność. Przyjmowanie dużych dawek prowadzi do trudności w oddychaniu, zaburzonej pracy serca a nawet do nieodwracalnych zmian w mózgu, rdzeniu przedłużonym i w nerwach obwodowych, uszkodzenia licznych narządów jak wątroba, nerki, płuca czy serce (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 62-65; Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 246).

Do innych substancji psychoaktywnych należy anielski pył (PCP). Narkotyk ten jest niezwykle niebezpieczny, ponieważ wywołuje takie efekty, jakie występują po zażyciu wielu innych środków odurzających i to w trakcie jednego zażycia. PCP działa na przemian jako psychodelik i stymulator. Jego działanie pobudzające organizm jest silniejsze niż kokainy. Po jego zażyciu pojawiają się również objawy takie jak w przypadku opiatów. Ponadto powoduje ogromną agresję i niweluje odczucie bólu (Piotrowski, 2002, s. 30; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 65-68).

Omówione powyżej narkotyki osoby uzależnione zażywają w różny sposób. Czasem stosują tylko jeden środek, a niejednokrotnie łączą różnego rodzaju substancje. Politoksykomania „polega na równoczesnym bądź naprzemiennym używaniu różnych substancji psychoaktywnych. Najczęściej osoba zażywa określony środek chemiczny w celu nasilenia efektów działania pierwszej substancji albo w celu ich wytłumienia” (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 74). Takie łączenie substancji psychoaktywnych nasila toksyczne działanie obydwu narkotyków, prowadzi do powikłanych objawów intoksykacji, trwale uszkadza narządy wewnętrzne, układ nerwowy oraz funkcjonowanie psychiki, stwarza realne zagrożenie utraty życia.

## 2. Specyfika działania narkotyków i uzależnienia od nich

Po przyjęciu substancji psychoaktywnej do organizmu, najpierw dostaje się ona do krwi, a z nią do wszystkich organów wewnętrznych, zwłaszcza najważniejszego – mózgu i ośrodkowego układu nerwowego, powodując m.in. zaburzenia w funkcjonowaniu neuroprzebieżników. Działanie narkotyków jest osobniczo zróżnicowane, tzn. jest zależne od wielu właściwości osobniczych (biologicznych i psychologicznych), łączenia narkotyku z innymi środkami (leki, papierosy, alkohol, anaboliki, dopalacze). Przede wszystkim jednak zależy od rodzaju i ilości przyjętego środka i wchłoniętego środka, jego rozpuszczalności i stanu rozdrobnienia, czasu, w jakim pozostaje on w organizmie w formie aktywnej i czasu dezaktywacji oraz tempa, w jakim jest usuwany. Istnieją narkotyki, które zostają usuwane z organizmu w formie niezmienionej, jednak większość z nich jest poddawana metabolizmowi – przede wszystkim dzięki enzymom wątroby – i wydalona z organizmu. Nerki są głównym organem, za pomocą którego odbywa się wydalenie narkotyku oraz jego metabolitów. Usunięcie z organizmu może również odbywać się przez płuca, z kałem, z potem, czy mlekiem matki. Część substancji i ich produkty metabolizmu są odkładane w tkance tłuszczowej, zwłaszcza w takich organach jak płuca, wątroba, czy mózg, dlatego też wydalenie ich z organizmu po przyjęciu jednej dawki trwa nawet kilka dni, a w ciągłym przyjmowaniu danej substancji rozciąga się do kilku miesięcy (Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 196-198).

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych ma w głównej mierze charakter fizjologiczny, jednak zaprzestanie ich przyjmowania wielokrotnie wywołuje objawy psychiczne, bowiem wszystkie rodzaje środków psychoaktywnych wpływają na nastrój, emocje i na świadomość, zmieniają „trwale potencjalne, sprawnościowe, wydolnościowe funkcje i czynności narządów i umysłu (rozumianego jako triada: emocji, inteligencji i woli” (Madeja, 2006, s. 16) i organizm domaga się następnej dawki, aby móc normalnie funkcjonować. Gdy ustaje stan euforii, podwyższonego samopoczucia, subiektywnego dobrostanu, pojawia się depresja, a także lęki. Aby powrócić do normalnego stanu, osoba jest zmuszona do zażycia następnej dawki, niejednokrotnie większej od poprzedniej. Uzależnieniu fizycznemu od danej substancji towarzyszą objawy o charakterze psychicznym (tamże, s. 16-17).

Prawie wszystkie substancje uzależniające powodują w organizmie zmiany fizjologiczne, chemiczne i biochemiczne. Mogą oddziaływać na organizm w sposób farmakologiczny i nefarmakologiczny. Wskazując na farmakologiczne czynniki działania, należy zwrócić uwagę, że występuje związek między biologicznym działaniem danego środka a jego cechami fizykochemicznymi: „efekt oddziaływania zależy np. od rozpuszczalności, stanu rozdrobnienia, interakcji z innymi substancjami (np. zupełnie inaczej działają leki uspokajające podawane samodzielnie, inaczej natomiast, gdy ich przyjmowaniu towarzyszy picie alkoholu)” (Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 194). Nie bez znaczenia jest również to, w jaki sposób został podany dany środek oraz czy dawka była

zażyta tylko jednorazowo, czy też po raz kolejny. Skuteczność oddziaływania substancji psychoaktywnej to „siła oddziaływania oraz osiąganie odmiennych stanów” (tamże) i uzależniona jest przede wszystkim od przyjętej rzeczywistej ilości czystego narkotyku do organizmu. Niejednokrotnie trudno to ustalić, ponieważ substancje psychoaktywne powstają w laboratoriach nielegalnych, dlatego też stosuje się pojęcie dawka. Dawka rozumiana jest jako „ilość substancji chemicznej podana, pobrana lub wchłonięta przez organizm w określony sposób, warunkująca wystąpienie (lub brak) efektów biologicznych, wyrażonych odsetkiem organizmów odpowiadających na dawkę. Określona jest w jednostkach wagowych na masę ciała lub powierzchnię ciała, niekiedy na dobę” (tamże, s. 195).

Aby przyjęty narkotyk mógł spowodować konkretny rezultat, konieczne jest jego odpowiednie stężenie w organizmie a na to ma wpływ nie tylko jednorazowe spożycie, ale również częstość przyjmowania danego narkotyku i wiele wspomnianych wyżej właściwości samego narkotyku oraz jak i cech organizmu. Kiedy dawka narkotyku jest systematycznie pobierana lub zwiększana, wówczas następuje nasilenie efektów oddziaływania substancji psychoaktywnej na organizm. Jednak dzieje się tak do pewnego momentu, gdy zaś zostanie on przekroczony, oddziaływanie pozostaje na tym samym poziomie lub zmniejsza się. Zależność pomiędzy efektem, jaki powstaje po zażyciu substancji psychoaktywnej, a wielkością dawki bada farmakologia, która wyróżnia dawkę skuteczną i dawkę śmiertelną. Dawka skuteczna „to taka, po której określony procent ludzi wykazuje określony efekt działania leku (w tym przypadku substancji psychoaktywnej)”, natomiast dawka śmiertelna to taka „po której przeważający odsetek umiera w określonym czasie” (tamże, s. 195). Gdy różnica pomiędzy nimi jest mała, wówczas istnieje bardzo duże ryzyko przedawkowania danej substancji i w efekcie doprowadzenie do śmierci.

Organizm człowieka posiada wiele mechanizmów, które mają za zadanie zapewnić mu homeostazę. Jest on poddawany wielu czynnikom, które pochodzą z wewnątrz organizmu, a także z zewnątrz, które zakłócają poziom równowagi. Normowanie zachodzących procesów polega na zasadzie sprzężeń zwrotnych na poziomie całego ciała. Dlatego poradzenie sobie z tym wszystkim, co zaburza poziom równowagi, jest zależne od funkcjonowania danych mechanizmów. Niefarmakologicznymi czynnikami, które wpływają na skutek działania substancji psychoaktywnych na organizm są następujące właściwości organizmu: „odziedziczone predyspozycje genetyczne (które warunkują specyficzne reakcje na dany środek), płeć, wiek, tolerancja na narkotyk, osobowość, sprawność funkcjonowania wszystkich układów, szczególnie neurohormonalnego, krążenia, oddechowego i wydalniczego” (tamże, s. 202).

Czynniki genetyczne mają niezwykle istotny wpływ na funkcjonowanie wszystkich narządów i tkanek. Gen, który byłby odpowiedzialny za nadużywanie lub uzależnienie od substancji psychoaktywnej nie został dotychczas odkryty, ale połączenie wielu genów lub zmieniona ekspresja kilku, może mieć wpływ na ryzyko powstania, np. choroby alkoholowej z powodu podwyższonej tolerancji na alkohol. Wyróżnia się, np. alkoholizm genetyczny

oraz drugi rodzaj, który jest uwarunkowany bardziej wpływem środowiska. Czynniki genetyczne zatem nie są bez znaczenia w powstawaniu uzależnienia, choć sama dyspozycja genetyczna nie jest wystarczająca. Czynniki, które są przekazywane genetycznie mogą zwiększać ryzyko powstania uzależnienia, ale żeby do tego doszło nieodzownie staje się przyjmowanie danego środka (tamże, s. 202-203).

Działanie substancji psychoaktywnych inaczej przebiega u kobiet niż u mężczyzn. Spowodowane jest to dwoma zasadniczymi różnicami. Po pierwsze organizm kobiety zawiera więcej tkanki tłuszczowej, a tym samym mniej wody. Dlatego działanie substancji psychoaktywnych rozpuszczalnych w wodzie będzie u kobiet silniejsze z powodu ich wysokiego stężenia. Dużą rolę odgrywają również substancje, które wpływają na wydzielanie hormonów płciowych, ponieważ niejednokrotnie stają się przyczyną zaburzeń zdrowotnych i chorób u kobiet. W organizmie kobiety poziom stężenia enzymów rozkładających niektóre substancje jest niski, dlatego czas uwalniania substancji jest dłuższy niż u mężczyzn. Przyjmowanie narkotyków przez kobiety będące w ciąży oraz karmiące niesie ze sobą również konsekwencje zdrowotne dla dziecka oraz prowadzi do jego uzależnienia. Zmiana wieku jest istotna w warunkowaniu osobniczego wpływu narkotyku. Dzieci i młodzież odznaczają się niższą tolerancją na substancje psychoaktywne, stąd może dochodzić u nich do ciężkich zatruc, szybszego uzależnienia. Osoby starsze również wykazują słabszą tolerancję wobec substancji psychoaktywnych z powodu upośledzonej pracy narządów wewnętrznych i zmienionego, spowolnionego metabolizmu (tamże, s. 203-204).

Istnieją różne sposoby przyjmowania substancji psychoaktywnych. Ilość substancji, która dostanie się do ośrodkowego układu nerwowego oraz czas, w jakim to nastąpi, uzależniony jest od jej rodzaju, a także od poziomu funkcjonowania układu pokarmowego, oddechowego i krążenia, a także błon śluzowych. Pod wpływem działania substancji psychoaktywnych w ośrodkowym układzie nerwowym następują zmiany, które polegają na tym, że zadania neuroprzekaźników mózgowych ulegają przekształceniu. Efekt działania substancji psychoaktywnej na organizm człowieka zależy od sprawności układu nerwowego. Natomiast na tempo, w którym zachodzi proces metabolizmu i wydalania toksycznych związków z organizmu wpływa poziom sprawności wątroby i nerek (tamże, s. 204-205).

### 3. Epidemiologia zjawiska

Kontrolowanie spożywania narkotyków, a także ograniczenie szkód związanych z narkotykami jest dość trudne. Ważną rolę odgrywa monitorowanie używania narkotyków a także problemów z nimi związanych, dlatego też Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) zbiera i opracowuje dane statystyczne dotyczące używania narkotyków w populacji ogólnej, problemowe używanie narkotyków, zgony związane z narkotykami i umieralność, choroby zakaźne związane z narkotykami i

zgłaszalność do lekarza. W Europie najwięcej zgonów, zachorowań i kosztów leczenia jest związanych z przyjmowaniem heroiny i innych opioidów, pomimo tego, że ich konsumpcja pozostaje na stosunkowo niskim poziomie. Badania potwierdzają, że prawie 25% dorosłych mieszkańców krajów Unii Europejskiej, co stanowi 80 mln osób, spróbowała przynajmniej raz w życiu narkotyków. Do najczęściej zażywanych narkotyków należą konopie indyjskie – 75,1 mln, kokainę zażywało 14,9 mln a amfetaminę 11,7 (Europejskie, 2015).

Narkomania w Polsce była zjawiskiem marginalnym do początku XX w., natomiast od lat siedemdziesiątych XX wieku możemy mówić o wzroście skali tego zjawiska jako efektu zmian społecznych na Zachodzie. Do czasu transformacji politycznej w Polsce zjawisko narkomanii odnotowywano głównie w subkulturach młodzieżowych związanych z ruchem hippisowskim oraz z grupami przestępczymi. Substancjami rozpowszechnionymi w tych środowiskach była heroina i tzw. polska heroina, środki wziewne oraz leki. Po przełomie ustrojowym w 1989 r. narkomania stała się problemem społecznym i ciągle pozostaje. Przemiany w obrębie rozwoju zjawiska narkomanii w Polsce zaprezentowała m.in. E. Łuczak (2004).

Ze względu na łatwą dostępność narkotyków (jako efektu zorganizowanych grup przestępczych) pojawiły się trzy grupy ryzyka narkomanii. Pierwszą grupę o zwiększonym ryzyku stanowią obszary biedy i marginalizacji społecznej, w których wraz z innymi używkami i patologiami społecznymi kontakt z narkotykiem rozpoczyna się bardzo wcześnie i dominują narkotyki tańsze (rodzime). Drugą grupę o również dużym ryzyku narkomanii tworzą obszary elit, ludzie bogaci, ekscentryczni, z tzw. bohemy artystycznej, którzy traktują narkotyki jako element ich stylu życia i preferują narkotyki droższe i mocne. Grupą o niskim lub przeciętnym ryzyku stanowi dominująca część społeczeństwa. Na narkomanię szczególnie narażeni są ludzie młodzi z powodu okazjonalnego spożycia oraz dorośli, którzy używają narkotyków jako wzmacniaczy w celu osiągnięcia efektywności w pracy zawodowej (Jędrzejko, Cabalski, 2009, s. 143-144).

Badania przeprowadzone przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wykazały, że w Polsce obecnie najbardziej powszechnymi narkotykami są przetwory konopii indyjskich i amfetamina. Część badanej populacji, która stanowiła 2,5%, przyznała się do zażywania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatniego roku, natomiast 7,1% do sięgnięcia po narkotyki kiedykolwiek w życiu. Wskaźniki zażywania marihuany były odpowiednio – 2,4% i 6,6%. Częściej po narkotyki sięgają mężczyźni w wieku od 15 do 34 lat, natomiast kobiety częściej zażywają leki nasenne i uspokajające, które można nabyć bez recepty (Malczewski, Misiurek, 2014, s. 42).

#### **4. Proces leczenia**

Osoba przyjmująca substancje psychoaktywne, doświadczając nasilenia objawów uzależnienia, dotyka niejako samego „dna”, które polega na podporządkowaniu całego życia narkotykowi. Kiedy przyjmuje jedną dawkę, od razu myśli o następnej, o sposobie jej



zdobycia. Na tym etapie pogłębiają się problemy natury fizycznej, psychicznej, jak i społecznej, z którymi dotychczas radziła sobie za pomocą zażywania narkotyków. Organizm jest coraz to bardziej wyniszczony, stan zdrowia znacznie się pogorsza (szczególnie groźne choroby infekcyjne, np. wirusowe zapalenie wątroby typu B i C oraz HIV), przez co osoba staje na granicy życia i śmierci (zwłaszcza z przedawkowania lub z powodu łączenia substancji psychoaktywnych). Zniszczeniu ulega również sfera psychiczna i społecznego funkcjonowania. W ten sposób dochodzi się do etapu, w którym uzależniony albo sam zaczyna szukać pomocy albo robią to najbliżsi (Rogała-Obłękowska, 2002).

Kiedy istnieje podejrzenie, że dana osoba ma kontakt z narkotykami lub je zażywa zaleca się zgłoszenie tego policji. Zadaniem policjantów zajmujących się zwalczaniem przestępczości narkotykowej, jest nie tylko rozwiązywanie spraw o charakterze kryminalnym, ale także udzielenie pomocy i konkretnych informacji osobom, które zgłaszają taki problem. Inną możliwością jest nawiązanie kontaktu ze specjalistyczną instytucją poświęconą udzielaniu wsparcia i odpowiednich porad związanych z problemem uzależnień (Wrona, 2009, s. 116-117).

Profesjonalna terapia uzależnień daje duże prawdopodobieństwo wyjścia z narkomanii. Przy czym, jak podkreślają to znawcy problemu, narkomania jest w pewnym sensie nieuleczalna, tzn. osobie, która wskutek nałogu „straciła naturalną biologiczną barierę odporności na te środki, nie udaje się już w pełni przywrócić tej odporności”. Dlatego narkomana można podleczyć, ale każde ponowne zetknięcie z narkotykiem kończy się powrotem uzależnienia. Uratować może go jedynie całkowita abstynencja (Cekiera, 1985, s. 259-260). Leczenie uzależnień jest dość trudne i wymagające konkretnego wysiłku, dlatego też niezwykle ważna jest zgoda osoby zainteresowanej na podjęcie leczenia. Stąd podstawową zasadą leczenia uzależnień jest dobrowolność. Ma ono sens tylko wtedy, gdy narkoman chce tego i wyraża swoją chęć w sposób świadomy, a nie pod wpływem narkotyków (Słowik-Gabryelska, 2006, s. 94-95). Bez silnej i podtrzymywanej motywacji do leczenia zdecydowana większość narkomanów bardzo szybko porzuca abstynencję (Stankowski, 1988).

Pierwszym krokiem na drodze wychodzenia z narkomanii jest wizyta w poradni konsultacyjnej, kolejnym krokiem jest poddanie się detoksykacji, jeśli jest taka potrzeba, a następnie proponuje się osobie uzależnionej wzięcie udziału w terapii prowadzonej przez ośrodek odwykowy. Po przebytej terapii osoba wraca do życia w społeczeństwie (Cekiera, 1985, s. 261-275, 1994; Woronowicz, 2001, 2009; Karpowicz 2003; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 202-203; Carson, Butcher, Mineka, 2006; Jędrzejko, Cabalski, 2009, s. 150-153).

Leczenie uzależnienia od narkotyków jest we wstępnej fazie podobne do leczenia uzależnienia od alkoholu, chodzi bowiem o udzielenie pomocy w okresie zespołu abstynencyjnego, zmniejszenie głodu narkotykowego, łagodzenie objawów odstawiennych oraz odnowę fizyczną i psychiczną. W powodzeniu terapii odwykowej dużą rolę odgrywa uwolnienie pacjenta od środowiska narkomanów, podtrzymanie w przestrzeganiu

wymogów terapii, zapobieżenie rezygnacji i powrotowi do uzależnienia. Czasem konieczna jest hospitalizacja ze względu na pojawiające się zaburzenia psychiczne lub psychoterapia i specjalne zabiegi socjoterapeutyczne, jeśli występują tendencje do zachowań psychopatycznych (Carson, Butcher, Mineka, 2006, s. 593-594, 598-603).

Pierwsza wizyta w poradni konsultacyjnej stanowi bardzo ważny moment, od którego zależeć może podjęcie terapii. W Polsce działa bardzo wiele tego typu placówek. Na uwagę zasługuje fakt, że dobrze jest, gdy osobie uzależnionej towarzyszy ktoś bliski, osoba zdrowa, która będzie wsparciem dla narkomana i podtrzyma motywację do kolejnych wizyt. Największą pomocą dla osoby uzależnionej są bliscy, którzy dbają, aby kontakt z terapeutą nie został przerwany. Natomiast pouczanie, pożyczanie pieniędzy, brak zaufania do osób prowadzących terapię i ubolewanie nad sytuację osoby uzależnionej, z pewnością nie pomaga, a wręcz utrudnia proces leczenia. Celem konsultacji w poradni jest doprowadzenie osoby uzależnionej do podjęcia decyzji o wzięciu udziału w terapii. Zdarza się, że niektóre osoby przed jej podjęciem muszą poddać się detoksykacji (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 2013).

Początkiem detoksykacji czyli odtrucia jest zaprzestanie przyjmowania substancji psychoaktywnej. Jest to konieczne w przypadku uzależnienia od alkoholu, opiatów, środków uspokajających i nasennych (Słowik-Gabryelska, 2006, s. 94-95). Zasadniczym celem detoksykacji jest usunięcie toksyn i pozbycie się fizjologicznej potrzeby zażywania danej substancji psychoaktywnej, do której przyzwyczał się organizm (szczególnie dotyczy to heroiny i innych opioidów). Przejawem uzależnienia fizycznego jest zespół abstynencyjny, zwany również głodem narkotycznym. Jest on definiowany jako „niepokój psychiczny, pobudzenie nerwowe, zaburzenia somatyczne wywołane brakiem działania środka odurzającego u osoby uzależnionej. Nasilenie objawów wzrasta w miarę przedłużania się okresu abstynencji, a nawet może spowodować zejście śmiertelne” (Sabatowski, 2000, s. 11). Przejawia się to w takich objawach jak: „ziewanie, łzawienie, nudności, wymioty, drżenie rąk, przyspieszenie czynności serca i rytmu oddychania, bóle mięśni, uderzenia gorąca z obfitym poceniem się” (tamże). Aby organizm zaczął poprawnie funkcjonować bez substancji psychoaktywnej, potrzeba zazwyczaj kilkunastu dni abstynencji. W celu złagodzenia objawów głodu narkotycznego podaje się stosowne środki farmakologiczne. Osoba uzależniona jest wtedy pod opieką lekarza. Jeśli na tym etapie narkoman przerwie proces wychodzenia z uzależnienia, wówczas istnieje bardzo duże ryzyko, a nawet pewność, że powróci do zażywania narkotyków, ponieważ nie poradzi sobie z o wiele trudniejszym do pokonania uzależnieniem psychicznym (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 205; Erickson, 2010, s. 186-188).

Kolejny etap po detoksykacji polega natomiast na zmierzaniu do utrzymania zupełnej abstynencji. Ta faza leczenia zawiera takie elementy jak: unikanie innych substancji, które mogą powodować uzależnienie; zaangażowanie rodziny w terapię na rzecz usunięcia patologii oraz współpraca z terapeutą; poddawanie się testom krwi i moczu sprawdzającym obecność narkotyków w organizmie oraz toksykologicznym badaniom przesiewowym;

uczestniczenie w grupie samopomocy; branie czynnego udziału w 12-krokowym programie terapeutycznym; leczenie przymusowe ma miejsce tylko wtedy, gdy osoba zostanie skierowana na nie poprzez nakaz sądu; sankcje prawne ponoszą osoby na stanowiskach – chcąc je utrzymać są zobowiązane do leczenia; zawieranie kontraktów warunkowych, np. warunkowa umowa o pracę i kontakt z lekarzem (zakład pracy jest informowany, gdy osoba nie pojawia się na wizycie) (Słowik-Gabryelska, 2006, s. 94-95).

Obecnie w leczeniu uzależnień stosuje się również metody, które nie skupiają się na zmianie postaw prowadzących do uzależnienia, ale na tym, by zapewnić osobie właściwe funkcjonowanie w społeczeństwie. W tym celu aplikuje się kontrolowane dawki przepisanej i oczyszczonej narkotyku. Przykładem takiej metody może być terapia metadonowa. Terapia ta nie wymaga od osoby uzależnionej przebywania w ośrodku, nie jest również niezbędna detoksykacja. Pomimo tego, że w ten sposób osiąga się efekt leczenia, to jednak problem uzależnienia trwa nadal (np. Erickson, 2010, s. 180-183).

## 5. Pomoc terapeutyczna

Psychoterapia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych polega na zlikwidowaniu konsekwencji uzależnienia fizycznego, psychicznego i społecznego. W psychoterapii niezwykle ważna jest diagnoza, w której zwraca się uwagę na rodzaj zażywanych substancji, częstotliwość ich przyjmowania, wielkość dawek, okres czasu, w którym występuje problem uzależnienia, a także informacje o samym uzależnionym, takie jak wiek oraz obecny stan zdrowia. Celem, do którego dąży psychoterapeuta, jest w szczególności pobudzanie rozwoju tych osób, dzięki któremu będą mogły się wyzwolić od narkotyków oraz motywowanie ich do życia bez środków odurzających. Zgodnie z takim rozumieniem psychoterapii osoba uzależniona kształtuje w sobie umiejętności, które pozwolą jej przezwyciężyć trudności, jakie niesie ze sobą uzależnienie. W tym celu stosowane są różne formy poradnictwa i psychoterapii, np. interakcyjna, behawioralna, ale duże znaczenie ma również nadzieja na wyzdrowienie samego pacjenta (efekt placebo). Szczególna popularna jest metoda 12 kroków (Erickson, 2010, s. 172-180).

Psychoterapia może być indywidualna lub grupowa. Zazwyczaj prowadzona jest w ośrodkach zamkniętych i trwa od kilku to kilkunastu miesięcy. Niektóre ośrodki prowadzą również hostele, w których mogą zamieszkać osoby po zakończeniu terapii. Dzięki takiej możliwości osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych mają duże wsparcie w powracaniu do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Mogą dokończyć przerwana naukę w szkole, zająć się poszukiwaniem pracy, a także układaniem sobie życia poza ośrodkiem. Jest to również szansa na uniknięcie powrotu do wcześniejszego środowiska, które bardzo często jest patologiczne (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 208-209). Obecnie obserwuje się jednak tendencję do skracania terapii w stacjonarnych ośrodkach rehabilitacji średnio i długoterminowej. Rozwijają się różne formy pomocy osobom uzależnionym, niektóre ośrodki przyjmują również osoby niepełnoletnie (Jędrzejko,

Cabalski, 2009, s. 153). W większości ośrodków leczenia narkomanów prowadzona terapia oparta jest o własne programy.

Wśród form psychoterapii, które mogą być stosowane jako pomoc w wyjściu z uzależnienia jest również, np. hipnoza. Procedura terapeutyczna polega na ograniczaniu dawek narkotyku podawanego pod hipnozą wraz z sugestią o dużym efekcie malejącej dawki oraz wstrętu i lęku przed nim albo, jeśli nie ma warunków na takie kontrolowane leczenie, osłabianie objawów abstynencji poprzez leki uspokajająco-tonizujące oraz wzmacniające organizm i stosowanie seansów hipnotycznych z odpowiednimi sugestiami, m.in. wzmacniającymi motywację i wiarę w wyleczenie, wstręt do narkotyku. Hipnoza powinna być wzmacniana psychoterapią, rozmowami z pacjentem na temat jego sposobu funkcjonowania, przeżywanych konfliktów, mechanizmów prowadzących do podejmowania zachowań uzależniających, sposobów radzenia sobie z trudnościami i nawiązywania relacji społecznych. Ta forma pomocy pacjentów, podobnie jak inne, nie jest zbyt efektywna. Najważniejsze, jak ilustruje to Augustynek (2011), omawiając swoje doświadczenia terapeutyczne, jest odnalezienie przez pacjenta głębokiej motywacji do zmiany, zainteresowania zgodnego z jego predyspozycjami, jakiejś ważnej, dającej mu satysfakcję pasji, wytyczenie istotnego celu, dla którego warto żyć bez narkotyku oraz udzielenie mu konkretnej pomocy i podtrzymanie na dłuższą metę w wytrwaniu na nowej drodze życia bez narkotyku (tamże, s. 49-54).

Podobnie Cz. Cekiera (1985) wiele lat wcześniej pisał o konieczności znalezienia przez pacjenta pozytywnych cech swojej osobowości, zainteresowań, pozytywnych wartości, na których może budować. W procesie psychoterapii należy uwolnić narkomana od uprzedzeń do życia, zwrócić uwagę na podniesienie poczucia własnej wartości, poziomu zaufania do siebie i wiary w swoje możliwości. Dużą wagę powinno zwrócić się na ruch i pracę fizyczną, turystykę, rozbudzenie ciekawości i chęci rozwoju kompetencji, np. w zakresie języka obcego (tamże, s. 262).

Nie zawsze terapia musi odbywać się w ośrodku zamkniętym, można w niej również uczestniczyć w systemie ambulatoryjnym, czyli biorąc udział tylko w sesjach terapeutycznych. W tym trybie leczenia niezwykle ważne jest wsparcie i umiejętność dostrzegania nawrotów choroby. Niejednokrotnie nieocenioną pomocą są spotkania w grupie osób, które borykają się z takim samym problemem. Są to grupy samopomocowe, do których należą sami uzależnieni realizujący program wychodzenia z narkomanii albo grupy terapeutyczne, w których jest obecny terapeuta prowadzący każde spotkanie. W czasie terapii osób uzależnionych istotne jest również podjęcie terapii przez członków ich rodzin. Bez względu na to, w jaki sposób i za pomocą jakich metod prowadzona jest terapia, niezwykle ważne jest to, aby prowadziła ona do większej dojrzałości osobowej. Optymalny program terapeutyczny powinien dążyć do kształtowania postaw altruistycznych i empatii, bycia odpowiedzialnym za własne postępowanie, a także za innych ludzi (tamże, s. 209-210).

Specjalistyczny system opieki przeznaczony dla osób, które są uzależnione od substancji psychoaktywnych funkcjonuje w Polsce w ramach systemu opieki zdrowotnej dla

osób z zaburzeniami psychicznymi. W skład tego systemu wchodzi „specjalistyczne placówki leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego oraz nieliczne inne formy opieki pośredniej, takie jak oddziały dzienne i hostele” (Langiewicz, 2006, s. 51). Oddzielną formą pomocy związanej z opieką ambulatoryjną są programy metadonowe. Za organizację tego typu placówek odpowiedzialne są organy samorządowe, stowarzyszenia oraz spółki cywilne. Niezwykle ważną rolę wśród organizacji niepublicznych odgrywa Stowarzyszenie „Monar”, które założyło i prowadzi obecnie 33 ośrodki oraz 40 poradni<sup>2</sup>.

Poza tym na uwagę zasługują inne stowarzyszenia, takie jak: PTZN (Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii), „Karan”, „Szansa”, „Mrowisko”, „Familia”, „Solidarni Plus”, a także fundacje: „Arka”, „Nadzieja”, „Dom nadziei” oraz ośrodki organizowane przez różnego rodzaju wyznania, inne spółki cywilne i osoby fizyczne (Langiewicz, 2006, s. 51).

Placówki dla osób uzależnionych mogą być organizacyjnie samodzielne lub też mogą stanowić część jakiejś większej struktury. Do tych pierwszych należą ośrodki rehabilitacyjne, natomiast oddziały detoksykacyjne swoją działalność prowadzą przy publicznych zakładach opieki zdrowotnej, szczególnie psychiatrycznych. Poradnie natomiast mogą być samodzielne wtedy, gdy ich organizatorem jest stowarzyszenie, osoba fizyczna bądź spółka prywatna lub też niesamodzielne, w przypadku poradni publicznych. Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych mogą zatem podejmować leczenie w specjalistycznych placówkach ambulatoryjnych lub też w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w poradniach odwykowych dla uzależnionych od alkoholu oraz w poradniach zdrowia psychicznego (tamże, s. 51-53).

Przeważająca część programów leczniczych obejmujących osoby uzależnione od narkotyków dostosowana jest do osób zażywających opiaty, a więc w głównej mierze do mężczyzn. W Europie 20% osób leczonych z powodu zażywania narkotyków stanowią kobiety, z czego 23% to kobiety wychowujące dzieci. W prawie wszystkich krajach Unii Europejskiej działają ośrodki terapeutyczne przeznaczone tylko dla kobiet lub kobiet z dziećmi, jednak programy przeznaczone dla obu tych grup stanowią rzadkość, albo są dostępne tylko w dużych miastach, czego konsekwencją jest to, że wiele kobiet uzależnionych pozostaje bez specjalistycznej opieki. Bardzo często kobiety nie podejmują leczenia, a jeśli uczestniczą w terapii to niejednokrotnie z niej rezygnują z powodu troski o opiekę nad dziećmi. Dlatego niezwykle ważne jest, aby zapewnić kobietom dostęp i możliwość skorzystania z pomocy specjalistów oraz zapewnić programy leczenia ukierunkowane na kobiety w procesie prokreacji i spełniające rolę macierzyńską (Kolbowska, 2007, s. 39).

Gdy osoby uzależnione zakończą terapię ważne jest, by miały kontakt z grupami wsparcia. Najbardziej rozpowszechnioną jest metoda społeczności terapeutycznej opartej o jasne reguły i normy, respektowane przez wszystkich członków grupy. Jedną z form

---

<sup>2</sup> Nasze placówki; <http://www.monar.org/nasze-placowki/>; dostęp: 16.07.2017

samopomocy są grupy Anonimowych Narkomanów. Idea AN powstała w latach pięćdziesiątych w USA w oparciu o program „12 kroków i 12 tradycji”. Celem przynależenia do Wspólnoty Anonimowych Narkomanów jest wzajemna pomoc w zaprzestaniu zażywania narkotyków oraz w powrocie do normalnego życia przy zachowaniu całkowitej abstynencji, włączając w to również alkohol. Tygodniowo odbywa się ok. 67000 mityngów wspólnot AN w 139 krajach świata. W Polsce spotkania grupy AN rozpoczęły się w Olsztynie ok. 1990 r. (Woronowicz, 2009, s. 455-457). Wspólnota AN prowadzi swoją stronę internetową (<https://www.anonimowinarkomani.org/#>), pomaga w procesie zdrowienia i pozostawania czystym, organizuje mityngi, zloty, konferencje, rozprawdza publikacje pomocne osobom uzależnionym jak i profesjonalistom, koordynuje różne przedsięwzięcia.

## **6. Duchowe aspekty narkomanii**

Człowiek jako istota duchowa musi odpowiedzieć sobie na pytania o to, kim jest, jaki jest sens jego życia, jakie ma głębsze cele w życiu. Te pytania rodzą się dość wcześnie w rozwoju, ale w szczególnym stopniu domagają się odpowiedzi w okresie dojrzewania. Pomocą w dojrzałej odpowiedzi na te ważne egzystencjalnie pytania są dobre relacje z innymi, zwłaszcza z osobami najbliższymi emocjonalnie lub innymi osobami znaczącymi. Jeśli młody człowiek napotka na trudności w kontakcie z rodzicami (np. rodzice zbyt nadopiekuńczy, nadmiernie wymagający, odrzucający emocjonalnie lub niezainteresowani dzieckiem), to traci najważniejsze osoby w życiu, a tym samym jego potrzeby psychiczne, np. bezpieczeństwa, miłości (by kochać i być kochanym), szacunku, akceptacji, uznania, afiliacji – zostają niezaspokojone. Skoro nie czuje, iż jest wart miłości najbliższych, traci poczucie osobowej godności, poczucie własnej wartości, szacunek do siebie. Obniża się samoocena, obraz siebie jest pełen negatywnych cech. Nie ma dla kogo żyć, więc trudno mu dojrzeć głębszy sens życia. Konfliktowe relacje w rodzinie i szkole, doznana przemoc i zranienia emocjonalne mogą być przyczyną załamania w życiu duchowym i wtedy dużo łatwiej sięgnąć po narkotyk.

Jednak przyczyna uzależnienia nie zawsze ma swoje źródło w nieprawidłowych relacjach rodzinnych. Do załamania duchowych może dochodzić wskutek negatywnego oddziaływania grupy rówieśniczej, która odrzuca wiarę religijną, przestrzeganie norm współżycia społecznego a narzuca młodemu człowiekowi sięganie po narkotyk jako coś akceptowanego i dającego poczucie przynależenia do grupy. Jeśli zabraknie głębokiego kontaktu z Bogiem oraz więzi ze wspólnotą religijną, łatwiej dochodzi do osłabienia innych więzi społecznych (związek jest tu obopólny), napięć, niepokojów i lęków, poczucia samotności i odrzucenia, zagubienia sensu życia, doświadczenia pustki duchowej. Młody człowiek, chcąc zrekompensować sobie brak zaspokojenia najważniejszych potrzeb psychicznych – bezpieczeństwa, miłości i sensu – sięga po narkotyk.

Natomiast niezależnie od osobistych biologicznych predyspozycji i psychospołecznych warunków sprzyjających uzależnieniu – pogłębiona wiedza religijna,

duże zaangażowanie o charakterze religijnym, zwłaszcza w praktyki (codzienna modlitwa, korzystanie z sakramentów) oraz w życie wspólnoty (np. przynależność do konkretnej grupy religijnej), wypracowane religijne sposoby radzenia sobie ze stresem, hierarchia wartości, w której wartości moralne i duchowe są na czele systemu wartości – spełniają rolę ochronną przed uzależnieniem od niszczących substancji psychoaktywnych.

Poza tym, sam styl życia narkomana powoduje pogłębienie pustki duchowej, zagubienie głębszego sensu życia, utratę poczucia godności i szacunku do siebie, zerwanie z praktykami religijnymi. Wraz z degradacją psychiki dochodzi do degradacji duchowej, dlatego duchowość osób uzależnionych określa się jako „duchowość bezdroży” (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 165-166). „W praktyce oznacza to, że człowiek, który nie rozwinął sfery duchowej, uzależnia się od własnego ciała (np. lenistwo), od subiektywnego myślenia (różne systemy iluzji i zaprzeczeń prawdy o własnym życiu), od emocji (ucieczka od nich za wszelką cenę bądź też biernie uleganie emocjom, kierowanie się tym, co przyjemne emocjonalnie, a nie czymś co posiada wartość), od nacisków środowiska, od określonych osób lub rzeczy (np. dobra materialne, pieniądze, kariera, sława)” (Pierzchała, 2009, s. 395).

Uzależnienie od narkotyków powoduje dramatyczną sytuację moralno-etyczną człowieka, który w miarę pogłębiania się procesu uzależnienia traci sprawność intelektualną i moralną do analizowania sytuacji i podejmowania słusznych decyzji, przewidywania konsekwencji czynów dla siebie oraz innych (również ich skutków długofalowych, całościowych), oceny swoich czynów w świetle obowiązujących norm i zasad, uczenia się na własnych błędach i zmiany swojego postępowania. Wola staje się coraz bardziej osłabiona i nie jest zdolna do wytrwałości w poczynionych postanowieniach.

W. Bożejewicz i D. Sarzała (2009), wskazują na następujące etyczno-moralne konsekwencje narkomanii: zaburzenie rozumienia norm społecznych i moralnych, skłonność do zachowań ryzykownych, zubożenie duchowe, egoistyczny stosunku do świata, cierpienie będące źródłem załamań psychicznych i duchowych, dominacja potrzeb popędowych, nie rozumienie granic wolności człowieka, osłabienie wrażliwości moralnej, podejmowanie czynów niezgodnych z moralnością, podwyższenie tolerancji na zło. Narkomania wpływa na kondycję ludzkiego ducha, degraduje kulturę psychiczno-duchową człowieka, prowadzi do zaniku aspiracji i celów życiowych, wolności woli i możliwości samostanowienia, kryzysu wartości, zaniku odpowiedzialności za siebie i za swoje czyny oraz ich konsekwencje, uniemożliwia wypełnianie podstawowych obowiązków (rodzinnych, zawodowych, społecznych), niszczy relacje i więzi międzyludzkie, wyklucza człowieka z grupy społecznej, podwyższa ryzyko konfliktu z prawem. Pole życiowej aktywności zostaje zawężone do „tu i teraz” – do poprawy aktualnego samopoczucia i konieczności zapewnienia sobie narkotyku. Wewnętrzny świat narkomana kurczy się do jednej czynności uzależniającej. Pułapka narkomanii zakleszcza człowieka w aktualnych przeżyciach i uniemożliwia rozwój osobowy, twórczą postawę życiową, proces samorealizacji zgodnie z wartościowymi ideałami. Uniemożliwia korzystanie z cech bytu osobowego, zwłaszcza z

wolności (decydowania, samokierowania), zdolności do poznania i miłowania, podążanie za tym, co dobre i piękne.

Narkomania jest niewątpliwie jednym z przejawów kultury „mieć” (kultury użycia, hedonizmu), zamiast kultury „być” (kultury miłości) (por. Fromm, 2007, Jan Paweł II, 1980). Sięgając do nauczania Kościoła katolickiego w sprawie narkomani, należy wskazać, iż Kościół potępia napędzanie przez media (reklamy, filmy, gry komputerowe) egoistycznego nastawienia do życia, rozbudzanie do nienaturalnych rozmiarów potrzeb człowieka i wmawianie mu, że niezbędnie potrzebuje do życia czegoś, czego ani do życia, ani do szczęścia tak naprawdę nie potrzeba. Narkoman jest tak uzależniony się od substancji, że potrzebuje jej, pomimo tego, że doprowadza go ona do ruiny zdrowotnej, psychicznej, społecznej i grozi śmiercią. Jest zniewolony, chociaż św. Paweł przestrzegał chrześcijan: „Wszystko mi wolno, ale nie wszystko przynosi korzyść. Wszystko mi wolno, ale ja niczemu nie oddam się w niewolę” (1 Kor 6, 12). Narkoman nie jest w stanie czynić sobie „ziemi poddanej” (Rdz 1,28) i realizować wezwanie św. Piotra: „Bądźcie trzeźwi! Czuwajcie!” (1P 5,8). Katechizm Kościoła katolickiego jednoznacznie potępia używanie narkotyków w innych niż ściśle medyczny celach, ze względu na szkody, jakie zadają zdrowiu i na ryzyko, jakie stanowią dla ludzkiego życia (KKK 2291), a życie i zdrowie są cennymi dobrami powierzonymi nam przez Boga, o które musimy się troszczyć (KKK 2288). Jak przypomina dokument opracowany przez Papieską Radę ds. Rodziny „Od rozpaczki do nadziei. Rodzina i narkomania” – u podłoża rozpowszechniania się narkomanii leży zniekształcona wizja człowieka i sensu jego życia. Jeśli człowiek nie zna lub odrzuca prawdę o sobie samym jako osobie ludzkiej (własnej wartości osobowej i godności, swoim przeznaczeniu), to traci sens własnej egzystencji, łatwo ulega manipulacjom i złym wpływom, podlega autodestrukcji, staje się zagrożeniem dla siebie samego oraz innych.

Jednym z ważnych aspektów pomocy osobom uzależnionym w wyjściu z narkomani jest pomoc duchowa a więc pomoc w dookreśleniu koncepcji siebie (*kim jestem?*), rozumieniu siebie (*jaki jestem?*), ocenie siebie oraz swego miejsca w życiu (po co tu jestem?, dla kogo się liczę?) oraz sensu życia i celów życiowych (*po co żyję, po co trud życia, jaki sens ma moje życie i życie innych, dokąd zmierzam?*). W duchowym odrodzeniu pomaga też odbudowanie więzi międzyosobowych, bycie z innymi, rozwój osoby poprzez „relacje osobowe we wspólnocie” (por. Wojcieszek, 2009, s. 382), możliwość doświadczania miłości i obdarzania kogoś miłością. W procesie wychodzenia z nałogu (np. w realizacji Programu Dwunastu Kroków) istotny jest zwrot ku duchowości (choć Bóg jest przez każdego osobiście inaczej rozumiany i spostrzegany), gdyż wzrostowi duchowości osób uzależnionych towarzyszy korzystanie z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem, obniżenie się negatywnych afektów, wzrost poziomu jakości życia oraz satysfakcji z niego (por. Wnuk, 2007).

Wobec osób wychowanych w religii chrześcijańskiej, ważny jest powrót do źródeł chrztu św. i sakramentu bierzmowania, do życia sakramentalnego. Odbudowa życia duchowego jest możliwa, jeśli przywróci się wiarę w rzeczywistość nadprzyrodzoną,



poczucie niezbywalnej, bezwarunkowej godności dziecka Bożego, ufność w miłosierdzie Boże, otwarcie na Jego łaskę. W procesie rozwoju duchowego bardzo pomocne jest nie tylko doprowadzenie do spojrzenia na siebie w świetle prawdy, a tym samym uprzytomnienie sobie realizmu grzechu narkomanii, ale też doprowadzenie do spotkania z Bogiem – sprawiedliwym, ale również miłosiernym. Konieczne jest również pogłębienie wiedzy religijnej, wypracowanie prawdziwego obrazu Boga, motywowanie do wysiłku pracy nad sobą, podjęcie trudu wzrastania duchowego i osiągania dojrzałości psychicznej i duchowej oraz chęci życia zgodnie z wartościami chrześcijańskimi, przestrzegania norm moralnych. Wychodząc z uzależnienia, narkoman musi pokonać wiele przeszkód, m.in. radzić sobie z cierpieniem fizycznym oraz psychicznym bez ucieczki w używki. Stoi wobec zadania wypracowania własnej hierarchii wartości (zgodnej z uniwersalnymi wartościami moralnymi) oraz umiejętności dokonywania wyborów moralnie dobrych, interioryzacji norm moralnych, uformowania wrażliwości moralnej, „zdrowego” sumienia, zdolności do postępowania zgodnie z przyjętym systemem wartości i zasad moralnych, a nie pod wpływem niekontrolowanych wewnętrznych popędów i pragnień lub przymusu zewnętrznego, kierowania się podstawowym prawem moralnym nakazującym miłowanie i czynienie dobra a unikanie zła. K. Pierzchała (2009) zwraca uwagę, że rozwój duchowości i dojrzałej moralności oraz prawego sumienia powinien być „istotnym elementem każdego odpowiedzialnego systemu wychowania oraz profilaktyki i terapii uzależnień” (tamże, s. 401).

Człowiek uzależniony od narkotyku nie rozwija swojej osobowości, gdyż nie jest świadomy siebie, wolny, odpowiedzialny, zorientowany na realizację wartościowych celów i dążenie do wzniosłych ideałów. Jest zniewolony, pozbawiony nadziei, radości i szczęścia. Dlatego Cz. Cekiera (2016) zwrócił uwagę, że jednym z bardzo ważnych działań na rzecz zapobiegania narkomanii oraz resocjalizacji osób uzależnionych jest udzielenie im pomocy w odkrywaniu własnej godności osobowej oraz w rozwoju ku wyższym wartościom, tzn. pomoc w poszukiwaniu, odkrywaniu i realizacji wartości pozamaterialnych i pozaosobistych w życiu (altruistycznych) oraz ukształtowania ideału osobowego, który ukierunkowuje życie i nadaje mu sens a głębokie poczucie sensu życia mobilizuje do podejmowania wartościowych działań, integruje je i harmonizuje. Rozwój osoby ku wyższym wartościom oraz wyznaczeniu sensu, celu oraz ideału życia jest najbardziej skuteczną formą profilaktyki, terapii i resocjalizacji patologii społecznych, w tym m.in. narkomanii.

W oparciu o teorię dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego (1982, 1986) można powiedzieć, że celem terapii jest doprowadzenie osoby uzależnionej do wzięcia odpowiedzialności za własny los i świadome kierowanie swoim życiem zgodnie z systemem wartości wyższych i zinterioryzowanym wzorem oraz ideałem osobowym, ciągła praca nad własnym rozwojem ku dojrzałej osobowości zintegrowanej na wszystkich poziomach.

Dojrzała osobowość obejmuje historię własnego rozwoju i jej projekcję w przyszłość, a w wymiarach społecznych przejawia się m.in. w empatii, odpowiedzialności, świadomości i wrażliwości moralnej oraz społecznej (Cekiera, 2016, s. 29, 32).

Rozwój indywidualny ku dojrzałej osobowości zawiera różne doświadczenia, odbierane jako pozytywne i jako negatywne (np. urazowe, szokowe, stresowe, nieprzystosowania, objawy nerwicowe), jednak dzięki procesowi dynamicznych zmian i rozwiązywania konfliktów (między tym co wyższe, lepsze a tym, co niższe, gorsze) dochodzi w procesie dezintegracji do rozbicia struktur bardziej pierwotnych (w sferze intelektualnej, uczuciowej i drażeniowej oraz motywacyjnej), na rzecz bardziej dojrzałych, pomiędzy tym, co „jest”, a tym, co „być powinno” (tamże, s. 31-32).

Trud istnienia (Dąbrowski, 1982, 1986) i zmaganie się w rozwoju (Grzywak-Kaczyńska, 1988) o to, aby wznosić się ku coraz „wyższym wartościom (miłość, prawda, dobro, piękno, wolność, sprawiedliwość, odpowiedzialność, powinność, miłosierdzie, pokój, przebaczenie, wierność, zaufanie, przyjaźń, empatia, abstynencja itp.)” (Cekiera, 2016, s. 34) są manifestacją instynktu rozwojowego, instynktu twórczości i doskonalenia się. Możliwość samorealizacji i samoaktualizacji ku pełni człowieczeństwa jako najsilniejszych dążeń człowieka daje mu najwyższe poczucie szczęścia.

### **Bibliografia:**

- Augustynek A. (2011), *Jak walczyć z uzależnieniami?* Warszawa: Difin.
- Bożejewicz W., Sarzała D. (2009), Zjawisko narkomanii w aspekcie etyczno-moralnym, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 327-359), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Carson R.C., Butcher, J.N., Mineka S. (2006), *Psychologia zaburzeń*, vol.1., Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cekiera Cz. (1985), *Toksykomania*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Cekiera Cz. (1994), *Ryzyko uzależnień*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Cekiera Cz. (2016), Rozwój osoby ku wyższym wartościom profilaktyką i resocjalizacją patologii społecznych, *Rocznik Filozoficzny Ignatianum*, nr 22(1), s. 25-50.
- Dąbrowski K. (1986), *Trud istnienia*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Dąbrowski K. (1982), *Pasja rozwoju*, Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Erickson C.K. (2010), *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Fromm E. (2007), *Mieć czy być*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Gaś Z.B. (1994), *Rodzina a uzależnienia*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grzywak-Kaczyńska M. (1988), *Trud rozwoju*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Jędrzejko M. (2009) (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.

- Jędrzejko M., Cabalski M. (2009), Próba diagnozy problemu narkotykowego w Polsce, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 141-154), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jędrzejko M., Kowalewska A. (2009), Wpływ substancji psychoaktywnych na zdrowie i zachowania człowieka, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 231-249), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jędrzejko M., Kowalewska A., Janiszewski W. (2009), Charakterystyka narkotyków, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 193-228), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Juczyński Z., (2002), *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Karpowicz P. (2003), *Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie? Duchowe aspekty leczenia uzależnienia*, Białystok: Instytut Wydawniczy Kreator.
- Kolbowska A. (2007), Używanie narkotyków a płeć, *Serwis Informacyjny – Narkomania*, nr 1(36), s. 36-41.
- Korczak J. (2009), Współczesne „dopalacze” – zjawisko i zagrożenia, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 267-326), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Kusinitz M. (1994), *Używanie narkotyków na świecie*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza „PROFI”.
- Langiewicz W. (2006), Dostępność opieki dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w Polsce w 2004 r., *Problemy Narkomanii*, nr 4, s. 49-73.
- Latka A., Gąsiorowski W. (1997), *Narkotyki – podstawowe rodzaje i opis*, Warszawa: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
- Łuczak E. (2004), *Przemiany w rozwoju zjawiska narkomanii*, Pułtusk: Wyższa Szkoła Humanistyczna.
- Madeja Z., (2006), Patomechanizmy uzależnienia psychologicznego od substancji psychoaktywnych, *Biuletyn Informacyjny Problemy Narkomanii*, nr 4, s. 5-47.
- Malczewski A., Misiurek A. (2014), Używanie i postawy wobec substancji psychoaktywnych, *Serwis Informacyjny Narkomania*, nr 4(68), s. 38-43.
- Malewska M. M., (1995), *Narkotyki w szkole i w domu. Zagrożenie*, Warszawa: Towarzystwo Wydawnicze i Literackie.
- Niewiadomska I., Stanisławczyk P. (2004), *Narkotyki*, Lublin: Wydawnictwo „Gaudium”.
- Parcevaux P., (1995), *W obliczu narkomanii*, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Pierzchała K. (2009), *Duchowość a problem uzależnień*, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 385-401), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Piotrowski A., (2002), *Narkomania młodzieży i inne uzależnienia*, Działoszyn: Wydawnictwo „ADAM”.

- Rogala-Oblękowska J. (1999), *Przyczyny narkomanii. Wyjaśnienia teoretyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Rogala-Oblękowska J. (2002), *Narkomania w rodzinie: wskazania do terapii*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Sabatowski S. (2000), *Narkomania. Podstawowe pojęcia. Słownik wybranych terminów związanych ze zjawiskiem narkomanii*, Legionowo: Wydawnictwo Centrum Szkolenia Policji.
- Słowik-Gabryelska A. (2006), *Patologie społeczne. Alkoholizm, narkomania, nikotynizm*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Stankowski A. (1988), *Narkomania – narkotyki – narkomani*, Wybrane zagadnienia, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Ulman P. (2011), Społeczne i rodzinne uwarunkowania uzależnień u dzieci i młodzieży, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 4(8), s. 74-86.
- Warecki K. (2010), *Dopalacze*, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Wnuk M. (2007), Duchowy charakter Programu Dwunastu Kroków a jakość życia Anonimowych Alkoholików, *Alkoholizm i Narkomania*, t. 20, nr 3, s. 289-301.
- Wojcieszek K. (2009). Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych – wybrane problemy, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 361-383), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Woronowicz B. (2001), *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woronowicz B. (2009), *Uzależnienia. Geneza, terapia i powrót do zdrowia*, Poznań-Warszawa: Media Rodzina, Parpamedia.
- Wrona J., (2009), *Narkotyki, narkomania – podstawy wiedzy*, Częstochowa: POMOC Wydawnictwo Misjonarzy Krwi Chrystusa.
- Zajączkowski K. (2003), *Uzależnienie od substancji psychoaktywnych*, Warszawa: WSiP.

### **Netografia:**

- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2017), Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2015;*  
[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001PLN.pdf\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001PLN.pdf_en);  
dostęp: 10.12.2017.
- Jan Paweł II (1980). *Przemówienie wygłoszone w siedzibie UNESCO (Paryż, 2 czerwca 1980)*.  
<http://www.centrumjp2.pl/wp-content/uploads/2015/01/PRZYSZ%C5%81O%C5%9A%C4%86-CZ%C5%81OWIEKA-ZALE%C5%BBY-OD-KULTURY-Jan-Pawe%C5%82-II-.pdf>; Dostęp: 10.09.2017.
- Narkotyki. <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=112184>; Dostęp: 16.07.2017.
- Nasze placówki; <http://www.monar.org/nasze-placowki/>; dostęp: 16.07.2017.

Mgr Emilia Zyskowska  
*Instytut Psychologii WFCH  
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego  
w Warszawie*

## **Attachment styles to parents, aggression and quality of relations in close relationships among male residents of a juvenile detention centres**

The aim of the study was to demonstrate how parenting style and aggression are related to the quality of relationships in close relationships. Examined groups consisted male residents of a juvenile detention centres and students aged 18-20.

Results have confirmed the differences between boys in juvenile detention centres and their peers in attachment styles and in the level of aggression and intimacy. Significant correlations between attachment and quality of relations in close relationships have existed only in the control group, while among boys in juvenile detention centres - between aggression and quality of relation in close relationship. In this group, there was no significant correlations between attachment styles and quality of relations in close relationships.

Attachment theory has been very popular among researchers and clinicians almost from the very beginning. It was created by a British psychiatrist and psychoanalyst John Bowlby (1990). He derived his inspiration from etiological conceptions, evolutionary theory and psychoanalysis. Bowlby established a new model of thinking to explain how human psychological development occurs. His theory mostly refers to the first years of life and it allows to explore psychic and biological mechanisms of bond creation and its influence on further development.

### **1. Origins of attachment theory**

The starting point of Bowlby's pondering was his own experience in clinical work combined with studies conducted in the forties and fifties of the twentieth century in the USA and Europe. This studies referred to a loss of mother's care as a result of: long-lasting stay in a hospital or in an orphanage, frequent changes of the persons who engage in a surrogate child care, mother's death, mother's loss due to divorce, mother's rejection (Bowlby, 1958, 2007; Bretherton, 1992; Spitz, 1946). Bowlby strived to integrate knowledge derived from various disciplines to discover an explanation for his observations.

The source of inspiration was undoubtedly psychoanalytic theory. This theory indicates that the factor contributing to the creation of the bond between a mother and a child is libido, understood as a psychic energy. Bond is treated here as a relation with an object (Bowlby, 1990). At an early stage of development infant is considered to be in a phase of primal narcissism. Mother, through the fulfillment of child's basic needs, relieves its tension. Mother is gradually becoming a synonym of pleasure and needs' fulfillment. It provokes forming of the bond between the mother and the child. Lack of mother or even just the threat of losing her evokes child's anxiety (Bowlby, 1958). Psychoanalysis considers the mother-child relation as secondary. It is the result of fulfillment of basic biological needs.

An important issue was acknowledging attachment bond to be a factor enabling survival in primal human environment. Attachment system is a part of evolutionary human heritage as well as of heritage of other species. Among many animal species cubs show behaviors that aim to maintain closeness and endeavor to mend the relation when intimacy has been broken off. As Bowlby (1958, 1990) indicates, a function of attachment system is a protection against predators because offsprings that stay close to adult individuals have a greater chance to survive thanks to protection and defense. Undoubtedly, activation of the bond increases child's sense of security. Mother's closeness and observation of her behaviors causes infant to learn which mechanisms contribute to survival.

Results of etiological studies played a particular role in Bowlby's conception. H. Harlow (1958) conducted studies with young rhesus monkeys and their so called 'replacement' mothers. Two mannequins were placed in cages: one wire that had a bottle of milk attached and a second one that was covered in a soft frotte fabric. Monkeys spent practically all of their time with the 'soft' mother, leaving her only for a short time of feeding. Even then some of them were still attached to the 'soft' mother.

Other research by K. Lorenz (1950) referred to something called 'following after'. This behaviors are observed among chicks of a certain bird species that, as soon as they are born, they need to know who is their caretaker to be able to behave properly while following. The choice of object occurs without regard to who the nurturer is. His part might be played also by, except mother, other animals, humans or moving object. This phenomenon is called *imprinting* (Ainsworth, & Bowlby, 1991).

The development of attachment behaviors among human infants happens in a similar way as amidst other mammals and birds, although in a slower manner. This behaviors might be included in the category of *imprinting* (Bowlby, 1990).

Etiologists' conclusions were a breakthrough for the development of attachment theory because they indicated that bond, occurring between the mother and the child, is primal and inborn, what was also claimed by evolutionary assumptions (Ainsworth, & Bowlby, 1991). What is more, it occurred that attachment bond does not serve only as a way to fulfill physiological needs.

## 2. Attachment and development of non-adaptive behaviors

Bowlby (1988) indicates that there is a connection between attachment style and further human development. Different attachment styles give rise to different developmental paths. It does not mean that attachment entirely determines development but it is one of the most important factors that influence this process. Potential developmental paths might lead to psychic health as well as to a variety of disorders.

A series of studies has been conducted to examine a relationship between attachment styles developed during the first years of life and further personal development (Sroufe, 2005; Zimmermann, Maier, Winter, & Grossmann, 2001). Persons with secure attachment style have a more flexible way of reacting to changing conditions, they are able to cope well when frustration appears. Development of this social competences may be observed in the toddler years, during easy tasks of taking and giving. This persons form good relations with others more easily, is perceived as more competent and resourceful, having leadership skills.

Disorders in early forming of the bond with the attachment figure lead to a molding of attachment styles named as *unsecure attachment*. Among this persons the need to fulfill the need of closeness and safety often went hand in hand with a sense of danger from the caregiver. The experience of extreme emotions led to a creation of dysfunctional styles of coping with stress which prompted to such reactions as distrust, indifference, anger, tendency to retreat or dependence in interpersonal contacts (Cassidy, & Kobak, 1988; Mikulincer, 1998). They may evolve into depressive, anxiety or dissocial symptoms and aggressive and antisocial behaviors. Studies about attachment often show that aggression is a way of reacting to a lack of sense of security. Thus unsecure attachment styles have a significant influence on a psychosocial human development. One of the reasons for this phenomenon is the fact that attachment plays an important role in emotions' regulation (Iniewicz, Wiśniewska, Dziekan, & Czuszkiewicz, 2011).

Research by Renken, Egeland, Marvinney, Mangelsdorf, S., and Sroufe (1989) connect manifestation of aggression and infringing of legal norm primarily with avoidant attachment style. Authors seek the explanation of this issue in a fact that since the earliest years this persons learn that they cannot look for interest and confidence of others. Along with the development process they reassure themselves that other people do not have a friendly attitude and as a result they manifest a high level of aggression. During childhood a lack of caregiver's reaction stimulates learning process that emotions should not be expressed. On the contrary, all feeling of distress should be ignored. Not being open towards one's emotions does not allow to understand the situation of others, thus empathy does not develop among this people. Such a long-lasting suppression of negative emotions leads eventually to a development of inadequateness in social situation, outbursts of anger, and dissatisfaction. Frequent reoccurring of such situations may lead to the preservation of

irrational outbursts of anger and to their transformation to aggressive and antisocial behaviors (Allen, Moore, Kuperminc, & Bell, 1998; Mikulincer, 1998).

Instead, insecure ambivalent attachment style leads to a passive retreating and forming of a belief of being ineffective and unattractive. Due to a concern of being rejected, a strong need to remain in a dependence to others forms. Thus, persons with this attachment style rarely will behave as aggressors in comparison with ambivalently attached people. They will often become the victims (Mikulincer, & Shaver, 2003; Tryjarska, 2010).

### 3. Method

#### 3.1. Materials

Experience in Close Relationships-Revised (ECR-R, Fraley, Waller, & Brennan, 2000, in Polish adaptation by Lubiewska et al., 2016) is one of the most popular self-report scales for measuring individual differences in terms of attachment in close relationships among adults. Specific items were created to examine intimate relationships but – as recommended by authors (Fraley, 2015) – they may also be adjusted to other types of relations (e.g. with parents).

Attachment is measured on two subscales:

- Attachment Anxiety (18 items) – it is connected with anxiety when attachment figure is not showing acceptance and love towards the participant who might be abandoned or rejected;
- Attachment Avoidance (18 items) – it indicated a discomfort derived from the closeness of attachment figure and preference to maintain distance and autonomy.

Combination of the results obtained on this two dimensions allows to distinguish following attachment styles: secure, anxious-avoidant, anxious-resistant and disorganized/disoriented. In the questionnaire 7-point Likert scale was used where 1 means *Strongly disagree* and 7 means *Strongly Agree*. Psychometric parameters of the questionnaire are satisfying. Confirmatory factor analysis supported two-factor structure of the questionnaire. Anxiety and Avoidance subscales correlate with one another at a moderate level ( $r = .44$ ). Scale's reliability was measured using the rate of internal consistency *alfa* Cronbacha for Anxiety  $\alpha = .92$  and for Avoidance  $\alpha = .88$  (Fraley et al., 2000; Lubiewska et al., 2016).

The Aggression Questionnaire (BPAQ, Buss, & Perry, 1992; Polish adaptation by Instytut Amity, 2005). It is one of the most broadly used questionnaires for aggression measurement. It consists of 29 items that may be summed to get a general aggression and of 4 factors that relate to a direct aggression only:

- Physical Aggression (PA; 9 items) and Verbal Aggression (VA; 5 items) – they embrace behavioral component of human aggression;
- Anger (A; 7 items) – affective component; it is connected with affective arousal;



- Hostility (H; 8 items) – cognitive factor; it represents the feeling of grief, reluctance, and injustice.

The participant has to rank items on a scale from 1 to 5 where 1 means *extremely unlike me* and 5 means *extremely like me*. Research on psychometric properties of the questionnaire were conducted in different countries and cultures and the results support the four-dimension structure of the scale and its satisfying reliability (Aranowska, & Rytel, 2011). Construct validity was confirmed by correlation with other tests measuring different components of personality. Differences between men and women were also addressed. Obtained differences were significant for all of the scales. Men have a higher level of aggression in comparison with women. The only exception was anger subscale.

Kwestionariusz Jakości Związku [Relationship Quality Questionnaire] (Kuczyńska, 1998). The questionnaire is based on Triangular Theory of Love by Sternberg (1986). Self-report scale consists of 21 questions that are in line with three love components:

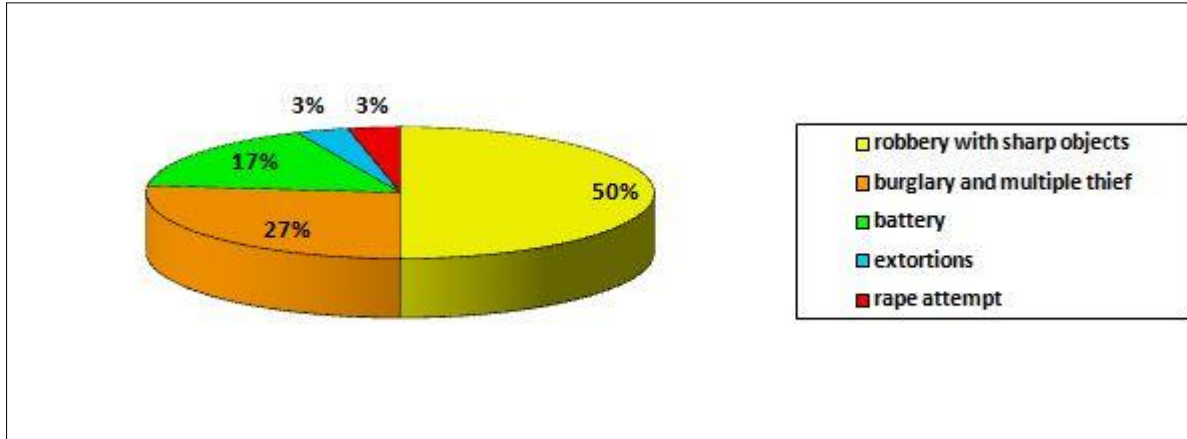
- Intimacy – feeling of closeness and support in mutual relations, understanding of other person's needs, positive feeling and actions to intensify partners' attachment;
- Passion – it mostly draws on physical desire towards the other person, strong motivation in aiming for union, experiencing a whole scale of feelings, both positive (joy, happiness) and negative (longing, jealousy, anxiety), frequently associated with the idea of love itself;
- Commitment – considered in two aspects: short-term that indicated the decision to form a relationship with another person (proposal, marriage) and long-term that means all of the efforts to sustain the relationship's stability (including constructive way of dealing with problems, redeem of duties, adjusting activities for common good), it is the only aspect of love that might be controlled (Sternberg, 1986).

All of the scales consist of 7 items. Participants refer to them on 7-point Likert scale from 1 (*completely disagree*) to 7 (*completely agree*). The rates of internal consistency *alfa* Cronbacha obtained by examination of Polish sample are satisfying and total: for Intimacy  $\alpha = .91$ , for Passion  $\alpha = .93$  and for Commitment  $\alpha = .82$ . Intraclass correlation coefficients are lower and they total respectively:  $r = .62$  for Intimacy,  $r = .70$  for Passion and  $r = 0,50$  for Commitment (Kuczyńska, 1998).

### 3.2. Participants

The research involved 60 participants divided into two groups. First group consists of 30 boys between the age of 17 and 19 ( $M = 17,9$ ;  $SD = 0,88$ ) living in four half-open juvenile detention centers. All of the examined boys attended vocational schools. They mostly come from families affected by pathology (criminality, alcohol), frequently broken where is a lack of proper care over children. They most often committed robberies and burglaries, less frequently other crimes (batteries, extortions, rape attempts). Figure presents the group structure in terms of committed crimes.

Figure 1. Types of crimes committed by male residents of a juvenile correctional centers.



The comparative group consisted of 30 students of Warsaw high schools and technical schools between 18 and 25 years of age ( $M = 20,7; SD = 0,72$ ).

All participants had finished them recently. Figures present a number of people who had been involved in this kind of relationships. Figure 2 shows the duration of current or recently finished relationships.

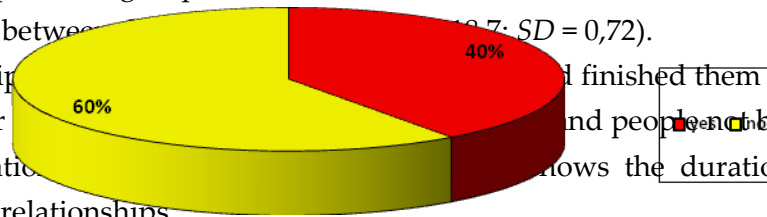


Figure 2. The number of people in relationships among male residents of a juvenile correctional centers.

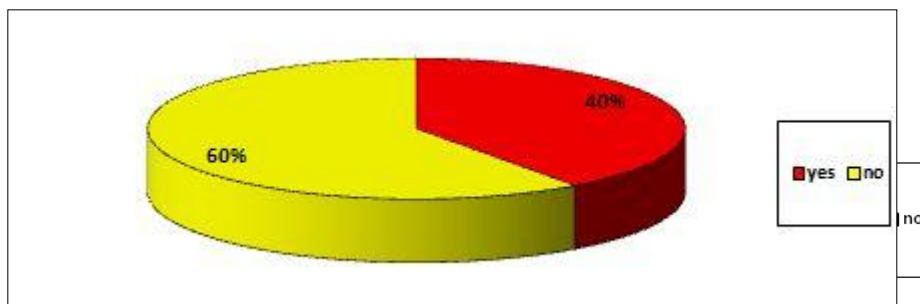


Figure 3. The number of people in relationships among students.

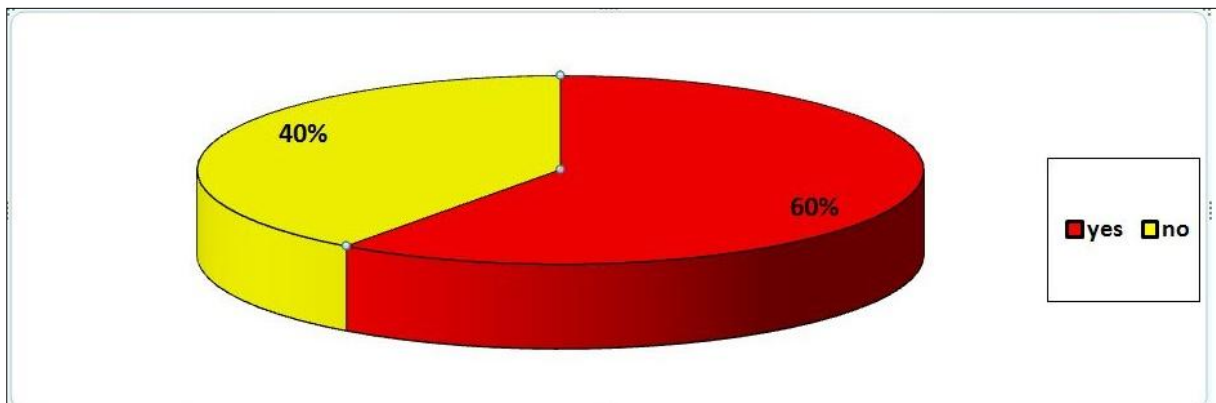


Table 1.

*The duration of relationships (in month) in both examined groups*

	Min.	Max.	Relationships generally		Ongoing relationships		Finished relationships	
			M	SD	M	SD	M	SD
Male residents of a juvenile correctional centers	1	48	12.80	12.23	17.08	14.69	9.94	9.70
Students	1	48	12.73	12.42	15.06	13.38	9.25	10.39

### 3.3. Procedure

Presented study was conducted with snowball sampling. It was anonymous and voluntary. Researcher conducted the study individually or in front of the psychologist with paper-and-pencil method.

Participants filled in three questionnaires in following order: *Expierence in Close Relationships-Revised*, *The Aggression Questionnaire* and *Kwestionariusz Jakości Związku* [Relationship Quality Questionnaire]. The study took around 20 to 30 minutes.

In the case of *Expierence in Close Relationships-Revised* scale the last sentence of the instruction was modified: from 'We are interested in how you *generally* experience relationships, not just in what is happening in a current relationship.' to 'We are interested in how you experienced relationships with your mother or both of your parents in childhood.' to adjust the scale to the measurement of attachment with parents in childhood.

### 3.4. Hypotheses

Based on a review of the literature and results of previous research following hypotheses were formed:

Hypothesis 1. Among male residents of a juvenile correctional centers most frequent attachment style is avoidance and among students – secure attachment style.

Hypothesis 2. Male residents of a juvenile correctional centers have a higher level of aggression in comparison with students.

Hypothesis 3. A relationship quality is higher among students than among male residents of a juvenile correctional centers.

Hypothesis 4. There is a positive correlation of secure attachment and quality of relationship in both examined groups.

Hypothesis 5. There is a negative correlation of aggression and relationship quality in both examined groups.

### 3.5. Results

#### Descriptive statistics

In the first phase of analyses a description of examined variables in terms of mean, standard deviation as well as kurtosis and skewness to establish if their distributions might be considered as a normal distribution, were conducted. Results of conducted analyses are presented in tables below.

Table 2

*Descriptive statistics in the both groups*

Variables	Group	M	SD	Curtosis	Skewness
Avoidance	1	3.30	1.01	-0.57	-0.74
	2	2.78	0.78	0.67	0.47
Anxiety	1	3.83	1.17	-1.12	-0.07
	2	2.93	1.02	0.84	-0.80
Physical aggression	1	28.67	7.87	-0.46	-0.09
	2	23.57	6.78	-0.70	0.33
Verbal aggression	1	15.50	3.88	-0.46	-0.60
	2	17.77	4.02	1.44	-1.31
Anger	1	24.10	5.29	-1.01	-0.65
	2	20.87	5.68	0.09	0.82
Hostility	1	25.30	5.87	-1.14	-0.21
	2	22.17	6.69	-0.79	0.12
General aggression	1	93.57	16.53	-0.52	-0.01
	2	84.37	15.37	-0.67	0.19
Intimacy	1	35.73	8.65	-0.38	-0.46
	2	40.83	7.88	-0.71	1.19
Passion	1	35.67	9.72	-1.08	-0.39
	2	39.07	9.36	1.07	-1.25
Commitment	1	34.37	7.51	-0.01	-0.55
	2	35.67	4.85	-0.35	0.03

*Adnotation.* 1 – male residents of a juvenile detention centres, 2 – control group.

The analysis of skewness and kurtosis for MSQ scale's variables show that they total in range of  $<-1,1>$ . It means that the distribution of examined variables might be considered as similar to a normal distribution and in the next part of the analysis parametric tests may be used.

The aim of the next phase of analysis was to verify previously formed research hypotheses. Results of Student's *t*-test for two independent samples and Pearson correlation are presented below.

### Differences in attachment styles

To verify hypotheses about differences in attachment styles between juvenile delinquents in detention centres and control group Student's *t*-test for two independent samples was applied. Results indicate differences in attachment anxiety,  $t(28) = 2.24, p < .05$  and attachment avoidance,  $t(28) = 3.16, p < .05$ . It means that juvenile delinquents in detention centres have higher degree of attachment anxiety and attachment avoidance, so this indicates a higher incidence of insecure attachment styles with them.

Table 3

*Differences between male residents of a detention centres and control group in terms of attachment dimension*

Variables	Male residents of a juvenile detention centres (N = 30)		Control group (N = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
Avoidance	3.30	1.01	2.78	0.78	2.24	.029
Anxiety	3.83	1.17	2.93	1.02	3.16	.003

For attachment anxiety and attachment avoidance in both groups median was computed. Results lower or equal median indicate a low level of attachment anxiety or attachment avoidance, while results above the median – a high level of attachment anxiety or attachment avoidance,

Table 4

*Median of attachment dimension in both groups*

Variables	Male residents of a juvenile detention centres (N = 30)	Control group (N = 30)
	Me	Me
Avoidance	3.44	2.78
Anxiety	3.86	2.58

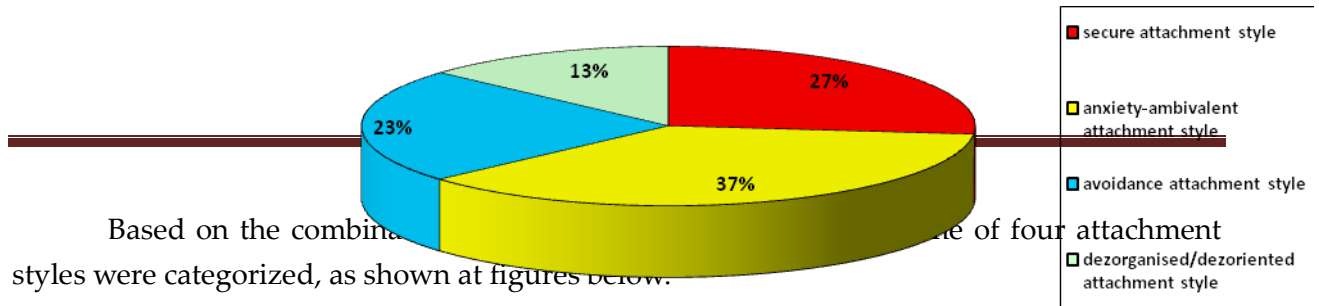


Figure 4. Structure of group male residents in juvenile detention centres ( $N = 30$ ) in terms on attachment styles.

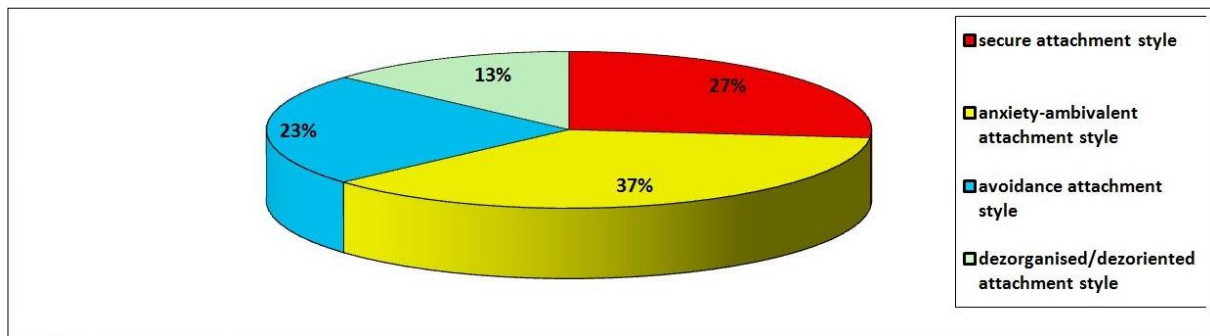
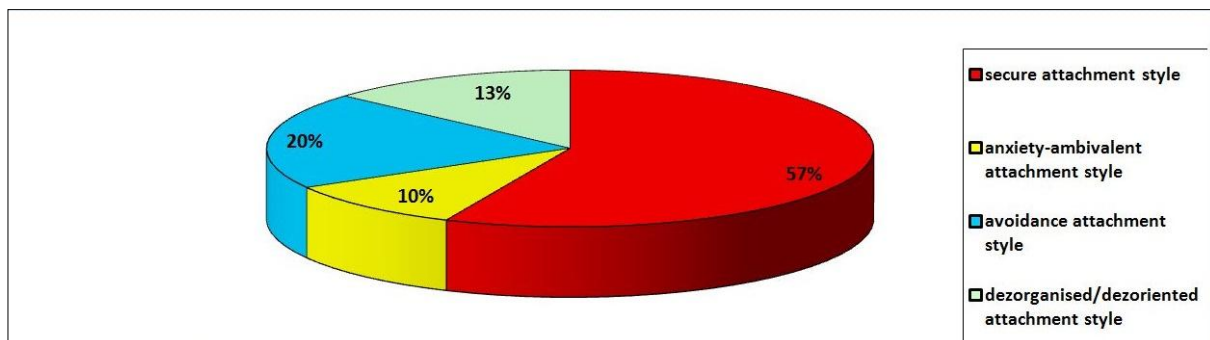


Figure 5. Structure of control group ( $N = 30$ ) in terms of attachment styles.



Jouvenile delinquents in detention centres may be classified as anxious-ambivalent (37%). Insecure attachment styles appear more often (73%) the attachment security (27%). On the other hand, secure attachment style predominate in control group (57%). The structure of this group is similar to the percentage distribution of attachment styles in population (van Ijzendoorn, 1995).

### Differences in aggression

To verify hypotheses about differences in aggression between jouvenile delinquents in detention centres and control group Student's  $t$ -test for two independent samples was applied. Results indicate differneces in phisycal aggression,  $t(28) = 2.69, p < .05$ , verbal aggression,  $t(28) = -2.22, p < .05$ , anger.  $t(28) = 2.28, p < .05$  and general aggression,  $t(28) = 2.23, p < .05$ . In terms of hostility statistic tendency might be observed,  $t(28) = 1.93, p < .059$ . It

means that juvenile delinquents in detention centres have higher degree of physical aggression, anger, hostility and general aggression, while students from control group – higher degree of verbal aggression.

Table 5

*Differences between male residents of a juvenile detention centres and control group in terms of aggression*

Variables	Male residents of a juvenile detention centres (N = 30)		Control group (N = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
Physical aggression	28.67	7.87	23.57	6.88	2.69	.009
Verbal aggression	15.50	3.88	17.77	4.02	-2.22	.030
Anger	24.10	5.29	20.87	5.68	2.28	.026
Hostility	25.30	5.87	22.17	6.69	1.93	.059
General aggression	93.57	16.53	84.37	15.37	2.23	.029

#### **Differences in quality of relations in close relationships**

To verify hypotheses about differences in quality of relations between juvenile delinquents in detention centres and control group Student's *t*-test for two independent samples was applied. Results indicate differences in intimacy,  $t(28) = -2.39, p < .05$ . It means that juvenile delinquents in detention centres have higher degree of intimacy in close relationships than control group. Results indicates non-differences in passion and commitment, so juvenile delinquents in detention centres and control group do not differ from each other.

Table 6

*Differences between male residents of a juvenile detention centres and control group in terms of quality of relations in close relationships*

Variables	Male residents of a juvenile detention centres (N = 30)		Control group (N = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
Intimacy	35.73	8.65	40.83	7.88	-2.39	.020
Passion	35.67	9.72	39.07	9.36	-1.38	.173
Commitment	34.37	7.52	35.67	4.86	-0.79	.430

#### **Relations between attachment styles and quality of relations in close relationships**

To verify hypotheses about dependence between attachment styles and quality of relations in both groups Pearson correlation was applied. Results indicate non-dependences between attachment styles and quality of relations in close relationships among juvenile

delinquents in detention centres.

On the other hand, results indicate a statistically significant, negative dependence between attachment avoidance and intimacy,  $r = -.50, p < .01$ , between attachment avoidance and passion,  $r = -.49, p < .01$ , between attachment anxiety and intimacy,  $r = -.51, p < .01$ , and a statistically significant, positive dependence between attachment anxiety and passion,  $r = -.36, p < .05$ . It means that secure attachment persons (low level of attachment avoidance and low level of attachment anxiety) feel a higher level of intimacy in close relationships, while anxiety-ambivalent attachment people (low level of attachment avoidant and high level of attachment anxiety) have a higher level of passion in close relationships.

Table 7

*Pearson correlation between attachment dimension and quality of relations in close relationships in both groups*

Variables	Group	Intimacy	Passion	Commitment
Avoidance	1	-.33	-.35	-.25
	2	-.50**	-.49**	-.24
Anxiety	1	-.07	.13	.23
	2	-.51**	-.36*	.13

*Adnotation.* 1 – male residents of a detention centres, 2 – control group.

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,0$

### Relations between attachment styles and quality of relations in close relationships

To verify hypotheses about dependence between aggression and quality of relations in both groups Pearson correlation was applied. Results indicate a statistically significant, positive dependence between hostility and commitment,  $r = .42; p < .05$ . It means the higher level of hostility, the higher level of commitment in close relationships.

Table 8

*Pearson correlation between aggression and quality of relations in close relationships in both groups*

Variables	Group	Intimacy	Passion	Commitment
Physical aggression	1	-.16	-.01	.15
	2	-.15	-.28	-.17
Verbal aggression	1	-.13	.15	.25
	2	.07	.04	.06
Anger	1	-.14	-.13	-.08
	2	-.16	-.17	.14
Hostility	1	-.02	.29	.42*
	2	-.28	-.21	-.01
General aggression	1	-.16	.10	.25
	2	-.17	-.18	.06

*Adnotation.* 1 – male residents of a juvenile detention centres, 2 – control group. \* $p < 0,05$



#### 4. Discussion

The aim of the empirical research presented in this article was to find the relation of attachment styles and aggression with relationship quality. An attempt to indicate differences in terms of this variables among male residents of a juvenile correctional centers and their peer that have not committed crimes was undertaken.

The first hypothesis concentrated on attachment styles in both examined groups. It was assumed that among male residents of a juvenile correctional centers unsecure attachment styles are the most common, particularly avoidant attachment style whereas among students secure attachment style. This hypothesis was confirmed partially. Boys from detention centers have a higher level of two attachment dimensions: attachment anxiety and avoidant attachment in comparison with students. Analysis of the group in terms of the frequency of particular attachment styles shows that around three-quarters of the group have unsecure attachment styles (73%) among which the most frequent is anxiety-ambivalent attachment style. However, as might be derived from other studies, it is the development of avoidant attachment style that predisposes to aggressive behaviors and overstepping of social norms because this kind of persons have difficulties with coping with frustration (Kobak, 1999; Renken et al., 1989). In terms of anxious-ambivalent style there is no unambiguous answer (Crittenden, 1994). Often this people adopt passive attitude and others' aggression concentrates on them. However, they can also present aggressive behaviors, primarily provocative behaviors, as a way of gaining attention. During childhood uncertainty towards the attachment figure often leads to a gathering of intensive emotions and one of the ways of dealing with them might be aggression (towards others, e.g. siblings or objects; Aronson, 2010). In general, in the light of other studies it may be assumed that a factor that might contribute to the development of socially unacceptable behaviors is attachment style that gives no feeling of security (Guttman-Steinmetz, & Cromwell, 2006; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2003; Wallin, 2007).

Comparison group's structure in terms of particular attachment styles occurrence is concurs with percentage distribution of attachment styles in the whole population that was obtained by the number of studies (van Ijzendoorn, 1995). According to the hypothesis the most people have secure attachment. This people are more elastic in changing environmental conditions and can cope with the feeling of anger more easily (Tryjarska, 2010).

In the second hypothesis is was presumed that there is a difference between examined groups in terms of aggression, predicting its higher level among boys staying at a juvenile detention centers. Obtained results confirm this hypothesis in the field of general aggression as well as its components: physical aggression, anger and hostility. In terms of verbal aggression its higher level is more characteristic for the comparison group consisting of students. Aggression is considered to be an essential feature of criminal behaviors. It appears as a habit in person's behaviors as well as in emotional and cognitive realms,

connecting with such feeling as anger, frustration or hostility (Mikulincer, 1998). The research conducted on the group of male residents of a juvenile correctional centers indicate that they gain higher results almost on all of aggression factors than the comparison group (Szubert, Strombek-Milczarek, Wierzbiński, Szpilewska, & Florkowski, 2009). Fact that verbal aggression is lower among this group might be a result of a diffusion a bullying phenomenon in schools that most often represents itself in a form of psychic and emotional aggression rather than physical aggression (O'Moore, 2014).

Next hypothesis related to the higher level of relationship quality among students in comparison with male residents of a juvenile correctional centers. Conducted analysis allowed to confirm this hypothesis only in terms of intimacy. There weren't any significant differences in the field of passion and commitment between the two groups. According to Sternberg (1986) intimacy comprises of ability of partners to communicate with one another, mutual understanding, giving support and help. Undoubtedly secure attachment style that predominates in the group of students helps to develop such behaviors. Such persons experience a whole range of positive feelings, they do not feel discomfort due to extending of intimacy and dependence of another person. Instead, dysfunctional attachment styles more often lead to a development of pathological relationships where feelings between partners are diminished and relations fall apart more quickly (Aronson, 2010; Shaver, & Mikulincer, 2006; Tryjarska, 2010). Persons belonging to both groups report similar duration of their relationships (about 1 year). This relations are still young, passion remains at a high level. They have some stability which is connected with a similar level of commitment, i.e. with an effort to sustain the relationship (Acker, & Davis, 1992; Sternberg, 1986).

The forth hypothesis related to the positive relation of secure attachment style and relationship quality in both examined groups. It was partly confirmed, only with respect to comparison group. Among male residents of a juvenile correctional centers a relation between attachment dimensions and particular aspects of relationships quality were not indicated. It might be connected with a fact that attachment style towards parents and towards partner is not identical among participants. Although in most cases attachment formed in childhood is transferred to other important relations in adolescence and adulthood, it might be changed by various life experiences (e.g. long-lasting separation from significant persons, experience of violence; Hazan, & Shaver, 1987; Senator, 2010; Wallin, 2007). In this case for the relationship quality more important would be attachment styles towards romantic partner rather than towards parents. As studies indicate, secure attachment style is often a predictor of relationship satisfaction regardless of gender. Unsecure attachment styles (that dominate among boys from juvenile detention centers) is more important among women. Results of studies about relationship quality and unsecure attachment are ambiguous for men (Collins, & Read, 1990; Kirkpatrick, & Davies, 1994). Result in a group of students indicate that persons with secure attachment styles have a higher level of intimacy, while persons with anxious-ambivalent attachment style have a higher level of passion in close relationships. Linking intimacy to secure attachment style is

consistent with theoretical assumptions (Aronson, 2010; Hazan, & Shaver, 1994; Sternberg, 1986; Tryjarska, 2010), according to which this style of attachment allows to feel more satisfaction derived from close relationships and it helps with forming of a lifelong relation. Instead, people with anxious-ambivalent attachment style have a tendency to fall in love quickly and to create relationships with a wide range of intensive feelings. This people also sick strong closeness and union with their partner, coming to a fusion even. These are the characteristic trades for passion. When passion is at a high level partners feel strong motivation to union and to physical closeness. Apart from desire and glee, they experience extreme feeling of longing, jealousy and anxiety (Aronson, 2010; Collins, & Read, 1990; Hazan, & Shaver, 1994; Kirkpatrick, & Davies, 1994; Shaver, & Mikulincer, 2006).

The last hypothesis related to the negative relation between aggression and relationship quality in both examined groups. It was confirmed only with regard to one of the components of aggression – hostility and one of the aspects of relationship quality – commitment among male residents of a juvenile correctional centers. Behaviors that have an aim to sustain the relation in the future intensify along with an increase in aggression that manifests itself in negative attitude and sense of harm and abuse from other people. It might be connected with rival attitude towards potential competitor what somewhat forces the person to present a greater initiative to maintain the relationship (Buss, 2006). Fact that remaining factors of aggression, both in a group of male residents of a juvenile correctional centers and in comparison group of students, are not connected with relationship quality in close relations might be explained that only a general aggression towards unspecified persons and objects was examined. Meanwhile, a greater meaning might have a level of aggression towards partner in a romantic relation. Aggression targeted at the environment does not have to transfer to using aggression in relationships and thereby might not influence the satisfaction of the bond with the partner. What is more, levels of aggression and relationship quality were presented from the perspective of one person. If person's own aggression does not have to affect relationships contentment, it might be important for the partner. Aggression, even directed generally, presented by one person might appeal the second person's perception of relationship quality (Arriaga, Cappelz, & Daly, 2016; Follingstad, Rutledge, Berg, Hause, Polek, 1990; Taft et al., 2006).

Conducted study is not free from limitations. First limitation is connected with examined group's characteristics. Juvenile detention center, as well as prison, fulfils the criteria of a total institution that has its own rights and social system. To penetrate this kind of environment it is important to gain trust to be able to survey mechanism that rein there more carefully (Chomczyński, 2012; Tracy, 2000). Research also indicate differences in an intellectual level between male residents of a juvenile correctional centers and their not sentenced peers. Adolescents in juvenile detention centers experienced school disadaptation and learning difficulties (e.g. repeating a class). Often in their cases before labor and perinatal complications appear. They also have a lower level of intelligence quotient (Szubert et al., 2009). Conversations with psychologists and groups' counselors during the study

confirmed this data. They indicated that boys might have problems with understanding some of the questions from the questionnaires. Meanwhile, in terms of the comparison group, as was suggested by teachers there weren't any cases of divergence in intellectual level in comparison with the whole group. Examined boys had a correct intellectual development, right for their age. None of them showed significant learning difficulties nor repeated a class.

Research embraced only a group consisting of boys. A greater availability than in terms of girl staying in juvenile detention centers in Poland was the reason. Including girls in the study might enable to capture different behavior patterns in the field of examined variables (Rytel, 2011; Senator, 2009; Szubert et al., 2009).

Examined group was relatively small – it involved 30 boys from juvenile detention centers and 30 in the comparison group. It is only a minor representation of the whole examined population. Thereupon, conclusions that were drawn according to conducted analysis may not capture a full diversity existing in reality. This situation was caused by a necessity to eliminate a big number of people because they did not complete all of the questionnaires or due to an unreliable fulfillment of the study.

#### References:

- Acker, M., & Davis, M. H. (1992). Intimacy, passion and commitment in adult romantic relationships: a test of the triangular theory of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 21-50.
- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). *An ethological approach to personality development*. *American Psychologist*, 46, 333-341.
- Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G. P., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69, 1406-1419.
- Aranowska, E., & Rytel, J. (2011). Psychometric properties of The Buss-Perry Aggression Questionnaire. In J. F. Terelak, & Z. Majchrzyk (Eds.), *Psychology of aggression: Selected issues* (pp. 217-252). Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Aronson, E. (2010). Interpersonal attraction: From first impressions to close relationships. In E. Aronson, T. Wilson, & R. Akert (Eds.), *Social Psychology* (pp. 244-280). Toronto: Prentice Hall.
- Arriaga, X. B., Capezza, N. M., & Daly, C. A. (2016). Personal standard for judging aggression by a relationship partner: How much aggression is too much? *Journal of Personality and Social Psychology*, 110, 36-54.
- Bowlby, J. (1958). The nature of child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1990). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 29, 759-775.

- Buss, M. D. (2006). The evolution of love. In R. J. Sternberg, K. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 65-86). London: Yale University Press.
- Buss, A. H., Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Cassidy, J., Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relationship with other defensive processes. In J. Belsky, T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Chomczyński, P. (2012). *Problem dominacji i podporządkowania wśród dziewcząt i chłopców w Zakładach Poprawczych typu półotwartego w Polsce* [Problem of domination and submission among girls and boys in semi-open reformatories in Poland]. Retrieved from <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/359>
- Collins, L. N., Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Crittenden, P. (1994). Peering into the black box: An exploratory treatise on the development of self in young children. In D. Cicchetti, S. Toth (Eds.) *Disorder and disfunctions of the self*. (s. 79-148). Rochester: University of Rochester Press.
- Follingstad, D. R., Rutledge, L. L., Berg, B. J., Hause, E. S., Polek, D. S. (1990). The role of emotional abuse in physically abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 1, 37-49.
- Fonagy, P., Target, M., & Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the child attachment interview. *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 171-186.
- Fraley, R. C. (2015). *Information on the Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Adult Attachment Questionnaire*. Retrieved from <http://internal.psychology.illinois.edu/~rcfraley/measures/ecrr.htm>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- Guttman-Steinmetz, S., & Cromwell, J. A. (2006). Attachment and externalizing disorders: A developmental psychology perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 440-451.
- Harlow, H. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Being lonely, falling in love: Perspectives of attachment theory. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 105-124.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270-280.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
- Iniewicz, G., Wiśniewska, D., Dziekan, K., & Czuszkiewicz, A. (2011). Wzory przywiązania i zachowania agresywne wśród młodzieży z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji

- [Patterns of attachment and aggressive behavior among adolescents with diagnosis of behavioral and emotional disorders]. *Psychiatria Polska*, 45, 703-711.
- Kobak, R. (1999). The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: implications for theory, research and clinical intervention. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application* (pp. 21-44). New York: Guilford Press.
- Kirkpatrick, L. A., & Davies, K. E. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 502-512.
- Kuczyńska, A. (1998). *Sposób na bliski związek. Zachowania wiążące w procesie kształtowania się i utrzymania więzi w bliskich związkach*. [A way to close relations. Binding behaviors in a process of forming and sustaining a bond in close relationships]. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Lorenz, K. (1950). The comparative method in studying innate behavior patterns. *Symposia of the Society for Experimental Biology*, 4, 221-254.
- Lubiewska, K., Głogowska, K., Mickiewicz, K., Wyrzykowska, E., Wiśniewski, C., & Izdebski, P. (2016). Skala Experience in Close Relationships-Revised: struktura, rzetelność oraz skrócona wersja skali w polskiej próbie [The Experience in Close Relationships-Revised Scale: Factorial Structure, Reliability and Scale's Short Form in Polish sample]. *Psychologia Rozwojowa*, 21, 49-63.
- Mikulincer, M. (1998). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1209-1224.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, developments, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77-102.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2011). Attachment, anger and aggression. In P. R. Shaver, & M. Mikulincer (Eds.), *Human aggression and violence: Causes, manifestations and consequences* (pp. 241-257). Washington: American Psychological Association,
- O'Moore, M. (2014). Bullying in schools. *Western European Education*, 22, 92-117.
- Renken, B., Egeland, B., Marvinney, D., Mangelsdorf, S., & Sroufe, L. A. (1989). Early childhood antecedents of aggression and passive withdrawal in early elementary school. *Journal of Personality*, 57, 257-281.
- Rytel, J. (2011). Różnice w poziomie agresywności polskich kobiet i mężczyzn [Differences in aggression in Polish men and women in different age groups]. *Studia Psychologica*, 11, 65-80.
- Siekierka, I. (2010). *Kwestionariusz Agresji Bussa i Perry'ego. Praca napisana w Instytucie „Amity” pod kierunkiem dr. Jacka Morawskiego* (Buss and Perry Aggression Questionnaire. Work was written at the „Amity” under the direction of dr. Jacek

- Morawski]. Retrieved from [http://treningzastepowaniaagresji.com/\\_kosz/kwquestionariusz\\_agresji\\_is-1.pdf](http://treningzastepowaniaagresji.com/_kosz/kwquestionariusz_agresji_is-1.pdf)
- Senator, D. (2010). Teoria więzi Johna Bowlby'ego. In B. Tryjarska [John Bowlby's theory of attachment (Ed.), *Więzi w rodzinie. Więzi w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości* [Bonds in familu. Bonds in childhood and disorders in adulthood] (pp. 17-39). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2006). A behavioral system approach to romantic love relationships: Attachment, caregiving, and sex. In R. J. Sternberg, & K. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 65-86). London: Yale University Press.
- Spitz, R. A. (1946). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7, 349-367.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.
- Sternberg, R. J. (1986). Triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
- Szubert, S., Strombek-Milczarek, M., Wierziński, P., Szpilewska, M., & Florkowski, A. (2009). Zachowania agresywne u nieletnich chłopców w warunkach Zakładu Poprawczego [Aggressive behaviors in male residents of a juvenile correctional center]. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 18, 157-162.
- Taft, C. T., O'Farrell, T. J., Torres, S. E., Panuzio, J., Monson, C. M., Murphy, M., & Murphy, C. M. (2006). Examining the correlates of psychological aggression among a community sample of couples. *Journal of Family Psychology*, 20, 581-588.
- Tracy, S. J. (2000). Becoming a character for commerce: Emotional labor, self-subordination and discursive construction of identity in a total institution. *Management Communication Quarterly*, 14, 90-128.
- Tryjarska, B. (2010). Style przywiązania partnerów a tworzenie bliskich związków [Partners' attachment styles and creating close relationships]. In B. Tryjarska (ED.), *Więzi w rodzinie. Więzi w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości* [Bonds in familu. Bonds in childhood and disorders in adulthood] (pp. 185-217). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Zimmermann, P., Maier, M. A., Winter, M., & Grossmann, K. E. (2001). Attachment and adolescents' emotion regulation during a joint problem-solving task with a friend. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 331-343.

Dr Maria Łukaszek  
*Katedra Pedagogiki Społecznej i Resocjalizacyjnej*  
*Wydział Pedagogiczny*  
*Uniwersytet Rzeszowski*

## **Zaangażowanie religijne więźniów a ich doświadczenia seksualne przed osiągnięciem pełnoletniości**

### **1. Wprowadzenie**

Ze stanowiska Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że zdrowie seksualne stanowi integrację biologicznych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, niezbędnych do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości (WHO, 2001). Jest ono dobrostanem fizycznym, emocjonalnym i społecznym, jednakże uwarunkowanym nie tylko brakiem chorób i zaburzeń. Dobre zdrowie seksualne łączyć należy także z pozytywnym, pełnym szacunku podejściem do seksualności oraz związków seksualnych, jak również z bezpiecznymi doświadczeniami wolnymi od przymusu, dyskryminacji i przemocy (WHO, 2006, s.10).

Na podkreślenie zasługuje, że zdrowie seksualne wiąże się z odpowiedzialnym podejściem do seksualności, w tym do relacji partnerskiej (por. Sadovsky, Nusbaum, 2006). Ten brak odpowiedzialności objawia się podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych, czyli zachowań anormatywnych, które pozostają w opozycji do porządku społecznego i prawnego, a także stanowią zagrożenie dla zdrowia oraz rozwoju jednostki (Jessor, za: Ostaszewski, 2005, s. 112).

Ryzyko związane z aktywnością seksualną odnosi się zarówno do sfery biologicznej, jak i psychologicznej oraz społecznej, przy czym rzadko dotyczy tylko jednej z nich. Wśród konsekwencji akcentuje się choroby i infekcje przenoszone drogą płciową, powikłania ginekologiczne, nieplanowaną ciążę, powikłania w przebiegu ciąży i porodu, aborcję, adopcję, problemy relacyjne, samotne rodzicielstwo, przedwczesne małżeństwo, konsekwencje ekonomiczno-społeczne, zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowań seksualnych oraz, co z punktu widzenia tematyki prezentowego materiału ważne, zaburzenia w tworzeniu i rozwijaniu satysfakcjonujących interakcji partnerskich (Flatow, 2011, s. 30).

W odniesieniu do osób niepełnoletnich, za ryzykowną można uznać niemal każdą aktywność seksualną, albowiem podejmowana jest przez osoby niedojrzałe psycho-



seksualnie, zatem niegotowe i niezdolne do wzięcia odpowiedzialności za swoje decyzje (por. Wąż, 2011, s. 53; Starowicz, 1985).

Z. Lew-Starowicz (2004) podkreśla, iż zachowania erotyczne osoby dojrzałej psychoseksualnie skoncentrowane są na zaspokojeniu potrzeb: miłości, więzi, wzajemnego uszczęśliwiania siebie; w postawach respektowana i realizowana jest zasada równości, godności i szacunku, akceptacja siebie jako kobiety-mężczyzny, współżycia jako wartości. Przede wszystkim zaś aktywność seksualna podporządkowana jest systemowi wartości obojga partnerów (tamże, s. 156). M. Rys (1999) akcentuje, że dojrzałość partnerów (fizyczna, prawna, psychiczna, socjalna) stanowi fundament udanego związku.

Należy podkreślić, że podejmowanie ryzykownych zachowań na początku biografii seksualnej ma szczególne znaczenie. Wstępne doświadczenia erotyczne podlegają bowiem prawom pierwszych połączeń i generalizacji, powodując tym samym utrwalenie modelu relacji: jej formę, postawy wobec aktywności seksualnej i partnerów. Jeżeli pierwsze kontakty miały charakter zachowań ryzykownych, nastąpi utrwalenie błędnej formy współżycia (Lew-Starowicz, 1985, s. 102). Wielokrotne podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych powoduje tworzenie zaburzonych skryptów seksualnych. Odnoszą się one tak do interakcji między partnerami, jak i oczekiwań wobec zachowań partnera, ale także utrwalają przekonanie o zasadności podejmowania określonych działań w sferze seksualnej (Metts, Spitzberg, 1996, s. 49–91). Skrypty, powstałe na bazie niekorzystnych doświadczeń, będą się charakteryzować akceptacją i powielaniem patologicznych form współżycia (por. Krahe, Tomaszewska-Jedrysiak, 2011, s. 697-712).

Celem niniejszego artykułu jest sprawdzenie, czy zaangażowanie religijne w okresie adolescencji koreluje z aktywnością seksualną więźniów, którą podjęli w okresie przed osiągnięciem osiemnastego roku życia.

Jak stwierdza Z. Izdebski (2006), tradycje religijne, pomimo iż nie są jedynym czynnikiem kształtującym świat wartości człowieka, to jeśli chodzi o jego seksualność, są niezwykle ważne (tamże, s. 3). Wydaje się, że logicznym jest podejmowanie takich zachowań, które są spójne z hierarchią wartości człowieka. Z analiz wynika jednak, że często te postawy są rozbieżne.

Z. Lew-Starowicz (1989) zwraca uwagę, że w krajach Zachodu powszechny stał się dystans pomiędzy realizowaną aktywnością seksualną i poglądami na ten temat a religijnym systemem normatywnym (tamże, s. 88). Z badań wynika, że także w Polsce, która jest przecież krajem o silnie zakorzenionym katolicyzmie – ludzie często jedynie deklarują przestrzeganie norm etycznych w dziedzinie seksualnej, w rzeczywistości często ich nie przestrzegają (Izdebski, 2012, s. 66).

Jeśli chodzi o osoby młode, które weszły w konflikt z prawem, stwierdzono, że wartości religijne zajmują wysoką pozycję w ich systemie wartości deklarowanych, niestety bardzo nisko w realizowanych (Kozaczuk, 2006, s. 124; Kozaczuk, 2005, s. 71-72). Nieletni często określają się jako wierzący (70-80%), manifestują nawet swoje zaangażowanie religijne uczestnictwem w nabożeństwach, jednakże w swoim życiu nie respektują ani zasad wiary,

ani indywidualnie nie modlą się, nie przystępują do sakramentów, a ich wiara w życie pozagrobowe, zmartwychwstanie oraz istnienie nieba i piekła zdecydowanie odbiega od prawd wiary (Grabias, 2004, s. 135-147; Zieliński, 2004, s. 148-158).

P. Oleś (1989, s. 5) stwierdza, że taka rozbieżność jest objawem kryzysu w wartościowaniu młodzieży społecznie niedostosowanej.

## **2. Badania własne**

Materiał oparto o wybrane wyniki, pochodzące z projektu badawczego autorki „Mężczyźni odbywający karę pozbawienia wolności wobec życia seksualnego i partnerek seksualnych”<sup>1</sup> zrealizowanego w latach 2013-14. Badania zostały realizowane w siedmiu zakładach karnych podlegających Okręgowemu Inspektoratowi Służby Więziennej w Rzeszowie: w Jaśle, Łupkowie, Moszczańcu, Dębicy, Sanoku, Przemyślu i Rzeszowie. Głównym ich celem była diagnoza postaw mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności wobec życia seksualnego i partnerek seksualnych, a także określenie roli czynników objętych badaniami takich jak: socjodemograficzne, partnerskie, rodzinne, seksualne i związane z karalnością sądową w zróżnicowaniu tych postaw. W niniejszym materiale uwzględniono dane odnoszące się do związków pomiędzy subiektywnie ocenianym przez osadzonych zaangażowaniem religijnym a ich seksualnymi doświadczeniami przed osiągnięciem pełnoletniości.

Dobór badanych, miał charakter losowo-kwotowy (uwzględniono typ i rodzaj zakładów karnych). Na wstępie w obrębie 3 typów zakładów (zamknięty, półotwarty, otwarty) losowano jednostki według rodzaju - dla młodocianych, odbywających karę po raz pierwszy, i recydywistów penitencjarnych. Liczba jednostek była proporcjonalna do realnej ich liczby w poszczególnych typach zakładów karnych. Następnie w obrębie wylosowanych jednostek dobierano, także losowo, respondentów.

Metodę badań stanowił sondaż diagnostyczny, technikę ankietną. W czasie realizacji projektów wykorzystano narzędzia skonstruowane przez autorkę w oparciu o wybrane modele teoretyczne. Realizacja projektu była poprzedzona pilotażem.

Dla zapewnienia anonimowości odpowiedzi i poczucia bezpieczeństwa osób badanych, autorka prowadziła sondaż osobiście. Wylosowane osoby były informowane o celach i przebiegu badania oraz zasadach anonimowości i dobrowolności udziału. Priorytetem było uzyskanie świadomej, nieprzymuszonej (poczuciem presji ze strony służby więziennej) zgody osadzonych. Badania prowadzono w kilkusobowych grupach (powierzchnia na jedną osobę to minimum 4 m<sup>2</sup>). Zgodnie z procedurą, funkcjonariusze nie zbliżali się do mężczyzn wypełniających ankietę, byli jedynie obserwatorami z odległości. Po

---

<sup>1</sup>projekt 2013-14 „Mężczyźni odbywający karę pozbawienia wolności wobec życia seksualnego i partnerek seksualnych” grant naukowy realizowany ze środków statutowych Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Rzeszowskiego w ramach (PE/WP/IX/Pb)

wypełnieniu ankiet autorka odbierała kwestionariusze w zaklejonych przez badanych kopertach. Po badaniu respondenci mieli zagwarantowaną pomoc specjalistyczną psychologa.

Przebadano 485 więźniów, przy czym w prezentowanych analizach wykorzystano dane z 413 ankiet, w których znajdowały się informacje o poziomie zaangażowania religijnego. Wiek badanych wahał się między 20 a 68 rokiem życia (średnia 35,8 roku). Średnia, łączna długość odbywania kar przez respondentów w instytucjach penitencjarnych to 6,1 roku.

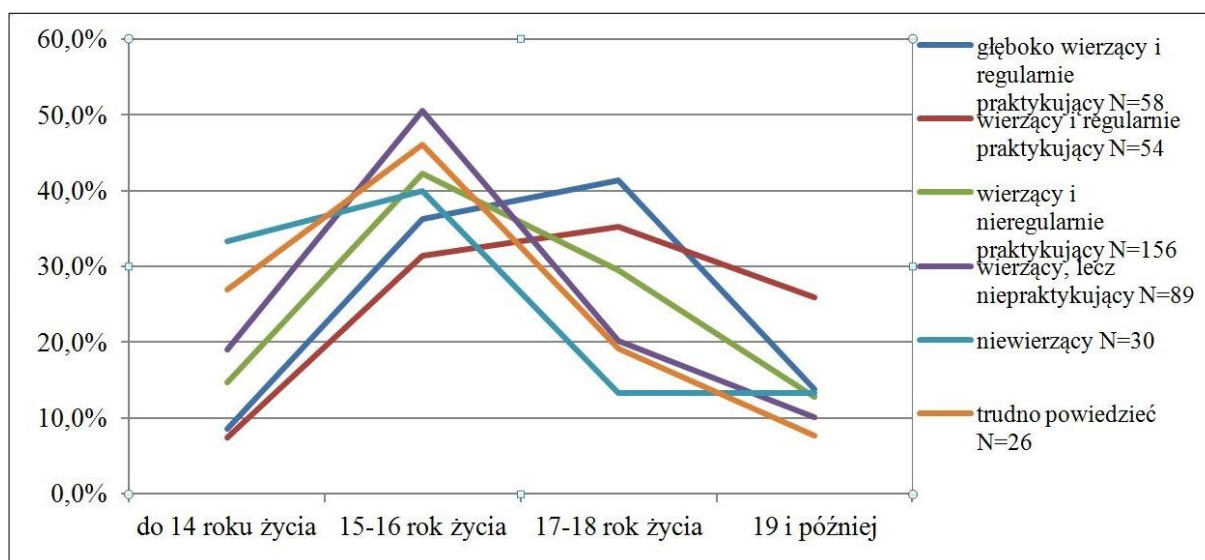
### 3. Problemy badawcze i rezultaty badań

Celem artykułu jest zaprezentowanie związku pomiędzy deklarowanym przez więźniów zaangażowaniem religijnym w okresie przed ukończeniem 18 roku życia a ich doświadczeniami seksualnymi w okresie nieletniości. Aby osiągnąć ten cel, sformułowano następujące problemy badawcze:

Czy zaangażowanie religijne (aktualnych więźniów) w okresie przed ukończeniem 18 roku życia różnicuje:

- A. wiek inicjacji seksualnej,
- B. doświadczenia seksualne przed osiągnięciem pełnoletniości,
- C. liczbę partnerów seksualnych przed osiągnięciem pełnoletniości?

Wykres 1. Zaangażowanie religijne przed osiągnięciem pełnoletniości a wiek inicjacji seksualnej więźniów (N=413)



Źródło: badania własne

W wyniku analiz stwierdzono, że im większe zaangażowanie religijne, tym późniejszy wiek inicjacji seksualnej. Należy przy tym dodać, że chodzi szczególnie o głęboką

lub przeciętną religijność oraz regularne praktyki. Z badań wynika, że spośród niewierzących 33,3% inicjowało już przed 14 rokiem życia, zaś kolejne 40% pomiędzy 15 a 16 rokiem życia. Dla porównania do 16 roku życia inicjowało 44,8% głęboko wierzących i regularnie praktykujących oraz 38,9% wierzących i regularnie praktykujących. Informacje o podjęciu pierwszego współżycia po ukończeniu pełnoletniości złożyli (w odsetku dwukrotnie wyższym niż pozostali - 25,9%) mężczyźni deklarujących się jako wierzący i regularnie praktykujący w młodości. Najniższy odsetek osób, które inicjowały po ukończeniu 18 lat stwierdzono w grupie osób wierzących, lecz niepraktykujących (10,1%).

W czasie analiz stwierdzono, iż zaangażowanie religijne (aktualnych osadzonych) w okresie przed ukończeniem 18 roku życia różnicuje doświadczenia seksualne, w szczególności te, gdzie dochodzi do kontaktów genitalnych.

Dane pokazały, że religijność nie koreluje z takimi formami aktywności jak pocałunki erotyczne - do wielokrotnych doświadczeń tego typu z kobietami przyznało się 84,7% z ogółu badanych, z mężczyznami 8,7% (trzeba podkreślić, iż osadzeni w dużym odsetku trudnili się męską prostytutką por. Łukaszek, 2017).

Tabela 1. Zaangażowanie religijne więźniów przed osiągnięciem pełnoletniości a ich doświadczenia pettingu z kobietą w okresie nieletniości (N=413)

Częstotliwość podejmowania kontaktów waginalnych	głęboko wierzący i regularnie praktykujący N=58	wierzący i regularnie praktykujący N=54	wierzący i nieregularnie praktykujący N=156	wierzący, niepraktykujący N=89	niewierzący N=30	trudno powiedzieć N=26	Ogółem N=413
nigdy	51,7%	63,0%	40,4%	49,4%	23,3%	38,5%	45,5%
1 raz	0,0%	5,6%	1,3%	1,1%	3,3%	3,8%	1,9%
kilka razy	20,7%	14,8%	16,7%	21,3%	16,7%	15,4%	17,9%
kilkanaście razy	15,5%	5,6%	19,2%	12,4%	20,0%	23,1%	15,7%
kilkadziesiąt i więcej razy	12,1%	11,1%	22,4%	15,7%	36,7%	19,2%	18,9%
p= 0,0358; V Cramera 0,141; C Pearsona 0,300							

Źródło: badania własne

Zależność istotna statystycznie występuje pomiędzy religijnością a doświadczeniami pettingu z kobietą. Stwierdzono, że wielokrotne doświadczenia tego typu (kilkanaście i więcej razy) w znacznie wyższym odsetku miały osoby mniej zaangażowane religijnie: wierzący i nieregularnie praktykujący (41,7%) oraz niewierzący (56,7%). Dla porównania wierzący i regularnie praktykujący składali takie deklaracje w 16,7%, zaś głęboko wierzący i praktykujący w 27,6%.

Jeśli chodzi o petting z mężczyzną, zaangażowanie religijne nie różnicowało tej aktywności. Ogółem, 9,2% obecnych więźniów miało takie doświadczenia, przy czym kilkadziesiąt i więcej razy - 5,3%.

W czasie badań stwierdzono, iż zaangażowanie religijne koreluje z podejmowaniem kontaktów waginalnych. Silne zaangażowanie w sprawy religijne wiąże się ze znacznie wyższym odsetkiem rezygnujących z tej formy aktywności.

Tabela 1. Zaangażowanie religijne więźniów przed osiągnięciem pełnoletniości a ich doświadczenia kontaktów waginalnych w okresie nieletniości (N=413)

Częstotliwość podejmowania kontaktów waginalnych	głęboko wierzący i regularnie praktykujący N=58	wierzący i regularnie praktykujący N=54	wierzący i nieregularnie praktykujący N=156	wierzący, niepraktykujący N=89	niewierzący N=30	trudno powiedzieć N=26	Ogółem N=413
nigdy	50,0%	57,4%	30,1%	32,6%	40,0%	42,3%	38,5%
1 raz	3,4%	5,6%	0,6%	0,0%	3,3%	7,7%	2,2%
kilka razy	12,1%	9,3%	18,6%	15,7%	13,3%	11,5%	15,0%
kilkanaście razy	15,5%	7,4%	22,4%	21,3%	16,7%	19,2%	18,6%
kilkadziesiąt i więcej razy	19,0%	20,4%	28,2%	30,3%	26,7%	19,2%	25,7%
p=0,0306; V Cramera 0,142; C Pearsona 0,303							

Źródło: badania własne

Z tabeli 1 jasno wynika, że najwyższy odsetek osób, które miały kilkunastokrotne lub częstsze kontakty waginalne znajduje się w grupach wierzących i niepraktykujących (51,7%) oraz wierzących i nieregularnie praktykujących (50,6%). Najniższy odsetek z licznymi doświadczeniami kontaktów waginalnych (27,8%) stwierdzono wśród wierzących i regularnie praktykujących a nie jakby mogło się wydawać wśród głęboko religijnych (34,5%).

Tabela 2. Zaangażowanie religijne więźniów przed osiągnięciem pełnoletniości a ich doświadczenia kontaktów oralnych z kobietą w okresie nieletniości (N=413)

Częstotliwość podejmowania kontaktów waginalnych	głęboko wierzący i regularnie praktykujący N=58	wierzący i regularnie praktykujący N=54	wierzący i nieregularnie praktykujący N=156	wierzący, niepraktykujący N=89	niewierzący N=30	trudno powiedzieć N=26	Ogółem N=413
nigdy	58,6%	74,1%	46,2%	47,2%	43,3%	46,2%	51,6%
1 raz	0,0%	0,0%	0,6%	2,2%	3,3%	7,7%	1,5%
kilka razy	8,6%	5,6%	15,4%	15,7%	6,7%	7,7%	12,1%
kilkanaście razy	20,7%	9,3%	16,0%	21,3%	13,3%	19,2%	16,9%
kilkadziesiąt i więcej razy	12,1%	11,1%	21,8%	13,5%	33,3%	19,2%	17,9%
p=0,0131; V Cramera 0,149; C Pearsona 0,316							

Źródło: badania własne

Podobnie jak w przypadku kontaktów waginalnych, także tu, najwyższy odsetek osób, które nigdy nie miały oralnego kontaktu z kobietą (74,1%) stwierdzono w grupie osób

wierzących i regularnie praktykujących. Wśród osób niewierzących i takich, które praktyki religijne realizowały okazjonalnie, wskaźnik ten nie przekroczył 50%. Z tabeli 2 wynika również, że tylko osoby wierzące i regularnie praktykujące w zdecydowanie niższym odsetku podejmowały kontakty tego typ wielokrotnie (20,4%).

Tabela 3. Zaangażowanie religijne więźniów przed osiągnięciem pełnoletniości a ich doświadczenia kontaktów oralnych z mężczyzną w okresie nieletniości (N=413)

Częstotliwość podejmowania kontaktów waginalnych	głęboko wierzący i regularnie praktykujący N=58	wierzący i regularnie praktykujący N=54	wierzący i nieregularnie praktykujący N=156	wierzący, niepraktykujący N=89	niewierzący N=30	trudno powiedzieć N=26	Ogółem N=413
nigdy	84,5%	79,6%	93,6%	86,5%	83,3%	76,9%	87,2%
1 raz	1,7%	1,9%	0,6%	3,4%	0,0%	0,0%	1,5%
kilka razy	1,7%	3,7%	0,6%	4,5%	0,0%	15,4%	2,9%
kilkanaście razy	5,2%	1,9%	0,6%	3,4%	6,7%	7,7%	2,9%
kilkadziesiąt i więcej razy	6,9%	13,0%	4,5%	2,2%	10,0%	0,0%	5,6%
p=0,0030; V Cramera 0,159; C Pearsona 0,335							

Źródło: badania własne

Na podstawie wyników zebranych w tabeli 3. można wnioskować, że osadzeni zaangażowani religijnie podobnie jak niewierzący mieli liczne (kilkanaście i więcej razy) doświadczenia kontaktów oralnych z mężczyznami (kolejno 12,1%, 14,% oraz 16,7%). Zatem, odwrotnie niż w dotychczas analizowanym materiale, gorliwość religijna nie stanowi czynnika chroniącego przed tą aktywnością. Być może, iż niektóre z tych kontaktów były to nadużycia seksualne wobec chłopców (por Łukaszek 2015). Z badań wynika, że to mężczyźni wierzący i nieregularnie praktykujący (5,1%) oraz wierzący, niepraktykujący (5,6%) rzadziej podejmowali kontakty oralne z mężczyznami.

Tabela 4. Zaangażowanie religijne więźniów przed osiągnięciem pełnoletniości a ich doświadczenia kontaktów analnych z kobietą w okresie nieletniości (N=413)

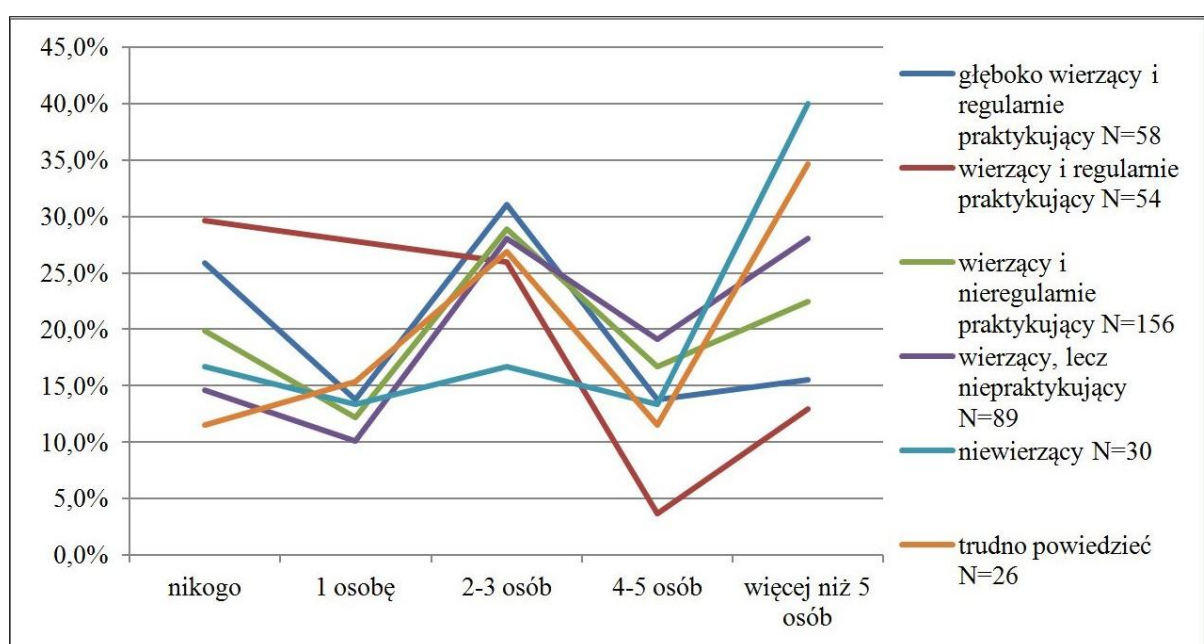
Częstotliwość podejmowania kontaktów waginalnych	głęboko wierzący i regularnie praktykujący N=58	wierzący i regularnie praktykujący N=54	wierzący i nieregularnie praktykujący N=156	wierzący, niepraktykujący N=89	niewierzący N=30	trudno powiedzieć N=26	Ogółem N=413
nigdy	81,0%	90,7%	81,4%	85,4%	63,3%	88,5%	82,6%
1 raz	6,9%	0,0%	2,6%	3,4%	0,0%	0,0%	2,7%
kilka razy	5,2%	1,9%	8,3%	4,5%	13,3%	7,7%	6,5%
kilkanaście razy	5,2%	1,9%	3,2%	5,6%	3,3%	0,0%	3,6%
kilkadziesiąt i więcej razy	1,7%	5,6%	4,5%	1,1%	20,0%	3,8%	4,6%
p= 0,0140; V Cramera 0,148; C Pearsona 0,315							

Źródło: badania własne

Dane pokazały (tabela 4), że zaangażowanie religijne różnicuje doświadczenia kontaktów analnych z kobietami. Najwyższy odsetek osób, które przed 18 rokiem życia nie podejmowały takich kontaktów (90,7%) znalazł się wśród wierzących i regularnie praktykujących, najniższy (63,3%) w grupie niewierzących. Ciekawe jest, że najwyższy odsetek mężczyzn, którzy realizowali wielokrotnie taką aktywność (5,6%) znalazł się w grupie wierzących i regularnie praktykujących oraz niewierzących (20%).

W czasie analiz nie stwierdzono korelacji pomiędzy zaangażowaniem religijnym a podejmowaniem kontaktów analnych z mężczyznami. Jedynie 2,4% mężczyzn poinformowało, iż kiedykolwiek miało takie doświadczenie, jednakże w grupie niewierzących odsetek wniósł 6,7%.

Wykres 2. Zaangażowanie religijne przed osiągnięciem pełnoletniości a liczba partnerów seksualnych w okresie nieletniości (N=413)



Źródło: badania własne

Materiał jednoznacznie pokazał, że silne zaangażowanie religijne w okresie adolescencji koreluje z mniejszą liczbą partnerów seksualnych przed osiągnięciem pełnoletniości. Ujawniono, że doświadczenia seksualne z jedną osobą miało 27,8% osób wierzących i regularnie praktykujących i był to odsetek dwukrotnie wyższy niż w pozostałych grupach (wahał się od 10,1% wśród wierzących, lecz niepraktykujących do 15,4% w grupie osób, które nie miały zdania co do poziomu swego zaangażowania religijnego). Jeśli chodzi o deklaracje posiadania więcej niż 5 partnerów seksualnych to osoby wierzące i regularnie praktykujące oraz głęboko wierzące i regularnie praktykujące złożyły

je w dwukrotnie niższym odsetku (kolejno 13% i 15,5%) niż pozostali (22,4% wierzący i nieregularnie praktykujący -40% niewierzący).

### **Wnioski**

W czasie analiz stwierdzono, że zaangażowanie religijne (aktualnych więźniów) w okresie przed ukończeniem 18 roku życia różnicuje w sposób istotny statystycznie :

- wiek inicjacji seksualnej ( $p=0,0041$ ;  $V\_Cramera\ 0,165$ ;  $C\ Pearsona\ 0,308$ ),
- liczbę partnerów seksualnych przed osiągnięciem pełnoletniości ( $p=0,0407$ ;  $V\_Cramera\ 0,140$ ;  $C\ Pearsona\ 0,298$ ),
- doświadczenia seksualne w okresie nieletniości:
  - pettingu z kobietą ( $p=0,0358$ ;  $V\_Cramera\ 0,141$ ;  $C\ Pearsona\ 0,300$ ),
  - kontaktów waginalnych ( $p=0,0306$ ;  $V\_Cramera\ 0,142$ ;  $C\ Pearsona\ 0,303$ ),
  - kontaktów oralnych z kobietą ( $p=0,0131$ ;  $V\ Cramera\ 0,149$ ;  $C\ Pearsona\ 0,316$ ),
  - kontaktów oralnych z mężczyzną ( $p=0,0030$ ;  $V\ Cramera\ 0,159$ ;  $C\ Pearsona\ 0,335$ ),
  - kontaktów analnych z kobietą ( $p= 0,0140$ ;  $V\ Cramera\ 0,148$ ;  $C\ Pearsona\ 0,315$ ),

Stwierdzono, że osoby wierzące i regularnie praktykujące w niższym odsetku inicjowały seksualnie przed osiągnięciem pełnoletniości, miały mniej doświadczeń seksualnych, a także mniej partnerów seksualnych. Daje to podstawę do uznania, że silne zaangażowanie religijne jest czynnikiem chroniącym przed wczesną aktywnością seksualną. Należy jednak zwrócić uwagę, że osoby deklarujące się jako gorliwe religijnie podejmowały więcej ryzykownych zachowań seksualnych niż wierzący i regularnie praktykujący. Podobną zależność stwierdziła autorka w ogólnopolskim badaniu wychowanków OHP (Łukaszek, 2013, s. 153-162). Być może gorliwość religijna wynikała tylko z nacisku środowiska wychowawczego, a nie z własnych przekonań. Można też przypuszczać, iż osoby bardzo religijne nie były asertywne w sytuacji presji, np. rówieśniczej, aby podjąć aktywność seksualną.

Podsumowując należy uznać, że silne zaangażowanie religijne (silna wiara i regularne praktyki) stanowi bardzo istotny czynnik chroniący przed podejmowaniem aktywności seksualnej przed osiągnięciem pełnoletniości, czyli wówczas, gdy jeszcze znaczna część mężczyzn nie ma dojrzałości psychoseksualnej, rozumianej jako odpowiedzialność za czyny i ich skutki w sferze seksualnej. Należy podkreślić, że brak zaangażowania w praktyki religijne lub branie w nich udziału okazjonalnie, pomimo wiary w prawdę wiary, nie można uznać jako czynnik przeciwdziałający podejmowaniu ryzykownych zachowań seksualnych w młodości.

### **Bibliografia:**

Flatow E. (2011), *Zdrowie seksualne w postawach i zachowaniach studentów. Studium porównawcze na przykładzie Polski i Francji*, Poznań: UAM.



- Grabias J. (2004), Spójność postaw religijnych w grupie nieletnich sprawców przestępstw, (w:) *Resocjalizacja instytucjonalna. Perspektywy i zagrożenia*, F. Kozaczuk (red.), s. 135-147, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Izdebski Z. (2006). *Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Izdebski, Z. (2012), *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kozaczuk F. (2005), *Świat wartości młodzieży z symptomami niedostosowania społecznego*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Kozaczuk F. (2006), *Wartości i postawy nieletnich w różnych stadiach wykojenia społecznego*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Krahé B., Tomaszewska-Jedrysiak P. (2011), Sexual scripts and the acceptance of sexual aggression in Polish adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, nr 8:6, 697-712.
- Lew-Starowicz Z. (1985), Wybrane zagadnienia z seksuologii okresu dojrzewania. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, nr 4-5.
- Lew-Starowicz Z. (1999), Ewolucja zachowań seksualnych młodzieży w latach 1977-98, (w:) *Psychospołeczne uwarunkowania zjawisk dewiacyjnych wśród młodzieży w okresie transformacji ustrojowej w Polsce*, H. Machel i K. Wszeborowski (red.), Gdańsk 1999.
- Lew-Starowicz Z. (2004), *Encyklopedia erotyki*. Warszawa: MUZA SA.
- Łukaszek M. (2013), *Szorstka młodość. Socjalizacyjne wyznaczniki zachowań seksualnych młodzieży*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Łukaszek M. (2015), Doświadczenia przemocy seksualnej mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności (w:) *Wybrane problemy seksualności więźniów*. Seria Patologia Społeczna, M. Łukaszek (red), s. 21-38, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Łukaszek M. (2017), Cechy obyczajowości seksualnej mężczyzn niedostosowanych społecznie (w:) *Resocjalizacja, readaptacja i reintegracja społeczna - problemy, programy i perspektywy rozwoju komunikacji*, I. Mudrecka (red.), s. 219-230, Warszawa: Pedagogium Wyższa Szkoła Nauk Społecznych.
- Metts S., Spitzberg B. H. (1996), Sexual communication in interpersonal contexts: A script based approach (w:) *Communication*, B. R. Burleson, A. W. Kunkel (red.), s. 49-91, Yearbook 19. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Oleś P. (1989), *Wartościowanie a osobowość*, Lublin.
- Ostaszewski K. (2005), Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży, (w:) *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, M. Deptuła, (red.), s. 109-135, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Ryś M. (1999), *Psychologia małżeństwa w zarysie*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologicznej MEN.

- Sadovsky R., Nusbaum, M. (2006), Sexual Health Inquiry and Support Is a Primary Care Priority, *Journal of Sexual Medicine*, nr 3, s. 3- 11.
- WHO (2006), *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*, Geneva, s. 28–31 ([http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf); dostęp:01.12.2017
- WHO Regional Office for Europe (2001), *WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health.Copenhagen* ([www.euro.who.int/document/e74558.pdf](http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf)), dostęp:01.12.2017
- Zieliński J. (2004), Analiza postaw religijnych młodocianych przestępców (w:) *Resocjalizacja instytucjonalna. Perspektywy i zagrożenia*, F. Kozaczuk (red.), s. 148-158, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Mgr Gromek Marek  
Dr Jastrzębski Jarosław  
*Instytut Psychologii*  
*Wydział Filozofii Chrześcijańskiej*  
*Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie*

## **Rodzaje doświadczanych emocji a życie seksualne mężczyzn po przebytych zawałach mięśnia sercowego**

### **Wprowadzenie**

Choroba wieńcowa serca jest bardzo poważnym schorzeniem, które stanowi nie tylko zagrożenie dla zdrowia somatycznego, ale i psychicznego. U większości mężczyzn po przebytych zawałach serca występują liczne problemy emocjonalne i behawioralne, które w istotny sposób przyczyniają się do obniżenia poziomu ich jakości życia - psychologicznego well-being (Foxwell, Morley, Frizelle, 2013).

Jednym z pierwszych autorów, posługujących się pojęciem jakości życia uwarunkowanej zdrowiem był Shipper (1990). Według niego, tak rozumianą jakość życia należy definiować, jako spostrzegany przez pacjenta wpływ choroby i przebiegu jej leczenia na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej (tamże, s. 185). Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia dotyczy czterech podstawowych wymiarów: stanu fizycznego i sprawności ruchowej (w tym także poziomu ogólnej energii życiowej), stanu psychicznego (funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego), sytuacji społecznych (np. pełnienia ról, uzyskiwania wsparcia) i warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych (np. objawów choroby, odczuwanego bólu).

Jednym z ważniejszych (choć często niedocenianym) czynników, decydujących o jakości życia i zdrowiu jest poczucie seksualnej satysfakcji. Aktywność seksualna może przysparzać wielu korzyści, służy ona bowiem utrzymaniu zadowolenia ze związku i dostarcza możliwości czerpania przyjemności zarówno na płaszczyźnie fizycznej jak i psychologicznej (Rosen, Bachmann, 2008). Natomiast utrzymujące się przez dłuższy czas niedyspozycje w sferze seksualnej, mogą być przyczyną stresu, frustracji, lęków i depresji, a co za tym idzie mogą wpływać negatywnie na jakość relacji w związku i inne obszary życia (Arrington, Cofrances, Wu 2004). Wnioski te znalazły potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych przez Kopenhaskie Centrum Badań nad Jakością Życia (The Quality-of-Life Research Center, Copenhagen), z których wynika, że osoby z dysfunkcjami seksualnymi cechuje poziom jakości życia do 20% niższy niż u osób zdrowych (Ventegodt, 1998). Również w Polsce Dolińska-Zygmunt i Nomejko (2012) wykazały, że zadowolenie z seksualnego

wymiaru życia jest silnie związane z wyższym zadowoleniem z życia kobiet i mężczyzn zarówno w przypadku oceny globalnej jak i poszczególnych sfer.

## I. Wprowadzenie teoretyczne

### 1. Zaburzenia seksualne u mężczyzn z chorobą wieńcową serca

Seksualność człowieka stanowi bardzo ważny i nieodłączny element jego funkcjonowania. Nie dziwi więc fakt, że obniżona jakość życia seksualnego i brak seksualnego spełnienia mogą przyczyniać się do obniżenia jakości życia w ogóle. Niestety życie seksualne po zawale serca, udarze mózgu, u osób z miażdżycą, nadciśnieniem tętniczym czy innymi chorobami układu krążenia jest tematem często pomijanym z powodu poczucia skrępowania w relacjach pacjenta z kardiologiem lub internistą (Roose, Seidman 2000).

Powodem niskiej jakości życia seksualnego lub obniżonego seksualnego spełnienia są dysfunkcje seksualne, które stanowią podklasę zaburzeń seksualnych (obok zaburzeń preferencji seksualnych czy zaburzeń identyfikacji płciowej), polegającą na nieprawidłowym przebiegu reakcji seksualnych. Dysfunkcje seksualne u mężczyzn po przeżytym zawale serca obejmują przede wszystkim: (1) zaburzenia pożądania seksualnego (utrata lub osłabienie popędu seksualnego, nadmierny popęd seksualny), (2) zaburzenia podniecenia seksualnego (zaburzenia erekcji u mężczyzn), oraz (3) zaburzenia orgazmu (wytrysk przedwczesny lub wytrysk opóźniony). Zgodnie z obowiązującą w Polsce Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases ICD-10) głównym kryterium rozpoznania dysfunkcji seksualnych jest długotrwała (co najmniej 6-miesięczna) niezdolność do uczestniczenia w związkach seksualnych odpowiednio do swoich pragnień, przy czym dysfunkcji tej w żadnym razie nie można przypisać innym zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania ani schorzeniom somatycznym (jak na przykład zaburzenia endokrynologiczne) czy farmakoterapii.

Rozwinięta choroba sercowo-naczyniowa często stanowi przyczynę dysfunkcji seksualnej. Powszechnie sądzi się, że to leki hipotensyjne (obniżające ciśnienie krwi) zaburzają erekcję, chociaż związek przyczynowo-skutkowy jest odwrotny: to nadciśnienie tętnicze *per se* jest przyczyną zaburzeń erekcji. Osoby leczone hipotensyjnie zaburzenia erekcji mają więc w pierwszym rzędzie z powodu nadciśnienia tętniczego i z reguły, wieloletniej, nadciśnieniowej dysfunkcji śródbłonna, a nie z powodu aktywnego leczenia. Bardzo ważne i charakterystyczne w wywiadzie pacjentów z uszkodzeniem serca jako pompy (niewydolność serca) są zaburzenia erekcji. Wiąże się je aktualnie przede wszystkim ze skomplikowaną patofizjologią tej choroby, w której, oprócz uszkodzenia serca, dochodzi do głębokich zmian hormonalnych (Filipiak, 2009, s. 95).

Większość mężczyzn z niewydolnością serca cierpi równocześnie na hipoandrogenizm. Niedobory androgeny przekładają się bezpośrednio nie tylko na

pogorszenie czynności układu krążenia, zaburzenia gospodarki węglowodanowej (insulinooporność, hiperinsulinizm, cukrzyca), wzmożony stan zapalny, depresyjność i obniżoną samoocenę, ale i na spadek libido oraz zaburzenia erekcji (Drory, Shapira, Pines, 1995; Jackson i wsp., 2006; Puchalski i wsp. 2013a).

Zaburzenia erekcji i inne problemy aktywności seksualnej mogą u mężczyzn stanowić typowy obraz powikłań po zawale serca. W pewnych przypadkach chorobą pierwotną jest depresja (ogólne pogorszenie nastroju w związku z przebyciem zawału serca), wówczas zaburzenia erekcji mogą stanowić jedynie jej objaw. W innych przypadkach to zaburzenia erekcji są pierwotne (miażdżycowe uszkodzenie naczyń, dysfunkcja śródbłonna), wówczas może rozwinąć się depresja w reakcji na utratę zdolności seksualnych (Muller, Mittleman, Maclure, 1996).

Również w polskich badaniach mężczyzn po zawale serca stwierdzono bardzo poważne dysfunkcje seksualne. Badaniem w formie anonimowej ankiety objęto mężczyzn w średnim wieku około 50 lat, leczonych w referencyjnym ośrodku kardiologicznym, pół roku po przebytych zawale serca. Mężczyźni ci nie mieli istotnej niewydolności serca, charakteryzowali się dobrze kontrolowanym ciśnieniem tętniczym, nie obserwowano u nich żadnych bólów wieńcowych, ani innych zdarzeń sercowo-naczyniowych w okresie obserwacji. Wszyscy otrzymywali leczenie zgodne ze standardami. Okazało się, że zaledwie 1/3 z nich szacowała, że odbywa stosunki seksualne z tą samą częstotliwością co przed zawałem (Puchalski i wsp. 2013a).

W innym badaniu zaobserwowano, że zaburzenia erekcji u pacjentów po przebytych zawale serca występują u prawie 82% mężczyzn (Ruzic, Persic, Miletic, 2007). W jeszcze innym badaniu pacjentów po przebytych zawale serca, stwierdzono, że około 60% z nich, w sześciomiesięcznym okresie już po zakończeniu hospitalizacji zgłaszało dolegliwości i problemy dotyczące funkcji seksualnych (Vacanti, Caramelli 2005).

Lęk przed aktywnością seksualną, depresja oraz towarzyszące im zaburzenia erekcji u pacjentów po przebytych zawale serca stanowią bardzo poważny problem psychospołeczny, wpływając negatywnie na bliskie relacje z partnerem (Schwarz, Kapur, Bionat 2008; Szymański, Filipiak, Hrynkiewicz-Szymańska 2011). W badaniach Jaarsma, Dracup i Walden (1996) 73% badanych mężczyzn zgłaszało wyraźny spadek zainteresowania życiem płciowym, a 63% z nich stwierdzało bardzo negatywny wpływ tej sytuacji na bliskie i intymne relacje z partnerem.

## **2. Rodzaj doświadczanych emocji jako predyktor radzenia sobie ze stresem i wskaźnik dobrostanu u pacjentów z chorobą wieńcową serca**

Występowanie wzajemnych związków między doświadczaniem stresu a rokowaniem w chorobach somatycznych nie budzi dziś żadnych wątpliwości. Wydarzenia stresowe mogą być z jednej strony rozpatrywane jako współprzyczyny chorób (stres wynikający z braku wsparcia społecznego, stres związany z sytuacją zawodową czy stres

związany z niską pozycją socjoekonomiczną), z drugiej zaś sama choroba i jej konsekwencje stanowią źródło stresu psychologicznego, przejawiającego się w określonych reakcjach emocjonalnych (Heszen i Sęk, 2012; Puchalski i wsp., 2013b).

Szczególną rolę emocji w przebiegu doświadczania i radzenia sobie ze stresem odnajdujemy w pracach Lazarsa (1993). Definiował on stres jako szczególny rodzaj relacji pomiędzy jednostką i otoczeniem, ocenianej przez jednostkę jako „sytuacja nadwężająca lub przekraczająca jej możliwości i zagrażająca jej dobru” (Lazarus, Folkman, 1984). W tej transakcyjnej teorii stresu relacja z otoczeniem podlega ciągłej ocenie poznawczej, szczególnie tych elementów, które są ważne dla dobrostanu (*well-being*) jednostki (ocena pierwotna). Jeśli relacja ta zostanie oceniona jako stresowa może być ujęta przez jednostkę jako: (1) krzywda/ strata, (2) zagrożenie lub (3) wyzwanie. Każda z tych ocen wiąże się z doświadczaniem charakterystycznych dla niej emocji. Poczuciu krzywdy/straty towarzyszą złość, żal i smutek, poczuciu zagrożenia – strach, lęk i zamartwianie się (Heszen i Sęk, 2012). Uznanie relacji z otoczeniem za stresową zapoczątkowuje kolejny proces poznawczy, który odnosi się do zasobów jednostki, umożliwiających wyeliminowanie (lub przynajmniej złagodzenie) źródła stresu i jego negatywnych skutków (ocena wtórna). Stanowi tym samym punkt wyjścia dla działań określanych jako radzenie sobie. I tak na przykład optymistyczna ocena własnych możliwości w radzeniu sobie ze źródłem stresu może przyczynić się do zmiany pierwotnej oceny sytuacji jako zagrażającej, na ocenę sytuacji jako wyzwania. Zdaniem Lazarsa i Folkmana (1984) oba procesy (oceny pierwotnej i wtórnej) przebiegają równocześnie i są ze sobą sprzężone.

Zawał mięśnia sercowego i związana z nim rekonwalescencja stanowią niewątpliwie sytuację trudną i uważane są za źródło silnego stresu psychologicznego, znajdującego wyraz w doświadczaniu np. depresji, zaburzeń lękowych (Glass, 1977; Kruhn, 1970; Engel 1987; Szyguła-Jurkiewicz 2011). Chorzy po przeżytym zawale z dodatkowo współistniejącą depresją doświadczają silniejszego stresu i większych trudności w ogólnym funkcjonowaniu społecznym. Ponadto pacjenci z postępującą depresją przejawiają niższy poziom motywacji do zmiany trybu życia i podejmowania działań prozdrowotnych (np. zaprzestanie palenia, podejmowania ćwiczeń fizycznych), co niestety wpływa na pogorszenie rokowania (Empana, Jouven, Lemaitre, 2006).

Wydaje się więc, że stan emocjonalny pacjentów po zawale mięśnia sercowego może być dobrym predyktorem przebiegu procesu radzenia sobie ze stresem chorobowym, a co za tym idzie dobrym wskaźnikiem dobrostanu. Potwierdzeniem takiego sposobu rozumowania jest stanowisko Lazarsa, który uważał, że o emocjach możemy mówić zarówno jako o czynnikach poprzedzających radzenie sobie ze stresem, jak i jako o efektach tych działań (Folkman, Lazarus, 1988).

## II. Badania własne

### 1. Problem badawczy i hipotezy

Z przytoczonych powyżej danych wynika, że - wśród wielu różnych czynników - jakość życia seksualnego oraz rodzaj doświadczanych emocji odgrywają istotną rolę w kształtowaniu się dobrostanu pacjentów po przebytych zawale serca. Aby zweryfikować tę kwestie należałoby w sposób empiryczny rozstrzygnąć czy mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego różnią się istotnie od mężczyzn zdrowych (1) pod względem subiektywnej oceny jakości życia seksualnego i (2) w zakresie rodzaju doświadczanych emocji, a także ustalić (3) jaki jest rodzaj związków między rodzajem doświadczanych emocji a subiektywną oceną jakości życia seksualnego.

W naszym przekonaniu pomiar subiektywnej ocena satysfakcji z życia seksualnego powinien dotyczyć takich aspektów życia seksualnego, które wiążą się zarówno z faktycznym funkcjonowaniem w tym obszarze (np. motywacja do uprawiania seksu, częstość podejmowanie aktywności seksualnej itp.), jak i z przekonaniami na temat własnego funkcjonowania w sferze seksualnej (np. samoocena w zakresie seksualności, lęk przed stosunkiem seksualnym, czy stres związany z uprawianiem seksu). Przydatnym z tego punktu widzenia jest wielowymiarowy model seksualności zaproponowany przez Williama E. Snella Jr., Terri D. Fisher i Andrew S. Waltersa (2001). Ich zdaniem satysfakcja seksualna jednostki powinna być rozpatrywana w kontekście: (1) *seksualnej samooceny*, która wyraża się w skłonności do pozytywnej oceny swojej sprawności w kontaktach seksualnych; (2) *zaabsorbowania seksem*, czyli uporczywego i obsesyjnego myślenia na tematy związane z seksem; (3) *wewnętrznej kontroli seksualności*, która odnosi się do przekonania jednostki o możliwości decydowania o seksualnej sferze swojego życia, (4) *samoświadomości seksualności*, czyli skłonności do refleksji i głębszych przemyśleń związanych z własnym seksualnym funkcjonowaniem, (5) *motywacji do uprawiania seksu*, która odnosi się do angażowania się w kontakty seksualne., (6) *stresu związanego z seksem*, to jest skłonności do przeżywania napięcia, niepokoju oraz dyskomfortu związanych z seksualnym wymiarem swojego życia, (7) *asertywności seksualnej*, dotyczącej umiejętności wyrażania własnych seksualnych potrzeb, (8) *depresyjności na tle własnej seksualności*, która wiąże się z doświadczaniem przygnębienia i smutku w związku z własną seksualną aktywnością, (9) *zewnętrznej kontroli seksualności*, która odnosi się do przekonania, że jednostka nie ma kontroli nad własnymi seksualnymi doświadczeniami, (10) *monitoringu seksualności*, czyli skłonności do zwracania uwagi na to, jakie wrażenie robi na innych własna aktywność seksualna, (11) *lęku przed seksualnymi stosunkami*, który wyraża się w doświadczaniu lęku przed angażowaniem się w kontakty

seksualne i (12) *ogólnej satysfakcji z życia seksualnego*, która dotyczy ogólnego poziomu zadowolenia z seksualnej sfery życia<sup>1</sup>.

Mając to na uwadze sformułowano następujące hipotezy:

Hipoteza 1 - mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego w porównaniu z mężczyznami zdrowymi ujawniają niższy poziom jakości życia seksualnego, co znajduje wyraz w niższej ogólnej satysfakcji z życia seksualnego, niższej samoocenie seksualnej, niższym zaabsorbowaniu seksem, niższej samoświadomości seksualnej, słabszej motywacji do uprawiania seksu, słabszej asertywności w sprawach seksu, niższej wewnętrznej kontroli seksualności, a także w wyższym poziomie stresu związanego z seksem, wyższym poziomie depresyjności na tle własnej seksualności, wyższej zewnętrznej kontroli seksualnej, wyższym poziomie monitoringu własnej seksualności i wyższym poziomie lęku przed stosunkami seksualnymi.

Wiemy już, że utrata zdrowia, rozpatrywana w kategoriach zachwiania równowagi między wymaganiami środowiska a możliwościami jednostki do sprostania im, stanowi źródło silnego stresu, i że różne sposoby interpretacji tej sytuacji (np. jako krzywdy/ straty, zagrożenia, wyzwania) wiążą się z doświadczaniem przez chorego charakterystycznych emocji, które zapoczątkowują określony sposób radzenia sobie (Heszen, 2013). W tej perspektywie emocje jawią się jako zróżnicowane (odrębne) reakcje na wyzwania środowiskowe, spełniając funkcję głównego systemu motywacyjnego, organizując ludzkie spostrzeganie, poznanie i działania zaradcze (Izard, 1977; Ackerman, Abe i Izard, 1998). W teorii zróżnicowanych emocji (differential-emotions theory DET) Carrolla E. Izarda doświadczanie emocji stanowi cechę świadomości, a można je opisać jako uczucie bądź stan motywacyjny, który obejmuje określoną tendencję do działania (Izard, Ackerman, 2005, s. 331). Wśród podstawowych, odrębnych emocji Izard (1977) wyróżnia: (1) zainteresowanie, (2) radość, (3) zaskoczenie, (4) smutek, (5) złość/ gniew, (6) wstręt, (7) pogardę, (8) wrogość, (9) strach, (10) wstyd, (11) nieśmiałość i (12) poczucie winy, i każda z nich – czy to samodzielnie, czy też jako element szerszego wzorca emocjonalnego – spełnia swoistą funkcję adaptacyjną w zakresie motywowania, organizowania i regulowania zachowania (Izard, Ackerman, 2005).

W związku z tym można sformułować kolejną hipotezę:

Hipoteza 2 - mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego w porównaniu z mężczyznami zdrowymi ujawniają niższy poziom takich emocji jak: zainteresowanie, radość, zaskoczenie) i wyższy poziom takich emocji jak: smutek, złość/ gniew, wstręt, pogardę, wrogość, strach, wstyd, nieśmiałość i poczucie winy).

Niezależnie od przyczyn dysfunkcji seksualnych utrzymywanie się trudności w tej sferze życia stanowi źródło silnego psychologicznego stresu i obniża jakość życia jednostki, mając ogromny wpływ na samoocenę i obraz siebie w zakresie wypełnienia roli mężczyzny, budowania szczęśliwych związków, odczuwania przyjemności i satysfakcji w intymnych

---

<sup>1</sup> <http://cstl-cla.semo.edu/wesnell/books/sexuality/sexuality.htm>



kontaktach (Baker, 1993). Należy jednak pamiętać, że powiązania między stresem a seksem są znaczące, ale i złożone. Stres z jednej strony może być przyczyną trudności i zaburzeń w sferze seksualnej, z drugiej zaś wystąpienie u jednostki trudności w życiu seksualnym może prowadzić do powstania zaburzeń w obrębie zdrowia psychicznego i poczucia niskiej wartości (Zdrojewicz, Lelakowska 2006). W związku z tym można sformułować następną hipotezę:

Hipoteza 3 - istnieje związek między jakością życia seksualnego a rodzajem doświadczanych emocji. Doświadczanie emocji odczuwanych jako pozytywne związane jest z wyższym poziomem jakości życia seksualnego, a doświadczanie emocji odczuwanych jako negatywne współwystępuje z niższym poziomem jakości życia seksualnego.

## **2. Osoby badane**

Badaniami objęto dwie grupy mężczyzn. Grupę badawczą stanowiło 30 mężczyzn po przebytym zawale mięśnia sercowego, grupę kontrolną 30 mężczyzn zdrowych. Średni wiek w grupie badawczej wynosi 54,33 lata (sd = 5,33), a w grupie kontrolnej - 53,70 lata (sd = 5,59).

## **3. Narzędzia badawcze**

W badaniach zastosowano dwa kwestionariusze: Skalę Zróżnicowanych Emocji SZE (polską adaptację czwartej wersji Differential Emotions Scale DES-IV, opracowaną przez Carrola E. Izarda) oraz Wielowymiarowy Kwestionariusz Seksualności WKS (polską adaptację Multidimensional Sexuality Questionnaire MSQ, opracowany przez Williama E. Snella Jr., Terri D. Fisher i Andrew S. Waltersa (2001) ); oba kwestionariusze w polskiej adaptacji Jarosława Jastrzębskiego.

Skala SZE przeznaczona jest do badania emocji według teorii zróżnicowanych emocji (DET) Carrola E. Izarda. Składa się z 36 stwierdzeń, umożliwiających pomiar częstości doświadczania 12 odrębnych emocji, takich jak: (1) zainteresowanie, (2) radość, (3) zaskoczenie, (4) smutek, (5) złość/gniew, (6) wstręt, (7) pogarda, (8) wrogość (do siebie), (9) strach, (10) wstyd, (11) nieśmiałość, (12) poczucie winy. Zadaniem badanego jest ocenić, jak często na co dzień (zazwyczaj) doświadczają opisanych w kwestionariuszu emocji i uczuć. Osoba badana udziela odpowiedzi posługując się pięciopunktową skalą, w której 1 oznacza, że czuje się tak bardzo rzadko, a 5 oznacza, że czuje się tak bardzo często. Na przykład jak często w swoim codziennym życiu: „czujesz żal, i jest ci przykro z powodu tego co zrobiła(a)s”, albo: „jesteś z czegoś zadowolony(a)y”, albo: „czujesz się tak zakłopotany(a)y, że chciał(a)byś się stać niewidzialny(a)y” (Izard, Libero, Putnam, Haynes, 1993).

Rzetelność polskiej wersji Skali DES-IV szacowano metodą zgodności wewnętrznej i należy ją uznać za zadowalającą. Współczynniki testu alpha Cronbacha wahają się od 0,566 dla skali Zainteresowanie do 0,788 dla skali Wrogość do siebie.

Wielowymiarowy Kwestionariusz Seksualności WKS przeznaczony jest do pomiaru wielu różnych tendencji związanych z ludzką seksualnością. Składa się z 60 stwierdzeń, które tworzą 12 skal: (1) Seksualna samoocena, (2) Zaabsorbowanie seksem, (3) Wewnętrzna seksualna kontrola, (4) Samoświadomość seksualna, (5) Motywacja do uprawiania seksu, (6) Stres/ obawy związany z seksem, (7) Asertywność seksualna, (8) Depresyjność na tle seksualnym, (9) Zewnętrzna seksualna kontrola, (10) Monitoring seksualny, (11) Lęk przed stosunkami seksualnymi, (12) Satysfakcja z życia seksualnego<sup>2</sup>

MSQ ma zadowalające właściwości psychometryczne. Rzetelność skal szacowano metodą zgodności wewnętrznej. Współczynniki alfa Cronbacha wahają się od 0,71 dla skali Samoświadomość seksualna do 0,94 dla skali Zaabsorbowanie seksem. Eksploracyjna analiza czynnikowa potwierdziła strukturę czynnikowa MSQ.

#### **4. Procedura**

Uczestnicy badania wypełniali kwestionariusze indywidualnie. Wcześniej zostali poinformowani, że badanie jest anonimowe i dobrowolne. Mężczyźni z grupy badawczej wypełniali kwestionariusze w Szpitalu Kardiologicznym, zaś grupa kontrolna w swoich domach

#### **5. Wyniki**

##### **5.1. Statystyki opisowe oraz badanie normalności rozkładu zmiennych**

Przed przystąpieniem do weryfikacji hipotez badawczych przeanalizowano statystyki opisowe oraz zgodność uzyskanych wyników z rozkładem normalnym, dzięki czemu możliwe było dokonanie wyboru odpowiednich testów statystycznych do dalszych analiz.

Na tej podstawie można stwierdzić, że wyniki uzyskiwane przez mężczyzn po przebytym zawale mięśnia sercowego w połowie skal Wielowymiarowego Kwestionariusza Seksualności WKSZ w sposób istotny odbiegają od rozkładu normalnego (tabela 1).

Dotyczy to: Seksualnej samooceny, Zaabsorbowania seksem, Motywacji do uprawiania seksu, Stresu związanego z seksem, Zewnętrznej kontroli seksualnej i Monitoringu seksualnego.

---

<sup>2</sup> <http://cstlcla.semo.edu/wesnell/books/sexuality/sexuality.htm>

Tabela 1a. Średnie, odchylenia standardowe, minima i maksima oraz współczynniki testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla poszczególnych skal Wielowymiarowego Kwestionariusza Seksualności WKS w grupie mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego (n=30)

Skale	M	SD	Min	Max	test Shapiro-Wilka	p
Seksualna samoocena	14,670	3,190	10	20	0,928	0,043
Zaabsorbowanie seksem	11,530	3,030	7	19	0,921	0,029
Wewnętrzna kontrola seksualności	14,670	3,100	9	20	0,956	0,251
Samoświadomość seksualna	16,500	2,370	11	20	0,935	0,067
Motywacja do uprawiania seksu	14,730	3,660	10	22	0,922	0,030
Stres związany z seksem	9,670	2,120	6	15	0,896	0,007
Asertywność seksualna	15,500	2,350	12	21	0,934	0,061
Depresyjność na tle seksualności	10,270	3,200	5	17	0,953	0,206
Zewnętrzna kontrola seksualności	10,200	1,950	5	16	0,826	0,000
Monitoring seksualny	10,470	3,780	5	21	0,926	0,038
Lęk przed stosunkami seksualnymi	12,570	2,910	7	18	0,965	0,405
Satysfakcja z życia seksualnego	16,900	3,870	10	24	0,967	0,451

W grupie mężczyzn zdrowych wyniki wszystkich skal Wielowymiarowego Kwestionariusza Seksualności WKS w sposób istotny odbiegają od rozkładu normalnego (tabela 2).

Tabela 2. Średnie, odchylenia standardowe, minima i maksima oraz współczynniki testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla poszczególnych skal Wielowymiarowego Kwestionariusza Seksualności WKS w grupie mężczyzn zdrowych (n=30)

Skale	M	SD	Min	Max	test Shapiro-Wilka	p
Seksualna samoocena	21,530	1,610	15	24	0,723	0,001
Zaabsorbowanie seksem	20,230	1,810	14	23	0,614	0,001
Wewnętrzna kontrola seksualności	21,900	2,930	8	24	0,523	0,001
Samoświadomość seksualna	21,600	2,470	10	24	0,539	0,001
Motywacja do uprawiania seksu	19,030	3,800	10	24	0,822	0,001
Stres związany z seksem	8,270	3,600	6	20	0,696	0,001
Asertywność seksualna	20,700	2,440	14	24	0,824	0,001
Depresyjność na tle seksualnym	8,100	2,200	5	15	0,777	0,001
Zewnętrzna kontrola seksualności	9,300	2,910	5	16	0,821	0,001
Monitoring seksualny	16,070	5,380	5	20	0,738	0,001
Lęk przed stosunkami seksualnymi	10,330	2,190	6	17	0,721	0,001
Satysfakcja z życia seksualnego	22,800	3,340	8	25	0,542	0,001

Podobnie sprawa wygląda w przypadku wyników uzyskiwanych przez mężczyzn po przebytych zawale serca (tabela 3) i mężczyzn zdrowych (tabela 4) w Skali Zróżnicowanych Emocji SZE; większość wyników – poza jednym dotyczącym Radości – charakteryzowała się rozkładem istotnie odbiegającym od rozkładu normalnego.

Tabela 3. Średnie, odchylenia standardowe, minima i maksima oraz współczynniki testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla poszczególnych skal Skali Zróżnicowanych Emocji SZE w grupie mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego (n=30)

Skale	M	SD	Min	Max	test Shapiro- Wilka	P
Zainteresowanie	8,970	1,900	5	14	0,927	0,040
Radość	9,270	2,260	5	14	0,945	0,125
Zaskoczenie	6,500	1,700	4	13	0,731	0,000
Smutek	5,970	1,430	3	8	0,888	0,004
Złość/ Gniew	7,070	1,200	5	9	0,903	0,010
Wstręt	5,900	1,090	4	9	0,875	0,002
Pogarda	6,070	1,720	3	11	0,866	0,001
Wrogość (do siebie)	4,930	1,080	3	8	0,901	0,009
Strach	5,700	1,530	3	9	0,930	0,048
Wstyd	5,700	1,730	3	10	0,907	0,013
Nieśmiałość	5,400	1,250	3	8	0,908	0,013
Poczucie winy	6,530	1,740	4	10	0,926	0,038

Na tej podstawie podjęto decyzję o zastosowaniu w dalszych analizach testów nieparametrycznych: testu U Manna-Whitneya do badania istotności różnic między dwiema grupami mężczyzn oraz testu rho-Spearmana do badania związków między jakością życia seksualnego a rodzajem doświadczanych emocji w grupie mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego.

Tabela 4. Średnie, odchylenia standardowe, minima i maksima oraz współczynniki testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla poszczególnych skal Skali Zróżnicowanych Emocji SZE w grupie mężczyzn zdrowych (n=30)

Skale	M	SD	Min	Max	test Shapiro-Wilka	P
Zainteresowanie	11,030	2,170	5	14	0,913	0,017
Radość	10,570	2,180	7	15	0,890	0,005
Zaskoczenie	7,830	3,290	4	13	0,809	0,000
Smutek	6,630	1,380	4	9	0,835	0,000
Złość/ Gniew	8,030	3,070	4	15	0,738	0,000
Wstręt	6,770	2,310	4	12	0,881	0,003
Pogarda	5,830	3,030	3	12	0,840	0,000
Wrogość (do siebie)	5,100	0,800	3	8	0,560	0,000
Strach	5,770	2,250	3	12	0,841	0,000
Wstyd	5,530	2,570	3	12	0,853	0,001
Nieśmiałość	6,300	2,020	3	11	0,708	0,000
Poczucie winy	7,530	2,010	4	13	0,927	0,042

### 5.2. Jakość życia seksualnego u mężczyzn zdrowych i mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego

W kolejnym kroku analizy statystycznej weryfikacji poddano hipotezę 1, według której mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego w porównaniu z mężczyznami zdrowymi ujawniają niższy poziom jakości życia seksualnego.

Tabela 5. Różnice między mężczyznami po przebytych zawale mięśnia sercowego a mężczyznami zdrowymi w zakresie jakości życia seksualnego

	Mężczyźni i chorzy		Mężczyźni i zdrowi		Z	P
	M	SD	M	SD		
Seksualna samoocena	14,670	3,190	21,530	1,610	-6,395	0,000
Zaabsorbowanie seksem	11,530	3,030	20,230	1,810	-6,551	0,000
Wewnętrzna kontrola seksualności	14,670	3,100	21,900	2,930	-6,159	0,000
Samoświadomość seksualna	16,500	2,370	21,600	2,470	-6,157	0,000
Motywacja do uprawiania seksu	14,730	3,660	19,030	3,800	-4,051	0,000
Stres związany z seksem	9,670	2,120	8,270	3,600	3,154	0,002
Asertywność seksualna	15,500	2,350	20,700	2,440	-5,698	0,000
Depresyjność na tle seksualnym	10,270	3,200	8,100	2,200	3,304	0,001
Zewnętrzna kontrola seksualności	10,200	1,950	9,300	2,910	1,118	0,264
Monitoring seksualny	10,470	3,780	16,070	5,380	-3,863	0,000
Lęk przed stosunkami seksualnymi	12,570	2,910	10,330	2,190	3,312	0,001
Satysfakcja z życia seksualnego	16,900	3,870	22,800	3,340	-5,582	0,000

Z danych zaprezentowanych w tabeli 5 wynika, że porównywane grupy różnią się istotnie w zakresie jedenastu spośród dwunastu skal Wielowymiarowego Kwestionariusza Seksualności WKS.

Mężczyźni po przebytych zawale serca charakteryzują się istotnie niższymi wynikami w takich skalach, jak: Samoocena seksualna, Zaabsorbowanie seksem, Wewnętrzna kontrola seksualna, Samoświadomość seksualna, Motywacja do uprawiania seksu, Asertywność seksualna, Monitoring seksualny i Satysfakcja z życia seksualnego, a jednocześnie wyższymi wynikami w takich skalach, jak: Stres związany z seksem, Depresyjność na tle seksualnym i Lęk przed stosunkami seksualnymi. Na tej podstawie można stwierdzić, że zgodnie z oczekiwaniami mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego przejawiają istotnie niższy poziom jakości życia seksualnego.

### **5.3. Rodzaj doświadczanych emocji u mężczyzn zdrowych i mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego**

Następnie weryfikacji poddano hipotezę 2, według której mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego w porównaniu z mężczyznami zdrowymi ujawniają niższy poziom emocji odczuwanych jako pozytywne i wyższy poziom emocji odczuwanych jako negatywne. Dane na ten temat zaprezentowano w tabeli 6.

Tabela 6. Różnice między mężczyznami po przebytych zawale mięśnia sercowego a mężczyznami zdrowymi w zakresie jakości życia seksualnego

Skale	Mężczyźni chorzy		Mężczyźni zdrowi		Z	p
	M	SD	M	SD		
Zainteresowanie	8,970	1,900	11,030	2,170	-3,846	0,000
Radość	9,270	2,260	10,570	2,180	-2,102	0,036
Zaskoczenie	6,500	1,700	7,830	3,290	-0,502	0,615
Smutek	5,970	1,430	6,630	1,380	-1,396	0,163
Złość/ gniew	7,070	1,200	8,030	3,070	-0,927	0,354
Wstręt	5,900	1,090	6,770	2,310	-1,324	0,185
Pogarda	6,070	1,720	5,830	3,030	-1,099	0,272
Wrogość (do siebie)	4,930	1,080	5,100	0,800	-0,910	0,363
Strach	5,700	1,530	5,770	2,250	-0,653	0,514
Wstyd	5,700	1,730	5,530	2,570	-0,555	0,579
Nieśmiałość	5,400	1,250	6,300	2,020	-1,617	0,106
Poczucie winy	6,530	1,740	7,530	2,010	-1,819	0,069

Na ich podstawie można stwierdzić, że porównywane grupy różnią się między sobą w zakresie dwóch spośród dwunastu skal Skali Zróżnicowanych Emocji: mężczyźni po przebytych zawale serca uzyskują istotnie niższe wyniki w skali Zainteresowanie i w skali Radość. Oznacza to, że mężczyźni chorzy istotnie rzadziej doświadczają takich emocji jak: zainteresowanie i radość. Wyniki te pozwalają zaobserwować pewną – choć nieistotną statystycznie – prawidłowość, zgodnie z którą mężczyźni zdrowi w porównaniu z mężczyznami po zawale serca intensywniej doświadczają na co dzień większości spośród dwunastu badanych emocji.

#### 5.4. Związki między rodzajem doświadczanych emocji a jakością życia seksualnego

W ostatnim kroku analizy statystycznej weryfikacji poddano hipotezę 3, według której istnieje związek między jakością życia seksualnego a rodzajem doświadczanych emocji. Analiza korelacji rho-Spearmana między wynikami Skali Zróżnicowanych Emocji SZE a wynikami Wielowymiarowego Kwestionariusza Seksualności WKS w grupie mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego (tabele 7a i 7b) ujawniła szereg istotnych zależności.

Tabela 7a. Współczynniki testu korelacji rho-Spearmana między rodzajem doświadczanych emocji a jakością życia seksualnego w grupie mężczyzn po przebytych zawale serca (n=30)

	Zainteresowanie	Radość	Zaskoczenie	Smutek	Złość/gniew	Wstręt
Seksualna Samoocena	<b>0,458*</b>	<b>0,650**</b>	0,343	0,014	<b>0,656**</b>	0,244
Zaabsorbowanie Seksem	-0,250	-0,044	0,232	0,027	0,269	0,201
Wewnętrzna kontrola seksualności	0,201	0,304	<b>0,553**</b>	<b>0,364*</b>	0,353	0,006
Samoświadomość Seksualna	<b>0,462*</b>	<b>0,405*</b>	0,235	0,150	<b>0,635**</b>	0,122
Motywacja do uprawiania seksu	0,187	0,341	<b>0,364*</b>	0,228	<b>0,530**</b>	0,074
Stres związany z seksem	<b>-0,475**</b>	<b>-0,430*</b>	0,248	0,229	-0,174	0,247
Asertywność Seksualna	<b>-0,426*</b>	-0,241	<b>0,413*</b>	0,14	0,05	<b>0,381*</b>
Depresyjność na tle seksualności	-0,127	-0,358	0,194	<b>0,471**</b>	<b>-0,495**</b>	-0,069
Zewnętrzna kontrola seksualności	-0,095	-0,041	0,352	0,183	-0,043	-0,215
Monitoring Seksualny	<b>-0,365*</b>	-0,326	0,263	0,205	-0,333	-0,06
Lęk przed stosunkami seksualnymi	-0,088	-0,218	<b>-0,579**</b>	-0,361	<b>-0,425*</b>	-0,272
Satysfakcja z życia seksualnego	<b>0,692**</b>	<b>0,611**</b>	-0,011	-0,154	<b>0,519**</b>	0,230

\* p<0,05

\*\* p<0,01

W grupie mężczyzn po zawale serca Seksualna samoocena koreluje dodatnio z Zainteresowaniem ( $\rho = 0,458$ ;  $p < 0,05$ ) i Radością ( $\rho = 0,650$ ;  $p < 0,001$ ), a także ze Złością/ gniewem ( $\rho = 0,656$ ;  $p < 0,01$ ). Oznacza to, że wyższej samoocenie seksualnej towarzyszy tendencja do częstszego doświadczania takich emocji jak zainteresowanie i radość, ale i złość/ gniew.

Tabela 7b. Współczynniki testu korelacji rho-Spearmana między rodzajem doświadczanych emocji a jakością życia seksualnego

	Pogarda	Wrogość (do siebie)	Strach	Wstyd	Nieśmiałość	Poczucie winy
Seksualna Samoocena	0,090	-0,027	0,215	-0,272	-0,331	0,193
Zaabsorbowanie Seksem	-0,014	0,299	0,120	0,292	0,192	-0,152
Wewnętrzna kontrola seksualności	0,140	0,109	0,125	-0,107	-0,132	<b>0,544**</b>
Samoświadomość Seksualna	-0,058	-0,015	0,073	-0,151	-0,257	0,211
Motywacja do uprawiania seksu	0,123	0,148	0,282	-0,053	-0,213	0,145
Stres związany z seksem	0,062	<b>0,504**</b>	0,137	<b>0,440*</b>	0,311	0,207
Asertywność Seksualna	0,197	<b>0,415*</b>	0,243	<b>0,368*</b>	<b>0,548**</b>	-0,012
Depresyjność na tle seksualności	0,205	0,315	0,356	0,316	0,343	<b>0,423*</b>
Zewnętrzna kontrola seksualności	0,177	<b>0,418*</b>	0,283	0,023	0,114	<b>0,526**</b>
Monitoring Seksualny	0,212	<b>0,557**</b>	0,125	0,240	0,322	0,243
Lęk przed stosunkami seksualnymi	-0,227	-0,172	-0,146	-0,128	-0,046	-0,267
Satysfakcja z życia seksualnego	-0,235	-0,187	0,193	<b>-0,395*</b>	<b>-0,430*</b>	0,020

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

Wewnętrzna kontrola seksualności wiąże się dodatnio ze Smutkiem ( $\rho = 0,364$ ;  $p < 0,05$ ) i Zaskoczeniem ( $\rho = 0,553$ ;  $p < 0,01$ ), a także z Poczuciem winy ( $\rho = 0,544$ ;  $p < 0,01$ ). Na tej podstawie można stwierdzić, że mężczyźni, charakteryzujący się wewnętrzną kontrolą seksualną częściej doświadczają zaskoczenia, smutku i poczucia winy.

Samoświadomość seksualna koreluje dodatnio z Zainteresowaniem ( $\rho = 0,462$ ;  $p < 0,05$ ) i Radością ( $r = 0,405$ ;  $p < 0,05$ ), a także ze Złością/ gniewem ( $\rho = 0,635$ ;  $p < 0,001$ ). Zatem wyższa samoświadomość seksualna sprzyja odczuwaniu zainteresowania i radości, ale również złości/ gniewu.

Motywacja do uprawiania seksu jest dodatnio skorelowana z Zaskoczeniem ( $\rho = 0,364$ ;  $p < 0,05$ ) i Złością/ gniewem ( $\rho = 0,530$ ;  $p < 0,01$ ). Co oznacza, że wraz ze wzrostem



częstości doświadczania zaskoczenia i złości/ gniewu rośnie motywacja do uprawiania seksu.

Stres związanym z seksem koreluje ujemnie z Zainteresowaniem ( $\rho = -0,475$ ;  $p < 0,01$ ) i Radością ( $\rho = -0,430$ ;  $p < 0,05$ ), a także dodatnio z Wrogością do siebie ( $\rho = 0,504$ ;  $p < 0,01$ ) i Wstydem ( $\rho = 0,440$ ;  $p < 0,05$ ). Oznacza to, że im silniejszy stres związany z seksem, tym rzadziej doświadczane są takie emocje jak zainteresowanie i radość, i częstsze doświadczanie takich emocji, jak wrogość do siebie i wstyd.

Asertywność seksualna koreluje ujemnie z Zainteresowaniem ( $\rho = -0,426$ ;  $p < 0,05$ ), a także dodatnio, z Zaskoczeniem ( $\rho = 0,413$ ;  $p < 0,05$ ), Wstrętem ( $\rho = 0,381$ ;  $p < 0,05$ ), Wrogością do siebie ( $\rho = 0,415$ ;  $p < 0,05$ ) i Wstydem ( $\rho = 0,368$ ;  $p < 0,05$ ), i Nieśmiałością ( $\rho = 0,548$ ;  $p < 0,01$ ). Pozwala to stwierdzić, że asertywności w sprawach związanych z seksem sprzyja częstość odczuwania takich emocji, jak: zaskoczenie, wstręt, wrogość do siebie i wstyd.

Depresyjność na tle seksualności jest dodatnio skorelowana ze Smutkiem ( $\rho = 0,471$ ;  $p < 0,01$ ) i Poczuciem winy ( $\rho = 0,423$ ;  $p < 0,05$ ) oraz ujemnie ze Złością/gniewem ( $\rho = -0,495$ ;  $p < 0,01$ ). Oznacza to, że im częściej mężczyźni doświadczają smutku i poczucia winy, tym bardziej są depresyjni na tle seksualności.

Skala zewnętrznej kontroli seksualności koreluje dodatnio z Wrogością do siebie ( $\rho = 0,418$ ;  $p < 0,05$ ) i Poczuciem winy ( $\rho = 0,526$ ;  $p < 0,01$ ). Można przez to rozumieć, że doświadczanie wrogości do siebie i poczucia winy towarzyszy silniejszemu poczuciu, że kontrolowanie seksualności nie leży w mocy jednostki

Ujemna korelacja Monitoringu seksualnego z Zainteresowaniem ( $\rho = -0,365$ ;  $p < 0,05$ ) i dodatnia z Wrogością do siebie ( $\rho = 0,557$ ;  $p < 0,01$ ) sugerują, że wraz ze spadkiem częstotliwości doświadczania zainteresowania i wzrostem częstotliwości doświadczania wrogości do siebie rośnie tendencja do koncentracji na tym, jak inni postrzegają życie seksualnego jednostki.

Lęk przed stosunkami seksualnym wiąże się ujemnie z Zaskoczeniem ( $\rho = -0,579$ ;  $p < 0,001$ ) i ze Złością/ gniewem ( $\rho = -0,425$ ;  $p < 0,05$ ). Oznacza to, że mężczyźni obawiający się stosunków seksualnych rzadziej doświadczają zaskoczenia oraz złości/ gniewu.

Ogólna satysfakcja z życia seksualnego koreluje dodatnio z Zainteresowaniem ( $\rho = 0,692$ ;  $p < 0,001$ ), Radością ( $r = 0,611$ ;  $p < 0,001$ ) i Złością/ gniewem ( $\rho = 0,519$ ;  $p < 0,01$ ), a także ujemnie ze Wstydem ( $\rho = -0,395$ ;  $p < 0,05$ ) i Nieśmiałością ( $\rho = -0,430$ ;  $p < 0,05$ ). Na tej podstawie można stwierdzić, że im wyższa satysfakcja z życia seksualnego u badanych mężczyzn, tym częściej doświadczają zainteresowania, radości i złości/ gniewu, a rzadziej wstydu i nieśmiałości.

## 5.5. Dyskusja wyników

Celem przedstawionych badań było ustalenie emocjonalnych uwarunkowań jakości życia seksualnego mężczyzn po przebytym zawale mięśnia sercowego. Weryfikacji poddano

trzy hipotezy. Według pierwszej z nich mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego ujawniają niższy poziom jakości życia seksualnego. Wyniki badań potwierdziły tę hipotezę. Mężczyźni z grupy badawczej w porównaniu z mężczyznami zdrowymi charakteryzowali się: słabszą tendencją do pozytywnej oceny swojej sprawności w kontaktach seksualnych, słabszą tendencją do myślenia na tematy związane z seksem, słabszym przekonaniem o możliwości decydowania o seksualnej sferze życia, mniejszą skłonnością do refleksji i przemyśleń związanych z seksualnym funkcjonowaniem, słabszą motywacją do angażowania się w kontakty seksualne, silniejszą skłonnością do przeżywania napięcia, niepokoju i dyskomfortu w związku z seksualnym wymiarem swojego życia, mniejszą asertywnością w aspektach, dotyczących wyrażania seksualnych potrzeb, doświadczaniem takich uczuć, jak: przygnębienie i smutek w odniesieniu do seksualnej aktywności, słabszą skłonnością do zwracania uwagi na to, jakie wrażenie robi na innych własna aktywność seksualna, silniejszym lękiem przed angażowaniem się w kontakty seksualne i generalnie niższym poziomem zadowolenia z seksualnej sfery życia.

Niższa samoocena i zadowolenie są wynikiem ubytku zdrowotnego, który jest nie tylko przyczyną szybszej (większej) męczliwości, ale i przewagi negatywnych cech określających własną osobę. Wszystko to przekłada się na gorsze samopoczucie, niski poziom zdolności do kontroli wewnętrznej, a także na większą wrażliwość na stres, oraz podatność doświadczania lęku i obniżonego nastroju. Niski poziom satysfakcji z życia seksualnego zarejestrowany u osób z grupy badawczej stanowi również sygnał braku wiary w siebie i bierności, która przeważa nad aktywnym trybem życia. Jest to efekt tak zwanych „przywilejów chorobowych”, które stanowią pułapkę dla ludzi zmagających się z chorobą i powodują w nich niekorzystne zmiany, takie jak: rozleniwienie, uzależnienie od personelu medycznego, roszczeniowy stosunek do otoczenia, pogorszenie relacji z innymi ludźmi. Ustalenia te znajdują potwierdzenie we wcześniejszych badaniach, prowadzonych w ramach psychologii emocji i motywacji, psychologii osobowości i psychologii zdrowia (Tylka, 2000; Zdrojewicz, 2008; Gasiul, 2007).

Według hipotezy 2 mężczyźni po przebytych zawale serca różnią się od mężczyzn zdrowych pod względem doświadczanych emocji. Hipoteza ta potwierdziła się częściowo, jedynie w odniesieniu do emocji odczuwanych jako pozytywne. Badania wykazały, że mężczyźni z grupy badawczej istotnie rzadziej doświadczają takich emocji jak zainteresowanie i radość. Świadomość choroby i wynikająca z tego niepewność co do przyszłości, a także konieczność stałego przyjmowania leków, okresowe wizyty kontrolne u lekarza specjalisty (kardiologa) znajduje wyraz w swoistym „przytępieniu” emocjonalnym, ale też prowadzi do obniżenia życiowego optymizmu. Postawa taka odbija się również na jakości życia pacjentów po przebytych zawale serca (Tylka, 2000; Dolinska-Zygmunt, Nomejko, 2012).

Według ostatniej trzeciej hipotezy należało oczekiwać, że istnieje związek między jakością życia seksualnego a rodzajem doświadczanych emocji. Hipoteza ta została potwierdzona częściowo. Ujawnione w badaniach związku pomiędzy jakością życia

seksualnego a rodzajem doświadczanych u mężczyzn zmagających się z chorobą wieńcową serca są wynikiem uszczerbku na zdrowiu. W codziennym życiu towarzyszy im świadomość zagrożeń związanych z chorobą oraz wynikających z tego ograniczeń w funkcjonowaniu w życiu społecznym. Uzyskane przez nas wyniki wpisują się w dotychczasowy kierunek badań (Tylka, 2000; Juczyński, 1999; Wojciszke, 2006; Puchalski, 2013).

Podsumowując można stwierdzić, że zmaganie się z chorobą wieńcową serca jest schorzeniem, które stanowi nie tylko poważne zagrożenie dla zdrowia somatycznego, ale dotyka też sfery psychicznej, emocjonalnej. Fakt przebytego zawału oraz pozawałowa niewydolność serca mogą potęgować zaburzenia funkcji seksualnych, wpływać negatywnie na życie płciowe, a co za tym idzie na relacje z partnerem. Satysfakcja z życia seksualnego i spełnienie seksualne są pozytywnie skorelowane z jakością życia w ogóle. Jako że przyczyną niskiej jakości życia seksualnego mężczyzn z chorobą wieńcową są dysfunkcje seksualne powiązane z „przytępną” zdolnością doświadczania różnych rodzajów emocji, należy założyć, że skuteczna psychoterapia, nakierowana na „uwolnienie” emocji, może w istotny sposób przyczynić się do podniesienia poziomu jakości życia pacjentów po przebytym zawale mięśnia sercowego.

#### **Bibliografia:**

- Ackerman, B. P., Abe, J.A., Izard, C. E. (1998). *Differential emotions theory and emotional development: Mindful of modularity*, (w:) M. F. Mascolo, S. Griffin (red.), *What develops is emotional development?* (s. 85-106). New York: Plenum Press.
- Arrington, R., Cofrances, J., Wu, A. (2004), Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research*, 13, 1643-1658.
- Baker, C. A. (1993). *Cognitive-behavioural model for the formulation and treatment of sexual Dysfunction*, (w:) J. Ussher, C. Baker (red.), *Psychological perspectives on sexual problems: new directions in theory and practice* (s. 110-128). London: Routledge.
- Dolińska-Zygmunt, G., Nomejko, A. (2012). *Satysfakcja seksualna i samoocena a poczucie jakości życia*, (w:) J. Miniszewska, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 171-180). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Drory, Y., Shapira, I., Pines, E. Z. (1995). Myocardial ischaemia during sexual activity in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 75, 835-837.
- Empana, J. P., Jouven, X., Lemaitre, R. N. (2006). Clinical depression and risk of out-of-hospital cardiac arrest. *Archives of Internal Medicine*, 166, 195-200.
- Engel, B. T. (1987). Cardiovascular reactivity as behavior. *American Journal of Cardiology*, 60, 31-81.
- Filipiak, K. J. (2009). *Problem dysfunkcji erekcji - okiem kardiologa*, (w:) Z. Lew-Starowicz, A. Mamcarz, P. Radziszewski, K.J. Filipiak, B. Puchalski, J. Szeligowska (red.), *Kardioseksuologia* (s. 95-101). Warszawa: Oficyna Wydawnicza Medical Education.

- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- Foxwell, R., Morley, C., Frizelle, D. (2013). Illness perceptions, mood and quality of life: a systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 211-222.
- Gasiul, H. (2007). *Teorie emocji i motywacji*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Glass, D. C. (1977). Stress behavior patterns and coronary artery disease. *North American Journal of Medical Sciences*, 65, 177-187.
- Heszen, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: PWN.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E., Ackerman, B. P. (2005). *Motywacyjne, organizacyjne i regulujące funkcje odrębnych emocji*, (w:) M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 327-341). Gdańsk: GWP.
- Jaarsma, T., Dracup, K., Walden, J. (1996). Sexual function in patients with advanced heart failure. *Heart Lung*, 25, 262-270.
- Jackson, G., Rosen, R. C., Kloner, R. A., Kostis, J. B. (2006). The Second Princeton Consensus on Sexual Dysfunction and Car-diac Risk: New Guidelines for Sexual Medicine. *The Journal of Sexual Medicine*, 3, 28-36.
- Juczyński, Z. (1999). Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 43.
- Kruhn, J. G., Thurman, A. E., Chandler, B. C., Bruce, A. (1970). Patients reactions to death in a coronary care unit. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 65-75.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress. Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazaurs, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-22.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10*. Rozdział 5. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1994, s. 32.
- Muller, J. E., Mittleman, M. A., Maclure, M. (1996). Determinants of Myocardial Infarction Onset Study investiga-tors: triggering of acute myocardial infarction by sexual activity. Low absolute risk and prevention by regular physical exertion. *American Journal of Cardiology*, 275, 1405-1409.
- Puchalski, B., Szymański, F. M., Kowalik, R., Filipiak, K. J. (2013b). Ocena zachowań seksualnych mężczyzn w ciągu pierwszych 9 miesięcy po zawale serca, *Seksuologia Polska*, 11, 22-45.
- Puchalski, B., Szymański, F., Kowalik, R., Filipiak K. J. (2013a). Dysfunkcje seksualne u mężczyzn w ciągu pierwszych 9 miesięcy po przebytych zawale serca. *Psychiatria Polska*, 47, 811-850.

- Roose, S. P., Seidman, S. N. (2000). Sexual activity and cardiac risk: is depression a contributing factor? *American Journal of Cardiology*, 86, 38-40.
- Rosen, C., Bachmann, G. (2008). Sexual Well-Being, Happiness, and Satisfaction, in Women: The Case for a New Conceptual Paradigm, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 291-297.
- Ruzic, A., Persic, V., Miletic, B. (2007). Erectile dysfunction after myocardial infarction - myth or a real problem? *Collegium Antropologicum*, 1, 185-188.
- Schwarz, E. R., Kapur, V., Bionat, S. (2008). The Prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *International Journal of Impotence Research*, 20, 85-91.
- Shipper, H. (1990). Quality of life: principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychological Oncology*, 8, 171-185.
- Szyguła-Jurkiewicz, B., Szymik, M., Mrozowska, B., Schmidt, B., Michalak, A. (2011). Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje ostrego zawału serca. Leki psychotropowe u chorych po ostrym zawale serca. *Choroby Serca i Naczyń*, 8 (2), 62-68.
- Szymański, F. M., Filipiak, K. J., Hryniewicz-Szymańska, A. (2011). The high risk of obstructive sleep apnea - an independent risk factor of erectile dysfunction in ST segment elevation myocardial infarction patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 1434-1438.
- Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.
- Vacanti, L. J., Caramelli, B. (2005). Age and psychologic disorders. Variables associated to post-infarction sexual dysfunction. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 85, 110-114.
- Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior*, 27 (3), 295-307.
- Snell, W. E., Fisher, T. D., Walters, A. S. (2001). *The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality*, (w:) W.E. Snell, Jr. (ed.), *New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory*. Cape Girardeau, MO: Snell Publications.  
WEB: <http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>.
- Wojciszke, B. (2006). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Zdrojewicz, Z. (2013). Zaburzenia erekcji a choroby układu krążenia. *Seksuologia Polska*, 11(1), 29-39.
- Zdrojewicz, Z., Lelakowska, K. (2006). Rola stresu w problemach, zaburzeniach i preferencjach seksualnych. *Seksuologia Polska*, 4(2), 69-79.

Dr Aneta Sylwia Baranowska  
*Akademia im. Jakuba z Paradyża*  
*w Gorzowie Wielkopolskim*

## **Problemy zdrowia psychicznego migrantów w kraju przyjmującym.**

Rozważania teoretyczne

### **Wprowadzenie**

Jedną ze znamienitych cech współczesnego świata stanowią migracje zagraniczne, definiowane w literaturze przedmiotu jako „przemieszczenia się w celu zmiany miejsca zamieszkania” (Okólski, 2004, s. 82). Z najnowszego raportu ONZ zatytułowanego *Trends in International Migrant Stock: The 2015 Revision* wynika, że w 2015 roku 244 milionów osób, czyli 3,3 % ludności świata, mieszkało poza swoim krajem pochodzenia. To o 41% więcej niż w 2000 roku, co z kolei oznacza, że liczba migrantów międzynarodowych na przestrzeni ostatnich 15 lat wzrosła szybciej niż ludności świata. Coraz częściej podkreśla się zatem, że migracje w XXI wieku uzyskały znaczenie bezprecedensowe (Szymańska-Zybertowicz, 2011, s. 221), że „dzisiejszy świat jest w ruchu na skalę nieznaną w historii” (Kapuściński, 2006, s. 33).

Współczesne migracje stanowią wielowymiarowy proces wywoływany przez systemy gospodarczo-polityczne poszczególnych państw, relacje i stosunki międzynarodowe, ewolucję praw człowieka, a także stan środowiska naturalnego, miejscowych warunków życia i edukacji (Knopek, 2008, s. 19). Dzisiejsza „planetarna gorączka migracyjna” (Kapuściński, 2006, s. 34) jest zazwyczaj odpowiedzią lokalnej społeczności na coraz bardziej pogarszającą się sytuację egzystencjalną w miejscu zamieszkania, brak perspektyw podjęcia zatrudnienia oraz znikome szanse dalszego rozwoju (Praszałowicz, 2008, s. 53).

Migranci przybywający do krajów przyjmujących pragną zmienić swoją aktualną sytuację życiową, spełnić marzenia, odnieść sukces. Nie ulega wątpliwości, że migracja niesie ze sobą wiele pozytywnych implikacji dla przemieszczającej się jednostki. Migrant osiedlając się za granicą może otrzymać lepiej płatną pracę i osiągnąć zarobki intensyfikujące poczucie bezpieczeństwa materialnego oraz pozwalające na wyższy niż w kraju macierzystym standard życia (Kawczyńska-Butrym, 2009, s. 13). Ponadto pobyt za granicą stwarza sposobność do: poznania języka obcego, nawiązania nowych kontaktów; rozwijania przedsiębiorczości; poszerzania horyzontów; zwiększenia poczucia odpowiedzialności za swoje życie, poczucia sprawstwa, wiary we własne siły, związanej z przeświadczeniem, że

można sobie poradzić z doświadczanymi trudnościami (Cymanow, 2011, s. 37-38; Chodubski, 2013, s. 20).

Niestety przebywanie w obcym środowisku społeczno-kulturowym generuje również prawdopodobieństwo wynarodowienia, oderwania się migrantów od więzi rodzinnych i środowiskowych, a także wystąpienia problemów zdrowotnych. Migracja stanowi na ogół stresujące wydarzenie w biografii przemierzającej się jednostki, powodując wysoki poziom obciążenia emocjonalnego i fizycznego, ale także wysoki poziom ryzyka utraty zdrowia, zwłaszcza psychicznego (Kawczyńska-Butrym, 2011, s. 113). Problem ten wynika głównie z doświadczanych przez migrantów trudności adaptacyjnych, związanego z tym szoku kulturowego, braku migracyjnych sieci wsparcia, ale także cech osobowościowych migrantów.

### 1. Trudności adaptacyjne doświadczane przez migrantów w kraju przyjmującym

Migranci po przybyciu do kraju przyjmującego stoją przed koniecznością odnalezienia się w nowym otoczeniu. Proces ten w literaturze przedmiotu określany bywa jako adaptacja i polega na „nabywaniu cech, właściwości i umiejętności, pozwalających sprawnie funkcjonować w danej, nowej sytuacji” (Włodarczak, 2005, s. 3). Przystosowywanie się do nowego środowiska społeczno-kulturowego nie jest łatwym zadaniem, ponieważ wiąże się z doświadczaniem przez migrantów wielu trudności adaptacyjnych, które nie pozostają bez wpływu na ich funkcjonowanie psychiczne. Trudności te implikują niepokój o przyszłość, niskie poczucie własnej wartości, brak wiary we własne możliwości, dezorientację, co często prowadzi do depresji, bierności i wycofania się z kontaktów społecznych (Janeta, 2011, s. 262; Biłas, Kobyłecki, 2011, s. 36). Charakterystyczne dla migrantów przeżywających trudności adaptacyjne są także, jak wynika z badań, nerwice lękowe, zmiany samopoczucia, chroniczna apatia, rozdrażnienie, zdenerwowanie, bezsenność, bezsilność, a także tzw. somatyzacja sytuacji psychospołecznej człowieka, oznaczająca m.in. nawracające, w sytuacji stresującej, bóle brzucha, bóle głowy, bóle kończyn, zmęczenie, problemy ze snem, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, dolegliwości moczowo-płciowe (*International Centre for Migration and Health*; Kawczyńska-Butrym, 2010, s. 92-93).

Jedną z trudności adaptacyjnych doświadczanych przez migrantów jest niezbyt przychylny do migrantów stosunek społeczeństwa przyjmującego. Rodzima ludność często wyraża wobec obcych „niezadowolenie społeczne” czy „utajony brak zaufania” (Scheffer, 2010, s. 18), obawiając się „tworzenia przez nich zamkniętych enklaw kulturowych i społecznych w kraju pobytu, nacechowanych wrogością do społeczeństw przyjmujących” (Gocalski, 2009, s. 37). Lęki te zazwyczaj wynikają z postrzegania cudzoziemców przez pryzmat stereotypów, zawierających wiedzę powierzchowną, na podstawie której dokonuje się nieuzasadnionej generalizacji bezpodstawnej oceny zjawisk czy ludzi (Struś, Więckowska, 2001, s. 71). Stereotypy te prowadzą do przypisywania obcokrajowcom

negatywnych cech i marginalizowania ich pozycji w społeczeństwie (Szkudlarek, Garbicz, s. 227).

Migranci stykają się często z dyskryminacją ze strony członków społeczeństwa przyjmującego, z „wszelkim zróżnicowaniem, wykluczeniem, ograniczeniem lub uprzywilejowaniem z powodu rasy, koloru skóry, urodzenia, pochodzenia narodowego lub etnicznego, które ma na celu lub pociąga za sobą przekreślenie bądź uszczuplenie uznania, wykonywania lub korzystania na zasadzie równości z praw człowieka i podstawowych wolności w dziedzinie politycznej, administracyjnej, gospodarczej, społecznej i kulturalnej lub w jakiegokolwiek innej dziedzinie życia publicznego” (Międzynarodowa Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej z 1966 r.; Dz. U. z 1969 r. nr 25, poz. 187). Jak zauważa Piotr Wojnicz „będąc etnicznie i kulturowo ‘obcym’ migrant automatycznie staje się łatwym obiektem dyskryminacji i nadużyć” (Wojnicz, 2014, s. 36). Wobec migrantów zazwyczaj stosowane są wszystkie praktyki dyskryminacyjne wskazane przez Radę Europy, a mianowicie: dyskryminacja bezpośrednia (np. nieżyczliwe traktowanie w urzędach), dyskryminacja pośrednia (mechanizmy rynku pracy np. niskie zarobki) oraz molestowanie (np. ataki na tle rasowym czy otwarta wrogość związana z akcentem) (Iglicka, 2003, s. 16). W przypadku migrantów mówi się często o dyskryminacji wielokrotnej, krzyżowej lub związanej. Występuje ona, gdy „różne przesłanki dyskryminacji sumują się, wchodzą z sobą w interakcje, tworząc nowy, charakterystyczny system wykluczeń”. Cudzoziemcy mogą doświadczać dyskryminacji z powodu przynależności etnicznej lub narodowej, ale także każdej innej cechy, np. płci, sprawności, orientacji seksualnej, statusu ekonomicznego; dodatkowo ze względu na te różne cechy łącznie. Najbardziej rozpoznaną i najczęściej wymienianą grupą podatną na dyskryminację są pochodzące z mniejszości etnicznych kobiety (Cieślakowska, 2014, s. 323).

Migranci doświadczają również trudności w funkcjonowaniu na rynku pracy. Mają oni na ogół problem ze znalezieniem zatrudnienia z powodu przynależności do określonej płci kulturowej, rasy, grupy mniejszościowej oraz z racji nie zawsze uregulowanej sytuacji prawnej (Castles, Miller, 2011, s. 43). Doświadczają często zjawiska segmentacji na rynku pracy. W praktyce oznacza ono, że szanse na uzyskanie pracy zależą nie tylko od zasobów ludzkich np. wykształcenia, kompetencji miękkich, ale również od kulturowych uwarunkowań związanych z płcią, rasą, pochodzenia etnicznego i statusu prawnego (Castles, Miller, 2011, s. 293). Jednym z podstawowych standardów ochrony praw człowieka, pojmowanych jako prawa społeczne, jest uprawnienie pracowników migrujących i członków ich rodzin do równego traktowania (Świątkowski, 2008, s. 2). Ze statystyk dotyczących sytuacji imigrantów na rynku pracy wynika, że „wskaźnik bezrobocia (uznawany często za wyjściowy wskaźnik oceny położenia społeczno-ekonomicznego) w latach 2008–2012 wzrósł w kategorii cudzoziemców o 5% (z poziomu 8,1% w 2008 roku do poziomu 12,9% w 2012 roku), w porównaniu z 3% wzrostu w kategorii obywateli danego kraju (urodzonych na jego terenie) – z poziomu 5,4% w 2008 roku do poziomu 8,7% w 2012 roku. A zatem narastającym



problemem staje się zjawisko wzrostu poziomu bezrobocia długoterminowego o ponad 10% w ciągu wspomnianych 4 lat” (Smolarkiewicz, 2014b, s. 138-139).

W przypadku, gdy migrantom uda się podjąć pracę to wykonują oni najczęściej zajęcia poniżej swoich kwalifikacji. W literaturze przedmiotu zjawisko to określane jest jako marnotrawienie mózgow (ang. *brain waste*) lub deprecjacja kwalifikacji (ang. *deskilling*) (Puzio-Włocławik, 2010, s. 180; Tarasiewicz, 2013, s. 150). Warto nadmienić, że migranci podejmują zazwyczaj najcięższe i mało popularne zajęcia. Cudzoziemcy zdobywają zatrudnienie najczęściej w trudnych, niskopłatnych i niebezpiecznych pracach, w usługach domowych, na stanowiskach w nieformalnym sektorze gospodarki; w branżach o silnej sezonowej fluktuacji np., w rolnictwie; w robotach drogowych i w budownictwie; w hotelach; w restauracjach i w innych usługach związanych z turystyką; zawodach związanych z utrzymaniem czystości. Migranci wypełniają zatem nisze, których nie może lub nie chce z różnych powodów zapełnić rodzima ludność (Samoraj, 2008, s. 132).

Kolejną trudność adaptacyjną stanowi niski stopień znajomości przez nich języka rodzimego kraju, do którego wyemigrowali. Niedostateczna umiejętność posługiwania się językiem ojczystym kraju przyjmującego stanowi katalizator trudności, ponieważ niemożliwe jest funkcjonowanie we wszystkich sferach życia za granicą bez zdolności władania językiem obcym (Sobczak, Sokołowska, 2008, s. 47). Cudzoziemcy, którzy mają problem z wysławianiem się w nowym języku bywają z reguły postrzegani przez ludność przyjmującą jako gorzej przygotowani zawodowo i mniej inteligentni, co prowadzi często do ich społecznej i zawodowej deklasacji i utrudnia im adaptację do nowych warunków egzystencji oraz integrację z obywatelami kraju przyjmującego (Kubitsky, 2012, s. 40).

Migranci na ogół nie znają również zasad rządzących komunikacją niewerbalną i relacyjną w nowej kulturze (Chutnik, 2007, s. 29). Cechuje ich także brak umiejętności przejawiania postaw etnorelatywnych, polegających na uważnym przyglądaniu się interakcjom między członkami ludności przyjmującej i wyciąganiu z nich wniosków, a następnie na próbach ich naśladowania, czyli zastosowania ich w komunikacji z reprezentantami społeczeństwa goszczącego (Kownacka, 2008, s. 46-47).

Ponadto migranci często muszą się przyzwyczaić do innego klimatu i nawyków żywieniowych, uregulować formalności prawne, co przy braku znajomości języka kraju emigracji stanowi dla nich duże wyzwanie. Bolesna dla migrantów jest również tęsknota za bliskimi, pozostałymi w kraju pochodzenia. Dla większości migrantów uważana bywa za największy „koszt psychologiczny”, ponoszony w związku ze zmianą miejsca zamieszkania. Jest ona tym większa, im silniejsze były relacje rodzinne migranta oraz gdy wyjazd zagraniczny z założenia trwać ma długi okres. Tęsknota zniechęca do aktywności np. poznawania nowej kultury, nowych osób. Uczucie tęsknoty jest charakterystyczne przede wszystkim dla migrantów wyjeżdżających samotnie lub posiadających w kraju macierzystym dzieci (Bartosik-Purgat, 2006, s. 188).

## 2. Szok kulturowy

Znalezienie się w obcym kulturowo środowisku powoduje, że migranci doświadczają także szoku kulturowego, określanego inaczej jako stres akulturacyjny (*ang. culture shock*), szok językowy (*language shock*), szok związany z rolą (*role shock*) czy „zmęczenie kulturą” (*culture fatigue*) (Grzymała-Moszczyńska, 2014, s. 53). Stanowi on „rezultat napotykanym w kulturze przyjmującej trudności, a jego istotą staje się doświadczanie nieprzyjemnych emocji, które kumulując się, owocują pogorszeniem ogólnego samopoczucia i satysfakcji z życia i co za tym idzie całości funkcjonowania człowieka” (Bochner, za: Olczak, 2006, s. 42). Jest on dynamicznym, aktywnym procesem radzenia sobie ze zmianą (Chutnik, 2007, s. 81), negatywną reakcją na nową kulturę (Chutnik, 2007, s. 89).

Szok kulturowy przejawia się:

- a) napięciem spowodowanym wysiłkiem koniecznym do przystosowania się do zmian,
- b) poczuciem straty i deprivacji w odniesieniu do przyjaciół oraz statusu społeczno-ekonomicznego,
- c) poczuciem odrzucania członków nowej kultury (lub bycia przez nich odrzuconym),
- d) dezorientacją z powodu nowej roli, oczekiwań z nią związanych, wartości i własnej tożsamości,
- e) zdziwieniem, lękiem, a nawet niesmakiem po uświadomieniu sobie różnic kulturowych,
- f) uczuciem niemożności poradzenia sobie z nowym środowiskiem (Taft, za: Grzymała-Moszczyńska, 2014, s. 53).

W literaturze przedmiotu wskazuje się również na następujące, bardziej szczegółowe symptomy szoku kulturowego, takie jak: znudzenie otoczeniem, ogólny niepokój i nieufność, ekstremalne reakcje na nieistotne sprawy, zmniejszony apetyt, unikanie kontaktu z innymi ludźmi, zwłaszcza z osobami poza swojego kręgu kulturowego (Chutnik, 2007, s. 89), przeciążenie układu nerwowego i zmęczenie, mniejsza odporność psychiczna (Olczak, 2006, s. 53), wzmożona troska o czystość jedzenia, picia, miejsca do spania – strach przed przedmiotami znajdującymi się obok; nasilające się rozczarowanie, niezadowolenie, złość, dezorientacja, frustracja, niecierpliwość, nieustająca krytyka nowego otoczenia, rozwijanie negatywnych stereotypów o nowej kulturze; brak chęci do poznania języka kraju przyjmującego, do poznania zwyczajów obchodzonych w nowej kulturze; chęć powrotu, duża identyfikacja z rodzimym krajem; choroba domowa (*homesickness*) – silna tęsknota za domem, chęć powrotu do niego; alergie, brak poczucia bezpieczeństwa; bóle głowy; napady płaczu (Bartosik-Purgat, 2006, s. 181-182; Hawrysz, 2009, s. 251-252).

Szok kulturowy od lat 50. ubiegłego wieku stanowi przedmiot badań psychologów międzykulturowych. Zapoczątkował je Sverre Lysgaard, stwarzając model szoku kultu-

rowego jako emocjonalnej reakcji na pobyt w innym otoczeniu kulturowym. Na podstawie dociekań empirycznych, przeprowadzonych na pochodzących ze Skandynawii stypendystach Fulbrighta w Stanach Zjednoczonych, zaproponował krzywą przystosowania, do nowych warunków życia, w kształcie litery „U”. Stwierdził, że studenci przebywający w USA przez okres 6-18 miesięcy byli znacznie mniej zaadaptowani niż ci, którzy mieszkali tam mniej niż 6 miesięcy lub więcej niż 18 miesięcy. Koncepcję tę rozbudował antropolog Kalervo Oberg, przedstawiając 5 lat później – w 1960 roku – fazy reakcji emocjonalnych, związanych z pobytem za granicą. Badacz posługiwał się tym terminem opisując sytuację pracowników amerykańskich w Brazylii, którzy po zmianie kraju zamieszkania mieli poważne i długotrwałe problemy w przystosowaniu się do nowych warunków życia. Oberg utożsamiał szok kulturowy z „chorobą mentalną” o przejściowym charakterze, polegającą na emocjonalnej dezorientacji, którą trzeba leczyć (Simpson, 2014, s. 557). W zaproponowanym przez niego modelu można wyróżnić następujące fazy szoku kulturowego:

- 1) Fazę „miesiąca miodowego” – trudności związane ze zmianą miejsca zamieszkania są praktycznie nieodczuwalne, a jeśli bywają zauważane to traktowane z humorem, jako część egzotyki obcej kultury. Długość tej fazy koreluje z ilością zasobów psychologicznych, ekonomicznych i społecznych, jakie posiada migrant. Im ma ich więcej, tym opisana faza trwa dłużej.
- 2) Fazę szoku – z czasem migrant zaczyna odczuwać zmęczenia, powoli dociera do niego, że jego nowa sytuacja życiowa nie jest chwilowa i wymaga zmierzenia się z nieznanymi problemami. Zmęczenie i stres kumulują się coraz bardziej komplikując położenie jednostki. Z każdym dniem imigrant coraz dotkliwiej odczuwa trudności adaptacyjne, a jego zasoby do radzenia sobie z nimi wyczerpują się. Powyższe trudności wywołują u jednostki szok. W tym czasie nasila się u niej przeciążenie fizyczne i psychiczne, pojawia się napięcie czy ryzykowne zachowania. Imigranci w tej fazie często cierpią na „chorobę emigracyjną” lub „syndrom emigranta” (Kownacka, 2006, s. 55-56), określane jako „zespół chorobowy, charakteryzujący się występowaniem stanów depresyjnych, mogących prowadzić nawet do samobójstwa, częstymi atakami płaczu, zwłaszcza na wspomnienie domu rodzinnego i dzieci, lękiem o przyszłość” (Misiak, za: Kawczyńska-Butrym, 2009, s. 93).
- 3) Fazę adaptacji/zdrowienia – z czasem sytuacja migranta zaczyna się stabilizować i poprawiać. Jest to rezultat odpoczynku, uprzedniego wycofania się z życia społecznego, pogodzenia się z tym, że wyobrażenia dotyczące egzystencji w nowym kraju nie ziściły się. Migrująca jednostka zaczyna powoli organizować sobie życie na nowo. Odkrywa swoje zasoby, nawiązuje nowe znajomości i poznaje nowe miejsca, którymi stara się zastępować te utracone.
- 4) Fazę mistrzostwa/dwukulturowości – migrant poznaje kulturę kraju przyjmującego, uzyskuje akceptację społeczeństwa goszczącego, zdobywa kompetencje międzyculturowe (Kownacka, 2006, s. 55-57).

Szok kulturowy jest „doświadczeniem głęboko indywidualnym – nie wszyscy migranci go doświadczają, a zarazem każda jednostka przeżywa go w inny sposób. Jest to doświadczenie osobiste, którego doznaje się wkraczając na teren nowego, nieznanego środowiska”. Wszystko wydaje się wtedy inne, nietypowe. Im bardziej nowa kultura różni się od kultury pochodzenia, im migrant ma mniejszy kontakt z kulturą kraju przyjmującego na co dzień, tym drastyczniejsze są doświadczenia związane z szokiem kulturowym i tym większe ryzyko utraty zdrowia, zwłaszcza psychicznego (Czarnecka, 2012, s. 120).

### 3. Migracyjne sieci wsparcia

Na zdrowie psychiczne migrantów wpływ mają także migracyjne sieci wsparcia definiowane przez Douglasa Massey'a jako „powiązania osób posiadających doświadczenia migracyjne – byłych lub aktualnych migrantów. Tworzą je zazwyczaj jednostki ze sobą spokrewnione czy zaprzyjaźnione, wywodzące się z tego samego regionu czy wręcz miejscowości, udających się na migrację do jednego, określonego regionu lub tej samej miejscowości” (Wojciechowska, 2014, s. 292). Dla osób migrujących po raz pierwszy stanowią nieprzecenione źródło wsparcia. Sieci migracyjne pełnią bardzo ważną rolę na wszystkich etapach migracyjnego życia: przed wędrowką, w trakcie pobytu w kraju przyjmującym oraz po powrocie do rodzimego kraju. Pomagają podjąć decyzję o wyjeździe, wybrać kraj docelowy, przetrwać najbardziej stresujący czas za granicą (Kuźma, 2005, s. 259). Emigranci stanowią dla przyszłych, potencjalnych migrantów najlepsze źródło informacji o korzyściach i stratach płynących z podjęcia decyzji o migracji oraz o sposobach uniknięcia problemów, których sami doświadczali. Mogą oni także udzielić pomocy materialnej, pomóc znaleźć pracę i zaadaptować się do nowego otoczenia społeczno-kulturowego (Janicki, 2007, s. 8-9).

Zdaniem znawców problematyki wsparcie świadczone przez sieci migracyjne nowo przybyłym przyczynia się do zmniejszenia głównie psychologicznych kosztów migracji poprzez pozytywny wpływ na dobrostan psychiczny migrantów (Pearce, Smith, za: Kucharska, 2012, s. 454). Wsparcie działa bowiem jak bufor – zmniejsza występujące napięcie stresowe, sprzyja dobremu samopoczuciu, zdrowiu, umożliwia przezwyciężenie doświadczanych problemów (Sęk, Cieślak, 2004, s. 26), zwiększa jakość życia jednostki, stwarza możliwość wypracowania nowego spojrzenia na świat i swoją sytuację (Borkmann, za: Steuden, Oleś, 2005, s. 226). Osoby doświadczające wsparcia rzadziej stosują destrukcyjne style radzenia sobie z trudnościami, mają większe poczucie własnej wartości i autonomii, są bardziej odporne psychicznie (Sęk, Cieślak, 2004, s. 26). Możliwość korzystania w kraju docelowym z pomocy i wsparcia osób posiadających doświadczenia migracyjne niweluje także poczucie alienacji i wyobcowania (Kawula, 2004, s. 58).

#### 4. Cechy osobowościowe migrantów

Na doświadczane problemy ze zdrowiem psychicznym istotny wpływ mają również cechy osobowościowe i charakteru migrantów. Psychologowie migracji od połowy lat 50. XX wieku starają się opracować profil psychologiczny idealnego migranta. Jeden z nich Louwres Menges na podstawie dociekań empirycznych opracował listę cech, którymi powinien odznaczać się przyszły migrant. Na pierwszym miejscu wspomniany badacz umieścił zdolność uporania się z tęsknotą, o której była mowa wcześniej. Jego zdaniem osoby, które nie posiadają tej umiejętności są znacznie bardziej podatne na stany depresyjne oraz mają większe problemy z adaptacją do nowego środowiska. L. Menges ustalił również, że tęsknota koreluje z niskim stopniem zaradności życiowej, która jest niezbędna do funkcjonowania na obczyźnie. Z kolei węgierski psychoanalityk Michael Balint podejmując badania nad autonomią i poziomem samodzielności zwrócił uwagę na dwie postawy, które odgrywają kluczowe znaczenie w przystosowaniu się do egzystencji w kraju przyjmującym. Osoby przejawiające pierwszą z nich, a więc postawę oknofiliczną nie lubią zmian. Cechuje je silne przywiązanie do ludzi, miejsc i przedmiotów. Źle znoszą samotność, dlatego starają się zawsze otaczać ludźmi. Ponadto wysoko cenią spokój i stabilizację. Jednostki o właściwościach oknofilicznych charakteryzuje także niska wiara we własne możliwości oraz unikanie ryzyka. Z kolei osoby o cechach filomatycznych przejawiają skłonność do poszukiwania przygód, nowych wrażeń czy ryzyka. Uwielbiają podróże i niespodzianki. Nie przywiązują się do ludzi i miejsc. Są śmiałe, niezależne, żyją chwilą. Zdaniem M. Balinta osoby o właśnie takich predyspozycjach osobowościowych nie będą miały trudności z zaklimatyzowaniem się w nowym miejscu (za: Kubitsky, 2012, s. 26-28).

Dalsze obserwacje pozwoliły wskazać szereg innych pożądanых cech, które ułatwiają odnalezienie się w nowym otoczeniu społeczno-kulturowym i tym samym pozytywnie wpływają na zdrowie psychiczne przemieszczających się jednostek. Należy do nich: zdolność reorganizacji, adaptacji i improwizacji; odporność na stres potrzebna do pokonania frustracji, przezwyciężenia nieporozumień i poczucia samotności; otwartość na innych ludzi, nowe doświadczenia, sposoby myślenia i działania; pragnienie przynależności; odwaga umożliwiająca pokonywanie trudności. Ze zmianą miejsca zamieszkania dużo łatwiej radzą sobie również osoby, które cechuje przedsiębiorczość; sumienność; determinacja; wytrwałość w dążeniu do celu (Kubitsky, 2012, s. 28-30; Kozak, 2010, s. 72; Koryś, 2002, s. 6); wrażliwość i spostrzegawczość, które pomagają w zauważaniu i rozumieniu różnic w komunikacji werbalnej i niewerbalnej; a także autonomia ułatwiająca branie poczucia odpowiedzialności za swoje zachowanie (Szopski, 2005, s. 134).

Istotną rolę przypisuje się również motywacji. Udowodniono empirycznie, że negatywna motywacja może wzmacniać poczucie stresu akulturacyjnego i wyzwalać całą paletę negatywnych emocji, prowadząc do niepowodzeń komunikacyjnych podczas realizacji celów, wywołując rozmaite konflikty, dotyczące politycznych interesów

obcokrajowców w nowym kraju. Z kolei pozytywna motywacja koreluje z chęcią nawiązywania kontaktów z członkami społeczeństwa przyjmującego, zdobywania nowej wiedzy i umiejętności; ciekawością poznawczą czy otwartością (Wallas, 2010, s. 87).

### **5. Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego migrantów**

Zważywszy na to, że problemy ze zdrowiem psychicznym stanowią na ogół nieodzowną część migracji, należy podejmować określone działania, które zminimalizują prawdopodobieństwo ich wystąpienia. W związku z tym istotnym wydaje się odpowiednie przygotowanie do wyjazdu zagranicznego. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że z emigracyjnymi zmaganiem skuteczniej poradzą sobie osoby uprzednio przygotowane do migracyjnych trudów np. poprzez skorzystanie z wsparcia rządowych i pozarządowych agend przygotowujących do opuszczenia rodzimego kraju, dostarczających informacji o ofertach pracy i warunkach życia w kraju docelowym. Ich działalność nie wpływa bezpośrednio na przyjmowane strategie adaptacyjne w kraju przyjmującym, jednak przekazywanie właściwych informacji ułatwia adaptację migrantów (Suchocka, 2013, s. 256). Potencjalny migrant może przygotować się do wyjazdu również samodzielnie np. poprzez czytanie książek czy oglądanie filmów na temat kraju, w którym będzie żył. Szczególnie istotne są pozyskane z nich informacje o klimacie, języku, kuchni danego kraju, religii (Olejniczak, 2014, s. 147) czy zjawisku szoku kulturowego, tak aby jednostka zdawała sobie sprawę z możliwych trudności na emigracji i była przygotowana do zmagania się z nimi (Grzymała-Moszczyńska, 2010, s. 359).

Proces radzenia sobie z doświadczanymi na emigracji trudnościami może również ułatwić udział migranta w różnych szkoleniach edukacyjnych np. językowych, poszerzających wiedzę na temat kraju przyjmującego (jego historii, polityki, kultury) (Olejniczak, 2014, s. 147) czy z zakresu rozwijania kompetencji międzykulturowych, czyli umiejętności postrzegania różnicy kulturowej, budowania dystansu, otwartości w sytuacjach komunikacji z przedstawicielami innych kultur (Chromiec, 2010, s. 223). Kompetencje te znacząco zwiększają efektywność działania w środowisku zróżnicowanym kulturowo poprzez dostrzeganie zależności i wyciąganie wniosków, co pozytywnie wpłynie na zdrowie psychiczne migrantów (Gajek, 2011, s. 219).

Migranci w sytuacji pojawienia się pierwszych problemów zdrowotnych powinni skorzystać z pomocy psychologa, aby nie dopuścić do eskalacji przeżywanych trudności. Niestety migranci mają poważne trudności z korzystaniem z profesjonalnej pomocy psychologicznej np. na skutek bariery językowej. Zazwyczaj nie wiedzą jak i do kogo zwrócić się o tę pomoc. Doświadczane problemy próbują rozwiązywać samodzielnie, co tylko prowadzi do pogorszenia ich sytuacji (Becelewska, 2005, s. 73).

Bardzo ważne jest także utrzymywanie kontaktu z bliskimi pozostałymi w kraju pochodzenia, ponieważ to właśnie w kręgu znanych, bliskich osób zaspakajana jest przejawiana przez każdego człowieka „potrzeba oddźwięku społecznego”. Kontakty z

najbliższymi są potrzebne migrantowi „dla utrzymania równowagi psychicznej, dla uniknięcia poczucia osamotnienia, dla psychicznego odprężenia, wypoczynku” (Znaniński, za: Przybył, 2006, s. 287).

W profilaktyce problemów zdrowia psychicznego migrantów dużą rolę odgrywa również społeczeństwo przyjmujące, ponieważ jak to zostało zauważone wcześniej – stosunek ludności rodzimej do migrantów ma znaczący wpływ na ich dobrostan psychiczny. Celem działań skierowanych do ludności przyjmującej powinno stać się zwiększenie akceptacji dla zjawiska migracji wśród mieszkańców kraju przyjmującego; poprawa komunikacji z przedstawicielami innych kultur; przełamywanie panujących powszechnie stereotypów, zwiększenie poziomu wiedzy na temat migrantów; budowanie akceptacji dla odmienności kulturowych oraz etnicznych; uwrażliwienie społeczeństwa na zagrożenia związane ze różnicowaniem kulturowym oraz tworzenie obiektywnego wizerunku migrantów w mediach (*Założenia i wytyczne Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie polityki integracji imigrantów*, 2003).

### **Podsumowanie**

Reasumując, opuszczenie rodzimego kraju i przybycie do obcego środowiska społeczno-kulturowego stanowi dla migrantów stresujące wydarzenie, które nie pozostaje bez wpływu na ich zdrowie, zwłaszcza psychiczne. Należy podkreślić, że doświadczane przez migrantów problemy zdrowotne nie są czymś nietypowym, wręcz przeciwnie wydają się w pełni zrozumiałe. Trudno bowiem wyobrazić sobie, aby człowiek decydując się na zagraniczny wyjazd nie poniósł żadnych kosztów psychologicznych w związku z podjętą przez siebie decyzją. Rozstanie z najbliższymi i rozpoczęcie życia w społeczeństwie, którego normy i wartości różnią się od tych, które migranci przyswoili i którymi kierowali się w kraju macierzystym zawsze prowadzą do pogorszenia ich samopoczucia i kondycji psychicznej.

Warto jednak zaznaczyć, że problemy ze zdrowiem psychicznym doświadczane przez obecnych migrantów są znacznie mniejsze od tych, które towarzyszyły migrantom kilkadziesiąt lat temu. Wpływ na to ma tzw. zjawisko oddramatyzowania migracji (Kubitsky, 2012, s. 20). Oznacza ono, że współczesna migracja, na skutek umasowienia środków transportu, zwłaszcza lotniczego, upowszechnienia telefonów komórkowych czy Internetu, przestała być dla migranta „tragedią”. Zdobycze technologiczne zmniejszają bowiem poczucie osamotnienia, stanowią źródło informacji, gwarantują poczucie niezależności, sprawiają, że migranci mogą uczestniczyć w życiu swojego kraju. Oznacza to, że wyjazd za granicę nie powoduje współcześnie utraty więzi z rodziną, przyjaciółmi i tym samym nie wiąże się z tak dużymi kosztami psychologicznymi, jak jeszcze kilkadziesiąt lat temu (Zientara, 2012, s. 34).

Pomimo to, warto jednak podejmować odpowiednie działania, zmierzające do zaktywizowania migrantów i wzbudzenia w nich chęci do podejmowania wysiłku w celu

poprawy własnej sytuacji w kraju przyjmującym, ponieważ wcześniej wspomniane zmniejszenie kosztów psychologicznych nie jest tożsame z ich całkowitym brakiem.

### **Bibliografia:**

- Bartosik-Purgat M. (2006), *Otoczenie kulturowe w biznesie międzynarodowym*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Becelewska D. (2005), *Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej*, Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Biłas M., Kobyłecki R. (2001), *Czynniki wpływające na integrację imigrantów z kulturą przyjmującą*, (w:) *Swojskość i obcość. O akulturacji imigrantów w Polsce*, H. Malewska-Peyre (red.), Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Castles S., Miller M. (2011), *Migracje we współczesnym świecie*, przekł. A. Gąsior-Niemiec. Warszawa: PWN.
- Chodubski A., *Migracje jako wartość kulturowa*, Zeszyty Gdańskie – Tożsamość kulturowo-cywilizacyjna Gdyni, 2013, nr 8.
- Chromiec E. (2010), *Mniejszości narodowe i etniczne w Polsce – pytania i problemy okresu transformacji*, (w:) *Spółeczeństwo wobec Innego. Kategoria Innego w naukach społecznych i życiu publicznym*, L. Dziewięcka-Bokun, A. Śledzińska-Simon (red.), Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Chutnik M. (2007), *Szok kulturowy. Przyczyny, konsekwencje, przeciwdziałanie*, Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Cieślukowska D. (2014), *Dyskryminacja cudzoziemców i cudzoziemek – definicje, obszary, przejawy, ochrona przed dyskryminacją. Materiały elearningowe*, Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka.
- Cymanow P., *Spółeczne i ekonomiczne konsekwencje migracji zewnętrznych*, Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. *Problemy Rolnictwa Światowego*, 2010, nr 10.
- Gajek K., *Kompetencje międzykulturowe jako element kultury współczesnej organizacji – dylematy teorii i praktyki*, *Problemy zarządzania*, 2011, nr 2.
- Gocalski W. (2009), *Migracje*, (w:) *Barwy i cienie migracji*, W. Gocalski (red.), Warszawa: Wojskowa Akademia Techniczna.
- Grzymała-Moszczyńska H. (2010), *Potrzeby kompetencji zawodowych psychologów w związku z polską sytuacją migracyjną*, (w:) *Drogi i rozdroża. Migracje Polaków w Unii Europejskiej po 1 maja 2004 roku. Analiza psychologiczno-socjologiczna*, H. Grzymała-Moszczyńska, A. Kwiatkowska, J. Roszak (red.), Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Grzymała-Moszczyńska J., *Psychologiczne aspekty powrotów z emigracji – przegląd teoretyczny*, *Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny*, 2014, nr 4.
- Hawrysz L., *Konsekwencje różnic kulturowych*, *Studia i Materiały. Miscellanea Œconomicae*, 2009, nr 2.



- Iglicka K. (2003), *Integracja czy dyskryminacja? Polskie wyzwania i dylematy u progu wielokulturowości*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- International Migration: The human face of globalisation*  
<http://www.oecd.org/insights/43568934.pdf> [dostęp: 22.12.2016].
- Janeta M., *Migranci a społeczność przyjmująca. Uwarunkowania strategii akulturacyjnych a kontakty ze społecznością przyjmującą*, *Studia Migracyjne. Przegląd Polonijny*, 2011, nr 2.
- Janicki W., *Przegląd teorii migracji ludności*, <http://phavi.umcs.pl/at/attachments/2014/0215/130630-19-przeglad-teorii-migracji-ludnosci.pdf> [dostęp: 22.01.2017].
- Kapuściński R., *Ten Inny, Znak*, 2006.
- Kawczyńska-Butrym Z. (2009), *Migracje. Wybrane zagadnienia*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kawczyńska-Butrym Z. (2010), *Migracje – wyzwanie dla socjologii zdrowia i medycyny*, (w:): *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, W. Piątkowski (red.), Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Migrant w sytuacji choroby*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2011, nr 2.
- Kawula S. (2004), *Człowiek w relacjach socjopedagogicznych*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.
- Knopek J. (2008), *Migracje międzynarodowe jako przedmiot badań politologicznych*, (w:): *Procesy migracyjne: teoria, ewolucja i współczesność*, L. Kacprzak i J. Knopek (red.), Piła: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Staszica.
- Koryś I. (2002), *Rola czynników strukturalnych w funkcjonowaniu imigrantów o nieuregulowanym statusie: analiza wywiadów pogłębionych z migrantami z Afryki, Wietnamu oraz byłych republik ZSRR*, (w:): *Imigranci o nieuregulowanym statusie: społeczne i ekonomiczne aspekty funkcjonowania w Polsce*, I. Koryś, R. Antoniewski (red.), Warszawa: Instytut Studiów Społecznych.
- Kownacka E. (2006), *Od szoku do adaptacji: psychologiczne konsekwencje wyjazdu za granicę*, [w:]: *Doradztwo zawodowe a wyzwania międzykulturowe*, D. Cieślakowska, E. Kownacka, E. Olczak, A. Paszkowska Rogacz (red.), Warszawa: Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej.
- Kozak S. (2010), *Patologia eurosieroctwa w Polsce. Skutki migracji zarobkowej dla dzieci i ich rodzin*, Warszawa: Difin.
- Kubitsky J. (2012), *Psychologia migracji*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Kuźma E. (2005), *Kobiety-nielegalne imigrantki z Polski w Brukseli pod koniec XX w. – zjawisko i problemy*, (w:): *Kobiety i młodzież w migracjach, Seria: Migracje i Społeczeństwo*, nr 10, J.E. Zamojski (red.), Warszawa: Wydawnictwo Neriton.
- Lipczyński A. (2007), *Psychologiczna interwencja w sytuacjach kryzysowych*, Warszawa: Difin.
- Międzynarodowa Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej z 1966 r.* [Dz. U. z 1969 r. nr 25, poz. 187].

- Okólski M. (2004), *Demografia. Podstawowe pojęcia, procesy i teorie w encyklopedycznym zarysie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Olczak E. (2006), *Różnice kulturowe w funkcjonowaniu człowieka*, (w:) *Doradztwo zawodowe a wyzwania międzykulturowe*, D. Cieślakowska, E. Kownacka, E. Olczak, A. Paszkowska Rogacz (red.), Warszawa: Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej.
- Olejniczak A., *Występowanie szoku kulturowego i metody radzenia sobie z nim wśród grupy studentów międzynarodowych*, *Studia Ekonomiczne Regionu Łódzkiego*, 2014, nr 15.
- Praszałowicz D. (2008), *Polskie studia na temat migracji kobiet: wybrane perspektywy teoretyczne i wyniki badań*, (w:) *Migracje kobiet. Perspektywa wielowymiarowa*, K. Slany (red.), Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Przybył I. (2006) , *Konstruowanie tożsamości „potencjalnej” przez niepłodne matki*, (w:) *Kłopoty z tożsamością*, red. M. Golka, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Puzio-Włocławik B., *Spółeczno-ekonomiczne skutki migracji Polaków po akcesji Polski do Unii Europejskiej*, *Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego*, 2010, nr 8.
- Samoraj B. (2008), *Polski rynek pracy wobec cudzoziemców poszukujących zatrudnienia. Spojrzenie pracodawców i polityków gospodarczych*, (w:) G. Firlit-Fesnak (red.) *Migracje międzynarodowe a modernizacja systemu politycznego i społecznego*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Scheffer P. (2010), *Druga ojczyzna. Imigranci w społeczeństwie otwartym*, Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Sęk H., Cieślak R. (2004), *Wsparcie społeczne: sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, (w:) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, H. Sęk, R. Cieślak (red.), Warszawa: PWN.
- Simpson D., *Ekspatrianci wobec szoku kulturowego i odwróconego szoku kulturowego*, *Biznes międzynarodowy w gospodarce globalnej*, 2014, nr 33.
- Smolarkiewicz E., *Odtwarzanie barier migracyjnych w warunkach kryzysu ekonomicznego*, *Studia Migracyjne. Przegląd Polonijny*, 2014, nr 2.
- Sobczak A., Sokołowska M. (2008), *Wykluczenie społeczne kobiet narodowości czecheńskiej przebywających w Polsce na podstawie zezwolenia na pobyt tolerowany. Analiza problemu i przeciwdziałanie zjawisku z zastosowaniem perspektywy tożsamości płci społeczno-kulturowej*, (w:) *Relacje międzykulturowe*, J. Królikowska (red.), Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Steuden S. Oleś P. (2005), *Oddziaływania zwiększające poczucie jakości życia u pacjentów z zaburzeniem widzenia*, (w:) *Psychologia jakości życia*, A. Bańka (red.), Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Struś K., Więckowska J. (2001), *O stereotypach etnicznych. Czy są konieczne, pomagają czy przeszkadzają w funkcjonowaniu w obcej kulturze?*, (w:) *Swojskość i obcość. O akulturacji imigrantów w Polsce*, H. Malewska-Peyre (red.), Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

- Suchocka R., *Migranci pomiędzy dwoma kulturami i pomiędzy dwiema strategiami adaptacyjnymi*, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, 2013, nr 1.
- Szkudlarek J., Garbicz E. (2010), *Cudzoziemcy w Polsce – swoi czy obcy? Studium przypadku na podstawie Wietnamczyków*, (w:) *Społeczeństwo wobec Innego. Kategoria Innego w naukach społecznych i życiu publicznym*, L. Dziewięcka-Bokun, A. Śledzińska-Simon (red.), Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Szopski M. (2005), *Komunikowanie międzykulturowe*, Warszawa: WSiP.
- Szymańska-Zybertowicz K. (2011), *Nieobecne wyzwanie? Integracja jako zadanie polityki społecznej wobec cudzoziemców w Polsce po 1989 roku*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Świątkowski A., *Prawo pracowników migrujących do równego traktowania*, Polityka Społeczna, 2008, nr 11-12.
- Tarasiewicz P., *Migracje a drenaż mózgow*, Człowiek w Kulturze, 2013 nr 1.
- Trends in International Migrant Stock: The 2015 Revision*
- Wallas M., *Lęk akulturacyjny cudzoziemców w aspekcie tożsamości i procesów integracyjnych w nowym kraju pobytu*, Środkowoeuropejskie Studia Polityczne, 2010, nr 4.
- Włodarczak K., *Proces adaptacji współczesnych emigrantów polskich do życia w Australii*, Prace Migracyjne, 2005 nr 3.
- Wojciechowska I., *Problematyka migracji międzynarodowych w koncepcjach teoretycznych*, Stosunki Międzynarodowe, 2014, nr 2.
- Wojnicz P., *Prawne aspekty integracji imigrantów w Unii Europejskiej w kontekście wielokulturowości*, Civitas et Lex, 2014, nr 4.
- Założenia i wytyczne Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie polityki integracji imigrantów* (2003), Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- Zientara P. (2012), *Międzynarodowe migracje o charakterze ekonomicznym: przyczyny, mechanizmy, konsekwencje*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Dr Katarzyna Hamer

*Institute of Psychology, Polish Academy of Sciences*

*Warsaw, Poland*

Prof. Sam McFarland

*Department of Psychology, Western Kentucky University, USA*

Dr Magdalena Łuźniak-Piecha

*University SWPS, Warsaw, Poland*

Mgr Agnieszka Golińska

*Social Psychology, Tecnologico de Monterrey, Mexico*

## **Multiple social identifications and their relation to life satisfaction, physical well-being and feeling of discrimination in the cross-cultural context**

### **1. Introduction**

Many studies have found a positive link between the number of social identifications and well-being (e.g., Brook, Garcia & Fleming, 2008; Greenaway, Cruwys, Haslam & Jetten, 2016; Haslam, Cruwys & Haslam, 2014; Miller, Wakefield & Sani, 2016). However, they usually examine just a few selected relationships in this context. But, in a contemporary social world, people belong to many social groups that may not be captured by these earlier studies. In previous studies dealing with the number of social identifications that individuals have, researchers focused on maximum of about a dozen of them (e.g., Brook et al., 2008), while we propose a much wider approach. Additionally, we explore this issue in four different countries on two continents, examining the role of cultural context in Poland, the United States, Mexico and the United Kingdom.

Further, we explore the number of social identifications in relation to perceived discrimination. While well-being is lower among people who feel discriminated against, the Rejection-Identification Model suggests that social identifications can serve as a buffer from the harmful effects of discrimination (Branscombe, Schmitt & Harvey, 1999). Many researchers have confirmed this effect (e.g. Garstka, Schmitt, Branscombe & Hummert, 2004; Giamo, Schmitt & Outten, 2012; Jasinskaja-Lahti, Liebkind & Solheim, 2009; Jetten, Branscombe, Schmitt & Spears, 2001; Latrofa, Vaes, Pastore & Cadinu, 2009; Ramos, Cassidy, Reicher & Haslam, 2012). However, they tested it mostly on identification with the specific discriminated group. Our study offers wider approach. We assume that discriminated individuals may seek

support by identifying additionally with other groups (e.g., identifications with people sharing the same important beliefs, human rights activists, members of the same subculture, etc.) as belonging to more groups may help buffer the negative effects of felt discrimination. Therefore, we hypothesize that the number, strength and the type of social identifications are connected to perceived discrimination, and we test it in six different areas of discrimination (ethnicity, sexuality, skin color, religion, financial status, and subculture). We also assume that the types of social identifications that may alleviate negative consequences of feeling discriminated against may be different in four different cultural contexts. This article addresses these questions in a correlational study on American, Mexican, British and Polish participants.

### **1.1. Social identity and well-being**

The Social Identity Approach argues that social identifications fundamentally affect the way that individuals perceive themselves, furnishing them with a sense of purpose, giving them meaning and their place in the world in a group of people with shared values and a sense of common direction (Cruwys, Haslam, Dingle, Haslam & Jetten, 2014). Moreover, research proves that social identities have a profound protective effect on individual physical and psychological well-being, and resilience (e.g. Cruwys et al., 2014; Drury, 2012; Haslam, Cruwys, & Haslam, 2014; Jetten, Haslam, & Haslam, 2012; Jones & Jetten, 2011; Sani, 2012; Scarf et al., 2016). Social identities are capable of promoting both physical and psychological well-being not only by maintaining strong social identities and developing them over time (e.g. Haslam, Holme, Haslam, Iyer, Jetten & Williams, 2008), but also through acquiring new ones (Greenaway et al., 2016).

According to Greenaway, Cruwys, Haslam and Jetten (2016) social identities promote well-being because they satisfy global psychological needs (specifically, the need to belong, the need for self-esteem, the need for control and the need for meaningful existence). Their longitudinal study revealed that gains in identity strength were associated with increased need satisfaction over seven months. A cross-sectional study revealed that social identity gain (becoming a University student) and social identity loss (not being a high school student anymore) predicted increased and reduced need satisfaction, respectively. Finally, experimental study made by that same researchers showed that, relative to a control condition, an important social identity gain increased need satisfaction and an important social identity loss decreased it. Sensitivity analyses suggested that social identities satisfy psychological needs in a global sense, rather than being reducible to one particular need (Greenaway et. al., 2016).

## 1.2. The number of social identifications

Many studies also show a positive link between the number of social identifications and well-being (e.g., Brook et al., 2008; Greenaway et al., 2016; Haslam et al., 2014; Miller et al., 2016). However, they usually investigate few selected identities in this context, e.g., with family, friends, peers, coworkers, sometimes with local communities or organizations, and ethnic or national groups (see e.g. Zdrenka, Yogeewaran, Stronge & Sibley, 2015). For example, Miller, Wakefield and Sani (2016) found that higher number of group identifications is associated with healthier behavior in adolescents, but they focused on only three social groups: family, school, and friends.

Haslam, Cruwys and Haslam (2014) have offered a wider approach. They asked their participants about a number of close relationships (how many children, immediate family, and friends with whom they had close ties) and a number of group memberships (e.g., sports club, church group, social clubs, neighborhood watch, education, arts or music groups). They showed that group engagement made a significant, sustained, and unique contribution to subsequent cognitive functioning. Furthermore, the effects of group engagement were stronger with increasing age. However, apart from family ties, group membership options were limited in this study to eight specific groups.

Brook and her colleagues allowed their participants to freely list the identities that are important to them (Brook et al., 2008). They found that the number of identities listed ranged from 0 to 15, with a median of 6. In the next study, they decided to limit the identities participants could list up to 12, still using the open-ended question technique. The research showed that the association between the number of identities and psychological well-being depends on both the harmony between the identities and their importance to the person's self-concept.

We claim that in a contemporary social world, people belong to multiple social groups that may not be captured by such approach. Moreover, in the globalizing world, the number and scope of possible social identifications grow, especially with the expanding role of the Internet, which allows individuals to connect with people in a virtual world. Social media have become more and more important for many people, especially the young, allowing them to share important beliefs and interests with others offline as well as online, such as e.g., protecting human rights, sharing the love for a favorite music band or film director in social media, creating a bond by organizing online campaigns for protecting the Earth or playing computer games within online communities. To this date, these wider social identifications have not been captured in the research on social identities and well-being. When added together, can all these identifications also have such beneficial connections with life satisfaction and well-being?

Previous studies showed that the method one uses to ask about social identities is of key importance (Hamer, McFarland, Łuzniak-Piecha & Golińska, 2016). Hamer et al. compared two methods, an open-ended and a close-ended question (identity selection method) type. They found much more strong social identifications in a group with close-ended questions, whereas in a group with open-ended questions, subjects limited their responses and omitted many identifications they probably had. We believe that it was due to the fact that in a study situation only a few the most central identifications come to participant's mind. Also other groups may not be mentioned because of the time or energy required to list them. We decided to explore this issue by listing many social identifications that might be significant for our participants (students) and checking the association of the number of important social identifications with life satisfaction and physical well-being.

We assume that the number of meaningful social identifications have a positive association with life satisfaction and physical well-being. There are few premises for thinking so. One is that belonging to social groups provide a gain of specific knowledge (cultural capital) and opportunities (social capital) (Iyer, Jetten, Tsivrikos, Postmes & Haslam, 2009). Second, social identifications satisfy psychological needs, therefore promoting both physical and psychological well-being (Greenaway et al., 2016). Moreover, belonging to social groups gives social support (Haslam, Reicher, & Levine, 2012), and collective resilience that holds communities together, provides protection and facilitates recovery in times of disasters and extreme collective stress situations (Drury, 2012). Multiple identities provide people with more sources of support in difficult, stressful times (Haslam et al, 2008).

Research shows that it is individuals' subjective identification with groups, rather than the objective amount of contact with them, that predicts well-being (Greenaway et al., 2016). Therefore, we assume that a social identification is particularly meaningful whenever it has significance or importance to the individual - that is, when he or she identifies with the group at a high level.

On the basis of these considerations, we hypothesize that having more meaningful social identifications is connected to higher satisfaction with life (Hypothesis 1a) and higher subjective physical well-being (lower somatic complaints; Hypothesis 1b).

### **1.3. Perceived discrimination, social identifications, and well-being**

The human need to belong to social groups can be frustrated when one faces discrimination and rejection. Several social psychological theories, such as Social Identity Theory (Tajfel & Turner, 1986) claim that people are motivated to seek inclusion and avoid being excluded. As discrimination frustrates this important need, psychological well-being declines. Studies among different disadvantaged groups have indeed found that the more

people perceive discrimination directed at them and their group, the worse their psychological well-being is (Giamo et al., 2012).

The Rejection-Identification Model suggests that social identifications can serve as a buffer from the harmful effects of discrimination (Branscombe et al., 1999). The negative consequences of perceiving oneself as, for example, a victim of racial prejudice, can be alleviated by identification with the minority group. When rejected by a privileged outgroup, identifying with the disadvantaged, discriminated ingroup can be perceived a compensating strategy that satisfies a need to feel accepted (Latrofa, Vaes, Pastore & Cadinu, 2009). This mechanism was shown in studies on e.g. African-Americans (e.g. Branscombe et al., 1999), Southern Italians in Italy (Latrofa et al., 2009), Soviet immigrants in Finland (Jasinskaja-Lahti, Liebkind, & Solheim, 2009), women (Schmitt, Branscombe, Kobrynowicz, & Owen, 2002), older adults (Garstka et al., 2004), and people with body piercings (Jetten et al., 2001).

Ramos, Cassidy, Reicher, and Haslam (2012) argue that the discriminated minority group can serve as a coping resource since it provides psychological shelter from hostile treatment by the majority group. Their longitudinal study on international students in Scotland supported the accuracy of RIM and showed that perceived discrimination indeed caused minority group identification rather than the reverse (minority group identification causing perceived discrimination).

Molina, Philips, and Sidanius (2014) tested both minority and majority groups in this context. They demonstrated that for most ethnic minorities higher perceptions of group discrimination are related to lower levels of national identity and higher ethnic identity. Conversely, among majority group members, higher levels of perceived discrimination predict higher levels of national identity with little influence on ethnic identity.

Giamo, Schmitt, and Outten (2012), in their test of RIM on a group with multiracial identities showed that perceived discrimination was positively related to identifying with other multiracial people. Further analysis proved that multiracial identification's protective properties rest in the fact that it provides a collective identity where one "fits."

However, the review of research upon this topic shows that positive link between social identifications and perceived discrimination is tested mostly in the context of identification with particular discriminated groups. We propose a wider approach, as it seems reasonable to assume that bonding with more types of social groups can be an even more successful way of coping with discrimination, bringing even more benefits of the social identifications we listed earlier. As Haslam et al. (2008, p. 2008) wrote "When the ship of self encompasses more group memberships, it has more ports in which to find shelter if it is caught in a storm."

In this context, we test the possible protective and supportive role of social identifications of a different type. For example, discrimination because of ethnicity can be linked not only to stronger identification with people of the same ethnic group, but depending



on the cultural context, also to people with the same religious beliefs (e.g. in Poland) or race and similar social and financial status (the US or the UK) (see more on differences upon understanding the term 'ethnic group' in Hamer, Jułkowski, Cadena, Golińska, Łuźniak-Piecha, Czarnecka & McFarland, under review). The feeling of being discriminated (no matter what the reason) may also be connected to looking for support among people similar to an individual in another way, e.g., belonging to the same subculture or group of people sharing the same important beliefs or even groups directly opposing discrimination, such as human rights activists.

In summary, we hypothesize that the number, strength and the type of social identifications are connected to perceived discrimination, and we test it in six different areas of discrimination (ethnicity, sexuality, skin color, religion, financial status, and subculture). We also assume that some of the types of social identifications that may alleviate negative consequences of feeling discriminated against may be somewhat different in four different cultural contexts (see more on cultural differences between these four countries in Hamer et al., under review).

On the basis of these considerations, we expect that feelings of discrimination will be connected to lower satisfaction with life (H2a) and lower subjective physical well-being (H2b). However, we also expect that higher feelings of discrimination will be connected to having more meaningful social identifications (H3), especially in the area of specific discriminations, but also with other social groups which may potentially support and protect an individual (H4).

In our study we explore few types of discrimination (ethnicity, sexuality, skin color, religion, financial status, and subculture) students may suffer from, taking into consideration cultural contexts of four different countries: the US, Mexico, Poland and the UK.

## 2. Method

**Participants:** 226 students from four countries (the US, the UK, Poland, Mexico) took part in this study. All participants were citizens of the country the survey was taken at and studied at private universities. In the US, 52 students took part, who ranged in age from 18 to 21 years ( $M = 18.5$ ,  $SD = 0.8$ ); 69% were female. The sample in Poland comprised of 73 students, who ranged in age from 20 to 50 years ( $M = 26.8$ ,  $SD = 7$ ); 66% were female. In Mexico, 45 students took part, who ranged in age from 18 to 26 years ( $M = 21.2$ ,  $SD = 1.7$ ); 62% were female. The sample in the UK consisted of 54 students, who ranged in age from 18 to 58 years ( $M = 25.9$ ,  $SD = 9.6$ ); 83% were female.

**Procedure:** Participants completed an online survey in their native language (English, Polish or Spanish, respectively). The questionnaire was prepared initially in Polish and then

back-translated into English and Spanish (Brislin, 1970) except when official language adaptations were available (e.g., for the Satisfaction with Life Survey noted below).

**Measures:**

1) *Social Identifications* - to check the amount, type and strength of social identifications, we constructed a questionnaire asking about more than 80 different groups of identification (trying to cover key areas of social identifications for our participants), measuring the level of each identification on a scale from 1 (*not at all close*) to 5 (*very close*), with additional code 0 (*not applicable*; used when a participant is asked, e.g. about identification with siblings while not having any).

We asked about such groups/communities, such as:

- family members: from closest family to distant relatives,
- territorial identifications: from different types of local identifications (local community: from neighbors, through district to residents of my borough), through national, to supranational, always referring directly to inhabitants of these areas (e.g., people all over the world),
- occupational groups (e.g., students, students of own University, work colleagues, people with the same profession),
- own sex group, people with the same sexual orientation,
- ethnic group, people with the same skin color, people from the same cultural background, with the same customs,
- people with the similar social position; people with similar financial status,
- members of own subculture,
- groups of people sharing same important attitudes/beliefs, like 'people who share my important beliefs,' religious groups, volunteers, human rights activists, animal rights activists, vegetarians, environmentalists, supporters of own preferred political party, etc.,
- hobby groups and fans of different types of activities (e.g., art, music, sport, cinema, poetry, theatre, board games, video games, cyclists, fishermen, etc.),
- Internet groups (from intranet and communities like Facebook or Instagram to different types of forums and newsgroups).

2) *Satisfaction with life* was measured by well-known Satisfaction With Life Scale (SWLS, Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985); language adaptations were taken from the official website<sup>63</sup>. Respondents used a seven-point scale to indicate the extent to which they agreed with the statements (e.g. 'In most ways my life is close to my ideal,' 'I am satisfied with my

---

<sup>63</sup> <https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/SWLS.html>

life,' 'If I could live my life over, I would change almost nothing'). The items formed a reliable scale in all countries (the US:  $\alpha = 0.86$ ; PL:  $\alpha = 0.87$ , Mex:  $\alpha = 0.83$ ; UK:  $\alpha = 0.87$ ).

3) *Subjective physical well-being* was measured by six item Somatic Complaints subscale from Berne Questionnaire of Subjective Well Being (Grob, 1995). Participants described how often from 1 (*never*) to 5 (*very often*), in the past few weeks, they had experienced different somatic complaints: stomach ache, headache, being ill and unable to work, felt unusually tired, had no appetite, have been unable to fall asleep. The higher the score, the poorer one's physical well-being. The items formed a reliable scale in all countries (the US:  $\alpha = 0.76$ ; PL:  $\alpha = 0.72$ , Mex:  $\alpha = 0.80$ ; UK:  $\alpha = 0.83$ ).

4) *Perceived discrimination* was measured similarly to Molina, Philips and Sidanius' Study 1 procedure (2014). Participants described how often from 1 (*never*) to 5 (*very often*) they experienced discrimination because of their: ethnicity, sexual orientation, skin color, religion, financial status, subculture. The items formed a reliable scale in all countries (the US:  $\alpha = 0.70$ ; PL:  $\alpha = 0.75$ , Mex:  $\alpha = 0.66$ ; UK:  $\alpha = 0.76$ ).

### 3. Results

#### 3.1. The number and strength of social identifications

We analyzed how many social identifications participants from the four tested countries declared and the strength of these identifications (see Table 1 and Figure 1). The

Table 1. Correlations, means, and standard deviations for measured variables.

	id on level 3				id on level 4				id on level 5				id on level 4-5			
	USA	PL	Mex	UK	USA	PL	Mex	UK	USA	PL	Mex	UK	USA	PL	Mex	UK
id on level 3					.02	.34**	.29*	.41**	-.27*	-.12	-.42**	.04	-.18	.16	-.22	.28*
id on level 4									.15	.24*	.04	.23	.71**	.83**	.52**	.77**
id on level 5													.80**	.74**	.88**	.80**
id on level 4-5																
id on level 3-5													.84**	.76**	.79**	.80**
id on level 1-2													-.66**	-.67**	-.78**	-.52**
SWLS																
somatic complaints																
<i>M</i>	20.81	22.26	25.16	17.96	14.92	12.90	17.16	9.15	10.02	6.48	14.07	5.72	25.0	19.4	31.22	14.87
<i>SD</i>	8.45	12.34	10.23	9.53	8.72	8.44	7.22	6.03	10.18	7.15	12.80	6.39	14.35	12.28	15.0	9.7

results show that the number of strong identifications (on level 4 and 5) varies from 14.9 in the UK, 19.4 in Poland, 25 in the US to 31.2 in Mexico.

Table 1. Correlations, means, and standard deviations for measured variables - continuation.

	id on level 3-5				SWLS				somatic complaints				Mean perceived discrimination			
	USA	PL	Mex	UK	USA	PL	Mex	UK	USA	PL	Mex	UK	USA	PL	Mex	UK
id on level 3	.39**	.76**	.43**	.79**	-.31 <sup>†</sup>	-.01	.04	.02	.02	-.06	.03	0.19	.33**	-.005	.10	.23 <sup>†</sup>
id on level 4	.68**	.76**	.66**	.74**	.16	.22 <sup>†</sup>	.24 <sup>†</sup>	.29 <sup>†</sup>	.10	-.13	.13	-.004	.03	.22 <sup>†</sup>	-.11	.06
id on level 5	.60**	.41**	.55**	.53**	.38**	.14	.26 <sup>†</sup>	.27 <sup>†</sup>	.21	.03	-.13	.15	.18	.002	-.21 <sup>†</sup>	.34**
id on level 4-5					.37**	.23 <sup>†</sup>	.33 <sup>†</sup>	.36**	.21 <sup>†</sup>	-.07	-.05	.09	.14	.15 <sup>†</sup>	-.23 <sup>†</sup>	.26 <sup>†</sup>
id on level 3-5					.18	.14	.33 <sup>†</sup>	.24 <sup>†</sup>	.20	-.08	-.03	.18	.32 <sup>†</sup>	.10	-.16	.30 <sup>†</sup>
id on level 1-2	-.71**	-.77**	-.93**	-.64**	-.34 <sup>†</sup>	-.17 <sup>†</sup>	-.22 <sup>†</sup>	-.17	-.12	.13	.10	-.30 <sup>†</sup>	-.14	-.02	.20 <sup>†</sup>	-.12
SWLS									-.21 <sup>†</sup>	-.19 <sup>†</sup>	.15	-.22 <sup>†</sup>	-.34**	-.28**	-.37***	-.05
somatic complaints													.16	.29**	-.05	.46**
<i>M</i>	45.75	41.64	56.38	32.83	5.05	4.23	5.48	4.51	2.62	2.47	2.34	2.72	1.61	1.22	1.49	1.79
<i>SD</i>	15.29	18.79	16.14	15.38	1.22	1.12	1.11	1.44	.76	.72	.86	.93	.58	.38	.55	.74

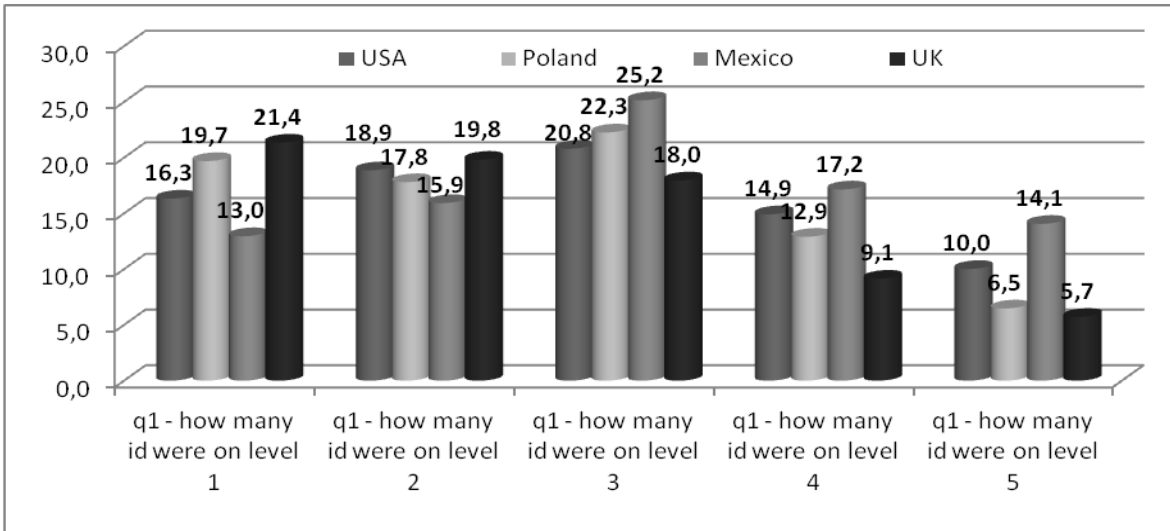
Notes. USA: N = 52; PL: N = 73, Mex: N = 45; UK: N = 54; one-tailed.

<sup>†</sup> 0.05 < p < 0.1; \* p < 0.05; \*\* p < 0.01; \*\*\* p < 0.001.

ANOVA for repeated measures showed that there were statistically significant differences between the number of social identifications of different strength within all four groups: the US:  $F(3.41; 174.13) = 6.94, p < .001$ ; Poland:  $F(2.45; 176.21) = 19.44, p < .001$ ; Mexico:  $F(3.16; 138.97) = 6.97, p < .001$ ; UK:  $F(2.88; 152.48) = 22.06, p < .001$ . As expected, students from all countries declared having more “weak” identifications (answer “3” on a scale) than any other identification levels (Bonferroni post hoc tests, all  $p < 0.01$ ).

Students from Poland and the UK declared also statistically more “strong” identifications (on level 4) than “very strong” identifications (on level 5). Students in the US showed the same tendency, while for students from Mexico there were no significant differences between these two levels of identifications.

Figure 1. The number and the strength of social identifications declared by participants from four tested countries.



### 3.2. Social identifications in connection with satisfaction with life and physical well-being

As correlations in Table 1 show, having more strong and very strong social identifications (on levels 4 and 5) is connected to higher SWL in all tested countries, which confirms Hypothesis 1a.

The number of identifications was not, however, connected to physical well-being, so Hypothesis 1b was not confirmed. It is worth noting, though, that complaints about physical well-being were quite low in all four tested countries (below 2 on a 1-5 scale). Students in our samples simply had very few physical complaints.

### 3.3. Perceived discrimination in connection with satisfaction with life and well-being

The results revealed that in all tested countries the feeling of discrimination is rather low (mean was below the middle of the scale). However, as correlations in Table 1 show, more perceived discrimination is connected to less satisfaction with life for Polish, American and Mexican participants, which confirms hypothesis 2a for these countries' samples. A closer look at specific reasons of discrimination reveals that for U.S. students the reasons of discrimination connected negatively to satisfaction with life (SWL) are mostly sexual orientation, ethnicity, and subculture, for Poles - sexual orientation, skin color and financial status; for Mexicans -

religion, subculture and sexual orientation. For British students, there are no reasons of discrimination connected negatively to SWL, except for a statistical tendency for financial status.

Feelings of discrimination were also connected to worse physical well-being (more somatic complaints) among Polish and UK groups, which confirms Hypothesis 2b for these countries' samples. However, when we take into account specific reasons of discrimination (see Table 2), the described relationship appears in all tested countries.

Poor physical well-being (somatic complaints) is connected to higher perceived discrimination because of financial status, ethnicity and sexual orientation among Poles; to higher perceived discrimination because of religion among Americans; to higher perceived discrimination because of ethnicity, sexual orientation, skin color, financial status, subculture (and with statistical tendency also for discrimination because of religion) among British; but to lower perceived discrimination because of financial status among Mexicans.

Table 2. Means and standard deviations for specific reasons of perceived discrimination and their correlations with social identifications, satisfaction with life and well-being.

	1. Discrimination - ethnicity				2. Discrimination - sexual orientation				3. Discrimination - skin color			
	USA	PL	MEX	UK	USA	PL	MEX	UK	USA	PL	MEX	UK
2	.30*	.67**	.34*	.17								
3	.69**	.32**	.34*	.89**	.21 <sup>†</sup>	.47**	.37**	.18 <sup>†</sup>				
4	.37**	.62**	-.05	.39**	.02	.46**	.098	.17	.42**	.03	.27*	.35**
5	.13	.27*	-.04	.24*	.14	.23*	.12	.34**	.001	.10	.16	.27*
6	.36**	.68**	.28*	.31*	.36**	.47**	.48**	.63**	.12	.11	.29*	.35**
SWLS	-.24 <sup>†</sup>	-.14	-.05	.07	-.37**	-.30**	-.36**	.01	-.12	-.32**	-.06	-.01
somatic complaints	-.01	.23*	.10	.30*	.001	.20*	-.05	.25*	.13	.16 <sup>†</sup>	.18	.30*
id on level 3	.29*	.006	.14	.10	.22 <sup>†</sup>	-.06	-.13	.14	.05	-.16 <sup>†</sup>	.01	.15
id on level 4	.18 <sup>†</sup>	.11	-.07	.06	.04	-.03	-.25*	.08	-.05	-.13	-.11	.00
id on level 5	.13	.09	-.06	.33**	-.16	.07	.04	.35**	.46**	.07	-.19	.29*
id on level 4-5	.21 <sup>†</sup>	.13	-.08	.25*	-.09	.02	-.09	.28*	.29*	-.05	-.22 <sup>†</sup>	.20 <sup>†</sup>
id on level 3-5	.35**	.09	.01	.22 <sup>†</sup>	.04	-.03	-.17	.26*	.30*	-.14	-.20 <sup>†</sup>	.21 <sup>†</sup>
id on level 1-2	-.15	.04	.02	-.17	-.08	.005	.17	-.16	-.14	.13	.23 <sup>†</sup>	-.16
M	1.62	1.14	1.38	1.98	1.62	1.12	1.42	1.52	1.65	1.03	1.49	1.89
SD	.91	.45	.81	1.07	1.03	0.50	1.08	1.00	1.01	0.16	.89	1.04

Table 2. Means and standard deviations for specific reasons of perceived discrimination and their correlations with social identifications. satisfaction with life and well-being – continuation.

	4. Discrimination - religion				5. Discrimination - financial status				6. Discrimination - subculture			
	USA	PL	MEX	UK	USA	PL	MEX	UK	USA	PL	MEX	UK
2												
3												
4												
5	.33**	.31**	.34*	.27*								
6	.31*	.42**	.20 <sup>†</sup>	.35**	.45**	.39**	.52**	.33**				
SWLS	-.04	-.19 <sup>†</sup>	-.30*	.08	-.15	-.26*	-.13	-.23 <sup>†</sup>	-.39**	-.04	-.49**	-.10
somatic complaints	.28*	.08	-.03	.22 <sup>†</sup>	.17	.34**	-.25*	.41**	.03	.10	-.07	.36**
id on level 3	.08	.02	.05	.06	.32*	-.02	.18	.18 <sup>†</sup>	.37**	.08	.15	.29*
id on level 4	.07	.23*	.21 <sup>†</sup>	.13	-.11	.22*	-.01	-.02	-.05	.27*	-.06	-.02
id on level 5	.37**	.01	-.27*	.07	-.14	-.11	-.20 <sup>†</sup>	.02	-.06	-.01	-.17	.34**
id on level 4-5	.30*	.17*	-.13	.13	.08	.18*	-.17	.00	-.07	.18 <sup>†</sup>	-.17	.21 <sup>†</sup>
id on level 3-5	.33**	.12	-.09	.12	.02	.04	-.05	.11	.14	.17 <sup>†</sup>	-.07	.32*
id on level 1-2	-.11	-.03	.03	.10	-.06	-.03	.13	.01	.05	-.07	.12	-.15
M	1.79	1.36	1.31	1.74	1.56	1.53	1.84	1.93	1.44	1.15	1.51	1.69
SD	.98	.77	.67	1.15	.85	.77	1.02	1.16	.78	.52	.84	1.16

Notes. USA: N = 52; PL: N = 73; Mex: N = 45; UK: N = 54; one-tailed.

<sup>†</sup> 0.05 < p < 0.1; \* p < 0.05; \*\* p < 0.01; \*\*\* p < 0.001.

### 3.4. Social identifications and perceived discrimination

As correlations in Table 1 show, higher feeling of discrimination is connected to having more social identifications in the US (for medium identifications on level 3), Poland (for strong identifications on level 4) and the UK (for medium identifications on level 3 and very strong identifications on level 5), which confirms Hypothesis 3 for these countries' samples.

The results for the specific reasons of discrimination reveal that the positive relationship between the number of social identifications and discrimination appears for all reasons of discrimination in case of the US, discrimination because of religion, financial status and subculture in case of Poland, and ethnicity, skin color, sexual orientation and subculture in case of the UK. In Mexico this relationship is negative and appears for discrimination because of sexual orientation, religion, and financial status.

**W TROSCE O ZDROWIE  
UJĘCIE INTEGRALNE**

Table 3. Means and standard deviations for selected social identifications (id) and their correlations with specific reasons of perceived discrimination.

	people of the same skin color id				ethnic group id				people from the same cultural background id				human rights activists id			
	US	PL	MEX	UK	US	PL	MEX	UK	US	PL	ME X	UK	US	PL	ME X	UK
discrimination - ethnicity	.17	-.10	-.35*	.50**	.14	.00	.19	.28*	.37**	-.01	.03	.37**	.03	.13	-.41**	.28*
discrimination - sexual orientation	-.10	-.04	.01	.02	.16	-.15	-.08	-.05	-.04	.00	-.24†	-.02	-.04	.03	.08	.37**
discrimination - skin color	.28*	-.09	-.16	.49**	.20†	.04	-.32*	.19†	.26*	-.04	-.16	.25*	.13	-.12	-.12	.17
discrimination - religion	.08	-.10	.12	.18	.00	-.07	-.17	.16	.20†	.01	-.40**	.13	.02	.33**	.04	.32**
discrimination - financial status	-.17	-.07	.05	.26*	-.33**	.00	-.12	.11	-.01	.04	-.20	.05	-.04	.15	-.05	.16
discrimination - subculture	-.20†	-.07	.01	.06	-.18	.03	-.02	-.11	.17	.02	-.31*	.02	-.05	.20*	.07	.33**
M	2.92	2.92	3.04	2.42	3.15	1.99	2.28	2.40	3.15	3.13	3.75	3.07	2.83	2.30	3.75	2.36
SD	1.30	1.27	1.22	1.30	1.35	1.74	1.72	1.36	1.24	1.05	1.04	1.26	1.04	1.19	1.34	1.28

Table 3. Means and standard deviations for selected social identifications (id) and their correlations with specific reasons of perceived discrimination – continuation.

	people with same religious beliefs id				religious community id				people who share my important beliefs id				subculture id			
	US	PL	MEX	UK	US	PL	MEX	UK	US	PL	ME X	UK	US	PL	ME X	UK
discrimination - ethnicity	-.04	.28**	-.10	.11	.04	.02	-.12	.09	.07	.20*	-.06	.27*	-.05	.01	.27*	.23*
discrimination - sexual orientation	-.15	.17†	-.34*	-.03	-.11	-.13	-.35**	.03	-.32**	.17†	-.05	.20†	-.03	-.12	.00	.41**
discrimination - skin color	.13	.16†	-.16	.01	.15	-.05	-.38**	-.04	.05	.11	-.16	.20†	-.22†	-.05	-.20	.27*
discrimination - religion	.17	.18†	.17	.48**	.17	-.01	-.17	.30*	.24*	.21*	-.34*	.16	-.18	.11	-.04	.05
discrimination - financial status	-.17	-.01	-.07	-.09	-.09	-.11	.00	-.15	-.04	.08	-.20	-.06	.00	-.25†	.14	.03
discrimination - subculture	-.13	.13	-.14	-.08	-.11	.03	-.28*	-.01	-.10	.17†	-.05	.10	.13	.03	.32*	.37**
M	3.21	2.40	2.86	2.13	2.71	1.4	2.37	1.22	3.83	3.97	4.08	3.44	3.1	1.52	2.24	1.95
SD	1.35	1.53	1.77	1.68	1.65	1.5	1.68	1.78	1.02	.86	1.20	1.21	1.33	1.78	1.78	2.03

We found that there are positive connections between specific reasons of discrimination and specific groups people identify with (see Table 3), which confirms Hypothesis 4 for all countries. However, we also found some negative connections between specific reasons of discrimination and specific groups of identification.



Table 3. Means and standard deviations for selected social identifications and their correlations with specific reasons of perceived discrimination – continuation.

	people with similar financial status id				people with similar social position id				people of the same sexual orientation id				neighbors id			
	US	PL	MEX	UK	US	PL	MEX	UK	US	PL	ME X	UK	US	PL	ME X	UK
discrimination - ethnicity	.33**	-.04	-.01	.39**	.25*	.02	-.03	.42**	.18	.16	-.01	.35**	.00	.11	-.22	.25*
discrimination - sexual orientation	.11	-.01	-.19	.16	-.02	.05	-.21 <sup>†</sup>	.24*	-.06	.29**	.13	.49**	-.23 <sup>†</sup>	-.02	-.09	.02
discrimination - skin color	.34**	-.28**	-.29*	.38**	.27*	-.30**	-.34 <sup>†</sup>	.35**	.19	.04	-.20	.33**	-.02	-.08	-.21 <sup>†</sup>	.15
discrimination - religion	.29*	.03	-.05	.13	.30*	.08	-.09	.26*	.18	.14	-.16	.21 <sup>†</sup>	.27*	.29**	-.16	.18
discrimination - financial status	-.03	.18 <sup>†</sup>	-.18	.09	.03	.18 <sup>†</sup>	-.24 <sup>†</sup>	0.14	-.08	.14	.12	.25*	.10	.14	-.12	-.19 <sup>†</sup>
discrimination - subculture	.12	.17 <sup>†</sup>	-.29*	.25*	.07	.23*	-.30*	.32**	-.03	.17	.10	.36**	.08	.09	-.27*	.21 <sup>†</sup>
<b>M</b>	2.67	2.30	3.22	2.35	2.83	2.39	3.37	2.66	2.89	2.61	3.49	2.47	2.81	2.52	2.65	2.22
<b>SD</b>	1.34	1.12	1.14	1.13	1.37	1.10	1.13	1.14	1.31	1.35	1.22	1.26	1.33	1.23	.98	1.12

Table 3. Means and standard deviations for selected social identifications and their correlations with specific reasons of perceived discrimination – continuation.

	residents of my estate/housing id				residents of my neighborhood/district id				the people of my town/village id				the people of my county id			
	US	PL	MEX	UK	US	PL	MEX	UK	US	PL	MEX	UK	US	PL	MEX	UK
discrimination - ethnicity	.15	.17 <sup>†</sup>	-.13	-.05	.11	0.01	.07	.10	.27*	-.09	-.12	.14	.30*	-.09	-.12	.28*
discrimination - sexual orientation	-.04	-.05	.15	.06	.07	-.23*	.06	.06	-.22 <sup>†</sup>	-.19 <sup>†</sup>	.04	-.02	-.27*	-.17 <sup>†</sup>	.14	-.04
discrimination - skin color	.13	-.09	-.02	-.11	.06	-.19 <sup>†</sup>	-.15	.00	.21 <sup>†</sup>	-.27*	-.11	.06	.25*	-.18 <sup>†</sup>	.05	.23 <sup>†</sup>
discrimination - religion	.32*	.35**	.25*	-.04	.04	.16 <sup>†</sup>	.09	.19 <sup>†</sup>	.34**	.04	.00	.10	.33**	.04	.07	.26*
discrimination - financial status	.04	.20*	-.03	-.13	-.20 <sup>†</sup>	0.00	-.06	-.01	-.04	-.01	-.23 <sup>†</sup>	-.01	.17	-.09	-.13	.12
discrimination - subculture	.16	.16	-.06	.07	.08	-0.05	-.08	.08	.02	-.11	-.13	.05	.22 <sup>†</sup>	-.11	.05	.04
<b>M</b>	3.06	2.13	2.35	1.78	2.50	1.94	2.29	1.89	2.92	2.28	2.39	2.02	2.79	1.91	2.28	2.24
<b>SD</b>	1.50	1.31	1.02	1.40	1.34	1.25	.97	1.20	1.01	1.17	1.00	1.13	1.36	.91	1.08	1.07

Notes. USA: N = 52; PL: N = 73. Mex: N = 45; UK: N = 54; one-tailed.

<sup>†</sup> 0.05 < p < 0.1; \* p < 0.05; \*\* p < 0.01; \*\*\* p < 0.001.

As expected, we found some cultural differences in patterns of the results for the countries that may be summarized as follows:

In the US:

- Discrimination because of ethnicity is positively connected to identification with people from the same cultural background, with similar financial status, and with the similar social position, as well as with some local identities.

- Discrimination because of sexual orientation is negatively connected to identification “with people who share my important beliefs” and with some local identities.
- Discrimination because of skin color is positively connected to identification with people with the same skin color, the same cultural background and county, similar financial status, and similar social position.
- Discrimination because of religion is positively connected to identification “with people who share my important beliefs,” people with similar financial status, and similar social position, as well as with local identities.
- Discrimination because of financial status is negatively connected to identification with the ethnic group.
- Discrimination because of subculture – no connections found.
- In Poland:
  - Discrimination because of skin color is negatively connected to identification with people with similar social position and with similar financial status, as well as with some local identities.
  - Discrimination because of sexual orientation is positively connected to identification with people with the same sexual orientation (and with similar statistical tendency for identification “with people who share my important beliefs”), but negatively with some local identities.
  - Discrimination because of ethnicity is positively connected to identification with people with the same religious beliefs and “with people who share my important beliefs.”
  - Discrimination because of religion is positively connected to identification “with people who share my important beliefs”, and human rights activists (with statistical tendency in the same direction for identification with people “who share my religious beliefs”), as well as with some local identities (with people from the same estate/housing and neighbors).
  - Discrimination because of financial status is negatively connected to identification with subculture (plus statistical tendency in the same direction for identification with people with similar financial status and social position), but positively with people from the same estate/housing.
  - Discrimination because of subculture is positively connected to identification with human rights activists and people with similar social position (with statistical tendency in the same direction for identification with people with similar financial status and “who share my important beliefs”).

In Mexico:

- Discrimination because of ethnicity is negatively connected to identification with people with the same skin color, and human rights activists, while it is positively connected to identification with subculture.
- Discrimination because of sexual orientation is negatively connected to identification with people “who share my religious beliefs” and identification with religious community.
- Discrimination because of skin color is negatively connected to identification with people with similar financial status, and similar social position, with ethnic group and with religious community.
- Discrimination because of religion is negatively connected to identification with people “who share my important beliefs,” and people from the same cultural background, but positively with the people from the same estate/housing.
- Discrimination because of financial status – no connections found (only negative statistical tendency for people with similar social position).
- Discrimination because of subculture is positively connected to identification with subculture, but negatively with people with similar financial status and social position, neighbors, the same cultural background and religious community.
- In the U.K.:
- Discrimination because of ethnicity is positively connected to identification with people from the same cultural background and county, neighbors, people of the same skin color, same ethnic group, people with similar financial status, and with similar social position, subculture, “with people who share my important beliefs”, and human rights activists.
- Discrimination because of sexual orientation is positively connected to identification with people with the same sexual orientation, similar social position, human rights activists and subculture (plus statistical tendency in the same direction for identification “with people who share my important beliefs”).
- Discrimination because of skin color is positively connected to identification with people with the same skin color, the same cultural background and county, subculture, similar financial status, and similar social position (plus statistical tendency in the same direction for identification “with people who share my important beliefs”).
- Discrimination because of religion is positively connected to identification with religious community, people “who share my religious beliefs,” human rights activists and people with similar social position, as well as with local identities.

Discrimination because of financial status is positively connected to identification with people with the same skin color.

- Discrimination because of subculture is positively connected to identification with subculture, human rights activists and people with similar financial status and social position.

### 3.5. Predictors of satisfaction with life in four countries

To check the predictive role of perceived discrimination and social identifications on satisfaction with life, we conducted hierarchical regression analysis with satisfaction with life as the dependent variable, separately for each country (see Table 4). In the first step, we entered perceived discrimination and in the second step, added the number of meaningful social identifications.

Table 4. Hierarchical regression analysis for satisfaction with life as a dependent variable.

		US (R <sup>2</sup> =.33)			Poland (R <sup>2</sup> =.18)			Mexico (R <sup>2</sup> =.22)			UK (R <sup>2</sup> =.15)		
		Beta	p	ΔR <sup>2</sup>	Beta	p	ΔR <sup>2</sup>	Beta	p	ΔR <sup>2</sup>	Beta	p	ΔR <sup>2</sup>
1	perceived discrimination	-0.34	0.01	.12*	-0.28	0.02	.08*	-0.38	0.01	.14*	-0.05	0.73	.002
2	perceived discrimination	-0.39	0.005	.22**	-0.35	0.003	.10*	-0.32	0.03	.26	-0.13	0.37	.15*
	id on level 3	-0.07	0.61		-0.12	0.31		0.12	0.46		-0.07	0.63	
	id on level 4	0.11	0.36		0.33	0.01		0.16	0.30		0.27	0.08	
	id on level 5	0.42	0.003		0.05	0.69		0.23	0.15		0.26	0.08	

Notes. USA: N = 52; Pl: N = 73; Mex: N = 45; UK: N = 54; one-tailed.

<sup>†</sup> 0.05 < p < 0.1; \* p < 0.05; \*\* p < 0.01; \*\*\* p < 0.001.

The results show that perceived discrimination is a negative predictor of satisfaction with life in all four countries. They also confirm that adding social identifications to the regression analysis adds significant explained variance in the US., Poland and the UK (ΔR<sup>2</sup> < 0.05).

#### 4. Discussion

Our study aimed to shed more light on the complex relationships between well-being, social identifications and perceived discrimination within four different countries: the US, Mexico, Poland and the UK.

We analyzed how many social identifications participants from these countries declared and what was the strength of these identifications.

The results show that the number of strong and very strong identifications varies from 14.9 in case of the UK, 19.4 in Poland, 25 in the US to 31.2 in Mexico. Although our data do not allow cross-cultural comparisons, the results show that by using identity selection method we obtained higher mean number of meaningful social identifications than researchers using open-ended questions (6 identifications; see Brook et al., 2008). It may indeed mean that when facing open-ended questions individuals limit their responses and omit many identifications they may have, as they simply do not cross their minds, or to save the time and energy required to list them (see also Hamer et al., 2016).

To sum up other results, our study confirmed earlier research that perceived discrimination is connected to lower satisfaction with life and more somatic complaints (confirmation of Hypotheses 2a and 2b). We also showed that perceived discrimination is linked to having more meaningful social identifications (confirmation of Hypothesis 3 in Poland, UK and the US). On the other hand, having more strong and very strong identifications is connected to higher satisfaction with life (confirmation of Hypothesis 1a). These results may suggest that not only identifying with the discriminated group but having many meaningful social identifications potentially serve as a buffer from the harmful effects of perceived discrimination.

However, a number of social identifications reported by individuals was not connected to their physical well-being (somatic complaints), which fails to support Hypothesis 1b. However, the students from all countries reported very few somatic complaints, and that may be the primary reason for this lack of significant connection.

#### **Specific reasons of discrimination and well-being**

Closer look at specific reasons of discrimination and their negative correlations with satisfaction with life reveals that there are some differences in patterns of results, e.g. subculture is a reason of perceived discrimination negatively connected to SWL in the US and Mexico, financial status and skin color - in Poland, ethnicity – in the US and religion - in Mexico. However, sexual orientation is a reason of perceived discrimination connected to lower satisfaction with life in almost all tested countries (US, Poland and Mexico).

In the UK (and Poland) discrimination (also because of sexual orientation) is connected to more somatic complaints reported. However, when we take into account specific reasons of discrimination, expected relationship with poor physical well-being appears in all tested countries: more somatic complaints is connected to higher perceived discrimination because of financial status, ethnicity and sexual orientation among Poles; to higher perceived discrimination because of religion among Americans; to higher perceived discrimination because of ethnicity, sexual orientation, skin color, financial status, subculture (with statistical tendency also for religion) among British; however, to lower perceived discrimination because of financial status among Mexicans.

The results of our study show that the negative connection between sexual orientation-based discrimination and some aspects of well-being is quite universal, as it was found in all tested countries (negative SWL in the US, Mexico and Poland, as well as more somatic complains in the UK and Poland).

The results also indicate that financial status may be an important problem particularly among Polish students (as it connects to both, lower SWL and more somatic complaints; similar, although the weaker pattern, was found for British students). The same pattern of results was found for discrimination because of skin color in Poland, which may be explained by the fact, that Poland is an almost mono-racial country with growing fear of “others” and that some students come from the area of high prejudices and discrimination (Białystok). Interestingly, discrimination because of financial status seems not to be a problem for Mexican students – as it is negatively connected to somatic complaints. The explanation of this reversed pattern probably lies in the fact that the majority of the Tec students come from the families of rather high financial status and perceive being discriminated due to their relatively better rather than worse economic situation – in contrast to Poland and the UK.

### **Specific reasons of discrimination and social identifications**

The more detailed analysis shows that most of the time, as expected, feelings of discrimination are connected to stronger social identifications of different kinds (this pattern of results was obtained in the US, UK and in Poland, but not in Mexico). These results support our assumption that feeling of being discriminated against is connected to stronger identifications in the area that may help an individual to deal with perceived discrimination, by making stronger bonds with people who belong to the same discriminated group or are similar to him/her in other important areas. The example of the latter may be sharing the same beliefs and therefore giving support to the fellow group member. It may be also directly connected to feeling ties with people who fight discrimination, such as human rights activists.

We found this connection very often, especially in the UK (for most types of discrimination) and in Poland.

Another example may be discrimination because of sexual orientation which is connected to higher identification with people of the same sexual orientation, as RIM suggests, but it is also connected to higher identification with people who share “my important beliefs” in Poland and the UK. In the UK, discrimination of this type additionally correlates with identification with human rights activists and people with the similar social positions. It seems that these all are identifications that can help sexual minorities deal with their feelings of discrimination.

In line with these findings, in the UK feeling of being discriminated for most of the reasons is connected to stronger identification with human rights activists, subculture, people with similar social position or financial status, and with people who share “my important beliefs.” In Mexico, main supportive role in case of discrimination seems to have one's identification with subculture (the most frequent ones listed by participants were geeks and hipsters).

Another good example of this potential support mechanism is discrimination because of religion connected to stronger identification with people who share “my religious beliefs” in the UK and Poland, with religious community in the UK, and people who share “my important beliefs” and human rights activists in Poland. Interestingly in all tested countries people who feel this type of discrimination have stronger local identifications.

However, sometimes feelings of discrimination are connected to lower social identifications. This was especially frequent in the results for the Mexican sample, where most identifications were connected negatively to different kinds of perceived discrimination (the only identification that confirms RIM model is identification with subculture which was stronger among Mexicans who felt discriminated because of their subculture). This is a probable reason that Hypothesis 3 in Mexico was not confirmed. It may be due to the fact that “individualist cultures place greater importance on the interpersonal aspects of social groups than collectivist cultures, even if they place less importance on social groups than collectivist cultures” (Rubin, Milanov & Paolini, 2016, p. 226).

A meta-analysis of cross-cultural research studies (Oyserman, Coon & Kimmelmeier, 2002) shows that, e.g. U.S. samples (an individualist culture) scored higher than collectivist countries on relational, interpersonal dimensions such as feeling close to ingroup members and a sense of belonging to ingroups. Our results would then be another argument to take cultural differences into considerations when studying connections between social identities, discrimination, and well-being.

However, it is also possible that another mechanism is involved in the negative relationship between social identities and perceived discrimination – distancing from a

community which is oppressive for the individual or somehow supports discrimination. A good example may be discrimination because of sexual orientation connected to lower identification with people who share “my religious beliefs” and with religious community in Mexico. As many religions and religious communities condemn practicing sexual orientations other than heterosexual (e.g., two of the biggest religions: Christianity and Islam), distancing from groups oppressive toward individual seem understandable.

Discrimination because of sexual orientation was also connected to lower local identifications in the US and Poland, which may suggest the same mechanism – distancing from local communities that are prejudiced towards sexual minorities.

Another example of the same mechanism may be discrimination because of skin color negatively linked to local identities in Poland.

### **Limitations**

There are some limitations to the present research. As previously mentioned, our participants were students, so future research should include more diverse samples. Moreover, this study had a preliminary and exploratory character, which resulted in measuring over 80 social identifications, but with one item scales. In effect, it has not provided the data to build complex structural models for each of six tested reasons of perceived discrimination, including well-being and social identifications. Also, due to our correlational design, causality cannot be determined. Therefore, further studies are needed to build more complex models.

Moreover, because of small student samples, this dataset does not allow us to conduct cross-country comparisons. However, the observed differences in patterns of results for the tested countries suggest that further studies on much bigger, aligned country samples could lead to discovering important cultural differences in relationships between perceived discrimination, social identifications and well-being.

Small samples and rather low level of perceived discrimination are probably the reasons we did not confirm all hypotheses in all four tested countries. Future studies could aim not only for bigger samples, but also for targeting more discriminated groups to confirm the connection between tested variables in these cultural contexts.

### **Conclusions**

The results of our study confirmed in all tested countries that having more meaningful identities is connected to higher satisfaction with life. Moreover, perceived discrimination, which is connected to lower satisfaction with life and lower physical well-being, is also linked to having more meaningful social identities (in the US, UK and Poland). These results may



suggest that not only identifying with the discriminated group, as RIM suggests, but having many other meaningful social identities potentially serves as a buffer from the harmful effects of perceived discrimination.

However, occasionally feelings of discriminations are connected to lower social identifications, suggesting the mechanism of self-distancing from the rejecting group. This mechanism was particularly observed among Mexican students.

Thus, our study additionally showed the importance of taking the cultural context into consideration. The research also showed that it is worth using the identity selection method in this context, as it brings the higher mean number of meaningful social identifications than open-ended questions method.

### **Funding:**

Preparation of this manuscript was supported by the Polish National Science Centre (NCN 2014/14/M/HS6/00914 grant to the first author.

### **References:**

- Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 135.
- Brislin, R.W. (1970). Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 185-216, DOI: 10.1177/135910457000100301
- Brook, A. T., Garcia, J., & Fleming, M. A. (2008). The effects of multiple identities on psychological well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(12), 1588-1600.
- Cruwys, T., Haslam, S. A., Dingle, G. A., Haslam, C., & Jetten, J. (2014). Depression and social identity: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 18(3), 215-238.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Drury, J. (2012). Collective resilience in mass emergencies and disasters. *The social cure: Identity, health and well-being*, 195-216.
- Garstka, T. A., Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., & Hummert, M. L. (2004). How young and older adults differ in their responses to perceived age discrimination. *Psychology and Aging*, 19, 326-335.
- Giamo, L. S., Schmitt, M. T., & Outten, R. H. (2012). Perceived discrimination, group identification, and life satisfaction among multiracial people: A test of the rejection-identification model. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 18(4), 319.

- Greenaway, K. H., Cruwys, T., Haslam, S. A., & Jetten, J. (2016). Social identities promote well-being because they satisfy global psychological needs. *European Journal of Social Psychology, 46*(3), 294-307.
- Grob, A. (1995). Subjective well-being and significant life-events across life span. *Swiss Journal of Psychology, 54*(1), 3-18.
- Hamer, K., Jułkowski, T., Golińska, A., Cadena, L.M., Łuźniak-Piecha, M., McFarland, S., Czarnecka, B. (under review). What is 'ethnic group' in ordinary people's eyes? Different ways of understanding it among American, British, Mexican and Polish respondents. *Cross-Cultural Research*.
- Hamer, K., McFarland, S., Łuźniak-Piecha, M., Golińska, A. (2016). *Satisfaction with life, feelings of discrimination, and their connection to social identifications*. Paper presented at the 39th Annual Scientific Meeting of the International Society of Political Psychology (ISPP), Warsaw, Poland.
- Haslam, C., Cruwys, T., & Haslam, S. A. (2014). "The we's have it": Evidence for the distinctive benefits of group engagement in enhancing cognitive health in aging. *Social Science & Medicine, 120*, 57-66.
- Haslam, C., Holme, A., Haslam, S. A., Iyer, A., Jetten, J., & Williams, W. H. (2008). Maintaining group memberships: Social identity continuity predicts well-being after stroke. *Neuropsychological Rehabilitation, 18*(5-6), 671-691.
- Haslam, S. A., Reicher, S. D., & Levine, M. (2012). When other people are heaven, when other people are hell: How social identity determines the nature and impact of social support. *The social cure: Identity, health and well-being*, 157-174.
- Iyer, A., Jetten, J., Tsivrikos, D., Postmes, T., & Haslam, S. A. (2009). The more (and the more compatible) the merrier: Multiple group memberships and identity compatibility as predictors of adjustment after life transitions. *British Journal of Social Psychology, 48*(4), 707-733.
- Jasinskaja-Lahti, I., Liebkind, K., & Solheim, E. (2009). To identify or not to identify? National disidentification as an alternative reaction to perceived ethnic discrimination. *Applied Psychology, 58*(1), 105-128.
- Jetten, J., Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Spears, R. (2001). Rebels with a cause: Group identification as a response to perceived discrimination from the mainstream. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(9), 1204-1213.
- Jetten, J., Haslam, C., & Haslam, A.S. (Eds.). (2012). *The social cure: Identity, health and well-being*. Psychology Press.
- Jones, J. M., & Jetten, J. (2011). Recovering from strain and enduring pain: Multiple group memberships promote resilience in the face of physical challenges. *Social Psychological and Personality Science, 2*(3), 239-244.

- Koch, E. J., & Shepperd, J. A. (2004). Is Self-Complexity Linked to Better Coping? A Review of the Literature. *Journal of Personality, 72*(4), 727-760.
- Latrofa, M., Vaes, J., Pastore, M., & Cadinu, M. (2009). "United We Stand, Divided We Fall"! The Protective Function of Self-Stereotyping for Stigmatised Members' Psychological Well-Being. *Applied Psychology, 58*(1), 84-104.
- Miller, K., Wakefield, J. R., & Sani, F. (2016). Greater number of group identifications is associated with healthier behaviour in adolescents. *British Journal of Developmental Psychology, 34*(2), 291-305.
- Molina, L. E., Phillips, N. L., & Sidanius, J. (2015). National and ethnic identity in the face of discrimination: Ethnic minority and majority perspectives. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 21*(2), 225.
- Oyserman, D., Coon, H. M., & Kemmelmeier, M. (2002). Rethinking individualism and collectivism: evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychological Bulletin, 128*, 3-72. doi:10.1037/0033-2909.128.1.3.
- Ramos, M. R., Cassidy, C., Reicher, S., & Haslam, S. A. (2012). A longitudinal investigation of the rejection-identification hypothesis. *British Journal of Social Psychology, 51*(4), 642-660.
- Rubin, M., Milanov, M., & Paolini, S. (2016). Uncovering the diverse cultural bases of social identity: Ingroup ties predict self-stereotyping among individualists but not among collectivists. *Asian Journal of Social Psychology, 19*(3), 225-234.
- Sani, F. (2012). Group identification, social relationships, and health. *The social cure: Identity, health and well-being, 21-37*.
- Scarf, D., Moradi, S., McGaw, K., Hewitt, J., Hayhurst, J. G., Boyes, M., ... & Hunter, J. A. (2016). Somewhere I belong: Long-term increases in adolescents' resilience are predicted by perceived belonging to the in-group. *British Journal of Social Psychology, 55*(3), 588-599.
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Kobrynowicz, D., & Owen, S. (2002). Perceiving discrimination against one's gender group has different implications for well-being in women and men. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(2), 197-210.
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T., & Garcia, A. (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 140*(4), 921.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of inter group behavior. In S Worchel & WG Austin (Eds). *Psychology of intergroup relations*. Chicago: Nelson.
- Zdrenka, M., Yogeewaran, K., Stronge, S., & Sibley, C. G. (2015). Ethnic and national attachment as predictors of wellbeing among New Zealand Europeans, Māori, Asians, and Pacific Nations peoples. *International Journal of Intercultural Relations, 49*, 114-120.

Dr Katarzyna Litwińska-Rączka  
Katedra Psychologii Wychowawczej i Rodziny  
Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego  
Jana Pawła II

## Interpersonalna trauma jako „morderstwo duszy”

*„I wiem: wszystko, co teraz, póki jesteśmy na wojnie,  
tkwi w nas jak kamień w worku,  
po wojnie obudzi się i wówczas dopiero nastąpi rozprawa na  
śmierć i życie”  
(Erich Maria Remarque – Na zachodzie bez zmian).*

### Wprowadzenie

Wiele sytuacji w życiu człowieka ma znamiona traumatycznych. Mogą to być nieintencjonalne „zrządzenia losu”, jak: wypadki samochodowe, klęski żywiołowe, ciężkie choroby, poronienia, sieroctwo (straty) czy „wypadki” medyczne. Są to tak zwane traumy proste (Widera-Wysoczyńska i Kuczyńska, 2011).

Traumy proste powodują konsekwencje psychologiczne w postaci zaburzeń prostego Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD). Do zaburzeń tych można zaliczyć: ciągle przeżywanie emocji i odtwarzanie obrazów związanych z wydarzeniem traumatycznym (koszmary senne, flashbacki, natrętne wspomnienia), objawy dysocjacyjne (odrętwienie, ograniczona świadomość, zubożenie, derealizacja, depersonalizacja, amnezja), zaburzenia emocji i nastroju (lęki, depresyjność, drażliwość, niekontrolowane wybuchy gniewu), zaburzenia somatyczne (sztywność ciała, bóle, kłopoty ze snem). Nie leczone PTSD prowadzi do utrwalonych zaburzeń w sferze emocji, poznania, ciała i kontaktów interpersonalnych (Aleksandrowicz, 1997; Bryant, 2012).

Czasem sytuacje traumatyczne są intencjonalnie spowodowane przez człowieka. Do tego typu sytuacji należą: przemoc (fizyczna, psychiczna, emocjonalna), nadużycie seksualne (gwałt, molestowanie), porzucenie dziecka, samobójstwo, zabójstwo, odrzucenie emocjonalne, zaniechanie czy aborcja. Są to tak zwane traumy interpersonalne. Traumy interpersonalne, zwłaszcza złożone – to powtarzające się zdarzenia, krzywdy, które są przez osobę przewidywane oraz są wynikiem intencjonalnego i świadomego działania drugiego człowieka. Niszczą one psychikę w stopniu określanym przez badaczy i praktyków jako „mordowanie duszy” (Kalsched, 2015; Forward i Buck, 2011).

Jennifer Freid (2001) opisuje jako najbardziej szkodliwe traumy interpersonalne złożone i chroniczne, których źródłem są działania bliskich osób – rodziców, opiekunów, wychowawców i osoby identyfikowane jako ważne i bliskie. Są to zachowania typu

sadystycznej przemocy, powodujące bardzo wysoki poziom lęku, jak i bardzo wysokie poczucie zdrady interpersonalnej.

Traumy interpersonalne złożone powodują złożony Zespół Stresu Pourazowego, którego skutkiem mogą być trwałe zmiany osobowości danej osoby w wielu aspektach – nastroju podstawowego, emocji, somatycznego funkcjonowania, świadomości, postrzeganiu siebie, relacji z innymi ludźmi, systemu wartości i aktywności własnej (Aleksandrowicz, 1997; Garland, 2009).

W historii znane są przykłady licznych traum kolektywnych – gdy uraz przeżywany jest równocześnie przez wiele osób. Są to traumy doświadczane na przykład podczas wojny, prześladowań, obozów koncentracyjnych, holokaustu, niewolnictwa czy terroryzmu. Badania transgeneracyjne (międzypokoleniowe) transmisji skutków traumy u ludzi oraz eksperymenty laboratoryjne nad zwierzętami pokazują, że objawy cielesne, emocje oraz tendencje do działań mogą być przenoszone z rodziców na pokolenie ich dzieci, a nawet wnuków (Sack, 2014; Dias i Ressler, 2014).

Jak pisze Mark Wołynn (2017, s. 29):

*„Tragedie takie, jak opuszczenie, samobójstwo, wojna, wczesna śmierć dziecka, rodzica czy rodzeństwa – mogą wywoływać fale szoku i niepokoju. Jeśli nie zostaną przeżyte mogą być przekazywane z pokolenia na pokolenie. Spuścizna ta nazywana jest dziedziczną traumą rodzinną”.*

## 1. Trauma

Trauma definiowana jest w słowniku psychologicznym jako „fizyczny uraz lub rana, a także masywny szok psychologiczny, mający niszczący wpływ na psychikę” (Colman, 2009). Może to być jednorazowe zdarzenie, związane z zagrożeniem życia, bezpieczeństwa i integralności osoby lub cykl zdarzeń, które pozostawiają w człowieku ślady somatyczne i psychologiczne. Trauma uruchamia najgłębsze, egzystencjalne lęki poprzez nadmiar silnych bodźców przekraczających wydolność psychiczną i/lub fizyczną organizmu (Orwid, 2011).

Trauma pozostawia ślady w psychice, zwane „bąblem traumy”, ponieważ uraz jest tak silny, że osoba w momencie, gdy go doznaje jest atakowana tak wielką ilością bodźców, emocji, doświadczeń z własnego ciała, że nie mogąc ich przetworzyć wypiera je ze świadomego myślenia. Wydarzenia powodujące uraz są najczęściej słabo pamiętane lub wyparte w ogóle. Odczucia i wrażenia pozostają w psychice w formie uśpionej i pojawiają się w sytuacjach podobnych do sytuacji traumatycznej. Wówczas zalewają psychikę pozostawiając strauumatyzowaną osobę w dezorganizujących i bardzo przykrych emocjach lub/i odczuciach z ciała (Gliszczyński, 2009).

Ludzka reakcja na traumę oznacza nadmierną reakcję pobudzenia fizjologiczno-behawioralną przy jednoczesnym odrętwieniu emocjonalnym i odłączeniu się od doświadczenia. Mechanizm ten nazywa się dysocjacją, w której aktywizowane są funkcje służące przetrwaniu, przy wyłączeniu funkcji psychologicznych nie służących mu. Na

przykład w sytuacji zagrożenia życia nie ma czasu na emocjonalną refleksję, ale trzeba uciekać lub się bronić. Emocjonalna reakcja staje się możliwa później, może też być całkowicie zepchnięta do podświadomości, niezintegrowana z psychiką i wówczas powraca w funkcjonowaniu cielesnym, w emocjach i zachowaniach osoby w postaci różnorodnych objawów przez wiele lat (Kleszcz-Szczyrba, 2011).

Trauma oddziela sferę poznawczą od afektywnej oraz duszę (psyche) od ciała (soma). Wielu pacjentów cierpi na symptomy fizyczne - zaburzenia psychosomatyczne, objawy emocjonalne, interpersonalne trudności oraz zaburzenia poznawcze związane z dawną traumą. W skrajnych przypadkach, zwłaszcza, gdy trauma była długotrwała i interperpersonalna, doprowadza ona do zaburzeń osobowości włącznie z rozszczepieniem tożsamości (James i Gilliland, 2005; Kleszcz-Szczyrba, 2011).

Mogą wystąpić następujące objawy przeżytej traumy:

- zaburzenia psychosomatyczne,
- niezdolność do przeżywania i wyrażania uczuć (smutku, złości, miłości),
- zablokowanie potrzeb,
- zablokowanie komunikacji w rodzinie,
- projekcja nieuświadomionego lęku na dzieci w rodzinie,
- blokowanie dzieci w procesie separacji-indywiduacji,
- nadmierna zależność w związkach z partnerem/ dzieckiem,
- trudności w budowaniu relacji, nastawienie lękowe,
- dezorganizacja hierarchii wartości,
- identyfikacja ze zmarłym obiektem rodzicielskim lub agresorem (de Barbaro, 2006; Hańbowski, 2007; Herman, 1999).

## **2. Mechanizmy psychologicznego zniszczenia towarzyszące traumie**

Podczas doświadczenia traumy (dotkliwego nadużycia lub traumy kumulacyjnej - chronicznej frustracji w zaspokajaniu potrzeb) ofiara włącza mechanizm "ochrony przeciwbodźcowej", co skutkuje znieczuleniem emocjonalnym, dysocjacją, wyparciem wspomnień doświadczenia do podświadomości. Skutkiem długotrwałym takiej sytuacji są zaburzenia w identyfikacji, nazywaniu i wyrażaniu własnych odczuć: dana osoba nie rozpoznaje uczuć w sobie, nie umie ich nazwać, nie umie ich wyrazić, przeżywa pomieszane uczucia, gromadzi niezidentyfikowane uczucia, które skutkują napięciem, które trzeba odreagować w działaniu - *acting out* (Garland, 2009; Wolynn, 2017).

Agresja i autoagresja u ofiary przemocy pojawia się zazwyczaj jako przemieszczenie agresji na inne osoby lub odwrócenie agresji przeciwko sobie w postaci zachowań i myśli autodestrukcyjnych. Zazwyczaj współwystępują ze sobą te dwa zjawiska.

*Przykładem może być przypadek pacjentki Marii (35 lat), która codziennie była bita przez ojca - alkoholika. Były dwa warianty „seansów bicia” 1. gdy matka była w domu była bita krócej - około 30 minut, 2. gdy matki nie było w domu była bita mocniej i do 2 godzin, była bita po całym ciele i musiała się obnażać. Ojciec kazał jej dziękować za bicie i całować jego rękę.*

*Modliła się do Boga, aby ojciec umarł. Obiecała Bogu, że jeśli jej wystłucha jej prośby to w ramach kary za te myśli będzie nieszczęśliwa do końca życia. Gdy pacjentka miała 16 lat to ojciec zmarł. Dotrzymała słowa - jej samoocena była druzgocąca, niszczyła wszelką radość w swoim życiu, karała za przyjemności. Nie potrafiła się powstrzymać od przemocy wobec kilkunastoletniej córki - biła ją nie mogąc zapanować nad swoją agresją, następnie przeżywała poczucie winy i błagała córkę o przebaczenie. Pacjentka nie była w stanie kontrolować swojego zachowania (Gliszczyński, 2009, s. 140).*

Identyfikacja z agresorem to mechanizm utożsamienia się z prześladowcą, odtwarzanie jego stosunku do ofiary oraz zachowań. Bezradność w sytuacji traumy jest tak ogromna, że człowiek zwraca się do prześladowcy, aby poczuć jego siłę. Przykładem mechanizmu jest zachowanie kapo w obozie koncentracyjnym, którzy traktowali współwięźniów nieraz jeszcze bardziej okrutnie niż hitlerowcy. Wewnętrzna wersja rzeczywistego sprawcy traumy jest najczęściej bardziej sadystyczna i bezwzględna niż pierwotny i sprawia, że osoba sama siebie, jak i otoczenie traktuje bardzo źle (Garland, 2009).

Powtarzanie zachowań przez ofiarę traumy oznacza, że ma ona skłonność do wchodzenia w kolejne relacje interpersonalne, w których odtwarzane są wzorce związane z wykorzystaniem i przemocą. Powtarzanie to na poziomie nieświadomym jest regresywnym mechanizmem potwierdzenia poprzez działanie, iż następnym razem kontakt przyniesie miłość zamiast nienawiści (Kalsched, 2015).

*Przykładem mechanizmu jest przypadek Elżbiety (38 lat), która w wieku 15 lat zaczęła być wykorzystywana przez ojca i trwało to 20 lat. Pacjentka nie potrafiła ojcu odmówić przez tak długi czas, ponieważ w głębi serca przez cały czas liczyła na to, że ojciec się zmieni, stanie się lepszy i zacznie ją kochać. Powtarzała sekwencje nadziei i rozczarowania.*

*Ojciec wykorzystywał seksualnie również jej dwie starsze siostry. Rodzina była bardzo biedna i przed 15 rokiem życia pacjentka często głodowała, co zmieniło się w momencie rozpoczęcia nadużyć. Ojciec zaczął dawać jej jedzenie i słodycze. Po 20 roku życia pacjentki wykorzystywał ją seksualnie starszy o 10 lat mąż siostry. W swoim małżeństwie Elżbieta w dużej mierze odtworzyła pierwotną relację z ojcem - mąż stosował wobec niej przemoc, również seksualną, zresztą gdy zorientował się, że terapia grozi zaburzeniem tej chorej równowagi, wymusił na pacjentce rezygnację (Gliszczyński, 2009, s. 142).*

Idealizowanie rodziców (sprawców) - złudzenie o dobrych rodzicach - to kolejny mechanizm występujący u ofiar. Nie pamiętają złych, uszkadzających wydarzeń, mają przekonanie, że rodzice mieli dobre intencje i że one same (ofiary) są sobie winne i zasługiwały na takie traktowanie. Stąd dotkliwe, nieadekwatne poczucie winy, które niejednokrotnie utrudnia ich życie i zamienia je w koszmar.

Jeden z pacjentów Susan Forward stwierdził:

*"Oczywiście, że ojciec mnie bił. Zasługiwałem na to. Robił to tylko dlatego, aby utrzymać mnie w ryzach"* (Forward, 2011, s. 9).

### **3. Rodzina jako źródło traumy**

Rodzina może być istotnym i zbawiennym źródłem wsparcia w traumie – w sytuacjach, gdy trauma pochodzi spoza rodziny bezpośredniej (doświadczana jest od osób obcych, dalszej rodziny, znajomych).

Niestety najbliższa rodzina może też być źródłem traumy, sama stwarzając zagrożenie dla jej członków, zwłaszcza dzieci. Zagrożenia te związane są z sytuacjami przemocowymi (przemoc fizyczna, psychiczna, emocjonalna), wykorzystaniem seksualnym oraz zaniedbaniem podstawowych potrzeb fizycznych, emocjonalnych i rozwojowych dziecka.

Najbardziej niszczące dla osobowości jest zaprzeczanie odczuciom dziecka i tworzenie iluzji "dobrej rodziny" (por. Foreward i Buck, 2011; Gliszczyński, 2009).

Rodzina funkcjonująca prawidłowo, która jest bezpiecznym miejscem dla swoich członków staje się źródłem wsparcia w sytuacjach trudnych.

Terapeutka rodzinna Virginia Satir (2000, s. 23) pisze:

*„Rodzina jest miejscem, gdzie może być opatrzona Twoja dusza, może być źródłem poczucia wartości. Rodzina może być tym miejscem, gdzie znajdziemy miłość, zrozumienie i wsparcie, nawet, kiedy wszystko inne zawiedzie. Miejscem w którym możemy się odświeżyć i odzyskać siły, aby skutecznie radzić sobie ze światem zewnętrznym”.*

W sytuacji traumy obowiązkiem rodziców jest ochrona dziecka przed traumą zewnętrzną i wewnątrzrodzinną (np. ze strony dalszej rodziny).

Rodzice powinni oddzielić dziecko od źródła traumy, pozwolić dziecku na wyrażenie uczuć i pomóc mu w tym otwartością, wysłuchaniem i zrozumieniem. W razie potrzeby trzeba także pomóc dziecku skonfrontować się z osobą będącą źródłem traumy, a przede wszystkim trzeba budować dobrostan psychiczny dając osobie i ją wspierać.



Tab. 1. Cechy rodziny funkcjonalnej i dysfunkcjonalnej

RODZINA PRAWIDŁOWA	RODZINA DYSFUNKCJONALNA
Zadaniem rodziców jest opieka nad dziećmi (role jasno określone)	Zadaniem dzieci jest opieka nad rodzicami
Komunikaty są jasne, zrozumiałe, mogą być dyskutowane	Komunikaty – podwójne, niejasne, wymagające domyślania się
Dziecko jest kochane, cenione i szanowane, nawet jeśli jego zachowania są złe	Dziecko jest zawstydzane i dewaluowane za złe zachowania, jego granice nie są szanowane. Daje się dzieciom informacje, że są nic nie warte i nie zasługują na miłość
Wymagania wobec dzieci są stosowne do wieku	Dzieci są parentyfikowane lub infanlizowane, panuje chaos lub skrajna surowość
Każde uczucie ma prawo zaistnieć i jest wyrażane wprost	Uczucia są przedmiotem agresji (wyrażanej wprost lub nie wprost) i dlatego są tłumione i wypierane
Rodzice są nauczycielami i przewodnikami dzieci	Dzieci pozostawiane są sobie, opiekują się sobą i rodzeństwem
Życie jest zorganizowane, istnieje planowanie i przeciwstawianie się kryzysom	Sytuacja kryzysowa i napięcie jest obecna w rodzinie cały czas, kryzysy są stwarzane wewnątrz rodziny

Cechy opisane w prawej stronie tabeli wiążą się z zaniedbaniem dziecka oraz różnego rodzaju nadużyciami.

Rodzice, którzy są sprawcami traum są "toksyczni" - powodują emocjonalne wyniszczenie dzieci, działają szkodliwie na ich poczucie własnej wartości oraz możliwości rozwojowe. Są to rodzice: nieadekwatni, kontrolerzy, alkoholicy, sprawcy przemocy fizycznej i słownej, sprawcy przemocy seksualnej (Foreward i Buck, 2011).

Nieadekwatni rodzice nie zaspokajają potrzeb fizycznych, uwagi, miłości, przywiązania dziecka oraz jego potrzeby separowania się. Kierują się głównie własnymi potrzebami i wykorzystują dzieci, aby były zbyt blisko lub nie przeszkadzały (jak "niewidzialne" dziecko w rodzinie alkoholowej) (Praszker, 1992).

Rodzice - alkoholicy i uzależnieni od innych środków (narkotyki, leki) regulują negatywne emocje za pomocą środków, co powoduje ich nieobecność, nieangażowanie się w wychowanie dzieci oraz wybuchy złości i przemocy, gdy dzieci czegoś potrzebują. Zaburzenia u dzieci z rodzin uzależnionych rodziców to: lęki, depresje, osobowość borderline, uzależnienia, zaburzenia odżywiania (Koczberski, 2012; Jampolsky, 2008).

Rodzice - kontrolerzy przekraczają granice dziecka, narzucają mu własne poglądy, muszą wszystko wiedzieć. Pod pozorem troski chcą kontrolować dziecko, traktując je jakby było bezradne i nieprzystosowane. Tacy rodzice starają się zablokować proces separowania się dziecka (Foreward i Buck, 2011).

Sprawcy przemocy fizycznej i słownej są źródłem bardzo przykrych emocji związanych z poniżeniem i upokorzeniem u dzieci. Krytykują, zawstydzają, idealizują, aby następnie dewaluować dziecko. Skrajnymi zachowaniami rodzica są: psychopatyczne bicie, więzienie i głodzenie dziecka (Forward i Buck, 2011).

Rodzice - sprawcy przemocy seksualnej lub nie reagujący na przemoc seksualną ze strony osób trzecich sami charakteryzują się seksualnymi dysfunkcjami i zбочeniami (kazirodcy, pedofile). Dziecko w kontakcie z nimi czuje się splugawione, złe i odrażające. Przejmuje często winę za wykorzystanie na siebie (Gliszczyński, 2009).

Skutki przemocy seksualnej, fizycznej, emocjonalnej i zaniedbania doświadczanych w rodzinie to: utrata poczucia bezpieczeństwa, zależność od innych w relacjach, patologiczne wycofanie w relacjach, zaburzenia poznawcze, objawy emocjonalne, patologiczne poczucie winy, choroby somatyczne, zaburzenia zachowania (Arden, 2017; Garland, 2009).

### **Zakończenie**

Nieprzepracowane traumy są przyczyną wielu cierpień osoby, zarówno w płaszczyźnie duchowej, jak i cielesnej, emocjonalnej i interpersonalnej. Sprawiają, że osobie, która doświadczyła traumy niezwykle trudno jest dojrzałe kochać, zarówno siebie samego, jak i innych ludzi. Straumatyzowana osoba traci kontakt ze sobą i postrzega świat nieadekwatnie.

Najdotkliwsze traumy mają swoje źródło w relacjach interpersonalnych z bliskimi osobami. Skutki ich są najbardziej bolesne i znaczące dla rozwoju osobowości, zdolności nawiązywania bliskich i zdrowych relacji.

Proces leczenia skutków traum jest długotrwałym procesem psychoterapeutycznym. W procesie zmian ważne jest nawiązanie z klientem bliskiej relacji, współpraca dotycząca przepracowania traumy - wydarzeń i emocji, przeżycie żałoby po stratach, odbudowywanie związków intrapsychicznych i interpersonalnych. Odbywa się to najczęściej poprzez psychoterapię indywidualną (Herman, 1999; Summers i Barber, 2016). Użyteczne też bywają psychoterapie grupowe i z zastosowaniem specyficznych technik użytecznych w leczeniu skutków traumy (Arden, 2017; Greenstone, 2004).

### **Bibliografia:**

- Aleksandrowicz J.,(1997), *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10) psychopatologia, diagnostyka i leczenie*, Kraków, Collegium Medicum.
- Arden J., B., (2017). *Neuro nauka w psychoterapeutycznym procesie zmiany*, Kraków, Wydawnictwo UJ.
- Bieleńska A., (red.) (2009). *Psychodrama - elementy teorii i praktyki*, Warszawa, ENETEIA.
- Bryant R., A., (2012), *Zespół ostrego stresu*, Warszawa, PWN.
- Colman A, M., (2009), *Słownik psychologii*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

- De Barbaro B., (2006), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Dias B., G, Ressler K., J., (2014), Parental Olfactory Experience Influences Behavior and Neutral structure in Subsequent Generations, In: *Nature Neuroscience* 17, s. 89-96,
- Forward S., Buck C, (2011), *Toksyczni rodzice - jak się uwolnić od bolesnej spuścizny i rozpocząć nowe życie*, Warszawa, Wydawnictwo Czarna Owca.
- Freyd J., (2001), *Betrayal Trauma. The Logic of Forgetting Childhood Abuse*, Harvard University Press.
- Garland K., (red.) (2009), *Czym jest trauma - podejście psychoanalityczne*. Warszawa, Oficyna INGEDIUM.
- Gliszczynski J., (2009). Psychodrama w psychoterapii ofiar wykorzystania seksualnego, (W:), Bielańska A., (red.) *Psychodrama - elementy teorii i praktyki*. Warszawa, ENETEIA.
- Greenstone J., L., Leviton S., C., (2004). *Interwencja Kryzysowa*, Gdańsk. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hańbowski W., (2007), *W cieniu zmarłego obiektu*, Gdańsk. GWP.
- Herman L., J., (1999), *Przemoc - uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańsk, GWP.
- James R.K., Gilliland B., E., (2005), *Strategie interwencji kryzysowej*, Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjna PARPA.
- Jampolsky L., (2008), *Leczenie uzależnionego umysłu*, Warszawa, Jacek Santorski&CO Agencja Wydawnicza.
- Kleszcz-Szczyrba R., (2011), Specyficzny objaw (psycho)somatyczny jako sygnał restymulacji traumy - perspektywa terapeutyczna, (W:) Górnik-Durose M., Mateusiak J., (red.), *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*, Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 306-320.
- Kalsched D., (2015), *Wewnętrzny świat traumy - archetypowe obrazy jaźni*. Poznań, Zysk i S-ka.
- Koczberski J., (2012), No, bo co jest złego w picu piwa - o uzależnieniu i problemie współuzależnienia - rozmowa, (w:) Kołodziej A., Kołodziej J., (red.) *Zbliżenia - o małżeństwie bliżej. Współuzależnieni*, Kwartalnik, nr. 8, październik 2012, s. 14-21.
- Orwid M., (2011), *Trauma*, Warszawa, Wydawnictwo Literackie.
- Praszquier R., (1992), *Zmieniać nie zmieniając - ekologia problemów rodzinnych*. Warszawa, WSiP.
- Sack D., (2014), When Emotional Trauma Is a Family Affair, Where Science Meets the Steps (blog), *Psychology Today*, 5.05.2014, [www.psychologytoday.com](http://www.psychologytoday.com)...
- Satir V., (2000), *Rodzina - tu powstaje człowiek*, Gdańsk, GWP.
- Summers F., R., Barber J., P., (2016), *Terapia psychodynamiczna w praktyce. Studia przypadków*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Widera-Wysoczyńska A., Kuczyńska A., (2011), *Interpersonalna trauma - mechanizmy i konsekwencje*, Warszawa, Difin i engram.
- Wołyn M., (2017), *Nie zaczęło się od ciebie - jak dziedziczona trauma wpływa na to, kim jesteśmy i jak zakończyć ten proces*, Warszawa, Wydawnictwo Czarna Owca.

Prof. nadzw. dr hab. Maria Ryś  
*Department of Family Psychology*  
*Institute of Psychology*  
*Cardinal Stefan Wyszyński University in Warsaw*

## **Family with an alcohol problem. Functioning of a co-addicted person**

### **1. Characteristics of families with alcohol problems**

In recent years, a family has been increasingly recognized as a system. A system approach treats the family as a whole, a community, as one body. In this recognized family, its structure is analyzed as an entity made up of its members and relationships that occur between them, and this analysis seeks to describe the borders, which are methods of exchange between persons in the family system, as well as between the family and the environment<sup>1</sup>.

A properly functioning family has flexible boundaries to protect the autonomy of the individuals that form the family unit; these boundaries differentiate this coherent family circle from those who surround the family. Thus, there are limits governing the number and type of contacts of family members with others.

When the family does not properly fulfill its functions, it becomes a dysfunctional family.

M. Ziemska (1975, p. 35-40) defines a family as dysfunctional if it does not fulfill its tasks properly, both to society (and therefore the procreative function, service and care function, socialization, and psycho-hygienic function) and to its members (economic function, meeting the domestic and child care needs or emotional). A dysfunctional family is a family of irregular relationships that prevent the proper functioning of the family system. Adopted rules and performed roles are not clearly outlined and accepted. Also, contact with the environment are often not correct (discussed e.g. by Ryś, 2001; Woronowicz, 2001).

---

<sup>1</sup> Treating the family as a system, and thus a whole, is derived from general theory of systems of Ludwig von Bertalanffy. The basis of the issues concerning family theory of systems was developed by Salvator Minuchin (1974; after Grzesiuk, 1987). The analysis of the system conception of the family is included in Polish psychological literature undertaken by, inter alia: de Barbaro (1994), M. Braun-Gałkowska (1992), P. Budzyna-Dawidowski (1994), Cz. Czabała (1988), L. Grzesiuk (1987), B. Józefik (1994, 2003), K. Ostoja-Zawadzka (1994); A. Pohorecka (1997), R. Praszkiel (1992, 1994), M. Radochoński (1984, 1986), M. Ryś (2001); B. Tryjarska (1994).

Bradshaw (1988) believes that the dysfunctional family is one that does not fulfill tasks, which include:

- securing the survival and development of its members,
- meeting the emotional needs of its members: finding a balance between autonomy and dependence, learning social and sexual behaviour
- ensuring the development and growth of all its members,
- developing a sense of self,
- functions of socialization.

Other terms used to dysfunctional families are: a defective family, educationally inefficient, problematic (Mościcka, 1991, p. 3n).

Dysfunctional families are not able to provide its members the right conditions of daily living and care. Lack of functional compliance in the sphere of socialization leads to deviant behaviour in children and young people, and to their lack of socialization. A malfunction of the psycho-hygienic function takes place when the family introduces emotionally immature persons to society, with a low threshold of sensitivity to frustration and a shaken sense of security, demonstrating their behaviour deviations from the accepted standards of social functioning (Ziemska, 1975, p. 35-40).

Dysfunctional families do not perform their responsibilities to children adequately. These include broken families, in which there are very serious conflicts influencing the mental development of children, families with alcohol abuse, or even families in which members commit crimes, practice prostitution, or are severely physically or mentally ill. The consequences of functional disruption in a family can be measured by the level of maladjustment of children from these families (Jarosz, 1982, p. 153).

A family with alcohol problem is a family, in which someone drinks in an excessive, destructive or uncontrolled way. Such a family is be recognized as a dysfunctional inside-family system, a distorted scheme in which the drinking of one member is an integral part of this system. Alcoholism of the addicted person becomes a reference point for the experiences, attitudes, behaviours, and processes occurring in this family. The drinking person in the family creates life, financial, and emotional problems for other family members in a devastating manner, so that the whole family suffers from a wider „alcohol problem”<sup>2</sup>.

Abstinent family members often take actions to maintain the balance of the family system. Their activities may maintain drinking and affect the internal formation of coping strategies to deal with this difficult situation. The family system may develop different types of adaptations to the current situation (Kłodecki, 1990, p. 84).

Alcoholism affects the entire family system shaping interactions that can enhance the „alcoholic lifestyle”. So a family with alcohol problems is a family in which the basic parental

---

<sup>2</sup> Ackerman (1983, 1987, 1989, 2000); Kowaluk (1998); Margasiński (1995); Marynowicz-Hetka (1989); Niebrzydowski (1999); Ochmański (1985, 2001); Pawłowska (1996); Pielka (1986); Pohorecka (1997); Ryś (2007); Śledzianowski (1998); Sztander (1995); Żak (2006).

and marital functions are affected, socialization and emotional processes are impaired, and instead of imparting socially desirable behaviour patterns, a family with alcohol problems provides antisocial – or even criminal - behaviour patterns (Pacewicz, 1994, p. 15).

Analyzing the structural properties of family systems, M. Plopa (2004, p. 14-17) emphasizes the importance of distinguishing a systematic approach to family items such as: overall approach, organizational complexity, and interdependence.

In a family with alcohol problems, the drinking of one of family member becomes an integral part of the system. The alcoholism of one parent becomes a point of reference for gained experiences, attitudes, and behaviours of the entire family system. This type of family tries to block the problem with alcohol abuse so that they can function with it. Hence, „family with an alcoholic” changes to „alcoholic family”. Pathological drinking is involved in the homeostatic<sup>3</sup> mechanism of family functioning.

In this family, at work are mechanisms of merging family and integration of the family system. Very often, it is a process of pseudointegration (discussed by e.g. Ryś, 1998b, 2003, 2007).

Pseudointegration is primarily caused by the denial of existing problems, which prevents the search for solutions. Observations, thoughts, aspirations and fantasies, and feelings - particularly negative feelings, such as anxiety, loneliness, sadness, hurt, and rejection are denied here. People living in such families tend to control all interactions, feelings, and behaviour of others. This control is an important defense strategy against the shame a dysfunctional family deals with. It provides, to some degree, of sense of security, gives a sense of power, and imparts a capacity to anticipate events. However, the effect of this type of control is the rigidity of roles and loss of spontaneity (Bradshaw, 1988).

Scientists analyzing the organizational functioning of a dysfunctional family with alcohol problems usually indicate activity in several areas:

1) This family is closed, its members live in isolation from the outside world, without a close social contacts, friendships, or contacts are superficial, conventional, dominated by false appearances, lacking in true feelings, dishonest, and possess the inability to seek help.

2) Families with alcohol problems live in hypocrisy, lacking honesty and speaking the truth about the problems facing family members, and falsifying and distorting reality.

3) In such families, reciprocity is missing and no one helps anyone else, there is a focus on the self, and the problems of other members are ignored, or conversely relationships are based on overbearing care of one another.

---

<sup>3</sup> The concept of „family homeostasis” assumes that the family as a whole tends to maintain a sense of balance.

For this purpose it develops a variety of mechanisms to reject any change that could threaten the maintenance of stability. In the case of the alcoholic family these will be repetitive, stereotyped pathological behaviour patterns (Gaś, 1993).

Areas of family life, which are particularly vulnerable to alcohol problems are the following:

- Emotional life. Alcohol destroys the emotional life of the family. Members of the family experience continuous fear and insecurity, accompanied by anger, shame, and a sense of injustice and guilt.
- Support and mutual assistance. In a family with alcohol problems, there is lack of support systems and mutual help. The family life is the major source of problems, including in the external social environment, and creating great burdens for the particular individuals.
- Contact and understanding. In an alcoholic family, a continuous simulation is observed with many lies and manipulations, which lead to impoverishment and a lack of contact and mutual understanding between family members.
- Contact with the outside world. A family with alcohol problems closes off its tragedy and suffering, isolating it from the outside world and other people. This is due to feelings of shame, guilt, and social stereotypes concerning attitudes toward an alcoholic and his family.
- Material resources. Financial difficulties of varying dimensions often occur in alcoholic families (Mellibruda, 1999).

A dysfunctional family is characterized by the rigid division of roles and inadequate vision of the world and of behaviour, which are valid even then if there is no longer a need to be guided by defensive reactions (Woydyłło, 1990, p. 77-80).

A characteristic feature of a poorly functioning family system is incorrect borders between its members. In contrast to a normal family, where the boundaries are flexible and each family member has the right to privacy and space, in a dysfunctional system, the boundaries between individuals are excessive, overlapping, or rigid and impermeable. In these cases, intimacy and the creation of normal ties are not possible. Family members are strangers to each other, they feel lonely and abandoned, and no one is in touch with their true feelings (Melody, 1993, p. 27-36).

In dysfunctional families, there is no proper communication between members. People ignore problems with silence, although they are obvious. „The elephant in the room” associated with family problems that everyone knows but no one speaks about prevents the open and honest exchange of ideas, isolating family members (Sztander, 1993).

According to J. Conway (1997), dysfunctional families are characterized by an inability to express emotion, a tendency towards emotional abuse, rigidity of rules, and perfectionism. These families do not discuss the topics related to significant problems in their lives with anyone outside their circle, and they lack the ability to resolve painful interpersonal conflicts.

Dysfunctional families seek more security than satisfaction with their own activities. Their members suppress emotions, deny them or express them in a milder form, assuming that emotional confrontation or expressing unpleasant feelings may lead to chaos in the

family. Authentic feelings are never well recognized, nor are they expressed. Members of such families also cannot truly connect with their own internal experiences. Hence, they tend to have many inconsistencies in verbal messages (spoken words) with nonverbal expressions (gestures face) when communicating. The rules by which disrupted families are guided are too rigid or undisclosed (Tryjarska, 1994).

In disrupted families, dysfunctional communication can facilitate a mutual reduction of personal self-esteem, and means of communication are often based on conjecture. Desires and accusations are not delivered directly, but may appear as paradoxical injunctions (e.g. to be more dominant or spontaneous, you should be more confident) (Budzyna-Dawidowski, 1994).

A. Dodziuk and W. Kamecki (1994, p. 106) identify the following as characteristic features of families with alcohol problems:

- chaos, constant stress, disorganization of family life, and thus - a lack of security;
- concentration of all family members on the addict and the alcoholism while hiding alcoholism from the surroundings, and as a result, isolation from it;
- Neglect of self-needs by non-drinking family members, overtaking of the addict's duties, changing the original, natural roles within the family;
- Numerous and violent conflicts;
- „Freezing” of their own feelings

V. Satir (1983) draws attention to the fact that inappropriate relationships between spouses in a dysfunctional marriage lead to dysfunctional parenting.

In families with alcohol problems, parents often do not properly exercise parental authority (they are too despotic or too docile to the children), they do not define the rules of behaviour of children, or they do not enforce them. In such families, we observe a lack of feelings of security, a lack of clear definition of norms and values, and there is no clear division of roles (e.g. in families with alcohol problems, children often have to take over the „parental” responsibility from their own mother or father). Such a family copes very poorly with normal developmental crises through which every family goes (discussed e.g. by Rys, 2001).

A dysfunctional family with alcohol problems is characterised interactions among its members, leading to frustration over the basic needs of their members, exploitation, violations of major personal rights, loss of accountability from certain family members, and hyper accountability of others (see e.g.: Rys, 1998b, p. 66).

J. Bradshaw (1988) treats the family with alcohol problems as a compulsive family repeating an ineffective behaviour causing each of its members to live in chronic stress. A dysfunctional family system requires its members to take overly rigid roles. Roles are assigned to individuals, which takes away from them their own identity, a loss they are forced to endure in order to maintain balance in the system. In such a system, the family does not serve the members, but rather members serve the family (ibid. p. 101n).



In a family with alcohol problems, high loyalty and a rigid consistency are expected at the cost of sense of compliance with the individual experience of reality. There is an atmosphere of an emotional distance and emotional coldness.

Family members are with each other more out a sense of obligation or habit rather than from emotional needs, although from the outside it may seem that they are strongly connected with each other (Tryjarska, 1994).

All energy and family activities are aimed at trying to change the destructive behaviours of the alcoholic. Therefore, according to the B.T. Woronowicz (2001, p. 120), other spheres of family life, especially matters concerning children, are neglected and ignored.

In a dysfunctional family with alcohol problems, children experience shame associated mainly with parental neglect. This neglect may occur in the form of actual physical abandonment or mental distance, and a lack of meeting the child's needs. Parents may commit physical, sexual, emotional, and spiritual abuse against their children (discussed e.g. by Bradshaw, 1988).

Families with alcohol problems are often families with low socioeconomic status and low-cultural needs and the possibility of satisfying them, and at the same disturbed educational environment.

## **2. The rules and principles of life in a family system with alcohol problems**

Parental alcohol abuse results in the deprivation of constructive role models for children. Parental alcoholism creates a belief system in the child that breaking the rules of moral conduct is permissible. As J. Bradshaw defines (1988) in alcoholic families, discipline is modeled by „*undisciplined discipline makers*”, so parents are modeling inconsistency.

Dysfunctional families often unconsciously adopt certain rules. These include:

- Control. Control manifests itself with the compulsion to verify all interactions, feelings and behaviours. It is an important defence strategy against shame, it gives family members a sense of a peculiar kind of power and predictability of events to somehow meet safety needs;
- Perfectionism. Members of the system try to maintain the accuracy of what they feel, they think and do. This type of attitude leads to feelings of hopelessness, because the ideal of perfection in a family with alcohol problems cannot be achieved;
- Accusation. Accusing other members of the family is a defensive attitude hiding shame, it is used especially when control fails;
- Denial of feelings, thoughts, experiences, observations and expectations. This denial relates primarily to negative feelings such as anxiety, loneliness, sadness, hurt, and rejection;

- Creation myths. This process leads to a reformulation of injuries in such a way that they divert attention from what is really happening in the family;
- Not finishing matters – not closing cases happening between family members. For many years, the same conflicts and disagreements are supported, which may take the form of chronic war and conflicts without a real solution;
- Lack of confidence (ibid. p. 97-107).

Wegscheider, based on clinical observations, found families employ certain general rules to maintain the balance. These rules, which family members run more or less unconsciously, determine specific patterns of relationships and communication within the family. Wegscheider includes here:

- Treating of drinking of addicted person as the most important issues in the family. The lives of family members centre around the activities of the alcoholic, and their attitudes are aimed at making the person stop drinking;
- Recognition that it is not the alcoholic who is responsible for the use of alcohol, but someone else or even the external situation. The most common situation is where the alcoholic's spouse is charged with the fault for drinking. Members of the family with alcohol problems often deny that addiction is the main cause of family problems, or, it is considered as only a factor in some way complicating family life;
- Maintenance of balance of the system at the expense of all family members. The departure of any person from the family or the attempt to change the status quo are perceived as a threat;
- Recognition of the need to protect the addicted person and the drinking problem.

All behaviours, in the minds of family members, are a sign of mutual love and loyalty, but their unintended purpose and effect is to maintain the status quo in the family (after Cierpiałkowska, 1997, p. 47n).

In the alcoholic family, three basic principles are assumed: *do not talk, do not feel and do not trust* (discussed by Bradshaw, 1988; Gaś, 1994; Sztajner, 1994; Sztander, 2003; Woronowicz, 2001).

The principle: „*do not talk*” is a strong message often not expressed verbally. Members of a dysfunctional family avoid talking about their problems. This is an attempt to circumvent unpleasant feelings, guilt, sadness, irritation, and touching unhealed wounds. With time, any conversation concerning a painful family situation becomes impossible. Conspiracy of silence also applies to conversations with people outside the family. Children are silent in order to keep the secrets of the family in the hope that things will get better, that something will change, and they do this also because of shame (Sztander, 2003, p. 13N). The principle of „*do not talk*” commands the hiding of alcohol problems in the family and a ban on talking about what happens in it. This also applies to concealing feelings and experiences. This ban covers both members of their own family („*in order not to increase worries and not*

*exacerbate the crisis of the family*") and environment (*„no one cares, it's just our matter*"). This principle entails adverse consequences for the family: family members do not communicate with each other, cannot help each other, and do not know what they feel and think. Also the environment does not provide the possibility to provide assistance, particularly in the initial phase, when the problem is not yet advanced (Sztajner, 1994, p. 5).

Persons applying the principle of *„do not feel*" seek to eliminate emotions.

The message of this principle is not to go too deep into emotions and not to be subjected to emotions and guided by them (in accordance with the statement, *„you have to be tough*" or *„do not think about what you feel and why, and what are the consequences*"). Family members tend to stifle true feelings, which are the essence of personal human identity. Suppression of emotion leads to a loss of truth about ones' emotional life (Bradshaw, 1988). It turns into a distortion of internal reality and a weakening of the *„emotional sensors*" necessary in life. Defence and moving away from others fills people with rigid and schematic modes of action (Sztander, 2003, p. 14n). Adherence to the principle *„do not feel, be tough,*" and growing up in a disorganized environment can make a child a psychopath (Sztajner, 1994, p. 5).

The principle of *„do not trust*" includes both family members and people outside of the family unit. The main consequence of living with this principle is a lack of a sense of security (Gaś, 1994, p. 37, see also: Woronowicz, 2001, p. 123). This principle denotes coming to the conclusion that life is chaos, and it is a reaction to the trauma that life in a dysfunctional family provides. Lack of adult support deprives children of confidence and discernment. Broken promises, breach of promises, inconsistency of actions, and inconsistency of education are not conducive to the formation of orientation and confidence (Conway, 1997, p. 92, see also: Sztander, 2003, p. 12).

Families with alcohol problems differ depending on, inter alia, the development of dependence, personality of family members, or material status of the family, though these families show enough similarities that it is possible to identify phases of adaptation of members of the alcoholic family.

The literature usually distinguishes two models of adaptive behaviour of family members with alcohol problems.

The author of the first model is Joan Jackson, who, on the basis of years of research and observation of fifty alcoholic families, identified seven phases of adaptation to the problem of addiction:

Phase 1. Emerging sporadic incidents of excessive drinking by one of the spouses create increasing tension. The spouse then tries to influence the cessation of the partner's drinking of the partner, but she faces resistance. In this phase, increasingly frequent excuses and justification occur. A drinking person makes promises that are not kept. The dominant attitude in this phase is a denial of the existence of the problem.

Phase 2. Incidents of alcohol drinking begin to increase, and therefore tensions and mutual claims of family members increase. Relations between spouses deteriorate; thoughts and behaviour of the family begin to focus on the drinking. Attempts are made to maintain

the structure of family life as it stands, therefore the negative consequences of drinking are hidden, and the family becomes very isolated from the outside world.

Phase 3. Family members begin to resign from behaviours controlling the drinking of an alcoholic, and focus on actions that reduce short-term problems and difficulties. Disorganization of family life becomes apparent. Emotional disorders in children start to occur. The family gets rid of the illusion that the alcoholic will stop drinking.

Phase 4. In this phase, the non-drinking parent takes control over the family life, and as a result, the family becomes more stable and organized. This reduces the negative effects of the alcoholic's behaviour. Grievances and hostility towards the alcoholic occurring previously are replaced by compassion and caring feelings.

Phase 5. Actions of the non-drinking parent (usually wife) focus on solving existential and emotional problems. This is connected with the beginning of the separation process from the addicted person and a determined struggle to save this person and their children. The end of this phase usually results in parting from the alcoholic.

Phase 6. The family, now without an addicted person, attempts to reorganize life. Family members learn independence and begin the process of coping with grief, unfulfilled expectations, and pretensions to the addicted parent.

Phase 7. This phase occurs if an alcoholic reaches a stable abstinence. Then the family includes him in the course of family matters and tries to cope with the new problems that are associated with the process of becoming sober by an alcoholic (after Szczepańska, 1992, p. 36-38, see also: Sztander, 1993, p. 17-19; Gaś, 1994, p. 38-41).

Each of these seven phases may last for many years, and not every family goes through all phases. Sometimes a family comes only to the sixth phase and decides that an alcoholic cannot return to the family. Often adapting to life in a family with alcohol problems stops in the fourth phase, and in this phase the family stays (after Sztander, 1993, p. 19).

Another interesting model that describes the adaptation of the family to life with an addiction problem is the model proposed by P. Steinglass. It grows out of the developmental approach to family (after: Gaś, 1994, p. 28). According to this theory, becoming an alcoholic family is a process, during which the family is introduced into alcohol (in different periods of its life and for various reasons), and its use becomes a basic principle organizing and shaping family life (see also: Gaś, 1993, p. 31).

Steinglass distinguished major periods in family life: premarital, early marriage, mid-life, and late marriage. He characterizes each of these periods in terms of stability / instability and the use / non-use of alcohol. According to Steinglass, main characteristics of this model concern the majority of alcoholic families.

In the premarital period, the life partner is chosen. This choice takes into account various psychological and cultural-social factors. From a standpoint of addiction, there are three possible combinations of the selection of brides: two non-drinking people or two drinking people, or one non-drinking person and one drinking person. None of these

combinations guarantees protection against the introduction of alcohol to the family, but the likelihood of becoming a family with alcohol problem increases the more partners that are involved in alcohol abuse (after: *ibid.* p. 31-33, see also: Gaś 1994, p. 31).

The period of early marriage is a rather unstable time. During this period, spouses work out specific rules of mutual coexistence, and marital and family behaviour patterns. During this period, spouses allocate roles and functions carried out in the family and determine the rules governing the internal and external life of the family. If, during this period, one of the spouses uses alcohol to discharge tension and stress associated with this period, two kinds of consequences may arise.

In the first scenario, alcohol use clearly increases the difficulty of implementing roles associated with family, profession, and society, and it becomes the cause of conflicts and more and more frequent quarrels in the family, which eventually leads to divorce. (Divorce at this stage appears frequently in the case where the alcohol addiction occurred after the wedding and concerned one of the parties). Alternately - the use of alcohol becomes embedded in family life, and so a family with an alcoholic is transformed into family with alcohol problem. Alcoholism becomes involved in the homeostasis of family life and cannot be removed from the family without interfering with its balance (after: *ibid.* p. 33n; see also: Gaś, 1994, p. 31).

In cases where the family includes alcohol in the principles of its functioning, the abuse of alcohol and behaviours of the drinker become the main principles organising family life. A new period of family stability begins. During this period, we can distinguish alternating, successive times spans of the following phases: sobriety and intoxication. This period has usually a very dramatic course, as interior and exterior family stresses occur during this time (e.g. events from birth of children, to their growth, and ultimate leaving). Here, in a family with alcohol problems, one of two behaviours appears: either the severity of alcohol abuse increases, or the addict discontinues its use. Severe alcohol use further increases even more emerging stress reactions, and leads to vulnerability to alcoholism and emerging new problems. As a result, the family becomes unstable. The elimination of alcohol also leads to some entirely new difficulties, often so strong that they may end in divorce. Most often, however, intermittent, alternating periods of the drinking phase to sobriety phase and vice versa are observed (after: *ibid.* p. 34-36).

In the late marriage period, further decisions are taken regarding the future of the family. There are different possibilities leading to the formation of different types of family stability, such as:

- Stable, drinking alcoholic family, whose lifestyle revolves around systematic abuse of alcohol and compliance with it. Stressful external factors do not work here anymore, and the family focuses on concrete issues of everyday life, yet still repeats previously developed, inefficient methods of operation.

- Stable, non-drinking alcoholic family, in other words, a family that has successfully managed to give up drinking. Family life is still focused on alcohol, but now in terms

of recovery from alcoholism and striving to keep the reformed addict from returning to alcohol. Patterns of family function change here.

- A stable, sober non-alcoholic family, where alcohol has been definitively eliminated, also in the physical dimension, because the addicted person does not drink. Thus, mental, behavioural and emotional activity of family members is no longer involved in the problem with alcohol.

The stable, controlling drinking non-alcoholic family is, in the opinion of many therapists, only a theoretical possibility, because the person once dependent on alcohol is ever not able to fully recover and drink in a controlled manner (after: Gaś, 1994, p. 36-38).

### **3. Co-addicted spouse**

#### **3.1. The concept of co-addiction**

It is often assumed that co-addiction it is a multidimensional (physical, mental and spiritual) condition, which manifests itself by the disturbance of normal functioning caused by concentration on the needs and behaviours of others. It develops from the abandonment of responsibility for managing one's own life and happiness to focusing instead on someone else's (Sagadyn, 1996, p. 17).

In the broadest sense, co-addiction can be defined as dependence on people, things, or behaviours. It is characterized by a false belief that inner feelings can be controlled by controlling other people, things and events (Hemfelt, Minirth, Meier, 2004, p. 12).

Co-addiction to an addict is treated as a specific form of dependence on both this person and on the problem of alcohol abuse<sup>4</sup>. This condition is characterized by a concentration of thoughts, feelings, and behaviours focused on the addict, feeling a sense of necessity to monitor his or her behaviour, holding hope of maintaining safe quantities of drinking, as well as the development of more inflexible behaviours and reactions in regard to the drinking (Mellibruda, Szczepańska, 1998b).

Co-addiction refers to people who, being in a relationship with an addict, exhibit similar features and behaviours to those characteristic of their addicted partners. This term is now commonly used among psychologists and therapists, however a clear and universal definition has yet to be accepted. Though there is a high level of consistency from researchers in the description of manifestations of co-addiction in various spheres of operation (Cierpiałkowska, 1997, p. 18N).

Co-addiction is an obsessive focus on the alcoholism of a loved one, which leads to the neglect of one's own needs, emotional loosening and suffering. „Many of the tensions and burdens of a wife in a situation of her husband's increasing drinking are a direct

---

<sup>4</sup> Gordon, Barrett (1993); Kurza (2000a-e, 2001, 2002, 2003ab, 2004); Libera (2003); Ray (1994).

consequence of strategies that she employs to cope with the situation" (Szczepańska, 1996, p. 6).

According to M. Kisiel (2001, p. 16) co-addiction is a way to respond to the highly stressful situation of living with an alcoholic, which causes progressive involvement in the situation. The co-dependant person (usually the wife) begins to make changes, which, in her opinion, will lead to improvement of the situation, when in reality, her actions actually worsen and perpetuate the situation. When looking for a solution, she subconsciously focuses on the problem of the alcoholic: „What can I do to make him stop drinking?“, rather than on her own problems. Therefore, the changes that she introduces usually become ways of adapting to the destructive relationship, which in turn reinforces destructive behaviour, and consequently prevents finding a solution to the problem.

Analyses of the literature on co-addiction identify three basic concepts which the attempt to shed light on the issue<sup>5</sup>.

The first concept advocates treating a co-addiction as a disease. The second approach assumes that it is more of a personality disorder than a disease. This disorder originates from early experiences in family relations and dysfunctional rules of operation, and further develops in marriage with an alcoholic. The third approach treats co-addiction as a result of adaptation to the chronic presence of a stressful situation.

### 3.1.1. Co-addiction as a disease

The first approach in explaining the phenomenon of co-addiction accepts the assertion that it is a disease that arises and develops from the need of a person to live with dependent partner (Schaefer, 1986, p. 21)<sup>6</sup>.

Janet G. Woititz (1989) also points to the dimension of co-addiction as a disease. She claims that the co-addiction is a disease of alcoholics' wives, and is just as harmful as alcoholism itself. The degree to which the disease advances depends on the level of close contact with the alcoholic. According to Woititz, co-addiction is the mirror image of alcoholism, with the difference being that the alcoholic is dependent on alcohol, whereas the co-addict is dependent on the alcoholic<sup>7</sup>. The author mentions symptoms of co-addiction

---

<sup>5</sup> Fuller and Warner (2000) have made an interesting attempt to measure symptoms of co-addiction in different groups, combined with a review and comparison of research tools. The authors came from the assumption that the symptoms of co-addiction are perhaps not specific only to families with alcohol problems, that perhaps more critical to the issue may be the level of family stress. O'Brien and Gaborit (1992) are of the view that co-dependency may be present in the relationships in which neither spouse is chemically dependent.

<sup>6</sup> According to the author's approach, treatment of co-addiction as a disease (like alcoholism) is only a matter of time.

<sup>7</sup> According to Kapler (1999, p. 13) diagnosis of co-addiction should distinguish it from emotional dependence, or addiction to a person, which is based on the fixed coercive behaviour towards

including: a compassionate focus on the alcoholic, protectiveness, guilt, obsessions, constant worry, anxiety, hopelessness, a sense of injustice, despair, lies, false hopes, disappointment, confusion, anger, and the avoidance of situations in which the addict person would have the opportunity to drink. The main mechanism influencing the development and persistence of the illness is denial – denial of her husband's illness, of her own difficulties, and of the failure to see the real situation in the family.

American therapist Melody Beattie (1987, 1994) also treats the phenomenon of co-addiction with a broad understanding not limited to alcoholism. She views the phenomenon of co-addiction through the prism of a disease, but believes that symptoms of co-addiction may occur in any destructive relationship in which any dependence of any of its members is observed. It may, therefore, also occur in families with problems such as gambling, sex addiction, gluttony, or workaholism.

The common element in these family systems is their devastating influence and ways, in which co-addicted people try to affect their partners. Melody Beattie defines the co-addict as someone who, „has let another's behaviour affect him or her, and who is obsessed with controlling that person's behaviour” (ibid.).

A. Wobiz (2001, p. 20) believes that co-addiction is a disease (syndrome of psychiatric disorders), which results in the degradation of human life, the loss of ability to maintain a healthy relationship with another person (i.e. a relationship based on partnership and respect), and the loss of ability to correctly recognize shared responsibility for the quality of a relationship and for the responsibility for one's own thoughts, feelings and behaviours. The co-addicted person (usually the woman) sheds responsibility for her own emotional states on the partner, and instead takes responsibility for the addict's thoughts, feelings and behaviour. According to Wobiz, co-addiction is manifested through the progressive abandonment of oneself and one's own needs in favour of the needs other person, combined with a sense of increasing entanglement that ultimately prevents a positive change in the situation and breaking free from the destructive relationship. The author expresses the view that co-addiction, like alcoholism, is a continuous and progressive process leading to the physical and psychological destruction of the body.

### **3.1.2. Co-addiction as a personality disorder**

This is the approach presented by Cermak (1986). In his opinion, the following are present in this disorder: subordinating self-reliance on the ability to control oneself and others in an emergency situation; taking responsibility for meeting the needs of others, even at the expense of not meeting one's own needs; fear and problems associated with defining the border between approaching and maintaining distance; the tendency to seek out complicated close relationships with people with personality disorders, chemical

---

a partner, aimed at triggering and maintenance of the intense emotional bond, rather than adaptation to a destructive behaviour of a partner, what happens in the case of co-addiction.



dependence, co-addicts and / or with disturbed drives or impulses. Co-addicted people can also be characterized by: an extensive system of denial; suppression of feelings; depression; excessive vigilance; compulsiveness; states of anxiety; psychoactive substance abuse; psychosomatic disorders associated with stress; repeated episodes of experienced violence from physical or sexual abuse; being in close relationships with an addicted person without attempting to seek help from outside.

The concept of co-addiction as a personality disorder assumes that wives of alcoholics have certain features formed in childhood in a dysfunctional family, primarily in relation to dysfunctions associated with alcoholism of a spouse. These features deepen and further develop as a result of a relationship with an alcoholic, leading to co-addiction.

Some scientists in the analysis of co-addiction as personality disorders go back to the concept of Millon, who distinguished a dependent personality, the same type that characterises a co-addicted person. Such persons are characterized by, for example, submissiveness, passivity, subordination, a conciliatory attitude, avoidance of competition and conflict, willingness to sacrifice, lack of confidence, lack of autonomy, and a lack of coping skills in interpersonal relations (after Millon, Davis, 2005).

Bradshaw (1988) treats co-addiction as a set of rigid personality traits developed in childhood as a result of being brought up in a dysfunctional family, rooted in internalized shame that is the result of negligence. He claims that the main feature of co-addicted persons is an external control and lack of their own autonomy. Co-addiction is „an excessive rigidity of thinking and action resulting from difficult life experiences (formed at a much earlier stage than the marriage to an alcoholic), and further restrained in the life with the addict; stiffness prevents the beneficial and effective addressing of one's own problems and the problems of one's family" (Sztander, 1997).

Norwood presents a similar position (2004, p. 12). On the basis of her own therapeutic work with the wives of alcoholics, she found that most co-addicted people come from dysfunctional families, where they experienced trauma.

P. Melody (1993, p. 21-63) also stresses the special relationship between the occurrence of co-addiction and being raised in a dysfunctional family. The conditions in a dysfunctional family influence the emergence of abnormal personality traits and disorders of the system of borders, leading to the possible emergence of co-addiction in later relationships. Melody thus defines co-addiction as a disability of maturity caused by childhood trauma. She has distinguished characteristics of people brought up in dysfunctional families, which lead to co-addiction in subsequent relationships:

- difficulties in the development of high self-esteem, which is the proper love of self;
- difficulties in establishing boundaries between yourself and other people, thereby protecting your own personality;
- difficulties in the proper recognition of objective truths about oneself, or in defining oneself and deciding how to share oneself with others;

- difficulties in correctly defining and addressing one's needs and desires, or taking care of oneself;
- difficulties in experiencing and expressing an objective truth about yourself, or in other words, thriving in normal life conditions and being able to handle external circumstances.

W. Sztander (1997, p. 28) emphasizes both aspects of adaptation and personality co-addictions. According to the author, co-addiction is not a disease, but rather an excessive rigidity of thinking and action arising from adverse life experiences, which occur much earlier than marriage with an alcoholic. This rigidity of thinking and action is restrained, and further stiffened in life with an addicted person. It prevents beneficially and effectively solving one's own and one's family problems.

A. Margasiński (2000, p. 34) examines the symptoms of co-addiction as neurotic personality traits. By co-addicted personality, he refers to a type of neurotic personality characterized by excessive emotional entanglement arising from life „in the orbit of the other person.” This excessive emotional entanglement brings emotional, health, family, and social damages to this person.

### **3.1.3. Co-addiction as an adjustment disorder; an adaptation to a long-term stressful situation**

Co-addiction is also defined as a way to respond to highly stressful situations in life with an alcoholic or other person acting destructively, causing progressive entanglement (Kiehne, OGorman, Spann, Fischer, after: Cierpiałkowska, 2000, p. 90)<sup>8</sup>.

Sobolewska (1996) emphasizes that co-addiction may occur as a result of participation in a permanent, destructive relationship, in which a co-addicted person not only enters, but also co-creates. Symptoms of co-addiction are due to specific adaptive responses to a situation in life. But, she also points that not all wives of alcoholics have symptoms of co-addiction. In her view, there are three groups of determinants: stress - what is happening in the relationship; past life experiences and the psychological mindset with which the person entered into the relationship; psychological changes occurring as a result of the former two types of circumstances (ibid.).

---

<sup>8</sup> It seems that the vast majority of authors dealing with co-addiction are in favour of restricting this concept to the description of the adaptation difficulties experienced by the individual in situations of high stress in the family life. At this level of the diagnosis, co-dependency understood as a term used to describe the individual's response to the problems of adaptation may become a clinically useful term, provided clarification of diagnostic indicators. (see: Millon and Davis, 2005; Szczukiewicz, 2008). However, any changes in the classification of diseases are introduced after a broad range of environmental consulting, and each change requires an international consensus of the majority of the representatives of the psychiatric and psychological circles, hence the road to such a consensus still seems very distant (Magrasinski, 2009).

According to Mellibruda and Sobolewska (1997, p. 426n), the fundamental principle of co-addiction is increasing entanglement in a destructive relationship with an alcoholic. Both a person with personal problems or emotional disorders or a healthy person can enter into such a relationship. But the determining factor for whether someone will become co-addicted depends on whether she has the ability to either change or leave the system, or if she will instead adapt to it.

So this concept, highlighting the current situation of co-addicted people, draws attention to certain personality traits of the person creating the destructive scheme.

### 3.2. Symptoms of co-addiction

Many professionals involved in the treatment of alcohol problems agree that although co-addiction not has been included yet by the World Health Organization in the International Classification of Diseases, it is possible to highlight specific symptoms of co-addiction. T. Cermak (1986) includes among them:

- Overdeveloped need to control oneself and others in an emergency situation<sup>9</sup>;
- Overdeveloped sense of responsibility for meeting the needs of others, even at the expense of not meeting your own needs;
- Problems setting boundaries between approaching and maintaining a distance, and associated anxiety<sup>10</sup>;
- The tendency to seek out relationships with people with disturbed personalities, chemical dependence, co-addicts and / or disturbed drives<sup>11</sup>;
- Presence of at least three of the following problems:

highly developed mechanism of denial; repression of feelings; depression; expressing over-vigilance; compulsiveness<sup>12</sup>; anxiety; abuse of consciousness-altering drugs; current or

---

<sup>9</sup> Self-esteem in an alcoholic's wife is dependent on the perceived ability to control and exert influence by her on her feelings and behaviour and other people, often in spite of repeated failures. This attitude manifests itself in four spheres of operation: distorted relation to the power of will and exercising control (difficulties in distinguishing a situation, which we can influence, from those that are beyond the possibilities of our influence), impaired stability of self-esteem and borders of our „I“ (the primary criterion for assessing of self is the mood and behaviour of other people), the system of denial (delusions of control and positive impact on the behaviour of others), and low self-esteem. These four areas of operation are in a mutual relationship with each other (after Cierpialkowska, 1997, p. 20-23).

<sup>10</sup> The wife of an alcoholic experiences anxiety and identity disorder in interpersonal contacts. Psychological boundaries of self become blurred, co-addicted people do not have clear sense of who they are, and what desires and needs they have. Lack of self-boundaries raises fear of losing one's own identity and each change creates a fear of loss and rejection of already formed self-image (Szczepańska, 1992, p. 56-60).

<sup>11</sup> Co-addicted people tend to maintain close relationships with persons of a disturbed personality, with people addicted to various behaviours or drugs and with co-addicted people (ibid.).

<sup>12</sup> Compulsive tendencies are a defence mechanism that allows cutting off from threatening feelings, distress and anxiety that may escalate into panic and existential anxiety (ibid. p. 56-60).

past experience of physical or sexual violence; serious somatic illnesses associated with stress; being at least two years in a close relationship with an addicted person without trying to seek help.

H. Szczepańska (1996, p. 60n) distinguishes criteria of co-addiction parallel to the phenomena characterizing dependence on alcohol.

- Thoughts, feelings and behaviour of the co-addicted person are centered on the alcoholic's drinking. The co-addicted person has a subjective feeling of necessity to hinder an alcoholic from drinking;
- Behaviour and reactions of co-addicted person associated with the drinking of an alcoholic are stiffened and limited;
- A co-addicted person makes numerous failed attempts to refrain from the typical reaction to her partner's drinking. With the passage of time, changes in the intensity of the response to the alcoholic's drinking are visible;
- A co-addicted person experiences an unpleasant emotional state, anxiety, and irritability during periods of sobriety of the alcoholic, while during periods of drinking, the intensity of her experienced emotional states is reduced.
- A co-addicted person has a sense of inability to part with the alcoholic forever, even though she often wants to leave him.

Other therapists define co-addiction rather in terms of defective adaptation syndrome.

They distinguish here the following criteria:

- Suffering and emotional chaos;
- Psychosomatic disorders in inclusive neurosis;
- Use of hypnotics and sedative drugs, including alcohol, to relieve pain, tension and anxiety;
- Presence of an illusion and denial system, which interferes with true assessment of alcohol-related problems;
- Stiffening of marriage and family, which maintains the drinking of an alcoholic (after Sobolewska, 1996).

Z. Sobolewska draws attention to three groups of determining factors for whether a person will become co-addictive or not. These include:

- 1) A stressful marital and family situation, which is dependent on the family structure, the way roles are performed<sup>13</sup>, responsibilities of various family members, financial and material dependencies, and emotional ties between family members.

---

<sup>13</sup> A spouse in an alcoholic family usually takes on the role of the proxy, which gives her a sense of super responsibility, and for the family is causing the postponement of the family crisis. A proxy takes over the duties of an addict and established protection around him, and thus initiates the process of isolating the family from social gatherings, which leads to feelings of rejection and misunderstanding of co-addicted person (Cierpiałkowska, 1992, p. 58n).

Particularly important here is the behaviour of the alcoholic in his professional and social position, as well as the position of his spouse (especially concerning the existence of a group of persons to whom she can turn to for support). Conducive to the emergence of co-addiction are: a strong emotional and material dependency, poor occupational status, social isolation family, and all forms of pressure not to disclose the problem.

2) Personal psychological equipment, which the person enters into the relationship. Of particular significance in this instance are: the existence of childhood trauma, family relationships, and one's personal vision of the world.

Previous relationship experience and ingrained beliefs about family roles and relationships between persons of different sexes are also of great importance. In this regard, certain personality features, emotional functioning, self-image, and stress coping mechanisms are emphasized. Occurrence of co-addiction is more likely in people from dysfunctional families, who are emotionally immature, have reduced self-esteem, have a strong need to belong to other people or groups, and who have poor psychological boundaries, as well as a deficit of skills to cope with difficult situations.

3) Changes in the way a person functions result from stressful situations in a marriage, from the personal equipment of the person, and also from prolonged exposure to a pathological relationship. These changes may go into the intellectual sphere, in the direction of magical thinking, denial and belief in the ability to control everything, in the emotional sphere in the direction of generalized anxiety, anger suppression and mood changes, while the structure of „I” in the direction of guilt and a sense of injustice and the dissipation of limits of self” (ibid., p. 6-9, see also: Mellibruda, Sobolewska, 1997, p. 424-426).

#### **1.2.4. Functioning mechanisms of co-addicted people**

The most significant manifestation of co-addiction is a focus on the partner's addiction problem. Actions and feelings of the co-addict are entirely absorbed by one thought: how to stop the spouse from drinking alcohol.

Controlling the behaviour of on alcoholic and limiting the amount of alcohol consumed by him becomes the primary objective of the daily life of this person (usually the woman). She tries various methods of persuasion and factual argumentation, enforces promises not to drink, and points out facts incontestably proving the existence of dependence.

This type of behaviour, however, does not bring the desired results; rather it drags this person into a trap of dependence on a partner, because all areas of her life revolve around alcohol. Therefore, the situation of a co-addicted person becomes an endless circle of co-addiction (Sztander, 1997, p. 42).

The risk of the psychological trap, according to Rubin and Brockner, occurs when a person considers that she has invested too much to give up a relationship (after Pospiszyl, 1998).

The classic symptom of falling into a trap is the continuation, or even intensification, of actions that do not generate any positive effects, in particular bearing all responsibility for the drinking of the spouse.

The decision to remain in the destructive relationship may arise in this case from a sense of guilt for what happens to the alcoholic and taking the responsibility on oneself for any failures (discussed e.g. Grudziak-Sobczyk, Morawski, 1988).

A problem of co-addicted people is not only the taking over of responsibility for the alcoholic, his drinking, his behaviour, and the consequences of his actions. The person also gradually begins to take over all duties and responsibilities of the addict out of fear that they will not be properly executed, or even executed at all. The more responsibility the co-addict takes on, the less responsible the alcoholic becomes (Rys, 2002, p. 53).

Attempts to control the conduct of a dependent person or quantities of substances consumed by this person often are of an obsessive-compulsive nature. The co-addicted person is obsessed with „helping” the alcoholic, which is unachievable, so since her efforts to stop alcoholic from drinking are not fulfilled, there is no reliable method of control of the other person. The interdependent person begins to look for new ways of controlling the partner which may prove to be more effective. When her efforts again prove futile, she begins to be obsessed with punishing the addicted person (Twerski, 2001, p. 19).

Long-term support of an alcoholic's illness and the attempt to adapt to this situation exert a strong influence on the partner's self-esteem. The primary focus on others permits spouses of alcoholics to escape from painful feelings arising from a lack of self-esteem and lack of love. A sense of pride from living for others and ignoring one's own needs becomes a defence against the anxiety and fear associated with the situation in which they live. This attitude is an evolution of the lack of meeting own needs in order to be good and worthy of a man's respect. The main way of coping with such situations becomes overly responsible behaviour, based on granting help and advice to others, and on strengthening the conviction that someone is a necessary and useful person (Szczeпаńska, 1996).

The co-addicted person (usually the woman) tries to make changes that, in her view, are designed to improve the situation. However, her actions often perpetuate and aggravate the situation (Sztander, 1997).

The experiences of co-addicted person are associated with life in long-term mental stress. The effects of stress are largely centered on the love life of this person. The co-addicted spouse is constantly exposed to difficult and unpleasant emotions, such as helplessness, shame, guilt, anxiety, anger, sorrow, and a sense of injustice (Sztander, 1997, p. 32-37).

These feelings occupy the bulk of the space in the psyche, much more than happiness or love. In addition, a co-addicted person cannot deal with these feelings constructively. As a result of her suffering, relationships with her loved ones change and become far from satisfactory (Sztander, 1993).

Prolonged emotional stress often leaves traces in the form of psycho-physical ailments. Interdependent people often suffer from neurotic disorders, or psychosomatic symptoms such as, for example: headaches, stomach problems, and alarming heart symptoms. Such a mental or physical condition may push these people to reach for sleeping pills, sedatives, or analgesic drugs. Attempts to suppress unpleasant psychophysical states may lead to dependence on drugs, cigarettes, and even gluttony disorder and alcohol (Sztander, 1997, p. 38).

M. Beattie (1996), among the attitudes that characterise co-addiction, first of all points to: obsessive control of others, continuous help, overprotection, obsessive caring for others, low self-esteem bordering on self-hatred, intensive anger and guilt, a strong dependence on particular people, a high tolerance for relationship irregularities with others, and a focus on others leading to self-neglect.

In these studies, two different patterns of functioning alcoholics' wives were isolated: submissive and dominant. These models can alternate in a single person creating a so-called intermediate pattern of functioning. „Submissive” wives are characterized by a tendency to be influenced by interpersonal situations, and „dominant” wives have a tendency to influence others (Sobolewska, 1996, p. 8). A „submissive” wife perceives her husband as a strong and responsible man who is responsible for the well-being of the whole family. Therefore, they do everything so that his drinking does not reflect negatively on his career and opinions among friends and family. They quickly accept and sustain the husband's denial and believe in all his promises to improve. Their behaviour seeks to rescue the current situation at home rather than find ways to change the situation. The husband's drinking inspires feeling of anger and a sense of powerlessness, however, the wife tries to ignore and suppress these feelings.

A „dominant” wife, in turn, sees her husband as weak and concentrates mainly on the struggle to reduce his drinking. The negative effects of husband's drinking, themselves, are not a problem, but rather a tool in the fight with to limit the husband's drinking. She believes that she has an great impact on all things in her husband's life, that she is responsible for diverting her husband from alcohol, and that without her, her spouse would not be able to cope with his life (ibid. p. 10n).

Despite so many negative effects of living with the addicted person, spouses often endure in this relationship for many years, and even for life.

#### **References:**

- Barbaro, B. de (1994). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Beattie, M. (1987). *Codependent No More: How to Stop Controlling Others and Start Caring for Yourself*, San Francisco: Harper.
- Beattie, M. (1994). *Koniec współzależnienia. Jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*, Poznań: Wyd. Media Rodzina of Poznań.

- Beattie, M. (1996). *Beyond Codependency: And Getting Better All the Time*, New York: Hazelden Information Education.
- Bradshaw, J. (1988). *The Family: A revolutionary Way of Self-Discovery*, New York: Health Communications, Inc.
- Bradshaw, J. (1990). *Homecoming: Reclaiming and Championing Your Inner Child*, New York: Bantam Book.
- Bradshaw, J. (1994). *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Bradshaw, J. (1996). *Family Secrets: The Path to Self-Acceptance and Reunion*, New York: Bantam Book.
- Bradshaw, J. (1997). *Toksyczny wstyd*, Warszawa: Wydawnictwo Akuracik.
- Bradshaw, J. (1998). *Healing the Shame That Binds You*, New York: Health Communication.
- Braun-Gałkowska, M. (1992). *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Lublin: TN KUL.
- Budzyna-Dawidowski, P. (1994). *Komunikacja w rodzinie*, (w:) B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, 56–68. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Cermak T.L. (1988). *A Time to Heal*, Los Angeles: Jeremy P. Tarcher.
- Cermak, T. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence*, Minneapolis: Johnston Institute Book.
- Cermak, T.L., Rutzky, J. (1998). *Czas uzdrowić swoje życie*, Warszawa: PARPA.
- Cierpiałkowska, L. (1992). Rodzina a alkoholizm. Studium rozwojowo-systemowe, *Przegląd Psychologiczny*, 1, 51 – 63.
- Cierpiałkowska, L. (1997). *Alkoholizm. Małżeństwo w procesie zdrowienia*, Poznań: Wyd. Nauk. UAM.
- Cierpiałkowska, L. (2000). *Alkoholizm. Przyczyny, leczenie, profilaktyka*, Poznań: Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Collins, B.C. (2001). *Emocjonalna niedostępność. Jak rozpoznać chłód emocjonalny, zrozumieć go i unikać w związku*, Gdańsk: GWP.
- Conway, J. (1997). *Dorośle dzieci rozwiedzionych rodziców*, Warszawa: Logos.
- Czabała, Cz. (1988). *Rodzina a zaburzenia psychiczne. Koncepcje i studia nad percepcją interpersonalną*, Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Czabała, Cz. (2006). *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa: PWN.
- Dodziuk, A. Kamecki, W. (1994). *Wyjść z matni. Proste rozmowy o zgubnym nałogu*, Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Gaś, Z.B. (1993). *Rodzina a uzależnienia*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Gaś, Z.K. (1994). *Uzależnienia: skuteczność programów profilaktyki*, Warszawa: WSiP.
- Gasiul, H. (1998). U podstaw mechanizmów uzależnień. Perspektywa osoby jako istoty emocjonalnie uwikłanej, *Studia nad Rodziną*, 2, 47-64.



- Gasiul, H. (2002). *Teorie emocji i motywacji*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Grudziak-Sobczyk, E. Morawski J. (1988). Współzależnienie – co to jest?, *Problemy Alkoholizmu*, 10, 11–12.
- Grzesiuk, L. (1987). Strukturalna terapia rodzin w ujęciu Minuchina, *Nowiny Psychologiczne* 1987, 33-48.
- Hemfelt, R. Meier, P. Minirth, F. (2004). *Miłość to wybór. O terapii współzależnienia*, Poznań: W Drodze.
- Jaros, M. (1982). *Rodziny dysfunkcjonalne*, (w:) M. Jaros (red.), *Rodzina Polska Lat Siedemdziesiątych*. 153-196. Warszawa: PWN.
- Józefik, B. (1994). *Strategie rodzinne*, (w:) B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. (69-78). Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Józefik, B. (2003). *Rozwój myślenia systemowego a terapia rodzin*, (w:) L. Górniak, B. Józefik (red.), *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kapler, L. (1999). Pułapki diagnozy współzależnienia, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 6(9), 9-13.
- Kisiel, M. (1998). W związku z alkoholiakiem, *Świat Problemów*, 1(60), 13-19.
- Kisiel, M. (2001). *Zajęcia psychoedukacyjne dla współzależniionych*, Warszawa: Wyd. IPZ PTP.
- Kłodecki, A. (1990). *Funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym i sugestie działań terapeutycznych*, (w:) M. Orwid, C. Czabała (red.), *Terapia rodzin i małżeństw*, 83–92. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Kłodecki, A. (2000). *Funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym*, (w:) E. Milewska, A. Szymanowska (red.), *Rodzice i dzieci. Psychologiczny obraz sytuacji problemowych*, 170-184. Warszawa: Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Kowaluk, M. (1998). *Nadużywanie alkoholu przez rodziców, a deformacje zachowań dzieci*, (w:) M. Ochmański (red.), *Uniwersyteckie kształcenie nauczycieli a psychologiczne czynniki rozwoju ucznia*, 325-335. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kurza, K. (2000a). *Przegląd badań dotyczących współzależnienia*, Warszawa: IPZ.
- Kurza, K. (2000b). Charakterystyka kobiet współzależniionych, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 6(15), 17-19.
- Kurza, K. (2000c). Zaburzenia w funkcjonowaniu psychologicznym kobiet współzależniionych, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 2(11), 31-35.
- Kurza, K. (2000d). Efektywność terapii współzależnienia, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 4(13), 12-15.
- Kurza, K. (2000e). Współzależnienie kobiet, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 3(12), 25-28.
- Kurza, K. (2001). Funkcjonowanie psychologiczne kobiet współzależniionych pół roku po terapii, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 4(19), 24-26.

- Kurza, K. (2002). Analiza Przebiegu i Efektów Terapii dla Osób Współuzależnionych. Raport zbiorczy-podsumowanie programu badawczego APETOW 1998-2002, IPZ, Warszawa, <http://psychologia.edu.pl/index.php?dz=biblioteka&op=opis&id=2615>.
- Kurza, K. (2003a). Proces pozytywnych zmian, *Świat Problemów*, 9(128), 23-26.
- Kurza, K. (2003b). Współuzależnienie a strategie radzenia sobie ze stresem, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 4, 16-18.
- Kurza, K. (2004). Jak radzą sobie z ze stresem żony alkoholików, które zgłosiły się na terapię?, *Świat Problemów*, 4(135), 8-12.
- Libera, A. (2003). Obraz siebie u żon alkoholików, *Świat Problemów*, 9 (128). 27-29.
- Margasiński, A. (1995). Psychologiczna analiza systemów rodzinnych z chorobą alkoholową. *Świat Problemów*, 12, 13 – 17.
- Margasiński, A. (2000). Syndrom współuzależnienia, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 5, 31-35.
- Marynowicz-Hetka, J. (1989). *Rodzina z problemem alkoholowym*, Wrocław: Ossolineum.
- Mellibruda, J. (1996). *Ludzie z problemami alkoholowymi*, Warszawa: CRS
- Mellibruda, J. (1997a). DDA - kim właściwie są?, *Świat Problemów*, 10, 5-10.
- Mellibruda, J. (1997b). Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu, *Alkoholizm i Narkomania*, 3 (28), 277-306.
- Mellibruda, J. (1999). *Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin*. Warszawa: Wyd. IPZ.
- Mellibruda, J., Sobolewska, Z. (1997). Koncepcja i terapia współuzależnienia, *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 421-430.
- Mellibruda, J., Szczepańska, H. (1989a). *Psychologiczne problemy żon alkoholików, sprawozdanie z II fazy badań*, Warszawa: Wyd. IPZiT PTP.
- Mellibruda, J., Szczepańska, H. (1989b). *Współuzależnienie i inne problemy psychologiczne żon pacjentów uzależnionych*, Warszawa: Wyd. IPZiT PTP.
- Mellody, P. (1993). *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współuzależnienia*, Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- Mellody, P. (2005). *Toksyczna miłość*, Warszawa: Wyd. J. Santorski & CO.
- Miller, I. Tuchfeld B. (1990). Dorosłe Dzieci Alkoholików, *Nowiny Psychologiczne*, 5-6, 142-145.
- Millon, T. Davis, R. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie.*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Mościcka, L. (1991). *Od redakcji*, (w:) L. Mościcka (red.), *Rodziny dysfunkcjonalne*, 3-8. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Niebrzydowski, L. (1999). *Postawy rodzicielskie w percepcji młodzieży z rodzin obciążonych alkoholizmem a poziom jej lęku i agresji*, (w:) H. Machela, K. Wszeborowski (red.), *Psychospołeczne uwarunkowania zjawisk dewiacyjnych wśród młodzieży w okresie transformacji ustrojowej w Polsce*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Norwood, R. (2004). *Kobiety, które kochają za bardzo i ciągle liczą, że on się zmieni*. Poznań: Wyd. Rebis.

- Ochmański, M. (1985). Cechy osobowości młodzieży pochodzącej z rodzin alkoholików, *Szkoła Spec.*, 2, 101-107.
- Ochmański, M. (1985). Rozwój intelektualny młodzieży z rodzin alkoholicznych i niealkoholicznych, *Zagadnienia Wychowania a Zdrowie Psychiczne*, 1, 37-47.
- Ochmański, M. (2001). *Alkoholizm ojców a sytuacja rodzinna i szkolna dzieci*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Ostoja-Zawadzka, K. (1998). *Mity rodzinne*, (w:) *Wprowadzenie ...* dz. cyt. 85-90.
- Pacewicz, A. (1994). *Dzieci alkoholików. Jak je rozumieć, jak im pomagać?*, Warszawa: PARPA.
- Pawłowska, R. (1996). Model rodziny w oczach młodzieży z rodzin alkoholowych, *Problemy Alkoholizmu*, 12, 3-7.
- Pawłowska, R. (1997). Przemoc wobec dzieci w rodzinie nadużywającej alkoholu, *Problemy Alkoholizmu*, 2-3, 3-8.
- Pawłowska, R. (1998). *Pomoc poradni odwykowych i grup AA w poszukiwaniu i odkrywaniu wartości*, (w:) S. Kawula, H. Machela, (red.), *Młdzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne. Diagnozy – Profilaktyka – Resocjalizacja*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek. 1998.
- Pielka, H. (1986). Uzależnienie alkoholowe rodziców, *Człowiek i Światopogląd*, 1986, 7-8, 87-96.
- Plopa, M. (2004). *Psychologia rodziny: teoria i badania*, Elbląg: Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Plopa, M. (2005). *Więzi w małżeństwie i rodzinie*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pohorecka, A. (1997). *Funkcjonowanie rodziny a zagrożenie uzależnieniem*, (w:) B. Kamińska-Buśko (red.), *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, 105 – 135. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Pospiszyl, I. (1995). *Diagnoza przemocy w rodzinie*, (w:) E. Pisula, J. Rola (red.), *Wybrane problemy psychologiczne diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci*, Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Pospiszyl, I. (1998). *Przemoc w rodzinie*, Warszawa: WSiP.
- Pospiszyl, I. (1999). *Razem przeciw przemocy*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Praszkiec, R. (1992). *Zmieniać nie zmieniając. Ekologia problemów rodzinnych*, Warszawa: WSiP.
- Praszkiec, R. (1994). O podejściu ekologicznym w terapii, *Gestalt*, 14, 9-13.
- Radochońska, A. Radochoński, M. (2001). *Role of the family determinants in development of anxiety disorders in children and adolescents: a systematic perspective*, (w:) Z. Tyszka (red.), *Rodzina w czasach przemian*, 235-244, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Radochoński, M. (1984). *Psychoterapia rodzinna w ujęciu systemowym*, Rzeszów: WSP.
- Radochoński, M. (1986). Rodzina jako system psychospołeczny, *Problemy Rodziny*, 5, 13-21.
- Ray, J. (red.), (1994). *Jak być wolnym w związkach? Medytacje nad Współzależnienie*, Warszawa: Wyd. J. Santorski & CO.
- Ryś, M. (1998b). Rodzina z problemem alkoholowym jako rodzina dysfunkcyjna, *Studia nad Rodziną*, 2, 65-74.

- Ryś, M. (2001). *Systemy rodzinne. Metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Ryś, M. (2002). *Rodzinne uwarunkowania uzależnień*, (w:) W. Bołoz, M. Ryś (red.), *Między życiem a śmiercią. Uzależnienia, eutanazja, sytuacje graniczne*, 41-65, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Ryś, M. (2003). *Integracja rodziny a uzależnienia*, (w:) W. Nowak, M. Tunkiewicz (red.), *Rodzina w jednoczącej się Europie*, 17-34, Olsztyn: Wyd. Hosianum.
- Ryś, M. (2007). *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: PWN.
- Sagadyn, L. (1996). Nerwica czy życie z alkoholikiem?, *Świat Problemów*, 1-2, 17-21.
- Satir, V. (1983). *Conjoint family therapy*, Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Satir, V. (2000). *Terapia rodziny*, Gdańsk: GWP.
- Schaef, A.W. (1986). *Codependence: Misunderstood, Mistreated*. San Francisco: Harper.
- Śledzianowski, J. (1998). *Dysfunkcjonalność rodziny a ucieczki dzieci z domu rodzinnego*, (w:) H. Cudak (red.), *Problemy współczesnej rodziny w Polsce. Materiały z II Ogólnopolskiego Sympozjum Naukowego*. Piotrków Trybunalski: Wydawnictwo Filii Kieleckiej WSP w Piotrkowie Trybunalskim.
- Śledzianowski, J. (2003). *Alkoholizm, nikotynizm, narkomania wśród młodzieży szkolnej województwa świętokrzyskiego*, Kielce: Wyd. Jedność.
- Sobolewska, Z. (1992). *Odebrane dzieciństwo*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Sobolewska, Z. (1996). W poszukiwaniu koncepcji współuzależnienia, *Świat Problemów*, 1-2, 4-10.
- Sobolewska, Z. (1997). Czy potrzebują terapii i jakiej?, *Świat Problemów*, 10, 13 – 16.
- Sobolewska, Z. (2002). Współuzależnienie, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 4(25). 36-38.
- Szczepańska, H. (1992). *Żony alkoholików. Problemy psychologiczne, proces zdrowienia, terapia*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Szczepańska, H. (1996). *Trening Asertywności dla Współuzależnionych (TAW). Poradnik terapeuty*, Warszawa: Wyd. IPZiT PTP.
- Szczukiewicz, P. (2004). Umiejętności interpersonalne w kontekście wychowawczym, *Remedium*. 2, 14-15.
- Sztajner, A. (1994). Dziecko w rodzinie z problemem alkoholowym, *Problemy Alkoholizmu*, 6, 3-7.
- Sztander, W. (1993). *Rodzina z problemem alkoholowym*, Warszawa: PARPA.
- Sztander, W. (1995). Co to jest rodzina alkoholowa?, *Świat Problemów*, 12, 4-7.
- Sztander, W. (1997). *Poza kontrolą*, Warszawa: PARPA.
- Sztander, W. (2003). *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*, Warszawa: PARPA. .
- Tryjarska, B. (1994). *Terapia rodzinna*, (w:) L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Szkoty, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, 245-293, Warszawa: PWN.

- Twerski, A.J. (2001). *Uzależnione myślenie. Analiza samooszukiwania*, Warszawa: Sanotorski &CO Wydawnictwo oraz Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Wobiz, A. (2001). *Współuzależnienie w rodzinie alkoholowej*, Warszawa: Wyd. „Akuracik”.
- Woititz, J.G. (1983). *Adult children of alcoholics*. Pompano Beach, FL: Fla: Health Communications.
- Woititz, J.G. (1986). *Struggle for Intimacy*, New York: Health Communication.
- Woititz, J.G. (1989). *Self-Sabotage Syndrome: Adult Children in the Workplace*, New York: Health Communication.
- Woititz, J.G. (1992). *Wymarzone dzieciństwo*, Gdańsk: GWP.
- Woititz, J.G. (1994). *Dorośle dzieci alkoholików*, Warszawa: Instytut Psychologii, Zdrowia i Trzeźwości PTP.
- Woititz, J.G. (1994a). *Małżeństwo na lodzie*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Woititz, J.G. (2003). *Lęk przed bliskością*, Gdańsk: GWP.
- Woronowicz, B.T. (1993). *Alkoholizm jako choroba*, Warszawa: PARPA.
- Woronowicz, B.T. (1994). *O czym powinien wiedzieć terapeuta uzależnień*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Woronowicz, B.T. (1998). *Alkoholizm jest chorobą*, Warszawa: PARPA.
- Woronowicz, B.T. (2001). *Bez tajemnic. O uzależnieniach i ich leczeniu*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woronowicz, B.T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań-Warszawa: Media Rodzina & Wydawnictwo Edukacyjne P ARPAMEDIA.
- Woydyłło, E. (1990). *Początek drogi*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woydyłło, E. (1993). *Aby wybaczyć. Poradnik dla rodzin alkoholików*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woydyłło, E. (1998). *Wybieram wolność*, Warszawa: Wydawnictwo „Akuracik”.
- Żak P. (red.) (2006). *Gdzie się podziało moje dzieciństwo. O dorosłych Dzieciach Alkoholików*, Kielce: Wydawnictwo Charaktery.
- Ziemska, M. (1975). *Rodzina a osobowość*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Ziemska, M. (1986). *Postawy rodzicielskie i ich wpływ na osobowość dziecka*, (w:) M. Ziemska (red.), *Rodzina i dziecko*, 155-197, Warszawa: PWN.

Magdalena Róžańska M. Sc. Midwife

*Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital in Wołomin*

Barbara Baranowska M. Sc. PhD

Urszula Tataj-Puzyna M. Sc. PhD

Grażyna Bączek M. Sc. PhD

*Department of Didactics in Gynecology and Obstetrics, Medical University of Warsaw*

Anna Kajdy MD, PhD

*Department of Procreative Health Medical Center for Postgraduate Education Warsaw*

## **Perinatal hospice care in the narratives of parents and caregivers – a qualitative survey**

### **1. Introduction**

Constant development and perfection of prenatal diagnostic techniques increases the precision of assessment of the fetal health (Frączek et al., 2013). There are no doubts regarding the role of prenatal diagnosis in cases that result in intrauterine or postnatal treatment of the child. Ethical controversies and public discussions begin in cases where the prognosis is poor, the defect is non compatible with life and the parents have to choose between termination or continuation of pregnancy (Frączek et al., 2013). The Polish law provides the option of termination of pregnancy before the child reaches viability in cases of lethal defects (Family Planning Act, 1993). Since 1999 in Poland women who have decided to continue their pregnancy are provided with palliative care by the Perinatal Hospice (Dangel, Szymkiewicz-Dangel, 2015).

The history of hospice care in Poland dates back to the seventies. At that time, a Group Study in Nowa Huta was formed, which provided assistance at the Stefan Żeromski Hospital. In 1977 Cracow decided to build a Stationary Hospice, and in 1981 the Friends of the Ill Society "Hospice" was established (Boulay, Rankin, 2009).

The precursors of perinatal hospices in Poland are prof. T. Dangel and prof. J. Szymkiewicz-Dangel. T. Dangel is the creator of pediatric palliative care. He plays a special role among the leaders of the hospice movement. He was inspired by Cicely Saunders and has undertaken the continuation of the difficult work of palliative care for children (Łuczak, 2004, p.8-16). In 1994 the Warsaw Hospice for Children (WHD) was established, the first in Central and Eastern Europe. In 1999, J. Szymkiewicz-Dangel presented the concept of perinatal hospice for the first time, during the European Palliative Care Course on Children in Budapest (Dangel, 1999).

T. Dangel and J. Szymkiewicz-Dangel believe that terminally ill children and their parents should be free to choose between hospital and home treatment of the child. The most common types of illnesses that qualify for hospice treatment are neurological damage, degenerative and demyelinating diseases, progressive genetic diseases, malignancies, metabolic diseases, congenital malformations, chromosome aberrations or extreme multi organ failure (Dangel , 2007, pp. 67-73).

Perinatal palliative care provides comprehensive support for parents in the perinatal and postnatal period of pregnancies affected by lethal defects. Hospice services include the symptomatic treatment of a terminal child, psychological, social and spiritual support for the parents, even after the child's death. Childcare can be carried out either in the prenatal phase, after delivery in the neonatal ward, at home by a parent or in the hospice, if the child survives and is discharged from the hospital (Dangel, 2008).

Perinatal Hospice is based on the idea of general hospice care. Its main goal is fulfillment of emotional and spiritual needs of the child and its family. Medical support is limited to pain relief, general improvement in the quality of life of the child until its natural death (Shabbat, 2013).

The regulations regarding hospice care are the Regulation of the Minister of Health of 29 October 2013 on guaranteed benefits for palliative and hospice care (Regulation of the Minister of Health, 2013). Unfortunately, in case of Perinatal Hospices, this care has not been financed so far by the National Health Fund (NFZ). Assistance in this area was organized within the statutory framework of the Hospice or Voluntary Foundation. It is only from 2017 that palliative perinatal care is included in the guaranteed benefits package (Kurzyńska, 2017, p. 8).

The motivation to take up this topic resulted from reflection on practical obstetrics and its confrontation with bioethical knowledge. Numerous problems in defining the boundaries of life, concentrating on the ethical side of health care representatives, and finally the lack of knowledge among physicians and midwives regarding care for the family with an unsuccessful prenatal diagnosis of the child, prompted the authors to bring closer the idea of perinatal hospice and determine what is the role of midwives in these services.

The main aim of this paper was to present a multi-faceted perspective on the aspects of hospice care. The secondary aim was sharing the experiences of persons providing help in hospice care and those benefiting from such assistance. In addition, attempts were made to assess the care provided and to discuss the presence of midwives in perinatal hospices.

## 2. Materials and methods

The research method was based on semi-structured interviews conducted with persons that experienced perinatal hospice care. The interviews were based on a questionnaire prepared specifically for this project.

The study group included:

[Ps] - two psychologists

[L] - doctor

[N] - neonatologist

[P] - midwife

[K] - Catholic priest

[R] - parents who used hospice care.

All respondents asked for full anonymity. Therefore, the characteristics of the examined group refer only to the role they played in hospice care, and therefore the exact place of work of the examined persons is not given.

An analysis of organizational forms related to the work of perinatal hospices operating in Poland was performed. The talks were held between November 2016 and March 2017. The interviews were usually conducted in the place of residence of the interviewees, as they allowed for a frank and open conversation about their experiences, observations and conclusions.

## 3. Results

### 3.1. Functional analysis of the prenatal hospice in the legal, medical, psychological and ethical aspects

From a legal point of view, perinatal hospices usually function on the basis of the Foundation or an Association. The scope of services is usually determined individually by a given team, creating its own model of perinatal hospice care. An interesting solution has been implemented by the hospice in Wrocław. It is based on the cooperation of an Association, Foundation, hospital clinic and the out patient clinic, which provides comprehensive care for families who have decided to continue their pregnancy despite the diagnosis of a lethal defect in their child. As a result of the agreement of these institutions, a Consultation Card has been created. It is a summary of specialist consultations and parents' expectations and decisions regarding further proceedings.

The Warsaw Children's Hospice Foundation has proposed a program of life protection in the case of prenatal diagnosis of a lethal defect. The Ministry of Health has granted the Foundation an Accreditation in Pediatric and Perinatal Palliative Care. They are



authorized in training of physicians and psychologists in the field of perinatal palliative care, issuing of certificates, consulting difficult cases and making binding decisions as well as supervision of other palliative care centers and developing standards (Dangel, Szymkiewicz - Dangel, 2016).

An important aspect of prenatal hospice care is the medical aspect. The basis and condition of palliative care is to determine unequivocally the diagnosis (ex. the statement of the so-called lethal defect). This is done by a consultant and is based on ultrasound, echocardiography and genetic testing. Additional medical services include: consultation with specialists - neonatologist, gynecologist-obstetrician, geneticist, cardiologist, additional ultrasound examinations and individual midwife care. These activities are mostly informative, and parent consultations with the medical community allow them to work out an individual plan for the length of pregnancy, birth plan, and follow-up and care for the family after the baby's birth.

The functional aspect of supporting the needs of the family through hospice care is described by the psychologist (taking part in the study):

*"Psychological support is needed at the decision-making stage whether to continue the pregnancy or not, while waiting for the baby, especially after childbirth and after the child's death. Medical support is also needed - the physician and midwife in our team answer questions and dilemmas of the parents, help create a plan of labor. If the parent wishes, the doctor/midwife is present during the birth. If necessary, we help them with the necessary research. We also work with a genetic consultant to help them understand their baby's diagnosis and make decisions future parenting decisions. Spiritual support from our chaplain is available. If necessary we provide social support. "[Ps]*

According to the interviewers of the parents supported by Hospice services, the care consisted primarily of arranging visits to specialists who prepared them for the birth of their daughter: a geneticist, a midwife, an obstetrician, a neonatologist. Parents discussed with each member of the interdisciplinary team the medical, psychological and spiritual aspects of care in the perinatal period. A gynecologist who worked at the hospice provided care for the pregnancy from the unsuccessful diagnosis of the condition of the child until it was resolved. Regular meetings with midwives were aimed at preparing the mother for the birth of the child. The midwife listened to the baby's heartbeat and discussed the details of the baby's birth. In the case of intrauterine death, the woman was provided with medical care and accompanied by the midwife during the difficult period of waiting for the baby.

One of the interviewed women described the essence and importance of care during the waiting time for birth:

*"In this care for us it was extremely important to set appointments so that we were waiting for the next meeting, without thinking that the time of labor was approaching, because for us that was synonymous with the death of our child. But the most important was the availability of the two midwives with whom we had contact, because they were people with*

*whom we could talk quietly about our feelings, fears, complain about the system, and finally at night when the birth began to call at 2.00 and hear a familiar voice in the handset assuring that everything will be ok and waiting for us in the delivery room. This gave us the confidence that we are in good hands. "[R]*

Ethical controversies in the area of hospice care may relate to the issue of prenatal diagnosis, which could result in termination of pregnancy or futile therapy. Perinatal Hospice provides and facilitates access to prenatal diagnostic services for parents. They refrain from futile therapy in favor of creating an opportunity to say farewells to the child in a dignified and familiar setting.

The position of the Church in regard to futile therapy is unequivocal. In the Catechism of the Catholic Church (KKK) we read: "Discontinuing medical procedures [...] does not will to cause death; one's inability to impede it is merely accepted" (CCC, 2278). The Church calls for palliative care, where it is possible to administer painkillers even if they are expected to shorten the life of the patient. Death in this case is not wanted, but only predicted and approved (CCC, 2279). "Even if death is thought imminent, the ordinary care owed to a sick person cannot be legitimately interrupted. The use of painkillers to alleviate the sufferings of the dying, even at the risk of shortening their days, can be morally in conformity with human dignity if death is not willed as either an end or a means, but only foreseen and tolerated as inevitable. Palliative care is a special form of disinterested charity. As such it should be encouraged" (CCC, 2279).

Catholic ethics is of the opinion that there should be defined limits to the obligation to sustain human life. The document of the Pontifical Council for Health Care Services reads as follows: "The distinction between 'proportional' measures that can never be rejected to not prevent and induce death, and disproportionate measures, which should be rejected in order not to fall into futile therapy are a decisive ethical criterion in defining these boundaries (Pontifical Council Cor Unum, 1981).

John Paul II emphasizes that there is a moral obligation to heal and to undergo treatment. This should be defined in specific situations. First of all, it is important to assess whether the medicinal products used are objectively proportionate to the expected improvement in health. Disqualification of extraordinary and exaggerated means is not equivalent to suicide or euthanasia, rather expresses acceptance of human condition in the face of death (EV, 77).

Resignation from futile therapy is an expression of respect and appreciation of human dignity, rather than the lack of perception of values in mortal life. It is compatible with God's will and accepts the restriction of human existence. Declaration *Iura et Bona* specifies that in making such a decision, the righteous desire of the patient and his household and the opinions of the truly competent doctors must be taken into account. The latter will, in fact, be able to make a fair assessment of when the cost of resources and the workforce is not proportionate to the expected effects and when the medication is administered to the patient

with pain or discomfort greater than the expected benefit (Congregation for the Doctrine of the Faith, 1980).

The documents of the Church do not specify what is an extraordinary measure, leaving it to the discretion of the doctors to respect the patients' decision, provided that they are capable of making that decision competently (CCC 2279). As the interviewees pointed out in the research, it is often the case that members of the perinatal hospice should be informed of the principles of withdrawal from futile therapy in a child with an unfavorable diagnosis. Prenatal medical procedures, that involve the mother and child must be preceded by a competent informed consent.

### 3.2. The specificity of the work of the Perinatal Hospice

Perinatal Hospice is not only an institution but, above all, a philosophy of life and conduct. The surveyed women see the Perinatal Hospice to be the place where parental resources are taken into consideration and supported to fulfill the need to continue the pregnancy and accept a child with an incurable illness, who is most likely to die after birth. The work of the hospice staff is described by the investigators as engaging, demanding, but also carrying deep sense and giving a lot of personal satisfaction. Team spirit is mentioned as a particularly positive aspect of the action force.

According to the psychologist, the core of hospice care is the psychological impact, directed at getting the parents through a difficult experience.

*"It's a job with a variety of emotions from fear, anger to hope and powerlessness; feeling of guilt and harm, but also love for the child and the desire to protect it; from fight to acceptance. This is accompanying the parents through mourning for the loss of dreams and plans of having a healthy child and mourning the loss of a child. "[Ps] Employees describe their work as" accompanying the family, taking into account the different aspects that they are needed for by the parents. " [PS]*

As the neonatologist points out, hospice care aids the entire family, not just the child and its parents.

*"My job is to provide multidirectional, medical, psychological, spiritual and social support to parents, grandparents, and siblings of an incurable child before and after childbirth." The statement from the midwife shows that the task of people working in the Hospice is to provide multidimensional care, which is based primarily on meetings, conversations and parental support during a difficult period of waiting for an incurable child. "The specificity of work lies in being honest in what we communicate to our parents. This assumption was from the beginning, even if the parents choose termination, then let it be their choice, not the only option imposed. Let them know between what they choose. Often when we ask our parents (...) how they remember the first meeting, they emphasize that it was again a conversation about "the child and the parents" and not the "pregnancy with the problem". We emphasize the importance that we are waiting for a new human, we encourage them to*

*give the child a name. We talk about a specific person with specific needs. And we try to get to know this person and his needs. We try to address these needs. His and his whole family".*

[P]

A hospice psychologist has a particularly positive view of work with parents:

*"It is most valuable to be able to accompany parents in their gradual discovery of what their resources are in dealing with an extremely difficult situation, and in supporting actions that allow them to end up knowing that they have done everything that is possible for their child.*

"[P]

As stated in the doctor's interview, the work of members of the prenatal hospice team refers to all aspects of what is happening around an unfavorable diagnosis. Taking care of parents at the time when the diagnosis is not yet final is mainly about the experiences and emotions that emerge from them. Hospice care can be divided into three stages. The first one is before stating the diagnosis. During that time it mainly relates to parental anxiety, and this is the time devoted mainly to conversation. The next step is to make the final diagnosis and the last step – is the decision regarding further management.

The Catholic priest described the work in the hospice as:

*(...) a direct encounter with the value of respect for the human being, the encounter with the life that we welcome to say goodbye to, often short of passing from the joy of meeting to the painful farewell. "[K]*

The respondents emphasized the importance of working with families in understanding the various constraints, accepting powerlessness and accompanying families without judging their attitudes and decisions. Interviewers found work extremely difficult especially in situations where the proposed by the Hospice model of care proposed was not available to the parents, and *"... the inability to break through information about this form of care by the medical community, particularly gynecologists". [P]*

### **3.3. The role of midwife in hospice care**

A midwife is usually the first person to accompany the parents, both in the prenatal stage, at the time of childbirth and during the postnatal period. Very often she is present at the time of death of the child, which sometimes occurs immediately after birth. Regardless of the decision regarding postnatal management, parents should be able to benefit from reliable, individual preparation by a midwife. This direct contact with midwives is also an important element of mental support for a family facing the birth of a terminal child. In the opinion of the surveyed midwives, *"... it is also someone who binds all the other people involved in hospice care". [Ps]*

Of all the members of the interdisciplinary team, the midwife is believed to have the closest relationship with the parents.

*"I see midwives as the closest to the family that we are dealing with, they are irreplaceable."*  
[K]

She accompanies the parents throughout their hospice care experience. It is the midwives who make sure that parents can see and say goodbye to their children, to keep memories of their children. According to the investigators her role in the team is priceless. According to the psychologist:

*"It is of great value to meet parents with midwives so that they can discuss the plan of childbirth, adapt it to a specific place where the birth will take place. This gives the possibility to discuss the doubts and concerns about the course of childbirth. Above all, there is a relationship of trust that can be developed in such a meeting, and which in the most difficult time, when the birth takes place, can bear fruit".*[Ps]

### **3.4. Suggestions for improving prenatal hospice care**

Patients who were asked to indicate the direction of improvement in the system of prenatal hospice care referred primarily to the lack of funding.

*"So far, no one pays for such care. Everyone works voluntarily, and some of our research is paid for by people of good will."* [N]

None of the respondents have indicated any malfunctioning or defects in the current palliative care system for children with lethal defects. The proposals for improvement concerned the dissemination, standardization and introduction of such care into the basket of services offered by the National Health Fund.

*"I dream of a time when it will formally work, when it is a finished product, that will be presented to the NFZ as a specific service. I would like the standard to incorporate a special information card, which will record the needs of parents about preparation for childbirth, taking into account the role of the midwife, individual birth school, then we can say that there is an alternative. Only then are possible conscientious choices. With this thinking you have to reach all of Poland, not only the largest hospitals. [L]*

The respondents emphasized the need for education of the whole society as well as the specialists.

*"It is also important to include all social activities in making society aware of the perinatal hospice (social campaigns, conferences, articles). At the crucial moment when the family learns that their child has a lethal defect, the "environment" can be appropriately direct them towards perinatal care."*[Ps]

The parents stressed there was no information from the medical staff at the time of the unsuccessful diagnosis if they rejected the possibility of termination of pregnancy.

*"There is no publicity for such care. Because a woman who does not agree to termination of pregnancy is sent home without any help, "we have proposed a solution to the situation, you do not agree, so let yourself be worried now."*

There is no understanding among physicians that one can see the meaning of a small man's life in his belly, whether he will live a few decades after childbirth, die shortly after birth, or may not be able to survive. Doctors (unless they are the only ones) are convinced that if someone does not use the termination proposal, it is only because it does not reach him that the child is ill and will not survive.

## Discussion

The research is a synthesis of the available research data regarding hospice care. We present the statements of persons directly related to hospice care, both on the professional side and of families receiving this kind of care. Perinatal Hospices are perceived, by parents and health professionals as a complex, multi-specialty care for a family of a child with an unfavorable diagnosis. They have the opportunity to take advantage of psychological care, medical consultations and support from the midwife. Such a model of care has already been described in foreign-language literature. In Polish-language studies there are few reports analyzing this kind of care, most of them appear in the form of interviews or are published in the quarterly Warsaw's Children Hospice (Dangel, Szymkiewicz-Dangel, 2015; Others, 2003; Korzeniewska-Eksterowicz, 2013, Mixer et al., 2015; Cobb, 2016; Ramer-Chrastek, Thygeson, 2015; Krzeszowiak, Śmigiel 2016).

The hospice is part of the pediatric palliative care model described by Dangel, "which aims to protect the dignity of the child, improve the quality of his life, protect against persistent therapy and iatrogenic activities. It includes symptomatic treatment and psychological, social and spiritual support for the whole family, also during time of mourning" (Dangel, Szymkiewicz-Dangel, 2016).

In spite of the various forms of organization and ways of providing help, the prenatal hospice activity can be described as a support network for parents experiencing difficult, rather than a stationary medical care facility for pregnant woman. As noted by the people working in the hospice, this is not a place, but rather a model of care, according to which it is supposed to be provided to families of sick children.

This is in line with the idea of the first modern hospice of St. Christopher, founded in London in 1967 by the English nurse Cicely Saunders (Rogiewicz, Krajnik 1998, p. 11). Saunders believed that the idea of working in a hospice is to accompany people suffering, sick and dying, and laid the groundwork for palliative care. (Du Boulay, Rankin, 2009). "*Hospice is not a place, but an idea that each of us carries within us*" (Chmiel-Baranowska, 2016, p. 18).

All respondents emphasized that hospice work has deep meaning and is a kind of distinction, an opportunity to accompany a person in suffering. In addition, for many years, the functioning of prenatal hospices in Poland was based on voluntary work. For that reason, the interdisciplinary teams were made up of people devoted and convinced to the idea.

All respondents agreed that this model of hospice care was optimal, and the only changes needed were better public awareness about hospice care. The existing standard of care is informing the parents about the option of termination of pregnancy in cases of children with a diagnosed incurable defect. The option perinatal hospice care is often omitted in the consultation process. It is therefore essential to build awareness of the medical community in particular about prenatal hospice care. In 2007, T. Dangel at the meeting of the Parliament Committee on the Family and Women's Rights showed that obstetricians more often suggest abortion than childbirth followed by palliative care, and that these parents should be offered consultation in a prenatal care.

Information about the unfavorable diagnosis of the child is a source of great stress and pain for the parents. They are often left to deal with these feelings all alone. Continuing a pregnancy, where the child is affected by a genetic disease, quite often results social disapproval. Prenatal hospice care gives the parents an opportunity to receive both psychological and substantive support as well as so much needed feeling of acceptance during a difficult time.

The study revealed the important role of a midwife as a member of the interdisciplinary team. Krzeszowiak and Szmigla's described the midwife an important member of the therapeutic team. According to them she takes care of the whole family that is expecting the birth of child with a poor prognosis (Krzeszowiak, Śmigiel, 2016, pp. 57-61). In interviews with women and doctors, the midwife is referred to as a link between the medical community and the parents. She is seen as being closest to the family, accompanying the pregnant woman, during and after giving birth to a terminally ill child. She is someone who is closest, who often is the first to greet this child in the world. Parents appreciate the safety they receive from their midwife in difficult times. The position of a physician, a medical authority, can create a type of distance in relation to the parents. Kędzierska, a psychologist, psychotherapist and psycho-oncologist who has worked in hospice care for over a dozen years, training staff in the psychological aspects of working with dying children, notes that doctors have more difficulties dealing with hospice care. As a cause, she explains, is the specificity of the profession. The doctor is meant to the fight death, rather than be an idle bystander approving its inevitability. Significant differences are seen in the psychological approach of midwives. She admits that the group is better suited to the difficult tasks posed by work in the prenatal hospice. She appreciates the sensitivity and empathy that often characterizes this profession. Kędzierska also points to the important aspect of cooperation in the midwifery team, as its quality often reflects on the way the patients are treated (Marshall, 2016, pp. 24-27).

The legal basis of functioning of Perinatal Hospices in Poland is defined by the Regulation of the Minister of Health of 29 October 2013 (*Journal of Laws* of 2013, 1347). This document defines the list of palliative care benefits, the conditions under which they are provided (stationary, home and outpatient) and professionals who are entitled to perform the services. These are mainly medical consultations, psychological counseling and nursing

care. The Regulation describes the scope of care primarily for adult Hospice Care and Child Hospices. Guidelines for Perinatal Hospice are not included in this document.

A Resolution of the Council of Ministers of 20 December 2016 on the Comprehensive Family Support Program "For Life" has highlighted palliative and hospice care for families with lethal defects of the fetus. This care is to be provided by increasing access to palliative care services and by providing the mother with psychological care during pregnancy and childbirth, which also falls within the scope of the Perinatal Hospice. Financing of these benefits is to be obtained from the Ministry of Health Resolution of the Council of Ministers, 2016, No. 160).

During the study period, the perinatal Hospices were financed primarily by funds donated to charity organizations thanks to "1 % tax "and private donations.

The ethical challenges described by the respondents mainly refer to the proposition of prenatal diagnosis and the refusal to apply to children with persistent therapy. The Code of Ethics is a set of rules that a physician should follow when practicing his profession. In Article 38 pt. 1 there are detailed rules regarding dissemination of information about availability of genetic testing and prenatal therapeutic interventions. The physician is also required to provide information about the degree of risk associated with the intervention, both for the child and for the mother (Code of Ethics, Articles 38-39). Futile therapy is a collection of medical actions that are to a large extent burdensome to the patient, can exacerbate the suffering of the patient, and the benefit of their application is not commensurate with the measures taken (Cepuch et al., 2013, pp. 163-169).

Clinical situations in which withdrawal and / or abandonment of life supportive therapies are permitted are so-called "No chance" situations (*Royal College of Paediatrics and Child Health*, 1999, p. 821-837). T. Dangel in his reflections on the dignity of the child believes that treatment in such a situation does not improve the quality of life of the patient and can only delay the death of the child. Unnecessary prolonged treatment turns out to be unsuccessful, cumbersome and contrary to the best interests of the patient. Therefore, the doctor has no legal duty to lead them (Dangel, 2007, p. 15-21).

Futile therapy, according to John Paul II, consists of the use of particularly destructive and cumbersome measures for the patient, condemning him to artificially extension of agony. Such conduct is contrary to the dignity of the dying person, so the moral task is to accept death, to allow it to proceed naturally (ibid.).

In this treatment it is not more important to prolong the time of death, but improve the quality of life of the dying person. From the point of view of ethics, it is justified to discontinue life support when they are a source of pain and suffering that are incomparably greater than the achievable benefits (*WHO Expert Committee Report*, 1990).

In the final declaration of the V General Assembly of the Pontifical Pro Vita University we read: "When a doctor realizes that he can no longer prevent a patient from dying and that the only effect of intensive therapy is to multiply his sufferings, he must acknowledge the limitations of medical knowledge and his own actions, a death that can not be avoided.



Respect for the dying person requires avoiding all forms of "futile therapy" and helping the patient to accept death "(V General Assembly of Pontifical Pro Vita Academy, 2005).

Very important ethical reflections are also provided by words of T. Dangel, who has accompanied families in saying "farewell" to terminally ill children: "Accepting the death of a terminally ill child by a doctor and parents is a necessary condition to ensure a dignified life - as long as it results from the natural course of the disease. Medical and other interventions - which are part of the holistic palliative care model based on the concept of total pain, should aim to improve the quality of life, not to extend it. In practice, this means the ability to distinguish between proportional and disproportionate means and the application of the first in the best interests of the child"(Dangel, 2007, p. 17).

Lack of consent for the natural occurrence and course of incurable diseases in fetuses and newborns leads to inhuman activities in the field of eugenic abortion or infanticide, an example of which may be euthanasia of newborns according to the protocol from Groningen in the Netherlands "(Verhagen, 2005, pp. 959-962) . T. Dangel proposed palliative care for the first time as an alternative to the Groningen protocol (Dangel, 2009, pp. 137-144). D. Kornas - Biela believes that as diagnostic techniques develop, the number of early prenatal diagnosis of defects in children will increase. This will be followed by an increase in selective abortions which may lead to a gradual decrease of social tolerance for birth defects ( Kornas - Biela, 2009, p. 430).

The medical community may contribute greatly to the dissemination of knowledge about perinatal Hospice care enabling a decent life until natural death. The doctor and midwife are the first people who are with the parents when they learn the unsuccessful diagnosis of their conceived child. That first conversation often has the greatest influence on the parent's decision about further management of the pregnancy. Parents start to look at their child through the eyes of the medical personnel and it becomes basis of their acceptance or rejection of the unborn child. Prenatal hospices are an indispensable element of palliative pediatric care and are crucial in supporting the family and increasing the chances of reevaluating their decisions.

### **Bibliography:**

- Calhoun B.C., Napolitano P., Terry M., Bussey C., Hoeldtke N.J. (2003), Perinatal hospice. Comprehensive care for the family of the fetus with a lethal condition. *The Journal of Reproductive Medicine*, 48, p. 343-348.
- Cepuch G., Domańska D., Dębska G. (2013), Ból i cierpienie a godność i prawa dziecka chorego w aspekcie uporczywej terapii, *Psychoonkologia*, 4, s. 163-169.
- Chmiel-Baranowska A. (2016), Hospicjum perinatalne to nie miejsce, ale idea, którą każdy z nas nosi w sobie, *Hospicjum*, nr 2 (76), s. 18.
- Cobb A.D. (2016), Acknowledged Dependence and the Virtues of Perinatal Hospice. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1(41), p. 25-40.

- Dangel J., (1999), *Ethical problems in perinatal medicine*. I European Course on Palliative Care for Children. Budapest, Abstract.
- Dangel T. (2007), *Godność dziecka – refleksja lekarza*, *Opieka Paliatywna nad Dziećmi*, Tom XV, s. 15-21.
- Dangel T. (2007), *Zalecenia (standardy) dotyczące domowej opieki paliatywnej (hospicyjnej) nad dziećmi – projekt dla Ministerstwa Zdrowia*, *Opieka Paliatywna nad Dziećmi*, Tom XV, str. 67-73.
- Dangel T., (2008), *Wady letalne u noworodków – opieka paliatywna jako alternatywa wobec eugenicznej aborcji, eugenicznego dzieciobójstwa i uporczywej terapii*, (w:) *Dziecko – studium interdyscyplinarne*, E. Sowińska, E. Szczurko, T. Guz, P. Marzec (red.), s. 443-460, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Dangel T. (2009), *Lethal defects in fetuses and neonates: palliative care as an alternative to eugenic abortion, eugenic infanticide, and therapeutic obstinacy*, *Obstetric Anaesthesia and Perinatal Medicine*, s. 137-144.
- Dangel T., Szymkiewicz-Dangel J. (2015), *Hospicjum perinatalne – polski model*. Informator Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, nr 1 (71), s. 37-40.
- Dangel T., Szymkiewicz-Dangel J. *Propozycja programu ochrony życia w przypadku rozpoznania wady letalnej w badaniach prenatalnych*, [http://perinatalne.pl/pliki/Artykul/1034\\_propozycja-programu-ochrony-zycia-13-10-2016.pdf](http://perinatalne.pl/pliki/Artykul/1034_propozycja-programu-ochrony-zycia-13-10-2016.pdf) (28.10.2017)
- Du Boulay S., Rankin M., (2009), *Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego*, Kraków: ZNAK.
- Frączek P., Jabłońska M., Pawlikowski J. (2013), *Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce*. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, nr 19(2), s. 103–109.
- Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, (25.03.1995).
- Katechizm Kościoła Katolickiego (11.10.1992), Poznań 1994.
- Kodeks Etyki Lekarskiej (1991).
- Kongregacja Nauki Wiary (1980), *Deklaracja o eutanazji*, *Iura et bona*, AAS 72, 542-552.
- Kornas-Biela D., (2009), *Pedagogika prenatalna, nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Korzeniewska-Eksterowicz A., Respondek-Liberska M., Przysło Ł., Fendler W., Młynarski W., Gulczyńska E. (2013), *Perinatal palliative care: barriers and attitudes of neonatologists and nurses in Poland*. *The Scientific World Journal*, Volume.
- Krzyszowiak J., Śmigiel R. (2016), *Rola i zadania położnej jako członka zespołu sprawującego opiekę nad ciężarną pacjentką z rozpoznaną wadą letalną u płodu*, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, nr 6(1), s. 57–61.
- Kurzyńska E. (2017), *Paliatywna opieka perinatalna w koszyku świadczeń gwarantowanych*, *Puls Medycyny*, nr 14(345), s. 8

- Łuczak J., (2004), *Geneza działalności Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci na tle ruchu hospicyjnego w Polsce i Europie*, Opieka Paliatywna nad Dziećmi, Wyd. XII, s. 8-16.
- Marszałek M. (2016), *Dotknąć kresu i iść dalej*. W *Czepku Urodzone*, Nr 3(5), s. 24-27.
- Mixer S.J., Lindley L., Wallace H., Fornehed M.L., Wool C. (2015), The relationship between the nursing environment and delivering culturally sensitive perinatal hospice care. *International Journal of Palliative Nursing*, Nr 21(9), s. 423-429.
- Papieska Rada „Cor Unum”: *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti* (27 lipca 1981). Za: Karta Pracowników Służby Zdrowia. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Watykan 1995, s.100.
- Ramer-Chrastek J., Thygeson M.V., (2005), A perinatal hospice for an unborn child with a life-limiting condition. *International Journal of Palliative Nursing*, nr 11(6), s. 274-6.
- Raport Komisji Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia: *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*. WHO. Genewa 1990.
- Rogiewicz M., Krajnik M., (red.), (1998), *Opieka Paliatywna*, Akademia Medyczna: Bydgoszcz.
- Royal College of Paediatrics and Child Health (1999). *Zaniechanie i wycofanie się z leczenia przedłużającego życie u dzieci*. Zarys praktyki medycznej. *Pediatrics Polska*, nr 8, s. 821-837.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz. U. 2013 poz. 1347.
- Szabat M., (2013), *Elementy filozofii opieki paliatywnej a zagadnienie śmierci*. Warszawa: SEMPER.
- Uchwała nr 160 Rady Ministrów w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” z dnia 20 grudnia 2016 roku.
- Ustawa z dn. 7 stycznia 1993r o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, art. 4.
- V Zgromadzenie Papieskie Akademia Pro Vita (2005), *Deklaracja końcowa*.
- Verhagen E., Sauer P.J.J. (2005), The Groningen protocol – euthanasia in severely ill newborns. *The New England Journal of Medicine*, nr 352(10), p. 959-962.

Dr Bogusława Filipowicz  
*Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji*  
*Uniwersytet Warszawski*

## **O Prof. Ludwiku Hirszfeldzie i mocy słowa, które uzdrawia u progu Grossaktion Warschau**

*Czas zabijania i czas leczenia (Księga Koheleta 3, 3)*

### **1. Wprowadzenie**

Osoba ludzka będąc jednością duszy i ciała jest bytem wezwanym do realizacji dobra. Wartość ta stanowi esencję zawodu lekarza. Swoim działaniem, lekarz winien obejmować istotę zarówno pacjenta, poznając go i definiując problem zdrowia, z którym pacjent przed nim staje (zagadnienie badawcze), jak i istotę swoich odniesień do pacjenta tak by budował z pacjentem relację wiary (poznając stan zdrowia pacjenta lekarz wie jakie należy podjąć leczenie, aby przyniosło ono poprawę zdrowia pacjenta). Kontakt między lekarzem a pacjentem i proces leczenia objęty jest sztuką lekarską. Wspiera ją prawda (Ślipko, 2010).

Profesor Ludwik Hirszfeld (1884-1954) analizując źródło sensu życia zestawia je z kategorią szczęścia: „Szczęście nie jest celem samym w sobie. Uczucie szczęścia powstaje jak kwiat, gdy życie się odradza. Gdy występują owe cudowne przeobrażenia natury, ogarnia nas uczucie szczęścia. Kto chce być szczęśliwym, niech nie szuka szczęścia, niech szuka życia.” Polski lekarz, bakteriolog, naukowiec światowej sławy, którego badania krwi przypadły na epokę budowania w III Rzeszy Niemieckiej ideologii rasistowskiej zaprzepaszczającej wiedzę serologiczną, napisał we wspomnieniach wojennych, że życie człowieka nie służy ubóstwieniu indywidualnego uczucia szczęścia. Jego celem jest miłość bliźniego (Hirszfeld, 2011, s. 245). Związanie siebie z innymi miłością służy powrotom do zdrowia mimo ekstremalnych warunków życia, w których czynniki zdrowia były wygaszane przez politykę eksterminacyjną niemieckich twórców „Zamkniętych dzielnic mieszkaniowych” (Jurandot, 2014, s. 29 i 49)<sup>1</sup> podczas II wojny światowej. Prof. Hirszfeld przeżył getto warszawskie. Żył w nim półtora roku wraz z czterystoma tysiącami

---

<sup>1</sup> Jerzy Jurandot (1911-1979) o eufemizmach: „Wiem doskonale, że wystarczyłoby zmienić w moich wspomnieniach słowo „Niemcy” na „hitlerowcy” lub „faszyści”, aby uniknąć wszelkiego rodzaju zarzutów. Byłoby to jednak fałszowanie języka, a więc i klimatu okupacji, a ja bym bardzo chciał, aby moje wspomnienia miały jakiś minimalny walor dokumentalny. Po obu stronach muru nikt nie mówił „faszyści”, mówiło się „Niemcy” lub „szkopy”. [...] Przyszło getto. Nie getto, getto to był termin surowo zabroniony. „Żydowska dzielnica mieszkaniowa”.

obywatelami Polski, najczęściej warszawian, lub przesiedleńcami z innych miast i krajów poddanych agresji Niemiec. Łączyło ich wyznanie mojżeszowe, praktykowane lub nie i sztuczna kategoryzacja pochodzenia określona Ustawami Norymberskimi (Krew łączy i dzieli / Blood uniting & dividing, 2017-2018)<sup>2</sup>. Wielu Żydów żyło od pokoleń w asymilacji (Landau-Czajka, 2006)<sup>3</sup> i kategoria pochodzenia religijnego ani tzw. związków krwi nie stanowiła czynnika ich tożsamości. Prof. Hirszfild opuścił getto ze swoją rodziną w dobie morderstw przed *Grossaktion Warschau* (Libionka, 2017)<sup>4</sup>, latem 1942 roku. Jego dom na Saskiej Kępie miał spalony adres. Córka znalazła pierwsze schronienie u państwa Voitów. Żona u doktor Marii Wierzbowskiej. Profesora znajomi Polacy zabrali do siebie, na Żoliborz. Po doświadczeniu getta wypalone zostały uczucia przynależności do świata niemieckich uczonych. A przecież to w kontakcie z prof. Emilem von Dungern, któremu młody polski naukowiec zawdzięczał „kształt, rozmach i odwagę” (Hirszfild, 2011, s.21) w prowadzeniu badań w dziedzinie chorób zakaźnych, rozwinęła się nauka o grupach krwi. Przyjaźń do E. Dungerego i jego żony, Pii Bauer, pielęgniarki w szpitalu chorych na raka, przetrwała wojny.

W getcie mieszkał początkowo w kamienicy przy ul. Grzybowskiej (Hirszfild, 2011, s. 384), następnie na plebanii kościoła rzymskokatolickiego pod wezwaniem Wszystkich Świętych przy Placu Grzybowskim (Leociak, 2001, s. 609-625)<sup>5</sup>.

Oprócz Hirszfildów na terenie parafii Wszystkich Świętych mieszkały „co najmniej 22 rodziny (ok. 100) osób” (Żaryn, Sudół, 2014, s. 85). Teren świątyni, wraz z obszarem od ulicy Siennej, po Krochmalną, Chłodną i Żelazną, z wyłączeniem szopu Dużego Tobbensa, został włączony do „aryjskiej” Warszawy z datą 10 sierpnia 1942 r. (Wespiński, 2001). Od

---

<sup>2</sup> Replika tablicy graficznej „Ustawy Norymberskie” z 14 listopada 1935 r. z niemiecką definicją segregacji ludzi według urodzenia i pochodzenia przodków pokazana jest na wystawie czasowej „Krew łączy i dzieli / Blood uniting & dividing” w Muzeum Historii Żydów Polskich Polin. Wystawę można oglądać od 13 października 2017 r. do 29 stycznia 2018 r. Dokument pochodzi z kolekcji United States Holocaust Memorial Museum. W jednej z gablot wystawy znajduje się okładka czasopisma „Der Stürmer”, Nürnberg 16 Januar 1938, Sonder-Nummer, Preis 20 Pfennig, z czołowym tytułem: „Die Juden sind unser Unglück”. Ze zbiorów: The Wiener Library for the Study of Holocaust and Genocide, London.

<sup>3</sup> Zob. uwagi Autorki o procesie asymilacji Żydów, polonizacji i kwestiach przywiązania do tożsamości narodowej w kontekście obowiązków obywatelskich w okresie międzywojennym w Polsce.

<sup>4</sup> Eufemizm *Grossaktion Warschau* to przeprowadzona przez Niemców od 21 lipca do 21 września 1942 r. wywózka Żydów z getta warszawskiego do niemieckiego obozu zagłady w Treblince. Akcja była częścią Einsatz Reinhardt. Kryptonim służył nazwaniu zorganizowanych masowych mordów Żydów z Generalnego Gubernatorstwa i Okręgu Białostockiego.

<sup>5</sup> Na terenie getta znajdowały się trzy kościoły rzymskokatolickie. Patrząc na mapę Warszawy, były to od południa: kościół Wszystkich Świętych przy Placu Grzybowskim, kościół Narodzenia Najświętszej Maryi Panny przy ul. Leszno i kościół św. Augustyna przy ul. Nowolipki. O praktykach religijnych w getcie warszawskim ze spisem nazwisk rabinów i księży katolickich pracujących na terenie getta zob. m. in. wskazane opracowanie Jacka Leociaka.

blisko trzech tygodni trwała Wielka Akcja deportacyjna. To eufemizm *Grossaktion Warschau*, wywózek do Treblinki.

Zdrowie mieszkańców getta warszawskiego było rujnowane. Nękały ich fizyczne i moralne skutki zamknięcia murami wydzielonych dzielnic: częste przesiedlenia, utrata podstawowego dobytku i tego, który mógł być sprzedany na rzecz pozyskania jedzenia, lekarstw, wykupienia się. Towarzyszyła im konieczność wchłonięcia w obręb zamkniętego miasta kolejnych mas współbraci z gett polskich i zza granicy, niewspółmierne do powierzchni getta stłoczenie, brak podstawowych środków do utrzymania higieny, niemożliwość ogrzania mieszkań, dziesiątkujący ludność getta tyfus plamisty, szerzące się inne choroby zakaźne. Bieda, epidemia tyfusu (Hirszfeld, 2011, s. 299)<sup>6</sup>, a także, w miarę upływu czasu izolacja, narastający permanentny stan głodu totalnie wyniszczały warszawian getta. W tych okolicznościach, Prof. Hirszfeld sięgnął po oręż... duchową. Inną nie dysponował. Czy wystarczyła? Tak. Ratował sercem i słowami profesora pedagoga godność ludzi skazanych przez Niemców na zagładę. Wzniecał siły do przeżycia fizycznego i tworzył barierę przeciw degradacji moralnej. Zmagania i sukcesy Prof. Hirszfelda zostały potwierdzone w dokumentacji Archiwum Ringelbluma utworzonego przez tajną grupę dokumentacyjną nazwaną *Oneg Szabat* (*Archiwum Ringelbluma* 5, 2011, s. 319<sup>7</sup> oraz *Archiwum Ringelbluma* 27, 2017, s. 967<sup>8</sup>).

## 2. Leczenie ducha drogą kształcenia uniwersyteckiego i religijnego

### 2.1. Droga religijna

*„Jedną z pierwszych rzeczy, jaką zajmowali się Niemcy zaraz po wejściu do miasta, było pozabawienie religijnych Żydów bród – przez obcięcie, podpalanie lub wyrywanie. Celem tej*

---

<sup>6</sup> Prof. Hirszfeld o epidemii tyfusu pisze m. in. tak: „Wystarczy jeden przypadek duru plamistego, by zarządzić ewakuację domu, spędzić mieszkańców do miejskiej łaźni, bez zabezpieczenia okoliczności ponownych zakażeń. Chorzy i wycieńczeni wynoszeni są niejednokrotnie na chodnik. Konają samotnie – w ten sposób kamienica, z której pochodzą nie jest skazana na wysiedlenie. Jego skutki to etap do śmierci”.

<sup>7</sup> W części zatytułowanej „Walka z tyfusem” czytamy: „Podobno, według profesora Hirszfelda, można było szczepić jedną normalną dawką [szczepionki Weigla wytwarzanej przez Instytut Badań nad Tyfusem Plamistym i Wirusami prof. Rudolfa Weigla, funkcjonujący w latach 1920-1944] 2 osoby i przyjęło się w dzielnicy żydowskiej tego rodzaju szczepienie.”

<sup>8</sup> „Informacje o opiece nad dzieckiem i o głównych pracach CENTOS-u w ciągu stycznia 1942 r.” = Nr ARG II 230 (Ring. II/51), data dok. 9/02/1942, Warszawa-getto [CENTOS], czytamy: „W styczniu odbyła się przy udziale CENTOS-u konferencja w Wydziale Zdrowia przy RŻ poświęcona sprawie żebraniny dziecięcej. Omówione zostały na niej dotychczasowe wyniki akcji opieki nad dziećmi zebranymi i plany na najbliższą przyszłość. Przedstawiciel Wydziału Zdrowia z prof. drem [Ludwikiem] Hirszfeldem i drem [Izraelem] Milejkowskim na czele przeprowadzili w związku z tym lustrację szeregu półinternatów CENTOS-u oraz Pogotowia Opiekuńczego CENTOS-u i jednej z Izb Zatrzymań.”

akcji było zranienie uczuć religijnych Żydów, dokładnie tak jak podpalanie synagog, rwanie i niszczenie świętych ksiąg, niszczenie cmentarzy. Była to też dobra okazja do fizycznego znęcania się nad Żydami” ( Archiwum Ringelbluma. Dzień po dniu Zagłady, 2011, s. 23-24) napisał rabin Szymon Huberband, w opracowaniu „Życie religijne w czasie wojny”.

Pobożny rabin Huberband, urodzony w 1909 r., zginął wraz z żoną w Treblince 18 sierpnia 1942 r. Był jednym z członków „Oneg Szabat”. Stefania Grodzieńska, powierzyła Agnieszce Arnold poźółkłe bruliony pokryte ręcznie pisanymi tekstami. Pośród zapisków znajduje się kadr z życia mordowanego getta. Uzupełnia cytowaną notatkę Szymona Huberbanda:

*„Sześćdziesięciokilkuletni krawiec, mój sąsiad, nie zszedł podczas blokady na ulicę. Zebrano się u niego jeszcze kilku pobożnych Żydów, włożyli rytualne szaty i otworzyli modlitewniki. Gdy na podwórzu rozległy się strzały, zaczęli śpiewać psalmy. Kiedy w mieszkaniu zjawili się Ukraińcy, modlili się dalej, nie zwracając na nich uwagi. Nie przerywając ani na chwilę modlitwy, dali się po kolei zastrzelić” (Jurandot, 2014, s.147).*

Sąsiadem krawca był Jerzy Jurandot, mąż Stefanii Grodzieńskiej, mistrz sceny w przedwojennej i powojennej Polsce. Podczas okupacji, w getcie, kierownik literacki dwu teatrów: Femina, który mieścił się przy ul. Leszno 35 i Melody Palce z ul. Rymarskiej 12 (Engelking, 2001, s. 515-575).

*„Nie wytrzymał pewien Żyd [przechodzący przez wachę do pracy po drugiej stronie muru, gdy na granicy światów Niemcy zarządzili dla zabawy sprawdzian z wytrzymałości fizycznej rozkazując wykonanie 100, 200 przysiadów] i powiedział „Przecież i ja jestem człowiekiem”. Żołdak na to: „Nie, ty nie jesteś człowiekiem, ty nie jesteś nawet zwierzęciem, ty jesteś tylko Żydem”. Lepiej byłoby być zwierzęciem. 2041 lat po narodzinach Chrystusa, nauczającego o miłości do bliźniego swego jak do siebie samego. Pytano kiedyś małą Żydóweczkę, kim chciałaby być. „Chciałabym być psem, bo Niemcy lubią psy, nie musiałabym się bać, że mnie zabiją” (Hirszfild, 2011, s. 305-306).*

Wzmacnianie ducha przez kształcenie religijne dotyczy ludzi wierzących w Boga ale i tych, którzy w ich towarzystwie mogą doznać ukojenia, wzrostu życia duchowego budzącego do prawości i przede wszystkim przywrócenia poczucia godności. Dzieje się tak wskutek doświadczenia duchowości wierzącego przetopionej w czyn. Hirszfildowie modlili się. W swoich wspomnieniach Profesor pisał o mocy modlitwy *Gloria in excelsis Deo* i *Agnus Dei* (Hirszfild, 2011, s. 385-387).

*To części stałe Ofiary Mszy Świętej. Żydzi katolicy i niekatolicy mogli w niej uczestniczyć na terenie getta, m.in. w kościele Wszystkich Świętych. W rycie rzymskokatolickim, po łacinie, słuchali modlitw księdza Godlewskiego lub księdza Czarneckiego wypowiedzianych podczas mszy. Wierzący żyli tajemnicą transsubstancjacji wyłożonej słowami Chrystusa i ewangelistów. Jej kulminacyjnym elementem jest Łamanie Chleba i modlitwy o pokój. Obrzęd Łamania Chleba jest symbolem gwałtownej śmierci Chrystusa, zaś połączenie Hostii*

z Krwią wskazuje na Jego zmartwychwstanie. W modlitwie następującej po *Agnus Dei*, kapłan przypomina skutki jakie Komunia ma spowodować w duszach wierzących: pokój, uzdrowienie, łaskę Bożą. Stany te są zasługą Chrystusa: [...] wybaw mnie przez to Przenajświętsze Ciało i Krew Twoją od wszelkich nieprawości moich i od wszelkiego zła i spraw, bym zawsze strzegł przykazań Twoich i nie dozwól bym się kiedykolwiek odłączyć od Ciebie [...] Przyjęcie Ciała Twego, Panie Jezu Chryste, które ja, niegodny sługa, spożywać się waży, niechaj mi się nie obróci na sąd i potępienie, lecz niechaj raczej posłuży mi ku obronie i uzdrowieniu duszy i ciała [...] (*Te Deum Laudamus*, 2001).<sup>9</sup> W przygotowaniu do Mszy świętej recytowany jest Psalm 42: Bądź mi sędzią, o Boże, i rozsądź sprawę moją z narodem bezbożnym; wybaw mnie od człowieka niedobrego i fałszywego. Wszak Ty jesteś, o Boże, mocą moją; czemu mnie odrzucasz i czemu smutny chodzę, gdy nieprzyjaciel mnie nęka? Ześlij światłość Swoją i prawdę Swoją; one mnie poprowadzą [...] (*Te Deum Laudamus*, 2001).<sup>10</sup>

Z treści kazań ks. Godlewskiego Prof. Hirszfeld wynosił duszę „orzeźwioną”. Być może słyszał argumentację starożytną na temat miłości bliźniego (Filipowicz, 2012), największego przykazania chrześcijaństwa. Przedstawione jest przez czterech ewangelistów: w Ewangelii św. Mateusza 22, 34-40, św. Marka 12, 28-31, św. Łukasza 10, 25-28 i św. Jana 13, 34-35.

Znane komentarze patrystyczne na temat zasady *Będiesz miłował Boga swego z całego serca swego, z całej duszy swojej i ze wszystkich sił swoich* i *Będiesz miłował bliźniego swego jak siebie samego* zostały napisane m.in. przez Orygenes (zm. 253), św. Hieronima ze Strydonu (ur. między 331 a 337 – zm. 419 lub 420), św. Augustyna (354-430), Leona Wielkiego (390 lub 400 – 461) i Hilarego z Poitiers (315-367). Miłość bliźniego ukazana jest jako nieodłączny stosunek człowieka względem Boga. Te dwie postawy, spójne w treści mimo odrębności podmiotów, stanowią klucz chrześcijaństwa. Jego formą było i jest wymaganie prawne wykładane i dyskutowane w judaistycznej szkole faryzejskiej i saducejskiej (De la Maisonnette, 2010, s.29-31; Simon, Benoit, 1968, s. 58-64).

Od pierwszych do ostatnich rozdziałów pism tworzących Drugi Testament prawo to komentowane jest w wielu dokumentach starożytnych. Św. Hieronim wskazuje, że polemika między szkołą faryzejską i szkołą saducejską nie dotyczyła wartości obu zasad, lecz była zaproponowana Chrystusowi jako intelektualne wyzwanie. Oczekiwano ewentualnego zaprzeczenia Torze, co pogrzyżyłoby pozycję Chrystusa jako przewodnika duchowego

---

<sup>9</sup> [...] libera me per hoc sacrosanctum Corpus et Sanguinem tuum ab omnibus iniquitatibus meis et universis malis: et fac me tuis semper inhaerere mandatis: et a te nunquam separari permittas [...] Perceptio Corporis tui, Domine Iesu Christe, quod ego indignus sumere praesumo, non mihi proveniat in iudicium et condemnationem: sed pro tua pietate prosit mihi ad tutamentum mentis et corporis, et ad medelam percipiendam. [...].

<sup>10</sup> Iudica me Deus, et discerne causam meam de gente non sancta: ab homine iniquo et doloso erue me. Quia tu es Deus fortitudo mea: quare tristis incedo, dum affligit me inimicus? Emitte lucem tuam. Et veritatem: ipsa me deduxerunt [...].



Żydów gromadzącego wokół siebie liczebnie duże grupy słuchaczy (Hieronymus Stridonensis)<sup>11</sup>.

Augustyn z Hippony wyjaśnia *regula dilectionis* (Sanctus Augustinus, *Sermo* 387) następująco. Kult jaki oddajemy Bogu zawarty jest w pobożności lecz kult ten nie istnieje bez miłości. Najwyższym stopniem mądrości jest więc pierwsza zasada: „Będziesz miłował twój Boga z całego serca twego i z całej twej duszy”. Oznacza to, że mądrość nie jest niczym innym jak *caritas*, która rozprzestrzenia się w sercach wierzących przy pomocy Ducha Świętego jaki został dany ludziom (Sanctus Augustinus, *Epistula* 140)<sup>12</sup>.

*„Taki winien być nieustanny przedmiot waszych refleksji, waszej medytacji, waszego pamiętania; to to właśnie należy wam czynić i wypełnić. Miłość skierowana do Boga jest pierwszą zasadą tej reguły, miłość bliźniego jest pierwsza w porządku praktyki. Kto nakazałby ci tę miłość z jej dwoma zasadami nie mógłby w konsekwencji wskazać ci bliźniego jako podmiotu twojej miłości a Boga jako drugiego podmiotu, lecz nakazałby ci najpierw kochać Boga a następnie bliźniego. Ty jednak, ponieważ jeszcze nie widzisz Boga, to właśnie kochając bliźniego zasługujesz na zobaczenie Boga; kochając bliźniego oczyszczasz swoje oko, by zobaczyć Boga, Jan wykląda to formalnie: „Jeśli nie kochasz swojego brata, którego widzisz, jak będziesz mógł kochać Boga, którego nie widzisz” (Sanctus Augustinus, *Tractatus in Iohannis Euangelium* 17)<sup>13</sup>.*

„Pierwsza [zasada kochania] zawiera dobrowolną i afektywną harmonię Bożych rzeczy, i druga harmonię rzeczy ludzkich. Jeśli przestrzegamy je stale, przyjaźń nasza będzie prawdziwa i wierna, i zjednoczy nas nie tylko jednego z drugim lecz również nas z Bogiem” (Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 6)<sup>14</sup>.

Św. Augustyn wskazuje, że zasada ta wymaga przy realizacji kochania Boga na trzy sposoby: kochania Boga z całego swojego serca, kochania z całej swej duszy i kochania angażującego wszystkie władze umysłowe człowieka, który podejmuje działania miłowania

<sup>11</sup> *Interrogat unus ex legis doctoribus, non scire desiderans sed temptans, an interrogatus nosset quod interrogabatur, quod sit maius mandatum: non de mandatis interrogans sed quod sit primum magnumque mandatum, ut cum omnia que Deus mandauerit magna sint, quicquid ille responderit occasionem habeat calumniandi, aliud adserens magnum esse de pluribus.* -

<sup>12</sup> [...] *porro pietas cultus dei est nec colitur ille nisi amando. Summa igitur et uera sapientia est in praecepto illo primo: Diliges dominum deum tuum ex toto corde tuo et ex tota anima tua, ac per hoc sapientia est caritas dei nec diffunditur in cordibus nostris nisi per spiritum sanctum, qui datus est nobis.*

<sup>13</sup> *Haec semper cogitanda, haec meditanda, haec retinenda, haec agenda, haec implenda sunt. Dei dilectio prior est ordine praecipienda, proximi autem dilectio prior est ordine faciendi. Neque enim qui tibi praeciperet dilectionem istam in duobus praecceptis, prius tibi commendaret proximum, et postea Deum, sed prius Deum, postea proximum. Tu autem quia Deum nondum uides, diligendo proximum promeris quem uideas; diligendo proximum purgas oculum ad uidendum Deum, euidenter Iohanne dicente: Si fratrem quem uides non diligis, Deum quem non uides quomodo diligere poteris? 1 J 4, 20.*

<sup>14</sup> Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 6, 2, CCL 38, 28: *Ad animum uero ternarium numerum pertinere potest intellegi, ex eo quod tripliciter Deum diligere iubemur, ex toto corde, ex tota anima, ex tota mente; de quibus singulis non in psalterio, sed in euangelio disputandum est.* CCL : *Corpus Christianorum*, Series Graeca, Turnhout 1977-

Boga. Ta jedność działań oznacza ostatecznie kochanie Boga z całego swojego jestestwa (Boryś, 2010)<sup>15</sup> (*ex toto te*) (Sanctus Augustinus, *Sermo* 34)<sup>16</sup>.

Pisma Leona Wielkiego wzbogacają humanistykę o wiedzę ukazującą to, że reguła miłości Boga i bliźniego jest argumentem wskazującym na łączność Pierwszego i Drugiego Testamentu. „Tak więc, gdy jest powiedziane, że będziesz kochał Pana twojego Boga z całego swojego serca” i „będziesz kochał bliźniego jak siebie samego”, wiemy dzięki nauce Chrystusa Pana, że „w tych dwóch przykazaniach mieści się całe Prawo i Prorocy”; tak wielka jest więź między dwoma Testamentami w regule tej podwójnej *caritas*, że bez połączenia tych dwóch cnót, nikt nie zostanie usprawiedliwiony ani przez Prawo, ani przez łaskę” (Leo I Papa, *Tractatus* 92)<sup>17</sup>.

Hilary z Poitiers wykłada, iż miłość bliźniego nie jest identyczna z miłością Boga lecz kochać drugiego człowieka jest zadaniem równie pilnym jak zadanie kochania Boga. Liczy się czas, który upływa a z nim czas na kochanie człowieka i miłowanie Boga. Miłość bliźniego winna mobilizować całą osobę, tak jak angażuje całą osobę działanie podczas sprawowania kultu. Miłość ta implikuje całkowitą ofiarę z siebie. Lekcja o charakterze miłości jest esencją Bożego wykładu na temat człowieka i jego relacji z innymi ludźmi, wykładu zanotowanego w Torze Pierwszego i Drugiego Testamentu. „Miłość Boga nie może być wystarczająca bez Chrystusa ani miłość Chrystusa bez miłości Boga. Jedna bez drugiej nie przynosi żadnej korzyści naszemu zbawieniu (Hilarius Pictaviensis, *Commentarius in Euangelium Matthaei* 23) <sup>18</sup>. Jedność Syna z Ojcem jest zdefiniowana w regule wiary. Przeważająca jako „prawo, które zbawia” wskazuje na relację trynitarną (Tylka, 1900, s. 52-55) będącą kluczem odniesień *caritas* lub *dilectio* między ludźmi.

## 2.2. Droga kształcenia uniwersyteckiego

W swoich wspomnieniach Profesor Hirszfild (2011, s. 260) analizował, jak bardzo w okresie zagrożenia wojną i podczas okupacji konieczna była mobilizacja indywidualna i grupowa ludzi. Rodziła się z impulsów życia. Chroniła i budowała świadomości o tym, że ofiarność na rzecz obrony życia zaowocuje w przyszłości. Ofiarność była konieczna. Stała się ogniwem trwania narodu. W dzielności naród jest nosicielem genów kolejnego pokolenia. Z refleksji Profesora wynika, że umiejętność walki w początkowym chaosie wywołanym

---

<sup>15</sup> Termin coraz rzadziej używany w języku polskim, oznaczający „istotę wewnętrzną, naturę człowieka”.

<sup>16</sup> [...] *quia Deum diligis ex toto te*.

<sup>17</sup> *Et cum inde dicatur: Diliges Dominum Deum tuum ex toto corde tuo, et diliges proximum tuum sicut teipsum, Christo Domino docente cognoscimus quoniam in his duobus mandatis tota lex pendet et prophetae, tantaque est sub huius geminae caritatis edicto utriusque copula Testamenti, ut sine istarum conexione uirtutum nec lex quemquam inueniatur iustificasse, nec gratia.*

<sup>18</sup> *Neque enim aut Dei sine Christo aut Christi sine Deo potest utilis esse dilectio. Alterum igitur sine altero nullum ad salute nostram adfert profectum.*

napaścią Niemiec na Polskę w 1939 r. i znalezienie możliwości wyjścia z impasu beznadziei związane były z posiadaniem szacunku do siebie. Rozpacz wypływająca z klęski militarnej i jej powodów rodziła nienawiść do Niemców. U żołnierzy i cywilów. Połączona z miłością do Polski, do kraju gdzie żyła rodzina, do wartości pracy zawodowej i jej owoców, do kultury wyrażającej od wieków życie świąteczne i codzienne, postawy te „musiały konsekwentnie wybrzmieć w czynie opozycji wobec destrukcji praktykowanej przez okupanta” (tamże, 2011, s. 263).

Gdy Profesor Hirszfeld prowadził życie uniwersyteckie w getcie uczył, że w narodzie nie krew i jej grupa 0, A, B, AB czy czynnik Rh<sup>+</sup> stanowią o jego tożsamości, choć każdy członek społeczeństwa zorganizowanego w naród odwołuje się do więzi krwi, do rodziny jako pierwszego ogniwa społeczeństwa. O narodzie, w godzinie próby, stanowi wiedza, kultura, dziedzictwo wartości i godność członków narodu. Będąc nauczycielem akademickim, odczuwał „dumą i rozkosz dawcy”. Nasuwa się nam porównanie do dawcy krwi, do banku krwi i jej transfuzji. W przypadku Prof. Hirszfelda jego dar był tożsamy z życiem duchowo-fizycznym wszczepionym lub pobudzonym do wzrostu dzięki podtrzymaniu życia uniwersyteckiego i kształceniu studentów. Nieważne, że studenci i personel medyczny wielu poziomów ocierali się o śmierć, jak wszyscy w getcie, nieważne, że razem z nim ryzykowali skazane na zagładę życie za to, że: studenci i ich profesor przebywali w zakazanym zgromadzeniu i uczyli się wbrew niemieckiemu rozporządzeniu (Bartoszewski, 2008, s. 95<sup>19</sup>, Engelking, 2001, s. 334-350), za to, że w myśl propagandy niemieckiej i działań eksterminacyjnych są nosicielami chorób na całym świecie, że nie przynależą do rasy ludzi. By ratować, na swój sposób, naród żydowski za zgodą Prezesa Judenratu Czerniakowa, Prof. Hirszfeld aplikował lekarstwo-naukę. Z zespołem swoich współpracowników organizował wykłady i odczyty dotyczące zagadnień zdrowia, podjął walkę z tyfusem plamistym i starania o odbudowanie pracowni w szpitalu chorób zakaźnych. Pierwszego wykładu słuchało kilkuset lekarzy. Zebrani mieli przekroczyć próg codzienności gdzie czyhała śmierć. Ich zdrowie leżało w obudzeniu duchowości, w twórczej pracy intelektualnej, w analizowaniu problemów badawczych, refleksji na temat metod prowadzenia doświadczeń. Leczenie i uzyskanie potencjalnych iskier zdrowia polegało na tworzeniu wspólnoty, udostępnieniu roli przewodnika kolejnym wykładowcom, powierzenie im odpowiedzialności za kształcenie. Lekarstwem na przywracanie zdrowia było uruchomienie odporności na apatię duchową. Dwie godziny pracy intelektualnej dwa

---

<sup>19</sup> Szkolnictwo średnie i wyższe zostało zniesione w Generalnym Gubernatorstwie w połowie listopada 1939 r. pod pretekstem zamknięcia budynków na okoliczność „szerzenia się epidemii duru”. Poza kształceniem zawodowym, o szkolnictwie jawnym nie było mowy w utworzonym i zamkniętym 2 X 1940 r. wg rozporządzenia Ludwiga Fischera getcie. Na początku grudnia 1939 r. rektorzy uczelni w Warszawie, uzyskali zezwolenie od władz Generalnego Gubernatorstwa na przeprowadzenie egzaminów i wydanie finalnych dyplomów dla studentów, którzy ukończyli studia w roku akademickim 1938/1939. Wydano 800 dyplomów dla absolwentów studiów magisterskich i doktorów.

razy w tygodniu w ramach słuchania odczytu i dyskusowania jego kwestii służyło podniesieniu z upodlenia mózgi i serca słuchaczy. Czynnikiem aktywnym tego duchowego lekarstwa była jasność nauki. Ona zaszczebiała potrzebę wzniecenia oporu. Zdrowienie ducha słuchaczy stawało się realne dzięki prawdzie wypowiedzianej przez nauczycieli. „Tak wielką rzeczą jest Słowo” (Hirszfelfd, 2011, s. 319; Filipowicz, 2017, s. 238-249) i przywrócenie szczepu wolności wewnętrznej człowieka, bez której nie ma poczucia godności osobowej. Zdrowienie ducha wprowadzone zostało przez przełamanie chaosu i zasady przypadkowości wydarzeń na polu działań w służbie zdrowia w getcie właśnie przez wprowadzenie zorganizowanej, zaplanowanej pracy badawczej i klinicznej. Przykładem zdrowych odniesień, poza środowiskiem lekarskim przywoływanym przez Prof. Hirszfelfda, była bez zwątpienia konspiracyjna grupa *Oneg Szabat*.

Studenci i pracownicy służby zdrowia słuchali wykładów z zaufaniem. Uczucie to jest niezbędne do pozostawienia śladu w umysłach słuchaczy, do wywarcia wpływu i odniesienia sukcesu pedagogicznego. Zaufanie, jak pisał Prof. Hirszfelfd, jest kluczem do tego, by studenci zaczęli snuć refleksję naukową budowaną w pierwszej fazie na uczestniczeniu w życiu intelektualnym profesora, w ramach słuchanego wykładu (Hirszfelfd, 2011, s. 393). Życie duchowe na gruncie nauki niosło zdrowie moralne, było duchową drogą do ocalenia w czasie Zagłady, drogą do uratowania godności ludzkiej, drogą do zaprzeczenia ideologii rasistowskiej, drogą do zdjęcia z siebie piętna Kaina. Prof. Hirszfelfd spełniał swoją misję lekarza i pedagoga, mimo wiedzy, że znajduje się w impasie (tamże, s. 407).

Oreż duchowa prawych słów jest mądrością starożytną. Ma swoje źródła również w literaturze Bliskiego Wschodu (Lévêque, 1993; Rachtet, 1999; Lion, Serandour, 2008, s.303-313)<sup>20</sup>, której teksty biblijne są integralną częścią. W Księdze Przysłów ułożonej w V wieku przed J. Chr. słowa mądre wskazane są jako te, na które należy zważać i zachowywać w sercu. Są lekarstwem. Serce, gdzie zapadają, jest źródłem życia (Księga Przysłów 4, 20-23). Uczenie tego, kto już posiada wiedzę służy wzmocnieniu jego umiejętności w byciu człowiekiem prawym (Księga Przysłów 9, 9). „Pamięć o prawym jest błogosławiona” (Księga Przysłów 10, 7). Prawość postępowania człowieka w oczach i sercach świadków buduje życie, przyrównane do drzewa (Księga Przysłów 11, 30). Życiem jest język, który leczy (Księga Przysłów 15, 4). To również w mocy języka leży niweczenie życia (Księga Przysłów 18, 21). „Duch przygnębiony wysysa kości” (Księga Przysłów 17, 22) i tylko żywi duchem mogą uratować prowadzonych na śmierć (Księga Przysłów 24, 11) choćby ratunkiem było jedynie wsparcie duchowe i świadczenie o tym, że człowiek ma niezbywalną godność. Oprawca zadający śmierć nie miał do niej dostępu. Zniszczenie żydowskich mieszkańców getta, przez odebranie im życia na ulicach zamkniętej murami Warszawy lub w Treblince, spalanie ciał,

---

<sup>20</sup> Zob. m.in. powstałe na przestrzeni trzech tysiącleci przed Chrystusem zbiory bajek i zgadywanek sumeryjskich, debat i historii z Aszszur i Nippur, „Nauczanie” z Szuruppak, poemat „Cierpiący sprawiedliwy” z Ugarit, zbiory „Mądrości” aramejskich.

rozsypanie popiołów i zatarcie śladów miejsc zbrodni, nie unicestwiło żydowskich mieszkańców Warszawy poddanych przez Niemców Zagładzie. Pozostali świadkowie, żywi i dokumentacja, która przemawia tak, jak gdyby czytali ją żywi redaktorzy tekstów i bohaterowie ich relacji. Pozostała wiedza o praktykach mających na celu ocalenie narodu żydowskiego, nie inaczej jak przez fakt podjęcia prób przywracania upodlonym zdrowia moralnego i duchowego – drogą kształcenia uniwersyteckiego i religijnego - jak o tym czytamy we wspomnieniach Profesora Ludwika Hirszfelda. Państwa sprzymierzone, mimo wysłuchania raportu Jana Karskiego nie przyszły z pomocą ginącemu gettu (Karski, 2014, s. 359-363, 407-416).

### **Bibliografia:**

- Archiwum Ringelbluma* 27. (2017), *Żydowska Samopomoc Społeczna w Warszawie (1939-1943)*. Opracowała Ferenc-Piotrowska M., Warszawa: Żydowski Instytut Historyczny.
- Archiwum Ringelbluma* 5. (2011), *Getto warszawskie. Życie codzienne*. Opracowała Person K. Warszawa: Żydowski Instytut Historyczny.
- Archiwum Ringelbluma*. (2011), *Dzień po dniu Zagłady*. Seria: Żydzi Polscy, Ośrodek Karta, Dom Spotkań z Historią, Warszawa: Żydowski Instytut Historyczny.
- Bartoszewski, W. (2008), *1859 dni Warszawy*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Boryś, W. (2010), *Słownik etymologiczny języka polskiego*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- De la Maisonneuve, D. (2000), *Judaizm*. Z franc. przeł. B. Filipowicz, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog.
- Engelking, B. (2001), *Kultura i rozrywka*, (w:) B. Engelking, J. Leociak (red.), *Getto warszawskie. Przewodnik po nieistniejącym mieście*, s. 515-575, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Engelking, B. (2001), *Szkolnictwo i nauka*, (w:) B. Engelking, J. Leociak (red.), *Getto warszawskie. Przewodnik po nieistniejącym mieście*, s. 334-350, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Filipowicz, B. (2012), *Mój bliźni i goj w Biblii hebrajskiej*, (w:) J. Królikowska (red.), *(Złudne) Obietnice wielokulturowości*. s. 218-229, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Filipowicz, B. (2017), *Vas spirituale. Ćwiczenia chóralne we wzorze antycznej szkoły filozoficznej*, (w:) M. Sławecki (red.), *Et super hanc petram... Księga pamiątkowa z okazji 75-lecia urodzin Księdza Profesora Kazimierza Szymonika*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Muzycznego Fryderyka Chopina Chopin University Press, s. 238-249.
- Hieronymus Stridonensis. *Commentarii in Euangelium Matthaei* III 34-37, SCh 259, 156-157.
- Hilarius Pictaviensis. *Commentarius in Euangelium Matthaei* 23, 7, SCh 258, 160-161.
- Hirszfeld, L. (2011), *Historia jednego życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Jurandot, J. (2014), *Miasto skazanych. 2 lata w warszawskim mieście*. Warszawa: Muzeum Historii Żydów Polskich.
- Karski, J. (2014), *Tajne Państwo. Opowieść o polskim Podziemiu*. Kraków: Znak Horyzont.
- Krew łączy i dzieli / Blood uniting & dividing. (2017-2018). Wystawa czasowa. Warszawa: Muzeum Historii Żydów Polskich Polin.

- Księga Przysłów (2006), *Biblia Jerozolimska*. Poznań: Wydawnictwo Pallottinum.
- Landau–Czajka, A. (2006), *Syn będzie Lech... Asymilacja Żydów w Polsce międzywojennej*. Warszawa: Wydawnictwo Neriton, Instytut Historii PAN.
- Lion, B., Sérandour, A., (2008), *Les oeuvres littéraires*, (w:) P. Bordreuil, F. Briquel-Chatonnet, C. Michel (red.), *C. Les débuts de l'Histoire*. Paris : Editions de La Martinière.
- Leo I Papa. *Tractatus* 92, 1, CCL 138A, 568-569, SCh 200, 130-131.
- Leociak, J. (2001), *Życie religijne*, (w:) B. Engelking, J. Leociak (red.), *Getto warszawskie. Przewodnik po nieistniejącym mieście*. s. 609-625, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN,
- Lévêque, J. (1993), *Opracowanie Sagesses de Mésopotamie*. Paris : Cahiers Evangile - Supplément au Cahier Evangile 85.
- Libionka, D. (2017), *Zagłada Żydów w Generalnym Gubernatorstwie*. Lublin: Państwowe Muzeum na Majdanku.
- Rachet, G. (1999), *Civilisation de l'Orient ancien*. Paris: Larousse.
- Sanctus Augustinus, *Sermo* 34, 5, 8, PL 38, 212.
- Sanctus Augustinus. *Enarratio in Psalmum* 6, 2, CCL 38, 28.
- Sanctus Augustinus. *Epistula* 140, 18, 45, CSEL 44, 193.
- Sanctus Augustinus. *Sermo* 387, 2, PL 39, 1699.
- Sanctus Augustinus. *Tractatus in Iohannis Euangelium* 17, 8, BA 72, 94-95, CCL 36, 174.
- Simon, M. Benoit, A. (1968), *Le judaïsme et le christianisme Antique. D'Antiochus Epiphane à Constantin*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Ślipko, T. (2010), *Historia etyki w zarysie*. Kraków: Wydawnictwo Petrus.
- Te Deum Laudamus*. (2001), *Modlitewnik katolicki*. Warszawa: Wydawnictwo Te Deum.
- Tylka, J. (1900), *Dogmatyka katolicka*. Tarnów.
- Wespiński, P. E. (2001), *Opracowanie kartograficzne map*, (w:) Engelking, B., Leociak, J. *Getto warszawskie. Przewodnik po nieistniejącym mieście*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Żaryn, J., Sudoł, T. (2014) *Polacy ratujący Żydów. Historie niezwykłe*. Warszawa: Wydawnictwo Neriton.

Skróty:

BA=*Bibliothèque Augustinienne. Oeuvres de Saint Augustin*. Desclée de Brouver, Paris 1936.

CCL=*Corpus Christianorum, Series Graeca*, Turnhout 1977-

CSEL=*Corpus Scriptorum Christianorum Orientalium*, Roma 1903-

SCh=*Sources Chrétiennes*. Paris 1941-

PL= *Patrologia Latina* 1-217, J.-P. Migne, Paris 1878-1890.

Dr Błażej Kmieciak  
*Zakład Prawa Medycznego*  
*Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

## **Śmierć mózgu człowieka, jako problem nie tylko formalny**

Dyskusje dotyczące śmierci człowieka wzbudzają szczególne emocje. Odnoszą się one bowiem do sytuacji trudnych, bardzo często wywołujących cierpienie. Podobne debaty spotykają się z zainteresowaniem zarówno prawników, jak i lekarzy i etyków. Także przedstawiciele nauk społecznych coraz częściej podejmują temat końca życia człowieka. W sposób naturalny pojawia się w tym miejscu pytanie: Kiedy można stwierdzić, że człowiek umarł? Kiedy wiedza ta nie będzie wzbudzać wątpliwości?

Dylematy te kierują uwagę w stronę problemu transplantacji. Przeszczepianie organów od osób zmarłych to temat szczególnie trudny. Bezpośrednio kieruje on w stronę rodziny, która przeżywa śmierć kogoś bliskiego. Z perspektywy medycznej oraz prawnej pojawiają się liczne pytania: czy obowiązujące kryteria diagnostyczne spełniają swoją funkcję? Czy śmierć mózgu człowieka oznacza definitywny koniec ludzkiej egzystencji? Czy przepisy dostatecznie zabezpieczają prawa osób, u których podejrzewa się śmierć mózgu? Wątpliwości te w odmienny sposób dostrzegane są przez medyków, prawodawców oraz bliskich osób zmarłych. Poniżej zaprezentowane zostaną refleksje odnoszące się do zarysowanych powyżej obszarów.

### **1. Uwagi wprowadzające**

Kiedy umiera człowiek? Kiedy ekspert medycyny, a przede wszystkim lekarz może stwierdzić zgon? W którym momencie rodzina dochodzi do wniosku, że bliska im osoba zmarła? Innymi słowy, w której chwili np. matka, ojciec, mąż lub żona przyznają rację lekarzowi stwierdzającemu śmierć kogoś im bliskiego? Pytania te stanowią istotny element debaty, w którą od lat angażują się lekarze, prawnicy, politycy, etycy oraz przedstawiciele nauk społecznych. Śmierć człowieka to ustanie pracy jego organizmu, to moment, który

---

W artykule autor (za zgodą redakcji) wykorzystał przereklamowane oraz rozbudowane fragmenty własnych artykułów poświęconych problematyce śmierci człowieka opublikowanych w pierwotnej wersji na portalu biotechnologia.pl. Artykuł został przygotowany w ramach realizacji tematu badawczego „Prawno- społeczne wyzwania ochrony zdrowia psychicznego” nr 502- 03/6- 074-06/502-64-103, finansowanego z środków Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

określić można mianem „końca”. Wszystkie relacje, działania oraz doświadczenia zostają „zatrzymane”.

Z drugiej jednak perspektywy zagadnienie śmierci mózgu posiada charakter prawny oraz polityczny. Należy bowiem zastanowić się, jakie winny być zasady w pełni gwarantujące poszanowanie praw osoby umierającej. Jaką konstrukcję powinny mieć przepisy? Na jakim poziomie formalnym należy je tworzyć? Czy konieczne jest w tym miejscu konstruowanie dokumentu o charakterze ustawy? Być może nie jest możliwe zapisanie takiego zagadnienia, jak śmierć człowieka w dokumencie prawnym?

Z całą pewnością trudne doświadczenie dotyczące śmierci zapisuje się w pamięci osób bliskich zmarłemu. Odejście np. członka rodziny to z sytuacja, którą trudno porównać z innymi zdarzeniami. W momencie, w którym dana osoba przestaje żyć, bliscy tracą z nią kontakt. Kiedy jednak można uznać, iż bliski człowiek umarł?

Kiedyś kluczowym w tym względzie kryterium było dostrzeżenie czy dana osoba oddycha. W podobnych sytuacjach sprawdzano ponadto puls. W obecnych czasach, współczesna medycyna daje możliwość dokładniejszej analizy stanu określanego mianem śmierci człowieka. Przykładem jest tu procedura lekarskiej oceny stanu funkcjonowania mózgu pacjenta. Od dłuższego już czasu w Polsce zadanie to powierzone jest grupie lekarzy, którzy korzystając ze swojej neurologicznej oraz anestezyjologicznej wiedzy oceniają, czy u danego pacjenta można stwierdzić aktywność mózgu czy już nie.

W ostatnim czasie w Polsce doszło do pewnej zmiany w zakresie medycznej oceny momentu śmierci człowieka. Jednocześnie jednak dokładny opis procedury stwierdzenia zgonu pacjenta w dalszym ciągu ulokowany jest w obwieszczeniu ministra zdrowia, a więc w dokumencie, który nie jest w Polsce, powszechnie obowiązującym źródłem prawa (Ustawa, 1997; Konstytucja RP). Czy prawa *de facto* osób umierających są w tym wypadku zagwarantowane w sposób należyty? Być może problem znajduje się w innym obszarze?

Stwierdzenie śmierci mózgowej to działanie szczególnie istotne z perspektywy procedur transplantacyjnych. Mowa w tym miejscu zwłaszcza o przeszczepach organów pobieranych od osób zmarłych.

Zgodnie z przepisami polskiego prawa podobne działania mogą być wykonane jedynie, jeśli za życia dana osoba nie wyraziła sprzeciwu. W tym aspekcie bardzo często istotnym staje się wątek osób bliskich zmarłemu (por. Olejniczak, Kukiela 2012, s. 86- 102).

W publicznych dyskursach niejednokrotnie podkreśla się, że działania transplantacyjne nie mogą być podjęte w chwili zgłoszenia przez rodzinę sprzeciwu. Twierdzenie to nie znajduje jednak podstaw w przepisach. Jak zaznacza Justyna Zajdel (2007) - zgodnie z ustawą o przeszczepianiu narządów do pobrania komórek, tkanek lub narządów lekarz nie potrzebuje zgody rodziny osoby zmarłej. Jeśli zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu na pobranie w jednej z wyżej opisanych form, żaden z członków rodziny nie ma prawa do wyrażenia sprzeciwu na pobranie jego komórek, narządów lub tkanek. Lekarz nie jest ponadto zobowiązany do poinformowania rodziny zmarłego o pobraniu komórek, tkanek lub narządów. Jedynym obowiązkiem lekarza jest zapewnienie zwłokom



ludzkim należytego wyglądu po pobraniu komórek, tkanek lub narządów. Przed pobraniem komórek, tkanek lub narządów, lekarz lub osoba przez niego upoważniona ma obowiązek sprawdzenia, czy osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu na pobranie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów lub w innej formie.

Tak więc, jeśli dana osoba nie wyraziła sprzeciwu za życia, wówczas bliscy nie mogą zażądać zaprzestania działań medycznych.

## 2. Podstawowe pytania badawcze

W tym artykule zostanie podjęta próba odpowiedzi na pytania: Czy dla rodziny ustanie pracy mózgu osoby bliskiej, tożsame jest ze śmiercią „całego człowieka”? Czy obecne standardy gwarantują tym samym poszanowanie praw osób umierających oraz ich rodzin?

Podjmując próbę udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania warto uwzględnić szerszy kontekst. Po pierwsze: lekarze często -pomimo braku sprzeciwu za życia - proszą rodzinę o zgodę, szanując przede wszystkim relacje, jakie łączyły bliskich ze zmarłym (zob. Biesaga 2005. s. 20- 25). Po drugie dla bliskich stwierdzona przez lekarzy śmierć danego człowieka wydawać się może nie w pełni realna. U osoby, u której zdiagnozowano ustanie pracy mózgu niejednokrotnie nadal sztucznie podtrzymywana jest aktywność organizmu. Dzieje się tak w chwili, w której podjęta zostanie decyzja, iż określone organy/narządy zmarłego pacjenta, wykorzystane będą w celach transplantacyjnych.

Podjęta analiza będzie odnosić się przede wszystkim do polskiej rzeczywistości. Przebiegać ono będzie po przez przybliżenie obecnie obowiązujących w naszym kraju aktów prawnych odnoszących się do zagadnienia orzekania śmierci człowieka. Wsparciem w tym miejscu będą również działania związane z analizą projektów aktów ustaw dotyczących tego problemu. Pomocne będą również konteksty dostrzeżone w źródłach medialnych, w tym zwłaszcza filmów, które są kierowane do szerokiej grupy widzów oraz w materiałach prasowych.

## 3. Śmierć mózgowa: standardy i krytyka

Jak podkreśla prof. Rafał Kubiak (2010) uznanie, iż dana osoba nie żyje posiada kluczowe znaczenie o charakterze medyczno-prawnym. W pierwszym bowiem rzędzie należy podkreślić, iż liczne obszary transplantologii rozwijają się tylko i wyłącznie dzięki korzystaniu z materiału biologicznego pobranego ze zwłok ludzkich. Organy, narządy bądź tkanki, by mogły zostać wykorzystane w procedurze przeszczepu *ex mortus*, muszą znajdować się w stanie użyteczności, a więc winny posiadać zachowany, określony poziom żywołności. W tym zatem aspekcie dostrzec zatem można istotny element o charakterze trudnego do rozstrzygnięcia dylematu. Z jednej bowiem strony mamy do czynienia w sytuacji klinicznej z człowiekiem, którego zgon stwierdzić ma zespół ekspertów. Nie można działań tych podejmować pochoinnie. Z drugiej natomiast strony dostrzec należy np. ciężko

chorego pacjenta, oczekującego na organy, które muszą być sprawne, by uratować jego życie. Kontekst ten kieruje uwagę również w stronę obszarów szczególnie ważnych dla prawnika. Z perspektywy cywilnej, śmierć człowieka pozwala na podjęcie np. działań o charakterze spadkowym. W ujęciu natomiast prawnokarnym stwierdzenie, czy człowiek żyje, czy też umarł ma istotne znaczenie w zakresie potencjalnej odpowiedzialności. Dokonanie przeszczepu serca od osoby żywej byłoby bowiem morderstwem.

Prof. Rafał Kubiak zwraca uwagę, iż śmierć człowieka jest zjawiskiem rozciągniętym w czasie. Z jednej strony wskazuje się na śmierć biologiczną: ustanie czynności kluczowych narządów. Z drugiej strony literatura przedmiotu zwraca uwagę na śmierć kliniczną i osobniczą, a więc: mowa o ustaniu czynności takich, jak oddychanie oraz krążenie. Dodaje się również w tym kontekście kluczowy termin, jakim jest śmierć mózgową, zwana śmiercią osobniczą: „nieodwracalne i całkowite ustanie czynności mózgu” (tamże, s. 476- 478).

Wskazany zwrot zamieszczony został w pierwszej wersji polskiej, tzw. ustawy transplantacyjnej. W art. 7 ustawy *o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* zaznaczono, że „Pobranie komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej).” W cytowanym przepisie dodano ponadto, że minister zdrowia ustala listę specjalistów posiadających odpowiednie kompetencje do stwierdzenia śmierci mózgu człowieka. W art., 7 ust. 3 tego aktu prawnego dodano, że „Śmierć mózgową stwierdza jednomyślnie na podstawie kryteriów, o których mowa w ust. 2, komisja złożona z trzech lekarzy, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.” Jednocześnie jednak specjaliści stwierdzający zgon nie mogą uczestniczyć w procedurze transplantacyjnej dotyczącej pacjenta, którego badali (Ustawa, 1995).

W obecnie obowiązującej wersji tej ustawy zwrócono uwagę na tzw. śmierć mózgową. Przyjmuje się bowiem, że to właśnie ustanie pracy mózgu stanowi definitywne zakończenie życia człowieka. W art. 9a dodano jednakże również, iż śmierć można stwierdzić na podstawie nieodwracalnego ustania krążenia (Ustawa, 2005). W dokumencie tym znalazły się również przepisy odsyłające do treści ministerialnego obwieszczenia. Umieszczono w nim metodykę stwierdzenia śmierci mózgu. Metodyka ta opisana została w *Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu*.

Proces orzekania w tym zakresie składa się z dwóch etapów. W pierwszym z nich wysunięte zostaje przez komisję lekarską podejrzenie dotyczące śmierci człowieka. W tym przypadku bada się zatem, czy nie zaistniały sytuacje, które wprowadzać mogą w błąd odnośnie do oceny stanu pacjenta: np. określone postaci zatrucia, spożycie substancji psychoaktywnych, hipotermia itd. W drugim etapie przystępuje się już do potwierdzenia diagnozy dotyczącej śmierci: bada się np. odruchy źreniczne na światło (Obwieszczenie, 2007).

Zagadnienie śmierci mózgowej spotkało się również z zainteresowaniem wykazywanym ze strony specjalistów z zakresu etyki lekarskiej oraz bioetyków. W pierwszym rzędzie warto zwrócić uwagę na treść art. 33 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że „Lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu.” W kolejnym artykule dodano, iż „Lekarz, po stwierdzeniu śmierci mózgowej winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek i narządów, jeżeli mają one zostać przeszczepione” (Kodeks, 2004; por. także: Fiszer, 2008, s. 153- 157).

Omawiając ten problem warto również odnieść się również do innych poglądów, jakie na temat śmierci mózgu przytaczane są w literaturze.

Bogusław Wójcik (2006) zaznacza, że przyjęcie wskazanego kryterium w miejsce koncepcji śmierci krążeniowo - oddechowej było „szkiem dla społeczeństwa”. W istocie bowiem mowa jest o „cienkiej granicy” istniejącej pomiędzy życiem i śmiercią człowieka. Po jednej stronie mamy pacjenta i jego godność, a po drugiej, ludzkie zwłoki, których fragmenty mogą być wykorzystane do pomocy innym, jeszcze żyjącym osobom. Zwłokom należy jest szacunek, nie posiadają one jednakże takich samych praw, jak pacjenci. W tym kontekście niejednokrotnie wskazuje się na wypowiedzi św. Jana Pawła II, który zaznaczał, iż choć Kościół nie posiada kompetencji do wypowiedzania o sprawach medycznych z perspektywy praktycznej, to jednak odnosząc się do nauczania moralnego jest w stanie przyjąć mózgowe kryterium śmierci człowieka. Magisterium Kościoła Katolickiego podkreśla jednak, że uznanie to może pojawić się dopiero w momencie, w którym wszelkie standardy diagnostyczne zostaną w sposób dokładny zachowane. Mózg bowiem jest tą strukturą, która odpowiada za funkcjonowanie całego ustroju. Ustanie jego pracy powoduje, iż całe ciało niejako przestanie działać (za: tamże, s. 559).

Pogląd ten podziela ks. prof. Andrzej Muszala, autor pierwszej w Polsce *Encyklopedii bioetyki*. Jego zdaniem, iż śmierć człowieka następuje z chwilą ustania pracy jego mózgu, jest działaniem w pełni logicznym i uzasadnionym, jednakże – zgodnie z zasadami etyki - może być ono jedynie wtedy przyjęte, gdy wszelkie kryteria ostrożności diagnostycznej zostaną w zachowane (Muszala, Mazur 2015, s. 84- 85).

Ks. prof. Piotr Morciniec (2006), dzielając wskazane stanowisko, wskazuje także na inny problem – kontrowersji, jakie mogą wystąpić przy transplantacji organów od osób żywych. Pojawić się bowiem mogą obawy o stan zdrowia dawców, który biorą udział w przeszczepach. W sytuacji z kolei transplantacji organów ze zwłok ludzkich kluczowe jest jak zaznaczono zdiagnozowanie, iż pacjent zmarł. Drugim, etycznie istotnym elementem jest sprawiedliwy podział narządów w oparciu o weryfikowalne kryteria, w tym listy oczekujących (tamże, s. 116- 117).

Prof. Zbigniew Włodarczyk, transplantolog z Bydgoszczy podkreśla, że wskazana w tym zakresie specjalność medyczna nie może być traktowana, jak dział nauki, który niejako „oczekuje” na śmierć pacjenta – a śmierć człowieka i działania transplantacyjne nie mogą być postrzegane jako elementy od siebie bezpośrednio zależne. Obowiązkiem bowiem lekarzy

jest walka o życie pacjenta. Nie ma w tym miejscu oczekiwania na śmierć osoby chorej, jest natomiast kilkakrotnie badanie, czy nastąpił jej zgon. Dopiero wtedy rozważana jest możliwość wykorzystania określonych narządów/organów do przeszczepów (Przewodnik, 2015, s. 69).

Jak już zaznaczono zagadnienie to wzbudza liczne wątpliwości. Prof. Rafał Kubiak, omawiając z perspektywy karnej problem transplantacji *ex mortuo*, zwraca uwagę, że obwieszczenie Ministra Zdrowia określające dokładną metodykę stwierdzenia śmierci człowieka, to w istocie dokument, który nie stanowi powszechnie obowiązującego w Polsce źródła prawa. Autor ten zaznacza ponadto, że tak kluczowy problem, jak uznanie, iż dana osoba zmarła, winien znajdować się w akcie rangi ustawy. Kubiak jednakże dostrzega również drugą stronę pojawiającego się tutaj problemu: dynamiczny postęp medycyny sprawia, iż niezwykle trudno byłoby nieustannie nowelizować podobne akty prawne w sposób całkowicie koherentny z rozwijającą się nauką. Ukazując kontekst psychospołeczny analizowanego problemu Kubiak trafnie dostrzega, iż przyjęcie kryterium śmierci mózgowej może powodować pojawienie się sytuacji paradoksalnej. Doświadczają ją może zwłaszcza rodzina, gdyż uznanie, iż zaprzestał funkcjonować mózg człowieka, wcale nie musi oznaczać, że ustała praca jego serca (zob. Kubiak, 2010, s. 276- 278).

Bogusław Wójcik (2006), odnosząc się do kwestii krytyki kryteriów śmierci mózgowej zwrócił uwagę, iż przez część ekspertów traktowana jest ona w istocie, jako konstrukt mający na celu wzrost poziomu społecznej akceptacji dla zabiegów transplantacji organów ze zwłok ludzkich (tamże, s. 554- 555). Wątpliwości te wyraża również Tomasz Terlikowski (2009), dziennikarz, filozof, na co dzień podejmujący w swojej pracy publicystycznej i naukowej zagadnienia bioetyczne. Zwraca on uwagę na problem, iż przyjęcie kryterium śmierci mózgu człowieka to *de facto* postawa redukcjonistyczna, która może prowadzić do uznania, iż jedynie sprawne działanie mózgu określa bycie człowiekiem. Tego typu postawy mogą prowadzić do wykluczenia osób, u których stwierdzono np. głębokie upośledzenie mózgu, lub też istotne jego uszkodzenie. Podaje on także przykłady osób, które pomimo, iż stwierdzono u nich śmierć mózgu, po pewnym czasie wróciły do zdrowia. Terlikowski słusznie zaznacza, że przykłady te w istocie odnosić się mogą do błędnie przeprowadzonych działań diagnostycznych.

Z drugiej jednakże strony w kontekście tym pojawia się pytanie: Czy sformułowana na terenie Uniwersytetu Harvarda pod koniec lat 60 tych ub. w. definicja śmierci mózgowej, nie posiada charakteru utylitarnego? Czy celem w podobnym przypadku nie było przede wszystkim przyspieszenie transplantacyjnych procedur medycznych? Być może twórcom owej definicji przyświecał interes społeczno-medyczny, a nie raczej naukowe? (tamże, s. 203-206).

### 3. Polskie działania

Warto zwrócić uwagę na sytuację, jaka na początku 2017 r. pojawiła się na terenie Polski. Jak pod koniec lutego zaznaczała w swoim materiale prasowym Karolina Kowalska „Dwóch, a nie trzech lekarzy będzie orzekać o śmierci mózgu i stwierdzać nieodwracalne zatrzymanie krążenia u osoby, od której mają być pobrane narządy<sup>1</sup>.” Przepisy dotyczące stwierdzania zgonu przeniesiono z ustawy transplantacyjnej do ustawy o zawodzie lekarza. O śmierci pnia mózgu orzeknie, podobnie jak w USA, dwóch medyków, z których jeden jest anesteziologiem lub neonatologiem, a drugi neurologiem lub neurochirurgiem. O nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia orzeknie zaś anesteziolog lub neonatolog oraz medyk ratunkowy, internista, kardiolog lub pediatra. Jeden lekarz orzeknie zgon w przypadku pobrania komórek lub tkanek<sup>2</sup>.

Wskazane w tym miejscu uwagi dotyczą procedowanego przez polski parlament rozwiązania mającego na celu przeniesienie do tzw. ustawy lekarskiej wszelkich kwestii związanych ze stwierdzeniem śmierci pacjenta, którego organy potencjalnie mogą zostać wykorzystane do procedury transplantacyjnej (Projekt Nowelizacji Ustawy, 2017).

Ta modyfikacja legislacyjna posiada szczególny charakter. Nie odnosi się ona bowiem wyłącznie do swoistej „kosmetyki ustaw”, w ramach której dokonuje się pewnych zmian. Prezentowana nowelizacja przepisów ma o wiele większe znaczenie. Ukazuje ona bowiem istotne zagadnienie dotyczące gwarancji poszanowania praw osób, wobec których nie wiadomo na pewnym etapie postępowania diagnostycznego, czy nadal są pacjentami<sup>3</sup>.

W pierwszym rzędzie należy podkreślić, iż podjęcie przez ustawodawcę działań mających na celu analizę polskiego prawodawstwa pod kątem zagadnienia kryteriów stwierdzenia śmierci mózgu oraz stwierdzenia śmierci krążeniowej, ma szczególnie znaczenie. Problem ten wzbudza bowiem w społeczeństwie, jak zaznaczono wcześniej, niesłabnące emocje. Analizując jednakże przepisy omawianej nowelizacji dostrzec można kilka istotnych nieścisłości.

Warto podkreślić, że jak zaznacza w swojej analizie prof. Dariusz Kijowski z Rządowego Centrum Legislacji „Opiniowany projekt uzasadniany jest potrzebą reakcji na stwarzanie w społeczeństwie niekorzystnego wrażenia przez obecną regulację prawną, dotyczącą stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu oraz stwierdzania zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia krwi (zawartą w ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. z 2015 r., poz. 793, 1893 i 1991, zwanej dalej: ustawą

---

<sup>1</sup> K. Kowalska, *Śmierć dawcy narządów orzeknie dwóch lekarzy*, „Rzeczpospolita”, źródło: <http://archiwum.rp.pl/artukul/1334925-Smierc-dawcy-narzadow-orzeknie-dwoch-lekarzy.html> (dostęp 12.03. 2017)

<sup>2</sup> Tamże.

<sup>3</sup> W tej części pracy autor wykorzystał oraz w sposób istotny rozbudował analizę pierwotnie przygotowaną na rzecz instytutu Ordo Iris.

transplantacyjną), wrażenia, że orzekanie śmierci jest wykonywane przez lekarzy w celu jak najszybszego pobrania komórek, tkanek i narządów, powodując w społeczeństwie opór wobec tej metody postępowania. Obecna regulacja prawna jest także negatywnie postrzegana przez lekarzy, tworząc tym samym barierę dla rozwoju transplantologii w Rzeczypospolitej Polskiej. Z tych względów proponuje się umieszczenie tej regulacji w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2015 r., poz. 464, ze zm., zwanej dalej: ustawą o zawodzie lekarza), dzięki czemu stosowne przepisy nie będą łączone wprost z przepisami ustawy transplantacyjnej”.

Warto jednak podkreślić, iż wyniki sondaży społecznych nie wskazują na negatywne postrzeżenie przez polskie społeczeństwo szeroko rozumianej transplantologii.

Zgodnie z najnowszymi wynikami badań CBOS „Idea transplantacja narządów w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia cieszy się w Polsce niemal powszechną aprobatą (93%). 80% zgadza się, by po śmierci pobrano z ich ciała narządy do przeszczepów, natomiast 11% jest temu przeciwnych (Feliksiak, 2016, s. 3).

Formułując wnioski dotyczące zmian polskich przepisów odnoszących się do problemu stwierdzenia śmierci człowieka oraz podjęcia działań transplantacyjnych trzeba jednak zauważyć, że zastosowany przez projektodawcę mechanizm mający na celu przeniesienie przepisów dotyczących śmierci pacjenta z ustawy transplantacyjnej do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest niespójny. Działania te mają w założeniu na celu niejako anulowanie negatywnych skojarzeń, jakie pojawiają się w związku z podjęciem przez lekarza czynności takich jak: stwierdzenie śmierci oraz podjęcie interwencji transplantacyjnych (Uzasadnienie, 2016, s. 7).

Jednak zastosowanie podobnego mechanizmu prowadzi do stworzenia nie w pełni zrozumiałej sytuacji. Obecnie ustawa transplantacyjna z całą pewnością łączy dwie praktyki: kliniczne dostrzeżenie śmierci pacjenta oraz możliwość podjęcia działań transplantacyjnych.

Usunięcie z ustawy transplantacyjnej treści dotyczącej stwierdzenia śmierci mózgowej u pacjenta nie spowoduje automatycznie oczekiwanych reakcji społecznych w postaci szybkiego oraz istotnego poparcia dla zabiegów transplantacji. Jak wskazano wyżej, zabiegi te spotykają się ze społeczną akceptacją.

Innymi słowy, to właśnie w obowiązującej formule dostrzec można spójność oraz celowość działań zarówno prawnych, jak i medycznych. Obowiązujący przed wejściem w życie omawianej nowelizacji art. 43 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry stanowi, że: „1. Lekarz może stwierdzić zgon na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach. 2. W uzasadnionych przypadkach lekarz, z wyłączeniem lekarza dentystry, może uzależnić wystawienie karty zgonu od przeprowadzenia sekcji zwłok. 3. Lekarz, z wyłączeniem lekarza dentystry, może wystawić kartę zgonu na podstawie dokumentacji badania pośmiertnego, przeprowadzonego przez innego lekarza lub inną uprawnioną osobę.” (Ustawa, 1996). Unormowanie to odnosi się do sytuacji ogólnej. Wskazuje ona np. na chwilę, w których

lekarz stwierdza śmierć człowieka na terenie jego mieszkania (został wezwany przez rodzinę, która dostrzegła, iż dana osoba zmarła). Lekarz stwierdza zgon na podstawie analizy *stricte* biologicznej: badanie tętna, pulsu, odruchów ciała, reakcji warunkowych. Tym samym podejmuje działania odnoszące się do badania krążenia pacjenta oraz odruchów neurologicznych. Dodanie przez projektodawcę art. 43a prowadzi do wytworzenia się niespójnej sytuacji. Z jednej strony będziemy mieć stan, w którym każdy lekarz, w tym lekarz dentyista na podstawie osobistego badania pacjenta może stwierdzić jego zgon. Z drugiej natomiast strony pojawiają się dodatkowe, szczegółowe przepisy, które dotyczą trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu lub zatrzymania krążenia. W przepisach wprowadzono dodatkową komplikację. W art. 43a ust 4 i 5 znowelizowanej ustawy o zawodach lekarza wprowadza się wąską kategorię lekarzy specjalistów, stwierdzających zgon.

Tym samym w przepisach występują obok siebie dwie dyspozycje: z jednej strony dyspozycja pozwalająca każdemu lekarzowi przystąpić do badania, które ma stwierdzić, bądź wykluczyć śmierć (lekarze ci odnoszą się w takiej sytuacji do praktyki neurologicznej oraz kardiologicznej, nie muszą jednak posiadać którejs z tych specjalizacji), Z drugiej natomiast strony wprowadza się przepis, który wyłącznie specjalistom (w tym kardiologom i neurologom) pozwala na stwierdzenie śmierci mózgowej i krążeniowej. Innymi słowy dojść może do sytuacji, w której *de facto* po wypadku nie będzie można stwierdzić śmierci człowieka. W tym wypadku nie będzie tego mógł stwierdzić lekarz towarzyszący ratownikom. Działanie to bowiem musi podjąć dwóch specjalistów. Tym samym nie jest zrozumiałe dlaczego tylko art. 43a ust 7 odnosi się do działań transplantacyjnych. Trzeba też zauważyć, że w dokumencie tym całkowicie pominięto fakt, iż w procedurach transplantacyjnych bardzo często podejmuje się działania nie po stwierdzeniu śmierci krążeniowej, ale właśnie śmierci mózgowej (krążenie u pacjenta jest zachowane, co pozwala na podjęcie działań transplantacyjnych) (Projekt 2016). Warto w tym miejscu dodać, że omawiana nowelizacja weszła w życie pod koniec lutego 2017r. (Ustawa 2017).

#### 4. Procedura stwierdzenia śmierci mózgu

Dalsze rozważania dotyczące zaproponowanych zmian w przepisach dotyczących zasad wykonywania zawodu oraz przeprowadzania transplantacji *ex mortus* kierują uwagę w stronę kolejnego problemu, tym razem dotyczącego procedury stwierdzającej zanik pracy ustroju. W Polsce do czasu, w którym wprowadzono omawianą wyżej nowelizację utrwał się standard, zgodnie z którym działania takie podejmował zespół składający się z trzech lekarzy. W nowelizacji ustawy o zawodach lekarza oraz ustawy transplantacyjnej podjęto działania mające na celu ograniczenie składu tej komisji. W uzasadnieniu zwrócono uwagę, że korzystanie z opinii trzech lekarzy, to pokłosie czynnej niegdyś obecności w społeczeństwie instytucji lekarza sądowego (Uzasadnienie, 2016, s. 7). W tym miejscu należy jednakże przypomnieć, iż polskie przepisy, a zwłaszcza ustawa o prawach pacjenta i

Rzeczniku Praw Pacjenta nadal wskazują na istnienie praktyki tzw. konsylium lekarskiego. Pacjent posiada prawo, by żądać zwołania takiej komisji. Komisje te nie zajmują się jedynie prostszymi przypadkami, ale analizują również złożone sytuacje kliniczne (Ustawa, 2008).

Taka właśnie sytuacja dotyczy stwierdzenia śmierci pacjenta. W uzasadnieniu do omawianej powyżej nowelizacji zwrócono uwagę, iż zmniejszająca się liczba lekarzy powoduje, że coraz trudniej jest zwołać taką komisję. Z drugiej jednak strony podobne trudności mogą wiązać się z udziałem dwóch specjalistów pracujących na terenie danej placówki (Uzasadnienie, 2016, s.8)

Na koniec tej części rozważań warto zaznaczyć, iż stwierdzenie śmierci danego człowieka to sytuacja o szczególnym charakterze. Dotyczy ona unikalnej procedury medycznej, mającej na celu przekazanie kluczowych w danym momencie informacji. Wprowadzone w ostatnim czasie rozwiązania prowadzą do pojawienia się modelu, w którym podejmowane działania przypominają konsultację z drugim lekarzem (np. opiniującym w sprawie przyjęcia pacjenta do szpitala). Wydaje się, iż pomysł ograniczenia liczby lekarzy orzekających śmierć mózgu pacjenta jest niewłaściwy. Zachowanie działań podejmowanych przez komisję jest bowiem kluczowe także z perspektywy odbioru całej sytuacji przez rodzinę pacjenta. Bliscy zmarłemu mają w takiej sytuacji świadomość, iż utrzymana została odpowiednia powaga oraz ranga całego zdarzenia.

Formując w tym miejscu wnioski, będące swoistym postulatem zmiany prawa, trzeba zgodzić się z opinią prezentowaną już w 2014 r. przez prof. Irenę Lipowicz, która sprawowała w tamtym czasie urząd Rzecznika Praw Obywatelskich. Zwróciła ona wówczas uwagę, że przepisy dotyczące stwierdzenia zgonu pacjenta nie gwarantują w pełni poszanowania praw i wolności człowieka. Zdaniem prof. Lipowicz: *Obwieszczenie w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu*, nie jest powszechnie obowiązującym w Polsce źródłem prawa. Nie może ono określać tak istotnych kwestii, jak medyczne stwierdzenie końca ludzkiego życia. Zgodnie z zapisami polskiej Konstytucji, wolności oraz prawa człowieka, w tym prawo do życia, muszą być regulowane w drodze aktu prawnego rangi ustawy (za: Gajos-Kaniewska, 2017)

Patrząc na omawianą problematykę z perspektyw wyłącznie prawnej, z całą pewnością należy się zgodzić z prof. Lipowicz.

## **5. Czy dawca organów po śmierci jest pacjentem**

Omawiana powyżej problematyka kieruje nas w stronę szczególnego w kontekście transplantacji pytania. Warto bowiem zastanowić się, kto w trakcie podobnych procedur jest pacjentem?

Zmarły człowiek, którego organy mają być wykorzystane, jest sztucznie podtrzymywany przy życiu. Lekarze – już po stwierdzeniu zgonu danej osoby – interweniują w celu utrzymania sprawności konkretnych narządów organizmu. Personel medyczny podejmuje działania podobne do działań stosowanych wobec pacjenta oddziału



intensywnej opieki medycznej. Warto w tym miejscu postawić pytanie: Czy w omawianym kontekście mamy do czynienia z pacjentem, czy też z ludzkimi zwłokami, które poddawane są określonym procedurom?

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wskazuje, iż dana osoba staje się pacjentem w dwóch sytuacjach. Po pierwsze, gdy sama zwraca się o udzielenie pomocy, po drugie, gdy ekspert medyczny udziela jej świadczeń zdrowotnych (Ustawa 2008). Nie ulega wątpliwości, iż pacjentem nazwiemy osobę, która badana jest przez komisję stwierdzającą, bądź też wykluczającą zgon. Podobnie przedstawia się sytuacja człowieka poddanego diagnozie mającej stwierdzić konieczność lub brak konieczności wdrożenia dalszych działań medycznych, w tym leczniczych (Łaska-Formesjter, 2015, s. 31). Lekarze w sytuacji tej nie posiadają jednakże wiedzy, czy osoba ta żyje, czy też doszło już do zgonu, (który należy komisyjnie potwierdzić bądź wykluczyć). Zupełnie inna sytuacja pojawia się w chwili, w której medycy stwierdzą śmierć danego człowieka. Mamy wtedy do czynienia z relacją pomiędzy medykami a zwłokami ludzkimi. Nie ma tu zatem interakcji zachodzącej między lekarzem a pacjentem. W procedurach związanych z transplantacją można z pewnością stwierdzić występowanie działań leczniczych (szerzej, medycznych), ale wyłącznie w odniesieniu do biorcy organów pobranych od zmarłego dawcy. Niezależnie od stanu zdrowia biorca jest pacjentem, który musi uzyskać pomoc od osoby specjalizującej się w medycznej diagnozie oraz leczeniu (Karkowska, Nowak, Kulpa 2013, s. 4)

## 6. Refleksje końcowe

Zaprezentowane powyżej rozważania warto podsumować konkluzjami stanowiącymi jednocześnie odpowiedź na zadane we wstępie pytania.

W pierwszym rzędzie – dotykając tematu stwierdzenia śmierci człowieka - warto zaznaczyć, że w polskich uregulowaniach dotyczących tej kwestii nie ma rozwiązań, które godziłyby w przyrodzone prawa człowieka. Odnoszące się do tego problemu procedury prawno-medyczne wskazują na kluczowe znaczenie aktualnej wiedzy oraz doświadczenia lekarzy uczestniczących w tym ważnym klinicznie momencie.

Wątpliwości mogą budzić dwie kwestie. Po pierwsze jest nią ranga przepisów odnoszących się do problemu lekarskiego stwierdzenia śmierci człowieka, a po drugie ograniczenie liczby opiniujących lekarzy. W pierwszym bowiem rzędzie należy przypomnieć, iż omawiane procedury dotyczą szczególnych sytuacji. Opis postępowania, jakie winno być podjęte w takiej sytuacji powinien znajdować się w dokumencie będącym powszechnie obowiązującym źródłem prawa, w tym zwłaszcza w ustawie, w której winny znajdować się kluczowe kwestie dotyczące praw i wolności człowieka. Z podobnych, szczególnych względów nie powinno się ograniczać liczby ekspertów opiniujących tego typu zdarzenia. Podobne postulaty nie są jedynie prawnymi refleksjami odnoszącymi się do przyszłości. Dyskusja dotycząca śmierci człowieka oraz możliwego wykorzystania jego

organów w sposób nieuchronny wzbudza emocje. Dla wielu osób takie debaty dotyczą ich konkretnych sytuacji życiowych i doświadczeń.

Obserwując podejmowane w ostatnim czasie dyskusje, można zauważyć, że pojawiają się w nich kwestie związane z obiektywnymi kryteriami, dzięki którym można stwierdzić, że dana osoba nie żyje. Kwestie te wydają się mieć kluczowy charakter. Warto jednakże w tym miejscu zauważyć, że bez względu na rezultaty podobnych debat, dla rodziny oraz bliskich osoby zmarłej efekty takich naukowych dyskusji mogą być *de facto* nieistotne. Śmierć człowieka może wywoływać sytuacje, w których ludzie nie są zdolni do jakichś racjonalnych analiz.

Dla lekarzy oraz pielęgniarek śmierć ludzkiego mózgu oznacza zakończenie życia człowieka, który pomimo podejmowania wobec niego pewnych interwencji medycznych, przestał być pacjentem. Dla bliskich osoby zmarłej sytuacja ta nie jest jednak oczywista. Widząc reakcję ciała oraz monitorowaną, nadal aktywną pracę serca trudno automatycznie uznać, iż śmierć mózgu zakończyła egzystencję człowieka. Perspektywa medyków oraz rodziny jest tutaj zatem całkowicie odmienna. Ważne w tym kontekście są dyskusje dotyczące sposobu przekazywania zwłaszcza przez lekarzy trudnych, a nierzadko i tragicznych informacji (Kaczkowski, 2013, s. 105–109).

W Polsce co pewien czas wraca dyskusja dotycząca kryteriów stwierdzenia śmierci mózgu/ pnia mózgu. Ekspertki, którzy krytykują aktualne, dotyczące tej kwestii rozwiązania zaznaczają, że funkcjonujące obecnie kryteria są w istocie nieprecyzyjne, nie uwzględniają aktualnego stanu wiedzy medycznej. Co pewien czas pojawiają się wręcz radykalne głosy zwracające uwagę, że transplantologia opiera się na krzywdzie żyjących jeszcze pacjentów. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że formułowanie podobnych opinii – bez jednoczesnego proponowania innych rozwiązań – nie prowadzi w żadnej mierze do zakończenia, co pewien czas uwidoczniającego się sporu. W medycynie oraz w bioetyce nie wskazano bowiem szerzej podejmowanej alternatywy dla istniejących, aktualnych rozwiązań. Zapewne podniesienie rangi prawnej omawianych procedur to istotny i kluczowy postulat, dotyczący fundamentalnej dla medycyny zasady szacunku dla godności każdego pacjenta. Kryteria dotyczące stwierdzenia śmierci mózgu/ pnia mózgu powinny być przedstawiane nie tylko w sposób precyzyjny, ale i klarowny. Muszą one również w pełni uwzględniać prawa człowieka, również człowieka, który prawdopodobnie umarł (Fiszer, 2008, s. 153-157). Słowo „prawdopodobnie” posiada w tym miejscu szczególne znaczenie. U lekarzy podejrzewających śmierć badanej osoby może pojawić się myśl dotycząca możliwości wykorzystania jej organów w procedurze transplantacyjnej. Rodzina tej osoby żyje natomiast zupełnie inną nadzieją. Oczekuje najczęściej cudu. Widząc aktywne działanie personelu, słysząc dźwięki wydawane przez sprzęt medyczny trudno uwierzyć, iż doszło do śmierci kogoś bliskiego. Należy zatem pamiętać, aby wszelkie propozycje prawne dotyczące potwierdzania zgonu, uwzględniały również te szczególne uwarunkowania (por. Machinek, 2009, 64 - 75).

**Bibliografia:**

- Biesaga T. (2005), Wobec uporczywej terapii, *Medycyna Praktyczna*, nr 11- 12, s. 20- 25.
- Fiszer U. (2008), Dylematy etyczne w pracy neurologa, *Polski Przegląd Neurologiczny*, tom 4, nr 3, s. 153- 157.
- Feliksiak M. (2012), *Postawy wobec przeszczepiania narządów*, CBOS, Warszawa.
- Feliksiak M. (2016), *Postawy wobec transplantacji narządów*, CBOS, Warszawa.
- Gajos-Kaniewska D., *Kryteria śmierci mózgu nie powinny wynikać z obwieszczenia*, „Rzeczpospolita”, źródło <http://www.rp.pl/artukul/1133042-Kryteria-smierci-mozgu-nie-powinny-wynikac-z-obwieszczenia.html> (dostęp 21.11. 2017 )
- Kijowski D., Opinia z 8 lipca 2016r o projekcie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Rządowe Centrum Legislacji, Warszawa 2016, źródło: <http://radalegislacyjna.gov.pl/dokumenty/opinia-z-8-lipca-2016-r-o-projekcie-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-zawodach-lekarza-i-lekarza> (dostęp 21.11. 2017)
- Kaczkowski J, (2013), *Szatu nie ma, jest rak*, rozm. przep. K. Jabłońska, Więź, Warszawa.
- Kowalska K. *Śmierć dawcy narządów orzeknie dwóch lekarzy*, „Rzeczpospolita”, źródło: <http://archiwum.rp.pl/artukul/1334925-Smierc-dawcy-narzadow-orzeknie-dwoch-lekarzy.html> (dostęp 12.03. 2017 )
- Kubiak R.(2010), *Prawo medyczne*, Warszawa: Wwydawnictwo C. H. Beck.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. z dnia 31 lipca 2007 )
- Karkowska D, Nowak A., Kulpa M. (red.) (2013), *Poradnik o prawach pacjenta*, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa.
- Muszala A., Mazur D. (2015), *Bioetyka w dialogu*, Warszawa: Wydawnictwo Magdalennum.
- Machinek M.(2009), Konflikty etyczne u kresu życia w relacji - lekarz-pacjent Refleksja w kontekście projektu powołania szpitalnych komisji etycznych, *Diametros*, nr 22, s. 64-75.
- Łaska-Formesjter A. (2015), *Pacjent w sieci zależności. Społeczny kontekst praw i autonomii pacjenta*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Morciniec P. (2006), *Transplantacja organów*, [w:] *Nauczanie moralne Jana Pawła II. Bioetyka*, s. 116- 117, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Olejniczak E., Kukiela B. (2012), Medialny obraz transplantacji ex mortuo a przepisy prawa, *Folia Linguistica*, 46, s. 86- 102
- Przewodnik bioetyka dla młodych*, (2015) Kraków: Międzywydziałowy Instytut Bioetyki UPJPII, Fundacja Jeden z Nas, Fundacja Jerome Lejeune.
- Projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, druk sejmowy 1212, źródło: <https://mojepanstwo.pl/dane/instytucje/3214,sejm/druki/2210373>

(dostęp 12.03. 2017)

Terlikowski T.P. (2009), *Nowa kultura życia. Apologia bioetyki katolickiej*, Fronda, Warszawa.

Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 27 października 1995r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (dz. U. z 2000 , nr 120, z późn. zm. )

Ustawa z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2005 nr 169 poz. 1411)

Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.)

Uzasadnienie do projektu nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, druk sejmowy, Ministerstwo Zdrowia Warszawa 2016 , 1- 14

Wójcik B. (2006), *Śmierć mózgowa*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, A. Muszla (red.), s. 554-560, Radom: Wydawnictwo Polwen.

Zajdel J. (2007) *Prawo w medycynie. Podręcznik dla lekarzy*, Łódź: Wydawnictwo Progres.

## Abstracts:

### **Ks. Piotr Mazurkiewicz, La joie de l'amour**

In two articles devoted to the apostolic exhortation *Amoris laetitia*, practical problems related to the pastoral care of families are undertaken. The author points out that there are two different strategies for coping with current pastoral problems. The merchant strategy is focused on solving conflicts through negotiations and compromises. Knight's strategy involves willingness to sacrifice for the cause, up to the sacrifice of life.

The firsts, therefore, strive to work out minimum moral standards, the second, to show the beauty of Christian calling and to encourage people to strive for holiness in every context of their life. Both attitudes can be found in the post-synodal debate on the possibility of realizing the gospel's demands for human love, marriage and family, especially in the case of people in the so-called irregular compounds. The author discusses the role of individual conscience, pastoral work with fiancés, care of young marriages, marriages in crisis, the issue of access to the Holy Communion in the case of people divorced living in civil unions and the topic of seminarians' formation. The main emphasis is placed on the attempt to reconcile fidelity to Jesus and the Catholic tradition with a concern to preserve the unity of the Church.

### **Kasper Sipowicz, Tadeusz Pietras, Multidimensional concept of health – a theoretical study**

The phenomenon of health is the area of interest to the social and medical sciences. According to modern understanding of health, it is not the absence of pathology, but a multidimensional construct. The modern way of understanding health assumes that it includes the somatic, mental, economic, social and spiritual well-being. In the postindustrial society, too little importance is given to the spiritual health in the meaning of philosophical and theological well-being. The construct of spiritual health is similar to the concept of sense of coherence (SOC) developed by Antonovsky. Coherence means comprehensibility, meaningfulness and manageability. People looking for the sense of life and unable to find it in the excess supply of doctrines and pseudodoctrines are not "healthy" in terms of the spiritual health construct. The concept of health presented by us is consistent with the biopsychosocial paradigm of modern clinical psychology and health psychology. The concept of health goes beyond the discourse of psychology and medicine, touching on philosophy, sociology, and human spirituality sciences. Research on the phenomenon of health should be conducted with the participation of specialists from many fields: medical and social sciences as well as humanities.

**Iwona Wrześniewska-Wal, Care for health in doctor-patient relations**

The article refers to health problems in the doctor-patient relationship. The relationship, which due to the modern model of patient autonomy is extremely important, because the patient, when making decisions regarding the diagnostic and therapeutic process, needs a clever counselor, who is inherently a doctor. Unfortunately, currently clearly visible dehumanization of medicine makes this relationship incorrect. The doctor becomes a “tool” that diagnoses and cures the patient in an increasing hurry, commissioning a series of diagnostic tests, entangled in bureaucratic duties. Thus, the patient is only an “object” and not the “subject” of these activities. The author showed contemporary doctor-patient relations on the example of medical court decisions.

**Maria Jankowska, Ways of solving crises in the theory of psychosocial development of E. H. Erikson in the aspect of human development and mental health and disorders in development**

The article presents the concept of psychosocial development of E. Erikson. E. Erikson distinguished eight phases in human development. The first four phases occur in infancy and childhood, the fifth in puberty, and the next three in adolescence and old age. In each of the stages, a man faces a new challenge called the crisis. The crisis is understood as the need to develop new forms of adaptation to the environment and to meet their needs and the needs of other people. Properly solved crisis leads to the development of the human ego, in which he acquires specific features and abilities in all stages. However, a badly solved crisis leads to disturbances in the development of the ego. The purpose of the article was to describe ways of solving crises in particular stages enabling full or incomplete or even disturbed development of human personality.

**Urszula Tataj-Puzyna, Barbara Baranowska, Grażyna Bączek, Krzysztof Czajkowski, Opinion of mothers on medical and spiritual aspects of pregnancy and labour - qualitative tests**

Pregnancy and labour have an important impact on woman’s personal and social life. In the first half of the 20th century in Poland, pregnant women used to be called “blessed”, “in the state of grace” or “at hope”. Those terms put greater emphasis on the emotional aspect of pregnancy than on biology. A development of modern medicine and a progress in highly specialized techniques in medical diagnosis have entered into the physiology of woman’s life - from family planning to pregnancy and labour. The medical approach to motherhood has highlighted the biological and technical dimension, and marginalized the spiritual space of these experiences. Motherhood is not only a biological and medical process, but is also experienced in the social space and has a deep, psycho-spiritual dimension. When motherhood is seen and experienced only at the level of a biological event, when it has a lack of spiritual depth, it might become only an experience of technical management of a child. In

addition to the biological and medical sphere, that dominated the area of pregnancy and labour, there is also an emotional and spiritual aspect, which, sometimes, is hard to define. In the light of Personalistic Anthropology, anything that concerns the biological dimension of the human is inextricably linked to its spiritual dimension and vice versa. Therefore, the appearance of a human in space-time is also the beginning of his spirituality, that is understood as the ability to go beyond the sphere of biological needs.

**Ewa Ślizień-Kuczapska, Dorota Sys, Barbara Baranowska, Urszula Tataj-Puzyna, Reproductive health as the main care direction of family wellbeing. Selected issues of fertility disorders prevention and breastfeeding promotion in the view of demographical Poland situation**

Procreation health should be distinguished from reproduction health. The main targets of these two options are directed in opposition, one means care about human fecundity and overall health status second means fertility control and prochoice attitudes. This difference leads to two main streams of governmental and institutional activity: promotion of health and fertility care to help with family building with respect to traditional values or promotion of free choice decision concerning sexual and reproductive behaviors with no respect to traditional values. Poland represents low birth rate with no substitutability of generations. This article presents chosen elements of preconception, pre and postnatal care risen from home and supplemented by school, health care providers, dietitians, psychologists, fertility care teachers and family concealing centers. Children and mothers health depends on the proper preparation to rise family from the moment of conception. For the generations continuity is crucial to promote responsible parenthood, breastfeeding and overall health care concerning psychological and physical aspects.

**Paulina Rosińska, Self-efficacy and health locus of control as predictors of self-care for health among mothers with small children**

Purpose: The aim of this paper is to search for a correlation between self-efficacy, health locus of control and self-care for health, as well as determining the best predictors of self-care for health. Method: The independent variables were measured with the use of following methods: Generalized Self-Efficacy Scale by Schwartz et al. and Multidimensional Health Locus of Control Scale by Wallston. The dependent variable was estimated with STOZ by Rosińska (self-care for health). The study was conducted in the group of 121 women. Results: The result of the study has revealed positive correlations between the general level of care for health and its components: active attitude towards the mothers own health, their practical health and the following variables: self-efficacy, external health locus of control-influence of others (or powerful others) and internal health locus of control. The study has also indicated the negative correlations between self-care for health (in general and subscales) and external locus of health control- influence of case (or chance externality). Models of linear regression were created to indicate the variables explaining the best way the

subject's self-care for health. Self-efficacy was proved as the strongest predictor almost in every model. Conclusions: The results of this research could be the basis for considerations about self-care condition in different groups of people. Mothers with higher level of self-efficacy are more likely to provide their children with such condition. It is also worth mentioning that responsibility for our health, which is related to the belief that our actions may influence our health condition (by choosing healthy activities) and are effective, is a crucial part of the health programs dedicated not only to the health risk groups.

**Karolina Ginalska i Małgorzata Weryszko, Factors protecting the psychophysical health of a child in a family environment**

In the article we consider factors of family environment, which affects childrens' well-being and mental health. The first factor is related to the condition of the marital relationship and emotional maturity of parents. The second factor concerns parents' attributional style, which influences child's attitude towards the world and itself. Then we consider the parents' attachment style, their ability to establish close relationship and the impact of fathers' commitment to upbringing and looking after a child. In the article we underscore the significance of family relationship and emotional maturity of parents for childrens' well-being and mental health.

**Irena Pufal-Struzik, Selected aspects of mental health of gifted pupils**

The article addresses the problem of mental health of gifted people, in particular concerning their emotional and social functioning. The literature review shows that it is not possible to conclusively determine whether talented people (children and adolescents) function, in these spheres of psyche, better or worse than their average peers. The researchers from the first approach claim that better functioning of gifted people is conditioned by: greater knowledge of themselves, higher mental immunity, effectiveness in dealing with conflicts, stress, difficulties and developmental asynchrony. The representatives of the opposite approach point to the presence of various adaptation problems (loneliness and feeling of being isolated, depression, suicidal thoughts, food disorders, psychosomatic disorders), which are identified in the personality of the talented pupils (strong emotionality, sensitivity, tendency to experience emotional stress, neurotic perfectionism, introversion, susceptibility to existential depression, idealistic attitude to the world, tendency to feel guilty and experiencing moral dilemmas), and in parenting, and family and school atmosphere. Finally, the paper presents some proposals for actions aimed at emotional support for the gifted pupils and, to care of their health, for prophylactic actions.

**Edyta Wolter, Education for a healthy life in harmony with nature - pedagogical and historical implications**

The purpose of the article is an explanation/justification how to realize the process of educating children for a healthy lifestyle and ecological awareness - with care for



environmental protection, ecological order in the social and natural environment. The sources of the articles are the archives and printed materials published in the period of the II Republic of Poland (1918-1939). The main source is based on „Młody Przyjaciel Zwierząt i Kółko Przyrodnicze”. Thanks to works printed in the analyzed magazines ecological attitudes were developed, bonds with nature were shaped, children and youths were encouraged to take an active part in the celebrations of "The Day of the Forest/Trees Planting Day"/"Forest and Environmental Protection Day", "Kindness for Animals Day" and to act practically and regularly in school sections/lovers of nature, birds, environmental protection, circles of young friends of animals. There are reasons to hope that the heritage of the idea based culture and normative culture in the scope education for a healthy life in harmony with nature will still evolve creatively in the general tendency of the postmodern culture and it will be a creative inspiration for the educational practise of the 21<sup>st</sup> century.

**Renata Matusiak, Media education as a form of shaping pro-health attitudes and counteracting media addiction**

Media education is a very important element of the primary prevention of addictions carried out within the school, peer and family environment. It allows you to shape proper attitudes to prevent and limit the phenomenon of Internet addiction and its various forms. Dependence on the use of new media has become a global problem, which is why upbringing to use new media should become an obligatory practice at every stage of education. In the current state of education in Poland, this problem is minimized, and activities in this area limited and dispersed within various subjects, which makes it often ineffective and incomplete education. The article deals with the issue of media education and addiction to new media.

**Małgorzata Marmola, Anna Wańczyk-Welc, Health behaviors in relation to life satisfaction at the age of early adulthood**

The article discusses the subject of health behaviors and their relationship with the sense of life satisfaction among young adults. In order to assess these relations, the research of Subcarpathia inhabitants at the age of early adulthood was carried out. The health behaviors of the subjects were assessed by way of Health Behavior Inventory (HBI) elaborated by Zygfryd Juczyński (2012), whereas, to measure the satisfaction with life, a Scale SWLS E. elaborated by Diener R. A. Emmons, R. J. Larsen and S. Griffin (in the polish adaptation of Juszczynski) was used. The obtained results allow to conclusion that the higher level of health behaviors is declared by young youth, the higher life satisfaction rate is. What is more, women are more eager to undertake pro-health behaviors than men.

**Anna Kuk, Anna Gala-Kwiatkowska, Types of love and styles of conflict resolution among male and female students participating in psychological workshops**

The aim of the study was to identify types of love and styles of conflict resolution in the group of people participating in psychological workshops in 2016/2017. The research problem was related to differences in the above-mentioned variables due to gender and the correlation between love types and conflict resolution styles as well as changes in time. The workshop on communication, forgiveness and love was attended by 33 people studying at the Faculty of Physical Education at the Academy of Physical Education in Warsaw. The first group consisted of 15 participants in master's studies, and the other 18 people, studying at the first stage of study. The diagnostic survey method was used in the study. The scale of attitudes toward love (*The love attitudes scale*) and the question of self-diagnosis of the style of conflict resolution were used. In subjects dominates the type of love, Eros and Agape. Women stronger than men are experiencing Mania and Agape love. In conflict situations, the respondents use the style of cooperation and compromise as a means to resolve the conflict. Women are more cooperative than men. There are correlations between the variables tested. Love does not change over time.

**Bernarda Bereza, The image of an ideal and real marriage as a factor in the durability of a partner's relationship**

The aim of the study was to detect factors which significantly influence quality and prosperity of a marriage according to young adults. *Methods.* The Scale of Marital Prosperity by M. Braun-Gałkowska was used to assess real and ideal picture of marriage. 25 couples of young marriages took part in the study. *Results.* The study revealed statistically significant differences in real and ideal picture of marriage in 23 from 46 considered dimensions responsible for the quality of marriage relationship. *Conclusions.* There are important guidelines which – according to young adults – have significant meaning for the quality of marriage and predict success in the marriage durability.

**Grażyna Bączek, Beata Manista, Urszula Tataj-Puzyna, Knowledge and opinions of medical staff on Natural Fertility Awareness Methods**

*Introduction:* One of the professional tasks of the medical staff (midwives, nurses and doctors) is health education and health promotion, with particular emphasis on procreation health. The above-mentioned professional groups should be the first to promote the knowledge about the natural methods of fertility awareness, as well as, the first source of reliable education in this field. *Aims of the study:* to determine what level of knowledge and what opinions about natural methods of fertility awareness present medical staff. *Materials and method:* the study was made with the diagnostic survey method, using a questionnaire. A research tool was a self-constructed questionnaire with 40 questions - close-ended and semi-closed, of a single choice and multiple choice. The study group included 100 people - the medical staff from Warsaw hospitals. *Results:* The largest group of the respondents (64%)

shows the knowledge on the average level. More than half of the respondents (51%) declare to be interested in the issues of human fertility. More than half of the tested people say (51%), that the natural methods are not popular in their environment. 1/3 of the respondents thinks that the NFAMs are not the same as contraception. For 57% of the respondents, natural methods are effective in recognizing fertility. The substantial majority of the respondents (69%) agree with the statement that the observation of symptoms requires commitment, but it becomes easier over time. 39% of the respondents claim that natural methods are out-dated and old-fashioned. Almost all of the respondents (92%) agree that stress, bad nutrition, drugs have an impact on human fertility. 75% believe the NFAMs promote self-awareness of a body and health. More than a half (58%) claims that the NFAMs help with early diagnoses and treat gynecological abnormalities. The major group of the respondents gained the knowledge about the natural methods of fertility awareness from schools or university studies (68%). *Conclusions:* The knowledge of medical staff on natural methods of fertility awareness is at the average level. The respondents' opinions on the natural methods of fertility are divided. The main source of knowledge for medical staff about the NFAMs is education at school or university studies. These methods should be promoted among the medical staff, who due to professional functions are obliged to teach about health education also in the field of procreation health.

#### **Urszula Dudziak, Moral health of the family**

Human health should be described in 4 categories: somatic, psychological, spiritual and social. The spiritual health of the family is expressed in the acceptance and implementation of moral norms. Standards protecting family life are: chastity, fidelity, indissolubility of marriage and responsible parenthood opposed to abortion and contraception. From the surveyed group of 542 high school graduates: 78,8% allow sexual intercourse of brides; 80,1% allow the use of contraceptives; 58% allow divorce; 31,9% allow termination of pregnancy; 8,1% allow marital infidelity. This situation requires moral improvement. Responsible for this are: parents, teachers, catechists, priests, advisers for family life, politicians, lawyers, journalists and all people of good will.

#### **Tomasz Prusiński, Optimization of recovery conditions. The use of genograms in ericksonian approach**

The genogram is a graphic way of organizing the mass of information gathered during a family assessment and finding patterns in the family system for more targeted treatment. This article outlines how, apart from traditional methods of genogram interpretation, it can be also used to achieve essential aims for ericksonian psychotherapy. Especially, the genogram is a useful technique which let to define resources and utilize it for formulate change space.

**Ks. Andrzej Wiecki, Prayer for Healing. Abuse or faith? – pastoral reflection**

The article deals with the aspect of prayers for healing, basing on the Instruction by the Congregation for the Doctrine of the Faith (2000). In the first chapter, it is claimed how the notion of healing is to be understood referring to the Holy Writ. In the Old Testament, illness was perceived as punishment of sins or a test of faith. However, the New Testament shows healing as a proof for the Messianic Times coming. Jesus provides a new meaning of suffering – salvific dimension. The second chapter provides a definition of the abovementioned prayer for healing, and how it is ought to function considering its discipline rules.

**Elżbieta Kożuchowska, Healing and restoring order to the human spirit - asceticism according to Edith Stein**

Edith Stein's idea of asceticism was based on a spatial concept of the structure of the human spirit. She used a parallel where the human spirit is like a spiritual fortress where the central place is occupied by God. The most important is the movement of the Self, which can take place on different levels of the spirit. The natural direction of the activity of the Self is to confront the outside world and take action in it. Moreover, the human nature is hurt and corrupted by the original sin. On account of that, the body fights against the spirit, and the human mind is dimmed. Edith Stein points out that the way to the centre of the soul is a way that leads to perfection and holiness. That is also the way of asceticism. Out of one's love for God one takes up self-denial and cooperates with God's grace, thereby entering the active dark night of the senses. The next step is the passive dark night of the senses. The benefits of that purification are countless because it opens up the way for a more spiritual life. The condition of the human being is compared to resurrection.

**Berenika Seryczyńska, Escapism as an escape from slavery in Camino de Santiago context**

The objective of this study is to show the phenomenon of escapism from the viewpoint of an enslaved man. At the beginning it will be briefly explained what escapism is and what its types are. In this context, the triggering mechanism these multiple limitations will be discussed. In the first place it will be shown on the example of the life experience of St. John of the Cross. Next, will be explained distinction between the prison as a well-deserved punishment and the situation of a person of innocently convicted. It will be presented on the basis of functioning "New Way" project as rehabilitation of young prisoners leaving prison, through a journey along the Way of St. James in Poland. At the end will be revealed the escapist mechanisms, which caused the Israelites escape from Egypt in the context of the spirituality of the Camino de Santiago Way - pilgrimage to the St. James Apostle.

**Bielecki Jan, Zabłocki Jacek Kazimierz, A Child Stuttering and the School Environment**

The purpose of this article is to show the situation of a child who stutters in a school environment. Stuttering is one of the most common speech disorder in school-age children. It is defined as a disorder of interpersonal communication consisting in disruption of fluency, tempo and rhythm of speech, caused by excessive tension of the respiratory, phonatory and articulatory muscles. In the literature on the psychological and speech therapy, there are given many reasons for stuttering, among others neurotic education, environment that does not assure the child's confidence, experience of a strong shock, overstated parents' demands, strong stress, tense emotional situations and many more. The situation of a stutterer in a school is difficult for several reasons. It consists of social, psychological and personality factors. These factors can have a negative impact on the child's functioning in the school and its learning outcomes. In this article, we would like to point out one of the methods of therapy and help for a child who stutters. This method is Logorhythmics. In the further part of the article there are practical tips for a child who stutter, for parents and for teachers. The application of these hints and tips could be of great help for a child in the functioning in the school environment and in the results of learning and, above all, in the proper development of personality.

**Dariusz Sarzała, Anorexia nervosa as a threat to human health and social functioning in the context of etiology and prevention**

In this study, the author analyzes the phenomenon of anorexia, which is one of the most common eating disorder whose consequence is deteriorating health in both the physical and mental dimensions and the quality of social functioning. The aim of the article is to present the specificity of anorexia, with particular emphasis on its course and health risks associated with the occurrence of this disease. In addition, the focus has been on the etiology of anorexia and on the treatment of anorexia and prophylaxis in this area.

**Dorota Kornas-Biela, Sylwia Mirosław, Drug addiction - biological and psychopedagogical aspects**

Psychoactive substances have been present in human life from the earliest times, but nowadays contacts with drugs at an increasingly young age is becoming more frequent, more and more new psychoactive synthetic substances are being produced, and the growing market of illegal substances causes more addiction, morbidity and mortality. The article discusses the types of drugs and symptoms of addiction, the specificity of drugs and factors that condition the addiction (eg. the type of drug, usage, personal characteristics of the addict), the epidemiology of the phenomenon, the treatment process (medical help) and therapeutic help (various psychological and socio-pedagogical interventions). The issue of spiritual causes and effects of addiction as well as forms of spiritual help were also discussed.

**Emilia Zyskowska, Attachment styles to parents, aggression and quality of relations in close relationships among male residents of a juvenile detention centres**

The aim of the study was to demonstrate how parenting style and aggression are related to the quality of relationships in close relationships. Examined groups consisted male residents of a juvenile detention centres and students aged 18-20. Results have confirmed the differences between boys in juvenile detention centres and their peers in attachment styles and in the level of aggression and intimacy. Significant correlations between attachment and quality of relations in close relationships have existed only in the control group, while among boys in juvenile detention centres - between aggression and quality of relation in close relationship. In this group, there was no significant correlations between attachment styles and quality of relations in close relationships.

**Maria Łukaszek, Religious involvement of prisoners and their sexual experiences before reaching the age of majority**

The analyses are based on the results of the research entitled „Men serving prison sentences with regards to sex life and sex partners” carried out in the years 2013-14 among 485 prisoners. It was stated that religious commitment (including strong faith and regular religious practices) is a very important factor that abstains minors from undertaking sexuality activity. Believing in God, without being engaged in religious practices cannot be treated as a factor that discourages adolescents from undertaking risky sexual activities. The ones who believe in God and regularly go to church constitute a lower percentage of adolescents who decided for sex initiation when they were under the age of 18; throughout their lives they have had less sexual experiences and less sex partners.

**Gromek Marek, Jastrzębski Jarosław, Type of emotions experienced and the quality of sexual life of men after myocardial infarction**

The aim of the study was: (1) the assessment of the level of the quality of sexual life in men after myocardial infarction in comparison to healthy men and (2) the association between quality of sexual life and emotional status in men after myocardial infarction. *Methods:* We have compared two groups of men : the study group (n=30) and the controls ( n=30). The emotional status was measured by polish version of Differential Emotions Scale DES-IV and for the assessment of the quality of sexual life the polish adaptation of Multidimensional Sexuality Questionnaire MSQ by Williama E. Snella Jr., Terri D. Fisher i Andrew S. Waltersa were used. *Results:* There were significant differences in quality of sexual life in men after myocardial infarction in comparicon to healthy men. Firstly, the measure of sexual esteem was significantky lower in men after myocardial infarction, they reported lower level of sexual-consciousness, sexual-preoccupation , weakest sexual-motivation and higher level of sexual-anxiety as well as higher level of fear-of-sex. Secondly, we found a correlation between the quality of sexual life and emotional status. The better quality of sexual life is associated with positive emotions (interest, joy, surprise). On the other hand there was an

association between negative emotions (hostility to each other, shame, sadness, guilt) and lower level of quality of sexual life. *Conclusions:* The quality of sexual life is associated with the general quality of life. As the cause of low quality of sexual life of men with coronary disease are sexual dysfunctions associated with the "dulled" ability to experience different types of emotions, it should be assumed that psychotherapy, aimed at "releasing" the ability to experience a wide range of emotions (especially positive ones), may an important way to contribute to the improvement of the quality of sex life (and thus the quality of life in general) in men after myocardial infarction.

**Aneta Sylwia Baranowska, Aneta Sylwia Baranowska, Mental health problems of migrants in the host country. Theoretical considerations**

The subject of an article is mental health of migrants. The author has introduced a definition of migration as well as statistical data picturing the magnitude of current migration flows. The author has characterized health problems occurring most frequently in migrants. She has also explained the reasons for raising risk of disease incidents in the population of migrants, which include: adaptation difficulties, culture shock, lack of migration support networks and personality traits of immigrants. The author has also brought up an issue of prevention of mental health problems of migrants.

**Katarzyna Hamer, Sam McFarland, Magdalena Łuzniak-Piecha, Agnieszka Golińska, Multiple social identifications and their relation to life satisfaction, physical well-being and feeling of discrimination in the cross-cultural context**

Many studies have shown a positive link between multiple social identities and well-being. However, these studies have usually examined few selected identities in this context. We examine many more social identities, expecting positive relationships between the number of social identities and well-being. Moreover, we explore the number of social identities in relation to perceived discrimination in the context of Rejection-Identification Model. RIM has been tested mostly on identification with the specific discriminated group, while we argue that identifying additionally with other groups may also be beneficial for a discriminated individual's well-being. We explore these issues with data on 226 students from four different countries: Poland, the US, Mexico and the UK. The results show that the identity selection method brought higher mean number of meaningful social identifications reported by participants than open-ended questions in previous studies. Our study confirmed that having more meaningful identities is connected to higher satisfaction with life. Moreover, perceived discrimination, which is connected to lower satisfaction with life and lower physical well-being, is also correlated with having more meaningful social identities. It suggests that not only identifying with the discriminated group but having many meaningful social identifications potentially serves as a buffer from the harmful effects of perceived discrimination. However, occasionally feelings of discrimination are connected to lower social identifications, suggesting the mechanism of self-distancing from rejecting

group. Some differences in patterns of results due to cultural context in four countries were also observed.

**Katarzyna Litwińska-Rączka, Interpersonal trauma as "a murder of soul"**

The author gives the definition of interpersonal trauma and she characterizes it. She describes consequences of trauma as destructive factor of victim's personality. She also describes nature psychic mechanism. Author quotes situations which are the source of various interpersonal trauma. She gives clinical examples of described situations.

**Maria Ryś, Family with an alcohol problem. Functioning of a co-addicted person**

In recent years, a family has been increasingly recognized as a system. A system approach treats the family as a whole, a community, as one body. In this recognized family, its structure is analyzed as an entity made up of its members and relationships that occur between them, and this analysis seeks to describe the borders, which are methods of exchange between persons in the family system, as well as between the family and the environment. A properly functioning family has flexible boundaries to protect the autonomy of the individuals that form the family unit; these boundaries differentiate this coherent family circle from those who surround the family. Thus, there are limits governing the number and type of contacts of family members with others. When the family does not properly fulfill its functions, it becomes a dysfunctional family. A family with alcohol problem is a family, in which someone drinks in an excessive, destructive or uncontrolled way. Such a family is be recognized as a dysfunctional inside-family system, a distorted scheme in which the drinking of one member is an integral part of this system. Alcoholism of the addicted person becomes a reference point for the experiences, attitudes, behaviours, and processes occurring in this family. The drinking person in the family creates life, financial, and emotional problems for other family members in a devastating manner, so that the whole family suffers from a wider „alcohol problem”. It is often assumed that co-addiction it is a multidimensional (physical, mental and spiritual) condition, which manifests itself by the disturbance of normal functioning caused by concentration on the needs and behaviours of others. It develops from the abandonment of responsibility for managing one’s own life and happiness to focusing instead on someone else’s. Co-addiction to an addict is treated as a specific form of dependence on both this person and on the problem of alcohol abuse. This condition is characterized by a concentration of thoughts, feelings, and behaviours focused on the addict, feeling a sense of necessity to monitor his or her behaviour, holding hope of maintaining safe quantities of drinking, as well as the development of more inflexible behaviours and reactions in regard to the drinking.



**Magdalena Róžańska, Barbara Baranowska, Urszula Tataj-Puzyna, Grażyna Bączek, Anna Kajdy, Perinatal hospice care in the narratives of parents and caregivers – a qualitative survey**

Advances of medicine, progress of prenatal diagnostic techniques allows an accurate diagnosis of the unborn child. Specialists are capable of detecting lethal defects very early in pregnancy. This poses a moral dilemma both for the physicians and parents regarding management of the pregnancy. That dilemma has become the driving force for creation of hospices for unborn children. They provide parents with an alternative for eugenic abortion and futile therapy. The aim of this paper is to present qualitative research based on seven semi-structured interviews. Perinatal hospices provide families with a diverse range of support according to the provided response analysis. Interdisciplinary teams consist of physicians, midwives, psychologists and clerics. Midwives play a crucial role in this interdisciplinary team by providing medical care and support for the whole family, that is expecting birth of a terminal child. Employees and parents involved in hospice care recognize that the current work system of these centers is optimal. Expectations on the development of perinatal hospices relate mainly to the dissemination and financing of such facilities by the State. Perinatal palliative care provides support for parents who have decided to continue their pregnancy despite the lethal defect of their unborn child. The midwife plays an important role medically, spiritually and psychologically in accompanying the entire family at all stages of the child's life, illness and death. Spiritual support and pastoral assistance are of great importance because they help parents find a deeper meaning and sense of dignity in accompanying their child during illness and death. Efforts should be made to disseminate knowledge about the existence of palliative care for children and the functioning of perinatal hospices, both among professionals dealing with prenatal diagnosis of pregnant women and the general public.

**Bogusława Filipowicz, Prof. Ludwik Hirszfeld and the power of speech that can treated at the beginning of Grossaktion Warschau**

Article presents Prof. Hirszfeld (1884-1954), polish doctor bacteriologist, specialist of epidemia of typhus, co-discoverer of blood groups AB, A, B, O and part RH+. During III Reich German occupation in Poland (1939-1945) he was forced, with 400 thousand Jews, essentially from Warsaw, to live inside the ghetto. Witness of German extermination's politic in view of Jews. I emphase the attitude of Prof. Hirszfeld instored in ghetto secred medical university courses. These structures permitted to protected doctors and students before moral ruin and seved their human dignity face to total destruction created by Germans. Convert to Catholicism before war, Prof. Hirszfeld drew his power in Christian faith.

**Błażej Kmiecik, Death of the human brain as a not only formal problem**

Discussions about the death of a man arouse special emotions. They refer to difficult situations that often cause suffering. Similar debates arise with the interest of lawyers as well as doctors and ethicists. Also, representatives of social sciences are increasingly taking up the topic of the end of human life. In naturally arises at this point questions: When can we say that a man died? When will this knowledge not raise doubts? These dilemmas direct us towards the problem of transplantation. Transplanting organs from deceased persons is a particularly difficult topic. Directly, this topic directs us towards the family who are going through the death of a loved one. On this topic there are numerous questions from the medical and legal perspective: Do the applicable diagnostic criteria fulfill their function? Does the death of the human brain mean the definitive end of human existence? Are the rules sufficiently protect the rights of persons with suspected brain death? These doubts are perceived differently by physicians, lawmakers and relatives of the deceased. The following reflections will be presented relating to the areas outlined above.

## ZASADY PUBLIKACJI

### KWARTALNIK NAUKOWY FIDES ET RATIO

(lista B, 8 punktów)

jest czasopismem ukazującym się on-line

Redakcja przyjmuje artykuły zgodne z profilem czasopisma zawartym w Przesłaniu, odpowiadające tematyce danego numeru Kwartalnika.

Każdorazowo temat kolejnego numeru jest ogłaszany na stronie Kwartalnika.

Redakcja „Kwartalnika Naukowego Fides et Ratio” oczekuje od Autorów respektowania zasad rzetelności naukowej oraz jawności informacji o wszystkich podmiotach przyczyniających się do powstania publikacji (wkład merytoryczny, rzeczowy, finansowy etc.) oraz okoliczności towarzyszących.

Oczekujemy także - w przypadku publikacji przygotowanej przez kilku Autorów - informacji dotyczącej wkładu poszczególnych autorów w powstanie publikacji (z podaniem kto jest autorem koncepcji, założeń, metod, jaki jest wkład poszczególnych autorów w przeprowadzenie badań, w obliczanie, analizy itd.).

Do druku przyjmujemy jedynie artykuły o wysokim poziomie naukowym, stanowiące oryginalne i dogłębne opracowanie danego problemu, z wykorzystaniem najnowszej, fachowej literatury, a także z poprawnie przygotowanymi - zgodnie z zasadami przyjętymi w Kwartalniku - przypisami i bibliografią.

Do artykułu trzeba dołączyć tłumaczenie tytułu i streszczenie po angielsku.

Prosimy o zamieszczanie tabel i wykresów w oddzielnym pliku.

Prace wydrukowane i zapisane na nośniku należy przesyłać najpóźniej w dniu podanym na stronie jako termin dostarczenia artykułu na adres:

UKSW

Towarzystwo Uniwersyteckie Fides et Ratio

ul. Wóycickiego 1/3, budynek 14, pokój 1419

01-938 Warszawa

lub pocztą elektroniczną na adres:

m.rys@uksw.edu.pl

## ZASADY RECENZOWANIA

1. Każdy artykuł przesłany do Kwartalnika podlega wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego i Rady Redakcyjnej Kwartalnika.
2. Po pozytywnym zaopiniowaniu następuje przekazanie publikacji do tzw. recenzentów zewnętrznych, będących ekspertami w zakresie danej problematyki.
3. Recenzent dysponuje gotowym formularzem recenzji, na którym umieszcza swoje oceny i formułuje wniosek dotyczący dopuszczenia artykułu do publikacji lub jego odrzucenia; dodatkowo istnieje możliwość umieszczenia innych wyjaśniających komentarzy do recenzowanej publikacji.
4. Autorzy prac i recenzenci nie znają swoich tożsamości (tzw. „*double-blind review proces*”).
5. Recenzje są przekazywane autorowi pracy, z prośbą o ustosunkowanie się do nich i poprawę tekstu zgodnie z zaleceniami.
6. W przypadku negatywnych recenzji publikacja zostaje odrzucona.