ZDROWIE PSYCHICZNE I ZASOBY OSOBISTE A ODPORNOŚĆ

Część 1: Potencjał odporności psychospołecznych z perspektywy zasobów człowieka

POD REDAKCJĄ EWY WILCZEK-RUŻYCZKI

ZDROWIE PSYCHICZNE I ZASOBY OSOBISTE A ODPORNOŚĆ

Część 1: Potencjał odporności psychospołecznych z perspektywy zasobów człowieka

POD REDAKCJĄ EWY WILCZEK-RUŻYCZKI

Kraków 2024

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzja:
dr. hab. Antoni Wontorczyk, prof. UJ

Redaktor prowadzący: Halina Baszak Jaroń

Redakcja: Carmen Stachowicz

Korekta: FIlip Rekucki-Szczurek

Projekt okładki i skład: Oleg Aleksejczuk

Zdjęcia na okładce: dimitrisvetsikas1969, pixabay.com

e-ISBN 978-83-67491-39-6
DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6

Copyright© Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2024

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana
w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie,
ani też rozpowszechniana w jakiejkolwiek formie
za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących,
nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie

Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca: Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2024

SPIS TREŚCI

Ewa Wilczek-Rużyczka
Wstęp 7

Bohdan Wasilewski
Zdrowie psychiczne z perspektywy ewolucyjnej 11

Ewa Wilczek-Rużyczka
Zdrowie psychiczne w okresie pandemii COVID-19 31

Anna Merklinger-Gruchała, Maria Kapiszewska
Wykształcenie matki – czynnik ochronny
przed stresogennym oddziaływaniem braku wsparcia
ze strony partnera w trakcie ciąży 61

Piotr Słowik
Zyski i straty w kontekście różnych zasobów
psychologicznych u osób w sytuacji trudnej 81

Ewa Wilczek-Rużyczka, Kamila Jarząb
Empatia i jej postrzeganie w społeczeństwie
przez studentów pielęgniarstwa 107

Maria Merklinger-Soma, Ewa Wilczek-Rużyczka
Poziom prężności a wybrane czynniki
demograficzno-społeczne u pielęgniarek 125

Tadeusz M. Ostrowski
Prężność psychiczna osób dializowanych
z perspektywy motywacji egzystencjalnej 145

Paulina Michalska
Wyznaczniki wtórnego stresu traumatycznego
wśród terapeutów 165

Bogusław Stelcer
Michael Balint – lekarz i psychoanalityk 187

Anna Rudecka, Joanna Pazik
Zastosowanie wybranych technik psychodramatycznych
w grupowym treningu balintowskim 205

Anna Strzelczak
Psychologiczne korzyści wspinaczki skalnej –
badanie jakościowe 221

DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6-0

Ewa Wilczek-Rużyczka

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych
https://orcid.org/0000-0003-2261-8939

WSTĘP

Zdrowie psychiczne związane jest z całym szeregiem doświadczeń człowieka, które są powiązane pośrednio lub bezpośrednio ze zdrowiem. Pozytywny wymiar zdrowia psychicznego oznacza rozwijanie swoich mocnych stron, czyli kompetencji pozwalających na konfrontację i harmonijne przechodzenie do trudności, niepowodzeń i zagrożeń. Każdy człowiek, na co zwrócił uwagę amerykański psychiatra i psycholog Milton Erickson, posiada zarówno deficyty i ograniczenia, jak i zasoby: mocne strony, talenty, inteligencję, doświadczenia, które mogą być pomocne i użyteczne w życiu, pomagając radzić sobie z problemami oraz pokonywać trudności. Zasoby to wszystko, z czego człowiek może czerpać w życiu codziennym, co jest źródłem jego siły i mocy do realizacji jego potrzeb i celów.

Natomiast Stevan E. Hobfoll w opracowanej teorii zachowania zasobów (*conservation of resources*, COR) założył, że ludzie dążą do poszukiwania, uzyskania i ochrony zasobów – czyli tego, co jest dla nich cenne, a źródłem stresu może być zarówno subiektywna, jak i obiektywna strata tych zasobów. Zgodnie z teorią COR jednostki są obdarzone zasobami nieproporcjonalnie (nie po równo) z przyczyn społecznych, ekonomicznych i biologicznych, przez co istnieją różnice indywidualne możliwości i efektywności wykorzystywania zasobów, co determinuje różnice w radzeniu sobie ze stresem.

*

Jednym ze znaczących zasobów osobistych, omawianym w niniejszej części, jest *resilience* określane jako prężność, elastyczność, giętkość oraz sprężystość; zdaniem Ireny Heszen i innych autorów *resilience* to zespół umiejętności, które pozwalają skutecznie radzić sobie ze stresem. Zasób ten wykazuje zarówno skłonność do oddzielania się od niekorzystnych zdarzeń, jak również przejawia zdolność rozwijania pozytywnych emocji. Prężność jako zasób osobisty nawiązuje do metaforycznego stanu, gdzie zniekształcony przedmiot na skutek swojej sprężystości powraca do stabilnego i właściwego położenia. Pojęcie prężności w ogólnym znaczeniu obejmuje zatem zbiór właściwości osobowościowych (prężna osoba – *ego-resilience*), zespół kompetencji społecznych oraz umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem.

Brak tej umiejętności może prowadzić do wypalenia zawodowego, na które szczególnie narażeni są pracownicy służb medycznych. Jedną z metod interwencyjnych w zapobieganiu temu syndromowi jest uczestnictwo w treningach grup Balinta – metodzie opracowanej przez Michaela Balinta, polegającej na przyglądaniu się emocjonalnym aspektom relacji lekarz–pacjent. Celem spotkań jest poszerzenie rozumienia procesów emocjonalnych zachodzących w tej relacji, badanie wpływu, jaki na proces leczenia ma sama osobowość i zachowanie lekarza, identyfikowanie trudności w komunikacji i wgląd w nieuświadomione uczucia, emocje i motywy zachowań zarówno terapeuty, jak i pacjenta. Obecnie treningami objęto przedstawicieli innych zawodów pomocowych, a wyniki prac badawczych potwierdziły, że udział w treningach balintowskich rozwija empatię, *resilience* i zapobiega wypaleniu zawodowemu pracowników medycznych oraz sprzyja zarówno ich satysfakcji z wykonywanej pracy, jak i zadowoleniu pacjentów ze świadczonej opieki. W dzisiejszych czasach wiele osób potrzebuje terapii i wsparcia w rozwoju oraz utrzymaniu zasobów, aby w konstruktywny sposób radzić sobie ze stresem, elastycznie adaptować się i przezwyciężać przeciwności w sytuacjach trudnych, utrzymują zdrowie psychiczne dzięki wzmacnianiu odporności.

*

Niniejsza publikacja stanowi zbiór wybranych treści prezentowanych w ramach 21. Europejskiego Sympozjum Somatoterapii i Edukacji Psychosomatycznej pt. „Zdrowie psychiczne – teoria, badania naukowe i praktyka", zorganizowanego w dniach 17–18 września 2022 r. w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6-1

Bohdan Wasilewski

Instytut Psychosomatyczny, Warszawa
https://orcid.org/0000-0001-6892-4021

ZDROWIE PSYCHICZNE Z PERSPEKTYWY EWOLUCYJNEJ

Streszczenie

Zagrożenia zdrowia psychicznego stały się jednym z głównych problemów współczesnej cywilizacji. Z punktu widzenia ewolucyjnego gatunek ludzki wkroczył w kolejną fazę rozwojową, stopniowo przechodząc do zbiorowej formy egzystowania w ramach megaorganizmu (polis), w którym jednostki tracą zdolność do samodzielnej egzystencji, przystosowując się do pełnienia wyspecjalizowanych funkcji w ramach polis, które zapewnia im stałą ochronę i wspomaganie funkcji życiowych. Dotyczy to również funkcji psychicznych, w których psychika (inteligencja) zbiorowa stopniowo zastępuje psychikę (inteligencję) indywidualną. Akceleracji uległy ewolucyjne przemiany dotyczące mózgu ludzkiego, redukujące zakres i uniwersalność jego możliwości. Ewolucja gatunku *homo sapiens* łączy się z redukcją nowych ewolucyjnie struktur mózgu, głównie o hamującym oddziaływaniu na stare ewolucyjnie elementy mózgu, co skutkuje uwstecznieniem myślenia i działania do pierwotnych form stadnych. Jest to zdaniem autora głównym powodem powszechnie występujących zaburzeń emocjonalnych, wolicjonalnych i przewlekłego zmęczenia oraz głównym zagrożeniem cywilizacyjnym.
Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, ewolucja *homo sapiens*, megaorganizm (polis), myślenie symboliczno-popędowe, erozja sieci powiązań społecznych, *thanatosis*, zaburzenia depresyjne

Mental health from an evolutionary perspective
Abstract

Mental health threats have become one of the main problems of modern civilization. From an evolutionary point of view, the human species has entered the next phase of development, gradually moving to a collective form of existence within a mega-organism (polis), in which individuals lose the ability to exist independently, becoming adapted to perform specialized functions within a mega-organism that provides them constant protection and support of vital functions. This also applies to mental functions in which the collective psyche (intelligence) gradually replaces the individual psyche (intelligence). Evolutionary changes in the human brain have accelerated, reducing the scope and universality of its capabilities. The evolution of the *homo sapiens* species associated with the reduction of the evolutionarily new brain structures, mainly with the inhibitory effect on the evolutionarily old elements of the brain, which results in the regression of thinking and acting to the original herd forms. According to the author, this is the main reason for common emotional and volitional disorders and chronic fatigue, as well as the main threat to civilization.
Key words: mental health, evolution of *homo sapiens*, mega-organism (polis), symbolic-driven thinking, erosion of the social network, thanatosis, depressive disorders

Wprowadzenie

Zdrowie psychiczne jest wyjątkowo trudnym tematem do analizy i dyskusji, ponieważ wkracza we wrażliwe zakresy światopoglądowe i wyznaniowe oraz obejmuje zróżnicowane dyscypliny naukowe posługujące się odrębnym, specyficznym słownictwem. Argumenty podważające obiegowe poglądy napotykają na bariery mentalne w ich akceptacji (Wasilewski 2020a), naruszając podstawy indywidualnej wizji świata. Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej wymaga analizy przemian w znacznie szerszym zakresie czasowym niż najczęściej stosowany. *Homo sapiens* z punktu widzenia biologicznego jest zintegrowaną zbiorowością komórek, które mimo daleko idącej specjalizacji zachowały podstawowe dla niezależnego bytu elementy morfologiczne i zdolności funkcjonalne. Poza komórkami ciało ludzkie tworzą starsze formy ewolucyjnej przemiany, jak wirusy, priony i inne proste formy biologicznej egzystencji, które dopiero odkrywamy, a które również zachowują pewien stopień autonomii oraz są nośnikiem i kontynuatorem historii rozwoju liczonej nie

w setkach tysięcy lat, lecz w milionach. Już u najprostszych organizmów zauważyć można zdolność obserwacji zmian otaczającego środowiska, ich analizy i wdrożenia – na podstawie wspomnianej obserwacji – praktycznych działań. Organizmy tworzące zbiorowości wykształcają dodatkowo formę analogicznego myślenia zbiorowego, co szczególnie silnie wyrażone jest u gatunku ludzkiego. Niniejsze opracowanie koncentruje się na okresie ostatnich 15 tys. lat rozwoju *homo sapiens*, w szczególności na liczącej około 200 lat erze industrialnej. Kontynuowana jest myśl Herberta Spencera (1898), który rozpatrywał społeczeństwo jako organizm społeczny, rozważając jego analogie do organizmu biologicznego i zbliżone sposoby reagowania. Z punktu widzenia ewolucyjnego gatunek ludzki wkroczył w kolejną fazę rozwojową, stopniowo przechodząc do zbiorowej formy egzystowania w ramach megaorganizmu (polis), w którym jednostki ograniczają swą zdolność do samodzielnej egzystencji, przystosowując się do pełnienia wyspecjalizowanych funkcji w ramach polis, które zapewnia im stałą ochronę i wspomaganie funkcji życiowych. Aktualne krytyczne zmiany biosfery i litosfery powłoki Ziemi, do których przyczyniły niekorzystne następstwa działań człowieka, zagrażają egzystencji *homo sapiens* i wymuszają akceleracje jego przemian, kosztem niestabilności i zaburzeń w jego funkcjonowaniu psychicznym.

Przemiany cywilizacyjne a ewolucja *homo sapiens*

Uwarunkowania zdrowia psychicznego i jego zagrożenia stały się jednym z głównych problemów współczesnej cywilizacji. Dorobkiem cywilizacyjnym ostatnich 150 lat jest znaczące przedłużenie życia, jednak w dużym stopniu odbyło się to kosztem jakości życia psychicznego. Zdrowie psychiczne stało się priorytetem nie tylko w wymiarze jakości życia jednostki, lecz również w wymiarze zbiorowości z powodu znacznej wrażliwości wysoko rozwiniętej struktury technicznej i organizacyjnej współczesnej cywilizacji na niekontrolowane działanie nawet pojedynczej jednostki. Pod względem ewolucyjnym ludzkość wkroczyła w kolejną, poddaną akceleracji fazę rozwojową związaną z przejściem do ery postindustrialnej. W spadku po kończącej się erze industrialnej pozostały znaczące uszkodzenia

biosfery i litosfery powłoki naszej planety, przekraczające jej zdolności samonaprawcze. Jest to powodem inicjacji procesu masowego wymierania gatunków, w tym gatunku *homo sapiens*, co najbardziej widoczne jest w obszarach dominacji cywilizacji zachodniej.

Szybkie przemiany cywilizacyjne uwidoczniły znaczenie i wrażliwość psychicznej składowej zdrowia oraz zmieniły jej percepcję. Ekspansywnie rozwijające się organizacyjne i techniczne struktury nowej cywilizacji wymuszają uzależnienie od nich człowieka kosztem szybkiej redukcji jego zdolności do życia niezależnego od wsparcia cywilizacyjnego. Uzależnienie to, jako proces, szybko pogłębia się w ostatnim okresie z racji zdominowania prywatnego i zawodowego życia przez Internet i dostępu za jego pośrednictwem do sztucznej inteligencji (AI), co prowadzi do redukcji wydolności intelektualnej, w tym zdolności do niezależnego, kreatywnego myślenia. Obawy takie sformułował wybitny genetyk prof. Gerald R. Crabtree z Uniwersytetu Stanforda, który zwrócił uwagę na to, że *homo sapiens* spędził 99% swojego ewolucyjnego rozwoju jako zbieracz i łowca prowadzący wędrowny tryb życia. Była to nieustanna walka o byt, w której przeżyć i rozmnożyć się, a więc przekazać swoje geny, mogli tylko najbardziej sprawni i przebiegli. Osiadły, stadny tryb życia i następstwa interwencji medycznych doprowadziły do zaburzenia praw doboru naturalnego, a następnie, zdaniem Crabtree (2013b), do szkodliwych mutacji genów odpowiedzialnych za zdolności intelektualne i emocjonalne, które dotknęły wszystkich ludzi, doprowadzając od 3 tys. lat (120 pokoleń) do powolnego spadku zdolności intelektualnych człowieka. Proces ewolucji gatunku ludzkiego uległ w ostatnim stuleciu znaczącej akceleracji, powodując nasilenie omawianego procesu i odwrócenie dotychczasowego trendu wzrostowego ilorazu inteligencji obserwowanego w pierwszych dekadach XX wieku, co wykazali w 2018 r. norwescy naukowcy Bernt Bratsberg i Ole Rogeberg (2018). Według nich efekt wzrostu ilorazu inteligencji zmienił kierunek. Najwyższym ilorazem inteligencji (pokoleniowo) mogą szczycić się osoby urodzone w latach 70. W wieku XXI stajemy się z roku na rok coraz bardziej ograniczeni intelektualnie – na generację (15–20 lat) iloraz inteligencji zmniejsza się o około 7 pkt. W innych badaniach John Hawks (2011), antropolog z University of Wisconsin, wykazał, iż w okresie ostatnich 20 tys. lat przeciętny

mózg mężczyzny zmniejszył się z 1500 do 1350 cm^3. Kobiecy mózg ewolucja zredukowała w podobnych proporcjach – mniej więcej o rozmiar piłki tenisowej.

W skali ewolucyjnej stało się to bardzo szybko. Proces ten nastąpił wszędzie – w Europie, w Afryce i w Chinach. Jeśli tak dalej pójdzie, za 20 tys. lat człowiek rozumny będzie miał taki organ myślenia jak nasz krewniak *homo erectus*, który żył pół miliona lat temu i miał tylko 1100 cm^3 mózgu. Podobne zjawisko zaobserwowano u 30 gatunków zwierząt domowych. Poddane sztucznej hodowli krowy, owce i świnie mają mózgi o 10–15% mniejsze niż ich dziko żyjący przodkowie.

Ewolucja ku megaorganizmom

Podobne przemiany ewolucyjne, jak te dotyczące mózgu ludzkiego, redukujące zakres i uniwersalność jego możliwości, dotyczą również innych organów o podstawowym dla życia znaczeniu, przejawiając się spadkiem wydolności układu odpornościowego bądź wydolności układu krążenia i układu kostno-szkieletowego. Człowiek ewolucyjnie dostosowuje się do stacjonarnego bytu zbiorowego, stając się zdolnym jedynie do egzystencji jako jego integralny element, wchodzący w skład megaorganizmu. Na podstawie współczesnych badań zakłada się, iż pierwszą, dominującą formą życia na naszej planecie (Marshall 2011) był gigantyczny megaorganizm LUCA. Około 2,9 miliarda lat temu LUCA podzielił się na trzy domeny życia: jednokomórkowe bakterie i archeony oraz bardziej złożone eukarionty, które dały początek zwierzętom i roślinom. Dalsze fazy ewolucji wiązały się z odtwarzaniem megaorganizmów o różnym stopniu złożoności, od biofilmu mikroorganizmów do megaorganizmów stacjonarnych ekosystemów lub mobilnych społeczności zwierzęcych.

Podstawą dla formowania megaorganizmów cywilizacji *homo sapiens* są kreowane od ponad 10 tys. lat organizmy miejskie (polis). Organizmy miejskie posiadają wszystkie składowe, których wymaga żywy organizm, takie jak: drogi dostarczania produktów odżywczych, drogi odprowadzania produktów ich przemiany, organy generujące zasoby energetyczne i zapewniające ich dystrybucję oraz rozbudowaną sieć teleinformatyczną zapewniającą zarządzanie całością organizmu. Miernikiem stopnia akceleracji przemian cywilizacyjnych

ku organizmom polis jest realizowany obecnie w Arabii Saudyjskiej projekt „The Line", omówiony w dalszej części rozdziału.

Dla pełnej prezentacji dynamicznie zmieniającego się obrazu psychiki współczesnego człowieka niezbędne jest przybliżenie obrazu przemian cywilizacyjnych warunkujących jej stan. Znajdujemy się obecnie w okresie przełomu dwu epok cywilizacyjnych: ery industrialnej i ery postindustrialnej, w fazie przejściowej, w której wzorce funkcjonowania poprzedniej epoki nie są już praktyczne, zaś nowe nie zostały jeszcze wykształcone. Dodatkowym, destabilizującym czynnikiem jest charakteryzująca okres przełomu oraz wykładnicza akceleracja wielu procesów ewolucyjnych, w tym procesu adaptacji człowieka do egzystencji w ramach nowych form zbiorowego bytowania – megaorganizmów (polis).

Bardzo trudna dla powszechnej akceptacji jest oparta na współczesnej wiedzy świadomość, iż ciało człowieka stanowi wsparta na strukturach tkanek łącznych, chroniona powłokami skórnymi i błonami śluzowymi, wielogatunkowa zbiorowość organizmów komórkowych i bezkomórkowych, w której komórki ludzkie stanowią mniejszość. Zdolność budowania takich megaorganizmów jest szeroko rozpowszechniona wśród organizmów biosfery Ziemi i dotyczy już najprostszych, powszechnie występujących mikroorganizmów, tworzących analogiczne megaoorganizmy nazywane biofilmem. Bakterie i inne mikroorganizmy tworzące biofilm przekształcają się, specjalizując się w wypełnianiu określonych funkcji megaorganizmu, takich jak osłonowe czy obronne, oraz tworząc struktury dla komunikacji wewnętrznej lub magazynowania zasobów; dokonują tego jednak kosztem uwstecznienia swoich zdolności do samodzielnej egzystencji. Mimo znacznie uproszczonej budowy biofilm zdolny jest do rejestrowania zmian otaczającego go środowiska i formułowania na podstawie uzyskanych danych wniosków w celu praktycznego działania wdrożeniowego.

Wyzwania związane z zagrożeniami środowiskowymi

Wiele wskazuje na to, iż gatunek ludzki znalazł się na etapie przyspieszonego przystosowania do bytowania w obrębie makrostruktur, redukując swoją zdolność do samodzielnej egzystencji (Wasilewski

2020b, 2021, 2024). Akceleratorem tej zmiany jest toksyczna przemiana środowiska bytowania człowieka zmuszająca do wytworzenia nowych efektywnych osłon oraz znaczące zakłócenie biologicznych interakcji z biotopem, którego człowiek jest częścią, wymagające sztucznej substytucji środowiska bytowania człowieka. Analogiczne wyzwanie uwarunkowane toksyczną zmianą środowiska bytowania stoi obecnie przed milionami gatunków istot tworzących biotop powłoki Ziemi. Przejawem tego wyzwania jest inicjacja szóstej fazy masowego wymierania gatunków, która, jak wskazują na to obserwacje dotyczące populacji objętej cywilizacją zachodnią, dotyczy również *homo sapiens* jako gatunku.

Zaawansowanie omawianych przemian cywilizacyjnych gatunku *homo sapiens* dokumentuje realizowany obecnie w Arabii Saudyjskiej projekt „The Line", którego celem jest utworzenie jednobudynkowego miasta dla 9 milionów mieszkańców. Budynek ten ma mieć szerokość 200 m, a długość 170 km. W „The Line" funkcje miejskie zostały ułożone przez urbanistów w pionie, jednocześnie dając mieszkańcom możliwość płynnego poruszania się w trzech wymiarach (w górę, w dół i w poprzek). Wszystko, czego mogliby potrzebować lokatorzy, zostanie rozmieszczone w odległości pięciominutowego spaceru. „The Line" ma charakter megaorganizmu z funkcjami kontrolowanymi za pomocą sztucznej inteligencji: generowania energii, produkcji żywności na terenach rolnych będących elementem budynku, procesów jej przetwarzania oraz utylizacji odpadów, a także generowania mikroatmosfery i stałej kontroli jej jakości. Równolegle od ponad 20 lat trwają badania dotyczące stworzenia warunków dla egzystencji człowieka na innych planetach z utrzymywaniem sztucznie wytworzonego mikrobiotopu i mikroatmosfery.

Rozpatrując zagadnienie wpływu zmian cywilizacyjnych na zdrowie psychiczne, konfrontujemy się z antropocentrycznymi przekonaniami, analogicznymi do przekonań dotyczących wizji biologicznego wymiaru egzystencji ludzkiej, wyznając antropocentryczną wizję człowieka w wymiarze psychicznym, zgodnie z którą jest on niezależnym bytem zdolnym do samodzielnej egzystencji bez względu na otaczający go świat. Pogląd ten utrzymuje się mimo licznych faktów go podważających, w tym dowodów potwierdzających niezdolność do rozwoju niezbędnych funkcji psychicznych u jednostek

pozbawionych w dzieciństwie kontaktów interpersonalnych. W zakresie egzystencji psychicznej człowiek jest integralnym elementem megaorganizmu społecznego obejmującego ludzi, a nawet zwierzęta, z którymi ma fizyczny kontakt oraz przetworzone przez siebie ich wirtualne odwzorowania, niekiedy z dominantą myślenia rozumowego, a czasami z dominantą myślenia symboliczno-popędowego. Podobnie jak ma to miejsce w zakresie biologicznego wymiaru bytu człowieka, który wykorzystuje bogaty asortyment mechanizmów stworzonych przez ewolucję gatunku na przestrzeni wielu milionów lat, analogiczna prawidłowość ma miejsce w zakresie psychologicznego wymiaru funkcjonowania człowieka. Podstawę mózgu człowieka tworzy jego pień, w formie, jaką odziedziczyliśmy po gadach, powyżej sąsiaduje z nim śródmózgowie i centralnie położona część kory mózgowej, która stanowi strukturę odziedziczoną po ssakach, z kolei dorobkiem ewolucyjnym człowieka, ostatnim elementem jego filogenezy, jest peryferyjnie rozmieszczona nowa kora mózgowa. Starszym ewolucyjnie składowym mózgu zawdzięczamy nie tylko dominującą rolę w zawiadywaniu funkcjami biologicznymi organizmu, lecz również znaczącą rolę w zarządzaniu funkcjami psychicznym, dotyczącymi realizacji emocji i popędów. Uproszczone, obiegowe pojmowanie intelektualnej pracy mózgu traktuje emocje jako okresową ingerencję w przebieg myślenia racjonalnego, jako jego składową zewnętrzną zakłócającą trzeźwe myślenie. W rzeczywistości emocje i związany z nimi tor myślenia instynktowno-popędowego stanowią podstawę naszego funkcjonowania psychicznego, integralną składową emocjonalną towarzyszącą każdej aktywności psychicznej (Wasilewski 2023).

Mechanizm tanatozy

Odziedziczony po naszych filogenetycznych poprzednikach mózg trójelementowy stale, równolegle pracuje na trzech swoich piętrach: myślenia instynktowo-biologicznego w najstarszej swojej części; myślenia popędowo-emocjonalnego związanego ze strukturami układu limbicznego; myślenia rozumowo-operacyjnego związanego z nową korą mózgową. Mózg ludzki działa jak statek z maszynownią, sterownią i mostkiem kapitańskim, z tą różnicą, że statek ten nie został

w całości zbudowany w jednej stoczni, lecz został utworzony z połączenia trzech współpracujących ze sobą niezależnych części, powstałych w różnych okresach historycznych. Sterowanie układem nerwowym jest podobne dyrygowaniu orkiestrą, w której dyrygent musi harmonizować niezależną tonację wiodących trzech instrumentów, uzależniając od ich rytmu całość brzmienia orkiestry. Jeśli panuje harmonia instrumentów, to orkiestra gra skoczną marszową muzykę, dysonanse komplikują utwór, lecz nadal zachowuje on kreatywną energię. Gdy zamiera rytm podstawowy, uruchamiane są pierwotne ewolucyjne mechanizmy autoeliminacyjne, podporządkowane korzyści przetrwania grupy kosztem losu jednostki. Proces aktywacji biologicznych mechanizmów autoeliminacji został przez autora nazwany tanatozą (*thanatosis*) (Wasilewski 2014b; Wasilewski, Egan 2019), stanowiąc odpowiednik procesu apoptozy dotyczącej komórek, które utraciły samosterowność i przydatność dla zbiorowości. Tanatoza jest mechanizmem wykonawczym instynktu śmierci (thanatos) zgodnie z psychoanalityczną teorią osobowości jednego z dwóch podstawowych ludzkich popędów. Autodestrukcyjny mechanizm tanatozy obejmuje swoim zakresem biologiczny, psychologiczny i społeczny wymiar egzystencji jednostki ludzkiej. Mimo postępu cywilizacyjnego we współczesnym człowieku przetrwały archaiczne mechanizmy myślenia i działania, które ujawniają się w sytuacji destabilizacji struktury społecznej. Tanatoza może przebiegać szybko jako proces samoeliminacji przez nagłą śmierć sercową, która jako zjawisko pozostała głównie w kulturach pierwotnych, może mieć również przebieg podostry lub przewlekły realizowany przez zahamowanie mechanizmów obronnych i aktywację niekorzystnego przebiegu chorób przewlekłych z towarzyszącą negatywną składową psychiczną. Tanatoza jako pierwotnie korzystny społecznie mechanizm wspierający rozwój cywilizacyjny człowieka przy rozpadzie struktur funkcjonowania społecznego stała się mechanizmem patogennym. Jej działanie jest analogiczne do funkcji wirusów wspomagających w świecie zwierząt i roślin eliminację jednostek dysfunkcyjnych i stymulujących zmienność genetyczną i doskonalenie gatunku. Tak więc omawiane zmiany cywilizacyjne wpływają na mechanizmy instynktowno-popędowe, w szczególności na instynkt życia i tanatozę jako jego dopełnienie.

Uwarunkowania filogenetyczne funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego

Szczegółowe omówienie dynamicznie narastającego dorobku współczesnych badań neurofizjologicznych oraz dorobku etologii i psychologii behawioralnej przekracza ramy niniejszego opracowania. Myślenie związane z realizacją instynktów posługuje się instrumentarium symboli i archetypów zlokalizowanych zarówno w nieświadomości indywidualnej, jak i zbiorowej (Wasilewski 2013). Mózg człowieka w zakresie realizacji podstawowych funkcji życiowych przejął jako dziedzictwo ewolucyjne w pełni funkcjonalne struktury mózgu, analogiczne do tych, którymi posługują się gady i ssaki dla funkcjonowania instynktowno-popędowego, przejmując również archaiczne formy myślenia. Struktury te pozwoliły zwierzętom na wykształcenie złożonych form życia zbiorowego, wymagającego wielopłaszczyznowych form myślenia, pozwalających na przystosowanie się do zmiennych warunków zewnętrznych i eliminację potencjalnych zagrożeń. Oddziaływanie nowej kory modyfikuje działanie starych struktur i ma charakter głównie hamujący. Istota ludzka zdolna jest do samodzielnej, prymitywnej egzystencji nawet przy znaczącym uszkodzeniu nowej kory, jednak nawet niewielkie uszkodzenie struktur pnia mózgu uniemożliwia dalszą egzystencję człowieka. Tak jak dla realizacji życia biologicznego niezbędny jest kontakt człowieka z pozostałymi biologicznymi składowymi biotopu, tak dla realizacji życia psychicznego konieczny jest kontakt jednostki z pozostałymi składowymi zbiorowości społecznej. Reguła ta dotyczy również dwu powiązanych ze sobą form myślenia: emocjonalno-popędowego (indywidualnej inteligencji emocjonalnej) i myślenia racjonalno-analitycznego (ukierunkowanego na współpracę z inteligencją zbiorową). Obiegowe przekonanie, iż jesteśmy w stanie ukryć i w pełni kontrolować nasze reakcje emocjonalne służące realizacji instynktów decydujących o przetrwaniu organizmu i jego zbiorowości nie ma ugruntowania naukowego (Wasilewski 2023). Percepcja emocji i jej ekspresja są zarówno świadome, jak i nieświadome. Przykładem jest odrębny neurofizjologiczny mechanizm kontroli uśmiechu, przebiegający odrębnymi drogami podlegającymi kontroli nowej kory dla uśmiechu sterowanego świadomie i odrębnymi drogami

dla uśmiechu spontanicznego, zależnego od struktur limbicznych i pnia mózgu. W procesie dojrzewania emocjonalnego realizowanego w interakcji z innymi jednostkami organizmu społecznego stopniowo kształtują się wzorce reakcji oparte na dynamicznej współpracy starych i nowych struktur mózgu, prowadzące do uzyskania stabilności emocjonalnej, zdolności kontroli emocji oraz zdolności zróżnicowania własnych stanów emocjonalnych i stanów emocjonalnych innych osób. W tym okresie kształtuje się również zdolność empatii, nawiązywania kontaktu emocjonalnego i emocjonalnego radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Wszystkie omawiane powyżej formy aktywności psychicznej wymagają zachowania stałej interakcji z siecią powiązań społecznych, z którą zarówno rozwojowo, jak i w bieżącej, funkcjonalnej kontynuacji związana jest dana jednostka. Interakcję stanowi więź z kluczowymi dla danej jednostki osobami istniejącymi fizycznie i wspomnieniowo lub jako postacie z przekazu religijnego, historycznego lub z twórczości literackiej. Interakcje te spełniają rolę odnośnika weryfikującego (jako lustro zewnętrzne) reakcje emocjonalne i interpretacje myślowe. Bytowanie psychiczne jednostki w ramach sieciowego bytu zbiorowego jest w znaczącym stopniu powiązane z funkcjonowaniem instynktowo-popędowym jednostki i oparte jest na mechanizmach, które powstały we wczesnych fazach rozwoju społecznego gatunku ludzkiego, opierając się na wcześniejszych rozwojowo mechanizmach odziedziczonych po poprzednikach w rozwoju filogenetycznym (Wasilewski 2014a, 2023; Wasilewski, Yourtsenyuk, Egan 2021).

Zmiany cywilizacyjne a funkcjonowanie emocjonalne

Akceleracja rozwoju cywilizacyjnego epoki industrialnej intensywnie rozwinęła zakres wymiany informacji rzeczowych związanych z bytem zbiorowym, głównie kosztem wymiany informacji dotyczących funkcjonowania jednostki w zakresie emocjonalno-popędowym. Nowym akceleratorem tego procesu jest powszechne udostępnienie sztucznej inteligencji. Zubożenie kontaktu emocjonalnego, rozumianego zarówno jako zdolność nawiązywania głębszych związków emocjonalnych, jak i dopełniania bieżącego przekazu merytorycznego czytelną składową emocjonalną, aktywuje atawistyczne

mechanizmy obronne, zaburzając dojrzewanie emocjonalne jednostki – wpływa na powstanie lęku przed nawiązywaniem kontaktu i zamyka w autystycznym mikroświecie. Rozwój cywilizacyjny epoki industrialnej intensyfikuje kontakty międzyludzkie, w tym promuje prowokujący seksualnie ubiór i zachowania, tworząc dysonans między sprowokowanymi reakcjami emocjonalno-popędowymi a cywilizacyjnym systemem zakazów i kar nakazujących powstrzymanie ich realizacji (Wasilewski 2013). Upośledzenie zdolności kontaktu emocjonalnego jest również barierą dla efektywności działania rodziców na rzecz kształtowania się psychiki dziecka, w tym jego samoświadomości i obrazu świata w wymiarze emocjonalnym. Kształtowanie tego obrazu zależy od efektywności udziału jednostki w bycie zbiorowym, limitowanym barierami niepewności, poczucia samotności i podsycanego cywilizacyjnie lęku. Z perspektywy antropologicznej lęk jest istotnym, pozytywnym regulatorem życia zbiorowego u zwierząt, również u człowieka. Powołany do spełniania swojej korzystnej funkcji powstrzymywania zachowań zagrażających jednostce i zbiorowości lęk musi być jednak harmonizowany przez pozytywne emocje, w tym stały odbiór pozytywnych sygnałów, takich jak uśmiech, skinienie czy zanikające powitanie „dzień dobry", czyli „życzę tobie dobrego dnia". Podobną rolę spełnia gest podania ręki bądź okazania otwartej dłoni, sygnalizujący brak złych zamiarów. Zalew sensacyjnych informacji medialnych tworzy zdeformowaną, generującą lęk rzeczywistość, uzupełnianą umotywowanym lękiem związanym z nasilającą się niestabilnością rodziny, pracy i zdrowia. Sytuacja ta w szczególności dotyczy cywilizacji zachodniej, gdzie uzupełniana jest erozją sieci powiązań społecznych i upadkiem autorytetów.

Patologicznemu nasileniu lęku często towarzyszą objawy depresyjne, stanowiąc jedno z głównych zagrożeń zdrowia psychicznego. Szczegółowe ich omówienie przekracza ramy tego opracowania, zainteresowanych odsyłam do źródeł literaturowych, w tym do prac autora dotyczących cywilizacyjnego przekształcenia depresji, funkcjonującej pierwotnie jako mechanizm obronny w procesie patogennym (Wasilewski, Yourtsenyuk, Egan 2020), oraz znaczącego wzrostu występowania depresji wywołanego pandemią COVID-19 i związanej z nią przymusowej izolacji, zaburzającej relacje społeczne

i zawodowe (He i in. 2020; José i in. 2023; Wasilewski 2021). W Wielkiej Brytanii odsetek osób przejawiających objawy depresji podwoił się w czasie pandemii (19% *vs.* 10% sprzed pandemii). Dla porównania w USA aż 42% ludzi przejawia objawy depresji, gdzie przed pandemią było to 11%. Podobna sytuacja dotyczy Polski, co potwierdza szereg badań (Babicki, Mastalerz-Migas 2021), w tym wykonane w grudniu 2020 r. przez zespół dr hab. Małgorzaty Gambin badanie, którego wynik wykazał, że 28,9% badanych kobiet oraz 23,9% mężczyzn znalazło się w grupie ryzyka klinicznego nasilenia objawów depresji (Gambin i in. 2021). Wynik ten jest o tyle niepokojący, że jest ponad dwukrotnie wyższy niż przed wybuchem pandemii.

Zmiany cywilizacyjne a funkcjonowanie wolicjonalno-popędowe

Ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na pełne omówienie definicji zdrowia psychicznego, przyjmując jako podstawę definicję WHO akcentującą w pojęciu zdrowia psychicznego dobrostan, będący fundamentem pełnowartościowego funkcjonowania jednostki w wymiarze psychicznym, fizycznym i społecznym. Sposób rozumienia zdrowia przyjęty przez WHO zakłada psychosomatyczną jedność organizmu, której dobrostan zdrowotny musi dotyczyć wszystkich jego elementów. Klasyczną definicję zdrowia WHO uzupełnia się współcześnie o wymiar wolicjonalny. Wywiady przeprowadzone przez autora z blisko 70 byłymi więźniami obozów koncentracyjnych potwierdzają, iż jednym z najbardziej znaczących czynników warunkujących przetrwanie ekstremalnych warunków obozowych była silna wola życia i wiara w przyszłość. Podobne obserwacje pochodzą z odległej Japonii – kraju stulatków, w którym jest ich najwięcej na świecie. Przeprowadzone na terenie wyspy Okinawa badania stulatków wykazały, iż charakteryzowało ich praktykowanie filozofii *ikigai* (*iki* to żyć, *gai* to powód). Filozofia ta jest podstawą sposobu podejścia do życia zdominowanego przez instynkt życia, nakazującego aktywne życie bliskie naturze, koncentrowanie się na każdym dniu, cieszenie się z każdego dnia. Analogiczne pojęcia odnaleźć można również w tradycji europejskiej jako:

– grecko-rzymskie pojęcie *physis* / *pneuma*, a więc energetyzującą moc życiową (Enz 2002) utrzymującą tonus ciała,

– *vigor vitae* w okresie Oświecenia, podtrzymaną w XIX wieku przez Samuela Hannemana, twórcę homeopatii,
– oraz jako energię psychiczną (libido), której uwagę poświęcali psychoanalitycy.

Medycyna chińska, uznana przez WHO po długich rozważaniach i pozytywnych opiniach National Center for Complementary and Integrative Health (amerykańskie Narodowe Centrum Medycyny Komplementarnej i Integracyjnej) za jeden z głównych nurtów współczesnej medycyny, uznaje jako podstawę zdrowia i długowieczności wszechobecną energię *Qi*. Omawiane koncepcje łączy pozytywna, kreatywna wizja przyszłości oraz wiara w zasoby naturalne organizmu, które mogą być uruchomione dzięki własnemu działaniu. Składowa wolicjonalna w powiązaniu ze składową emocjonalną kompensować może niekorzystny stan somatyczny lub socjalny, uruchamiając głębokie zasoby odporności biologicznej i psychicznej. Efektywność działania wolicjonalnego zależy od motywacji będącej źródłem woli przetrwania i aktywnej walki z zagrożeniem, m.in. z powodów rodzinnych, czy walki o utrzymanie godności, spełniając często przesłanie moralne, religijne lub patriotyczne. Składowa psychiczna dopełnia oddziaływanie składowej wolicjonalnej, uzyskując stabilność funkcjonalną o zróżnicowanej postaci – od stanów euforyczno-pobudzeniowych do stanów zachowujących sprawność funkcjonalną mimo przewlekłych stanów depresyjnych. Jak wykazują badania i obserwacje kliniczne, dysfunkcja w zakresie wymiaru duchowego i wolicjonalnego stanowi współcześnie jeden ze znaczących problemów psychicznych młodego pokolenia (Mausch, Ryś 2020).

Patogenność współczesnej cywilizacji

Starając się odpowiedzieć na pytanie, w jakim stopniu współczesna służba zdrowia może być remedium dla leczenia zaburzeń psychicznych wymagających pomocy pacjentów, a na ile przyczynia się do ich problemów, należy stwierdzić, iż zakres problemów psychicznych oczekujących na fachowe wsparcie przekracza możliwości współczesnej opieki medycznej zdominowanej przez bezduszną biurokrację i bezkrytyczną fascynację techniką. „Zaczynamy obecnie płacić

rachunek za rabunkową eksploatację człowieka i natury w okresie ery przemysłowej, doszliśmy do okresu, gdy wyczerpały się już możliwości uzyskania znaczącego postępu w zakresie zdrowia poprzez ograniczanie […] powikłań porodowych" i innych tradycyjnych zagrożeń zdrowotnych. „Człowiek żyje dłużej, lecz niewiele przybywa mu lat o pełnej jakości zdrowotnej i życiowej" (Wasilewski 2011, s. 11). Można powiedzieć, że przybytek ilościowy dotyczący długości życia nie kompensuje ubytku jakościowego. Człowiek współczesny jest bombardowany zagrażającymi negatywnymi informacjami dotyczącymi własnego zdrowia. Na każdym etapie kontaktu ze służbą zdrowia pacjent jest straszony możliwością katastrofalnych następstw przyjęcia leku, rozpisanych szczegółowo w jego ulotce, oraz hiobową informacją dotyczącą podjęcia świadomego ryzyka poddaniu się operacjom i innym procedurom leczniczym. Jest osamotniony w walce o utrzymanie zdrowia, monitorując zagrożenia i podejmując decyzje przekraczające jego wiedzę i kompetencje. Poszukujące dreszczyku emocji media koncentrują się na otaczających zagrożeniach i monitorowaniu dramatycznych sytuacji z różnych części globu. Dominuje negatywny przekaz środowiskowy i bezosobowe, chłodne relacje interpersonalne. Jest to powodem, dla którego przemijające frustracje i kryzysy, stanowiące fizjologiczny element codziennego życia, ochronnie wykluczane tzw. bezstresowym wychowaniem, stają się źródłem poważnych dysfunkcji psychicznych. Czynnikiem nasilającym ten negatywny proces jest medykalizacja oglądu zdrowia i naszych zachowań, nie ma już przejściowych frustracji i problemów; pacjenci otrzymują na wstępie groźną etykietę medyczną i mają być poddani przewlekłemu leczeniu. Negatywne komunikaty społeczne i znaczące trudności w zbudowaniu mobilizującego do działania obrazu rodzinnej i zawodowej przyszłości uruchamiają atawistyczne mechanizmy autoeliminacyjne, takie jak opisana wcześniej tanatoza.

Promowany przez cywilizację zachodnią styl życia przyjmował jako podstawę uczenie ścisłej kontroli emocji i ich tłumienie. Następstwem jest ułomność zdolności odbioru i przekazywania emocji oraz spłycenie struktury osobowości z powodu niedoboru elementów głębokiego zapisu, który dokonuje się tylko z silnym torowaniem emocjonalnym. Przy spłaszczeniu i redukcji spoistości indywidualnie nabywanej warstwy osobowości powstaje relatywna pustka

oddzielająca ją od dziedzicznej warstwy archaicznej – osobowości emocjonalno-popędowej. Powoduje to ubytek zarówno w zakresie, jak i w jakości reakcji emocjonalnych. Część z nich nigdy nie została aktywowana, zaś dla aktywowanych brak jest wytrenowanego pola dla pełnego ich rozwinięcia. Emocje albo są zahamowane przed dalszym rozwinięciem, albo dochodzi do przeskoku ponad pustym polem do archaicznych, wysoko emocjonalnych reakcji kolidujących z współczesnymi normami cywilizacyjnymi.

Kolejnym negatywnym następstwem cywilizacyjnym jest masowy zalew informacji multimedialnych, pozbawionych personalizowanego przekazu emocjonalnego, który posiada indywidualny, bezpośredni przekaz interpersonalny. Przekaz taki, systematyzowany przez mechanizm mózgu weryfikujący informacje pod kątem ich przekazu emocjonalnego i przypisujący go do wirtualnych postaci odnoszących, napotyka na duże trudności w przetworzeniu informacji. Powoduje to reakcje alienacyjne, dystansowania się od docierających informacji i ucieczkę w samotność.

Patogenny wpływ systemu opieki zdrowotnej

Działalność służby zdrowia z wyspowej aktywności związanej z istotniejszymi, sporadycznymi wydarzeniami zdrowotnymi przekształciła się w działającą nieprzerwanie instytucję monitorującą i podtrzymującą zdrowie od poczęcia do śmierci, zbliżoną technologią działania do hydrofobowej plantacji roślinnej lub przemysłowej hodowli zwierząt. Wymogi technologiczne i kosztowe działania współczesnej służby zdrowia przekraczają możliwości najbogatszych państw, zaś udzielane świadczenia wymagają reglamentacji, co budzi sprzeciwy i agresję wobec personelu medycznego, który stara się odgrodzić od pacjentów w sposób fizyczny i przeszkodami biurokratycznymi. Omawiana sytuacja przyczynia się do wzrostu

> chorób przewlekłych, w tym w szczególności chorób cywilizacyjnych związanych z uwarunkowaniami psychospołecznymi, narasta ilość osób niepełnosprawnych i osób wymagających stałych oddziaływań medycznych. […] Coraz większe znaczenie mają w medycynie aparaty, leki i procedury, coraz mniejsze personel medyczny, który za nimi stoi. Lekarz coraz rzadziej rozmawia z pacjentem, z którym dzieli go coraz

> więcej. Ulega erozji tradycyjna rola lekarza, osoby zaufania społecznego, bezstronnego powiernika poufnych informacji i reprezentanta interesu chorego. Lekarz współczesny to dysponent wspólnego dobra, ma dzielić deficytowe leki, miejsca leczenia i dostęp do aparatury i za to jest nagradzany. System opieki zdrowotnej staje się generatorem niepohamowanego wzrostu popytu na produkty i usługi związane z jego funkcjonowaniem, przeradzając stopniowo społeczeństwo w zbiorowość pacjentów i rencistów. Jego produktem ubocznym jest stworzenie: „zawodu pacjent" – jako formy funkcjonowania osobistego znaczących grup ludności. Osamotniony pacjent, straszony przez medyków i ubezpieczycieli konsekwencjami choroby i potencjonalnymi powikłaniami związanymi z podejmowanymi decyzjami dotyczącymi leczenia, poszukuje wsparcia lekarza wchodząc z nim w symbiotyczny związek bądź szuka takiego wsparcia w medycynie alternatywnej. Leczone są narządy przez coraz większą ilość „narządologów" […] (Wasilewski 2011, s. 11),

a pacjent coraz bardziej staje się osaczony i zniewolony wymogami stawianymi mu przez system opieki zdrowotnej, których niewykonanie grozić ma mu cierpieniem i przedwczesną śmiercią.

Podsumowanie

Częstość występowania zaburzeń psychicznych szybko narasta we wszystkich grupach wiekowych, w szczególności wzrasta częstość występowania zaburzeń psychicznych wymagających długotrwałego leczenia z powodu ich przewlekłości. Mimo powszechnego stosowania leków psychotropowych i zwiększenia dostępności wsparcia psychologicznego, leczenie zaburzeń psychicznych nadal przerasta w większości przypadków możliwości służby zdrowia i jest wskazywane jako jeden z głównych priorytetów polityki zdrowotnej Unii Europejskiej.

Ludzkość, znajdując się obecnie na etapie tworzenia meagorganizmów (polis), traci możliwość samodzielnej egzystencji, polegając coraz bardziej na polis zapewniającym ochronę i wspomaganie funkcji życiowych (Wasilewski 2020b). Dotyczy to również funkcji psychicznych, w których psychika (inteligencja) zbiorowa stopniowo zastępuje psychikę (inteligencję) indywidualną. Z tego powodu wskaźniki jakości intelektualnego funkcjonowania jednostki muszą być analizowane w powiązaniu z analogicznymi wskaźnikami

dla populacji ogólnej, co jest szczególnie istotne w obecnym okresie przełomu ery industrialnej i postindustrialnej, łączącym się z zaburzeniami funkcjonowania struktury powiązań społecznych oraz znaczącą akceleracją procesu przemian. Jednostki tracą stopniowo zdolność do samodzielnej egzystencji psychicznej, natomiast megaorganizm nie jest jeszcze zdolny do efektywnego dopełnienia ubytkowych funkcji (Crabtree 2013a, 2013b; Flynn 1987). Akceleracji uległy ewolucyjne przemiany dotyczące mózgu ludzkiego, redukujące zakres i uniwersalność jego możliwości. Ewolucja gatunku *homo sapiens* łączy się z redukcją nowych ewolucyjnie struktur mózgu, głównie o hamującym oddziaływaniu na stare ewolucyjnie elementy mózgu, co skutkuje uwstecznieniem myślenia i działania do pierwotnych form stadnych. Jest to zdaniem autora głównym powodem powszechnie występujących zaburzeń emocjonalnych, wolicjonalnych oraz przewlekłego zmęczenia z oczekiwaniem wsparcia psychologicznego lub lekowego. Wymienione zaburzenia zdrowia psychicznego można traktować jako bóle porodowe przychodzącej na świat ery postprzemysłowej, łagodząc ich dolegliwość i zdając sobie jednocześnie sprawę, iż są one niezbędnym elementem przemian ewolucyjnych przyśpieszonych działaniem człowieka, który krytycznie naruszył równowagę biosfery i litosfery powłoki Ziemi.

Bibliografia

Babicki M., Mastalerz-Migas A. (2021), *The occurrence of anxiety disorders among Poles during the COVID–19 pandemic*, „Psychiatria Polska", vol. 55, nr 3, s. 497–509, https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/126230.

Bratsberg B., Rogeberg O. (2018), *Flynn effect and its reversal are both environmentally caused*, „PNAS", vol. 115, no. 26, s. 6674–6678, https://doi.org/10.1073/pnas.1718793115.

Crabtree G.R. (2013a), *Our fragile intellect. Part I*, „Trends in Genetics", vol. 29, no. 1, s. 1–3, https://doi.org/10.1016/j.tig.2012.10.002.

Crabtree G.R. (2013b), *Our fragile intellect. Part II*, „Trends in Genetics", vol. 29, no. 1, s. 3–5, https://doi.org/10.1016/j.tig.2012.10.003.

Enz C.P. (2002), *The one world: physis and psyche*, [w:] *No Time to be Brief: A scientific biography of Wolfgang Pauli*, Oxford, https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198564799.003.0011.

Flynn J.R. (1987), *Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure*, „Psychological Bulletin", vol. 101, no. 2, s. 171–191.

Gambin M., Sękowski M., Woźniak-Prus M., Pisula E., Hansen K., Kmita G., Kubicka K., Gorgol J., Huflejt-Łukasik M., Halas P., Łyś A.E., Wnuk A., Oleksy T., Szczepaniak A., Cudo A., Łojek E., Bargiel-Matusiewicz K. (2021), *Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Raport z badań podłużnych*, https://psych.strony.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2021/01/Raport_objawy_depresji_leku_IV_fale.pdf [dostęp: 27.03.2024].

Hawks J. (2011), *Selection for smaller brains in Holocene human evolution*, https://doi.org/10.48550/arXiv.1102.5604.

He Y., Cui X., Huang C., Xue Z., Liu J., Luo X. (2020), *Prevalence of anxiety and depression symptoms in the Chinese population in relation to exposure to COVID-19 and region of residence*, „Asian Journal of Psychiatry", vol. 54, 102362, https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102362.

José H., Oliveira C., Costa E., Matos F., Pacheco E., Nave F., Valentim O., Sousa L. (2023), *Anxiety and Depression in the Initial Stage of the COVID-19 Outbreak in a Portuguese Sample: Exploratory Study*, „Healthcare", vol. 11, issue 5, 659, https://doi.org/10.3390/healthcare11050659.

Marshall M. (2011), *Life began with a planetary mega-organism*, „New Scientis", 23.11, https://www.newscientist.com/article/mg21228404-300-life-began-with-a-planetary-mega-organism [dostęp: 30.03.2024].

Mausch K., Ryś E. (2020), *O wspomaganiu rozwoju dzieci w kontekście zjawiska duchowości*, „Edukacja Dziecka", nr 4, s. 27–43.

Spencer H. (1898), *The Principles of Sociology, in Three Volumes*, 3rd ed., New York.

Wasilewski B. (2011), *Holistyczne rozumienie medycyny wymogiem współczesności*, „Sztuka Leczenia", nr 1–2, s. 11–17.

Wasilewski B. (2013), *Symbolized Thinking as the Background of Toxic Memories*, [w:] *Hurting Memories and Beneficial Forgetting. Posttraumatic Stress Disorders, Biographical Developments, and Social Conflict*, eds. M. Linden, K. Rutkowski, Amsterdam, s. 93–102.

Wasilewski B. (2014a), *Psychosomatic functioning of individuals in evolutionary perspective*, „Journal of Psychosomatic Research", vol. 76, issue 6, s. 519.

Wasilewski B.W. (2014b), *Thanatose als Selbstzerstorungsmechanismus in der Wende der Zivilisation* [referat w dniu 8.03], Internationaler Kongress für Theomedizin, 7–9.03, Sohland b. Dresden.

Wasilewski B.W. (2020a), *How to Understand the COVID 19 Epidemic Phenomenon?*, „Journal of Clinical Review & Case Reports", vol. 5, issue 7, s. 335–343, https://www.researchgate.net/publication/343098821 [dostęp: 13.03.2024].

Wasilewski B.W. (2020b), *Updating the Perception of a Human Being and its Mental Functioning*, „Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders", vol. 4, issue 1, s. 21–30, https://doi.org/10.26502/jppd.2572-519X0085.

Wasilewski B.W. (2021), *The phenomenon of the COVID-19 pandemic against the background of its era*, [w:] *Ageing and Covid-19: making sense of a disrupted world*, eds. M. Łuszczyńska, M. Formoza, London, s. 13–31, https://www.taylorfrancis.com/chapters/oa-edit/10.4324/b22774-3/phenomenon-covid-19-pandemic-background-era-bohdan-wasilewski?context=ubx&refId=73345fa5-eedb-4e61-8bcd-f02b299be77a [dostęp: 13.03.2024].

Wasilewski B. (2023), *Harmonia nastroju i rozumu – wykład Warszawa (popr)*, Maku Media, 28.06, https://www.youtube.com/watch?v=zGe4TuavsLE [dostęp: 31.03.2024].

Wasilewski B.W. (2024), *The Place of Alternative Medicine in the 21st Century from the Perspective of Civilization Changes*, „Archives in Traditional and Complementary Medicine", 19.01, https://www.pubtexto.com/journals/archives-in-traditional-and-complementary-medicine/fulltext/the-place-of-alternative-medicine-in-the-21st-century-from-the-perspective-of-civilization-changes [dostęp: 30.03.2024].

Wasilewski B., Egan E. (2019), *Depression and Thanatosis – an evolutionary perspective*, https://www.academia.edu/114281359/Depression_and_Thanatosis_an_evolutionary_perspective [dostęp: 30.03.2024].

Wasilewski B., Yourtsenyuk O., Egan E. (2020), *Depression as a civilization-deformed adaptation and defence mechanism*, „Insights Depress Anxiety" vol. 4, s. 008–011, https://doi.org/10.29328/journal.ida.1001013.

Wasilewski B.W., Yourtsenyuk O., Egan E. (2021), *COVID-19 pandemic from an ecological perspective*, „Sztuka Leczenia", nr 1, s. 57–68, https://doi.org/10.34938/ks0r-e059.

DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6-2

Ewa Wilczek-Rużyczka

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych
https://orcid.org/0000-0003-2261-8939

ZDROWIE PSYCHICZNE W OKRESIE PANDEMII COVID-19

Streszczenie

Zdrowie psychiczne związane jest z całym szeregiem doświadczeń człowieka, powiązanych pośrednio lub bezpośrednio ze zdrowiem. Koronawirus, który pojawił się w chińskim mieście Wuhan, swoim zasięgiem szybko objął cały świat i sprawił, że życie zdecydowanej większości ludzi zmieniło się po wybuchu pandemii COVID-19. Chociaż w różny sposób doświadczali oni pandemii, to z perspektywy psychologicznej kojarzy się ona z sytuacją trudną lub stresogenną, co wynika głównie z braku równowagi między wyzwaniami, przed jakimi staje człowiek (pracą zdalną, izolacją, utratą dochodów itp.), a zasobami, które pozwalają na radzenie sobie ze stresem.

Problem ten dotyczy również Polaków, u których po wybuchu pandemii w 2020 r. wzrosło poczucie zagrożenia zdrowia i życia, doprowadzając do dwukrotnie większej liczby zachorowań na depresję i częstszego odczuwania innych objawów depresji, takich jak: spadek energii, bezsenność, trudności z koncentracją czy kłopoty z pamięcią. Istotne są też myśli samobójcze, utrata wiary w siebie, zmiany łaknienia i masy ciała.

W związku z powyższym, celem podjętej analizy jest ukazanie w konkluzji, na tle doniesień światowych, zdrowia psychicznego Polaków oraz przedstawienie ryzyka nasilenia objawów depresyjnych i lękowych w dobie pandemii COVID-19 na podstawie przeprowadzonych w Polsce badań. Przytoczone zostaną m.in. wyniki badań własnych, w których 102 osoby swój stan psychiczny przed pandemią w większość określiły jako co najmniej dobry, a tylko 6% respondentów jako zły. Po wybuchu pandemii do 35,3% zwiększył się udział

osób określających swój stan psychiczny jako zły, a 58,8% badanych stwierdziło u siebie pewne objawy psychosomatyczne.

Z przeprowadzonej analizy można wnioskować, iż znaczna część populacji po doświadczeniu pandemii wymaga pomocy psychologicznej i terapeutycznej oraz wsparcia innych osób, ale też, że własne zasoby jednostki i wykorzystywane sposoby radzenia sobie ze stresem pozwalają na adaptację i przezwyciężanie przeciwności w sytuacjach trudnych, skutkując utrzymaniem zdrowia psychicznego.
Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, stres, zasoby osobiste, SARS-CoV-2, pandemia COVID-19

Mental health during the COVID-19 pandemic

Abstract

Mental health is associated with a whole range of human experiences that are directly or indirectly related to health. The coronavirus, which appeared in the Chinese city of Wuhan, quickly spread around the world and changed the lives of the vast majority of people after the outbreak of the COVID-19 pandemic. Although they experience the pandemic in different ways, from the psychological perspective it is associated with a difficult or stressful situation, which is mainly due to the imbalance between the challenges faced by a person (remote work, isolation, loss of income, etc.) and the resources that allow coping with stress.

This problem also applies to Poles, who experienced an increased sense of threat to their health and life after the outbreak of the pandemic in 2020, leading to twice as many cases of depression and more frequent feeling of other symptoms of depression – such as decreased energy, insomnia, difficulty concentrating or memory problems. Suicidal thoughts, loss of self-confidence, changes in appetite and body weight are also significant.

Therefore, the purpose of the analysis undertaken is to show in conclusion, against the background of global reports, the mental health of Poles and to present the risk of intensification of depressive and anxiety symptoms in the era of the COVID-19 pandemic, based on research conducted in Poland. The following will be mentioned, among others: the results of our own research, in which 102 people mostly described their mental state before the pandemic as at least good, and only 6% of respondents as bad. After the outbreak of the pandemic, the share of people describing their mental state as bad increased to 35.3%, and 58.8% of the respondents reported some psychosomatic symptoms.

From the analysis, it can be concluded that a significant part of the population, after experiencing a pandemic, requires psychological and therapeutic help and support from other people – but also that the individual's own resources and methods of coping with stress allow for adaptation and overcoming adversity in difficult situations, resulting in maintaining mental health.
Key words: mental health, stress, personal resources, SARS-CoV-2, COVID-19 pandemic

Wprowadzenie

Celem podjętej analizy jest ukazanie w konkluzji, na tle doniesień światowych, zdrowia psychicznego Polaków oraz przedstawienie ryzyka nasilenia objawów depresyjnych i lękowych w dobie pandemii COVID-19 na podstawie przeprowadzonych w Polsce badań.

Współcześnie w literaturze istnieje wiele definicji zdrowia, które charakteryzują je na różne sposoby. Pomimo wielu różnic w objaśnieniu tego terminu panuje zgoda, że jest to pojęcie wielowymiarowe, ujmowane pozytywnie, odrębne, a nawet przeciwstawne wobec pojęcia choroby. Do scharakteryzowania zdrowia można zastosować trzy ogólne kategorie: stan, usposobienie oraz proces. Zdrowie w ujęciu ogólnym to stan charakteryzujący się brakiem objawów chorobowych, natomiast w podejściu dyspozycyjnym jest rozumiane jako zmieniająca się w określonych, wymagających tego okolicznościach pozytywna zdolność człowieka do osiągania szczytów sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej oraz reagowania na pojawiające się w jego środowisku problemy. Z kolei zdrowie rozumiane jako proces determinuje sposób radzenia sobie ze stresem, samoaktualizację, a także przystosowanie się i rozwój (Kluczyńska 2015).

Zgodnie z założeniami modelu biopsychospołecznego zdrowie lub choroba są wynikiem działania szeregu czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych, które oddziałują na siebie. Jednocześnie człowiek może wpływać aktywnie na te czynniki, przez co wywiera wpływ na swoje zdrowie. Jest to model najbardziej zbliżony do opisu rzeczywistości i jednocześnie uwzględnia wiele różnorodnych zjawisk, problemów oraz czynników wywierających wpływ na zdrowie człowieka, przy czym zdrowie psychiczne jest nieoderwalnym elementem modeli zdrowia (Gromulska 2010). Zatem zdrowie psychiczne, jako ważny element zdrowia, związane jest z całym szeregiem doświadczeń człowieka, które są powiązane pośrednio lub bezpośrednio ze zdrowiem.

W literaturze nie ma jednej powszechnie akceptowanej definicji zdrowia psychicznego. Większość definicji podkreśla, że zdrowie psychiczne i zaburzenia psychiczne nie są ze sobą sprzeczne. Naukowcy uważają, że brak zdiagnozowanej choroby psychicznej niekoniecznie

jest wskaźnikiem zdrowia psychicznego. Jest ono jednak niezbędną i integralną częścią zdrowia w rozumieniu ogólnym, którą można rozpatrywać w trzech aspektach (Kluczyńska 2015):

- pozytywnym, oznaczającym stan dobrego samopoczucia emocjonalnego, radzenia sobie w życiu i pełnego rozwoju osobowości;
- funkcjonalnym, czyli zdolności do spełnienia oczekiwań stawianych człowiekowi;
- negatywnym, związanym z brakiem zdiagnozowania zaburzeń psychicznych.

Pozytywny wymiar zdrowia psychicznego oznacza możliwość rozwijania własnych mocnych stron, czyli zdolności do konfrontacji i harmonijnego przechodzenia do pokonywania trudności, niepowodzeń i zagrożeń, z tym że pojęcie zdrowia psychicznego funkcjonujące w wielu dziedzinach jest definiowane w odmiennych aspektach (Wilsz 2018, s. 54):

- medycyna charakteryzuje zdrowie psychiczne jako brak objawów psychopatologicznych, brak defektów w strukturze i funkcjach psychicznych oraz homeostazę procesów fizjologicznych;
- psychologia określa zdrowie psychiczne jako zdolność do twórczego rozwoju i samorealizacji, zdolność do osiągania satysfakcji z życia, poczucie akceptacji i własnej wartości oraz realistyczne postrzeganie rzeczywistości;
- socjologia opisuje zdrowie psychiczne jako zdolność przystosowania się człowieka do norm kulturowych i środowiska społecznego, a także umiejętność koegzystencji i prawidłowego funkcjonowania w grupie.

Według WHO zdrowie psychiczne to stan dobrostanu, który pozwala człowiekowi wykorzystywać swoje zdolności, radzić sobie ze stresem w życiu codziennym, efektywnie pracować i przyczyniać się do rozwoju jakości życia danej społeczności. Jest ważnym składnikiem ogólnego stanu zdrowia człowieka, dobrostanu w obszarze emocjonalnym, psychicznym, społecznym i somatycznym, co pozwala mu na skuteczne działanie w otoczeniu, rozwijanie swojej osobowości i osiąganie sukcesów (Wróblewska 2018). Zdrowie psychiczne oznacza zatem znacznie więcej niż brak występowania zaburzeń psychicznych i może ono być mierzone stopniem dobrego samopoczucia, nastroju odpowiedniego do zaistniałej sytuacji, wrażliwości

na potrzeby innych oraz potrzeby własne, a także stopniem wyrozumiałości i tolerancji do pewnych spraw czy stopniem zaradności w każdej sytuacji życiowej. Jest to dynamiczny proces, który podlega rozwojowi i zmianom w trakcie całego życia człowieka. Odzwierciedla on równowagę między zasobami człowieka a wpływami środowiska. Równowaga ta uzależniona jest od szeregu czynników biologicznych, psychologicznych, struktur i zasobów społecznych, interakcji społecznych oraz wartości kulturowych (Kluczyńska 2015).

Jedną z najnowszych definicji zdrowia psychicznego zaproponowała Silvana Galderisi z zespołem badawczym. Określono w niej zdrowie psychiczne jako „dynamiczny stan wewnętrznej równowagi, która umożliwia ludziom wykorzystanie swych umiejętności w harmonii z uniwersalnymi wartościami społecznymi" (Galderisi i in. 2015, s. 231–232 [wszystkie tłum. – E.W.-R.]). Według tych autorów istotne składniki zdrowia psychicznego, które przyczyniają się do stanu równowagi wewnętrznej, to:

- podstawowe umiejętności poznawcze i społeczne;
- zdolność rozpoznawania, wyrażania i modulowania własnych emocji, […] współczucie dla innych;
- elastyczność i zdolność radzenia sobie z niekorzystnymi zdarzeniami w życiu i pełnienie funkcji w rolach społecznych;
- harmonijny związek między ciałem a umysłem (Galderisi i in. 2015, s. 232).

Dynamika w powyższej definicji oznacza konieczność naruszenia równowagi wewnętrznej, wynikającą z okresów rozwojowych oraz sytuacji życiowych człowieka, będących naturalnymi i nieodłącznymi etapami egzystencji. Wymienione składniki zdrowia psychicznego są istotne, ale nie są obowiązkowe. Niektóre z nich mogą równoważyć utratę zasobów w innych obszarach. Definicja zespołu Galderisi odrzuca dotychczasowe ujęcia zdrowia psychicznego oparte na idealnych normach, jak i te o źródłach hedonistycznych i eudajmonistycznych. Opiera się ona na założeniach integracyjnych, przyjmując złożoność doświadczeń ludzkich, radości i smutki, akceptując zarówno satysfakcję z życia, jak i jej brak (Galderisi i in. 2015, 2017).

Autorską definicję zdrowia psychicznego sformułowano, zakładając, że zdrowie psychiczne można rozumieć jako dojrzałość

psychiczną, nabycie właściwości przystosowawczych do warunków i wymagań środowiska, odpowiedzialność, samodzielność, kierowanie się wartościami i rozsądkiem, a także zrozumieniem dla siebie i innych.

Koncepcja *resilience*

Jednym z pozytywnych bodźców, czynników chroniących przed szkodliwymi i stresującymi doświadczeniami, jest koncepcja *resilience* (prężność), rozpatrywana jako zasób. Termin *resilience* jest też tłumaczony na język polski jako sprężystość, zaradność, elastyczność, odporność psychiczna (Szwajca 2014). Ponadto jest to zdolność przystosowania się do zachodzących dynamicznych zmian w życiu jednostki, która to zdolność odnosi się do procesów i mechanizmów sprzyjających pozytywnemu funkcjonowaniu jednostki mimo przeciwności losu, trudności życiowych, jak również traumatycznych przeżyć, które zdarzyły się w przeszłości lub trwają obecnie (Rutter 1987; Luthar, Cicchcetti 2000; Masten, Powell 2003). W literaturze możemy spotkać termin *resilience* rozumiany też jako proces dobrego adaptowania się do negatywnych warunków, zdarzeń życiowych, oraz koncepcję *resiliency* rozumianą jako cecha osobowości – zasób jednostki (Ogińska-Bulik, Zadworna-Cieślak 2014). Jednym z pierwszych badaczy zjawiska odporności był Norman Garmezy, badający przyczynę lepszego radzenia sobie ze stresem wśród dzieci. Prowadził on obserwacje rodzin, w których matki miały poważne choroby psychiczne (schizofrenia). Dzieci, pomimo narażenia na silne bodźce negatywne i niesprzyjające warunki rozwoju, bardzo często rozwijały się normalnie lub nawet ponadprzeciętnie, mimo iż miały większe ryzyko rozwinięcia problemów natury emocjonalnej. Garmezy uznał, że odporność jest wzorcem zachowania i funkcjonowania wskazującym na pozytywną adaptację w kontekście znacznego ryzyka lub przeciwności (Garmezy 1974).

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne charakteryzuje odporność jako „proces dobrego przystosowania się w obliczu przeciwności losu, traumy, tragedii, zagrożeń, a nawet znaczących źródeł stresu (par. 4)" (APA 2014 za: Southwick i in. 2014, s. 2). Prężność jest zjawiskiem wielowymiarowym, gdyż dotyka sfery biologicznej,

behawioralnej, poznawczej, a także afektywnej człowieka; obejmuje więc jednostkę jako całość bio-psycho-społeczną. Ponadto zjawisko prężności może ulegać zmianom w zależności nie tylko od sytuacji stresowej, ale również od wieku jednostki (Southwick i in. 2014). Stanowi ona jeden z istotniejszych zasobów, które jednostka może posiadać i który może pomóc w radzeniu sobie z negatywnymi wydarzeniami, silnym stresem. Jest znaczącą ochroną dla osób narażonych na wtórną traumę oraz może sprzyjać zjawisku potraumatycznego wzrostu (Ogińska-Bulik 2018).

Felicity R.L. Baker, Kevin L. Baker i Jo Burrell (2021) wykazali na podstawie licznych badań, że prężność pozytywnie koreluje z optymizmem, poczuciem koherencji (zwłaszcza sensowności), poczuciem własnej skuteczności i kontroli, negatywnie natomiast z neurotycznością. Jest przeciwieństwem braku kontroli, labilności emocjonalnej, jak również m.in. osobowości typu D, która charakteryzuje się dużym poczuciem stresu i postrzegania świata jako zagrożenia. W przeciwieństwie do elastyczności możemy postawić również unikanie konfrontacji z sytuacją trudną, wypieranie zaistniałego problemu, zamartwianie się bez podejmowania działań czy szukania rozwiązania, bagatelizowanie zaistniałej sytuacji i przeżywanie tych samych emocji.

Baker, Baker i Burrell (2021) analizowali ponadto możliwości rozwijania umiejętności prężności osobistej, a ich model jest zasadniczo programem szkoleniowym, który zapewnia uczestnikom niezbędną wiedzę na temat umiejętności, które okazały się ważne w osiąganiu poprawy odporności i pozytywnych wyników w obliczu przeciwności losu. Są one podzielone na trzy moduły, które odzwierciedlają triadyczną perspektywę i opisują systemy reakcji lub zestawy umiejętności potrzebne do odporności: odporność emocjonalną, sprężyste myślenie oraz behawioralne reakcje równowagi i powrotu do zdrowia. W swych badaniach stwierdzili, że kolejność, w jakiej przeprowadzany jest trening tych umiejętności, jest ważna dla jego skuteczności. Pierwszy krok to podniesienie samoświadomości i rozwijanie umiejętności w zakresie regulacji emocji, co zwiększa zdolność do dalszego nabywania umiejętności w ramach sprężystego myślenia i zachowania. Badacze opracowali swoją koncepcję struktury prężności osobistej pod kątem metody

treningowej, wydzielając trzy moduły z zestawami umiejętności (Baker, Baker, Burrell 2021, s. 464):

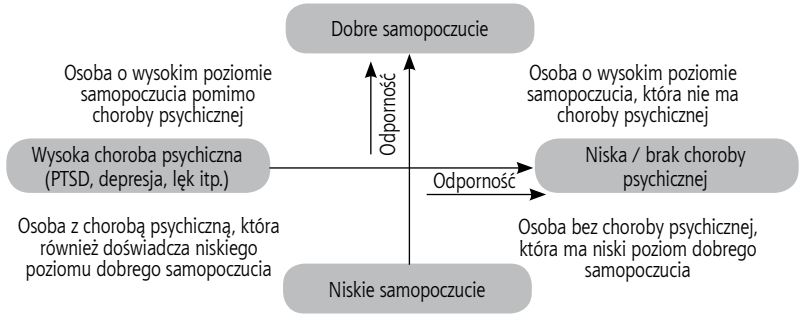
1. Odporność emocjonalna:
- pozytywne emocje;
- regulacja emocjonalna;
- związki społeczne.
2. Myślenie sprężyste:
- elastyczność w myśleniu;
- optymizm.
3. Równowaga i regeneracja:
- dbanie o siebie;
- równoważenie wymagań.

Wspomniane możliwości treningowe są bardzo ważne, gdyż elastyczność (prężność) psychiczna to cecha, którą w toku działań życiowych jednostka może nabyć, a także spotęgować jej pozytywny wpływ na życie. Rozwijanie tego zasobu stanowi formę lepszego przystosowania do życia i chroni jednostkę przed problemami zdrowotnymi. Im wyższa prężność i lepsze przystosowanie, tym większe zadowolenie z życia, a sytuacje trudne aktywują prężność u osób, które tę cechę posiadają. Prężność sprzyja okiełznaniu stresu i może być rozumiana jako umiejętność oderwania się, odsunięcia bolesnych doświadczeń, jak również jako cecha ułatwiająca zaadaptowanie się do zmieniających się warunków (Mróz 2014; Falewicz 2016).

Osobowość prężna doświadcza stresu, ale potrafi go pokonywać i rozwiązywać skutecznie problemy. Wykazuje większą pewność siebie, wytrwałość w podejmowaniu działań i ma świadomość swojej skuteczności. Optymistyczne nastawienie i pozytywne emocje pozwalają sytuację stresową zobaczyć jako nowe doświadczenie stanowiące wyzwanie, któremu jednostka może sprostać. Świat odbiera ona jako sprzyjający, a sytuacje, które ją spotkają, jako pozytywne, podczas gdy dystres to wyzwanie, a wszelkie niepowodzenia traktowane są jako część życia, a nie jako strata, tragedia. Jednostka prężna nastawiona jest na wyzwania i chętnie je podejmuje, wytrwale dąży do celu. Wykorzystuje posiadane zasoby, by w sytuacji zagrożenia zachować spokój i rozwiązać problem. Pozytywne nastawienie do świata przejawia się również w empatii i umiejętności nawiązywania relacji (Falewicz 2016).

Stres i dobrostan

Wiele czynników może wpłynąć na poziom odczuwanej prężności m.in. temperament czy też czynniki genetyczne, osobowościowe lub poznawcze. Jednakże w sytuacji dystresu w procesie radzenia sobie ze stresem ważne jest oddziaływanie tych czynników na siebie. Stres i tragedia to nieuniknione doświadczenie większości ludzi. Od osobistych codziennych niepowodzeń do traumy jednostki i społeczności uczą się radzić sobie, przetrwać i rozwijać się w obliczu przeciwności losu. Odporność jest szeroko definiowana jako zdolność do przeciwstawiania się przeciwnościom losu, poważnemu zagrożeniu lub traumie (Southwick, Charney 2018; Feder i in. 2019). Mimo że trwałe wyniki są znacznie trudniejsze do osiągnięcia w obliczu silnego stresu, np. doświadczania przemocy w dzieciństwie, lub chronicznych trudności takich jak życie w ubóstwie, nawet w najtrudniejszych sytuacjach ludzie mogą wyzdrowieć i znaleźć „względną odporność" (Feder i in. 2019). *Resilience* działa zatem w celu zwalczania rozwoju chorób psychicznych i pozwala promować dobre samopoczucie. Ważne jest, aby brać pod uwagę, że dobrostan i choroba psychiczna składają się na dwa powiązane ze sobą, jednak odrębne wymiary (np. brak choroby psychicznej nie oznacza obecności dobrego samopoczucia i na odwrót – obecność choroby psychicznej nie oznacza braku dobrego samopoczucia) (Westerhof, Keyes 2010), co przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1. Dobrostan i choroba psychiczna jako dwa powiązane, ale odrębne wymiary: odporność może przebiegać u jednostki wzdłuż obu wymiarów w kierunku lepszego samopoczucia i braku chorób psychicznych (Kaye-Kauderer i in. 2021, s. 167 [tłum. E.W.-R.]).

Zagrożenia dla zdrowia psychicznego wynikające z pandemii COVID-19

Prężne jednostki nie są w jakiś cudowny sposób uodpornione na stres, doświadczają go tyle samo co inni, jednakże osoby te nauczyły się skutecznie radzić sobie z przeciwnościami losu. Bycie prężnym nie oznacza, że powraca się niejako automatycznie do sytuacji sprzed kryzysu, ale że stwarza się możliwość odzyskania równowagi, a nawet wzrostu czy rozwoju. Skuteczność w radzeniu sobie ze stresem wiąże się m.in. z częstszym wykorzystywaniem strategii powiązanych z emocjami pozytywnymi, takich jak koncentracja na zadaniu, pozytywne przewartościowanie czy nadawanie pozytywnego znaczenia zwykłym wydarzeniom (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008).

Jednostka przejawiająca wysoki poziom prężności wykorzystuje i wdraża pozytywne emocje, aby szybko i skutecznie „odbijać" się od trudnych doświadczeń (*bounce-back*). Ogólnie rzecz biorąc, prężność kształtowana jest przez pozytywne emocje, które rzutują na style radzenia sobie ze stresem i dobrostan emocjonalny. Ponadto pozwalają one poszukiwać nowych i twórczych rozwiązań oraz dostrzegać pozytywne strony nieprzychylnych zdarzeń (Fredrickson 2001). Prężność jako zasób osobisty powiązana jest ze zjawiskiem rozkwitania (*flourishing*), interpretowanym jako optymalny stan działania wpływający na zdrowie psychiczne, w tym również na poczucie szczęścia czy satysfakcji, określane jako dobrostan psychiczny jednostki (Fredrickson, Losada 2005).

Do wielu przyczyn wpływających niekorzystnie na dobrostan psychiczny, jak m.in.: uwarunkowania biologiczne, społeczne, zawodowe oraz indywidualne jednostki, a także klęski, kryzysy ekonomiczne i cywilizacyjne, w ostatnim czasie dołączyło zagrożenie związane z pojawieniem się niebezpiecznego wirusa. Panująca od początku 2020 r. pandemia (uznana przez WHO za pandemię COVID-19 20 marca 2020 r.), spowodowana koronawirusem Sars-CoV-2, który pojawił się w chińskim mieście Wuhan w listopadzie 2019 r., wpłynęła na warunki życia, a często także na zdrowie milionów ludzi w skali globalnej. Również w Polsce, od 20 marca 2020 r. do 1 lipca 2023 r., COVID-19 był obecny w różnym natężeniu i był on całkowicie nowym zjawiskiem epidemicznym, nieporównywalnie szerszym w swym zasięgu od wcześniej występujących w naszym kraju. W związku z tym w czasopismach polskich i zagranicznych

opublikowano bardzo dużo artykułów na temat COVID-19, dotyczących przyczyn i okoliczności jego rozprzestrzeniania, przebiegu, śmiertelności, leczenia oraz sposobów zapobiegania przez dystans społeczny i szczepienia. Ponadto część z nich odnosi się do społecznych postaw wobec pandemii, wprowadzonych restrykcji i propagowania szczepień, a także samopoczucia czy stanów psychologicznych i towarzyszących temu doświadczeniom. W niektórych pozycjach wspomniano też o zwiększonej liczbie osób doświadczających w tym czasie depresji i notowanych prób samobójczych. Liczne badania w dużym stopniu odnoszą się do postaw społecznych, moralnych, w kontekście wprowadzanych nakazów i zaleceń władz mających na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa.

Zdrowie psychiczne w pandemii, reakcje na zagrożenie i czynniki podatności na zachorowanie

Badania dotyczące pandemii COVID-19 w innych krajach zainicjowano wcześniej niż w Polsce z uwagi na późniejszy termin odnotowania u nas pandemii. Jednak zarówno zagraniczne, jak i krajowe badania na temat reakcji i odczuć związanych z pandemią obejmują przede wszystkim następujące aspekty:

- reakcje na zagrożenie i czynniki podatności na zachorowanie;
- reakcje na obowiązujące ograniczenia;
- dobrostan psychiczny ludzi w czasie pandemii.

Reakcje na zagrożenie i czynniki podatności na zachorowanie

Badania opublikowane przez Alison Bish i Susan Michie w 2010 r. w „British Journal of Health Psychology" po pojawieniu się nowego szczepu grypy H1N1 w Wielkiej Brytanii miały na celu przedstawienie kluczowych postaw obronnych podczas pandemii, szczególnie sprawdzenie, w jaki sposób ludzie reagują na pojawiające się zagrożenia w kontekście zapobiegania, unikania oraz zachowania osób w trakcie choroby. W artykule tym zastosowano analizę przekrojową, wykorzystując prace opublikowane w bazach danych takich jak PubMed oraz Web of Science w kontekście ostrego zespołu oddechowego, ptasiej grypy H5N1 i świńskiej grypy H1N1 oraz posłużono się doniesieniami z panelu ekspertów podgrupy Behavior

and Communications z UK Scientific Pandemic Influenza Advisory Group. Analizowane choroby dotyczyły niewydolności układu oddechowego. Koronawirus SARS powodujący ostrą niewydolność oddechową, którego pandemia miała miejsce między listopadem 2002 a lipcem 2003 r., rozprzestrzenił się z Chin do 37 krajów. Ptasia grypa wywołana wirusem grypy A (HPAI) podtyp H5N1 doprowadziła do klinicznie ciężkich i śmiertelnych zakażeń ludzi. Świńska grypa, która pojawiła się w Wielkiej Brytanii w maju 2009 r. i rozprzestrzeniła się na ponad 100 krajów, miała daleko idące skutki zarówno zdrowotne, jak i ekonomiczne ze względu na łatwość i szybkość rozprzestrzeniania się. Podejmowane wówczas zachowania ochronne to zapobieganie, unikanie i leczenie osób, które już zachorowały. Wśród działań zapobiegawczych wskazuje się na zachowania higieniczne takie jak mycie rąk, dezynfekcja pomieszczeń i powierzchni, noszenie maseczek. Zachowania unikające to przede wszystkim unikanie tłumów, transportu zbiorowego czy przestrzeganie nałożonej kwarantanny. Zarządzanie zachowaniem w trakcie zachorowania to przyjmowanie leków przeciwwirusowych, szukanie pomocy u lekarza czy w szpitalu. Celem badania była identyfikacja kluczowych czynników demograficznych i psychologicznych, związanych z zachowaniami ochronnymi w czasie pandemii oraz umiejscowienie ich w ramach koncepcyjnych. Ostatecznie przeanalizowano dwadzieścia sześć prac spełniających kryteria włączenia do badania, wykazując, iż nie ma bezpośrednich powiązań między czynnikami demograficznymi i zachorowalnością, ale jest związek tych czynników z zachowaniami prewencyjnymi, przez co istnieją pośrednie różnice demograficzne w podatności na zachorowanie (Bish, Michie 2010).

W powyższych badaniach okazało się, że płeć wpływa na podejmowanie zachowań prewencyjnych oraz unikowych i to kobiety, bardziej niż mężczyźni, są skłonne do zapobiegania czy też unikania sytuacji ryzykownych. Ogólny wzorzec wieku pokazuje, że osoby starsze są bardziej skłonne do podejmowania zachowań zapobiegawczych i unikowych; podobnie osoby lepiej wykształcone. Zaobserwowany wyższy związek podatności na choroby wśród kobiet może wyjaśniać, dlaczego częściej przestrzegały one kwarantanny, a także częściej nosiły maseczkę i wykonywały zapobiegawcze czynności higieniczne. Według tych badań reakcje behawioralne są napędzane

przez największe „pragnienia i potrzeby" w tamtym czasie. Potrzebą była wówczas przede wszystkim oczekiwana ulga od niepokoju. W połączeniu z cechami osobowości owa potrzeba ulgi wskutek zaaplikowanego bodźca do działania, np. objawów choroby lub zaleceń rządu, wywoływała określone zachowanie. Istnieje także korelacja między podejmowanymi zachowaniami a zaufaniem do władz i lękiem jako stanem – w sposób bezpośredni koreluje to z wysokim poziomem lęku. Kolejnym wnioskiem było to, że wysoki poziom zaufania do autorytetów oddziałuje też na pozytywny stosunek do zaleceń i ograniczeń. Zaufanie to kluczowa emocja wpływająca na podejmowane zachowanie związane z ryzykiem. Poziom zaufania i satysfakcji z komunikacji jest szczególnie istotny w sytuacji pandemicznej, w której rząd odpowiada za dostarczanie informacji na temat przebiegu epidemii, a także opracowanych metod leczenia czy szczepionki. Brak zaufania do władz może istotnie wpłynąć na podejście obywateli i stosowanie się do zaleceń. Ponadto ważnym predyktorem choroby może być także wiara w skuteczność podjętych zachowań prewencyjnych oraz postrzeganie własnej podatności na chorobę i jej przebieg. Bish i Michie wyjaśniają wnioski przez odwołanie do teorii zachowań zdrowotnych, wskazując jednak, iż badania interwencyjne i strategie komunikacji powinny się skupiać na poszczególnych grupach demograficznych, a także brać pod uwagę poziom postrzeganego zagrożenia pandemią i wiarę w skuteczność podjętych środków ochronnych. Wskazują także na istotność rozumienia czynników wpływających na prewencyjne zachowania ludzi, podejmowane w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa infekcji oraz ewentualny jej przebieg. Są to dane, jak podkreślają autorki artykułu, z badań przeprowadzanych w Azji, dlatego uogólnianie na populacje zachodnie może nie mieć zbieżności z potencjalnymi rezultatami (Bish, Michie 2010).

Reakcje na obowiązujące ograniczenia

Wprowadzane podczas pandemii COVID-19 obostrzenia – jako interwencje dotyczące wolności osobistej – powinny prowadzić, zgodnie z teorią reakcji psychologicznej (Brehm 1966), do oporu społecznego. Jednak wyniki badań przeprowadzonych przez Katharinę Veronikę Hajek i Michaela Häfnera na grupie 766 osób

w początkowym okresie pandemii, tj. od 4 do 17 maja 2020 r., okazały się w pewnym stopniu zaskakujące, ponieważ zamiast oporu decydenta i dewaluacji stwierdzono akceptację wprowadzonych restrykcji. W badaniu autorzy uchwycili dynamikę przestrzegania obowiązujących ograniczeń i polityczną mobilizację państwa w podejmowaniu środków mających na celu powstrzymanie koronawirusa w pierwszym półroczu 2020 r. Badacze wykazali również, że strach obniża pobudzenie reaktywne, podczas gdy niepokój i dysonans go wzmacniają. W modelu teoretycznym zasugerowano, że taki proces pomiędzy pobudzeniem reaktancji a sterowaniem wybraną strategią radzenia sobie daje wynik behawioralny w kierunku podporządkowania się lub oporu. Badacze podkreślili, iż występowanie reaktancji jako reakcji na środki wprowadzone, aby powstrzymać pandemię COVID-19, jest wysoce prawdopodobne (Hajek, Häfner 2021).

Inne badania, przeprowadzone przez zespół Stefana Reissa również w pierwszych dniach wdrażania środków dystansowania społecznego, dotyczyły postrzegania zagrożenia oraz preferowanych strategii obronnych, jakimi posługiwali się ludzie w odpowiedzi na wdrożone w Austrii środki zapobiegawcze i ograniczenia. Stwierdzono w nich, że niepokój był wywoływany szczególnie przez rozbieżności w motywacji, jaką przejawiali badani w stosunku do strategii obronnych. Wykazano też, że przeżywanie lęku wiązało się z poczuciem zagrożenia bezpieczeństwa. Uczestnicy badań doświadczający reaktancji byli bardziej skłonni do osobistych argumentacji i mniej zainteresowani działaniami związanymi z bezpieczeństwem, mieli także bardzo niskie uzasadnienie systemowe czy społeczne. Dodatkowo potwierdzono, że samotność była związana z niższym poczuciem wspólnotowości i zachowaniami mającymi na celu ochronę bezpieczeństwa. Wyniki sugerują, że jednostki radziły sobie z zagrożeniem w zależności od stanu emocjonalnego i motywacji, a także sytuacji zawodowej, a ich lęk był związany z brakiem poczucia bezpieczeństwa, motywacji i gotowości do działania (zarówno w aspekcie społecznym, jak i osobistym) oraz reagowaniem na odstępstwa od systemu, a także z lekceważeniem bezpieczeństwa przez innych członków społeczności. W austriackich badaniach wykazano, że osobiste podejście do ochrony było marginalnie związane ze stanem reaktancji. Zdaniem badaczy jednostki próbują przywrócić wolność

osobistą, realizując własne cele. I odwrotnie – reakcja była związana z dewaluacją zachowań zabezpieczających, które ograniczały wolność osobistą. Reaktancja była również związana z niższym uzasadnieniem wspólnotowości, sugerującym, że jednostki były bardziej niezadowolone z postaw społeczeństwa, a także z tego, że politycy narzucają ograniczenia. Ogólnie rzecz biorąc, podsumowując wyniki tych badań, można stwierdzić, że reaktancja wydawała się ogólnym katalizatorem zachowań w odpowiedzi na niepewność związaną z COVID-19. Wykazano, że samotność korelowała z bezczynnością, a działania związane z ochroną osobistą – mierzone ocenami bezpieczeństwa – były powiązane z lękiem oraz negatywnie związane z reaktywnością i samotnością. Efekt lęku był zgodny z przewidywaniami autorów: działania ochronne służą zmniejszeniu ryzyka zakażenia, a tym samym łagodzą niepokój (Reiss i in. 2020).

Z kolei artykuł opublikowany w grudniu 2020 r. przez Oliviera Bargaina i Ulugbeka Aminjonova na temat zaufania do polityków zajmujących się sektorem zdrowia publicznego w czasach COVID-19 i zgadzania się z ich przekazem zawiera dowody potwierdzające, że z reguły obniżone zaufanie do władz w danym kraju ma poważne skutki społeczno-gospodarcze – jednak gdy wymagane jest przestrzeganie przepisów dla zbiorowego przetrwania, to mogą one mieć szczególnie dramatyczne konsekwencje. Autorzy badania przeanalizowali tę kwestię w kontekście kryzysu COVID-19. Reakcje polityczne na całym świecie od początku trwania pandemii były dość spójne i miały na celu ograniczenie interakcji społecznych i zmniejszenie efektu domina. Korzystając z danych dotyczących mobilności ludzi i zaufania politycznego na szczeblu regionalnym w Europie, zbadano, czy akceptacja podjętych działań dotyczących ograniczeń społecznych zależała od poziomu zaufania do decydentów politycznych przed kryzysem. Skuteczność rygorystycznych zasad w zakresie ograniczania mobilności znacznie wzrastała wraz z zaufaniem, a efekt zaufania był nieliniowy i zwiększał się wraz ze stopniem rygorystyczności. Oceniano, w jaki sposób wpływ zaufania na mobilność mógł przełożyć się na tempo wzrostu śmiertelności. W tym kontekście dostosowanie się do zasad polityki zdrowotnej ma kluczowe znaczenie i może się różnić w zależności od kontekstu lokalnego. Różnice dotyczą szczególnie sposobu, w jaki ludzie zachowują

się i przestrzegają środków mających na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa, a to może zależeć od stopnia zaufania do władz. Jednak niewiele było wiadomo na temat wpływu zaufania na przestrzeganie zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zatem, aby przeanalizować wpływ zaufania na mobilność, a następnie na śmiertelność, autorzy badania wykorzystali kilka rodzajów danych: wskaźnik mobilności Google'a, „zaufanie" z różnych źródeł, oksfordzką miarę rygorystyczności polityki oraz oficjalne informacje na temat zgonów związanych z koronawirusem i zmienne kontrolne. COVID-19 zmusił rządy do podjęcia drastycznych środków na całym świecie. Środki zapobiegawcze są często bardzo restrykcyjne i muszą otrzymać duże wsparcie ze strony ludności, aby były skuteczne – wsparcie to nie jest gwarantowane, a na pewno nie jest jednorodne. Korzystając z danych dotyczących mobilności na szczeblu regionalnym w Europie, autorzy badania dowodzą, że większe zaufanie do polityków wiąże się z większym samoograniczeniem mobilności. Efekt ten jest interpretowany jako wyższy poziom zgodności z dyrektywami krajowymi w regionach o wysokim poziomie zaufania. Uzyskane dane wskazują na wpływ stopnia zaufania na skuteczność surowości polityki. Autorzy podkreślają, iż utrzymujące się różnice w postawach regionalnych wobec krajowych decydentów politycznych są ważne i powinny być brane pod uwagę przez władze przy opracowywaniu polityki, zwłaszcza przy wdrażaniu ogólnokrajowych restrykcji nadzwyczajnych. Ma to znaczenie zarówno w kontekście egzekwowania zasad blokowania, jak i niezbędnego wycofania tych środków w odpowiednim momencie (Bargain, Aminjonov 2020).

Artykuł opublikowany w listopadzie 2020 r. przez grupę polskich autorek: Małgorzatę Sobol, Agatę Błachnio i Anetę Przepiórkę (2020) dotyczy perspektyw czasowych szerzenia się zakażeń w związku z przestrzeganiem przepisów odnoszących się do zdrowia publicznego w czasie pandemii COVID-19. Zostały opisane badania, w których wzięło udział 500 dorosłych uczestników (275 kobiet, 225 mężczyzn) w wieku od 18 do 82 lat. Zdaniem autorek jednym z głównych czynników warunkujących rozprzestrzenianie się epidemii w populacji ludzkiej jest stopień podporządkowania się wprowadzonym przepisom dotyczącym zdrowia publicznego. Autorki, analizując uwarunkowania dynamiki pandemii COVID-19,

uznały, że należy uwzględnić jej dramatyczny wpływ na samopoczucie ludzi w skali globalnej. Według nich

> ostatnie badania nad epidemią pandemii COVID-19 wykazały zwiększony niepokój i zmniejszenie zadowolenia z życia wśród ludzi. Globalna reakcja na pandemię COVID-19 opiera się na indywidualnych i zbiorowych działaniach, mających na celu spowolnienie rozprzestrzeniania się wirusa, ale strategie te mogą być kosztowne dla zdrowia psychicznego. Należą do nich: samoizolowanie, społeczne zdystansowanie się i noszenie masek w miejscach publicznych. Są one wykorzystywane do spowolnienia rozprzestrzeniania się wirusa. Dużym problemem w walce z epidemią jest fakt, że nie wszyscy członkowie społeczeństwa przestrzegają zaleceń i przepisów dotyczących sposobów zachowania się. Wiele osób dyskredytuje przepisy dotyczące zdrowia publicznego na wczesnych stadiach, zwłaszcza, że objawy choroby są niewidoczne w ich bezpośrednim otoczeniu (Sobol, Blachnio, Przepiórka 2020, s. 1).

W związku z powyższym badano zmienne psychologiczne w odniesieniu do zgodności zachowań z przepisami dotyczącymi zdrowia publicznego. Przykładowo zespół Zajenkowskiego, na który powołały się autorki, zbadał związek zgody i przestrzegania ograniczeń wprowadzanych przez władze w celu zmniejszenia rozprzestrzeniania się COVID-19 z cechami osobowości Wielkiej Piątki, cechami Ciemnej (Mrocznej) Triady (machiawelizm, narcyzm, psychopatia) oraz postrzeganiem sytuacji. Odkryto, że sposób, w jaki uczestnicy postrzegali sytuację pandemii, wyjaśniał większą wariancję niż cechy osobowości Wielkiej Piątki i Mrocznej Triady. W swoich badaniach autorzy ci (Zajenkowski i in. 2020) wykazali, że sumienność, sposób postrzegania sytuacji oraz zagrożenie były predyktorami przestrzegania przepisów dotyczących zdrowia publicznego.

Zdaniem wspomnianych wcześniej Sobol, Błachnio i Przepiórki (2020) – na podstawie przytaczanych wyników badań – mężczyźni w porównaniu z kobietami mają tendencję do znacznie rzadszego stosowania się do zaleceń władz i przestrzegania przepisów zdrowia publicznego. Ma to poważne konsekwencje dla zdrowia publicznego, szczególnie w kontekście statystyk dotyczących zachorowalności i śmiertelności na COVID-19, które pokazują, że wśród pacjentów z COVID-19 jest o wiele więcej mężczyzn i że umierają oni z powodu COVID-19 częściej niż kobiety. Wyniki sugerują również inne

możliwe wyjaśnienie różnic między kobietami i mężczyznami w częstości występowania COVID-19. W prezentowanym badaniu kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem pozytywnym podejścia „tu i teraz" i niższymi perspektywami negatywnego postrzegania przyszłości niż mężczyźni. Wyniki te są zgodne z efektami poprzednich badań perspektywy czasowej, z których można wysnuć, że to mężczyźni osiągają niższy wynik zarówno w przyszłej negatywnej, jak i przyszłej pozytywnej perspektywie. Może to sugerować, że osoby z wysoką tendencją do przyszłego niepokoju unikają informacji o pandemii. Wyniki te mogą również wskazywać, że wiedza o COVID-19 zmniejsza niepokój o przyszłość i zwiększa poczucie kontroli w czasie, co pokazuje, że wiarygodne, aktualne i dokładne informacje zdrowotne były związane z niższym poziomem stresu, lęku i depresji (Sobol, Blachnio i Przepiórki 2020).

Dobrostan psychiczny ludzi w czasie pandemii

Kanadyjscy badacze Gordon J. Asmundson i Steven Taylor (2020) opublikowali w sierpniu 2020 r. artykuł na temat zjawiska koronafobii, podejmujący próbę wyjaśnienia wzrostu depresji, uogólnionego niepokoju i lęku przed śmiercią w obliczu koronawirusa, a także opisujący negatywne skutki pandemii na całym świecie. Autorzy usiłowali zweryfikować, czy fobia przed koronawirusem może być czynnikiem powodującym pogorszenie funkcjonowania psychicznego ludzi, chociaż w aktualnej literaturze znajdują się już wskazówki, które mogą pomóc nam zrozumieć, jakich reakcji psychologicznych można się spodziewać podczas pandemii COVID-19, z uwagi na doświadczenia wynikłe z przebiegu wcześniejszych epidemii i pandemii. Na podstawie tych doświadczeń Asmundson i Taylor sugerują, iż w koronafobii mogą odgrywać rolę różne psychologiczne czynniki podatności, w tym indywidualne zmienne takie jak nietolerancja niepewności, postrzegana podatność na chorobę i skłonność do lęku (niepokój). Badania przeprowadzone na podstawie ognisk innych chorób zakaźnych sugerują też, że wspomniane zmienne, np. postrzegana podatność na chorobę, mogą odgrywać rolę zarówno w koronafobii, jak i ksenofobii związanej z koronawirusem. Podobnie, z pomocą sensacyjnych nagłówków w mediach społecznościowych, wykazano, że brak informacji i dezinformacja podsycają

lęki i fobie związane ze zdrowiem. Czynniki te mogą również odgrywać ważną rolę w koronafobii. Autorzy stwierdzili, że psychologiczne żniwo kryzysu zdrowotnego wywołanego pandemią może się nasilić, ponieważ liczba zgonów, masowe bezrobocie i nakładane kwarantanny nadal rosną w zastraszającym tempie. Chociaż zdaniem Asmundsona i Taylora badania empiryczne, w tym na temat strachu i niepokoju o COVID-19 lub koronafobii, zapoczątkowane w 2020 r. i realizowane w 2021 r., obejmowały zachowania we wczesnych fazach rozwoju pandemii. Snow Digon (2020) podaje, że wielu Amerykanów zapewne zwiększyło używanie leków na receptę, aby poradzić sobie ze stresem i niepokojem – gdyż popyt na środki przeciwlękowe wzrósł o 34,1% tylko od połowy lutego do połowy marca 2020 r. Inne badania nad koronafobią (Lee 2020; Lee i in. 2020) wykazały też, że osoby, które boją się wirusa SARS-CoV-2 i niepokoją się jego obecnością, mają tendencję do odczuwania spójnego zestawu nieprzyjemnych fizjologicznych objawów, które są wywoływane przez myśli lub informacje związane z tą chorobą zakaźną. Kliniczne poziomy koronafobii zostały zdefiniowane na poziomie dziewięciu lub więcej w Skali Lęku przed Koronawirusem. Wykazano, że koronafobia jest silnie związana z podwyższoną depresją, uogólnionym lękiem, beznadziejnością, myślami samobójczymi i zaburzeniami czynnościowymi. Co bardziej niepokojące, zaczynają pojawiać się również domniemane przypadki samobójstw z powodu koronafobii. Psychologiczne cierpienie, takie jak uogólniony lęk i depresja, nie może – zdaniem wspomnianych autorów (Lee 2020; Lee i in. 2020) – jako jedyne prowadzić do koronafobii. Przypadki samobójstw kwestionują rolę lęku przed śmiercią, ponieważ istnieje stosunkowo wysoki wskaźnik śmiertelności dla COVID-19, zwłaszcza w porównaniu z historycznymi epidemiami, grypą sezonową i innymi głównymi przyczynami zgonów w USA. Tak więc pojawienie się ewentualnego lęku przed śmiercią, depresja i uogólniony lęk oraz ich role odnoszące się do koronafobii powinny być lepiej zbadane. Stres ten został opisany już w 2019 r. w *The psychology of pandemics*, najnowszej książce Taylora (2019), który poniekąd przewidział pandemię.

Nowsze badania Eberharda A. Deisenhammera i Georga Kemmlera (2021), które zostały opublikowane w styczniu 2021 r. na temat zmniejszenia liczby samobójstw w pierwszych sześciu miesiącach

trwania pandemii, wydają się mieć wyniki na pierwszy rzut oka dość zaskakujące ze względu na obawy co do możliwości drastycznego wzrostu liczby samobójstw w następstwie pandemii COVID-19. Potencjalne negatywne konsekwencje pandemii to przewidywany wzrost stopy bezrobocia oraz społeczne i osobiste konsekwencji obostrzeń wprowadzonych w wielu krajach. Sześć miesięcy, które upłynęły od początku pandemii, wydaje się dla wspomnianych autorów rozsądnym okresem obserwacji dla pierwszego zbadania rzeczywistych danych. Przykładowo Deisenhammer i Kemmler oparli się na Rejestrze Samobójstw w Tyrolu (TSR), który obejmuje wszystkie przypadki samobójstw w tym kraju związkowym Austrii, tworzonym na podstawie comiesięcznych indywidualnych raportów dostarczanych przez policję. Badacze ocenili liczbę samobójstw w okresie od 1 kwietnia do 30 września 2020 r. i porównali je z odpowiednimi liczbami z lat poprzednich (2006–2019). Autorzy donoszą, że w przypadku pandemii COVID-19 – podobnie jak po niektórych wcześniejszych katastrofalnych wydarzeniach, które w wyniku działalności człowieka albo klęsk żywiołowych dotknęły populację danego kraju, a nawet całego świata – liczba samobójstw w analizowanym okresie nie wzrosła.

Jak wskazują powyższe analizy, obok tragicznych skutków związanych z wysoką śmiertelnością oraz ciężkim przebiegiem choroby, prowadzącej u niektórych osób do trwałej utraty zdrowia, pandemia wyzwoliła w społeczeństwie szereg obciążeń psychologicznych, lęków i traum, nasilających się przez agresywny przekaz medialny i strach przed nieznanym. Czas pandemii stanowi wyzwanie i często zagrożenie dla zdrowia psychicznego jednostki. Świat bardzo się zmienił, równowaga i stabilizacja zostały naruszone, a mechanizmy adaptacyjne wielu osób zostały nadwyrężone. Pojawiło się zwiększone ryzyko utraty życia, zdrowia, pracy i środków do utrzymania, co przyczyniło się do pozbawienia poczucia bezpieczeństwa. Ludzie o słabszej indywidualnej konstrukcji psychicznej, u których przed pandemią nie występowały zaburzenia, odczuli jej destrukcyjny wpływ na swoje zdrowie psychiczne. Manifestowało się to stresem, fobią, obniżeniem nastroju, a nawet zaburzeniami obsesyjnymi. Zaobserwowano także wzrost zachowań autodestrukcyjnych, w tym uzależnień i samookaleczeń. Analizy wykazały również drastyczny

wzrost aktów przemocy domowej w czasie przymusowej izolacji, co niewątpliwie będzie skutkować obniżeniem odporności psychicznej (Wojtczuk 2020).

Potwierdził to Janusz Heitzman w badaniach nad wpływem pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne, wykazując, że można już mówić o występowaniu u wielu ludzi ostrej reakcji na stres (ASD) na skutek traumy przeżywanej w związku z informacjami o zagrożeniach wywołanych przez wirus SARS-CoV-2. Są to m.in. bolesne doświadczenia związane z własnym przechorowaniem lub cierpieniem albo zgonem bliskich osób. Ważne są tu również konsekwencje regulacji sanitarno-epidemiologicznych, ograniczenia powodujące problemy egzystencjalne, a także brak gwarancji dostępności do nowoczesnego leczenia, nawet w stanach zagrożenia życia z powodu braku miejsca czy respiratora. Należy zauważyć, że przeżycia traumatyczne mogą być nasilone przez utrwalanie i pogłębianie ich za pośrednictwem mediów społecznościowych, gdzie nadaje się często komunikaty dezinformacyjne o sensacyjnym wydźwięku. Zwiększa to poziom lęku i niepokoju. W pandemicznym ostrym zaburzeniu stresowym można zaobserwować ponadto poczucie bezradności, rozpaczy, czasami stany paniki, nadmierną czujność, drażliwość i reagowanie agresją, natrętne myśli o epidemii, objawy depresyjne, a także zaburzenia snu czy koncentracji uwagi. Poza ostrymi zespołami stresowymi obserwuje się również zespoły przewlekłej reakcji na stres (PTSD), a wspomniane zjawiska mogą wciąż narastać (Heitzman 2020).

W tym miejscu przytoczone zostaną wyniki niepublikowanych badań własnych zrealizowanych w maju 2021 r. wśród 102 respondentów, z których większość (70,6%) nie chorowała jeszcze na COVID-19. Ich celem było ukazanie zdrowia psychicznego oraz przedstawienie ryzyka nasilenia objawów depresyjnych i lękowych u Polaków w dobie pandemii COVID-19 na podstawie Inwentarza Depresji (BDI) Aarona Becka (Zawadzki, Popiel, Pragłowska 2009) oraz Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ) Davida Goldberga (Williams i in. 2001), a także specjalnie opracowanego kwestionariusza ankiety. Większość badanych oceniała swój stan psychiczny przed wybuchem pandemii jako co najmniej dobry. Tylko 6% osób określała go jako zły, jednak w trakcie pandemii

liczba ta wzrosła do 35,3%. W trakcie pandemii aż 58,8% badanych zaobserwowało u siebie pewne objawy psychosomatyczne (związane np. z bólami głowy czy bólami mięśniowymi). Średnia ocena stanu psychicznego przed pandemią była wyższa (Me = 3,00) w porównaniu z oceną stanu zdrowia po doświadczeniach związanych z pandemią (Me = 2,00). Wyniki testowania wskazywały, że różnica pomiędzy oceną stanu psychicznego przed i po pandemii jest istotna statystycznie ($p < 0{,}001$). Znaczny wpływ na badanych wywarła izolacja (76,5%), która – jak wskazują polskie doniesienia (Gambin i in. 2020) – miała znaczny wpływ na poziom lęku i depresji. Jednak w przypadku badanej grupy nie wpłynęła ona na jakość (61,8%) ani długość snu (57,8%). Ponadto w omawianych badaniach wykazano silną korelację depresji z symptomami somatycznymi, niepokojem i bezsennością oraz zaburzeniem funkcjonowania, natomiast związki depresji były bardzo silne zarówno ze Skalą Symptomy Depresji, jak i Skalą Ogólny Stan Zdrowia Psychicznego. Oznacza to, że im większe było nasilenie depresji u badanych osób, tym wyższe było natężenie symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania oraz symptomów depresji. Podobne zależności wystąpiły w badaniach włoskiego zespołu Cristiny Mazza, w których stwierdzono, iż sytuacja pandemiczna może powodować nasilenie dystresu psychologicznego, w tym objawów lęku i depresji. W omawianych badaniach nie potwierdzono związku między wiekiem badanych a ich poziomem depresji i zdrowiem psychicznym, ale wykazano, że kobiety mają wyższy poziom depresji niż mężczyźni, jak również większe nasilenie występowania symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności oraz niższy poziom ogólnego stanu zdrowia (Mazza i wsp. 2020).

Kolejne badania, które warto przytoczyć, wykazały znaczący wpływ psychologiczny COVID-19 na ogół społeczeństwa w Chinach, a ich autorzy (Wang i in. 2020) zaproponowali kilka interwencji psychologicznych, takich jak terapia poznawczo-behawioralna (CBT) wraz z tradycyjną medycyną chińską, np. samodzielne stosowanie techniki akupresury i wolności emocjonalnej. Natomiast badacze z USA (Polizzi, Lynn, Perry 2020) proponują wiele strategii radzenia sobie w analizowanych okolicznościach COVID-19 – tradycje zachodnie i wschodnie strategie, w tym behawioralną aktywizację,

radzenie sobie przez akceptację, uważność praktyki i medytację miłującej dobroci, aby zmniejszyć stres i promować odporność. W miarę pojawiania się kolejnych, skoordynowanych badań potrzebne są globalne wysiłki w celu śledzenia skuteczności interwencje w różnych populacjach.

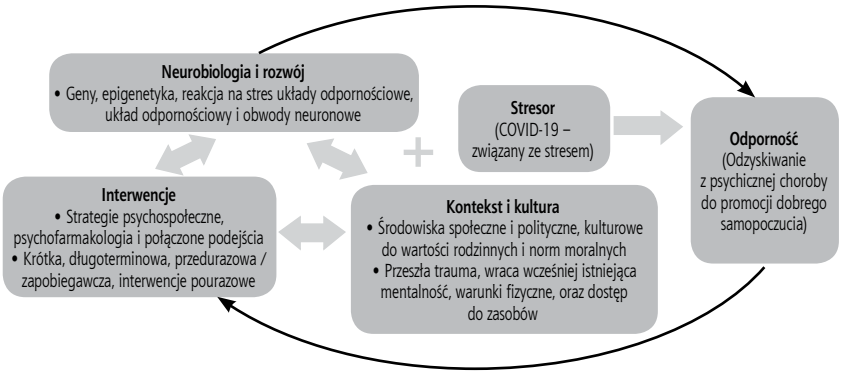
Po dwóch latach trwania pandemii Hebatallah Mostafa Ali (2022) opublikowała badania wpływu COVID-19 na 532 pracowników służby zdrowia w Malezji, szczególnie na ich wypalenie zawodowe określone Kwestionariuszem Wypalenia Zawodowego (MBI) Maslach. Wyniki wskazały, że poziom wypalenia i częstość doświadczanych objawów psychosomatycznych są skorelowane z rosnącym obciążeniem pracą w sytuacji pandemii COVID-19, a znalezienie sensu we własnej pracy jest skorelowane z osobistą przyjemnością. Autorka wykazała, że należy podjąć pilne działania w celu zminimalizowania obciążenia pracowników służby zdrowia podczas pandemii, aby zapewnić dobrobyt i bezpieczeństwo ich życia.

Podsumowanie

Koronawirus, który pojawił się w chińskim mieście Wuhan, swoim zasięgiem szybko objął cały świat i sprawił, że życie zdecydowanej większości ludzi zmieniło się po wybuchu pandemii COVID-19.

Zespół Halley Kaye-Kauderer, uwzględniając założenia koncepcji *resilience*, potraktował w sposób kompleksowy warunki towarzyszące pandemii COVID-19 jako jeden wspólny stresor i zaadaptował go (Kaye-Kauderer i in. 2021) w zintegrowanym modelu odporności (rycina 2).

W modelu tym wskazano, że neurobiologia i profile rozwojowe wchodzą w interakcję z kontekstem i kulturą, a także poczynionymi postępami z interwencji. U podstaw odporności leży interakcja między tymi trzema systemami a samym stresorem. Pandemii COVID-19 użyto jako przykładu uniwersalnego stresora, który może mieć wpływ na różnorodne populacje i kultury na całym świecie. Związek ten przebiega w obu kierunkach, ponieważ odporność rozwinięta i przejawiana przez jednostki może również skutkować dalszym wpływem na ich neurobiologię, kontekst i kulturę oraz praktykowane interwencje.



Rycina 2. Zintegrowany model odporności (Kaye-Kauderer i in. 2021 s. 173 [tłum. E.W.-R.]).

Chociaż poszczególne osoby w różny sposób doświadczają pandemii, to z perspektywy psychologicznej kojarzy się ona z sytuacją trudną lub stresogenną, co wynika głównie z braku równowagi między wyzwaniami, przed jakimi stają ludzie (pracą zdalną, izolacją, utratą dochodów itp.), a zasobami, które pozwalają na radzenie sobie ze stresem.

Problem ten dotyczy również Polaków, u których wzrosło poczucie zagrożenia zdrowia i życia, doprowadzając do dwukrotnie większej liczby zachorowań na depresję i częstszego odczuwania innych objawów depresji – takich jak: spadek energii, bezsenność, trudności z koncentracją czy kłopoty z pamięcią. Istotne są też dodatkowo częściej występujące myśli samobójcze, utrata wiary w siebie, zmiany łaknienia i masy ciała. Szczególnie jest to znaczące wśród ludzi młodych, gdyż już przed pandemią liczba prób samobójczych w tej grupie wiekowej plasowała Polskę na drugim miejscu w Europie.

Z przeprowadzonej analizy można zatem wnioskować, iż znaczna część populacji po doświadczeniu pandemii wymaga pomocy psychologicznej i terapeutycznej oraz wsparcia innych osób, ale też, że własne zasoby jednostki i wykorzystywane sposoby radzenia sobie ze stresem pozwalają na adaptacje i przezwyciężanie przeciwności w sytuacjach trudnych, skutkując utrzymaniem zdrowia psychicznego – należy zatem pamiętać o potrzebach zdrowia psychicznego.

Bibliografia

Asmundson G.J.G., Taylor S. (2020), *Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak*, „Journal of Anxiety Disorders", vol. 70, 102196, https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196.

Baker F.R.L., Baker K.L., Burrell J. (2021), *Introducing the skills-based model of personal resilience: drawing on content and process factors to build resilience in the workplace*, „Journal of Occupational and Organizational Psychology", vol. 94, no. 6, s. 458–481, https://doi.org/10.1111/joop.12340.

Bargain O., Aminjonov U. (2020), *Trust and compliance to public health policies in times of COVID-19*, „Journal of Public Economics", vol. 192, 104316, https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104316.

Bish A., Michie S. (2010), *Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review*, „British Journal of Health Psychology", vol. 5, s. 797–824.

Brehm J.W. (1966), *A Theory of Psychological Reactance*, New York.

Deisenhammer E.A., Kemmler G. (2021), *Decreased suicide numbers during the first 6 months of the COVID-19 pandemic*, „Psychiatry Research", vol. 295, 113623, https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113623.

Digon S. (2020), *Anti-anxiety prescription meds increase amid COVID-19 pandemic, report says*, „International Business Times", 21.04, https://www.ibtimes.com/anti-anxiety-prescription-meds-increase-amid-covid-19-pandemic-report-says-2962093 [3.04.2024].

Falewicz A. (2016), *Prężność osobowości i jej rola w procesach radzenia sobie ze stresem*, „Studia Koszalińsko Kołobrzeskie", nr 23, s. 236–275.

Feder A., Fred-Torres S., Southwick S.M., Charney D.S. (2019), *The biology of human resilience: opportunities for enhancing resilience across the life span*, „Biological Psychiatry", vol. 86, issue 6, s. 443–453.

Fredrickson B.L. (2001), *The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and build theory of positive emotions*, „American Psychologist", vol. 56, issue 3, s. 218–226.

Fredrickson B.L., Losada M.F. (2005), *Positive affect and the complex dynamics of human flourishing*, „American Psychologist", vol. 60, issue 7, s. 678–686.

Galderisi S., Heinz A., Kastrup M., Beezhold J., Sartorius N. (2015), *Toward a new definition of mental health*, „World Psychiatry", vol. 14, no. 2, s. 231–233.

Galderisi S., Heinz A., Kastrup M., Beezhold J., Sartorius N. (2017), *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego*, „Psychiatria Polska", vol. 51, nr 3, s. 407–411.

Gambin M., Sękowski M., Woźniak-Prus M., Cudo A., Hansen K., Gorgol J., Huflejt-Łukasik M., Kmita G., Kubicka K., Łyś A., Maison D., Oleksy T., Wnuk A. (2020), *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*, https://psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/8/2022/08/Uwarunkowania_objawow_depresji_leku_w_trakcie_pandemii_raport.pdf [dostęp: 2.04.2024].

Garmezy N. (1974), *The study of competence in children at risk for severe psychopathology*, [w:] *The child in his family*, vol. 3: *Children at psychiatric risk*, eds. E.J. Anthony, C. Koupernik, New York, s. 77–97.

Gromulska L. (2010), *Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Przegląd Epidemiologiczny / Epidemiological Review", vol. 64, nr 1, s. 127–132.

Hajek K.V., Häfner M. (2021), *Dynamics of Opposition – How Fear and Sorrow moderate Reactance Arousal during the COVID-19 Pandemic*, „PsychArchives", https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.4712.

Hebatallah Mostafa Ali (2022), *Impact of COVID-19 on Health Care Workers – Burnout Scenario in This Pandemic*, „International Journal of Psychological and Brain Sciences", vol. 7, no. 1, s. 1–6.

Heitzman J. (2020), *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*, „Psychiatria Polska", vol. 54, no. 2, s. 187–198.

Kaye-Kauderer H., Feingold J.H., Feder A., Southwick S., Charney D. (2021), *Resilience in the age of COVID-19,* „BJPsych Advances", vol. 27, s. 166–178, https://doi.org/10.1192/bja.2021.5.

Kluczyńska S. (2015), *Zdrowie psychiczne – wybrane definicje i koncepcje wyjaśniające*, [w:] *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych: wybrane zagadnienia*, red. E. Sokołowska, L. Zabłocka-Żytka, S. Kluczyńska, J. Wojda-Kornacka, Warszawa, s. 25–39.

Lee S.A. (2020), *Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety*, „Death Studies", vol. 44, issue 7, s. 393–401, https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481.

Lee S.A., Jobe M.C., Mathis A.A., Gibbons J.A. (2020), *Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety*, „Journal of Anxiety Disorders", vol. 74, 102268, https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268.

Luthar S.S., Cicchetti D. (2000), *The construct of resilience: Implications for interventions and social policies*, „Development

and Psychopathology", vol. 12, issue 4, s. 857–885, https://doi.org/10.1017/S0954579400004156.

MacKean G. (2011), *Mental Health and Well-Being in Post-Secondary Education Settings: A Literature and Environmental Scan to Support Planning and Action in Canada*, CACUSS pre-conference workshop: Student Mental Health: A Call to Action, Toronto, June.

Masten A.S., Powell J.L. (2003), *A resilience framework for research, policy, and practice*, [w:] *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, ed. S.S. Luthar, Cambridge, s. 1–26, https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.003.

Mazza C., Ricci E., Biondi S., Colasanti M., Ferracuti S., Napoli C., Roma P. (2020), *A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors*, „International Journal Of Environmental Research and Public Health", vol. 17, no. 9, 3165, https://doi.org/10.3390/ijerph17093165.

Mróz J. (2014), *Prężność i poczucie stresu a typy zachowań i przeżyć związanych z pracą wśród pielęgniarek*, „Hygeia Public Health", t. 49, nr 4, s. 857–863.

Ogińska-Bulik N. (2018), *Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in nurses working in palliative care – the role of psychological resilience / Wtórny stres traumatyczny i zastępczy wzrost po traumie u pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej – rolą prężności psychicznej*, „Advances in Psychiatry and Neurology / Postępy Psychiatrii i Neurologii", vol. 27, no. 3, s. 196–210.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008), *Skala pomiaru prężności – SPP-25*, „Nowiny Psychologiczne", nr 3, s. 39–56.

Ogińska-Bulik N., Zadworna-Cieślak M. (2014), *Rola prężności psychicznej w radzeniu sobie ze stresem związanym z egzaminem maturalnym*, „Przegląd Badań Edukacyjnych", nr 19, s. 7–24, http://dx.doi.org/10.12775/PBE.2014.019.

Polizzi C., Lynn S.J., Perry A. (2020), *Stress and coping in the time of Covid-19: pathways to resilience and recovery*, „Clinical Neuropsychiatry", vol. 17, no. 2, s. 59–62, https://doi.org/10.36131/CN20200204.

Reiss S., Franchina V., Jutzi C., Willardt R., Jonas E. (2020), *From anxiety to action – Experience of threat, emotional states, reactance, and action preferences in the early days of COVID-19 self-isolation in Germany and Austria*, „PLoS ONE", vol. 5, no. 12, e0243193, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243193.

Rutter M. (1987), *Psychosocial resilience and protective mechanisms*, „American Journal of Orthopsychiatry", vol. 57, no. 3, s. 316–331, https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x.

Sobol M., Blachnio A., Przepiórka A. (2020), *Time of pandemic, Temporal perspectives related to compliance with public health regulations concerning the COVID-19 pandemic*, „Social Science & Medicine", vol. 265, 113408, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113408.

Southwick S.M., Bonanno G.A., Masten A.S., Panter-Brick C., Yehuda R. (2014), *Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives*, „European Journal of Psychotraumatology", vol. 5, (1)25338, http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338.

Southwick S.M., Charney D.S. (2018), *Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges*, 2nd ed., Cambridge.

Szwajca K. (2014), *Sprężystość (resilience) i odpowiedzi na doświadczenia urazowe – fascynujący i trudny obszar badań*, „Psychiatria Polska", vol. 48, no. 3, s. 563–572.

Taylor S. (2019), *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*, Cambridge.

Wang X., Lei S.M., Le S., Yang Y., Zhang B., Yao W., Gao Z., Cheng S. (2020), *Bidirectional Influence of the COVID-19 Pandemic Lockdowns on Health Behaviors and Quality of Life among Chinese Adults*, „International Journal Of Environmental Research and Public Health", vol. 17, no. 15, 5575.

Westerhof G.J., Keyes C.L.M. (2010), *Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan*, „Journal of Adult Development", vol. 17, s. 110–119.

Williams P., Goldberg D., Makowska Z. (2001), *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników Kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*, tłum. D. Merecz, Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź.

Wilsz J. (2018), *Zdrowie psychiczne w kontekście procesów samoregulacji – ujęcie cybernetyczne*, [w:] *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie interdyscyplinarne. Zdrowie psychiczne szczególnym wyzwaniem XXI wieku*, red. H. Marek, E. Szymańska, Poznań, s. 53–72.

Wojtczuk A. (2020), *Pandemia koronawirusa – zmiana w świecie. Zagrożenia dla zdrowia psychicznego i szanse rozwojowe*, „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy" 2020, nr 20(13), s. 101–113.

Wróblewska M. (2018), *Religia a zdrowie psychiczne człowieka,* [w:] *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie interdyscyplinarne. Zdrowie psychiczne*

szczególnym wyzwaniem XXI wieku, red. H. Marek, E. Szymańska, Poznań, s. 119–128.

Zajenkowski M., Jonason P.K., Leniarska M., Kozakiewicz Z. (2020), *Who complies with the restrictions to reduce the spread of COVID-19?: personality and perceptions of the COVID-19 situation*, „Personality and Individual Differences", vol. 166, 110199, https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110199.

Zawadzki B., Popiel A., Pragłowska E. (2009), *Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka*, „Psychologia – Etiologia – Genetyka", t. 19, s. 71–95.

DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6-3

Anna Merklinger-Gruchała

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
https://orcid.org/0000-0002-7822-6945

Maria Kapiszewska

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
https://orcid.org/0000-0002-8864-6636

WYKSZTAŁCENIE MATKI – CZYNNIK OCHRONNY PRZED STRESOGENNYM ODDZIAŁYWANIEM BRAKU WSPARCIA ZE STRONY PARTNERA W TRAKCIE CIĄŻY

Streszczenie

Dobrostan psychiczny kobiety ciężarnej to jeden z niezbędnych warunków nie tylko prawidłowego rozwoju płodu, ale także zdrowia dziecka zarówno w okresie noworodkowym, jak również w dalszych etapach życia. Ciąża często wiąże się z poczuciem bezradności, lęku, niepokoju czy nawet z depresją, które to czynniki zwiększają ryzyko przedwczesnego porodu, niskiej masy urodzeniowej, a także poronienia. W szczególności chroniczny stres jest związany z niechcianą ciążą, negatywną reakcją partnera, brakiem jego zaangażowania, a w skrajnych przypadkach – nieuznaniem ojcostwa. Zmiany kulturowe i strukturalne, które dokonały się po transformacji ustrojowej w Polsce, rosnąca liczba związków nieformalnych i rodzących się w nich dzieci skłaniają do pytania, czy pozostawanie matki w nieformalnym związku, czy też brak akceptacji dziecka przez ojca może mieć wpływ na rozwój płodu, np. kończący się urodzeniem

dziecka z niską masą urodzeniową (*low birth weight*, LBW) (<2500 g) i czy na ten ewentualny związek mają wpływ zasoby edukacyjne kobiety.

Celem badania była ocena, czy na gorszą kondycję zdrowotną noworodka, mierzoną LBW, mają wpływ większe zasoby matczyne (posiadane wykształcenie) rekompensujące stresogenny brak wsparcia ojca podczas ciąży, pośrednio mierzony stanem cywilnym matki, a w związkach pozamałżeńskich przez legitymizacje bądź nie dziecka przez ojca. Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem danych pochodzących z rejestru urodzeń Głównego Urzędu Statystycznego w okresie 1995–2009.

Stwierdzono, że wpływ mniejszego zaangażowania ojca lub jego brak na ryzyko urodzenia dziecka z LBW był istotnie większy u kobiet z niższym wykształceniem, co potwierdza synergistyczne oddziaływanie obu czynników (czynnika stresogennego, tj. braku zaangażowania ojca, i zasobów edukacyjnych matki). Wyższe wykształcenie matki (większe zasoby osobiste) może stanowić czynnik ochronny przed stresogennym oddziaływaniem braku wsparcia ze strony partnera w trakcie ciąży.

Słowa kluczowe: kohabitacja, małżeństwo, stan cywilny, niska masa urodzeniowa, stres, ojcostwo, zasoby osobiste, wykształcenie, wynik porodu, wsparcie społeczne, ciąża

Mother's education – a protective factor against the stressful impact of lack of support from a partner during pregnancy

Abstract

The mental well-being of a pregnant woman is one of the necessary conditions not only for the proper development of the fetus, but also for the health of the child, both in the neonatal period and in later stages of life. Pregnancy is often associated with a sense of helplessness, fear, anxiety, or even depression, which increase the risk of premature birth, low birth weight, and miscarriage. In particular, chronic stress is associated with unwanted pregnancy, negative reaction of the partner, lack of his involvement, and in extreme cases, refusal to acknowledge paternity. Cultural and structural changes that took place after the political transformation in Poland, as well as the growing number of informal relationships and children born in them, raise the question whether the mother's remaining in an informal relationship or the lack of acceptance of the child by the father may affect the development of the fetus, e.g. ending with the birth of a child with low birth weight (LBW) (<2500 g) and whether this possible relationship is influenced by the woman's educational resources.

The aim of the study was to assess whether the worse health condition of the newborn, measured by LBW, is influenced by greater maternal resources (education) compensating for the stressful lack of father's support during pregnancy, indirectly measured by the mother's marital status, and in extramarital relationships by the father's legitimization or not of the child. The study was

conducted using data from the birth register of the Statistics Poland in the period 1995–2009.

It was found that the impact of lower or no father's involvement on the risk of giving birth to a child with LBW was significantly greater in women with lower education, which confirms the synergistic effect of both factors (stress factor, i.e. lack of father's involvement, and mother's educational resources). The mother's higher education (greater personal resources) may be a protective factor against the stressful impact of lack of support from the partner during pregnancy.

Key words: cohabitation, marriage, marital status, low birth weight, stress, fatherhood, personal resources, education, birth outcome, social support, pregnancy

Wprowadzenie

Bogatsze zasoby matczyne, np. poziom wykształcenia zwiększający możliwości na rynku pracy, poprawiający sytuację finansową i niezależność, sprzyjają lepszej kondycji psychicznej kobiety w okresie ciąży (Currie, Moretti 2003). Wyższe wykształcenie wzmacnia także poczucie wpływu na własne życie, wiary we własne możliwości oraz gotowość do sprostania wyzwaniu, jakim jest trudny i stresogenny okres ciąży i porodu, zwłaszcza w sytuacji braku wsparcia ze strony partnera (Harknett, Kuperberg 2011). W szczególności wydaje się ono najistotniejsze w sytuacji stresogennej, takiej jak niechciana ciąża, negatywna reakcja partnera, brak jego zaangażowania, a w skrajnych przypadkach – nieuznanie ojcostwa. Stres w okresie ciąży i wpływ, jaki może wywierać na jej przebieg, a nawet dalsze zdrowie i życie dziecka, jest dobrze rozpoznany (Arabin i in. 2021). Niewątpliwie współdziałanie obydwu tych czynników (wykształcenia i czynników stresogennych), podobnie jak młody wiek matki, niski status socjoekonomiczny czy brak pracy, będzie wpływać na rozwój płodu, często wchodząc z sobą w interakcje (Mann 1992; Elsenbruch i in. 2007; Cheng i in. 2016; Padilla, Reichman 2001; Shah, Zao, Ali 2011; Cantarutti i in. 2017). Wykazano np., jak bardzo pogarsza się status społeczny, a także ekonomiczny matek pozostających poza związkiem małżeńskim (Currie, Moretti 2003). Chroniczny stres obserwuje się także u samotnych matek w związku z doświadczaną przez nie dezaprobatą środowiska, czy nawet stygmatyzacją, zwłaszcza w tradycyjnych społecznościach (Mynarska, Bernardi 2007). Doświadczenia

te dla ciężarnej niebędącej w żadnym związku, a nawet dla pozostającej w nieformalnej relacji, są obarczone stresem, tym większym, im sytuacja postrzegana jest jako przekraczająca zasoby, jakimi dysponuje kobieta. Mimo że jakość związku i wsparcie ze strony ojca dziecka nie musi być związane ze sformalizowaniem związku, to jak pokazują badania, jakość i trwałość nieformalnych związków jest znacznie mniejsza niż tradycyjnych małżeństw (Brown, Manning, Payne 2017). W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się kobiety, kiedy mężczyzna nie uznaje ojcostwa, na co wskazuje brak imienia ojca w akcie urodzenia dziecka (Guzzo, Hayford 2012; Nepomnyaschy, Garnfinkel 2011; Anderson 2017). Jak sugerują autorzy podobnych prac, relacja między matką a ojcem w tych okolicznościach musiała być krótkotrwała i charakteryzowała się niskim zaufaniem ojcowskim (Anderson 2017) albo matka nie wie, kim jest ojciec jej dziecka. W tych szczególnych sytuacjach wysoki poziom stresu, izolacja społeczna, trudności finansowe i niepewność co do przyszłości muszą wpływać negatywnie na zdrowie psychiczne ciężarnej kobiety, przenosząc się na prawidłowy rozwój ciąży. Dowiedziono bowiem, że podniesiony poziom stresu w czasie ciąży jest obarczony dużym ryzykiem poronienia, przedwczesnego porodu czy urodzenia dziecka z niską masą urodzeniową (*low birth weight*, LBW) (Witt i in. 2014; Merklinger-Gruchala, Jasienska, Kapiszewska 2019). Jest to szczególnie istotne, gdyż LBW niesie za sobą negatywne skutki w perspektywie tak krótko-, jak i długoterminowej (Boardman i in. 2002; Case, Paxson 2010; Figlio i in. 2014).

W niniejszej pracy postawiono zatem hipotezę, że jednym z czynników, które mogą zwiększyć odporność na stres wynikający ze stanu cywilnego matki i statusu prawnego dziecka oraz modyfikować negatywne skutki w przebiegu ciąży, jest zwiększenie zasobów matczynych przez osiągnięcia edukacyjne kobiety. To edukacja może polepszyć status społeczno-ekonomiczny kobiety, przekładając się na wzmocnienie poczucia niezależności i poprawę jej sytuacji ekonomicznej i zawodowej (Blumenshine i in. 2010; Ahmed 2022). Narażenie matki na stres został przeanalizowany jedynie w sposób pośredni – przez brak wsparcia ojca podczas ciąży mierzony stanem cywilnym matki, a w związkach pozamałżeńskich legitymizacją bądź nie dziecka przez ojca noworodka w rejestrze urodzeń Głównego

Urzędu Statystycznego (GUS). Następnie analizie poddano, czy takie narażenie wpływa na ryzyko urodzenia dziecka z LBW i czy ryzyko to może być modyfikowane zasobami edukacyjnymi matki. Interesującą kwestię stanowiło także to, czy zasoby matki (wykształcenie) oddziałują niezależnie czy synergistycznie w powiązaniu ze stresem prenatalnym, wpływając na ryzyko LBW.

Materiał i metody

W badaniu wykorzystano dane pochodzące z rejestru GUS obejmujące kohortę urodzonych w latach 1995–2009 niemowląt, których matki mieszkały w Krakowie[1]. W grupie tej uwzględniono wyłącznie urodzenia żywe, pochodzące z ciąż pojedynczych, trwających od 37 do 42 tygodni (poród terminowy). Wyłączono natomiast ciąże mnogie, matki, które urodziły noworodki martwe, z makrosomią (>4000 g) lub przed terminem (wcześniactwo), oraz kobiety, które nie ukończyły 25. r.ż. (w celu ograniczenia wpływu wieku na wykształcenie). Ostatecznie w badanej grupie uwzględniono N = 56 909 noworodków.

Rekord noworodka zawierał następujące dane: miesiąc i rok urodzenia, masę urodzeniową (w gramach), płeć; w przypadku matki: wiek (w latach), wiek ciążowy (w tygodniach), liczbę porodów, wykształcenie (podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie ogólnokształcące lub specjalistyczne, wyższe), status zatrudnienia (zatrudniona *vs.* niezatrudniona) i jej stan cywilny (zamężna *vs.* niezamężna, tj. stanu wolnego, wdowa, rozwiedziona lub w separacji). Dane dotyczące ojca, jeśli były dostępne, obejmowały wiek, wykształcenie oraz status zatrudnienia, określone analogicznie jak w przypadku danych matki.

Posiadanie co najmniej wykształcenia średniego (maturalnego) uznano za czynnik określający wyższy poziom zasobów matki.

[1] W badaniu uwzględniono dane z lat 1995–2009 ze względu na obowiązujące wówczas przepisy prawne dotyczące braku konieczności wpisywania przez osobę zgłaszającą urodzenie do rejestru GUS danych o ojcu dziecka. Art. 61 ust. 2 ustawy z 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego wprowadził obowiązek wpisywania w akcie urodzenia imienia ojca wskazanego przez osobę zgłaszającą urodzenie, jeżeli nie nastąpiło uznanie ojcostwa albo sądowe ustalenie ojcostwa (Starzewski 2023).

Z kolei za niski poziom zasobów matki uznano wykształcenie niższe niż średnie.

Narażenie na stres w trakcie ciąży zdefiniowano za pomocą stanu cywilnego matki i statusu prawnego dziecka. Za stres na poziomie podstawowym uznano stres matek zamężnych, za podwyższony poziom stresu przyjęto stres matek niezamężnych, gdy ojciec dziecka uznaje je za swoje, natomiast za najwyższy poziom stresu uznano stres samotnych matek (kobiet niezamężnych, które nie podają żadnych danych o ojcu dziecka do rejestru urodzeń).

Rozwój płodu oceniono za pomocą masy urodzeniowej, która uznawana jest za wyznacznik kondycji wczesnorozwojowej młodego organizmu. Uznano, że noworodki charakteryzujące się LBW (tj. poniżej 2500 g) to noworodki mające spowolniony rozwój w okresie prenatalnym.

Analizy statystyczne

Wykonano statystykę opisową w podgrupach LBW i NBW (*normal birth weight* – prawidłowej masy urodzeniowej). W celu porównania podgrup użyto testu Chi^2 Pearsona oraz testu U Manna-Whitneya.

Pierwszy etap analiz obejmował niezależny wpływ poziomu stresu zdefiniowany jako stan cywilny matki i status prawny dziecka (zmienna jakościowa o trzech poziomach) oraz zasobów edukacyjnych matki (zmienna jakościowa o dwóch kategoriach) na ryzyko LBW (zmienna dychotomiczna) za pomocą wieloczynnikowej analizy regresji logistycznej bez interakcji, po uwzględnieniu wieku matki, kolejności ciąż, płci noworodka i roku urodzenia dziecka. W kolejnym etapie badania wykonano tę samą analizę, lecz oddzielnie w każdej z grup kobiet o odmiennym poziomie zasobów edukacyjnych (wykształcenie co najmniej maturalne *vs.* brak wykształcenia maturalnego).

Wpływ sytuacji stresogennej na ryzyko urodzenia dziecka z LBW w zależności od posiadanych przez matkę zasobów analizowano przy użyciu wieloczynnikowej analizy regresji logistycznej z interakcją. W analizie tej uwzględniono: zmienną zależną w postaci zmiennej dychotomicznej (LBW *vs.* NBW); zmienną niezależną, tj. poziom stresu zdefiniowany jako stan cywilny matki i status prawny dziecka

(trzy grupy: zamężna, niezamężna w związku nieformalnym; niezamężna – samotna matka); modyfikator efektu, czyli zasoby edukacyjne matki (wykształcenie co najmniej maturalne *vs.* brak wykształcenia maturalnego) oraz zmienne towarzyszące, takie jak: wiek matki, kolejność ciąż, płeć noworodka, rok urodzenia dziecka.

Dodatkowo w celu sprawdzenia, czy poziom stresu w trakcie ciąży oraz brak zasobów edukacyjnych matki oddziałują niezależnie, czy też działają synergistycznie na rozwój płodu, wykonano analizę synergii sprawdzającą wielkość, kierunek i istotność interakcji. W tym celu obliczono tzw. współczynnik synergii (*synergy factor*, SF) zgodnie z kalkulatorem opublikowanym przez zespół Mario Cortina-Borja (Cortina-Borja i in. 2009) – relacje synergistyczne pomiędzy czynnikami wyraża współczynnik synergii o wartości >1, natomiast antagonistyczne SF < 1.

Pozostałe analizy wykonano przy użyciu programu STATISTICA ver. 13 (TIBCO Software Inc.). Poziom istotności α przyjęto na poziomie 0,05.

Wyniki

Grupy matek zdefiniowane przez stan cywilny i status prawny dziecka (będące przybliżonym miernikiem narażenia na stres w trakcie ciąży) różniły się odsetkiem urodzeń dzieci z LBW (tabela 1). Grupa samotnych kobiet (niezamężnych, które nie podały informacji o ojcu dziecka) charakteryzowała się najwyższym odsetkiem urodzeń dzieci z LBW (5,9%) w porównaniu z pozostałymi grupami, tj. kobietami niezamężnymi w związku partnerskim, które podały informacje o ojcu, i zamężnymi, odpowiednio: 3,2% i 1,9%. W grupie matek o niskich zasobach edukacyjnych odsetek urodzeń dzieci z LBW był wyższy niż w grupie o wysokich zasobach, odpowiednio: 3,7% *vs.* 1,7%. Matki niezatrudnione również charakteryzowały się wyższym odsetkiem urodzeń dzieci z LBW w porównaniu z zatrudnionymi (3% *vs.* 1,8%). Płeć żeńska płodu sprzyjała urodzeniu dziecka z LBW (2,5% dla ciąż z płodem żeńskim *vs.* 1,6% dla ciąż z płodem męskim). Wraz z wiekiem matki wzrastało nieznacznie prawdopodobieństwo urodzenia dziecka z LBW ($p < 0,05$), natomiast nie wykazano związku pomiędzy masą urodzeniową a kolejnością ciąż ($p = 0,33$).

Tabela 1. Charakterystyka grup LBW (*low birth weight* – niska masa urodzeniowa) i NBW (*normal birth weight* – masa urodzeniowa w normie) względem wybranych czynników

Charakterystyka	Poziom	Statystyki	NBW	LBW	Test
Poziom stresu (stan cywilny matki i status prawny dziecka)	zamężna	n	50 224	954	Chi^2 Pearsona: 124,9, df = 2, p < 0,001
		%	98,1%	1,9%	
	niezamężna w związku partnerskim	n	4403	144	
		%	96,8%	3,2%	
	niezamężna + brak informacji o ojcu	n	1114	70	
		%	94,1%	5,9%	
Zasoby edukacyjne matki	wykształcenie co najmniej maturalne	n	47 085	831	Chi^2 Pearsona: 149,4, df = 1, p < 0,001
		%	98,3%	1,7%	
	brak wykształcenia maturalnego	n	8498	330	
		%	96,3%	3,7%	
Zatrudnienie matki	nie	n	9878	301	Chi^2 Pearsona: 51,5, df = 1, p < 0,001
		%	97,0%	3,0%	
	tak	n	45 692	859	
		%	98,2%	1,8%	
Kolejność ciąż	pierworódka	n	26 060	563	Chi^2 Pearsona: 1,0 df = 1, p = 0,33
		%	97,9%	2,1%	
	wieloródka	n	29 678	605	
		%	98,0%	2,0%	
Płeć noworodka	żeńska	n	27 880	715	Chi^2 Pearsona: 57,4, df = 1, p < 0,001
		%	97,5%	2,5%	
	męska	n	27 861	453	
		%	98,4%	1,6%	
Wiek matki	lata	N	55 741	1168	Test U Manna-Whitneya, p < 0,001
		Mediana	30,0	30,0	
		Q1–Q3	27–33	27–34	

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych. Wyniki nie zawsze sumują się do 56 909 (łączna liczebność badanej grupy) ze względu na braki danych dla poszczególnych zmiennych.

W pierwszym etapie badania analizowano niezależny wpływ poziomu stresu oraz zasobów edukacyjnych matki na rozwój płodu po uwzględnieniu płci noworodka, wieku i zatrudnienia matki,

kolejności ciąż oraz roku urodzenia dziecka. Zauważono, że samotne matki miały ponad 2-krotnie wyższe ryzyko urodzenia dziecka z LBW w porównaniu z kobietami zamężnymi (iloraz szans = 2,3 [95% PU 1,8–3]), natomiast bycie w związku partnerskim w porównaniu z kobietami zamężnymi wiązało się z nieco mniejszym ryzykiem urodzenia dziecka z LBW – ryzyko to było o 50% wyższe u niezamężnych (iloraz szans = 1,5 [95% PU 1,2–1,8]). Z kolei niskie zasoby edukacyjne matki (brak wykształcenia maturalnego) związane były z 2-krotnie wyższym ryzykiem urodzenia dziecka z LBW (tabela 2).

Tabela 2. Ryzyko urodzenia dziecka z LBW (wyniki standaryzowane do: płci noworodka, wieku i zatrudnienia matki, kolejności ciąż oraz roku urodzenia dziecka)

Efekt		Iloraz szans (95% PU)*
Poziom stresu (stan cywilny matki i status prawny dziecka)	niezamężna w związku partnerskim (*vs.* kobieta zamężna)	1,5 (1,2–1,8)
	samotna matka (*vs.* kobieta zamężna)	2,3 (1,8–3,0)
Zasoby edukacyjne matki	brak wykształcenia maturalnego (*vs.* wykształcenie co najmniej maturalne)	2,0 (1,7–2,3)

* PU – przedział ufności
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

W kolejnym etapie badania sprawdzono, jak poziom stresu mierzony stanem cywilnym matki i statusem prawnym dziecka wpływa na rozwój płodu, ale oddzielnie w każdej z grup kobiet o odmiennym poziomie zasobów edukacyjnych. Stwierdzono, że po standaryzacji do tych samych czynników zakłócających (tj. płci noworodka, wieku i zatrudnienia matki, kolejności ciąż oraz roku urodzenia dziecka) jedynie w grupie kobiet o niskich zasobach edukacyjnych (brak wykształcenia maturalnego) wpływ poziomu stresu generowanego przez stan cywilny matki i prawny dziecka był istotnie statystycznie związany z rozwojem płodu (tabela 3). Odpowiednio: u matek niezamężnych obserwowano wyższe o 60% ryzyko urodzenia dziecka z LBW, a u samotnych matek ryzyko to było dwa razy wyższe w porównaniu z matkami zamężnymi o niskich zasobach edukacyjnych. Wpływ poziomu stresu był zatem różny w zależności od wykształcenia matki.

Tabela 3. Związek pomiędzy stanem cywilnym matki i statusem prawnym dziecka a ryzykiem urodzenia dziecka z LBW w zależności od zasobów edukacyjnych matki (wyniki standaryzowane do: płci noworodka, wieku i zatrudnienia matki, kolejności ciąż oraz roku urodzenia dziecka)

Zasoby edukacyjne matki	Stan cywilny matki i status prawny dziecka		
	zamężna	niezamężna w związku partnerskim	samotna matka
wykształcenie co najmniej maturalne	[grupa referencyjna]	1,2 (1,0–1,6)	1,6 (1,0–2,5)
brak wykształcenia maturalnego	[grupa referencyjna]	1,6 (1,1–2,3)*	2,0 (1,2–3,6)*

*wyniki istotne statystycznie ($p < 0,05$)
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Ostatnim etapem badania było sprawdzenie, jakie jest łączne oddziaływanie obu czynników na rozwój płodu. Stwierdzono, że obserwowany iloraz szans dla łącznego oddziaływania obu niekorzystnych czynników, tj. poziomu stresu generowanego przez stan cywilny matki i status prawny dziecka oraz niskich zasobów edukacyjnych wynosi 5,6 (95% PU 4,0–7,7), co oznacza, że traktując grupę kobiet zamężnych o wysokich zasobach edukacyjnych jako grupę referencyjną, łączne występowanie obu niekorzystnych czynników, tj. wysokiego poziomu stresu u kobiet samotnych wraz z niskimi zasobami edukacyjnymi, wiąże się z ponad 5-krotnym zwiększeniem ryzyka urodzenia dziecka z LBW (tabela 4). Natomiast teoretyczny (oczekiwany) iloraz szans wynikający z matematycznych obliczeń (iloczyn pojedynczych efektów) dla łącznego oddziaływania obu niekorzystnych czynników wyniósł 2,9, tj. $1,6 \times 1,8$. Obliczony na tej podstawie współczynnik synergii wyniósł 1,9 (95% PU 1,1–3,3). Oznacza to, że obydwa czynniki, tj. poziom stresu generowany przez stan cywilny matki i status prawny dziecka oraz niskie zasoby edukacyjne matki działają synergistycznie, wzmacniając niekorzystne oddziaływanie na rozwój płodu niemal 2-krotnie.

Tabela 4. Związek pomiędzy stanem cywilnym matki i statusem prawnym dziecka oraz zasobami edukacyjnymi matki a ryzykiem urodzenia dziecka z LBW (wyniki standaryzowane do: płci noworodka, wieku i zatrudnienia matki, kolejności ciąż oraz roku urodzenia dziecka)

Zasoby edukacyjne matki	Stan cywilny matki i status prawny dziecka		
	zamężna	niezamężna w związku partnerskim	samotna matka
wykształcenie co najmniej maturalne	[grupa referencyjna]	1,2 (1,0–1,6)	1,6 (1,0–2,5)
brak wykształcenia maturalnego	1,8 (1,5–2,1)*	3,5 (2,7–4,5)*	5,6 (4,0–7,7)*

*wyniki istotne statystycznie ($p < 0,05$)
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Dyskusja

Wyniki badań własnych potwierdziły obserwacje przeprowadzone w wielu krajach, że niskie zasoby edukacyjne matki (wykształcenie podstawowe) związane są z większym ryzykiem urodzenia dziecka z LBW (iloraz szans, IS = 2,0) (Currie, Moretti 2003). Także stan cywilny matki i status prawny dziecka są istotnie statystycznie skorelowane z odsetkiem urodzeń dzieci z LBW, a odsetek ten jest najwyższy w grupie niezamężnych kobiet z nieznanym ojcem w porównaniu z ryzykiem u mężatek (IS = 2,3). To wysokie ryzyko w dużej mierze związane jest ze stresem i jest ono znacznie wyższe w krajach, w których nadal dominuje tradycyjny model rodziny (Mynarska, Bernardi 2007), do których niewątpliwie należy Polska, w porównaniu z innymi krajami zachodnimi i północnymi (Kiernan 1999; Matysiak 2009). Można przypuszczać, że narażenie na stres u tych matek związane jest z „macierzyństwem z przypadku" i z zawieraniem przypadkowych związków, które nie dawały większej nadziei na ich trwałość. To mogło spowodować, że wielkość nakładów matczynych decydujących o rozwoju płodu jest ograniczona, zwłaszcza jeśli nie występuje zaangażowanie ze strony ojca dziecka lub też matka ma wątpliwości co do trwałości związku (Trivers 1974; Wells 2003; Jasienska 2009).

Można by zatem oczekiwać różnic w masie urodzeniowej dziecka w zależności od rodzaju relacji (związek formalny *vs.* nieformalny) między ojcem i matką dziecka. Tę hipotezę udało się już potwierdzić

w poprzednich badaniach własnych (Merklinger-Gruchala, Kapiszewska 2023). Dokonujące się przeobrażenia i sposób zmiany w funkcjonowaniu rodziny z patriarchalnej na partnerską, ale także rosnący odsetek urodzeń pozamałżeńskich wiąże się z wysokim poziomem stresu (Avison, Ali, Walters 2007), zwiększając ryzyko zarówno problemów psychicznych, jak i zdrowotnych w rodzinach. Kohabitacja staje się coraz częściej wybieranym typem związku dwojga ludzi (Dybowska 2018). Jednak ten typ związku, jak pokazują badania, nastawiony jest przede wszystkim na teraźniejszość, ewentualny rozpad relacji wiąże się z mniejszymi konsekwencjami (Janicka 2008). Tymczasem urodzenie i wychowanie dziecka wymaga, głównie od matki, poniesienia ogromnych kosztów przez wiele kolejnych lat i dodatkowo obarczone jest dużym ryzykiem samotnego macierzyństwa. Aneta Chybicka (2008) wykazała, że poziom psychologicznych zysków i strat wynikających z pozostania w związku formalnym i nieformalnym przemawia za pozostawaniem w związku małżeńskim. Okazało się, że to małżeństwo generuje wyższe zyski niż związek nieformalny, a kobieta ma w nim większe poczucie bezpieczeństwa.

Wyniki badań własnych zdają się to potwierdzać. Świadomość ryzyka urodzenia dziecka w związku nieformalnym i towarzyszący temu stres przekłada się na wartość IS = 1,5 (95% PU 1,2–1,8). Co prawda pozostaje on niższy niż w grupie samotnych matek, ale ciągle istotnie statystycznie wyższy w porównaniu z referencyjną grupą matek zamężnych. Prawne unormowane uznanie ojcostwa daje kobiecie większe poczucie stabilności i bezpieczeństwa. Równocześnie istotna różnica w IS między samotnym macierzyństwem a związkiem kohabitacyjnym (odpowiednio 2,3 *vs.* 1,5) potwierdza wagę obecności ojca w prawidłowym przebiegu ciąży. Co prawda dane nie uwzględniają informacji o jakości takich relacji, ale pokazują, że związek małżeński (grupa referencyjna) i samopoczucie w nim kobiety ciężarnej jest typem relacji, która niesie najmniejsze ryzyko urodzenia dziecka z LBW. Kohabitacja (Zielony-Koryczan 2020), mimo że akceptowana społecznie w Polsce, nie jest uznawana za atrakcyjną opcję prokreacji niezależnie od poziomu wykształcenia respondentów (Mynarska, Bernardi 2007; Mynarska, Matysiak 2010). Nie cieszy się także popularnością wśród studentów Uniwersytetu

Łódzkiego, gdzie badania prowadzone przez Witolda Śmigielskiego w 2009 r. (także okres prowadzonych badań własnych) pokazały, że „87,5% badanych zamierza zawrzeć związek małżeński i posiadać dzieci, zaś alternatywne formy życia rodzinnego cechują się niewielkim zainteresowaniem respondentów". Nie oznacza to jednak braku akceptacji dla związków alternatywnych. „Badając nastawienie lubelskich studentów do tzw. alternatywnych form życia partnerskiego i rodzinnego, Inga Jaguś wskazuje, iż związki nieformalne akceptuje blisko co drugi badany, zaś co trzeci respondent toleruje taką formę bytowania, natomiast brak tolerancji wobec tej formy życia społeczno-rodzinnego cechuje 14% ankietowanych" (Śmigielski 2014, s. 165). Ponadto studenci w badaniach Mieczysława Plopa wskazują, że plusami związku małżeńskiego są m.in. poczucie bezpieczeństwa i stabilności (43%), większa więź emocjonalna (33%), współodpowiedzialność za związek (29%) (Śmigielski 2014, s. 166). Mimo że „przedmałżeńska kohabitacja" traktowana może być jak pierwsza faza w dwufazowym związku małżeńskim (Mandal 2011), to nieoczekiwana ciąża, gdy w związku brakowało planów prokreacyjnych, może zwiększać ryzyko zakończenia związku, ale także może umacniać partnerów w przekonaniu, iż chcą założyć rodzinę. Wynik jest niepewny. Małżeństwo nie tylko daje zabezpieczenie prawne, ale także, jak wykazały badania, relacje w małżeństwie cechuje wyższy poziom intymności i wyższy poziom zadowolenia z relacji (Chybicka 2008; Kline i in. 2004; Mandal 2011; Manning 2015). W porównaniu z małżeństwem kohabitacja wiąże się z niższą jakością związku i mniejszym zaangażowaniem oraz wyższymi wskaźnikami niestabilności związku (Janicka 2008; Shah i in 2011). Niższy poziom dobrostanu charakteryzujący konkubentów oraz niepewność w związku (wyższe wśród par stanu wolnego niż par małżeńskich) wydają się głównie odpowiedzialne za gorszy przebieg ciąży. Ryzyko LBW dziecka i porodu przedwczesnego jest większe wśród niezamężnych matek w porównaniu z parami małżeńskimi (Anderson 2017, Shah i in. 2011). Tak więc nieformalny związek z partnerem, niechciane ciąże i brak ustalenia ojcostwa (Anderson, Kaplan, Lancaster 2006) zwiększają podatność ciężarnych matek na stres prenatalny korelujący ze złymi wynikami porodu (Goplerud, Hernandez, Johnson 2022; Dejin-Karlsson i in. 2000; Bolten i in. 2011).

Ryzyko urodzenia dziecka z LBW ulega jednak zmianie, jeśli analizę przeprowadzić niezależnie w dwóch grupach matek różniących się poziomem edukacji, po standaryzacji do tych samych czynników zakłócających (tj. płci noworodka, wieku i zatrudnienia matki, kolejności ciąż oraz roku urodzenia dziecka). W grupie matek o większych zasobach edukacyjnych stresogenny wpływ generowany zarówno przez pozostawanie w nieformalnym związku, jak i przez nieobecność ojca, a odzwierciedlający się w odsetku dzieci z LBW, nie różni się w sposób istotny statystycznie od wyniku uzyskanego w grupie mężatek o porównywalnym wykształceniu. Natomiast IS jest ciągle istotnie statystycznie wyższy w grupie kobiet o niskim wykształceniu (brak wykształcenia maturalnego) w porównaniu z referencyjną grupą mężatek o tym samym wykształceniu. Wydaje się, że ten pozytywny efekt wykształcenia rekompensuje zarówno stres lub brak umiejętności radzenia sobie z nim, nieprzychylność otoczenia, trudności materialne, jak i zaniedbania zdrowotne wynikające z negatywnego wpływu nieobecności ojca dziecka czy braku stabilności wynikającej z nieformalności związku. Wynik ten potwierdza hipotezę, że wyższe wykształcenie u samotnych matek stwarza sprzyjające środowisko do buforowania wzrostu płodu i chroni przed negatywnymi konsekwencjami niepewności co do przyszłości, zwiększając odporność na stres. Należy zatem postulować, aby traktować brak instytucjonalnej formalizacji związku jako zewnętrzny (behawioralny) czynnik wpływający na wzrost płodu, traktując go na równi z wpływem, jaki na przebieg ciąży ma zdrowy styl życia oraz czynniki ryzyka, np. palenie tytoniu, stres fizyczny, stres emocjonalny, spożywanie alkoholu, nadwaga i mała aktywność fizyczna (Juárez i in. 2014; Blumenshine i in. 2010; Jansen i in. 2009; Cutler, Lleras-Muney 2010). Wszystkie te czynniki są ściśle powiązane z większymi zasobami edukacyjnymi (Cutler, Llera-Muney 2010). Badanie mechanizmu wpływu edukacji na dobrostan kobiety pokazuje, że lepiej wykształcone kobiety są bardziej pewne siebie, mają lepszą samoocenę, łatwiej wchodzą w interakcje społeczne (Currie, Moretti 2003), a także zwykle osiągają lepsze pozycje zawodowe i społeczne, wyższe dochody i inne zasoby ekonomiczne, co pozwala im radzić sobie z ewentualną społeczną dezaprobatą związaną z samotnym macierzyństwem. Także wykształcenie jest najlepszym wskaźnikiem zasobów

społeczno-ekonomicznych, które mogą poprawić bezpieczeństwo ekonomiczne kobiet dzięki większej szansie na lepsze zatrudnienie i lepszy status społeczny. Samotne matki z wyższym wykształceniem nie odczuwają presji związanej z korzyściami ekonomicznymi płynącymi z małżeństwa (Oláh, Kotowska, Richter 2018), ponieważ mają większe szanse na niezależność ekonomiczną, nawet w społeczeństwach, w których w gospodarstwie domowym panuje tradycyjny podział pracy. Ponadto lepiej wykształcone matki częściej podejmują prace umysłowe, podczas gdy kobiety z wykształceniem podstawowym często pracują w zawodach mniej wykwalifikowanych, co wiąże się z gorszym przebiegiem ciąży. Zatrudnione samotne matki są szczęśliwsze i mniej zestresowane w rodzicielstwie niż samotne matki, które nie są zatrudnione (Meier i in. 2016). Wszystkie te czynniki mogą wyjaśniać znaczący kompensujący wpływ wyższego wykształcenia na prawidłowy wzrost płodu.

Podsumowanie

Podsumowując, wykształcenie średnie i wyższe jest w stanie zapobiec negatywnemu przebiegowi ciąży i zmniejszyć ryzyko urodzenia dziecka z LBW wynikające zarówno z braku prawnego zabezpieczenia matki (związek partnerski), jak i z wpływu stresu będącego rezultatem nieuznania ojcostwa. Brak wykształcenia i pozamałżeńska ciąża działają synergistycznie, wzmacniając niekorzystne oddziaływanie na rozwój płodu niemal 2-krotnie. Wykształcenie może być traktowane jako zasób osobisty o szczególnym znaczeniu dla wspierania dobrostanu psychicznego matki w okresie ciąży. Gorzej wykształcone kobiety, których partner nie zapewnia wsparcia w tym okresie, można uznać za grupę szczególnie wrażliwą. Warto rozważyć wprowadzenie programów wspierających akceptację ojcostwa w tej szczególnej grupie kobiet. Łagodzenie społecznych czynników ryzyka w tym obszarze wydaje się zasadne, biorąc pod uwagę korzyści zdrowotne przyszłych pokoleń.

Bibliografia

Ahmed M.S. (2022), *Mapping the prevalence and socioeconomic predictors of low birth weight among Bangladeshi newborns: evidence from the 2019 Multiple Indicator Cluster Survey*, „International Health", vol. 14, issue 5, s. 485–491.

Anderson K.G. (2017), *Establishment of Legal Paternity for Children of Unmarried American Women Trade-offs in Male Commitment to Paternal Investment*, „Human Nature", vol. 28, issue 2, s. 168–200.

Anderson K.G., Kaplan H., Lancaster J.B. (2006), *Demographic correlates of paternity confidence and pregnancy outcomes among Albuquerque men*, „American Journal of Physical Anthropology", vol. 131, issue 4, s. 560–571.

Arabin B., Hellmeyer L., Maul J., Metz G.A.S. (2021), *Awareness of maternal stress, consequences for the offspring and the need for early interventions to increase stress resilience*, „Journal of Perinatal Medicine", vol. 49, issue 8, s. 979–989.

Avison W.R., Ali J., Walters D. (2007), *Family structure, stress, and psychological distress: A demonstration of the impact of differential exposure*, „Journal of Health and Social Behavior", vol. 48, no. 3, s. 301–317.

Blumenshine P., Egerter S., Barclay C.J., Cubbin C., Braveman P.A. (2010), *Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review*, „American Journal of Preventive Medicine", vol. 39, issue 3, s. 263–272.

Boardman J.D., Powers D.A., Padilla Y.C., Hummer R.A. (2002), *Low birth weight, social factors, and developmental outcomes among children in the United States*, „Demography", vol. 39, no. 2, s. 353–368.

Bolten M.I., Wurmser H., Buske-Kirschbaum A., Papoušek M., Pirke K.-M., Hellhammer D. (2011), *Cortisol levels in pregnancy as a psychobiological predictor for birth weight*, „Archives of Women's Mental Health", vol. 14, issue 1, s. 33–41.

Brown S.L., Manning W.D., Payne K.K. (2017), *Relationship quality among cohabiting versus married couples*, „Journal of Family Issues", vol. 38, issue 12, s. 1730–1753.

Cantarutti A., Franchi M., Monzio Compagnoni M., Merlino L., Corrao G. (2017), *Mother's education and the risk of several neonatal outcomes: an evidence from an Italian population-based study*, „BMC Pregnancy Childbirth", vol. 17, 221.

Case A., Paxson C. (2010), *Causes and consequences of early-life health*, „Demography", vol. 47 (suppl.), s. 65–85.

Cheng E.R., Rifas-Shiman S.L., Perkins M.E., Rich-Edwards J.W., Gillman M.W., Wright R., Taveras E.M. (2016), *The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes*, „Journal of Women's Health", vol. 25, no. 7, s. 672–679.

Chybicka A. (2008), *Zadowolenie ze związku intymnego oraz psychologiczne zyski i koszty związane z pozostawaniem w relacji – analiza porównawcza bezdzietnych związków małżeńskich i niemałżeńskich o podobnym stażu*, „Psychologia Rozwojowa", t. 13, nr 3, s. 79–90.

Cortina-Borja M., Smith A.D., Combarros O., Lehmann D.J. (2009), *The synergy factor: a statistic to measure interactions in complex diseases*, „BMC Research Notes", vol. 2, 105.

Currie J., Moretti E. (2003), *Mother's education and the intergenerational transmission of human capital: Evidence from college openings*, „Quarterly Journal of Economics", vol. 118, no. 4, s. 1495–1532.

Cutler D.M., Lleras-Muney A. (2010), *Understanding Differences in Health Behaviors by Education*, „Journal of Health Econ", vol. 29, issue 1, s. 1–28.

Dejin-Karlsson E., Hanson B.S., Östergren P.-O., Lindgren A., Sjöberg N.-O., Marsal K. (2000), *Association of a lack of psychosocial resources and the risk of giving birth to small for gestational age infants: a stress hypothesis*, „BJOG", vol. 107, issue 1, s. 89–100.

Dybowska E. (2018), *Współczesne formy* życia *rodzinnego i małżeńskiego*, [w:] *Pedagogika rodziny na początku XXI wieku w świetle pojęć i terminów*, red. B. Sieradzka-Baziur, Kraków, s. 35–58.

Elsenbruch S., Benson S., Rücke M., Rose M., Dudenhausen J., Pincus-Knackstedt M.K., Klapp B.F., Arck P.C. (2007), *Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome*, „Human Reproduction", vol. 22, no. 3, s. 869–877.

Figlio D., Guryan J., Karbownik K., Roth J. (2014), *The effects of poor neonatal health on children's cognitive development*, „American Economic Review", vol. 104, no. 12, s. 3921–3955.

Goplerud D.K., Hernandez R.G., Johnson S.B. (2022), *Prenatal subjective social status and birth weight*, „Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology", vol. 43, issue 3, s. 279–284.

Guzzo K.B., Hayford S.R. (2012), *Unintended fertility and the stability of coresidential relationships*, „Social Science Research", vol. 41, issue 5, s. 1138–1151.

Harknett K., Kuperberg A. (2011), *Education, Labor Markets, and the Retreat from Marriage*, „Social Forces", vol. 90, issue 1, s. 41–63.

Janicka I. (2008), *Stosunki partnerskie w związkach niemałżeńskich*, „Przegląd Psychologiczny", t. 51, nr 1, s. 37–53.

Jansen P.W., Tiemeier H., Looman C.W.N., Jaddoe V.W.V., Hofman A., Moll H.A., Steegers E.A.P., Verhulst F.C., Mackenbach J.P., Raar H. (2009), *Explaining educational inequalities in birthweight: the Generation R Study*, „Paediatric and Perinatal Epidemiology", vol. 23, issue 3, s. 216–228.

Jasienska G. (2009), *Reproduction and lifespan: Trade-offs, overall energy budgets, intergenerational costs, and costs neglected by research*, „American Journal of Human Biology", vol. 21, issue 4, s. 524–532.

Juárez S., Revuelta-Eugercios B.A., Ramiro-Fariñas D., Viciana-Fernández F. (2014), *Maternal education and perinatal outcomes among Spanish women residing in southern Spain (2001–2011)*, „Maternal and Child Health Journal", vol. 18, issue 8, s. 1814–1822.

Kiernan K. (1999), *Childbearing outside marriage in Western Europe*, „Population Trends", issue 98, s. 11–20.

Kline G.H., Stanley S.M., Markman H.J., Olmos-Gallo P.A., St. Peters M., Whitton S.W., Prado L.M. (2004), *Timing is everything: Pre-engagement cohabitation and increased risk for poor marital outcomes*, „Journal of Family Psychology", vol. 18, no. 2, s. 311–318.

Mandal E. (2011), *Miłość, władza i manipulacja w bliskich związkach* Warszawa.

Mann J. (1992), *Nurturance or negligence: Maternal psychology and behavioral preference among preterm twins*, [w:] *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*, eds. J.H. Barkow, L. Cosmides, J. Tobby, New York–Oxford, s. 367–390.

Manning W.D. (2015), *Cohabitation and Child Wellbeing*, „Future of Children", vol. 25, issue 2, s. 51–66.

Matysiak A. (2009), *Is Poland really 'immune' to the spread of cohabitation?*, „Demographic Research"; vol. 21, article 8, s. 215–234.

Meier A., Musick K., Flood S., Dunifon R. (2016), *Mothering Experiences: How Single Parenthood and Employment Structure the Emotional Valence of Parenting*, „Demography", vol. 53, issue 3, s. 649–674.

Merklinger-Gruchala A., Jasienska G., Kapiszewska M. (2019), *Paternal investment and low birth weight – The mediating role of parity*, „PLoS ONE", vol. 14, issue 1, e0210715.

Merklinger-Gruchala A., Kapiszewska M. (2023), *Marital Status, Father Acknowledgement, and Birth Outcomes: Does the Maternal Education Matter?*, „International Journal of Environmental Research and Public Health", vol. 20, issue 6, 4868.

Mynarska M., Bernardi L. (2007), *Meanings and attitudes attached to cohabitation in Poland: Qualitative analyses of the slow diffusion of cohabitation among the young generations*, „Demographic Research", vol. 16, article 17, s. 519–554.

Mynarska M, Matysiak A. (2010), *Diffusion of cohabitation in Poland*, „Studia Demograficzne", no. 157–158, s. 11–26.

Nepomnyaschy L., Garfinkel I. (2011), *Fathers' Involvement with Their Nonresident Children and Material Hardship*, „Social Service Review", vol. 85, issue 1, s. 3–38.

Oláh L.S., Kotowska I.E., Richter R. (2018), *The New Roles of Men and Women and Implications for Families and Societies*, [w:] *A Demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe*, eds. G. Doblhammer, J. Gumà, Cham, s. 41–64.

Padilla Y.C., Reichman N.E. (2001), *Low birthweight: Do unwed fathers help?*, „Children and Youth Services Review", vol. 23, issue 4–5, s. 427–452.

Shah P.S., Zao J., Ali S. (2011), *Maternal marital status and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses*, „Maternal and Child Health Journal", vol. 15, issue 7, s. 1097–1109.

Starzewski Ł. (2023), *Fikcyjne dane ojca w akcie urodzenia dziecka. RPO wnosi o zmianę przepisów. MSWiA: propozycja jest zasadna*, Rzecznik Praw Obywatelskich, 6.04., https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-akt-urodzenia-ojciec-fikcyjne-dane-mswia-odpowiedz [dostęp: 12.04.2024].

Śmigielski W. (2014), *Modele życia rodzinnego. Studium demograficzno-społeczne na przykładzie łódzkiej młodzieży akademickiej*, Łódź.

Trivers R.L. (1974), *Parent–offspring conflict*, „American Zoologist", vol. 14, no. 1, s. 249–264.

Wells J.C. (2003), *The thrifty phenotype hypothesis: thrifty offspring or thrifty mother?*, „Journal of Theoretical Biology", vol. 221, issue 1, s. 143–161.

Witt W.P., Litzelman K., Cheng E.R., Wakeel F., Barker E.S. (2014), *Measuring Stress Before and During Pregnancy: A Review of Population-Based Studies of Obstetric Outcomes*, „Maternal and Child Health Journal", vol. 18, issue 1, s. 52–63.

Zielony-Koryczan E. (2020), *Kohabitacja: zmiany w bliskich relacjach romantycznych*, „Psychologia Wychowawcza", t. 59, nr 17, s. 129–139.

DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6-4

Piotr Słowik

Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii Stosowanej
https://orcid.org/0000-0003-2806-0905

ZYSKI I STRATY W KONTEKŚCIE RÓŻNYCH ZASOBÓW PSYCHOLOGICZNYCH U OSÓB W SYTUACJI TRUDNEJ

Streszczenie

Wprowadzenie: W opracowaniu podjęto tematykę zysków i strat w kontekście deklarowanych przez badanych różnych zasobów psychologicznych. Postawiono pytanie, czy zasoby wyróżnione na podstawie koncepcji Hobfolla wiążą się z zasobami z innych koncepcji teoretycznych. Poszukuje się również szerszego kontekstu oddziaływań badanych zasobów odnośnie do doświadczanych sytuacji trudnych przez osoby badane, a także związanych z tym emocji negatywnych.
Materiał i metody: W badaniu uczestniczyło 185 osób, w tym 143 kobiety oraz 42 mężczyzn. Wiek badanych wahał się od 18 do 66 lat (średni wiek 36 lat). W badaniach wykorzystano m.in.: Kwestionariusz Samooceny Zysków i Strat (COR), Kwestionariusz SOC-29, Skalę Prężności (SPP-25), Skalę GSES, Test PLT, Inwentarze STAI oraz NEO-FFI.
Wyniki: Wyniki badań uwidaczniają występowanie wielu istotnych zależności dodatnich pomiędzy badanymi zasobami ogólnymi (i ich składowymi), czyli między poczuciem koherencji, prężności, sensu życia i własnej skuteczności. Istnieje także wiele zależności pomiędzy zasobami a emocjami negatywnymi oraz wymiarami osobowości.
Wnioski: Można zauważyć dużą spójność zasobów w omawianych koncepcjach teoretycznych, a tym samym w mechanizmach ich oddziaływania, np.

w radzeniu sobie przez człowieka w sytuacji trudnej. Można przyjąć, że zasoby wzajemnie się wzmacniają, czyli że siła ich oddziaływania będzie tym większa, im więcej zasobów będzie posiadała dana jednostka (a poziom danego zasobu będzie wyższy).
Słowa kluczowe: zasoby psychologiczne, zyski i straty, sytuacja trudna, emocje negatywne, wymiary osobowości

Profits and losses in the context of various psychological resources in people in a difficult situation

Abstract

Introduction: The study addresses the issue of profits and losses in the context of various psychological resources declared by the respondents. The question was asked whether the resources distinguished on the basis of Hobfoll's concept are related to resources from other theoretical concepts. A broader context of the impact of the studied resources is also sought regarding the difficult situations experienced by the respondents, as well as the negative emotions related to them.
Material and methods: 185 people participated in the study, including 143 women and 42 men. The age of the respondents ranged from 18 to 66 years (average age 36 years). The research used included: the Self-Assessment of Gains and Losses Questionnaire (COR), the SOC-29 Questionnaire, the Resilience Scale (SPP-25), the GSES Scale, the PLT Test, the STAI and NEO-FFI Inventories.
Results: The research results show the existence of many significant positive relationships between the examined general resources (and their components), i.e. between the sense of coherence, resilience, meaning in life, and self-efficacy. There are also many relationships between resources and negative emotions and personality dimensions.
Conclusions: A high coherence of resources can be observed in the discussed theoretical concepts, and thus in the mechanisms of their impact, e.g. in how a person copes with a difficult situation. It can be assumed that resources are mutually reinforcing, i.e. the greater the strength of their impact, the more resources a given entity has (and the higher the level of a given resource).
Key words: psychological resources, gains and losses, situation difficult, negative emotions, personality

Wprowadzenie

Problematyka zasobów psychologicznych (osobistych) jest coraz częściej podejmowana przez autorów. Badane są różne zasoby i ich związki z różnymi aspektami życia i funkcjonowania człowieka. Jak

zauważa np. Helena Wrona-Polańska (2011, s. 128), „mimo że różnie definiuje się te pojęcia [zasobów – P.S.], autorzy zgodnie określają je jako czynniki czy właściwości, które korzystnie wpływają na procesy zmagania się ze stresem". Jak dalej stwierdza autorka, zasoby mogą odgrywać istotną rolę w procesie zdrowienia osób chorych, a z jej badań wynika, że proces taki przebiega następująco: „Dzięki mobilizacji zasobów i twórczemu radzeniu sobie ze stresem zrównoważone zostaje działanie stresu i możliwe jest przywrócenie równowagi w systemie […]" (Wrona-Polańska 2011, s. 128; por. Wrona-Polańska 2003).

Warto także przyjrzeć się wzajemnym związkom pomiędzy badanymi i analizowanymi najczęściej zasobami odwołującymi się do różnych koncepcji teoretycznych. Dlatego też w poniższych badaniach podjęto tematykę zysków i strat w kontekście różnych zasobów psychologicznych, odwołując się do teorii zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla (1989, 2006, 2012), a także nawiązując porównawczo do innych koncepcji zasobów i radzenia sobie ze stresem, np. do: teorii relacyjnej stresu Richarda S. Lazarusa (1986; por. Lazarus, Folkman 1984), paradygmatu salutogenetycznego Aarona Antonovsky'ego (1987, 1995), teorii skuteczności osobistej Alberta Bandury (1977 za: Antonovsky 1995; por. Schwarzer 1997), poczucia sensu życia Victora E. Frankla (1984; por. Ostrowski 2008), *resilience* określanego jako prężność lub sprężystość (Oleś 2000; Ogińska-Bulik 2012; Heszen, Sęk 2012), jak również do koncepcji osobowości. Wszystkie wymienione koncepcje (z wyjątkiem teorii Lazarusa) można rozpatrywać jako zasoby osobiste człowieka.

Podejmując badania dotyczące problematyki zasobów osobistych człowieka, warto rozpocząć analizę teoretyczną od problematyki stresu. W literaturze naukowej do tej pory największym uznaniem cieszy się nurt relacyjny (czy też transakcyjny), „[…] w którym stres rozumie się jako szczególną formę relacji pomiędzy podmiotem i otoczeniem" (Łosiak 1994, s. 9). W ujęciu tym podkreśla się również „[…] znaczenie zdarzeń dla człowieka, rolę procesów oceny poznawczej i zasobów jednostki" (Łosiak 1995, s. 13). Takie rozumienie stresu najbardziej wyraźne jest w znanej koncepcji stresu zaproponowanej przez Lazarusa (1986; por. np. Łosiak 1994; Heszen-Niejodek 1996; Słowik 2003; Heszen, Sęk 2012). Przyjął on stanowisko,

w którym emocje i stres są traktowane jako rezultat procesów poznawczych, w trakcie których człowiek ocenia, ale też „rozumie swoją relację z otoczeniem". Lazarus podkreślał: „Nie zakładamy jednak, że oddziaływanie poznania na emocje jest jednokierunkowe, gdyż raz pobudzone emocje mogą z kolei wpływać na procesy poznawcze. Co więcej, motywy i sposób myślenia wpływają na poznawczą ocenę wszelkich konfrontacji adaptacyjnych" (Lazarus 1986, s. 5). W koncepcji tej przyjęto orientację procesualną, która była ukierunkowana na nieprzerwaną interakcję, jaka ma miejsce pomiędzy daną osobą a otoczeniem (por. Słowik 2003).

Z kolei na przełomie XX i XXI wieku – na co wskazywała już Heszen-Niejodek, a także Piotr Słowik (2003) – „[…] pojawiły się dwie koncepcje, które bywają traktowane jako alternatywne w stosunku do przedstawionego stanowiska Lazarusa i jego współpracowników, mimo że również mieszczą się w nurcie relacyjnym" (Heszen-Niejodek 1996, s. 14). Jako pierwszą Heszen-Niejodek omawia tutaj koncepcję Hobfolla i podkreśla, że: „Autor ten uważa, że zarówno spostrzegana, jak i faktyczna utrata zasobów lub brak ich wzrostu są wystarczające dla powstania stresu […]" (1996, s. 14).

Według teorii Hobfolla (1989, 2006, 2012) człowiek dąży do zdobycia, utrzymania i ochrony tego, co jest dla niego ważne i wartościowe. Hobfoll nazywa to zasobem i uważa, że właśnie zdobywanie i utrzymywanie zasobów jest główną motywacją człowieka do podejmowania działań (por. Heszen, Sęk 2012; Dudek, Merecz 2012; Heszen 2012). Dlatego też zasadniczą rolę w tej konceptualizacji stresu psychologicznego spełnia pojęcie zasobów danej jednostki, „[…] definiowanych jako te obiekty, właściwości osobiste, warunki i siły, które stanowią pozytywną wartość dla człowieka" (Łosiak 1995, s. 16). Hobfoll zakłada, że mamy tutaj do czynienia z tendencją do zachowania i pomnażania tych zasobów. Jak pisze Władysław Łosiak, stres w tej koncepcji został zdefiniowany „[…] jako reakcja na sytuację, w której istnieje groźba utraty zasobów, albo już ona nastąpiła, czy też zaangażowanie zasobów nie łączy się z ich odzyskaniem" (1995, s. 16). Z kolei Heszen-Niejodek zauważa, że takie ujęcie stresu zostało nazwane przez autora tej koncepcji jako „model zachowania zasobów", dlatego też przyjęto tutaj, że „[…] ludzie dążą do utrzymywania, ochrony i budowania zasobów, rozumianych jako cenione przez jednostkę przedmioty, właściwości osobiste, okoliczności lub

czynniki sprzyjające" (1996, s. 14). Aby rozstrzygnąć o tym, czy stres występuje (lub nie), proponuje się spojrzeć zarówno z perspektywy subiektywnej, jak i obiektywnej. Trzeba zauważyć, że Heszen-Niejodek (1996) i Łosiak (1995), pomimo wspomnianych różnic, zaliczają ujęcie stresu Hobfolla do nurtu relacyjnego. Należy jednak podkreślić, że u Hobfolla akcent jest bardziej rozłożony na zasoby danego człowieka, znacznie mniej natomiast mówi on o interakcji (choć także o niej wspomina). Ponadto Łosiak dodaje, że teoria Hobfolla jest rozwinięciem definicji Lazarusa, „a pojęcie relacji podmiot–otoczenie pełni w niej inną rolę, nie jest bowiem utożsamiane ze stresem, ale traktowane jako jego przyczyna" (Łosiak 1995, s. 16). Na więcej różnic w obu koncepcjach wskazuje Irena Heszen (2012) w późniejszych analizach, ale też przyznaje, że wydaje się, że podejście Hobfolla to ujęcie relacyjne. Dlatego też interesującą koncepcję Hobfolla warto porównać z koncepcjami stresu i radzenia sobie oraz z zasobami psychologicznymi, zajmującymi uwagę innych badaczy.

Z kolei druga koncepcja problematyki stresu, która również mieści się w nurcie relacyjnym, ale jest uznawana za alternatywną względem teorii Lazarusa, to bardzo popularny w ostatnich latach w Polsce model salutogenetyczny Antonovsky'ego (por. 1987, 1995; Heszen-Niejodek 1996; Sęk, Ścigała 1996). Antonovsky (1995), analizując rolę stresorów, podkreśla, że w codziennym życiu są one czymś naturalnym, są wszechobecne i co więcej – nie da się ich uniknąć. Pomimo tego stresory nie zawsze muszą przyczyniać się do powstawania negatywnych skutków u danej osoby. Heszen-Niejodek stwierdza (1996), że w koncepcji Antonovsky'ego rezultaty działania stresorów zależą od posiadanych przez daną jednostkę zasobów przydatnych w radzeniu sobie z sytuacją trudną. Ostateczny efekt takiego radzenia sobie może być nawet korzystny, a wszystko będzie zależało od indywidualnego zróżnicowania posiadanego poczucia koherencji.

Należy podkreślić, że bardzo ważną rolę w tej koncepcji odgrywa poczucie koherencji, które może być rozumiane jako zasób czy nawet „metazasób" (jak uważa wielu badaczy tej problematyki). Jak dalej zauważa autor koncepcji salutogenetycznej: „Jeżeli człowiek dojdzie do wniosku, że sytuacja rzeczywiście ma dla niego znaczenie, przechodzi do etapu oceny możliwości poradzenia sobie z nią – oceny zgodności spostrzeganych zasobów ze spostrzeganymi wymogami sytuacji" (Antonovsky 1995, s. 60). W teorii Antonovsky'ego

podobnie jak w teorii Hobfolla (w odróżnieniu od koncepcji Lazarusa) dodatkowego znaczenia nabierają zasoby, które odgrywają istotną rolę w tych koncepcjach (por. Słowik 2003).

Większość badaczy jest zgodna, że zasoby to właściwości korzystnie wpływające na procesy radzenia sobie z wymaganiami życia (czyli stresorami), także z sytuacjami trudnymi. Z wielu badań wynika, że „są one czymś wartościowym, korzystnym i że człowiek dąży w życiu do ich rozwoju, utrzymywania i odnowy" (Heszen, Sęk 2012, s. 161; por. Wrona-Polańska 2011).

Podsumowując, u osób w sytuacji trudnej – z psychologicznego punktu widzenia – bardzo ważną rolę mogą pełnić zasoby osobiste. Mogą przyczyniać się one do lepszego radzenia sobie ze stresem w sytuacji trudnej, a tym samym w konsekwencji sprzyjać lepszemu zdrowiu. Przy analizie zasobów, oprócz tych wymienianych w koncepcji Hobfolla (a zwłaszcza w stworzonym narzędziu do badania zasobów) oraz omawianego poczucia koherencji, można wyróżnić (sygnalizowane już na wstępie) poczucie własnej skuteczności, poczucie sensu życia, prężność (*resilience*), osobowość jednostki, a także wiele innych, bowiem pojęcie zasobów jest coraz szerzej rozumiane przez badaczy (por. Heszen, Sęk 2012). Ze względu na ograniczone ramy opracowania nie będą one omawiane, ale zostaną uwzględnione w badaniach zaprezentowanych poniżej.

Cel badań

W pracy podjęto tematykę zysków i strat w kontekście deklarowanych przez badanych różnych zasobów psychologicznych w nawiązaniu do teorii zachowania zasobów Hobfolla. Postawiono pytanie, czy zasoby wyróżnione na podstawie koncepcji Hobfolla wiążą się z zasobami wynikającymi z innych koncepcji teoretycznych. Poszukuje się również szerszego kontekstu oddziaływań badanych zasobów odnośnie do doświadczanych sytuacji trudnych przez osoby badane, a także związanych z tym emocji negatywnych (lęku i depresji, obniżonego nastroju).

Istotne jest poznanie wzajemnych oddziaływań i związków pomiędzy poszczególnymi zasobami oraz porównanie badanych zasobów (według koncepcji Hobfolla) z innymi zasobami (wywodzącymi

się z różnych koncepcji teoretycznych) i szukanie wzajemnych zależności. Celem jest także poznanie oceny bilansów zysków i strat po przeżyciu (doświadczeniu) sytuacji trudnych przez osoby badane. Prezentowane badania są fragmentem szerszych badań (zaprezentowane będą tylko wybrane aspekty) i mają one charakter eksploracyjny (dlatego analiza zawęża się do powyższych pytań badawczych).

Materiał i metody

Grupa badana

W badaniu uczestniczyła grupa 185 osób (tzw. osób zdrowych), w tym 143 kobiety oraz 42 mężczyzn. Wiek badanych wahał się od 18 do 66 lat, natomiast średni wiek wynosił około 36 lat.

Metody badań

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia:

1. Kwestionariusz Samooceny Zysków i Strat (COR) Hobfolla w polskiej adaptacji Bohdana Dudka, Ewy Gruszczyńskiej i Jerzego Koniarka (2006), w której wyróżniono pięć podskal zasobów;
2. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonovsky'ego (1995);
3. Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25) Niny Ogińskiej-Bulik i Zygfryda Juczyńskiego (2008);
4. Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) Ralfa Schwarzera i Michaela Jerusalem w polskiej adaptacji Juczyńskiego (2001),
5. Test Sensu Życia (PLT) Jamesa C. Crumbaugha i Leonarda T. Maholicka (1964);
6. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) Charlesa D. Spielbergera i in. w polskiej adaptacji Kazimierza Wrześniewskiego i Tytusa Sosnowskiego (1987);
7. Skalę Beznadziejności (HS-20) Aarona T. Becka i in. (do badania depresji) w polskiej adaptacji Ryszarda Stacha (1991);
8. NEO-FFI do badania pięciu wymiarów osobowości autorstwa Paula Costy i Roberta McCrae w polskiej adaptacji Bohdana Zawadzkiego, Jana Strelaua, Piotra Szczepaniaka i Magdaleny Śliwińskiej (1998);
9. Skala Wydarzeń Życiowych (SWŻ; Kwestionariusz SRRS) Thomasa Holmesa i Richarda Rahe'a.

Procedura badania

Osoby badane zostały poproszone o przypomnienie sobie wszystkich sytuacji trudnych, jakie spotkały je w ciągu dwóch ostatnich lat, i zaznaczenie ich w SWŻ. Następnie badani określali ważność własnych zasobów (w Kwestionariuszu COR) oraz w których obszarach nastąpiły straty, a w których zyski. W dalszej kolejności zaznaczali przeżywane emocje negatywne (lęk, nastrój) w analizowanej sytuacji trudnej, a następnie pozostałe badane zasoby.

Wyniki

W tabeli 1 zamieszczono wyniki korelacji pomiędzy poszczególnymi zasobami, których ważność i występowanie deklarowały osoby badane. Sprawdzano, czy i jakie związki występują pomiędzy grupami tych zasobów (uzyskanymi na podstawie koncepcji Hobfolla i zastosowanej metody) wyróżnionymi dzięki analizie czynnikowej przeprowadzonej przez Gruszczyńską (2012).

Tabela 1. Korelacje pomiędzy grupami deklarowanych zasobów (wg Hobfolla) wyróżnionymi w badaniu

Zasoby	Zasoby hedonistyczno-witalne	Zasoby duchowe	Zasoby rodzinne	Zasoby ekonomiczno-polityczne	Zasoby władzy
Zasoby hedonistyczno-witalne	1,00	0,13	0,25**	0,38**	0,39**
Zasoby duchowe	0,13	1,00	0,42**	0,23**	0,16*
Zasoby rodzinne	0,25**	0,42**	1,00	0,62**	0,26**
Zasoby ekonomiczno-polityczne	0,38**	0,23**	0,62**	1,00	0,48**
Zasoby władzy	0,39**	0,16*	0,26**	0,48**	1,00

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 dwustronnie ($p < 0,05$)
** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 dwustronnie ($p < 0,01$)
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Z przedstawionej w tabeli 1 analizy wynika, że pomiędzy wyróżnionymi grupami zasobów występuje wiele istotnych związków, tzn. występowanie jednej grupy zasobów wiąże się z częstszym (silniejszym) występowaniem zasobów z innych grup. Obserwuje się, że zasoby hedonistyczno-witalne korelują dodatnio z zasobami rodzinnymi, ekonomiczno-politycznymi oraz władzy, podobnie korelują wzajemnie ze sobą wszystkie wyróżnione w tym badaniu pozostałe zasoby, natomiast jedynie w przypadku zasobów duchowych brakuje związków korelacyjnych z zasobami hedonistycznyno-witalnymi. Najsilniejsza korelacja uwidacznia się pomiędzy zasobami rodzinnymi a zasobami ekonomiczno-politycznymi. Można powiedzieć, że deklarowane zasoby u osób badanych wzajemnie na siebie oddziałują oraz wzajemnie się wzmacniają.

Kolejne analizy dotyczyły poszukiwania zmiany u osób badanych w deklarowanych zasobach po dwóch latach zarówno w kierunku uzyskanych zysków, jak i poniesionych strat. W tabeli 2 zamieszczono zestawienie analiz korelacyjnych w kontekście zysków, natomiast w tabeli 3 w kontekście strat.

Tabela 2. Korelacje pomiędzy zasobami deklarowanymi (wg Hobfolla) a zasobami, gdzie (u badanego) wystąpił zysk w okresie dwóch lat (w wyróżnionej danej grupie zasobów)

Wyróżnione grupy zasobów	Zasoby hedonistyczno-witalne – zyski	Zasoby duchowe – zyski	Zasoby rodzinne – zyski	Zasoby ekonomiczno-polityczne – zyski	Zasoby władzy – zyski
Zasoby hedonistyczno-witalne	0,27**	0,10	-0,01	0,06	0,09
Zasoby duchowe	-0,05	0,29**	0,08	-0,04	-0,10
Zasoby rodzinne	0,03	0,15*	0,21**	0,11	0,08
Zasoby ekonomiczno-polityczne	-0,04	0,01	0,14	0,08	0,01
Zasoby władzy	0,16*	0,13	0,16*	0,18*	0,20**

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 dwustronnie ($p < 0,05$)
** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 dwustronnie ($p < 0,01$)
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Przeprowadzona analiza korelacyjna (tabela 2) pokazuje, że im silniejsze deklarowane przez badanych zasoby hedonistyczno-witalne, duchowe, rodzinne oraz zasoby władzy, tym silniejsze po okresie dwóch lat są zyski właśnie w tych zasobach, nie ma natomiast istotnych związków z innymi zasobami. Jedynie silne zasoby władzy przyczyniają się po dwóch latach do zwiększenia się – oprócz zasobów władzy – także zasobów hedonistycznych, rodzinnych, ekonomiczno-politycznych. Natomiast deklarowane jako ważne zasoby ekonomiczno-polityczne po upływie czasu nie przynoszą zysków we własnej grupie (nie zwiększają się) ani nie wiążą się z zyskami w żadnych pozostałych grupach zasobów.

Z kolei w tabeli 3 zamieszczono korelacje pomiędzy wynikami z SWŻ (czyli sytuacji trudnych, które dotknęły daną osobę w ciągu ostatnich dwóch lat) a stratami w zasobach wyróżnionych w badaniu (badani wskazywali straty w poszczególnych grupach zasobów).

Tabela 3. Korelacje pomiędzy przeżytą sytuacją stresową (natężenie stresu za ostatnie dwa lata badane skalą SWŻ) a subiektywnymi stratami w zasobach

Wyróżnione grupy zasobów	Zasoby hedonistyczno-witalne – straty	Zasoby duchowe – straty	Zasoby rodzinne – straty	Zasoby ekonomiczno-polityczne – straty	Zasoby władzy – straty
Trudne Wydarzenia Życiowe (SWŻ)	0,17*	0,18*	0,21**	0,16*	0,08

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 dwustronnie ($p < 0,05$)
** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 dwustronnie ($p < 0,01$)
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Z przedstawionych danych wynika, że im więcej trudnych wydarzeń życiowych u osób badanych w ostatnich dwóch latach, tym większe straty obserwuje się w czterech grupach badanych zasobów (tj. zasoby: hedonistyczno-witalne, duchowe, rodzinne, ekonomiczno-polityczne); stres wynikający z tych trudnych sytuacji nie wiąże się jedynie z zasobami władzy.

Kolejna analiza służyła szerszemu przyjrzeniu się, czy występują związki pomiędzy deklarowanymi zasobami (uzyskanymi na podstawie koncepcji Hobfolla) a innymi zasobami tradycyjnie analizowanymi w literaturze naukowej (wiele badań odwołuje się do tych zasobów) oraz wybranymi emocjami negatywnymi (takimi jak lęk oraz obniżony nastrój).

Tabela 4. Korelacje pomiędzy zasobami deklarowanymi (wg Hobfolla) a innymi badanymi ogólnymi zasobami oraz wybranymi emocjami negatywnymi

Badane zmienne	Zasoby hedonistyczno-witalne	Zasoby duchowe	Zasoby rodzinne	Zasoby ekonomiczno-polityczne	Zasoby władzy
Lęk (stan)	-0,09	-0,06	-0,02	-0,08	-0,25**
Lęk (cecha)	-0,09	0,09	0,06	0,07	-0,11
Prężność ogólna (SPP)	0,20**	-0,07	0,04	-0,01	0,12
Koherencja ogólna	0,10	0,02	0,05	0,07	0,19*
Neurotyzm	-0,14	0,16*	0,03	-0,01	-0,15*
Ekstrawersja	0,24**	0,10	0,20**	0,09	0,31**
Otwartość	0,10	-0,19*	-0,27**	-0,25**	-0,14
Ugodowość	-0,05	0,24**	0,17*	-0,03	-0,07
Sumienność	0,20**	0,07	0,32**	0,33**	0,26**
Poczucie Sensu Życia (PLT)	0,23**	0,09	0,17*	0,10	0,21**
Poczucie Skuteczności (GSES)	0,21**	-0,17*	-0,01	0,00	0,22**
Depresja (HS-20)	-0,15	-0,01	-0,14	-0,08	-0,13

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 dwustronnie ($p < 0,05$)
** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 dwustronnie ($p < 0,01$)
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Na podstawie przeprowadzonych korelacji można wysnuć następujące obserwacje (tabela 4): zasoby hedonistyczne i witalne są tym silniejsze, im u badanych silniejsze są prężność, poczucie sensu życia, poczucie własnej skuteczności oraz takie cechy osobowości (tutaj traktowane jako zasoby) jak ekstrawersja oraz sumienność. Z kolei zasoby duchowe są silniejsze, gdy na wyższym poziomie są neurotyzm i ugodowość, a na niższym poziomie są otwartość oraz poczucie własnej skuteczności. Zasoby rodzinne są silniejsze wówczas, gdy silniejsze są poczucie sensu życia, ekstrawersja, sumienność i ugodowość, a niższy jest poziom otwartości. Natomiast zasoby ekonomiczno-polityczne są na wyższym poziomie, gdy silniejsza jest sumienność, a słabsza otwartość. Ostatnia grupa, czyli zasoby władzy, są silniejsze wtedy, gdy obserwuje się niższy poziom neurotyzmu i lęku jako stanu, natomiast silniejsze są takie zasoby jak poczucie koherencji, sensu życia, własnej skuteczności oraz wyższy poziom takich cech osobowości jak ekstrawersja i sumienność. Wydaje się, że omawiane wyniki badań pokazują wiele interesujących związków, wskazując, że poszczególne grupy zasobów wyróżnione

na podstawie koncepcji Hobfolla są uwarunkowane różnymi czynnikami, choć dostrzega się także pewne podobieństwa i wspólne czynniki (chodzi o związki pomiędzy różnymi zasobami). Analizę tę jednak warto pogłębić w dalszych badaniach.

W dalszej części prowadzonych badań dokonano analiz korelacyjnych pomiędzy podstawowymi zasobami, które są tradycyjnie opisywanie w literaturze i badane od dłuższego czasu, a uzyskiwane wyniki wielu badaczy pokazują dużo istotnych związków z wieloma zmiennymi psychologicznymi (tabela 5). W tym przypadku weryfikowano hipotezę, że wzajemne oddziaływania tych zasobów powinny być istotne i silne.

Tabela 5. Korelacje pomiędzy ogólnymi zasobami uwzględnionymi w badaniu

Zasoby	Prężność ogólna (SPP)	Koherencja ogólna	Poczucie Sensu Życia (PLT)	Poczucie Skuteczności (GSES)
Prężność ogólna (SPP)	1,00	0,57**	0,58**	0,77**
Koherencja ogólna	0,57**	1,00	0,76**	0,60**
Poczucie Sensu Życia (PLT)	0,58**	0,76**	1,00	0,61**
Poczucie Skuteczności (GSES)	0,77**	0,60**	0,61**	1,00

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 dwustronnie ($p < 0,05$)
** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 dwustronnie ($p < 0,01$)
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

W tabeli 5 widać bardzo wyraźnie, że występują silne korelacje pomiędzy wszystkimi ogólnymi zasobami: im silniejsze poszczególne zasoby, tym silniejsze wszystkie pozostałe zasoby ujęte w tym badaniu. Potwierdza to weryfikowaną hipotezę o silnych wzajemnych związkach klasycznych zasobów (wydaje się, że można użyć już takiego określenia).

Warto podkreślić, że bardzo silne zależności występują pomiędzy prężnością a poczuciem własnej skuteczności, a także pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem sensu życia oraz poczuciem własnej skuteczności a poczuciem sensu życia i poczuciem koherencji.

Jest to – jak się wydaje – ważna obserwacja, która pokazuje spójność badanych zasobów (jest to też zgodne z innymi badaniami i opisem w literaturze naukowej), które oddziałując w podobny sposób, wzajemnie mogą się wzmacniać. Dlatego też, analizując radzenie

sobie człowieka w sytuacji trudnej, należy uwzględniać szersze spektrum zasobów (nie ograniczając się do jednego lub dwóch).

Przyglądając się bardziej szczegółowo analizowanym zasobom, warto zwrócić uwagę na ich poszczególne składowe. Uzyskane wyniki wskazują, że również tutaj występuje wiele silnych korelacji pomiędzy ogólnymi zasobami oraz ich składowymi a pozostałymi ogólnymi zasobami i wszystkimi ich składowymi pomiędzy sobą (ze względu na rozległość obszaru badań nie będą w tym opracowaniu prezentowane dalsze wyniki szczegółowe).

Kolejne analizy dotyczą poszukiwania związków pomiędzy wymiarami osobowości (traktowanymi tutaj jako zasoby) a pozostałymi ogólnymi zasobami oraz ich składowymi. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Korelacje pomiędzy zasobami i ich składowymi a wymiarami osobowości (z NEO-FFI)

Wymiary osobowości / Zasoby	Neurotyzm	Ekstrawersja	Otwartość	Ugodowość	Sumienność
Prężność Wytrwałość	-0,38**	0,45**	-0,01	0,11	0,73**
Prężność Otwartość	-0,44**	0,55**	0,13	0,03	0,30**
Prężność Kompetencje	-0,52**	0,53**	0,06	0,01	0,43**
Prężność Tolerancja	-0,55**	0,53**	0,08	0,09	0,41**
Prężność Optymizm	-0,49**	0,55**	0,07	0,00	0,36**
Prężność ogólna	-0,55**	0,60**	0,07	0,05	0,51**
Koherencja_PZR (poczucie zrozumiałości)	-0,64**	0,25**	-0,08	0,08	0,43**
Koherencja_PZ (poczucie zaradności)	-0,74**	0,48**	0,01	0,13	0,45**
Koherencja_PS (poczucie sensowności)	-0,57**	0,59**	-0,07	0,18*	0,50**
Koherencja ogólna – suma	-0,77**	0,51**	-0,05	0,15*	0,54**
Poczucie Sensu Życia (PLT)	-0,64**	0,62**	-0,13	0,18*	0,50**
Poczucie Skuteczności (GSES)	-0,58**	0,48**	0,04	-0,04	0,45**

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 dwustronnie ($p < 0,05$)
** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 dwustronnie ($p < 0,01$)
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Omawiając wyniki z tabeli 6, można zauważyć różnice w występujących zależnościach pomiędzy poszczególnymi wymiarami osobowości a zasobami ogólnymi oraz ich składowymi. Neurotyzm bardzo wyraźnie koreluje ujemnie ze wszystkimi zasobami i ich składowymi, tzn. im słabsze są zasoby u danej osoby, tym neurotyzm jest wyższy. Szczególnie warto zwrócić uwagę na silne związki pomiędzy neurotyzmem a poczuciem koherencji (i składową poczucie zrozumienia): gdy poczucie koherencji jest silniejsze, wówczas poziom neurotyzmu jest niższy. Natomiast odwrotne zależności dotyczą ekstrawersji, która wyraźnie koreluje dodatnio ze wszystkimi zasobami, tzn. im silniejsze zasoby u danej jednostki, tym poziom ekstrawersji jest wyższy. Tak samo jest z sumiennością, która częściej występuje u człowieka, gdy silniejsze są wszystkie badane zasoby (szczególnie silny związek jest z wytrwałością, składową prężności). Z kolei ugodowość częściej charakteryzuje daną osobę jedynie wtedy, gdy obserwuje się wyższy poziom poczucia koherencji (a zwłaszcza poczucia sensowności) oraz poczucia własnej skuteczności. Natomiast otwartość nie wiąże się z żadnym zasobem. Uzyskane wyniki wskazują na występowanie złożonych zależności pomiędzy badanymi zasobami a wymiarami osobowości u człowieka. Jak się wydaje, silniejsze zasoby wiążą się z bardziej adaptacyjnymi cechami osobowości.

W dalszej kolejności badano związki pomiędzy ogólnymi zasobami a przeżywanymi przez badanych emocjami negatywnymi; wyniki zamieszczono w tabeli 7.

Tabela 7. Korelacje pomiędzy ogólnymi zasobami a emocjami negatywnymi

Zasoby ogólne	Lęk (stan)	Lęk (cecha)	Depresja (HS-20)
Prężność ogólna	-0,22**	-0,56**	-0,59**
Koherencja ogólna	-0,31**	-0,66**	-0,69**
Poczucie Sensu Życia (PLT)	-0,25**	-0,59**	-0,77**
Poczucie Skuteczności (GSES)	-0,32**	-0,55**	-0,61**

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 dwustronnie ($p < 0,05$)
** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 dwustronnie ($p < 0,01$)
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Przeprowadzone analizy korelacyjne przedstawione w tabeli 7 uwidaczniają wyraźne zależności ujemne pomiędzy badanymi

emocjami negatywnymi a zasobami ogólnymi. Można powiedzieć, że im silniejsze zasoby posiadają badane osoby, tym słabsze emocje negatywne będą u nich występować. Szczególnie silny związek występuje pomiędzy poczuciem sensu życia a poziomem depresji (silniejsze poczucie sensu życia, niższy poziom depresji), a także pomiędzy poczuciem koherencji a poziomem depresji i lękiem jako cechą.

Podobne analizy przeprowadzono także pomiędzy przeżywanymi emocjami negatywnymi a wymiarami osobowości (tabela 8).

Tabela 8. Korelacje pomiędzy wymiarami osobowości (NEO-FFI) a emocjami negatywnymi

Emocje negatywne / Wymiary osobowości	Lęk (stan)	Lęk (echa)	Depresja (HS-20)
Neurotyzm	0,34**	0,73**	0,63**
Ekstrawersja	-0,15	-0,49**	-0,57**
Otwartość	0,10	0,05	0,13
Ugodowość	-0,02	-0,12	-0,12
Sumienność	-0,07	-0,39**	-0,42**

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 dwustronnie ($p < 0,05$)
** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 dwustronnie ($p < 0,01$)
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zaprezentowane badania pokazały (tabela 8), że wyższy poziom neurotyzmu u osób badanych wiąże się z silniejszym lękiem (stanem i cechą) oraz wyższym poziomem depresji. W przypadku wyższego poziomu ekstrawersji i sumienności obserwuje się niższy poziom lęku jako cechy oraz niższy poziom depresji.

Na koniec prowadzonych badań dotyczących wybranych zasobów psychologicznych z różnych koncepcji teoretycznych – niejako podsumowując analizy – podjęto próbę poszukiwania zależności pomiędzy zasobami ogólnymi i emocjami negatywnymi a stratami i zyskami w deklarowanych przez osoby badane zasobach (wyróżnionymi na podstawie koncepcji Hobfolla). Wyniki przeprowadzonych analiz zamieszczono w tabeli 9.

Tabela 9. Korelacje pomiędzy zasobami deklarowanymi jako strata i zysk a innymi zasobami ogólnymi i emocjami negatywnymi

Wyróżnione grupy zasobów (zyski i straty)	Zasoby hedonistyczne – straty	Zasoby duchowe – straty	Zasoby rodzinne – straty	Zasoby ekonomiczno-polityczne – straty	Zasoby władzy – straty	Zasoby hedonistyczno-witalne – zyski	Zasoby duchowe – zyski	Zasoby rodzinne – zyski	Zasoby ekonomiczno-polityczne – zyski	Zasoby władzy – zyski
Lęk (stan)	0,19*	0,16*	0,07	0,16*	0,07	-0,18*	-0,12	-0,11	-0,31**	-0,16*
Lęk (cecha)	0,33**	0,25**	0,20**	0,28**	0,10	-0,19*	0,06	0,02	-0,19*	-0,21**
Depresja (HS-20)	0,33**	0,28**	0,21*	0,20*	0,14	-0,24**	-0,06	-0,05	-0,22**	-0,19*
Prężnośćogólna	-0,16*	-0,24**	-0,10	-0,19*	-0,15	0,25**	0,14	0,13	0,21**	0,22**
Koherencja ogólna	-0,26**	-0,26**	-0,17*	-0,09	-0,09	0,10	-0,09	-0,01	0,16*	0,09
Poczucie Sensu Życia (PLT)	-0,29**	-0,31**	-0,23**	-0,17*	-0,1	0,24**	0,07	0,06	0,18*	0,16*
Poczucie Skuteczności (GSES)	-0,16*	-0,24**	-0,09	-0,14	-0,17*	0,21**	0,03	0,05	0,15	0,23**

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 dwustronnie ($p < 0,05$)
** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 dwustronnie ($p < 0,01$)
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Przeprowadzone analizy pokazały, że straty w deklarowanych zasobach hedonistyczno-witalnych i duchowych są wyższe, gdy występuje wyższy poziom lęku jako stanu i cechy oraz silniejsza depresja, a jednocześnie występuje słabsze poczucie koherencji, sensu życia, prężności i własnej skuteczności. Straty w zasobach rodzinnych są większe, gdy silniejszy jest lęk jako cecha i wyższy poziom depresji, a jednocześnie słabsze poczucie koherencji i poczucie sensu życia. Podobnie jest w przypadku zasobów ekonomiczno-politycznych, ale większe straty wiążą się tu, oprócz silniejszych emocji negatywnych, także ze słabszymi zasobami poczucia prężności i sensu życia.

Natomiast w przypadku zysków widać, że są one wyższe w zasobach hedonistyczno-witalnych oraz zasobach władzy, gdy niższy jest poziom lęku (stanu i cechy) oraz depresji, a jednocześnie wyższy jest poziom poczucia prężności, sensu życia i własnej skuteczności.

Podobnie jest w zasobach ekonomiczno-politycznych z tą różnicą, że zyski te wiążą się również z silniejszym poczuciem koherencji zamiast z poczuciem własnej skuteczności. Natomiast, co warto podkreślić, w przypadku zasobów duchowych i rodzinnych nie obserwuje się żadnych istotnych korelacji.

Dyskusja

Zaprezentowane i omówione analizy z przeprowadzonych badań uwidaczniają występowanie wielu istotnych i silnych zależności dodatnich pomiędzy badanymi zasobami ogólnymi (a także ich składowymi), czyli między poczuciem koherencji, prężności, sensu życia, własnej skuteczności. Można powiedzieć, że poszczególne zasoby, które występują u badanych osób, wzajemnie się wzmacniają. Może to wskazywać na dużą spójność tych zasobów w omawianych koncepcjach teoretycznych, a tym samym w mechanizmach ich oddziaływania, np. w radzeniu sobie przez człowieka w sytuacji trudnej, co wydaje się bardzo istotną obserwacją (być może występują także zbliżone mechanizmy ich oddziaływania).

Podobnie jest w przypadku grup zasobów wyróżnionych na podstawie koncepcji Hobfolla, gdzie również widać, iż większość zasobów deklarowanych wzajemnie oddziałuje na siebie. Badania pokazały, że np. zasoby hedonistyczno-witalne korelują dodatnio z zasobami rodzinnymi, ekonomiczno-politycznymi oraz władzy. Podobnie korelują ze sobą prawie wszystkie wyróżnione w tym badaniu inne zasoby deklarowane. Warto też zauważyć, że najsilniejsze związki występują pomiędzy zasobami rodzinnymi a zasobami ekonomiczno-politycznymi. Dlatego tutaj również można powiedzieć, że deklarowane zasoby u osób badanych wzajemnie na siebie oddziałują oraz wzajemnie się wzmacniają.

Warto jednak zauważyć, że deklarowane zasoby zazwyczaj po upływie pewnego czasu (w badaniu po dwóch latach) zwiększają się, czyli przynoszą zyski (w ramach danej grupy wyróżnionego zasobu). Uogólniając, można przyjąć, że zasoby wzajemnie się wzmacniają, a więc siła ich oddziaływania będzie tym większa, im dana jednostka będzie posiadała więcej zasobów (a poziom danego zasobu będzie wyższy). Byłoby to zgodne z koncepcją Hobfolla, zakładającą, że

mamy tutaj do czynienia z tendencją do zachowania i pomnażania tych zasobów. W tym miejscu warto ponownie nawiązać do Heszen-Niejodek, która podkreślała, że rozumienie stresu zostało przedstawione przez Hobfolla jako „model zachowania zasobów" i dlatego można przyjąć, że „[…] ludzie dążą do utrzymywania, ochrony i budowania zasobów, rozumianych jako cenione przez jednostkę przedmioty, właściwości osobiste, okoliczności lub czynniki sprzyjające" (Heszen-Niejodek 1996, s. 14). Idąc dalej, można stwierdzić, że jeżeli dana osoba posiada więcej zasobów, to wówczas słabsze będą u niej emocje negatywne (takie jak lęk, obniżony nastrój, depresja) i tym większa szansa na lepsze radzenie sobie z sytuacją trudną.

Natomiast obserwuje się, że im więcej wystąpiło doświadczanych sytuacji trudnych, powodujących stres u osób badanych (w ciągu ostatnich dwóch lat), tym większe straty uwidoczniły się w większości deklarowanych zasobów wyróżnionych na podstawie koncepcji Hobfolla (tzn. w zasobach hedonistyczno-witalnych, duchowych, rodzinnych, ekonomiczno-politycznych). Z przedstawionych danych wynika, że im więcej w ostatnich dwóch latach trudnych wydarzeń życiowych u osób badanych, tym większe straty obserwuje się w czterech grupach badanych zasobów (z wyjątkiem zasobów władzy). Na taki kierunek rozumienia koncepcji Hobfolla wskazuje właśnie wspomniany już Łosiak, który podkreśla, że teoria Hobfolla jest dalszym rozwinięciem koncepcji Lazarusa, i najważniejsze jest tutaj zdanie, które mówi, że „pojęcie relacji podmiot–otoczenie pełni w niej inną rolę, nie jest bowiem utożsamiane ze stresem, ale traktowane jako jego przyczyna" (1995, s. 16). Dlatego też sytuacje te wywołują stres, który osłabia poziom zasobów. W tym kontekście warto przytoczyć raz jeszcze analizę tej koncepcji stresu przedstawioną przez Łosiaka, który stwierdził, że został on zdefiniowany „[…] jako reakcja na sytuację, w której istnieje groźba utraty zasobów, albo już ona nastąpiła, czy też zaangażowanie zasobów nie łączy się z ich odzyskaniem" (1995, s. 16). Jest to ważne stwierdzenie, które wskazuje na różnicę względem innych koncepcji zasobów, a wydaje się, że badania właśnie to potwierdziły.

Pogłębiając prowadzoną analizę, warto zwrócić uwagę na występujące statystycznie istotne związki pomiędzy deklarowanymi zasobami (na podstawie koncepcji Hobfolla) a zasobami ogólnymi

takimi jak poczucie koherencji, skuteczności, sensu życia, prężności (nazwanymi tutaj zasobami klasycznymi) uwzględnionymi w badaniach. Okazuje się, że w przypadku zasobów deklarowanych w większym stopniu są to związki z wymiarami osobowości, a w mniejszym stopniu z tzw. ogólnymi zasobami, co mogłoby wskazywać na to, że deklarowane zasoby mogą zależeć od cech osobowości danej osoby. Jedynie w przypadku zasobu hedonistyczno-witalnego zasoby ogólne i wymiary osobowości występują w równym stopniu. Z kolei z zasobami deklarowanymi najczęściej wiążą się dodatnio jedynie poczucie sensu życia i poczucie własnej skuteczności, natomiast w pojedynczych przypadkach poczucie prężności i poczucie koherencji (co wskazywałoby na mniejsze wzajemne powiązania).

Uwidaczniają się bardzo wyraźne związki pomiędzy wymiarami osobowości a zasobami klasycznymi i ich składowymi. Neurotyzm jest silniejszy w przypadku, gdy wszystkie badane zasoby ogólne są słabsze, natomiast ekstrawersja i sumienność są silniejsze, gdy wszystkie zasoby ogólne również takie są. Ugodowość wiąże się tylko z poczuciem koherencji i poczuciem sensu życia, natomiast otwartość nie wiąże się z żadnymi zasobami. Można postawić hipotezę, że wymiary osobowości są ważnym elementem, który wiąże się z różnego rodzaju zasobami (wyróżnionymi na podstawie różnych koncepcji teoretycznych), być może łączącym różne grupy zasobów w pewne struktury grupowe w zależności od dominującego typu wymiaru osobowości u danej jednostki. Obserwacja ta jednak wymaga dalszych pogłębionych badań.

Natomiast kolejna analiza potwierdziła, że wyższy poziom wszystkich zasobów ogólnych wiąże się z występowaniem słabszych emocji negatywnych, czyli można przyjąć, że silniejsze zasoby ogólne chronią człowieka przed niekorzystnym oddziaływaniem emocji negatywnych (analiza regresji uwidoczniła tutaj szczególną rolę poczucia koherencji) (por. Słowik 2002, 2008, 2011). Warto zwrócić uwagę na ważną rolę poczucia koherencji jako zasobu, który przez coraz liczniejszą grupę badaczy uważany jest za pewną formę „metazasobu", który może odgrywać kluczową rolę przez wpływanie na inne zasoby i być może ich wzmacnianie. W tym miejscu warto ponownie przywołać analizy Heszen-Niejodek (1996), która podkreślała, że w koncepcji Antonovsky'ego ostateczne rezultaty działania

stresorów będą zależały właśnie od posiadanych przez człowieka zasobów, które będą odgrywały istotną rolę w radzeniu sobie z sytuacją trudną. Dlatego ostateczny skutek może być pozytywny, ale będzie to zależało od jednostkowego i zróżnicowanego posiadania poczucia koherencji przez danego człowieka. Na tej podstawie można powiedzieć, że wysokie poczucie koherencji będzie pełniło rolę ochrony przed stresorami.

Natomiast w przypadku wymiarów osobowości wyższy poziom neurotyzmu sprzyja negatywnym emocjom (czyli im wyższy neurotyzm, tym wyższy poziom lęku i depresji), natomiast wyższy poziom ekstrawersji i sumienności obniża poziom negatywnych emocji. Jednakże najsilniej oddziałuje neurotyzm (co uwidoczniła także analiza regresji), dlatego silniejszy jest związek z emocjami negatywnymi.

Próbując nieco podsumować te złożone badania, można zauważyć, że zasoby ogólne silniej oddziałują na emocje negatywne (czyli im silniejsze są te zasoby to wówczas są słabsze emocje negatywne i odwrotnie) i na wymiary osobowości niż na tzw. deklarowane zasoby (wyróżnione na podstawie koncepcji Hobfolla). Deklarowane zasoby wydają się bardziej ukazywać sytuację zysków i strat w ramach tych zasobów, co jest ważnym aspektem w sytuacji powstawania stresu. Natomiast zasoby klasyczne bardziej wiązałyby się z korzystniejszym radzeniem sobie z sytuacją stresową.

Dlatego też, analizując zyski i straty w deklarowanych zasobach (na podstawie koncepcji Hobfolla), można zauważyć ogólną tendencję, że straty występują, gdy u osób badanych są słabsze zasoby ogólne a silniejsze emocje negatywne, natomiast w przypadku zysków tendencja jest odwrotna, tzn. zasoby ogólne są silniejsze, a lęk i depresja słabsze (wyższy poziom nastroju). Trzeba jednak zauważyć, że związki te są liczniejsze i silniejsze w przypadku ponoszonych strat w zasobach (co byłoby zgodne z teorią Hobfolla, która zakłada, że utrata zasobów podstawowych pociąga za sobą sieć negatywnych zjawisk i przyczynia się do utraty innych zasobów, natomiast zyski w poszczególnych zasobach nie mogą temu skutecznie przeciwdziałać (por. Heszen, Sęk 2012). Omawiane i analizowane wybrane zagadnienia związane z problematyką zasobów psychologicznych wymagają jednak dalszych badań, dlatego też niniejsze opracowanie jest dopiero początkiem dla gruntowniejszych badań i analiz z tego zakresu.

Wnioski

1. Badania pokazują, że pomiędzy wyróżnionymi grupami deklarowanych zasobów na podstawie koncepcji Hobfolla występuje wiele istotnych związków, tzn. występowanie jednej grupy zasobów wiąże się z częstszym (silniejszym) występowaniem zasobów z innych grup (czyli że wzajemnie się one wzmacniają).
2. Analiza zysków w deklarowanych zasobach u badanych uwidacznia, że im silniejsze deklarowane zasoby hedonistyczno-witalne, duchowe, rodzinne oraz zasoby władzy, to po okresie dwóch lat obserwuje się wyższy poziom (silniejszy) zysków właśnie w tych zasobach, czyli ich wzmocnienie.
3. Analiza wyników pokazuje, że im więcej trudnych wydarzeń życiowych (powodujących stres) wystąpiło u osób badanych w ostatnich dwóch latach, tym większe straty obserwuje się w czterech grupach badanych zasobów (tj. zasoby hedonistyczno-witalne, duchowe, rodzinne, ekonomiczno-polityczne).
4. W badaniach uwidoczniono bardzo liczne związki pomiędzy poszczególnymi grupami zasobów deklarowanych wyróżnionych na podstawie koncepcji Hobfolla a zasobami ogólnymi (klasycznymi) oraz wymiarami osobowości. Przykładowo: zasoby hedonistyczne i witalne są tym silniejsze, im silniejsze u badanych jest poczucie prężności, sensu życia, własnej skuteczności oraz im silniejsze są takie cechy osobowości (tutaj traktowane jako zasoby) jak ekstrawersja oraz sumienność.
5. Występują silne zależności pomiędzy wszystkimi zasobami ogólnymi, tzn. im silniejsze poszczególne zasoby, tym silniejsze wszystkie pozostałe zasoby ujęte w tym badaniu. Bardzo silne zależności występują pomiędzy poczuciem prężności a poczuciem własnej skuteczności, a także pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem sensu życia.
6. Badania pokazały silne zależności pomiędzy poszczególnymi wymiarami osobowości a zasobami ogólnymi oraz ich składowymi. Neurotyzm bardzo wyraźnie koreluje ujemnie ze wszystkimi zasobami ogólnymi, tzn. im słabsze są zasoby u danej osoby, tym neurotyzm jest wyższy. Warto zwrócić uwagę szczególnie na silne związki pomiędzy neurotyzmem a poczuciem koherencji – gdy

poczucie koherencji jest silniejsze, wówczas poziom neurotyzmu jest niższy.

7. Jeżeli silniejsze zasoby ogólne posiadają badane osoby, to tym słabsze emocje negatywne będą u nich występować. Szczególnie silny związek występuje pomiędzy poczuciem sensu życia a poziomem nastroju, depresji (im silniejsze poczucie sensu życia, tym niższy poziom depresji), a także im silniejsze poczucie koherencji tym niższy poziomem depresji i lęku.
8. Badania pokazały, że gdy występuje wyższy poziom neurotyzmu u osób badanych, to wówczas występuje silniejszy lęk (jako stan i cecha) oraz wyższy poziom depresji. W przypadku wyższego poziomu ekstrawersji i sumienności obserwuje się niższy poziom lęku (cechy) oraz niższy poziom depresji.
9. W przeprowadzonych badaniach można zauważyć ogólną tendencję: analizując zyski i straty w deklarowanych zasobach (na podstawie koncepcji Hobfolla), straty występują, gdy u osób badanych są słabsze zasoby klasyczne, a silniejsze emocje negatywne, takie jak lęk i wyższy poziom depresji. Z kolei w przypadku zysków tendencja jest odwrotna –u badanych występują silniejsze zasoby ogólne oraz słabszy lęk i niższy poziom depresji (wyższy poziom nastroju). Wyraźnie zwraca uwagę to, że związki te są liczniejsze i silniejsze w przypadku ponoszonych strat w zasobach.
10. Końcowy, bardziej ogólny wniosek z badań wskazuje, że zasoby ogólne silniej oddziałują na emocje negatywne (tzn. im silniejsze są te zasoby, to wówczas są słabsze niekorzystne emocje negatywne) oraz także silniej wiążą się z wymiarami osobowości, natomiast słabiej oddziałują na tzw. deklarowane zasoby (wyróżnione na podstawie koncepcji Hobfolla). Ponadto deklarowane zasoby wydają się bardziej ukazywać sytuację zysków i strat w ramach tych zasobów, co wydaje się ważnym aspektem w sytuacji powstawania stresu. Z kolei zasoby ogólne bardziej wiązałyby się z korzystniejszym radzeniem sobie z sytuacją stresową.

Bibliografia

Antonovsky A. (1987), *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco.

Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, Warszawa.

Crumbaugh J.C., Maholick L.T. (1964), *An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis*, „Journal of Clinical Psychology", vol. 20, issue 2, s. 200–207.

Dudek B., Gruszczyńska E., Koniarek J. (2006), *Teoria zachowania zasobów S. Hobfolla – zagadnienia teoretyczne i metodologiczne oraz adaptacja kwestionariusza COR-Ewaluation*, [w:] *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria*, red. T. Pasikowski, H. Sęk, Poznań, s. 51–60.

Dudek B., Merecz D. (2012), *Poziom i zróżnicowanie zasobów a decyzje finansowe w sytuacjach o różnej wartości oczekiwanej*, [w:] *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla: polskie doświadczenia*, red. E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudek, Łódź, s. 125–133.

Frankl V.E. (1984), *Homo patiens*, tłum. R. Czernecki, J. Morawski, wyd. 3, Warszawa.

Gruszczyńska E. (2012), *Kwestionariusz Samooceny Zysków i Strat – polska adaptacja COR-Evaluation S.E. Hobfolla i jej podstawowe właściwości psychometryczne*, [w:] *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla: polskie doświadczenia*, red. E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudka, Łódź, s. 99–110.

Heszen I. (2012), *Paradygmat stresu i radzenia sobie Lazarusa i Hobfolla – podejścia badawcze przeciwstawne czy komplementarne?*, [w:] *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla: polskie doświadczenia*, E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudek, Łódź, s. 51–64.

Heszen I., Sęk H. (2012), *Psychologia zdrowia*, Warszawa.

Heszen-Niejodek I. (1996), *Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje*, [w:] *Człowiek w sytuacji stresu: problemy teoretyczne i metodologiczne*, red. I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak, Katowice, s. 12–43.

Hobfoll S.E. (1989), *Zachowanie zasobów. Nowa próba konceptualizacji stresu*, „Nowiny Psychologiczne", nr 5–6, s. 24–48.

Hobfoll S.E. (2006), *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, tłum. M. Kacmajor, Gdańsk.

Hobfoll S.E. (2012), *Teoria zachowania zasobów i jej implikacje dla problematyki stresu, zdrowia i odporności*, tłum. J. Witkowska, [w:] *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla: polskie doświadczenia*, red. E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudek, Łódź, s. 17–49.

Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa.

Lazarus R.S. (1986), *Paradygmat stresu i radzenie sobie*, „Nowiny Psychologiczne", nr 3–4, s. 2–39.
Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress: Appraisal and Coping*, New York.
Łosiak W. (1994), *Dynamika emocji i radzenia sobie w stresie psychologicznym: badania pacjentów chirurgicznych*, Kraków.
Łosiak W. (1995), *Podstawowe koncepcje stresu i radzenie sobie*, [w:] *Wybrane problemy zmagania się ze stresem*, red. D. Kubacka-Jasiecka, Kraków, s. 13–23.
Ogińska-Bulik N. (2012), *Prężność a potraumatyczny rozwój u młodzieży*, [w:] *Zdrowie w cyklu życia człowieka*, red. N. Ogińska-Bulik, J. Miniszewska, Łódź, s. 75–87.
Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008), *Skala pomiaru prężności (SPP-25)*, „Nowiny Psychologiczne", nr 3, s. 39–56.
Oleś P. (2000), *Psychologia przełomu połowy życia*, Lublin.
Ostrowski T.M. (2008), *Libertalno-waloryczny model sensu życia w kontekście zdrowia i choroby wieńcowej*, Kraków.
Schwarzer R. (1997), *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuowaniu zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejście terapeutyczne i nowy model*, [w:] *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, Warszawa, s. 175–205.
Sęk H., Ścigała I. (1996), *Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym*, [w:] *Człowiek w sytuacji stresu: problemy teoretyczne i metodologiczne*, red. I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak, Katowice, s. 133–150.
Słowik P. (2002), *Związki pomiędzy poczuciem koherencji a emocjami u chorych somatycznie,* „Sztuka Leczenia", nr 3, s. 43–48.
Słowik P. (2003), *Stres psychologiczny w ujęciu relacyjnym – wybrane koncepcje*, „Sztuka Leczenia", nr 3–4, s. 47–57.
Słowik P. (2008), *Sense of coherence versus negative emotions and styles of coping with stress in patients with somatic illnesses*, [w:] *Higieniczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia*, red. I. Jackowska, M. Iskra, A. Borzęcki, K. Sztanke, Lublin, s. 364–372.
Słowik P. (2011), *Przeżywane emocje negatywne a strategie radzenia sobie ze stresem u pacjentów chorych somatycznie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii", t. 92, nr 4, s. 717–724.
Stach R. (1991), *Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnienia*, Kraków.
Wrona-Polańska H. (2003), *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem: psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela*, Kraków.

Wrona-Polańska H. (2011), *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*, Kraków.

Wrześniewski K., Sosnowski T. (1987), *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI. Podręcznik*, Warszawa.

Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M., (1998), *Inwentarz osobowości NEO-FFI Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik*, Warszawa.

DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6-5

Ewa Wilczek-Rużyczka

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych
https://orcid.org/0000-0003-2261-8939

Kamila Jarząb

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Wydział Nauk o Zdrowiu
https://orcid.org/0009-0003-1354-8518

EMPATIA I JEJ POSTRZEGANIE W SPOŁECZEŃSTWIE PRZEZ STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA

Streszczenie

Celem przeprowadzonych badań była analiza zjawiska empatii oraz jej postrzegania w społeczeństwie przez studentów pielęgniarstwa. W badaniu uczestniczyło 146 studentów pielęgniarstwa z południowej Polski, głównie na studiach I stopnia w trybie stacjonarnym (43,2%) i II stopnia zarówno w trybie stacjonarnym (45,2%), jak i niestacjonarnym (11,6%). W zdecydowanej większości grupę badawczą stanowiły kobiety (87,7%), a także osoby, które miały nie więcej niż 25 lat (62,3%), bezdzietne (71,2%) oraz mieszkające na wsi (67,1%). W badaniach wykorzystano dwa wystandaryzowane kwestionariusze autorstwa Ewy Wilczek-Rużyczki: Kwestionariusz Empatii Emocjonalno-Poznawczej oraz Kwestionariusz Postrzegania Empatii. Dane socjodemograficzne zbadano za pomocą autorskiego kwestionariusza dotyczącego stopnia, formy i roku studiów, płci, wieku, obszaru zamieszkania, statusu zawodowego, cywilnego i materialnego oraz posiadania dzieci.

Analiza statystyczna wykazała, że wśród studentów pielęgniarstwa przeważa wysoki poziom empatii emocjonalnej, poznawczej i postrzegania empatii,

a wraz z wyższym poziomem empatii emocjonalnej i poznawczej podnosił się poziom postrzegania przez nich empatii w społeczeństwie. Osoby młode, bezdzietne, mieszkające na wsi i niepodejmujące aktywności zawodowej charakteryzują się wyższymi wynikami w zakresie postrzegania empatii w społeczeństwie. Studenci studiów magisterskich w trybie niestacjonarnym wykazali się niższym poziomem empatii poznawczej i postrzegania empatii w społeczeństwie w porównaniu ze studentami na poziomie licencjackim.

Studenci studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo są empatyczną grupą w zakresie empatii poznawczej, emocjonalnej oraz postrzegania empatii. Jednakże badani charakteryzujący się obciążeniami stresogennymi w zakresie socjodemograficznym wykazują niższe poziomy empatii oraz jej postrzegania. Podobnie studenci II stopnia, którzy w większym stopniu spotykają się z obciążającą psychicznie praktyką kliniczną. Uzyskane wyniki mogą świadczyć o konieczności wprowadzenia treningu empatii na możliwie jak najwcześniejszym etapie edukacji pielęgniarskiej. Bezpośrednio będzie się on przekładał na wzrost poziomu empatii oraz jej postrzegania, a co za tym idzie na podnoszenie jakości profesjonalnej opieki skoncentrowanej na pacjencie.
Słowa kluczowe: empatia, studenci pielęgniarstwa, empatia emocjonalna, empatia poznawcza, postrzeganie empatii

Empathy and its perception in society by nursing students

Abstract

The aim of the research was to analyze the phenomenon of empathy and its perception in society by nursing students. The study involved 146 nursing students from southern Poland, mainly in full-time first-cycle studies (43.2%) and second-cycle studies, both full-time (45.2%) and part-time (11.6%). The vast majority of the research group consisted of women (87.7%), as well as people who were no more than 25 years old (62.3%), childless (71.2%) and living in the countryside (67.1%). The research used two standardized questionnaires by Ewa Wilczek-Rużyczka: the Emotional and Cognitive Empathy Questionnaire and the Empathy Perception Questionnaire. Sociodemographic data were examined using an original questionnaire regarding the degree, form and year of studies, gender, age, area of residence, professional, marital and financial status, and having children.

Statistical analysis showed that high levels of emotional and cognitive empathy and the perception of empathy prevail among nursing students, and with higher levels of emotional and cognitive empathy, the level of their perception of empathy in society increased. Young, childless people, living in the countryside and not taking up professional activity are characterized by higher results in terms of perceiving empathy in society. Part-time graduate students demonstrated lower levels of cognitive empathy and perceptions of empathy in society compared to undergraduate students.

First-cycle nursing students are an empathetic group in terms of cognitive and emotional empathy and the perception of empathy. However, respondents characterized by sociodemographic stressors show lower levels of empathy and its perception. Similarly, second-cycle students, who are more likely to encounter mentally demanding clinical practice. The obtained results may indicate the need to introduce empathy training at the earliest possible stage of nursing education. It will directly translate into an increase in the level of empathy and its perception, and thus in improving the quality of professional patient-centered care.
Key words: empathy, nursing students, cognitive empathy, emotional empathy, perception of empathy

Wprowadzenie

Empatia jako nieodłączny element relacji międzyludzkich stanowi niejako podstawę działań społecznych, w szczególności działań na rzecz poprawy stanu zdrowia człowieka w relacji pielęgniarka–pacjent. Jest to element kontaktów interpersonalnych, który bezwzględnie wpływa na szeroko pojętą jakość świadczonych usług, w tym usług medycznych.

Współcześnie w pielęgniarstwie kryterium profesjonalizmu staje się powinność moralna połączona z wysokim poziomem empatii, która świadczy o wzajemności interpersonalnej jako wartości psychologicznej i terapeutycznej. Zasadne jest stwierdzenie, że podstawy pielęgniarskich postaw zawodowych kreowane są już na etapie kształcenia. Dlatego konieczne jest pogłębienie zagadnienia empatii wśród studentów pielęgniarstwa oraz jej postrzegania w społeczeństwie.

Bezsprzecznie rozważania z zakresu procesu empatii nie tylko dostarczają odpowiedzi na już znane problemy, ale również inspirują do generowania nowych dylematów dotyczących tytułowego zagadnienia.

Empatia

Zjawisko empatii jest nieustannie poddawane naukowym analizom oraz redefinicji. Wynika to z faktu, iż empatia to wielowymiarowy koncept łączący w sobie nie tylko umiejętności współodczuwania,

ale również empatycznego reagowania i działania (Załuski 2017). Podczas próby wyznaczenia istoty empatii najbardziej trafna wydaje się definicja Simona Barona-Cohena (2014), który określa empatię jako zawieszenie jednoogniskowej koncentracji uwagi i przyjęcie perspektywy dwuogniskowej oraz jako umiejętność rozpoznawania stanów emocjonalnych, uczuć i myśli innych osób, a także jako zdolność zareagowania na te uczucia i myśli odpowiednią emocją, uważając empatię za najważniejszy zasób naszego świata. Ponadto – z uwagi na to, że empatia przyjmuje rodzaj emocjonalno-poznawczo-behawioralny i polega na przyjęciu perspektywy chorego, wykazaniu zrozumienia wobec przeżywanych emocji oraz komunikacji zarówno werbalnej, jak i pozawerbalnej – pracownicy medyczni są w stanie wyrazić zrozumienie wobec stanu chorego i otoczyć go odpowiednią opieką (Wilczek-Rużyczka 2017).

Empatia emocjonalna (afektywna) obejmuje odpowiednią, dostosowaną reakcję w odpowiedzi na odczuwane przez drugiego człowieka emocje. Często jest to okazywanie, doświadczanie emocji podobnych do postrzeganych. Istotą działań empatycznych jest przyniesienie korzyści fizycznych, psychicznych czy materialnych empatyzowanemu, w myśl zasad moralnych czy etycznych. Prowadzi to do nawiązania empatycznej komunikacji – relacji terapeutycznej ukierunkowanej na poprawę holistycznej koncepcji zdrowia człowieka (Wilczek-Rużyczka 2017).

Empatia poznawcza (kognitywna) definiowana jest jako w pełni rozwinięta zdolność do kompleksowego i etycznego rozumienia emocji, uczuć drugiego człowieka. Istotne jest, żeby skupiać się na umiejętności rozumienia przyczyn odczuwanych emocji, a nie emocji samych w sobie. Jest to myślenie zorientowane na cudzą perspektywę (Wilczek-Rużyczka 2017).

Z zagadnieniem empatii bezpośrednio łączy się pojęcie zasobów osobistych empatii, czyli określonego stopnia zdolności do zachowania empatycznego. W empatyczność wpisana jest również skrajność pod postacią patologicznego altruizmu, który jest zdeformowaną strukturą niesienia pomocy. To postawa charakteryzująca się przesadnym skupianiem się na potrzebach emocjonalnych innego człowieka ze szkodą dla własnych potrzeb emocjonalnych (Kliszcz 2017). Na uwagę zasługuje to, że empatia całościowo wpisuje się

w koncepcję teorii salutogenezy Aarona Antonovsky'ego. Odrzuca się tam przeciwstawienie zdrowia chorobie, a przedstawia kontinuum zdrowie–choroba (Wilczek-Rużyczka, Kwak 2022). Empatyczna relacja dzięki pozytywnemu wpływowi na dobrostan empatyzowanego może zbliżać go ku pozytywnemu krańcowi osi stanu zdrowia.

Próba uwarunkowania empatii powinna rozpocząć się od przeanalizowania komponentów nie tylko behawioralnych i emocjonalnych, ale również poznawczych i moralnych wpływających na rozwój empatii (Wilczek-Rużyczka 2017), ponieważ źródło empatii, sposób jej kształtowania i okazywania jest odmiennym procesem dla każdego współczesnego człowieka z osobna. Empatia zatem kształtuje się w sposób indywidualny w zależności od sposobu korelacji zachowania, emocji, zdolności poznawczych oraz moralnych, i tak będzie warunkowana (Baron-Cohen 2014; Wilczek-Rużyczka 2017). Według doniesień w literaturze, podsumowując powyższe rozważania, uogólnienie uwarunkowań empatii sprowadza się do dwóch komponentów: temperamentu i inteligencji emocjonalnej. Dlatego jako źródło osobniczej empatii wyróżnia się też złożony temperament, ponieważ jest to zdeterminowany sposób odpowiadania na bodźce środowiskowe. Dzięki temu pozwala on niejako przewidzieć sposób zachowania czy reakcji, gdyż do składowych temperamentu należą: emocjonalność, aktywność, towarzyskość i impulsywność (Kliszcz 2017).

Nie bez znaczenia w tym względzie pozostaje też wspomniany element inteligencji emocjonalnej, gdyż w percepcji rzeczywistości emocje, na równi właśnie z racjonalnym intelektem, są źródłem relacji świata zewnętrznego i wewnętrznego. Uzupełniają się one w procesie podejmowania decyzji – również w kontekście empatycznego działania i zachowania. Inteligencję emocjonalną zdefiniować można jako ogół zdolności do przetwarzania informacji emocjonalnych, z uwzględnieniem umiejętności identyfikowania i regulowania emocji własnych i cudzych oraz wykorzystania ich do procesu myślenia i działania. Na inteligencję emocjonalną składają się: zdolność do rozumienia własnych emocji, umiejętność postrzegania emocji innych, dostrzeganie i docenianie znaczenia emocji własnych oraz umiejętność ekspresji emocji. Natomiast do środowiskowych czynników warunkujących empatię należą uczuciowe relacje rodzinne,

doświadczanie troski, poczucie bezpieczeństwa, doświadczenie uwagi i poświęconego czasu oraz styl wychowawczy (Kliszcz 2017).

Istnieją narzędzia, dzięki którym można wzmacniać już istniejący potencjał empatyczny. Znacznie na rozwój procesu empatii wpływa przede wszystkim otwarte komunikowanie, wyrażanie subiektywnych odczuć, unikanie ogólników i teoretyzowania na temat aktualnej sytuacji świata wewnętrznego/emocjonalnego/uczuciowego, spontaniczne wyrażanie własnych myśli i uczuć (Wilczek-Rużyczka 2017).

Identyfikacja osobistych zasobów empatii połączona z odpowiednim uzupełnieniem wiedzy i treningiem z zakresu empatyczności jest w stanie uświadomić adeptom pielęgniarstwa, jak istotna w pielęgnowaniu pacjenta jest empatia. Dodatkowo daje szansę na rozpoznanie wczesnego ryzyka zmęczenia współczuciem, a w konsekwencji wypalenia zawodowego (Kliszcz 2017; Wilczek-Rużyczka 2017, 2020).

W literaturze obecne są programy treningów empatii, które mogą wpisać się we współczesne potrzeby edukacyjne studentów pielęgniarstwa. Na przykład program realizowanego w Polsce treningu empatii obejmuje m.in. następujące treści: wiedzę o komunikowaniu werbalnym i niewerbalnym, sesje odprężające, ćwiczenia otwartości, ćwiczenia akceptacji w grupie, ćwiczenia słuchania ze zrozumieniem, ćwiczenia odgrywania ról pielęgniarka–pacjent w trudnej sytuacji. Przez to trening empatii wywołuje zwiększenie poziomu samoakceptacji, poczucia własnej wartości oraz czyni bardziej otwartym na relacje społeczne pomimo obciążających, stresogennych okoliczności (Wilczek-Rużyczka 2017).

Spostrzeganie empatii

Według definicji Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (2010) spostrzeganie (percepcja) zamyka się w subiektywnym obrazie rzeczywistości ukształtowanym przez jednostkę za pośrednictwem narządów zmysłów. To wstępny etap przetwarzania informacji zewnętrznej przez ludzki umysł, dzięki któremu może ona zostać zauważona i zdefiniowana.

Wyodrębniono dwa psychologiczne podejścia w analizie zjawiska percepcji. Jedno z nich zakłada wydzielenie poszczególnych

doświadczanych cech informacji, które składają się na całość spostrzeganego obrazu. Następnie rozpoznawane cechy porównywane są do określonego, znajomego wzorca, więc jego identyfikacja zależy od ilości dostrzeganych znanych cech odbieranych przez odbiorcę informacji. Inna próba analizy percepcji kreuje pogląd, iż charakter odbieranych przez nas informacji zależy w głównej mierze od nabytego doświadczenia, nastawienia oraz oczekiwania. Wtedy w procesie spostrzegania przoduje wiedza, pamięć i wnioskowanie, które sprawiają, że odbierane informacje zostają zorganizowane w taki sposób, aby można było dostrzec ich sens oraz znaczenie (Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 2010).

Wnioskować można, że spostrzeganie empatii niejako unifikuje te dwa podejścia. Opiera się ono na łączeniu składowych empatii (afektywność, poznawczość, działanie empatyczne), które dają jej pełny obraz i sygnalizują proces empatyzowania. Dodatkowo mając za sobą przeszłe empatyczne doświadczenia, podejmujemy chętniej działania empatyczne oraz szybciej jesteśmy w stanie rozpoznać, zauważać, spostrzegać empatię.

Biorąc pod uwagę badania dotyczące percepcji czy spostrzegania empatii wśród personelu medycznego, z punku widzenia pacjenta, wnioskować można, że bez względu na pełnioną funkcję zawodową czy też społeczną fakt spostrzegania empatii jest niezmienny. Wyodrębniono zatem zachowania, których przejawy wpływają na zauważenie zachowania empatycznego u empatyzera przez empatyzowanego. Należą do nich: niewerbalne okazanie szacunku, werbalne wsparcie i troska, walidacja emocji, zauważenie niewerbalnych znaków emocji u empatyzowanego, zauważenie i wykorzystanie okazji do okazania współczucia, a także niewerbalne okazanie troski (Patel i in. 2019).

Dzięki spostrzeganiu empatii w profesji pielęgniarskiej pacjent może czuć się nie tylko wysłuchany, ale również zauważony czy nawet zrozumiany. Spostrzeganie pozwala na budowanie zaufania między pielęgniarką a pacjentem, co sprzyja efektywnej komunikacji i wspólnemu podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej. Jest to niezwykle istotne, ponieważ dobre relacje między personelem pielęgniarskim a pacjentem mają kluczowe znaczenie dla osiągnięcia pozytywnych wyników oraz obopólnej satysfakcji z procesu

terapeutycznego jako całości (Wilczek-Rużyczka 2017). Percepcja empatii w kontekście komunikowania dostarcza nam informacji na temat siebie samego oraz drugiego człowieka. Proces empatyzowania empirycznego, czyli płynącego z doświadczeń, dzięki subiektywnemu podejściu do zagadnień z zakresu relacji interpersonalnych pozwala na równie subiektywne odbieranie kontekstu zachowań ludzkich (Zarzycka i in. 2016). Dlatego tak różnorodne mogą być reakcje ludzkie w aspekcie procesu empatyzowania.

Analizując literaturę psychologiczną, zestawienie terminów „postrzeganie" i „spostrzeganie" może dawać wrażenie wyrażeń bliskoznacznych, a użycie tego pierwszego w pewien sposób podkreśla głębszą analizę odebranych bodźców – szczególnie że nie ma bodźca bezpośrednio dotyczącego empatii, gdyż jest ona odbierana w sposób percepcji wielowymiarowej.

Cel badań

Celem przeprowadzonych badań była analiza zjawiska empatii oraz jej postrzegania w społeczeństwie przez studentów pielęgniarstwa.

Materiał i metody

Do przeprowadzenia badań wśród respondentów zastosowano dwa wystandaryzowane kwestionariusze autorstwa Ewy Wilczek-Rużyczki:

– Kwestionariusz Empatii Emocjonalno-Poznawczej (EEP) do pomiaru poziomów empatii emocjonalnej, poznawczej, a po zsumowaniu także do pomiaru empatii emocjonalno-poznawczej jest narzędziem samopisu i składa się z 16 stwierdzeń. Badania mogą być realizowane indywidualnie bądź grupowo. Każda osoba uczestnicząca w badaniu ustosunkowuje się do podanych stwierdzeń w pięciostopniowej skali 0–4 (od „nigdy" do „często"). Dla obu obszarów można uzyskać maksymalnie 64 pkt, określając swój poziom empatii emocjonalno-poznawczej. Natomiast w przypadku podskal pomiar poziomu empatii emocjonalnej ujęty został w 7 stwierdzeniach dających wynik do 28 pkt, podczas gdy przy pomiarze empatii poznawczej wykorzystywanych jest dziewięć stwierdzeń pozwalających uzyskać maksymalnie 36 pkt. Zgodność

wewnętrzna testu określona wskaźnikiem Alfa Cronbacha wynosi dla pomiaru wartości sumarycznej EEP 0,84, a dla podskal: 0,80 dla empatii emocjonalnej i 0,73 dla empatii poznawczej.
– Kwestionariusz Postrzegania Empatii (KPE) do badania poziomu postrzegania empatii, który przeznaczony jest dla osób dorosłych. Składa się on z 24 twierdzeń, do których wybiera się jeden wariant odpowiedzi zgodnie z odczuciami respondenta według pięciostopniowej skali 1–5, czyli od „zdecydowanie nie" do „zdecydowanie tak". Zgodność wewnętrzna testu określona wskaźnikiem Alfa Cronbacha wynosi 0,71.

Dodatkowo posiłkowano się autorskim kwestionariuszem socjodemograficznym w celu określenia danych społeczno-demograficznych badanej grupy. Dotyczyły one stopnia, formy i roku studiów na kierunku pielęgniarstwo, płci, wieku, obszaru zamieszkania, statusu cywilnego, zawodowego i materialnego, a także posiadania dzieci.

Organizacja i przebieg badań

Badanie przeprowadzono, jako anonimowe, na terenie miast Nowy Sącz oraz Krynica-Zdrój na losowo wybranej grupie 161 studentów pielęgniarstwa, od stycznia do kwietnia 2022 r. Liczba poprawnie wypełnionych kwestionariuszy, które następnie zostały poddane szczegółowej analizie, wyniosła 146.

Charakterystyka badanej grupy

Z grupy 146 respondentów 43,2% stanowili studenci pielęgniarstwa na studiach I stopnia w trybie stacjonarnym (w tym na I roku 21 osób, na II roku 1 osoba, a na III roku 41 osób), 45,2% studiowało pielęgniarstwo na II stopniu w trybie stacjonarnym (w tym 26 osób na I roku, a 40 na II roku), natomiast tylko 11,6% badanych było studentami kierunku pielęgniarstwo na II stopniu w trybie niestacjonarnym (w tym na I roku 9 osób, a 8 na II roku).

Wśród respondentów kobiety stanowiły większość (87,7%). Z uwagi na dużą dysproporcję w liczbie kobiet i mężczyzn w badanej grupie nie analizowano oddzielnie ich wyników. Biorąc pod uwagę wiek badanych, najliczniejszą grupą były osoby, które miały 25 lat

lub mniej (62,3%), następnie osoby w przedziale wiekowym 26–35 lat (17,2%), później respondenci w wieku 36–45 lat (13%). Najmniejszą grupą badanych były osoby w przedziale 46–55 lat (7,5%).

Większość badanych podała miasto jako swoje miejsce zamieszkania (67,1%). Wśród studentów 48% pracuje w zawodzie pielęgniarskim, 44,5% nie pracuje zawodowo, a 7,5% pracuje w zawodzie innym niż pielęgniarski.

Ponad połowa osób z grupy badawczej – 56,8% – określiła swój stan cywilny jako panna/kawaler, 29,5% stanowiły osoby zamężne/żonate, 12,3% to osoby pozostające w związku partnerskim, natomiast udział w badaniu osób rozwiedzionych i owdowiałych wynosił po 0,7%. Z badań wynika, że 71,2% badanych studentów jest bezdzietna. Biorąc pod uwagę status materialny, najliczniej wskazywany był on na poziomie dobrym (61,6%), następnie na poziomie bardzo dobrym (19,2%), przeciętnym (17,1%) i złym (2,1%). Nikt nie określił swojego statusu materialnego jako bardzo zły.

Wyniki statystyczne badań

Aby zrealizować założony cel, przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 25 – wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa oraz analizę korelacji r Pearsona, analizę korelacji rho Spearmana, test t Studenta dla prób zależnych, test t Studenta dla prób niezależnych oraz jednoczynnikową analizę wariancji. Za poziom istotności uznano $\alpha = 0,05$.

Jako pierwsze sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa badającym normalność rozkładu. Wyniki analizy zostały zaprezentowane w tabeli 1.

Tabela 1. Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa

	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	Dn	p
Postrzeganie empatii	4,02	4,04	0,33	-0,72	0,22	3,04	4,54	0,09	0,002
Empatia emocjonalna	3,21	3,29	0,51	-0,92	1,39	1,14	4,00	0,11	<0,001
Empatia poznawcza	3,35	3,33	0,41	-0,63	0,12	2,11	4,00	0,10	0,002

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Najpierw zweryfikowano, czy występuje zależność pomiędzy postrzeganiem empatii a poziomem empatii emocjonalnej i poznawczej. W tym celu wykorzystano analizę korelacji r Pearsona. Dla empatii emocjonalnej r Pearsona wyniosło 0,52 przy istotności $p < 0,001$, a dla empatii poznawczej 0,59 przy istotności $p < 0,001$. Analiza wykazała, że obie testowane korelacje są istotne statystycznie, dodatnie i silne, co oznacza, że wraz z wyższym poziomem empatii emocjonalnej i poznawczej rósł poziom postrzegania empatii.

Następnie przetestowano różnicę pomiędzy poziomem empatii emocjonalnej i poznawczej u badanych osób za pomocą testu t Studenta dla prób zależnych. Analiza wykazała, że średni poziom empatii poznawczej ($M = 3,35$, $SD = 0,41$) wśród badanych był istotnie statystycznie wyższy niż poziom empatii emocjonalnej ($M = 3,21$, $SD = 0,51$), a więc $t(145) = -4,87$, $p < 0,001$. Wartość d Cohena = 0,40, co wskazuje na słabą różnicę między dwoma rodzajami empatii.

W kolejnej części analizy zweryfikowano występowanie związku pomiędzy cechami osobowości a cechami socjodemograficznymi: wiekiem oraz statusem materialnym. W tym celu, z uwagi na porządkową skalę cech socjodemograficznych, wykonano analizę korelacji rho Spearmana (tabela 2).

Tabela 2. Korelacje pomiędzy postrzeganiem empatii, empatią emocjonalną oraz poznawczą a cechami socjodemograficznymi (wiek i status materialny)

		Wiek	Status materialny
Postrzeganie empatii	rho Spearmana	**-0,30**	0,09
	istotność	**<0,001**	0,259
Empatia emocjonalna	rho Spearmana	-0,12	0,07
	istotność	0,160	0,422
Empatia poznawcza	rho Spearmana	-0,07	0,08
	istotność	0,386	0,343

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza ujawniła istotną statystycznie korelację – postrzeganie empatii korelowało ujemnie i słabo z wiekiem badanych osób, co oznacza, że im niższy był wiek badanych, tym wyższy był ich stopień postrzegania empatii.

Następnie zweryfikowano zróżnicowanie mieszkańców wsi i miast pod względem postrzegania empatii oraz empatii emocjonalnej

i poznawczej. W tym celu wykonano test t Studenta dla prób niezależnych (tabela 3).

Tabela 3. Porównanie poziomu postrzegania empatii oraz empatii emocjonalnej i poznawczej u badanych osób ze względu na miejsce zamieszkania

	Miasto (N = 48)		Wieś (N = 98)				95% CI		
	M	SD	M	SD	t	p	LL	UL	d Cohena
Postrzeganie empatii	3,91	0,34	4,07	0,31	-2,70	**0,008**	-0,27	-0,04	0,48
Empatia emocjonalna	3,17	0,55	3,23	0,49	-0,71	0,481	-0,24	0,11	0,12
Empatia poznawcza	3,30	0,43	3,37	0,40	-0,96	0,336	-0,21	0,07	0,17

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Otrzymane wyniki świadczą o istotnie statystycznie wyższym poziomie postrzegania empatii wśród mieszkańców wsi w porównaniu z mieszkańcami miasta.

W kolejnym etapie wykonano analogiczny test w celu porównania osób posiadających dzieci oraz osób bezdzietnych (tabela 4).

Tabela 4. Porównanie badanych posiadających dzieci oraz osób bezdzietnych pod względem postrzegania empatii oraz empatii emocjonalnej i poznawczej

	Posiada dzieci (N = 42)		Nie posiada dzieci (N = 104)				95% CI		
	M	SD	M	SD	t	p	LL	UL	d Cohena
Postrzeganie empatii	3,90	0,32	4,06	0,32	-2,77	**0,006**	-0,28	-0,05	0,51
Empatia emocjonalna	3,14	0,42	3,24	0,54	-1,05	0,297	-0,28	0,09	0,19
Empatia poznawcza	3,29	0,46	3,38	0,39	-1,21	0,230	-0,24	0,06	0,22

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Okazało się, że studenci nieposiadający dzieci cechują się istotnie statystycznie wyższym poziomem postrzegania empatii niż osoby posiadające dzieci. Siła różnicy była umiarkowana.

Zweryfikowano także, czy badani różnią się poziomem postrzegania empatii oraz empatii poznawczej i emocjonalnej ze względu na stopień i formę studiów. W tym celu za pomocą jednoczynnikowej

analizy wariancji porównano studentów studiów licencjackich, studiów magisterskich stacjonarnych oraz studiów magisterskich niestacjonarnych (tabela 5).

Tabela 5. Porównanie poziomu postrzegania empatii, empatii emocjonalnej i poznawczej studentów pielęgniarstwa ze względu na stopień i formę studiów

	Studia licencjackie (N = 63)		Studia magisterskie stacjonarne (N = 66)		Studia magisterskie niestacjonarne (N = 17)				
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	η^2
Postrzeganie empatii	4,13	0,26	3,96	0,32	3,81	0,43	6,74*	**0,003**	0,11
Empatia emocjonalna	3,32	0,54	3,16	0,47	3,03	0,51	2,73	0,068	0,04
Empatia poznawcza	3,41	0,36	3,35	0,43	3,11	0,46	3,71	**0,026**	0,05

* test Browna-Forsythe'a
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza wykazała istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami pod względem postrzegania empatii oraz empatii poznawczej. Siła różnic dla postrzegania empatii była umiarkowana, a dla empatii poznawczej mała.

Następnie wykonano testy *post hoc* w celu porównania badanych cech parami. W przypadku postrzegania empatii wykorzystano testy *post hoc* z poprawką Gamesa-Howella, z uwagi na niejednorodność wariancji w grupach, natomiast w przypadku empatii poznawczej użyto testów *post hoc* z poprawką Bonferroniego.

Wyniki testów wskazują, że studenci studiów licencjackich cechują się istotnie statystycznie wyższym poziomem postrzegania empatii niż studenci studiów magisterskich stacjonarnych ($p = 0,05$) oraz studiów magisterskich niestacjonarnych ($p = 0,021$).

Ponadto okazało się, że studenci studiów licencjackich cechują się istotnie statystycznie wyższym poziomem empatii poznawczej niż badani ze studiów magisterskich niestacjonarnych ($p = 0,022$).

W następnym etapie analizy sprawdzono, czy status zawodowy różnicuje poziom badanych cech. Wykonano jednoczynnikowe analizy wariancji w celu porównania badanych wykonujących zawód pielęgniarski, zawód inny niż pielęgniarski oraz osób niepracujących zawodowo (tabela 6).

Tabela 6. Porównanie poziomu postrzegania empatii, empatii emocjonalnej i poznawczej studentów pielęgniarstwa ze względu na status zawodowy

	Zawód pielęgniarski (N = 70)		Zawód inny niż pielęgniarski (N = 11)		Nie pracuje zawodowo (N = 65)				
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	η^2
Postrzeganie empatii	3,95	0,36	3,97	0,29	4,09	0,28	3,30	**0,039**	0,04
Empatia emocjonalna	3,14	0,48	3,13	0,51	3,31	0,53	1,98	0,141	0,03
Empatia poznawcza	3,30	0,42	3,29	0,56	3,41	0,37	1,27	0,284	0,02

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Okazało się, że badani różnią się istotnie statystycznie pod względem postrzegania empatii. Siła tej różnicy była mała.

Następnie wykonano testy *post hoc* z poprawką Bonferroniego w celu porównania analizowanych grup parami. Okazało się, że osoby wykonujące zawód pielęgniarski cechują się istotnie statystyczne niższym nasileniem postrzegania empatii niż osoby niepracujące zawodowo (p = 0,038).

Dyskusja

Konfrontując przytoczone wyniki badań własnych dotyczących poziomu empatii studentów pielęgniarstwa w kontekście postrzegania empatii w społeczeństwie z doniesieniami dostępnymi w literaturze światowej uwzględniającymi empatię wśród studentów pielęgniarstwa, można zwrócić uwagę na wieloaspektowe podejście do problemu i związane z tym wnioski.

Przykładowo: badania empatii wśród studentów pielęgniarstwa w Kolumbii pokazały różnicę między płciami. U mężczyzn i kobiet zauważano różne spadki poziomu empatii. Końcowo okazało się jednak, że mężczyźni cechowali się wyższą empatią ogólną (Castellón-Montenegro i in. 2020).

Natomiast z przestawionych w literaturze naukowej (Håkansson Eklund i in. 2019) efektów badań dotyczących empatyzowania wśród studentów kierunku pielęgniarskiego w Szwecji wynika przeciwna tendencja, gdyż badani słuchacze szóstego semestru studiów licencjackich odznaczają się wyższym poziomem empatii niż studenci

drugiego semestru studiów licencjackich, co według autorów jest spowodowane samym faktem studiowania pielęgniarstwa, który wpływa na rozwój empatii. Jednak autorzy wskazali, że w późniejszym okresie studiowania i po podjęciu pracy zawodowej poziom empatii zmniejsza się – co wykazano w przypadku studentów studiów magisterskich z doświadczeniem zawodowym. Co więcej, wśród wybranych specjalności studiów magisterskich studenci zajmujący się publiczną ochroną zdrowia cechowali się najwyższym poziomem empatii, a studentów specjalności dotyczącej intensywnej terapii cechował najniższy jej poziom. Mogłoby temu zapobiegać wprowadzenie, nawet dwugodzinnych, warsztatów rozwoju empatii, co sprawdzał zespół Bretta Williamsa, który wykazał ich skuteczność w podnoszeniu poziomu empatii u łącznie 293 studentów z 12 różnych zawodów związanych z ochroną zdrowia (Williams i in. 2015).

Z analizy wpływu czynników socjodemograficznych na poziom rozumienia empatycznego u studentów pielęgniarstwa prezentowanych w dostępnej literaturze wynika, że prawie połowa badanych charakteryzuje się przeciętnym poziomem empatycznego rozumienia. Dodatkowo im wyższy był wiek studentów, tym słabsze było ich rozumienie empatyczne. Kobiety cechował wyższy poziom rozumienia empatycznego, a gotowość do poświęcenia była wyższa u osób będących w związku. Wykazano, że stopień rozumienia empatycznego nie zależał od miejsca czy roku studiów (Rachubińska i in. 2017).

Natomiast Weilong Xiao z zespołem, zakładając, że empatia motywuje do działań prospołecznych, przebadali łącznie 151 studentów o różnym poziomie empatii, którzy obejrzeli trzy rodzaje emocjonalnych filmów (gniew, smutek, neutralność) i wykonali zadanie „Pomoc innym". Analiza wariancji wykazała, że uczestnicy decydowali się poświęcić więcej czasu w pomaganiu innym, gdy odczuwali smutek, a nie złość, oraz że osoby z wysokim poziomem empatii decydowały się poświęcić więcej czasu na pomaganie innym niż osoby o niskim jej poziomie (Xiao i in. 2021).

Wnioski

1. Badani cechują się wysokim poziomem empatii ogólnej, emocjonalnej i poznawczej oraz postrzeganiem empatii, co sugeruje, że

studenci pielęgniarstwa są w stanie nawiązywać relację terapeutyczną z pacjentem opartą na empatycznej wzajemności.
2. Wzrost poziomu empatii emocjonalnej i poznawczej przekłada się na zwiększenie postrzegania empatii, a więc rozwój tych zasobów wśród studentów pielęgniarstwa może przygotować ich do wykonywania zawodu w sposób kompetentny i holistyczny.
3. Empatia i postrzeganie empatii są warunkowane środowiskowo. Udowodnione różnice na tle zmiennych socjodemograficznych skłaniają do pochylenia się nad uwarunkowaniami wpływającymi na tytułowe zagadnienie.
4. Należy rozważyć konieczności wprowadzenia treningu empatii na możliwie jak najwcześniejszym etapie edukacji pielęgniarskiej, zważywszy na występujące stresory osobiste i zawodowe. Rozwój empatii i jej postrzegania będzie przekładał się na podnoszenie jakości opieki skoncentrowanej na pacjencie.

Bibliografia

Baron-Cohen S. (2014), *Teoria zła. O empatii i genezie okrucieństwa*, tłum. A. Nowak, Sopot.

Castellón-Montenegro H., Barraza-Ospino D., Borré-Ortiz Y.M., Lastre-Amell G., Erazo-Coronado A.M., Diaz-Narváez V.P. (2020), *Empathy in nursing students from the Metropolitana University of Barranquilla (Colombia)*, „Texto Contexto Enferm", vol. 29, e20180314.

Håkansson Eklund J., Holmström I.K., Ollén Lindqvist A., Sundler A.J., Hochwälder J., Marmstål Hammar L. (2019), *Empathy levels among nursing students: A comparative cross-sectional study*, „Nursing Open", vol. 6, issue 3, s. 983–989, https://doi.org/10.1002/nop2.280.

Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego towarzystwa Psychologicznego (2010), *Spostrzeganie*, 26.08, https://psychologia.edu.pl/slownik/id.spostrzeganie/i.html [dostęp: 18.05.2022].

Kliszcz J. (2017), *Empatia i jej związek z wybranymi cechami osobowości w kontekście ich znaczenia dla kształtowanie relacji terapeutycznej z pacjentem*, [w:] *Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty*, red. M. Podgórska, Gdańsk, s. 299–318.

Patel S., Pelletier-Bui A., Smith S., Roberts M.B., Kilgannon H., Trzeciak S., Roberts B.W. (2019), *Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review*, „PLOS ONE", vol. 14, issue 8, e0221412, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412.

Rachubińska K., Stanisławska M., Wieder-Huszla S., Grabowicz A., Grochans E. (2017), *Motywy oraz satysfakcja z wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo jako determinanty poziomu empatii u studentów pielęgniarstwa*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne", vol. 7, nr 3, s. 207–212.

Wilczek-Rużyczka E. (2017), *Empatia pracowników medycznych*, Warszawa.

Wilczek-Rużyczka E. (2020), *Empathy, stress and professional burnout syndrome suffered by psychiatric nurses / Empatia, stres a wypalenie zawodowe u pielęgniarek psychiatrycznych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna", t. 20, nr 1, s. 19–31.

Wilczek-Rużyczka E., Kwak M. (2022), *Zdrowie psychiczne: współczesne zagrożenia i możliwości wzmacniania*, Warszawa.

Williams B., Brown T., McKenna L., Palermo C., Morgan P., Nestel D., Brightwell R., Gilbert-Hunt S., Stagnitti K., Olaussen A., Wright C. (2015), *Student empathy levels across 12 medical and health professions: an interventional study*, „Journal of Compassionate Health Care", vol. 2, 4, https://doi.org/10.1186/s40639-015-0013-4.

Xiao W., Lin X., Li X., Xu X., Guo H., Sun B., Jiang H. (2021), *The Influence of Emotion and Empathy on Decisions to Help Others*, „SAGE Open", vol. 11, issue 2, https://doi.org/10.1177/21582440211014513.

Załuski W. (2017), *On three types of empathy: the perfect, the truncated, and the contaminated*, „Logos i Ethos", t. 46, nr 2, s. 51–66.

Zarzycka D., Ślusarska B., Dobrowolska B., Deluga A., Trojanowska A., Bartoń E. (2016), *Empatia w pielęgniarstwie. Założenia, praktyka i jej empiryczne uwarunkowania*, „Pielęgniarstwo XXI wieku", vol. 15, nr 3, s. 33–38.

DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6-6

Maria Merklinger-Soma

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
https://orcid.org/0000-0002-1330-261X

Ewa Wilczek-Rużyczka

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Psychologii,
Pedagogiki i Nauk Humanistycznych
https://orcid.org/0000-0003-2261-8939

POZIOM PRĘŻNOŚCI A WYBRANE CZYNNIKI DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNE U PIELĘGNIAREK

Streszczenie

Wprowadzenie: Do czynników niekorzystnie wpływających na funkcjonowanie pielęgniarek należą: narażenie na stres zawodowy z możliwością wystąpienia wypalenia zawodowego, praca w systemie zmianowym, ograniczony czas na wypoczynek oraz nadmierne obciążenie psychofizyczne (zmęczenie). Zasadniczym elementem oddziałującym pozytywnie na pracę pielęgniarek są zasoby osobiste. W ujęciu poznawczym i emocjonalnym osoby posiadające wysoki poziom zasobów osobistych kierują się harmonijnym i racjonalnym sposobem myślenia. Celem pracy było poznanie związku między poziomem prężności a wybranymi czynnikami demograficzno-społecznymi u pielęgniarek.
Materiał i metody: Do badań zakwalifikowano 1420 pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i niezabiegowych. W badaniach wykorzystano Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25) oraz autorski kwestionariusz ankiety do określenia czynników demograficzno-społecznych.
Wyniki: U pielęgniarek stwierdzono nieznacznie podwyższony poziom prężności. Istnieje związek między poziomem prężności a czynnikami demograficzno-społecznymi (wiek, miejsce zamieszkania, status związku, wykształcenie, rodzaj oddziału, system pracy).

Wnioski: Przedstawione rozważania zobowiązują do dalszego kontynuowania i jednoczesnego poszerzania badań. W środowisku zawodowym pielęgniarek należy promować i wdrażać warsztaty treningowe rozwijające zasoby osobiste.
Słowa kluczowe: pielęgniarki, zasoby osobiste, prężność, czynniki demograficzno-społeczne

The level of resilience and selected demographic and social factors in nurses

Abstract

Introduction: Factors that adversely affect the functioning of nurses include: exposure to professional stress with the possibility of burnout, shift work, limited time for rest and excessive psychophysical load (fatigue). Personal resources are an essential element that has a positive impact on the work of nurses. From a cognitive and emotional perspective, people with a high level of personal resources are guided by a harmonious and rational way of thinking. The aim of the study was to find out the relationship between the level of resilience and selected demographic and social factors in nurses.
Material and methods: 1,420 nurses working in surgical and non-surgical departments were qualified for the study. The research used the Resilience Measurement Scale (SPP - 25) and an original survey questionnaire to determine demographic and social data.
Results: Nurses showed a slightly increased level of stress. There is a relationship between the level of resilience and demographic and social variables (age, place of residence, relationship status, education, type of department, work system).
Conclusions: The presented considerations oblige us to continue and expand the research. In the professional environment of nurses, training workshops developing personal resources should be promoted and implemented.
Key words: nurses, personal resources, resilience, demographic and social factors

Wprowadzenie

Zasadnicze znaczenie w podnoszeniu jakości opieki zdrowotnej mają zespoły interdyscyplinarne, w których pielęgniarki stanowią jedną z najliczniejszych grup zawodowych. Warto podkreślić, że członkowie opisywanego zespołu odpowiedzialni są za profesjonalną opiekę nad pacjentem w zakresie rozpoznawania, planowania, realizowania oraz oceniania wyników pracy. Do głównych obowiązków pielęgniarki należy realizowanie świadczeń zdrowotnych,

mających na celu ratowanie i przywracanie zdrowia chorego. Warto dodać, że wykonywanie zadań zawodowych związane jest z wieloma obciążającymi i stresującymi sytuacjami, które niekorzystnie rzutują na zdrowie pielęgniarek (Perry i in. 2018). Na podstawie analizy przeglądu literatury można stwierdzić, że istnieje wiele czynników wpływających na zróżnicowane funkcjonowanie zarówno behawioralne, poznawcze, jak również emocjonalne (Wilczek-Rużyczka, Kwak, Jurkowska 2019). Do czynników tych można zaliczyć narażenie na stres zawodowy z możliwością wystąpienia wypalenia zawodowego, a także pracę w systemie zmianowym (Keykaleh i in. 2018). Wyniki badań empirycznych wskazują również, iż ograniczony czas na wypoczynek i niekorzystne warunki związane ze spożywaniem posiłków oraz nadmierne obciążenie psychofizyczne (zmęczenie) wywierają negatywny wpływ na aktywność zawodową pielęgniarek (Wendsche i in. 2017).

Zasadniczym elementem oddziałującym korzystnie na pracę pielęgniarek są zasoby osobiste, będące cennymi wartościami, które obejmują przedmioty i cechy osobowości (Hobfoll 2006, s. 69–103). Należy pokreślić, że pozwalają one radzić sobie w sytuacjach nadmiernie obciążających i traumatycznych.

Prężność jako zasób osobisty

W ujęciu poznawczym i emocjonalnym osoby posiadające wysoki poziom zasobów osobistych kierują się harmonijnym i racjonalnym sposobem myślenia. Warto dodać, że zasoby te są znaczącymi rezerwami psychicznymi, predysponującymi do kreatywnego funkcjonowania w środowisku. Termin *resilience*, określany jako prężność, a także elastyczność, giętkość oraz sprężystość (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008a, s. 147–193), w psychologicznym ujęciu jest definiowany jako zjawisko charakteryzujące się wzorami pozytywnej adaptacji w sytuacji nadmiernie obciążającej (Masten i in. 2009). Zdaniem Ireny Heszen i Heleny Sęk (2007, s. 160–176) prężność jest zespołem umiejętności, który pozwala skutecznie radzić sobie ze stresem. Przedstawiony zasób wykazuje skłonność do oddzielania się od niekorzystnych zdarzeń, jak również przejawia zdolność rozwijania pozytywnych emocji. Prężność jako zasób osobisty nawiązuje do metaforycznego stanu, gdzie zniekształcony przedmiot

na skutek swojej sprężystości powraca do stabilnego i właściwego położenia (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008b). Pojęcie „prężność" w ogólnym znaczeniu obejmuje zbiór właściwości osobowościowych (prężna osoba), zespół kompetencji społecznych oraz umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem.

Na podstawie przeglądu literatury można stwierdzić, że prężność dzieli się na dwa typy osobowości (Block, Block 1980). Pierwszy typ określany jest jako kontrola ego (*ego-control*). Jego zadaniem jest modyfikowanie i ewentualne ograniczanie rozprzestrzeniania się impulsów emocjonalnych i motywacyjnych, zachowując przy tym stabilny poziom. Jednostka z wysokim poziomem kontroli ego lepiej przystosowuje się do nowych warunków, znacznie częściej doświadcza pozytywnych emocji oraz wykazuje wyższe poczucie własnej skuteczności i wartości. Z kolei osoba z niskim poziomem kontroli ego w sytuacji stresu jest nieskoordynowana i chaotyczna, a jej zachowania są sztywne i powściągliwe. Drugi typ osobowości określany jest jako prężność ego (*ego-resilience*). Jest to cecha osobowości, która pozwala kreatywnie i elastycznie adaptować się do zmieniających się procesów życiowych (Letzring, Block, Funder 2005, s. 396–398). W literaturze polskiej wskazane ujęcie rozwinął Zenon Uchnast (1997), twierdząc, że jednostka z prężnością ego przejawia zdolność adekwatnego i wytrwałego przystosowania się do zmieniających się okoliczności przez wykorzystanie własnych zasobów i potencjału pochodzącego ze środowiska. Ponadto dostosowuje się i modyfikuje własne strategie działania do danej nieprzychylnej lub traumatycznej sytuacji. Jednostka z niską prężnością ego wyróżnia się kruchą osobowością, która reaguje na nowe zdarzenia sztywnością zachowań, jak również negatywnymi emocjami wyrażonymi w postaci frustracji, niepokoju, a nawet lęku.

Prężność określana jest również jako względnie stabilna cecha osobowości, która występuje w sytuacji doświadczania przeciwności (Liem i in. 1997). W wyniku niekorzystnych wydarzeń za sprawą prężności dochodzi do pozyskiwania nowych zasobów i modernizowania zasobów już istniejących. Warto dodać, że prężność związana jest z innymi komponentami osobowości, takimi jak: poczucie własnej skuteczności, optymizm, inteligencja emocjonalna oraz poczucie koherencji (poczucie sensowności). Istnieją czynniki

niekorzystnie wpływające na poziom prężności, do których należą: doświadczanie przemocy, narażenie na stres i wypalenie zawodowe, nadużywanie narkotyków i alkoholu, a także zły stan zdrowia.

Prężność opisywana jest również jako dynamiczny proces pozytywnej adaptacji w sytuacji narażenia na poważne zagrożenia lub przeciwności losu (Luthar, Cicchetti, Becker 2000). Zatem w tym ujęciu prężność nie jest zestawem cech osobowości, lecz zbiorem procesów zachodzących pomiędzy jednostką a środowiskiem. Istotne spostrzeżenia na temat prężności przedstawiła Margaret A. Waller (2011) w ekosystemowym kontekście adaptacyjnym. Według autorki prężność ma charakter wielowymiarowy i jest iloczynem transakcji między wieloma systemami. Zarówno czynniki ryzyka, jak i czynniki ochronne mogą występować w zasięgu jednostki, jej rodziny i społeczności, w której funkcjonuje. Oprócz tego jeden z opisywanych czynników może inicjować powstawanie innego, wywołując efekt falowania (odczuwanie lęku może prowadzić do wysuwania negatywnych ocen). Czynniki ryzyka mogą przekształcać się w elementy ochronne i wówczas wdrażane są dodatkowe kompetencje pozwalające efektywnie radzić sobie z potencjalnymi wyzwaniami. Równowaga między ekosystemami jest dynamiczna i zależy od sytuacji życiowej jednostki i jej otoczenia (mocne strony rodziny, polityka społeczna promująca zdrowie).

Prężność jest głównym składnikiem emocji pozytywnych. Jednostka przejawiająca wysoki poziom prężności wykorzystuje i wdraża pozytywne emocje, aby szybko i skutecznie „odbijać" się od trudnych doświadczeń (*bounce-back*). Ogólnie rzecz biorąc, prężność kształtowana jest przez pozytywne emocje, które rzutują na style radzenia sobie ze stresem i dobrostan emocjonalny. Ponadto pozwalają one poszukiwać nowych i twórczych rozwiązań oraz dostrzegać pozytywne strony nieprzychylnych zdarzeń (Fredrickson 2001). Prężność jako zasób osobisty powiązana jest ze zjawiskiem rozkwitania (*flourishing*), interpretowanym jako optymalny stan działania wpływający na zdrowie psychiczne (Fredrickson, Losada 2005). Przedstawione zjawisko składa się z czterech elementów, a mianowicie poczucia dobroci (szczęście, satysfakcja), produktywności (kreatywne i elastyczne zachowania), wzrostu (rozwijanie zasobów osobistych i społecznych) oraz prężności (zdolność przetrwania w niekorzystnych sytuacjach).

Jak wynika z analizy przeglądu literatury, osoba prężna ocenia swoje otoczenie jako przychylne, w którym jest więcej pozytywnych niż negatywnych zdarzeń. Stresujące sytuacje są wyzwaniem, natomiast niepowodzenie traktuje jako naturalne wydarzenie. Warto dodać, że może ona kierować swoim życiem i jest kompromisowo nastawiona do innych ludzi, wykazując przy tym życzliwość i stabilność emocjonalną.

Cel i hipotezy pracy

Celem pracy jest poznanie związku między poziomem prężności a wybranymi czynnikami demograficzno-społecznymi u pielęgniarek. Sformułowany cel doprowadził do wysunięcia hipotezy, że istnieje związek między poziomem prężności a wybranymi czynnikami demograficzno-społecznymi.

Materiał i metody

Badaniami objęto pielęgniarki pracujące w oddziałach zabiegowych i niezabiegowych w szpitalach na terenie województwa małopolskiego. Do badań włączono 1700 osób, lecz po zweryfikowaniu otrzymanych zestawów kwestionariuszy ankiet część z nich odrzucono ze względu na niekompletność danych. Wskaźnik efektywności uzyskania danych wynosił 83,53%. Do badań zakwalifikowano 1420 pielęgniarek.

Szukając odpowiedzi na sformułowane pytania, w badaniach wykorzystano Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25) oraz autorski kwestionariusz ankiety, określający czynniki demograficzno-społeczne (miejsce zamieszkania, wiek, stan cywilny, wykształcenie, sytuacja materialna, staż pracy, charakter pracy, rodzaj oddziału).

Skala Pomiaru Prężności (SPP-25)

Autorami Skali Pomiaru Prężności są Nina Ogińska-Bulik i Zygfryd Juczyński (2008b). SPP-25 może być wykorzystywana jako narzędzie do wybierania pewnych zawodów, ponieważ pozwala mierzyć właściwości osobowościowe jednostki narażonej na stres (ratownik medyczny, policjant). Skala obejmuje 25 stwierdzeń i mierzy wynik ogólny prężności oraz jej pięć podskal:

1. Wytrwałość i determinacja w działaniu.
2. Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru.
3. Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji.
4. Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania.
5. Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach.

Wskaźnik *alfa* Cronbacha dla całej skali wynosi 0,89, tymczasem dla jego pięciu podskal mieści się w przedziale od 0,67 do 0,75. Według autorów skali może być ona stosowana zarówno u zdrowych, jak i chorych dorosłych, gdzie na pięciostopniowej skali odpowiedzi badany zaznacza wybrane stwierdzenia. Wynik oblicza się dla całej skali i pięciu podskal. Im wyższa liczba punktów, tym większe nasilenie poziomu prężności i jej podskal.

Charakterystyka ogólna badanej grupy

Ponad połowa pielęgniarek mieszkała na wsi (N = 796; 56,06%), a najliczniejszą grupę odnotowano wśród badanych w wieku od 41 do 50 lat (N = 476; 33,52%). W analizowanej próbie przeważały pielęgniarki będące w związku (N = 1017; 71,62%). Ponad połowa ankietowanych miała wykształcenie licencjackie (N = 728; 51,27%). Pielęgniarki najczęściej zgłaszały dobrą sytuację materialną (N = 839; 59,08%). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, których staż pracy wynosił od 21 do 30 lat (N = 477; 33,59%). Większość pielęgniarek pracowała w systemie dwuzmianowym (N = 1252; 88,17%) i w oddziałach niezabiegowych (N = 818; 57,59%).

Wyniki

W pracy zastosowano analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 25. Za poziom istotności uznano klasyczny próg $\alpha = 0{,}05$, natomiast wyniki prawdopodobieństwa statystyki testu o wartości $0{,}05 < p < 0{,}1$ interpretowano jako istotne na poziomie tendencji statystycznej.

Na początku obliczono podstawowe statystyki opisowe analizowanych zmiennych ilościowych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa. W tabeli 1 przedstawiono wyniki, według których rozkłady

badanych zmiennych są istotnie statystycznie odmienne od rozkładu normalnego. W takiej sytuacji postanowiono, że wykonywane będą analizy statystyczne przy użyciu testów nieparametrycznych.

Tabela 1. Statystyki opisowe badanych zmiennych ilościowych

Zmienna	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	K-S	p
Prężność	72,51	73	11,05	-0,27	-0,62	37	98	0,07	<0,001
Wytrwałość i determinacja w działaniu	15,56	15	2,45	-0,25	0,25	6	20	0,14	<0,001
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	14,60	15	3,25	-0,38	-0,43	5	20	0,12	<0,001
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	13,51	14	3,53	-0,04	-0,79	5	20	0,10	<0,001
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	15,02	15	2,24	-0,48	1,34	4	20	0,16	<0,001
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	13,81	14	3,26	-0,15	-0,53	4	20	0,09	<0,001

M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; Sk. – skośność; Kurt. – kurtoza; Min i Maks. – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; K-S - wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa; p – istotność
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Poziom prężności u pielęgniarek

W pierwszym posunięciu postanowiono sprawdzić, jaki jest poziom prężności u pielęgniarek. W prezentowanym narzędziu (SPP-25) można było uzyskać od 25 do 100 pkt. Najniższa wartość ogólnego poziomu prężności wynosiła 37 pkt, najwyższa 98 pkt. Zatem można zauważyć przesunięcie rozkładu w kierunku wyników wysokich. Najwięcej osób uzyskało od 71 do 80 pkt, co wskazuje na podwyższone wyniki. Nieznacznie niższa liczba badanych pielęgniarek uzyskała wyniki w przedziale od 81 do 90 pkt, czyli wysokie. Zaobserwowano również, że istnieją pielęgniarki, które

otrzymały wyniki w przedziale od 61 do 70 pkt, świadczące o wartościach umiarkowanie dużych.

W zakresie wszystkich pięciu podskal hipotetycznie możliwa do uzyskania liczba punktów mieściła się w granicach od 4 do 20. W przypadku podskali Wytrwałość i determinacja w działaniu najwięcej ankietowanych otrzymało wynik 15 pkt, wskazujący na dość wysoki poziom analizowanej cechy. Wyniki wyższe były reprezentowane przez stosunkowo dużą liczbę badanych pielęgniarek, w odróżnieniu od wyników niskich lub bardzo niskich. Można zatem przyjąć, że poziom wytrwałości i determinacji w działaniu badanych pielęgniarek był wysoki.

Poziom podskali Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru pielęgniarek był raczej wysoki. Przeważały w niej wartości z przedziału od 15 do 17 pkt, ale liczne były również wyniki wskazujące na przeciętne natężenie badanej cechy. Wyników niskich było znacznie mniej. Aż 91 osób osiągnęło maksymalny wynik; nie stwierdzono wyniku minimalnego.

Rozkład poziomu podskali Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji był o wiele bardziej spłaszczony. Podobnie jak w poprzednich podskalach również i w tej przeważały wartości na poziomie 15 pkt. Odnotowano również wyniki wskazujące na przeciętny lub nieco obniżony poziom badanej podskali. Należy dodać, że zdecydowanie więcej pielęgniarek deklarowało wyniki skrajnie wysokie niż niskie.

Rozkład wyników podskali Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania jest bardzo zbliżony do rozkładu Gaussa, przy czym wartość dominująca wynosiła 15 pkt, co wskazuje na nieznacznie podwyższony poziom badanej cechy. W porównaniu z wcześniej opisywaną podskalą wyników skrajnie wysokich było znacznie mniej, lecz nadal więcej niż wyników skrajnie niskich. Odnotowano pojedyncze przypadki osiągnięcia wartości minimalnej możliwej do uzyskania w analizowanej podskali.

Rozkład wyników podskali Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach optycznie wydaje się dość spłaszczony. Dominanta w prezentowanej podskali wynosiła 15 pkt, ale istniało dość liczne zróżnicowanie w zakresie przeciętnego, nieco obniżonego i wysokiego poziomu cech.

Prężność a czynniki demograficzno-społeczne

W kolejnym kroku postanowiono sprawdzić, jaki jest związek między prężnością a czynnikami demograficzno-społecznymi. Z powodu znacznej nierówności porównywanych grup wykonano analizy statystyczne przy użyciu testu U Manna-Whitneya i testu Kruskala-Wallisa.

Sprawdzono, czy poziom prężności różnił się u badanych osób w zależności od wieku. W zakresie wszystkich badanych zmiennych, z wyjątkiem podskali Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania zaobserwowano wyniki istotne statystycznie. W przypadku wyniku ogólnego prężności najwyższe wartości stwierdzono w grupie do 30 lat i od 31 do 40 lat, najniższe – powyżej 61 lat.

W kolejnym etapie zweryfikowano, czy pielęgniarki mieszkające na wsi różniły się w zakresie prężności od pielęgniarek mieszkających w mieście. W tabeli 2 odnotowano różnice istotne statystycznie w odniesieniu do wszystkich analizowanych zmiennych. Zarówno wynik ogólny prężności, jak i wyniki uzyskane z pięciu podskal były wyższe u mieszkańców miast. Siła odnotowanych efektów mierzona współczynnikiem r była jednak bardzo niska.

Następnie sprawdzono, czy pielęgniarki, które zaznaczyły status związku „wolny", różniły się w zakresie prężności od badanych będących w związku. W tabeli 3 odnotowano różnice istotne statystycznie w zakresie wszystkich podskal prężności. W zakresie Wytrwałość i determinacja w działaniu oraz Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania wyższe wyniki odnotowano w grupie osób będących w związku, w przypadku trzech pozostałych podskal wysoki wskaźnik stwierdzono u samotnych pielęgniarek. Siła wszystkich efektów była jednak niska lub bardzo niska. Ponadto zaobserwowano różnice na poziomie tendencji statystycznej w odniesieniu do ogólnego wyniku prężności i była ona nieznacznie wyższa w grupie pielęgniarek nie będących w związku. Siła wskazanych efektów była jednak niska.

Tabela 2. Prężność a miejsce zamieszkania

Zmienne	Wieś		Miasto		U	Z	p	r
	M	SD	M	SD				
Prężność	70,76	11,38	74,73	10,21	199715,5	-6,34	<0,001	0,17
Wytrwałość i determinacja w działaniu	15,30	2,48	15,90	2,36	215010,5	-4,41	<0,001	0,12
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	14,27	3,36	15,03	3,04	217934,0	-3,99	<0,001	0,11
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	13,09	3,56	14,05	3,43	208972,0	-5,15	<0,001	0,14
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	14,74	2,28	15,38	2,13	211018,5	-4,95	<0,001	0,13
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	13,37	3,38	14,39	3,01	205468,5	-5,62	<0,001	0,15

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wynik testu U Manna-Whitneya; Z – wartość wystandaryzowana; p – istotność statystyczna; r – siła efektu
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 3. Prężność a status związku

Zmienne	Wolny		W związku		U	Z	p	r
	M	SD	M	SD				
Prężność	73,12	11,70	72,27	10,79	192674,5	-1,73	0,083	0,05
Wytrwałość i determinacja w działaniu	14,88	2,49	15,83	2,38	161226,5	-6,34	<0,001	0,17
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	15,48	3,35	14,25	3,14	158779,5	-6,63	<0,001	0,18
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	13,91	3,65	13,36	3,47	185745,5	-2,74	0,006	0,07
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	14,77	2,36	15,12	2,18	186788,5	-2,62	0,009	0,07

Zmienne	Wolny		W związku		U	Z	p	r
	M	SD	M	SD				
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	14,08	3,44	13,71	3,18	191111,5	-1,96	0,049	0,05

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wynik testu U Manna-Whitneya; Z – wartość wystandaryzowana; p – istotność statystyczna; r – siła efektu
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 4. Prężność a wykształcenie

Zmienne	Wykształcenie	M	SD	
Prężność	Średnie	69,74	10,74	H = 25,32 p < 0,001
	Wyższe – licencjat	73,05	10,95	
	Wyższe magisterskie	73,61	11,16	
Wytrwałość i determinacja w działaniu	Średnie	15,84	2,39	H = 6,99 p = 0,030
	Wyższe – licencjat	15,40	2,49	
	Wyższe magisterskie	15,65	2,39	
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	Średnie	13,43	3,12	H = 45,34 p < 0,001
	Wyższe – licencjat	14,90	3,19	
	Wyższe magisterskie	14,94	3,25	
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	Średnie	12,66	3,36	H = 21,67 p < 0,001
	Wyższe – licencjat	13,71	3,52	
	Wyższe magisterskie	13,77	3,60	
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	Średnie	14,62	2,28	H = 13,86 p = 0,001
	Wyższe – licencjat	15,09	2,22	
	Wyższe magisterskie	15,19	2,20	
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	Średnie	13,18	3,28	H = 8,89 p = 0,012
	Wyższe – licencjat	13,95	3,26	
	Wyższe magisterskie	14,05	3,20	

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; H – wynik testu Kruskala-Wallisa; p – istotność statystyczna
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

W dalszym etapie badań podjęto próbę analizy, czy poziom prężności różnił się u pielęgniarek z odmiennym poziomem wykształcenia (tabela 4). Odnotowano wyniki istotne statystycznie w odniesieniu do skali ogólnej prężności i jej pięciu podskal. Najwyższe wyniki uzyskały osoby z wykształceniem wyższym magisterskim, kolejno

wyższym licencjackim oraz średnim. W przypadku podskali Wytrwałość i determinacja w działaniu najwyższe wartości stwierdzono u pielęgniarek z wykształceniem średnim.

Następnie sprawdzono, czy pielęgniarki pracujące w systemie dwuzmianowym różniły się w zakresie prężności od osób pracujących w systemie jednozmianowym. W tabeli 5 odnotowano różnice istotne statystycznie w zakresie wszystkich badanych zmiennych z wyjątkiem podskali Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, gdzie nie stwierdzono różnicy nawet na poziomie tendencji statystycznej. Zarówno poziom wyniku ogólnego prężności, jak i pozostałych czterech jego podskal był wyższy u osób pracujących w systemie jednozmianowym. Siła odnotowanych efektów mierzona współczynnikiem r była jednak bardzo niska.

Tabela 5. Poziom prężności a system pracy

Zmienne	Praca w systemie dwuzmianowym		Praca w systemie jednozmianowym		U	Z	p	r
	M	SD	M	SD				
Prężność	72,07	11,07	75,80	10,35	84491,0	-4,15	<0,001	0,11
Wytrwałość i determinacja w działaniu	15,48	2,46	16,12	2,26	89726,5	-3,14	0,002	0,08
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	14,55	3,26	14,97	3,15	99053,0	-1,23	0,218	0,03
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	13,36	3,52	14,62	3,45	83625,5	-4,33	<0,001	0,11
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	14,96	2,25	15,46	2,13	92549,0	-2,57	0,010	0,07
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	13,70	3,26	14,64	3,17	87431,0	-3,57	<0,001	0,09

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wynik testu U Manna-Whitneya; Z – wartość wystandaryzowana; p – istotność statystyczna; r – siła efektu
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

W kolejnym kroku postanowiono sprawdzić, jaki jest poziom prężności u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i niezabiegowych (tabela 6). Zaobserwowano istotne statystycznie różnice między analizowanymi grupami w zakresie wszystkich badanych zmiennych, z wyjątkiem podskali Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania, w odniesieniu do której nie odnotowano różnicy nawet na poziomie tendencji statystycznej. Analiza badań pozwoliła zauważyć wyższe wartości w grupie osób pracujących w oddziałach niezabiegowych w odniesieniu do ogólnego wyniku prężności wraz z jego czterema podskalami (Wytrwałość i determinacja w działaniu; Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach). Siła odnotowanych efektów była niska.

Tabela 6. Prężność a rodzaj oddziału

Zmienne	Rodzaj oddziału				U	Z	p	r
	zabiegowy		niezabiegowy					
	M	SD	M	SD				
Prężność	70,75	10,99	73,84	10,93	205274,0	-5,50	<0,001	0,15
Wytrwałość i determinacja w działaniu	15,36	2,46	15,71	2,43	222841,0	-3,25	0,001	0,09
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	14,19	3,31	14,92	3,16	212987,5	-4,51	<0,001	0,12
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	12,88	3,47	13,99	3,51	201882,0	-5,96	<0,001	0,16
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	14,99	2,16	15,04	2,30	240632,0	-0,89	0,373	0,02
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	13,33	3,26	14,18	3,22	207396,0	-5,24	<0,001	0,14

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wynik testu U Manna-Whitneya; Z – wartość wystandaryzowana; p – istotność statystyczna; r – siła efektu
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Dyskusja

Analiza przeglądu literatury wskazuje, że prężność jest istotnym zasobem osobistym wykorzystywanym w praktyce i badaniach pielęgniarskich (Cooper i in. 2020). Jest ona złożonym i dynamicznym procesem, zmieniającym się w czasie, uwzględniającym indywidualne atrybuty i zasoby osobiste. Ogólnie rzecz biorąc, wysoki poziom prężności pozwala radzić sobie ze stresem i wpływa na osiąganie sukcesów zawodowych. Analiza wyników badań empirycznych wskazuje, iż nasilenie opisywanego zasobu u amerykańskich pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii było istotnie związane ze znacznie mniejszą częstością objawów lękowych i depresyjnych (Mealer i in. 2012). Podobne badania zaobserwowano u australijskich pracowników służby zdrowia ze szpitala dziecięcego, gdzie wysoki poziom prężności powiązany był z niższym wskaźnikiem wypalenia zawodowego, objawów lękowych i depresji oraz symptomów zespołu stresu pourazowego (McGarry i in. 2013).

Należy podkreślić, że kluczowymi atrybutami prężności w zawodzie pielęgniarki są: wsparcie społeczne, poczucie własnej skuteczności, zachowana równowaga między życiem zawodowym i prywatnym, humor, optymizm oraz bycie realistą. Prężność pozwala także dystansować się od negatywnych wydarzeń zawodowych (Mróz 2014).

Analiza wyników badań własnych wskazuje, że najwięcej pielęgniarek otrzymało wyniki potwierdzające podwyższone lub wysokie wartości prężności. Z kolei w wynikach badań Justyny Mróz (2014) przeprowadzonych w grupie pielęgniarek stwierdzono przeciętny poziom prężności. Na podstawie przeglądu literatury zagranicznej można stwierdzić, że prawie 1/4 amerykańskich pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej opieki medycznej ujawniała wysoki wskaźnik prężności, z kolei wśród greckich i chińskich pielęgniarek była ona umiarkowana (Mealer i in. 2012; Manomenidis, Panagopoulou, Montgomery 2019; Guo i in. 2017).

Analiza wyników badań własnych wskazuje, że jedną z najwyżej ocenianych podskal prężności była Wytrwałość i determinacja w działaniu. Odmienne wyniki badań empirycznych odnotowano u pielęgniarek z województwa świętokrzyskiego oraz u personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziałach intensywnej terapii,

u których najwyższy poziom uzyskała Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru (Mróz 2014; Chang i in. 2011).

Przedstawione wyniki badań własnych potwierdziły sformułowaną hipotezę świadczącą o tym, że istnieje związek między wybranymi czynnikami demograficzno-społecznymi a prężnością. Otóż wysoki poziom opisywanego zasobu deklarowały pielęgniarki z wykształceniem wyższym magisterskim. Warto w tym miejscu przytoczyć analizy przeprowadzone wśród greckich pielęgniarek, z których wynika, że osoby posiadające tytuł magistra i stopień doktora prezentowały nasilony poziom prężności (Manomenidis, Panagopoulou, Montgomery 2019). Analiza otrzymanych wyników badań własnych pozwoliła zaobserwować, że wysoki wskaźnik prężności uzyskały pielęgniarki do 30. r.ż. Natomiast australijski personel pielęgniarski powyżej 40. r.ż. ujawniał wyższy wskaźnik prężności niż młodsi pracownicy (Foster i in. 2020). W wynikach badań Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2008b) nie odnotowano istotnego związku między poziomem prężności a wiekiem badanych osób. Ponadto wspomniani autorzy zaobserwowali, że osoby powyżej 40. r.ż. zgłaszały wysoki wskaźnik podskali Wytrwałość i determinacja w działaniu. Natomiast analiza wyników badań własnych wykazała, że nasilenie opisywanej podskali prężności miało miejsce u badanych w wieku od 51 do 60 lat. Kolejnymi istotnymi czynnikami demograficzno-społecznymi wpływającymi na prężność były status związku i system pracy. Stwierdzono, że pielęgniarki niebędące w związku i pracujące w systemie jednozmianowym ujawniały nasilony poziom prężności, co zostało również zauważone u chińskiego zespołu pielęgniarskiego (Ren i in. 2017). Rozpatrując uzyskane wyniki badań własnych, można również stwierdzić, że pielęgniarki pracujące w oddziałach niezabiegowych zgłaszały wyższy wskaźnik prężności. Z kolei greckie pielęgniarki realizujące zadania zawodowe w oddziałach intensywnej terapii prezentowały wyższy poziom prężności niż pielęgniarki z oddziałów chorób wewnętrznych (Manomenidis, Panagopoulou, Montgomery 2019). Analiza otrzymanych wyników badań własnych pozwoliła dostrzec, że osoby ze stażem pracy do 10 lat ujawniały wysoki poziom prężności. Warto również przytoczyć dane przeprowadzone wśród australijskich pielęgniarek, u których poziom prężności był niższy u mniej doświadczonych zawodowo osób (Foster i in. 2020).

Analiza uzyskanych wyników badań własnych wykazała, że w pielęgniarstwie podejmowano próby rozwijania pojedynczych zasobów osobistych. Zdaniem zespołu Meredith Mealer amerykańskie pielęgniarki pracujące w oddziale intensywnej terapii po ukończeniu szkolenia z zakresu doskonalenia i wzmacniania prężności przejawiały znaczny spadek objawów zespołu stresu pourazowego (Mealer i in. 2014). Interesujące analizy badań przeprowadzonych w grupie australijskich pielęgniarek zajmujących się zdrowiem psychicznym przedstawili Kim Foster, Celeste Cuzillo i Trentham Furness (2018). Otóż uczestnicy po ukończeniu szkolenia z zakresu rozwijania prężności poprawili zdolność rozpoznawania i kontrolowania negatywnych myśli, lepiej radzili sobie ze stresem, neutralizowali negatywne reakcje emocjonalne, kształtowali własną samoocenę oraz realnie oceniali aktualną sytuację. Warto zauważyć, że wyniki badań przeprowadzonych wśród irańskich pielęgniarek pracujących w oddziale intensywnej terapii medycznej pokazały, że po treningu szkoleniowym rozwijającym prężność znacząco obniżył się wskaźnik stresu zawodowego (Babanataj i in. 2019).

Analiza wyników badań własnych pozwoliła zaobserwować związek między prężnością a czynnikami demograficzno-społecznymi u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i niezabiegowych. Przedstawione rozważania zobowiązują do dalszego kontynuowania i jednoczesnego poszerzania badań. Warto dodać, że w środowisku zawodowym pielęgniarek należy promować i wdrażać warsztaty treningowe rozwijające zasoby osobiste, tj. optymizm, prężność czy poczucie własnej skuteczności.

Wnioski

Po analizie wyników badań własnych sformułowano następujące wnioski:

1. U pielęgniarek stwierdzono nieznacznie podwyższony poziom prężności.
2. Istnieje związek poziomu prężności z czynnikami demograficzno-społecznymi (wiek, miejsce zamieszkania, status związku, wykształcenie, rodzaj oddziału, system pracy).

3. Uzyskane wyniki wskazują na zasadność dalszego kontynuowania badań, a także rozwijania poziomu prężności pielęgniarek w ich środowisku pracy przez wdrażanie warsztatów treningowych.

Bibliografia

Babanataj R., Mazdarani S., Hesamzadeh A., Gorji M.H., Cherati J.Y. (2019), *Resilience training: effects on occupational stress and resilience of critical care nurses*, „International Journal of Nursing Practice", vol. 25, issue 1, e12697, https://doi.org/10.1111/ijn.12697.

Block J.H., Block J. (1980), *The role of ego-control and ego-resiliency in the origination of behavior*, [w:] *Development of Cognition, Affect, and Social Relations*, ed. W.A. Collings, Hillsdale, s. 39–101.

Chang Y., Wang P.-C., Li H.-H., Liu Y.-C. (2011), *Relations among depression, self-efficacy and optimism in a sample of nurses in Taiwan*, „Journal of Nursing Management", vol. 19, issue 6, s. 769–776.

Cooper A.L., Brown J.A., Rees C.S., Leslie G.D. (2020), *Nurse resilience: a concept analysis*, „International Journal of Mental Health Nursing", vol. 29, s. 553–575, https://doi.org/10.1111/inm.12721.

Foster K., Cuzzillo C., Furness T. (2018), *Strengthening mental health nurses' resilience through a workplace resilience programme: a qualitative inquiry*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing", vol. 25, issue 5–6, s. 338–348.

Foster K., Roche M., Giandinoto J.-A., Furness T. (2020), *Workplace stressors, psychological well-being, resilience, and caring behaviours of mental health nurses: a descriptive correlational study*, „International Journal of Mental Health Nursing", vol. 29, issue 1, s. 56–68.

Fredrickson B.L. (2001), *The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions*, „American Psychologist", vol. 56, issue 3, s. 218–226.

Fredrickson B.L., Losada M.F. (2005), *Positive affect and the complex dynamics of human flourishing*, „American Psychologist", vol. 60, issue 7, s. 678–686.

Guo Y.-F., Cross W., Plummer V., Lam L., Luo Y.-H., Zhang J.-P. (2017), *Exploring resilience in Chinese nurses: a cross-sectional study*, „Journal of Nursing Management", vol. 25, issue 3, s. 223–230.

Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa, s. 160–176.

Hobfoll S. (2006), *Stres, kultura i społeczność: psychologia i filozofia stresu*, tłum. M. Kacmajor, Gdańsk.

Keykaleh M.S., Safarpour H., Yousefian S., Faghisolouk F., Mohammadi E., Ghomian Z. (2018), *The relationship between nurse's job stress and patient safety*, „Macedonian Journal of Medical Sciences", vol. 6, issue 11, s. 2228–2232.

Letzring T.D., Block J., Funder D.C. (2005), *Ego-control and ego-resiliency: generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self*, „Journal of Research in Personality", vol. 39, issue 4, s. 395–422.

Liem J.H., James J.B., O'Toole J.G., Boudewyn A.C. (1997), *Assessing resilience in adults with histories of childhood sexual abuse*, „American Journal of Orthopsychiatry", vol. 67, issue 4, s. 594–606.

Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B. (2000), *The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work*, „Child Development", vol. 71, issue 3, s. 543–562.

Masten A.S., Cutuli J.J., Herbers J.E., Reed M.-G.J. (2009), *Resilience in development*, [w:] *The Oxford handbook of positive psychology*, 2nd ed., eds. C.R. Snyder, S.J. Lopez, Oxford, s. 117–131.

McGarry S., Girdler S., McDonald A., Valentine J., Lee S.-L., Blair E., Wood F., Elliott C. (2013), *Paediatric health-care professionals: relationships between psychological distress, resilience and coping skills*, „Journal Paediatrics and Child Health", vol. 49, issue 9, s. 725–732.

Mealer M., Conrad D., Evans J., Jooste K., Solyntjes J., Rothbaum B., Moss M. (2014), *Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses*, „American Journal of Critical Care", vol. 23, issue 6, s. 97–105.

Mealer M., Jones J., Newman J., McFann K.K., Rothbaum B., Moss M. (2012), *The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey*, „International Journal of Nursing Studies", vol. 49, issue 3, s. 292–299.

Manomenidis G., Panagopoulou E., Montgomery A. (2019), *Resilience in nursing: the role of internal and external factors*, „Journal of Nursing Management", vol. 27, issue 1, s. 172–178.

Mróz J. (2014), *Znaczenie zasobów osobistych dla zachowań i przeżyć związanych z pracą pielęgniarek*, „Problemy Higieny i Epidemiologii", t. 95, nr 3, s. 731–736.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008a), *Osobowość, stres a zdrowie*, Warszawa.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008b), *Skala pomiaru prężności (SPP-25)*, „Nowiny Psychologiczne", nr 3, s. 39–56.

Perry L., Xu X., Gallagher R., Nicholls R., Sibbritt D., Duffield C. (2018), *Lifestyle health behaviors of nurses and midwives: the 'fit for the future' study*, „International Journal of Environmental Research and Public Health", vol. 15, issue 5, 945. https://doi.org/10.3390/ijerph15050945.

Ren Y., Zhou Y., Wang S., Luo T., Huang M., Zeng Y. (2017), *Exploratory study on resilience and its influencing factors among hospital nurses in Guangzhou, China*, „International Journal of Nursing Sciences", vol. 5, issue 1, s. 57–62.

Uchnast Z. (1997), *Prężność osobowa. Empiryczna typologia i metoda pomiaru*, „Rocznik Filozoficzny", t. XLV, z. 4, s. 27–51.

Waller M.A. (2001), *Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept*, „American Journal of Orthopsychiatry", vol. 71, issue 3, s. 290–297.

Wendsche J., Ghadiri A., Bengsch A., Wegge J. (2017), *Antecedents and outcomes of nurses' rest break organization: a scoping review*, „International Journal of Nursing Studies", vol. 75, s. 65–80.

Wilczek-Rużyczka E., Kwak M., Jurkowska M. (2019), *Stres zawodowy a wypalenie zawodowe u pielęgniarek*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", vol. 25, nr 1, s. 33–39.

DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6-7

Tadeusz M. Ostrowski

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Psychologii,
Pedagogiki i Nauk Humanistycznych
https://orcid.org/0000-0001-5961-3758

PRĘŻNOŚĆ PSYCHICZNA OSÓB DIALIZOWANYCH Z PERSPEKTYWY MOTYWACJI EGZYSTENCJALNEJ

Streszczenie

Uwarunkowania egzystencjalne prężności psychicznej zdefiniowano, odwołując się do teorii libertalno-walorycznej sensu życia w ujęciu Tadeusza Ostrowskiego. Zgodnie z teorią sens życia jest ukształtowany przez poczucie wolności podmiotowej oraz wrażliwość wobec wartości. Celem badań było określenie związku pomiędzy sensem życia i jego uwarunkowaniami a prężnością psychiczną osób z niewydolnością nerek leczonych za pomocą hemodializy.

Zbadano 48 osób poddawanych dializie. Zastosowano metody własne: Kwestionariusz Poczucia Wolności, Kwestionariusz Wartości, Kwestionariusz Stosunku do Życia oraz Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25) w opracowaniu Niny Ogińskiej-Bulik i Zygfryda Juczyńskiego i skalę kontrolną z Kwestionariusza Samooceny (autorstwa Williama H. Fittsa w opracowaniu Anny Sadlińskiej). Wyniki badania osób dializowanych porównano z grupą 168 osób zdrowych.

Osoby dializowane mają znacząco niższe poczucie sensu życia w porównaniu z osobami zdrowymi, natomiast większe znaczenie przykładają do wartości twórczych. Jedną z tych wartości jest szeroko rozumiany obowiązek, który oceniają jako szczególnie ważny w ich życiu. Prężność osób dializowanych nie odbiega od normy, z wyjątkiem Optymistycznego nastawienia do życia i zdolności do mobilizowania się w trudnych sytuacjach, który to czynnik jest mniejszy w tej grupie. Wariancję prężności osób dializowanych w 29% wyjaśnia poczucie wolności podmiotowej oraz sens życia.

Słowa kluczowe: hemodializa, motywacja, sens życia, wolność podmiotowa, wartości, prężność psychiczna

Psychological resilience of dialysis patients in the light of existential motivation

Abstract

The existential determinants of psychological resilience were defined by referring to theory of meaning in life based on a values-oriented sense of personal freedom (libertial-valuegrounded theory of the meaning of life) developed by Tadeusz Ostrowski. According to this theory, meaning in life is shaped by a sense of subjective freedom and sensitivity to values. The aim of the study was to determine the relationship between meaning in life together with its determinants and the mental resilience of people with kidney failure on hemodialysis treatment.

A sample of 48 dialysis patients were examined. They were asked to complete the following three methods created by Tadeusz Ostrowski: the Sense of Freedom Questionnaire, the Value Questionnaire, and the Relation to Life Questionnaire. The next methods were: the Mental Resilience Scale SPP-25 created by Nina Ogińska-Bulik and Zygfryd Juczyński and the control scale from the Self-Assessment Questionnaire (William Fitts, edited by Anna Sadlińska). The results for the dialysis patients were compared with a group of 168 healthy subjects.

Patients on dialysis have a significantly impaired sense of meaning in life compared to healthy subjects, but they attach more importance to creative values, specially to obligations, which they report as particularly important in their live. The resilience of dialysis patients generally do not deviate from the norm; however, dialysis patients have a less optimistic attitude to life and a lower ability to mobilize in difficult situations. 29% of variation in resilience is explained by the sense of personal freedom and meaning in life.

Key words: hemodialysis, motivation, meaning in life, personal freedom, values, mental resilience

Wprowadzenie

Stosowanie dializy wobec osób z przewlekłą niewydolnością nerek jest bardzo obciążającą pacjenta, zarówno psychicznie, jak i fizycznie, metodą leczenia, dlatego stanowi ona przedmiot badań i pomocy psychologicznej.

Dializoterapia należy do metod substytucyjnych (czyli zastępujących pracę określonego narządu, w tym wypadku nerek) leczenia ostrej oraz przewlekłej, tzn. trwającej powyżej trzech miesięcy, niewydolności nerek. Jest także metodą oczyszczania organizmu w przypadku zatrucia. Dializoterapia ma formę hemodializy lub

dializy otrzewnowej. Hemodializa polega na oczyszczaniu krwi z produktów przemiany materii, nadmiaru wody, toksyn i leków za pomocą dializatora, do którego w czasie jednej sesji jest wielokrotnie przepompowywana krew z ustroju pacjenta, oczyszczana przy użyciu błony półprzepuszczalnej. Dializator pełni funkcję sztucznej nerki. Zabieg odbywa się najczęściej trzykrotnie w ciągu tygodnia. Prowadzony jest w warunkach szpitalnych, co wymaga od chorego obecności w ośrodku dializ, i trwa od 4 do 5 godzin. Leczenie poprzedzone jest przygotowaniem chorego przez chirurgiczne wytworzenie w kończynie specjalnego połączenia tętnicy z żyłą, czyli przetoki dializacyjnej, która umożliwia przepływ krwi przez urządzenie z szybkością 200–300 ml/min (Król, Rutkowski 2008).

W dializie otrzewnowej wykorzystuje się własności półprzepuszczalnej błony otrzewnowej, która wyściela jamę brzuszną pacjenta i znajdujące się wewnątrz niej narządy. Za pomocą cewnika wprowadza się do wolnej jamy otrzewnej roztwór elektrolitów, do którego przenikają substancje z krwi; następnie wraz z roztworem zostają one wydalone przez otrzewną poza organizm. Zużyty płyn usuwa się z organizmu kilkukrotnie w ciągu doby i w jego miejsce wprowadza się nowy. Procedura okresowej wymiany płynu prowadzona jest w warunkach szpitalnych, natomiast chory sam w warunkach domowych może przeprowadzać dializę otrzewnową w nocy, za pomocą specjalnego urządzenia zwanego cyklerem. Poprawia to komfort życia pacjenta, który nie musi regularnie zgłaszać się do szpitala (Wańkowicz 2011).

Ze względu na częstość występowania niewydolności nerek choroba ta stanowi problem społeczny. Liczba chorych, którzy rozpoczęli leczenie nerkozastępcze w Polsce, w 2021 r. wynosiła 5516 pacjentów (w tym: hemodializa: 5215; dializa otrzewnowa: 301), co stanowi 144 osoby/1 mln mieszkańców (Dębska-Ślizień i in. 2021). Od szeregu lat wskaźnik osób dializowanych rósł systematycznie, aż do 2020 r., w którym uległ obniżeniu na skutek zgonu wielu pacjentów z niewydolnością nerek zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Jak zaznaczył w swojej wypowiedzi prof. Marcin Tkaczyk z Kliniki Pediatrii, Immunologii i Nefrologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, w wyniku typowego dla tych chorych osłabienia układu immunologicznego byli oni osiem razy częściej zainfekowani

wirusem SARS-CoV-2 w porównaniu z populacją. Prof. Tkaczyk zaznaczył, że w okresie pandemii liczba pacjentów stacji dializ spadła o 1/5, jednak sytuację poprawiły szczepienia. Trzeba dodać, że byli to chorzy szczepieni w pierwszym okresie, zaraz po służbie zdrowia, zaszczepieni w 90%. Gdy na koniec 2019 r. łączna liczba chorych dializowanych wynosiła 21 475 osób, w 2020 r. było ich znacząco mniej, tj. 19 647 pacjentów, aby zatrzymać się na tym samym poziomie w 2021 r. (19 416 chorych) (KM/PAP 2021). Dla porównania warto zauważyć, że podobna jest sytuacja, jeśli chodzi o liczbę operacji kardiochirurgicznych w Polsce, która w 2019 r. wyniosła ponad 25 tys., a w 2020 r. spadła do 19 261 zabiegów. Ten nagły spadek liczby operacji prof. Kazimierz Widenka, Prezes Klubu Kardiochirurgów Polskich, określił jako niespotykaną dotąd zapaść w kardiochirurgii polskiej, spowodowaną pandemią (EG/PAP/Wojtasiński 2021).

Dializa w perspektywie badań psychologicznych

Osoby z przewlekłą niewydolnością nerek leczone nerkozastępczo doświadczają szeregu zaburzeń psychicznych. Najpoważniejszym jest depresja z typowymi objawami, tzn. zaburzeniami snu, zmniejszeniem łaknienia i libido, obniżeniem masy ciała, dużą męczliwością. Rozpoznanie depresji w tej grupie utrudnia podobieństwo jej objawów do zaburzeń pojawiających się w mocznicy, czyli w chorobowym zaleganiu w organizmie toksyn mocznicowych występującym w przewlekłej niewydolności nerek. W mocznicy – podobnie jak w depresji – możliwe są okresy nasilonego lęku, bóle głowy, a nawet zaburzenia świadomości. Chorzy odczuwają smutek, poczucie krzywdy, gniew, który ujawnia się w formie agresji werbalnej, a nawet przemocy wobec osób najbliższych oraz personelu medycznego.

U osób leczonych nerkozastępczo dość często występują choroby współistniejące, takie jak: cukrzyca, anemia, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, niewydolność krążenia oraz miażdżyca naczyń (Jaracz 2010). Najczęstszą przyczyną zgonu są powikłania sercowo-naczyniowe. Jak podają Hanna Bachórzewska-Gajewska i Jolanta Małyszko (2015), z przewlekłą chorobą nerek często współwystępuje niewydolność serca, która jest spowodowana chorobą wieńcową

w ponad 50%, nadciśnieniem tętniczym w ponad 70–80%, cukrzycą w 30–40%, wadami serca w 10–15% oraz kardiomiopatią.

Zarówno sama choroba – przewlekła niewydolność nerek – jak i metoda leczenia, tzn. procedura nerkozastępcza, bardzo obciążają psychicznie i fizycznie chorych, zmuszają ich do radykalnej zmiany stylu życia, czasami niespodziewanie tak dla chorego, jak i dla jego otoczenia, ponieważ stopniowo pogarszająca się funkcja nerek nie wywołuje objawów bólowych ani nie daje innych sygnałów informujących o postępującej chorobie. Dolegliwości zazwyczaj ujawniają się dopiero wtedy, gdy jedyną metodą zapobiegania konsekwencjom choroby pozostaje dializa krwi. Znaczenie ma również duża liczba osób z tym schorzeniem, co sprawia, że problematyka pacjentów dializowanych jest podejmowana w badaniach psychologicznych, szczególnie w wydziałach nauk o zdrowiu oraz wydziałach pielęgniarstwa. Przykładem są badania 100 osób dializowanych w Oddziale Sztucznej Nerki Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie (Mianowana i in. 2016), w których wykazano, że stres związany z leczeniem nerkozastępczym wystąpił u wszystkich badanych, ale szczególnie nasilony był u tych chorych, których rodziny przyjęły wiadomość o leczeniu z dużym lękiem albo w ogóle nie były powiadomione o leczeniu. Prawie połowa pacjentów zrezygnowała z pracy zawodowej. Dużą trudność dla chorych stanowi konieczność zmiany diety na mniej kaloryczną i ograniczenie płynów.

Zespół z Poznania (Stachowiak-Andrysiak i in. 2012) przeprowadził badanie 106 osób dializowanych i stwierdził, że chorych charakteryzuje obniżenie wartości średniej w zakresie poczucia koherencji (Kwestionariusz Orientacji Życiowej Aarona Antonovsky'ego [SOC-29]; zob. Antonovsky 1995) oraz natężenie lęku większe niż depresji (Szpitalna Skala Lęku i Depresji [HADS]; zob. Zigmond, Snaith 1983). Wykazano, że im wyższe było wykształcenie badanych, tym wyższe osiągali oni rezultaty w wymiarze poczucia sensowności, jako komponenty koherencji. Mężczyźni uzyskali wyższe wyniki w porównaniu z kobietami w zakresie postrzegania otaczającego świata jako zrozumiały.

Krystyna Kurowska i Agnieszka Kasprzyk (2013) zbadały poziom akceptacji choroby i style radzenia sobie ze stresem, dominujące u osób dializowanych. W rezultacie badania 94 pacjentów dializowanych stwierdziły, że im wyższy był poziom ich wykształcenia, tym

lepszy wynik w zakresie akceptacji choroby. Wyższą akceptację choroby przejawiali mężczyźni, osoby w wieku do 59 lat oraz mieszkające w mieście. Dominował styl zadaniowy radzenia sobie ze stresem, a w dalszej kolejności występował styl skoncentrowany na emocjach i unikowy. Wzrost koncentracji na emocjach przekładał się na zmniejszenie akceptacji choroby, co oznacza, że był nieskuteczny. Z kolei w badaniach 55 pacjentów stacji dializ Krystyna Kurowska i Karolina Kotecka (2009) wykazały, że ogólnie poziom koherencji osób dializowanych jest niski, natomiast dominacja stylu zadaniowego jest charakterystyczna dla osób o wysokim poczuciu koherencji.

Stosunkowo nieliczne są badania osób leczonych nerkozastępczo dotyczące motywacji do udziału w leczeniu, szczególnie motywacji o charakterze egzystencjalnym, tzn. mającej związek z sensem życia, poczuciem wolności podmiotowej, czy oceny swojego zachowania w odniesieniu do wartości. Przykładem są badania 238 dializowanych pacjentów w wieku od 23 do 93 lat (147 mężczyzn i 91 kobiet) przeprowadzone w Chinach, w Makao (Liu, Mao 2022). Na podstawie wyników stwierdzono, że z poczuciem sensu życia jest powiązana płeć badanych, ponieważ było ono wyższe u kobiet, oraz czas trwania dializ – poczucie sensu życia było najwyższe w grupie badanych dializowanych przez 6 do 10 lat, niższe w grupie o krótszym i dłuższym okresie dializowania. Znaczenie miało odczuwanie stresu związanego z chorobą – im było mocniejsze, tym sens życia był słabszy. Czynnikiem, który w analizie regresji okazał się najbardziej znaczącym, była religijność badanych: 41% określiło siebie jako osoby religijne. Im większa była ich religijność, tym wyższy poziom poczucia sensu życia.

Cel badań i hipotezy badawcze

Z przedstawionego piśmiennictwa wyłania się obraz pacjenta z przewlekłą niewydolnością nerek jako osoby skonfrontowanej, czasem w sposób nagły, niespodziewany dla niej samej i dla jej najbliższego otoczenia, z koniecznością radykalnej zmiany trybu życia, porzucenia lub ograniczenia pracy zawodowej i podporządkowania się surowemu rygorowi uczestniczenia w cyklicznych dializach, zmiany diety i codziennych nawyków. W tym kontekście powstaje pytanie: jakie

są podstawy czy też źródła motywacji do podjęcia i kontynuowania tych wymagających zachowań prozdrowotnych?

Najgłębszy wymiar motywacji ma charakter egzystencjalny, który opiera się na poczuciu sensu życia i jego uwarunkowaniach, dlatego jednym z celów badań przedstawionych w tej pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytanie o poziom poczucia sensu życia osób leczonych dializami.

Radzenie sobie w sytuacjach trudnych jest uwarunkowane szeregiem czynników. Jednym z podstawowych jest prężność psychiczna, która umożliwia szybkie i sprawne podniesienie się psychiczne (tzw. *bounce back*, czyli dochodzenie do normy, dosłownie: odbicie się od trudnego doświadczenia; zob. Tugade, Fredrickson 2004) po otrzymaniu diagnozy o niewydolności nerek i zaleceniu leczenia dializami. Podniesienie się, które umożliwia podjęcie konkretnych, niezbędnych działań zdrowotnych. Dlatego drugim celem badań przedstawionych w niniejszej pracy było stwierdzenie, czy poczucie sensu życia osób dializowanych przekłada się – i w jakim stopniu – na ich prężność psychiczną.

Charakteryzując podstawy teoretyczne badań własnych, należy odwołać się do konceptualizacji sensu życia oraz prężności psychicznej. Poczucie sensu określono zgodnie z teorią libertalno-waloryczną (Ostrowski 2022). Nazwa teorii ma związek z jej podstawowym założeniem, zgodnie z którym sens życia uwarunkowany jest poczuciem wolności podmiotowej (aspekt libertalny) oraz wrażliwością wobec wartości (aspekt waloryczny). W teorii libertalno-walorycznej poczucie sensu życia:

> Jest to mechanizm motywacyjny o charakterze poznawczym, którego funkcją jest autorefleksja o swoim życiu oraz ocena działania w kontekście wartości. W warstwie poznawczej poczucie sensu życia to subiektywna odpowiedź jednostki na pytanie o sensowność czynności aktualnych oraz całego życia. Odpowiedź ta generuje uczucia o charakterze egzystencjalnym, takie jak: radość życia, napęd życiowy, poczucie szczęścia związane z tym, że człowiek istnieje, że może działać, bądź poczucie smutku, obojętności, przygnębienia związane z zachwianiem sensu życia (Ostrowski 2022, s. 25–26).

Wolność podmiotowa w teorii libertalno-walorycznej rozumiana jest „jako cecha dyspozycyjna – dyspozycja do podmiotowego, czyli

autonomicznego podejmowania decyzji, wyboru wartości, formułowania celów działania" (Ostrowski 2022, s. 28). Drugim predyktorem sensu życia jest wrażliwość wobec wartości, która „oznacza dyspozycję do postrzegania wartości w aktywności życiowej, do zwracania uwagi na wartości jako wyznaczniki celu działania, a szczególnie umiejętność dostrzegania wartości w działaniu, które wydaje się tych wartości pozbawione" (Ostrowski 2022, s. 35). W szeregu badań wykazano, że zarówno wolność podmiotowa, jak i wrażliwość wobec wartości stanowią dwa niezależne predyktory poczucia sensu życia.

Konceptualizacja prężności psychicznej, przyjęta w badaniach przedstawionych w tej pracy, jest wyrazem jednego z kilku podejść teoretycznych do kwestii prężności psychicznej (Heszen-Celińska, Sęk 2020). Zgodnie z tym ujęciem prężność psychiczna ma charakter dyspozycji osobowościowej (*resiliency*) do zmagania się z trudnościami życiowymi, zwłaszcza takimi, które występują w życiu człowieka w sposób nagły i nieprzewidywany (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008). W badaniach zazwyczaj chodzi o dyspozycję do radzenia sobie w obliczu kataklizmów, obejmujących duże grupy ludności, czy szczególnie trudnych doświadczeń życiowych, takich jak śmierć osoby bliskiej czy destrukcja rodziny. Im większą prężnością w tym rozumieniu charakteryzuje się jednostka, tym szybciej wyjdzie ona z fazy szoku emocjonalnego po wydarzeniu i przejdzie do racjonalnego działania.

W nawiązaniu do celów badań własnych sformułowano hipotezy badawcze:

1. Sens życia i jego uwarunkowania stanowią motywację szczególnie istotną dla chorych dializowanych.
2. Ważną dyspozycją do leczenia nerkozastępczego jest prężność psychiczna, która jest większa w grupie osób dializowanych w porównaniu z osobami zdrowymi.
3. Sens życia osób dializowanych jest uwarunkowany poczuciem wolności podmiotowej oraz wrażliwością wobec wartości, zgodnie z teorią libertalno-waloryczną (Ostrowski 2022).
4. Prężność psychiczna osób dializowanych jest tym większa, im większe jest poczucie sensu życia i jego uwarunkowania.

Przedstawione założenia teoretyczne badań własnych i hipotezy znalazły odzwierciedlenie w zastosowanych metodach.

Metoda

Badaniami objęto 48 osób leczonych za pomocą hemodializy w szpitalach krakowskich, w tym 25 kobiet i 23 mężczyzn w wieku od 23 do 79 lat (M = 52,81; SD = 14,24). Wyniki tej grupy porównano z rezultatami badania 168 osób zdrowych – pracowników różnych instytucji w Krakowie, w tym 115 kobiet i 53 mężczyzn w wieku od 18 do 64 lat (M = 42,91; SD = 9,71). Rezultaty badania prężności psychicznej osób dializowanych odniesiono do wyników grupy normatywnej 492 osób, w tym 229 kobiet i 263 mężczyzn w wieku od 19 do 65 lat (M = 39,2; SD = 11,9), przedstawionych przez Ninę Ogińską-Bulik i Zygfryda Juczyńskiego (2008) w publikacji dotyczącej opracowanej przez nich metody SPP-25.

W badaniach zaplanowanych przekrojowo zastosowano szereg metod samoopisowych. W zakresie motywacji egzystencjalnej posłużono się metodami własnymi.

Poczucie sensu życia mierzono za pomocą jednoczynnikowego Kwestionariusza Stosunku do Życia (Ostrowski 2022), metody złożonej z 20 twierdzeń o odpowiedziach w formie skali Likerta. Na podstawie wyników badania grupy standaryzacyjnej 288 osób, w tym 146 kobiet i 142 mężczyzn (wiek w przedziale od 18 do 85 lat; M = 50,23; SD = 13,66), oszacowano rzetelność metody na poziomie $\alpha = 0,83$. Trafność diagnostyczna zbieżna z wynikiem Testu Celu Życia (*Purpose-in-Life-Test*, PLT) (Crumbaugh, Maholick 1969) kształtuje się na poziomie $r = 0,59$; $p < 0,001$.

Pojęcie teoretyczne wolności podmiotowej zostało zoperacjonalizowane w formie czterech składowych, a mianowicie:

- poczucie wolności jako nieskrępowania myśli i czynów,
- poczucie znaczenia swojej woli (wewnętrzny punkt kontroli zgodnie z teorią Juliana B. Rottera [1966]),
- niezależność społeczna (mała potrzeba wsparcia społecznego, samodzielność w podejmowaniu decyzji),
- poczucie zagubienia w wolności bez drogowskazów (wymiar negatywny).

Rzetelność Kwestionariusza Poczucia Wolności (Ostrowski 2022) oszacowano na poziomie 0,81. Współczynniki rzetelności podskal kształtują się w przedziale od 0,61 do 0,75. Trafność diagnostyczną zbieżną potwierdza znamienna istotnie korelacja ze skalą Afirmacja

życia w wolności z kwestionariusza PLT Jamesa C. Crumbaugha i Leonarda T. Maholicka (1969).

Kwestionariusz Wartości (Ostrowski 2022) został pomyślany jako narzędzie badania gotowości do identyfikowania wartości ważnych dla jednostki w jej aktywności życiowej. Nawiązano do kategoryzacji wartości w ujęciu Maxa Schelera (1987), uwzględniającej wartości twórcze (np. praca, obowiązek, sukces), przeżyciowe, czyli dotyczące relacji międzyludzkich (np. miłość, przyjaźń, wolność), i najbardziej charakterystyczne dla tej klasyfikacji tzw. wartości postawy. Chodzi o kategorie z założenia negatywne, takie jak: choroba, niepełnosprawność, osamotnienie, które osoba badana określa nie tylko jako dla niej ważne, ale co więcej jako takie, które spowodowały coś pozytywnego w jej życiu: np. choroba, która poprawiła relacje w rodzinie. Tym samym osoba badana sygnalizuje odnalezienie czegoś pozytywnego w szeroko rozumianym cierpieniu. Daje wyraz postawy, którą Victor E. Frankl (1984) określa jako „postawę ponad cierpienie", stąd nazwa „wartości postawy". W Kwestionariuszu Wartości, odpowiednio do kategorii wartości, uwzględniono trzy podskale: Wartości twórczych, Wartości przeżyciowych i Wartości postawy. Na podstawie analizy rezultatów badania grupy standaryzacyjnej 288 osób określono rzetelność całej metody na poziomie $\alpha = 0{,}83$ i podskal: Wartości postawy ($\alpha = 0{,}83$), Wartości twórcze ($\alpha = 0{,}50$) i Wartości przeżyciowe ($\alpha = 0{,}75$).

Prężność psychiczną zbadano przy użyciu kwestionariusza SPP-25 (Skala Prężności Psychicznej) opracowanego przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego (2008). Według autorów metoda bada prężność jako dyspozycję osobowościową (*resiliency*), w której za pomocą analizy czynnikowej wyróżnili następujące aspekty (w nawiasach współczynniki rzetelności i procent wariancji prężności wyjaśnionej przez dany czynnik):

- Wytrwałość i determinacja w działaniu ($\alpha = 0{,}72$; 29,1%),
- Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru ($\alpha = 0{,}68$; 6,5%),
- Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji ($\alpha = 0{,}74$; 5,5%),
- Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania ($\alpha = 0{,}67$; 5%),

– Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach (α = 0,75; 4,6%).

Rzetelność, zbadana jako zgodność wewnętrzna całej metody, wynosi α = 0,89.

Wyniki

Analizę rezultatów porównania wyników osób dializowanych z osobami zdrowymi w zakresie poczucia sensu życia i jego uwarunkowań przedstawiono w tabeli 1. Pacjenci dializowani charakteryzują się znamiennie niższym poczuciem sensu życia. Jeśli chodzi o uwarunkowania sensu życia znaczenie ma wrażliwość wobec tych wartości, które określono jako wartości twórcze. W zakresie odczuwania wolności podmiotowej nie wystąpiły istotne różnice. Można tylko zauważyć, że w przypadku wewnętrznej lokalizacji punktu kontroli osoby zdrowe ujawniły wyższe wyniki na poziomie tendencji (p = 0,0715), co sugeruje, że po powiększeniu liczebności grupy badanej ta różnica może okazać się istotna.

Zwraca uwagę znamienna różnica pomiędzy grupami w zakresie wieku. Sprawdzenie, czy ma to wpływ na przedstawione wyniki, jest przedmiotem dyskusji.

W zakresie prężności psychicznej oraz jej komponent badane grupy nie różnią się znamiennie (tabela 2), z wyjątkiem Optymistycznego nastawienia do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach, które występują w mniejszym stopniu w grupie pacjentów dializowanych.

W celu identyfikacji predyktorów poczucia sensu życia osób dializowanych przeprowadzono analizę regresji (tabela 3), za pomocą której wykazano, że spośród uwzględnionych w badaniu kategorii wartości istotne znaczenie w kształtowaniu sensu życia mają wartości przeżyciowe, tzn. związane z relacjami społecznymi. Natomiast jeśli chodzi o komponenty wolności podmiotowej, istotny jest wiodący wymiar w całym konstrukcie wolności, czyli poczucie wolności jako nieskrępowania myśli i czynów. Dwa wymienione predyktory wyjaśniają wariancję sensu życia w zakresie 38%.

Analiza regresji, która dotyczy uwarunkowania prężności psychicznej osób dializowanych przez mechanizmy o charakterze

motywacji egzystencjalnej, jest najbardziej znacząca w kontekście celu badań. Na podstawie przedstawionej w tabeli 4 analizy regresji można stwierdzić, że prężność psychiczna jest uwarunkowana przez sens życia: im jest on mocniejszy, tym prężność jest większa, oraz przez poczucie wolności jako nieskrępowania myśli i czynów, które w teorii uwzględniono jako jedną z komponent konstruktu wolności podmiotowej. Wariancję prężności psychicznej wyjaśniono w 29%.

Tabela 1. Porównanie badanych pod względem wymiarów motywacji egzystencjalnej

Zmienne	Osoby dializowane N = 48		Osoby zdrowe N = 168		t(214)	p
	M	SD	M	SD		
Wiek	52,81	14,24	42,91	9,71	4,53*	0,0001
Sens życia	59,92	6,64	65,67	7,71	-4,69	0,0001
Wartości postawy	0,48	1,01	0,43	0,88	0,38	0,7044
Wartości twórcze	4,71	1,83	3,10	1,32	5,71*	0,0001
Wartości przeżyciowe	8,52	2,90	8,33	3,10	0,39	0,6998
Suma wartości	13,71	4,75	11,84	4,51	2,50	0,0131
Niezależność społeczna	26,60	2,91	25,08	3,11	1,61	0,1095
Poczucie wolności	27,35	3,28	27,82	3,14	-0,90	0,3694
Wewnętrzny punkt kontroli	27,48	3,76	28,59	3,77	-1,81	0,0715
Poczucie zagubienia w wolności	28,71	4,05	29,68	4,24	-1,41	0,1596
Poczucie wolności – wynik ogólny	110,15	11,32	111,90	9,87	-1,05	0,2968

* Wartość testu t liczonego z oddzielną estymacją wariancji z uwagi na istotny wynik testu Levene'a.
Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Prężność psychiczna osób dializowanych w porównaniu z grupą normatywną kwestionariusza SPP-25 (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008)

Zmienne	Osoby dializowane N = 48		Osoby zdrowe N = 492		t(538)	p
	M	SD	M	SD		
Prężność psychiczna – wynik ogólny	68,04	13,87	70,96	11,54	-1,40	0,1658
Wytrwałość i determinacja w działaniu	13,69	3,38	14,32	2,90	-1,38	0,1743
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	14,77	3,05	15,09	2,71	-0,73	0,4716
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	13,29	3,07	13,77	3,15	-1,01	0,3173

Zmienne	Osoby dializowane N = 48		Osoby zdrowe N = 492		t(538)	p
	M	SD	M	SD		
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	13,71	3,04	14,15	2,90	-0,96	0,3423
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	12,58	3,23	13,57	3,16	-2,05	0,0460

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Wolność osobowa i wrażliwość wobec wartości jako predyktory sensu życia w grupie osób dializowanych (N = 48). Wariancja sensu życia wyjaśniona w 38%; p < 0,0001 (wynik skorygowany). Model jest dobrze dopasowany do danych empirycznych: F(5,42) = 6,67; p < 0,00012

Predyktor	B	Błąd standardowy	Beta	t(48)	p
Wyraz wolny	20,33	7,49	-	-	-
Wartości przeżyciowe	0,17	0,32	0,26	2,16	0,0366
Poczucie wolności	0,43	0,19	0,28	2,04	0,0477
Poczucie zagubienia w wolności	0,57	0,28	0,27	1,63	0,1108
Czas trwania choroby	0,44	0,27	0,17	1,38	0,1751
Wewnętrzny punkt kontroli	0,10	0,07	0,10	0,52	0,6069

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Zmienne egzystencjalne jako predyktory prężności w grupie osób dializowanych (N = 48). Wariancja prężności wyjaśniona w 29%; p < 0,0007. Model jest dobrze dopasowany do danych empirycznych: F(4,43) = 5,90; p <0,00071

Predyktor	B	Błąd standardowy	Beta	t(48)	p
Wyraz wolny	-10,15	17,83	-	-	-
Poczucie wolności	1,88	0,66	0,44	2,86	0,0066
Sens życia	0,87	0,31	0,42	2,76	0,0085
Wewnętrzny punkt kontroli	-0,77	0,57	-0,21	-1,36	0,1810
Wartości twórcze	-0,59	0,58	-0,14	-1,01	0,3162

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Analizę porównania wyników osób dializowanych z osobami zdrowymi w zakresie poczucia sensu życia i jego uwarunkowań (por. tabela 1) należy rozpocząć od sprawdzenia równoważności grup w zakresie cech formalnych.

Grupy różnią się pod względem rozkładu płci – kobiet jest proporcjonalnie więcej w grupie kontrolnej. Różnica w zakresie płci jest na granicy istotności (chi-kwadrat z poprawką Yatesa = 3,70; p = 0,0545), a w zakresie wieku różnica jest istotna statystycznie – pacjenci dializowani są starsi w porównaniu z grupą osób zdrowych (por. tabela 1). W związku ze stwierdzonymi różnicami należy sprawdzić, czy płeć i wiek są skorelowane z badanymi zmiennymi, zwłaszcza z tymi, które różnicują istotnie badane grupy.

Jeśli chodzi o prężność psychiczną, Ogińska-Bulik i Juczyński (2008) wykazali, że płeć ma znaczenie – mężczyzn charakteryzuje większa prężność w porównaniu z kobietami. Wiek natomiast nie jest skorelowany z ogólnym pomiarem prężności. Jednakże osoby po 40. r.ż. charakteryzuje większa wytrwałość i determinacja w działaniu oraz, co może wydawać się zaskakujące, są one bardziej optymistycznie nastawione do życia i mają większą zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Starsi badani są natomiast mniej otwarci na nowe doświadczenia i charakteryzuje ich mniejsze poczucie humoru niż młodszych badanych.

Jak wykazano w tabeli 5, w grupie osób dializowanych żadna zmienna merytoryczna nie jest znamiennie skorelowana ani z płcią, ani z wiekiem, co oznacza, że w tej grupie nie występują zależności stwierdzone przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego w przypadku osób zdrowych (2008).

Jednym z celów badań przedstawionych w tej pracy, jak zaznaczono we wstępie, było określenie egzystencjalnych źródeł motywacji do podjęcia i kontynuowania trudnych i angażujących całe życie pacjenta zachowań zdrowotnych, jakimi są regularne dializowanie organizmu i podporządkowanie się zaleceniom, obejmującym styl życia, czyli dietę, aktywność zawodową, aktywność fizyczną i społeczną. Źródeł tej motywacji można szukać w porównaniu wyników osób dializowanych ze zdrowymi (por. tabela 1), kierując się założeniem,

że jeśli któryś ze wskaźników motywacji egzystencjalnej będzie wyższy, może on wskazywać na podstawę motywacji prozdrowotnej.

Tabela 5. Korelacje z płcią i z wiekiem w grupie osób dializowanych (N = 48)*

Zmienna	Różnica kobiety–mężczyźni	Korelacja z wiekiem
Sens życia	0,7964	0,1801
Wartości postawy	0,2878	0,0822
Wartości twórcze	0,2194	0,1187
Wartości przeżyciowe	0,1456	0,1566
Suma wartości	0,2194	0,1484
Niezależność społeczna	0,7647	-0,0766
Poczucie wolności	0,4893	0,0753
Wewnętrzny punkt kontroli	0,3218	-0,1793
Poczucie zagubienia w wolności	0,8284	-0,1759
Poczucie wolności – wynik ogólny	0,4268	-0,1235
Wytrwałość i determinacja w działaniu	0,8607	0,1873
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	0,6722	0,1228
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	0,3424	0,0864
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	0,6203	0,1279
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	0,9753	0,0716
Prężność psychiczna – wynik ogólny	0,7805	0,1172

* W tabeli podano p dla testu U Manna-Whitneya odnośnie do różnic: kobiety–mężczyźni oraz wartość współczynnika korelacji rang Spearmana w zakresie wieku. Zastosowano testy nieparametryczne ze względu na małą liczebność grupy.
Źródło: opracowanie własne.

Nie spełniły się oczekiwania wyrażone w hipotezie pierwszej, że źródłem motywacji będzie poczucie sensu życia, które okazało się znamiennie niższe u osób dializowanych, co nie potwierdza, ale też nie wyklucza motywującego znaczenia sensu życia. Nie wyklucza, ponieważ poczucie sensu życia wzrasta wraz z czasem trwania choroby ($r = 0,32$, $p = 0,028$), a pomimo to jest niższe w porównaniu z osobami zdrowymi.

Jedynym wskaźnikiem motywacji egzystencjalnej jest dostrzeganie wartości twórczych, których liczba jest większa u pacjentów niż u osób zdrowych. Warto się przyjrzeć, jakie wartości uważają za

ważne w swoim życiu chorzy dializowani. Na pierwszym miejscu jest zdrowie, zaraz za nim prawda, obowiązek, wiedza i rozwój. W swoich wyborach nie są szczególnie oryginalni, w porównaniu z osobami zdrowymi, dla których także najważniejsze jest zdrowie, a następnie prawda, wiedza, rozwój i dopiero na piątym miejscu obowiązek. Trudno powiedzieć, dlaczego pacjenci dializowani taką wagę przywiązują do obowiązku. Może ma to związek z koniecznością podporządkowania się reżimowi uczestniczenia w dializach i systematycznego przestrzegania diety. Równocześnie warto zauważyć, jak ważną wartością dla człowieka jest prawda.

Nawiązując do hipotezy drugiej, mówiącej o znaczeniu prężności psychicznej jako ważnej dyspozycji osobowościowej chorych dializowanych, trzeba stwierdzić, że prężność w tej grupie nie różni się znamiennie w porównaniu z osobami zdrowymi (por. tabela 2), z wyjątkiem Optymistycznego nastawienia do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Osoby poddające się dializom są mniej optymistycznie nastawione do życia, czemu trudno się dziwić.

Hipotezy trzecia i czwarta wynikają z potrzeby sprawdzenia, czy w tych badaniach potwierdziły się prawidłowości stwierdzone kilkukrotnie we wcześniejszych projektach badawczych (Ostrowski 2022). Zgodnie z hipotezą trzecią poczucie wolności podmiotowej oraz wrażliwość wobec wartości przeżyciowych, tzn. związanych z relacjami społecznymi, są istotnymi predyktorami sensu życia (por. tabela 3). Wynik ten potwierdza trafność teorii libertalno-walorycznej sensu życia w tej konkretnej konfiguracji uwarunkowań.

Zgodnie z hipotezą czwartą sprawdzono, czy zmienne egzystencjalne, uwzględnione w przedstawionych w tej pracy badaniach, można uznać za uwarunkowania prężności psychicznej. W rezultacie analizy regresji przedstawionej w tabeli 4 wykazano, że do predyktorów prężności osób dializowanych należą: sens życia i poczucie wolności podmiotowej. Rezultat ten jest zgodny z wynikami szeregu wcześniej przeprowadzonych badań własnych (Ostrowski 2022, s. 97).

Wnioski

1. Pacjenci dializowani charakteryzują się znamiennie niższym poczuciem sensu życia w porównaniu z osobami zdrowymi.

2. W zakresie odczuwania wolności podmiotowej nie wystąpiły istotne różnice, jakkolwiek osoby dializowane wykazują tendencję do preferowania zewnętrznej lokalizacji punktu kontroli, co może mieć związek z uzależnieniem od służby zdrowia.
3. Osoby dializowane wykazały większą wrażliwość wobec wartości. Dotyczy to wartości twórczych, szczególnie wartości określonej jako obowiązek, który dla pacjentów dializowanych jest szczególnie ważny.
4. Poczucie sensu życia, wolność podmiotowa oraz wrażliwość wobec wartości nie pełnią u osób dializowanych większej niż w przypadku osób zdrowych roli jako źródło motywacji do aktywności życiowej.
5. Osoby dializowane mają mniejszą prężność psychiczną w porównaniu z osobami zdrowymi. Wyrażają mniejszy optymizm życiowy, który jest jedną z komponent prężności, rozumianej jako dyspozycja osobowościowa.
6. Wolność podmiotowa oraz wrażliwość wobec wartości przeżyciowych, związanych z relacjami społecznymi, są istotnymi predyktorami sensu życia osób dializowanych, co potwierdza trafność teorii libertalno-walorycznej sensu życia.
7. Sens życia i poczucie wolności podmiotowej stanowią istotne, pozytywne predyktory prężności psychicznej osób dializowanych.

Bibliografia

Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, Warszawa.

Bachórzewska-Gajewska H., Małyszko J. (2015), *Niewydolność serca u chorego dializowanego – problemy diagnostyczne i terapeutyczne*, „Forum Nefrologiczne", t. 8, nr 2, s. 76–85.

Crumbaugh J.C., Maholick L.T. (1969), *Manual of instructions for the Purpose-in-Life-Test*, Munster, IN.

Dębska-Ślizień A., Rutkowski B., Jagodziński P., Rutkowski P., Przygoda J., Lewandowska D., Czerwiński J., Kamiński A., Gellert R. (2021), *Aktualny stan leczenia nerkozastępczego w Polsce – 2021*, „Nefrologia i Dializoterapia Polska", t. 25, nr 4, s. 85–103.

EG/PAP/Wojtasiński Z. (2021), *Spadek liczby operacji i wzrost śmiertelności pooperacyjnej w polskiej kardiochirurgii*, „Puls Medycyny", 16.06, https://pulsmedycyny.pl/spadek-liczby-operacji-i-wzrost-smiertelnosci-pooperacyjnej-w-polskiej-kardiochirurgii-1119564 [dostęp: 28.05.2023].

Frankl V.E. (1984), *Homo patiens*, tłum. R. Czernecki, J. Morawski, wyd. 3, Warszawa.

Heszen-Celińska I., Sęk H. (2020), *Psychologia zdrowia*, Warszawa.

Jaracz J. (2010), *Zaburzenia psychiczne i choroby nerek*, „Psychiatria po Dyplomie", t. 7, nr 5, s. 54–57.

KM/PAP (2021), *Prof. Tkaczyk: osoby dializowane chorują na COVID-19 osiem razy częściej niż reszta populacji*, „Puls Medycyny", 8.11, https://pulsmedycyny.pl/prof-tkaczyk-osoby-dializowane-chorujana-covid-19-osiem-razy-czesciej-niz-reszta-populacji-1132717 [dostęp: 15.09.2022].

Król E., Rutkowski B. (2008), *Przewlekła choroba nerek — klasyfikacja, epidemiologia i diagnostyka*, „Forum Nefrologiczne", t. 1, nr 1, s. 1–6.

Kurowska K., Kasprzyk A. (2013), *Akceptacja choroby i style radzenia sobie ze stresem u osób dializowanych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna", t. 13, z. 2, s. 99–107.

Kurowska K., Kotecka K. (2009), *Poczucie koherencji a style radzenia sobie z przewlekłą niewydolnością nerek u osób poddanych hemodializie*, „Medical and Biological Sciences", t. 23, nr 1, s. 51–55.

Liu Y., Mao A. (2022), *Exploring the Meaning in Life and the Influencing Factors among Patients Undergoing Hemodialysis in Macau*, „SAGE Open Nursing", vol. 8, https://doi.org/10.1177/23779608221092170.

Mianowana V., Sałgut A., Mianowana K., Czekirda M., Bednarek A., Nalepa D., Czekirda N. (2016), *Przyczyny stresu u pacjentów dializowanych*, „Pielęgniarstwo XXI wieku", vol. 15, nr 2, s. 13–17.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008), *Skala pomiaru prężności (SPP-25),* „Nowiny Psychologiczne", nr 3, s. 39–56.

Ostrowski T.M. (2022), *Egzystencjalne uwarunkowania odporności i prężności psychicznej*, Kraków.

Rotter J.B. (1966), *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*, „Psychological Monographs: General and Applied", vol. 80, issue 1, s. 1–28.

Scheler M. (1987), *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, tłum., wstęp i przypisy S. Czerniak, A. Węgrzecki, Warszawa.

Stachowiak-Andrysiak M., Stelcer B., Mikstacki A., Kuliński D., Tamowicz B. (2012), *Ocena stanu psychicznego pacjentów z przewlekłą*

niewydolnością nerek (PNN) i ich adaptacji do stresu spowodowanego chorobą, „Nowiny Lekarskie", t. 81, nr 6, s. 636–640.

Tugade M.M., Fredrickson B.L. (2004), *Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences*, „Journal of Personality and Social Psychology", vol. 86, issue 2, s. 320–333.

Wańkowicz Z. (2011), *Dializa otrzewnowa – metoda leczenia chorych w podeszłym wieku*, „Medycyna Wieku Podeszłego" t. 1, nr 1, s. 42–47.

Zigmond A.S., Snaith R.P. (1983), *The Hospital Anxiety and Depression Scale*, „Acta Psychiatrica Scandinavica", vol. 67, issue 6, s. 361–370.

DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6-8

Paulina Michalska

Uniwersytet Łódzki, Zakład Psychologii Zdrowia
https://orcid.org/0000-0003-2179-0307

WYZNACZNIKI WTÓRNEGO STRESU TRAUMATYCZNEGO WŚRÓD TERAPEUTÓW

Streszczenie

Wprowadzenie: U profesjonalistów pracujących z osobami, które doświadczyły zdarzeń traumatycznych, mogą pojawić się negatywne konsekwencje prowadzonych terapii w postaci wtórnego stresu traumatycznego (STS). Celem badań było ustalenie wyznaczników negatywnych skutków pośredniej ekspozycji na traumę wśród terapeutów.
Materiał i metody: Analizie poddano wyniki badań 76 terapeutów w wieku 26–58 lat (M = 37,87; SD = 7,36). W badaniach wykorzystano Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego, Skalę Wrażliwości Empatycznej, Skalę Pomiaru Prężności, Inwentarz Podstawowych Przekonań, Skalę Poznawczego Przetwarzania Traumy oraz Skalę Wsparcia Społecznego.
Wyniki: Uzyskane rezultaty wykazały pozytywne związki między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach, strategią żalu i zaprzeczania oraz wszystkimi wymiarami empatii a STS. Prężność oraz wsparcie otrzymywane od współpracowników i znajomych korelowało negatywnie z STS. Głównym predyktorem objawów STS w badanej grupie terapeutów są zakłócenia w podstawowych przekonaniach. W przewidywaniu wystąpienia objawów STS ma również udział jedna z negatywnych strategii radzenia sobie z traumą, tj. zaprzeczanie (związek dodatni), oraz jeden ze wskaźników empatii, tj. osobista przykrość (związek dodatni).
Wnioski: Istotne wydaje się uwzględnianie zasobów osobistych oraz zmiennych poznawczych w projektowaniu szkoleń podnoszących kwalifikacje osób pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych, działań

samopomocowych czy superwizyjnych w celu zapobiegania pojawianiu się objawów STS.
Słowa kluczowe: wtórny stres traumatyczny, terapeuci, empatia, wsparcie społeczne, poznawcze przetwarzanie

Determinants of negative effects of indirect exposure to trauma among therapists

Abstract

Introduction: Professionals working with trauma victims may experience negative consequences of ongoing therapies in the form of secondary traumatic stress (STS). The aim of this study was to determine the predictors of secondary traumatic stress among therapists.
Material and methods: Results from 76 therapists aged 26–58 years (M = 37.87; SD = 7.36) were analysed. The Secondary Traumatic Stress Inventory, the Empathic Sensitivity Scale, the Resiliency Measurement Scale, the Core Beliefs Inventory, the Cognitive Processing of Trauma Scale and the Social Support Scale were used in the study.
Results: Results showed positive associations between disruptions of core beliefs, regret and denial strategies, all empathy dimensions and STS. Resiliency and support received from colleagues and friends correlated negatively with STS. The main predictor of STS symptoms in the study group of therapists was disruptions of core beliefs. One of the negative trauma coping strategies, i.e. denial (positive association), and one of empathy indicators, i.e. personal distress (positive association), are also involved in predicting the occurrence of STS symptoms.
Conclusions: It seems important to take into account personal resources and cognitive variables in the design of upskilling trainings for professionals working with people after traumatic experiences, self-help activities, or supervisions in order to prevent the appearance of STS symptoms.
Key words: secondary traumatic stress, therapists, empathy, social support, cognitive processing

Wprowadzenie

W ostatnich latach rozpoczęto prowadzenie badań nad konsekwencjami, jakie dla zdrowia psychospołecznego profesjonalistów niesie praca z klientami/pacjentami. Wydaje się, iż grupą szczególnie narażoną na zakłócenia funkcjonowania są profesjonaliści zajmujący się pracą z klientami/pacjentami po doświadczeniach traumatycznych (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020). Oprócz ryzyka szeroko opisanego

w literaturze wypalenia zawodowego, jako konsekwencji stresu w pracy specjaliści pracujący z traumą mogą być także narażeni na wystąpienie zjawiska wtórnego stresu traumatycznego (*secondary traumatic stress*, STS) (Figley 1999; Ogińska-Bulik, Juczyński 2020).

Wtórny stres traumatyczny charakteryzowany jest jako pewien zespół objawów pojawiający się u osób narażonych na obserwację ludzi, którzy bezpośrednio doświadczyli traumy lub cierpienia oraz na bliski kontakt z nimi (Arnold i in. 2005; Manning-Jones, de Terte, Stephens 2015; Ogińska-Bulik, Juczyński 2020). Samo pojęcie STS zostało spopularyzowane przez Charlesa Figleya (1995, 1999), który określał to zjawisko jako „stres związany z pomaganiem". Objawy STS podobne są do tych, które tworzą kliniczny obraz zespołu stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD), czyli do intruzji, unikania, pobudzenia oraz negatywnych zmian w sferze emocjonalnej i poznawczej (American Psychiatric Association 2013).

Na występowanie STS jako konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumę narażonych jest wiele grup profesjonalistów, w tym personel medyczny, pracownicy socjalni czy kuratorzy sądowi, a także psychologowie i psychoterapeuci (Manning-Jones, de Terte, Stephens 2016, 2017; Ogińska-Bulik, Juczyński 2020; Rayner i in. 2020; Zhang i in. 2023). Ostatnia grupa zawodowa, ze względu na zwiększające się zapotrzebowanie na psychologiczną pomoc w dobie kryzysu zdrowia psychicznego i tym samym większe obciążenie pracą, zasługuje na szczególną uwagę.

Psychoterapia oraz pomoc psychologiczna udzielana w różnej formie są interaktywnym oraz relacyjnym procesem wpływającym zarówno na klienta, jak i na osobę świadczącą profesjonalną pomoc (Cierpiałkowska, Sęk 2016; Czabała, Kluczyńska 2015). Proces ten wymaga od osoby udzielającej pomocy dużego zaangażowania, uważności oraz inwestowania zasobów psychologicznych. Badacze wskazują na pewne aspekty pracy terapeutycznej, które wydają się pełnić rolę istotnych czynników ryzyka transmisji traumy. Mowa tu o przeciwprzeniesieniu, które szczególnie w pracy z jednostką po doświadczeniu traumy ujawnia się jako zjawisko niezwykle złożone i niekiedy utrudniające obiektywny terapeutyczny kontakt, oraz o empatycznym uwikłaniu, które może skutkować nadmierną identyfikacją lub idealizacją klienta/pacjenta i tym samym wpływać

negatywnie na bezpieczną dla terapeuty reakcję empatyczną (Arnold i in. 2005; Figley 1995). Ponadto angażowanie się w pomoc osobom bezpośrednio doświadczającym wydarzenia traumatycznego może skutkować konfrontacją z bezradnością i bezsilnością oraz przyczynić się do wykształcenia zakłóceń w istniejących poznawczych schematach na temat siebie, świata i innych ludzi, wspierając tym samym proces przenoszenia reakcji traumatycznych z klienta/pacjenta na terapeutę (Kezić i in. 2006; McCann, Pearlman 1990; Pearlman, Saakvitne 1995). Należy tu podkreślić, iż niektóre omówione zjawiska pojawiają się również jako nieodłączne i pożądane elementy procesu terapeutycznego. Zasadne zatem wydaje się poszukiwanie innych czynników, które pozostając w relacji z wyżej wymienionymi, wpłynąć mogą na doświadczenie STS. Modele STS wskazują, iż czynników tych można poszukiwać wśród zasobów psychologicznych, takich jak: prężność, empatia, wsparcie społeczne oraz zmienne poznawcze (Figley 1995; Dutton, Rubinstein 1995; Ehlers, Clark 2000; Rauvola, Vega, Lavigne 2019)

Zasoby psychologiczne a wtórny stres traumatyczny

Prężność traktowana w kategorii zasobu osobistego może być opisana jako pewna zdolność jednostki do elastycznej adaptacji do ciągle zmieniających się wymagań życiowych. Bywa uznawana jako istotny zasób sprzyjający zdrowiu, a także czynnik chroniący przed rozwojem negatywnych skutków traumy (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020; Ogińska-Bulik, Michalska 2021). Badania Stacey Diane Arañez Litam, Clarka D. Ausloosa i Johna J.S. Harrichanda (2021) prowadzone z udziałem specjalistów zdrowia psychicznego, w tym certyfikowanych psychoterapeutów, wykazały negatywne związki między prężnością a objawami STS. W literaturze dostępnych jest niewiele badań analizujących związki STS z prężnością. Wydaje się, iż prężność odgrywa istotniejszą rolę w przewidywaniu pozytywnych skutków wtórnej traumy aniżeli jej negatywnych następstw (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020).

Empatia rozumiana jest jako właściwość osobowości lub zasób psychologiczny, który umożliwia człowiekowi reagowanie na doświadczenie innej osoby i tym samym sprzyja pomaganiu (Davis 1999; Kaźmierczak, Plopa, Retowski 2007). Mark H. Davis (1999)

wyróżnił dwa aspekty empatii: emocjonalny oraz poznawczy. Poznawczy aspekt wyraża się w przyjmowaniu perspektywy, czyli zdolności do rozumienia punktu widzenia drugiej osoby. Emocjonalny aspekt ujawnia się w postaci empatycznej troski, czyli umiejętności współodczuwania w stosunku do jednostek dotkniętych cierpieniem, oraz w osobistej przykrości, a więc w pewnej dyspozycji do odczuwania nieprzyjemnych emocji, bólu, cierpienia, dyskomfortu w odpowiedzi na trudności przeżywane przez drugą osobę. Podążając za tym, można stwierdzić, iż empatyczna reakcja skutkuje niekiedy doświadczeniem dużego stresu. Empatia bywa zatem uznawana za istotny czynnik biorący udział w transmisji traumy, zwiększający prawdopodobieństwo pojawienia się jej negatywnych skutków, także u specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, w tym psychologów i psychoterapeutów (Figley 2002; MacRitchie, Leibowitz 2010; Rayner i in. 2020; Zhang i in. 2023). Dane dostępne w literaturze wskazują na zróżnicowany wpływ poszczególnych aspektów empatii na rozwój STS. Badania Oliviera Laverdière'a, Johna S. Ogrodniczuka i Davida Kealy'ego (2019) wskazały, iż psychologowie i psychoterapeuci odczuwający osobistą przykrość w związku z sytuacją klienta/pacjenta ujawniali wyższe nasilenie objawów STS. Podobnie w badaniach prowadzonych z udziałem różnych grup specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym emocjonalne aspekty empatii okazały się pozytywnie powiązane z objawami STS (Duarte, Pinto-Gouveia, Cruz 2016; Gleichgerrcht, Decety 2013; Ogińska-Bulik, Juczyński, Michalska 2020). Rolę czynnika ochronnego lub zmniejszającego prawdopodobieństwo pojawienia się STS zdaje się pełnić aspekt poznawczy (Thomas, Otis 2010; Wagaman i in. 2015).

Wsparcie społeczne można zdefiniować jako pewien rodzaj interakcji społecznej podejmowanej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której następuje wymiana pomocy (Sęk 2004). Analizując zmienną wsparcia społecznego, należy wspomnieć o wielu jego podziałach, m.in. ze względu na rodzaj (otrzymywane, spostrzegane), formy (instrumentalne, informacyjne, emocjonalne) oraz źródła (przełożeni, współpracownicy, rodzina, znajomi spoza pracy). Dane dostępne w literaturze pokazują, iż pracownicy zajmujący się zdrowiem, w tym psychologowie i psychoterapeuci, posiadający wsparcie społeczne, doświadczają mniej objawów STS

(Manning-Jones i in. 2016; Rzeszutek, Partyka, Gołąb 2015). Podobne dane płyną z badania australijskich psychologów, gdzie zaobserwowano negatywny związek między wsparciem społecznym otrzymywanym od przyjaciół i rodziny a negatywnymi skutkami wtórnej traumy (Diehm, Mankowitz, King 2019).

Poznawcze przetwarzanie traumy znajduje odzwierciedlenie w podejmowanych poznawczych działaniach zaradczych. Ich celem jest nadanie znaczenia doświadczanym przeżyciom i dostosowanie się do nowej rzeczywistości zmienionej w wyniku traumy (Janoff-Bulman 2004). Rhonda M. Williams, Mary C. Davis i Roger E. Millsap (2002) jako wskaźniki skutecznego przetwarzania traumy wymieniają pięć poznawczych strategii radzenia sobie z traumą, tj. pozytywną restrukturyzację poznawczą, porównywanie w dół, rozwiązanie/akceptację, zaprzeczanie i żal. Badania prowadzone z udziałem różnych grup specjalistów, w tym personelu medycznego, pracowników socjalnych, kuratorów sądowych, a także psychologów i psychoterapeutów wskazują na pozytywne związki między negatywnymi strategiami radzenia sobie z traumą, tj. zaprzeczaniem i żalem, a objawami STS (Ogińska-Bulik i in. 2021; Ogińska-Bulik, Juczyński 2020; Ogińska-Bulik, Juczyński, Michalska 2020). Pozytywne strategie zaradcze zdają się mieć większe znaczenie dla pozytywnych skutków wtórnej traumy (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020).

Innym wskaźnikiem poznawczego przetwarzania traumy jest gotowość do zmiany istniejących przekonań (Juczyński, Ogińska-Bulik 2018). Mówimy tutaj o wystąpieniu pewnych zakłóceń w przekonaniach w wyniku doświadczenia wydarzenia traumatycznego, które mogą pełnić rolę mechanizmu leżącego u podłoża procesu przetwarzania informacji związanych z traumatycznym doświadczeniem (Cann i in. 2010). Na pozytywne związki między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a objawami STS wskazują badania kilku grup specjalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020).

Cel badania

Celem badania było ustalenie związków między czynnikami podmiotowymi (empatią i prężnością), zmiennymi poznawczymi (poznawczymi strategiami radzenia sobie z traumą i zakłóceniami

w podstawowych przekonaniach), czynnikami środowiskowymi (wsparciem społecznym otrzymywanym od przełożonych, współpracowników, rodziny i przyjaciół) a objawami STS. Ponadto w badaniu poszukiwano wyznaczników negatywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę. Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

H1: W grupie badanych terapeutów występuje zjawisko STS.

H2: Istnieje negatywny związek między prężnością, poznawczym aspektem empatii (przyjmowanie perspektywy), pozytywnymi strategiami radzenia sobie z traumą (pozytywna restrukturyzacja poznawcza, rozwiązanie/akceptacja), źródłami wsparcia społecznego a STS.

H3: Istnieje pozytywny związek między emocjonalnymi aspektami empatii (emocjonalna troska, osobista przykrość), negatywnymi strategiami radzenia sobie z traumą (zaprzeczanie, żal) oraz zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a STS.

H4: Zasoby psychologiczne (empatia) oraz zmienne poznawcze (zakłócenia w podstawowych przekonaniach, negatywne strategie poznawcze) pełnią rolę predyktorów dla STS.

Materiał i metody

Osoby badane i procedura

Badaniami objęto 76 psychologów i psychoterapeutów pracujących z klientami/pacjentami po doświadczeniach traumatycznych[1]. Zakres traumatycznych stresorów był niezwykle szeroki i obejmował doświadczenie przemocy, choroby przewlekłej, śmierci bliskich osób, wypadków, niepełnosprawności, zaniedbań, działań wojennych. Badanie prowadzone było w poradniach zdrowia psychicznego, ośrodkach interwencji kryzysowej, ośrodkach opieki długoterminowej, placówkach oświatowych, a także w prywatnych gabinetach. Jego uczestnicy zostali poinformowani o anonimowości i dobrowolności udziału w badaniach, a po wyrażeniu zgody dostarczono im kwestionariusze. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetyki Uniwersytetu Łódzkiego. Wśród ankietowanych zdecydowaną większość stanowiły kobiety (85%) oraz psychologowie, którzy uzyskali certyfikat psychoterapeuty lub byli w trakcie certyfikacji (84%).

[1] Osoby badane pracowały także z klientami, którzy nie doświadczali traumy.

Ponad 3/4 badanych korzystało z superwizji (84%). Wiek badanych wynosił od 26 do 58 lat (M = 37,87; SD = 7,36), staż pracy ogółem od roku do 25 lat (M = 9,70; SD = 6,10), staż pracy z osobami po doświadczeniu traumy od 2 do 22 lat (M = 7,87; SD = 5,24). Zdecydowana większość doświadczyła traumy własnej (78%).

Narzędzia

W badaniu wykorzystano ankietę własną, która zawierała dane dotyczące płci, wieku, stażu pracy ogółem, stażu pracy z traumą, doświadczenia traumy własnej, posiadanych certyfikatów oraz korzystania z superwizji, a także sześć kwestionariuszy.

1. Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego (IWST) jest polską adaptacją kwestionariusza PCL-5 zmodyfikowaną na potrzeby badania osób pomagających jednostkom po doświadczeniach traumatycznych (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020). Kwestionariusz zawiera 20 itemów odnoszących się do objawów wchodzących w skład czterech kryteriów PTSD: intruzji, zwiększonego pobudzenia i reaktywności, negatywnych zmian w zakresie poznania i/lub nastroju, unikania. Wskaźnik *alfa* Cronbacha dla IWST wyniósł 0,90 z następującymi wartościami dla poszczególnych kryteriów: 0,71; 0,85; 0,89; 0,87.
2. Skala Pomiaru Prężności (SPP-25) autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik i Zygfryda Juczyńskiego (2008) służy do pomiaru prężności jako właściwości osobowości. Narzędzie zawiera 25 stwierdzeń. Oprócz wyniku ogólnego skala mierzy pięć czynników prężności: Wytrwałość i determinację w działaniu, Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancję negatywnych emocji, Tolerancję na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania, Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Współczynnik *alfa* Cronbacha dla skali wyniósł 0,89.
3. Skala Wrażliwości Empatycznej (SWE) jest modyfikacją Indeksu Reaktywności Interpersonalnej, opartą na teorii empatii Davisa w polskiej adaptacji Marii Kaźmierczak, Mieczysława Plopa i Sylwiusza Retowskiego (2007). SWE składa się z 28 pozycji i służy do mierzenia trzech kategorii empatii: empatycznej troski, osobistej przykrości, przyjmowania perspektywy. Pierwsze dwie kategorie

opisują empatię emocjonalną, trzecia natomiast empatię poznawczą. Badany udziela odpowiedzi na skali 5-stopniowej. Wartości *alfa* Cronbacha wynoszą: 0,78 dla empatycznej troski, 0,78 dla osobistej przykrości i 0,74 dla przyjmowania perspektywy.

4. Skala Wsparcia Społecznego stanowi część Kwestionariusza Psychospołecznych Warunków Pracy autorstwa Romana Cieślaka i Marii Widerszal-Bazyl (2000) i pozwala na ocenę wsparcia społecznego otrzymywanego w środowisku pracy od przełożonych i współpracowników oraz wsparcia poza środowiskiem pracy od rodziny i przyjaciół. Psychometryczne właściwości dla wsparcia społecznego wynoszą: przełożeni $\alpha = 0{,}94$; współpracownicy $\alpha = 0{,}92$; przyjaciele spoza pracy $\alpha = 0{,}89$; rodzina $\alpha = 0{,}89$.
5. Skala Poznawczego Przetwarzania Traumy (SPPT) autorstwa Williamsa, Davisa i Millsapa (2002) w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2018) to kwestionariusz, który zawiera 17 pozycji i bada pięć aspektów poznawczego przetwarzania: pozytywną restrukturyzację poznawczą, porównanie w dół, rozwiązanie/akceptację, zaprzeczanie i żal. Współczynniki *alfa* Cronbacha dla poszczególnych skal wynoszą od 0,89 do 0,56. W badaniu zastosowano wersję dostosowaną do badania osób pośrednio narażonych na traumę.
6. Inwentarz Podstawowych Przekonań (IPP) autorstwa zespołu Arniego Canna (2010) zaadaptowany do warunków polskich przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik (2018) służy do badania zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Osoba badana określa, na ile wydarzenie naruszyło istniejące schematy poznawcze oraz przekonania i doprowadziło do ich transformacji. Skala składa się z dziewięciu stwierdzeń i pozwala na mierzenie wyniku ogólnego oraz wyników w poszczególnych czynnikach, które dotyczą przekonań na temat relacji z innymi ludźmi, własnych możliwości i przyszłości, kontrolowalności zdarzeń w świecie oraz znaczenia i wartości własnego życia. Badany udziela odpowiedzi na 6-stopniowej skali. Współczynnik *alfa* Cronbacha dla skali wynosi 0,90.

Analiza statystyczna

Badanie przeprowadzono przy użyciu programu IBM SPSS. Do badania różnic między grupami wyznaczonymi przez zmienne

kontrolujące w zakresie zmiennej zależnej wykorzystano test t Studenta; do badania związków między zmiennymi użyto współczynników korelacji Pearsona. Predyktorów zmiennej zależnej poszukiwano, wykorzystując analizę regresji, gdzie zbudowano model wielozmiennowy, uwzględniając wszystkie zmienne objaśniające.

Wyniki

Ogólny wynik nasilenia objawów wtórnego stresu traumatycznego wśród badanych psychologów i psychoterapeutów mieści się w zakresie wyników niskich (M = 11,01; SD = 11,22; tabela 1). Płeć (mężczyźni M = 9,00, SD = 5,97; kobiety M = 11,35, SD = 11,88; t = -0,641, p > 0,05), korzystanie z superwizji (tak = 10,31, SD = 10,95; nie = 14,75, SD = 12,40; t = 1,262, p > 0,05) oraz doświadczenie zdarzeń traumatycznych osobiście (tak = 10,63, SD = 10,63; nie = 12,35, SD = 13,34; t = -0,556, p > 0,05) nie różnicują w sposób statystycznie istotny natężenia objawów STS. Pewne różnice ukazały się u specjalistów posiadających certyfikat: osoby po lub w trakcie certyfikacji (M = 9,91, SD = 10,88) ujawniają niższe nasilenie objawów STS w porównaniu z osobami nieposiadającymi certyfikatu (M = 16,92, SD = 11,64, t = -1,931, p > 0,05). Wiek (r = -0,04, p > 0,05), staż pracy ogółem (r = 0,05, p > 0,05) oraz staż pracy z traumą (r = 0,11, p > 0,05) okazały się nieistotne dla STS.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych (N = 76)

	M (SD)
STS	11,01 (11,22)
Prężność	74,43 (16,07)
Empatia	
Empatyczna troska	31,30 (4,66)
Osobista przykrość	18,71 (4,73)
Przyjmowanie perspektywy	28,71 (4,42)
Wsparcie społeczne	
Przełożeni	26,61 (9,05)
Współpracownicy	29,76 (6,55)
Znajomi spoza pracy	29,75 (7,01)
Rodzina	32,57 (5,80)
Zakłócenia w przekonaniach	15,43 (10,50)

	M (SD)
Poznawcze strategie radzenia sobie	
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	5,88 (4,30)
Porównywanie w dół	3,51 (3,94)
Rozwiązanie/akceptacja	12,70 (4,97)
Zaprzeczanie	2,72 (3,10)
Żal	1,97 (2,60)

STS – wtórny stres traumatyczny; M – średnia; SD - odchylenie standardowe
Źródło: opracowanie własne.

Prężność okazała się negatywnie powiązana z objawami STS ($r = -0,23$, $p < 0,05$). Podobnie negatywne korelacje ujawniły się między STS a dwoma źródłami wsparcia społecznego, tj. wsparciem od współpracowników ($r = -0,43$, $p < 0,001$) oraz wsparciem od znajomych spoza pracy ($r = -0,25$, $p < 0,01$). Wszystkie aspekty empatii, zarówno emocjonalnej (empatyczna troska, $r = 0,34$; osobista przykrość $r = 0,43$ $p < 0,001$), jak i poznawczej (przyjmowanie perspektywy, $r = 0,33$, $p < 0,001$) wykazały pozytywne związki z nasileniem negatywnych skutków wtórnej traumy. Analizując natomiast strategie wchodzące w skład poznawczego przetwarzania traumy zaobserwowano, iż dwie negatywne poznawcze strategie radzenia sobie z traumą – zaprzeczanie i żal, pozytywnie korelowały z STS, podobnie jak zakłócenia w podstawowych przekonaniach (wynik ogólny, $r = 0,62$, $p < 0,001$) (tabela 2).

Tabela 2. Współczynniki korelacji między zasobami psychologicznymi i zmienny poznawczymi a wtórnym stresem traumatycznym (N = 76)

	STS
Prężność	-0,23*
Empatia	
Empatyczna troska	0,34***
Osobista przykrość	0,43***
Przyjmowanie perspektywy	0,33***
Wsparcie społeczne	
Przełożeni	-0,16
Współpracownicy	-0,43***
Znajomi spoza pracy	-0,25**
Rodzina	-0,17
Zakłócenia w przekonaniach	0,62***

	STS
Poznawcze strategie radzenia sobie	
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,06
Porównywanie w dół	0,20
Rozwiązanie/akceptacja	0,03
Zaprzeczanie	0,35***
Żal	0,45***

* < 0,05; ** < 0,01; *** < 0,001
STS – wtórny stres traumatyczny
Źródło: opracowanie własne.

Ostatni krok analizy danych wiązał się z poszukiwaniem predyktorów STS. W tym celu zbudowano model wielozmiennowy, uwzględniając w analizie regresji wszystkie zmienne objaśniające.

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, iż spośród wszystkich analizowanych zmiennych trzy z nich, tj. zakłócenia w podstawowych przekonaniach (*Beta* = 0,51), jedna z negatywnych strategii radzenia sobie z traumą w formie zaprzeczania (*Beta* = 0,21) oraz jeden aspekt empatii emocjonalnej, czyli osobista przykrość (*Beta* = 0,21), są predyktorami negatywnych skutków wtórnej traumy (tabela 3). Wyjaśniają one łącznie około 49% zmienności objaśnianej zmiennej. Wszystkie spośród zmiennych istotnych w modelu okazały się pełnić pozytywną rolę predykcyjną, co oznacza, iż wraz ze wzrostem wartości tych zmiennych zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia objawów STS. Najsilniejszym predyktorem negatywnych skutków wtórnej traumy okazały się zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Prężność oraz wsparcie społeczne ujawniły się jako nieistotne dla modelu.

Tabela 3. Wyznaczniki wtórnego stresu traumatycznego wśród badanej grupy terapeutów (N = 76)

	B	Błąd stand.	*Beta*	t	p
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,55	0,09	0,51	5,76	0,000
Zaprzeczanie	0,95	0,37	0,21	2,56	0,012
Osobista przykrość	0,52	0,21	0,21	2,46	0,016

R = 0,702; **R^2 = 0,493**; skorygowane R^2 = 0,472; F = 23,356; p < 0,001
B – współczynnik regresji; Błąd stand. – błąd standardowy oszacowania; *Beta* – standaryzowany współczynnik regresji; R – wartość współczynnika korelacji wielokrotnej; R^2 – współczynnik determinacji.
Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Wyniki badań własnych potwierdzają hipotezę pierwszą, zakładającą występowanie objawów STS wśród grupy terapeutów. Warto zaznaczyć, iż nasilenie STS wśród badanych psychologów i psychoterapeutów jest niskie. Jest to zdecydowanie lepszy wynik w porównaniu z rezultatem uzyskanym przez specjalistów innych profesji, m.in. przez personel medyczny (Ogińska-Bulik i in. 2021), kuratorów sądowych czy pracowników socjalnych (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020). Rezultat ten koresponduje z innymi badaniami wskazującymi na niskie wskaźniki STS wśród terapeutów, którzy pracowali z osobami po doświadczeniach traumatycznych (Craig, Sprang 2010). Podobnie Marcin Rzeszutek, Małgorzata Partyka i Andrzej Gołąb (2016) ujawnili wyższe nasilenie negatywnych skutków wtórnej traumy u psychiatrów w porównaniu z psychoterapeutami. Badani psychologowie i psychoterapeuci charakteryzują się dość wysokim poziomem prężności, zbliżającym się do górnej granicy przedziału wyników wysokich, na poziomie umiarkowanym umiejscawiają posiadane wsparcie społeczne oraz z większą tendencją korzystają z bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie z traumą, szczególnie ze strategii rozwiązania/akceptacji, która osiągnęła najwyższy wynik (tabela 1). Wyniki te mogą sugerować, iż badani terapeuci posiadają zasoby psychologiczne, odpowiednie kompetencje i umiejętności, aby radzić sobie z traumą doświadczaną przez klienta/pacjenta. Zdecydowana większość badanej grupy posiada certyfikat oraz korzysta z superwizji. Zgodnie z danymi obecnymi w literaturze są to istotne zmienne, mogące pełnić rolę czynników chroniących terapeutów przed objawami STS (Bober, Regehr 2006; Hesse 2002; Ondrejková, Halamová 2022).

Wyniki badań własnych częściowo potwierdziły założenia przedstawione w hipotezie drugiej i trzeciej. Prężność okazała się czynnikiem zmniejszającym prawdopodobieństwo rozwoju objawów STS wśród badanej grupy terapeutów. Wyniki te są zgodne z przytoczonymi wcześniej badaniami (Litam, Ausloos, Harrichand 2021). Podobne rezultaty dotyczą wsparcia społecznego – z uwzględnionych źródeł dwa z nich, czyli wsparcie otrzymywane od współpracowników i znajomych spoza pracy, okazały się obniżać ryzyko rozwoju

negatywnych skutków wtórnej traumy. Dane te są zbieżne z wynikami prezentowanymi w literaturze (Diehm, Mankowitz, King 2019; Manning-Jones, de Terte, Stephens 2016; Rzeszutek, Partyka, Gołąb 2015). Wszystkie aspekty empatii, dwie spośród pięciu strategii poznawczego radzenia sobie z traumą – zaprzeczanie i żal, oraz zakłócenia w podstawowych przekonaniach okazały się pozytywnie powiązane z STS. Oznacza to, iż zmienne te pełnią rolę czynników sprzyjających pojawianiu się i utrzymywaniu negatywnych konsekwencji ekspozycji na wtórną traumę. Przedstawione wyniki w większości korespondują z danymi dostępnymi w literaturze (Duarte, Pinto-Gouveia, Cruz 2016; Gleichgerrcht, Decety 2013; Laverdière, Ogrodniczuk, Kealy 2019; Ogińska-Bulik i in. 2021; Ogińska-Bulik, Juczyński, Michalska 2020) oraz w znacznym stopniu potwierdzają hipotezę trzecią. Nieco zaskakujące wydaje się występowanie pozytywnych związków między objawami STS a przyjmowaniem perspektywy. Kierunek zależności nie jest zgodny z postawioną wcześniej hipotezą drugą o istnieniu negatywnego związku między tym aspektem empatii a STS. Być może przyjmowanie perspektywy w pewien sposób sprzyja natrętnym myślom o traumatycznych wydarzeniach doświadczanych przez klientów, prowadząc tym samym do rozwoju lub utrwalenia negatywnych przekonań na temat świata i siebie, oraz zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju STS (Ogińska-Bulik, Juczyński, Michalska 2020). Badania własne nie potwierdziły założeń zaprezentowanych w hipotezie drugiej dotyczących negatywnego związku wtórnego stresu traumatycznego z pozytywnymi poznawczymi strategiami radzenia sobie. Pozytywne strategie zdają się pełnić ważniejszą rolę dla wtórnego wzrostu po traumie.

Hipoteza ostatnia, zakładająca predykcyjną rolę zasobów psychologicznych i zmiennych poznawczych dla STS, została potwierdzona. Wśród zmiennych poznawczych najsilniejszym predyktorem okazały się zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Oznacza to, że im większa podatność schematów poznawczych na zakłócenia spowodowane ekspozycją na traumatyczne wydarzenia, tym większe prawdopodobieństwo rozwoju STS. Na predykcyjną rolę zakłóceń w podstawowych przekonaniach wskazują badania Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2020), w których gotowość do zmiany przekonań w wyniku doświadczenia traumy okazała się również

wyznacznikiem pozytywnych zmian wzrostowych. Wynik ten może wskazywać, iż zakłócenia w podstawowych przekonaniach pełnią rolę mechanizmu leżącego u podłoża występowania skutków wtórnej traumy. Negatywna strategia poznawczego przetwarzania traumy w postaci zaprzeczania ujawniła się jako kolejny pozytywny predyktor STS. Unikanie informacji związanych z traumą może skutkować pewnymi trudnościami w poznawczym przetworzeniu sytuacji traumatycznej, zwiększając tym samym ryzyko rozwoju negatywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę. Na rolę predyktora STS wskazują badania Ogińskiej-Bulik i in. (2021) prowadzone z udziałem personelu medycznego. Ostatnim, również pozytywnym, wyznacznikiem STS okazał się aspekt empatii emocjonalnej w formie osobistej przykrości. Sytuacje traumatyczne doświadczane przez klientów/pacjentów być może stanowią duże wyzwanie dla procesów poznawczych u tych terapeutów, którzy reagują osobistą przykrością, czyli wyrażają cierpienie, smutek, dyskomfort w odpowiedzi na traumatyczną sytuację klienta/pacjenta. Taka nadmierna reakcja empatyczna może aktywować mechanizmy zaradcze w postaci zaprzeczania bądź unikania informacji związanych z traumą, co utrudnia jej przepracowanie i sprzyja transmisji objawów stresu traumatycznego z klienta/pacjenta na terapeutę. Na predykcyjną rolę empatii dla negatywnych konsekwencji wtórnej traumy wśród profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym wskazują badania Davida Turgoose i Lucy Maddox (2017).

Prężność oraz wsparcie społeczne okazały się nieistotne dla przewidywania objawów STS. Warto też zaznaczyć, iż zmienne poznawcze ujawniły się jako silniejsze predyktory STS w porównaniu ze zmiennymi podmiotowymi, co może sugerować ich ważniejszą rolę w pojawianiu się i utrzymywaniu negatywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę.

Ograniczenia i implikacje praktyczne

Badanie wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Grupa osób badanych była stosunkowo niewielka. Ponadto w analizach nie uwzględniono niektórych istotnych zmiennych zakłócających, tj. orientacji terapeutycznej, rodzaju zdarzenia, na które narażeni byli klienci/pacjenci, miejsca zatrudnienia. Zdecydowanie większą część grupy

stanowiły kobiety. Badanie miało charakter przekrojowy, co nie pozwala na przewidywanie związków przyczynowo-skutkowych między zmiennymi. Większość ograniczeń wiąże się z tym, iż badanie jest częścią większego projektu – analizowane wyniki miały zatem charakter wstępnych przewidywań.

Pomimo ograniczeń badanie dostarcza wielu informacji poszerzających wiedzę na temat negatywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę. Mając na uwadze implikacje praktyczne, badanie ujawniło ciekawą rolę empatii jako czynnika, który zdaje się sprzyjać rozwojowi STS. Należy też pamiętać, iż mimo ponoszonych kosztów pomagania, na jakie narażeni są empatyczni terapeuci, empatia jest ważnym zasobem niezbędnym do nawiązania i utrzymania więzi z klientem/pacjentem. Dane wskazały także na istotne znaczenie poznawczego przetwarzania traumy. Ponadto analiza wyznaczników STS ujawniła, iż zmienne poznawcze odgrywają istotniejszą rolę w powstawaniu i rozwoju objawów STS niż czynniki podmiotowe, czy środowiskowe.

Informacje na temat roli empatii i poznawczego przetwarzania traumy mogą być przydatne w projektowaniu szkoleń podnoszących kwalifikacje profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych, działań samopomocowych czy superwizyjnych, które pomogą w tworzeniu bezpiecznej przestrzeni zarówno dla terapeuty, jak i klienta/pacjenta. Warto zaznaczyć, iż empatia i poznawcze przetwarzanie traumy mogą pełnić istotną rolę także dla zmian wzrostowych, które oprócz negatywnych skutków również pojawiają się jako efekt wtórnej ekspozycji na traumę (Arnold i in. 2005; Brockhouse i in. 2011; Ogińska-Bulik, Juczyński 2020). Zasadne wydaje się prowadzenie dalszych badań w tym zakresie.

Wnioski

Badani terapeuci doświadczają negatywnych skutków wtórnego narażenia na traumatyczne wydarzenia w życiu ich klientów/pacjentów, choć dzieje się to w niewielkim stopniu. Zasoby osobiste w postaci empatii emocjonalnej oraz zmienne poznawcze w formie zakłóceń w podstawowych przekonaniach i strategii zaprzeczania pełnią istotną rolę w przewidywaniu negatywnych konsekwencji wtórnej

ekspozycji na traumę. Istotne wydaje się uwzględnianie zasobów osobistych oraz zmiennych poznawczych w projektowaniu szkoleń podnoszących kwalifikacje profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych, działań samopomocowych, czy superwizyjnych w celu zapobiegania pojawianiu się objawów STS.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5th ed.,Washington–London.

Arnold D., Calhoun L.G., Tedeschi R., Cann A. (2005), *Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy*, „Journal of Humanistic Psychology", vol. 45, issue 2, s. 239–263.

Bober T., Regehr C. (2006), *Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work?*, „*Brief Treatment and Crisis Intervention*", vol. 6, issue 1, s. 1–9.

Brockhouse R., Msetfi R.M., Cohen K., Joseph S. (2011), *Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: The moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy*, „Journal of Traumatic Stress", vol. 24, issue 6, s. 735–742.

Cann A., Calhoun L.G., Tedeschi R.G., Kilmer R., Gil-Rivas V., Vishnevsky T., Danhauer S.C. (2010), *The Core Beliefs Inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world*, „Anxiety Stress & Coping", vol. 23, issue 1, s. 19–34.

Cierpiałkowska L., Sęk H. (red.) (2016), *Psychologia kliniczna*, Warszawa.

Cieślak R., Widerszal-Bazyl M. (2000), *Psychospołeczne warunki pracy. Podręcznik do kwestionariusza*, Warszawa.

Craig C.D., Sprang G. (2010), *Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists*, „Anxiety, Stress & Coping", vol. 23, issue 3, s. 319–339.

Czabała Cz., Kluczyńska S. (red.) (2015), *Poradnictwo psychologiczne*, Warszawa.

Davis M.H. (1999), *Empatia. O umiejętności współodczuwania*, tłum. J. Kubiak, Gdańsk.

Diehm R.M., Mankowitz N.N., King R.M. (2019), *Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors*, „Traumatology", vol. 25, no. 3, s. 196–202.

Duarte J., Pinto-Gouveia J., Cruz B. (2016), *Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality*

of life: A cross-sectional study, „International Journal of Nursing Studies", vol. 60, s. 1–11.

Dutton M.A., Rubinstein F.L. (1995), *Working with people with PTSD: Research implications*. [w:] *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, ed. C.R. Figley, s. 82–100, New York.

Ehlers A., Clark D.M. (2000), *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*, „Behavioral Research and Therapy", vol. 38, issue 4, s. 319–345.

Figley C.R. (1995), *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder*: *An overview*, [w:] *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, ed. C.R. Figley, New York, s. 1–20.

Figley C.R. (1999), *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring*, [w:] *Secondary traumatic stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*, ed. B.H. Stamm, Towson, MD, s. 3–28.

Figley C.R. (2002), *Treating compassion fatigue,* New York.

Gleichgerrcht E., Decety J. (2013), *Empathy in clinical practice: How individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians*, „PloS One", vol. 8, issue 4, e61526.

Hesse A.R. (2002), *Secondary Trauma: How Working with Trauma Survivors Affects Therapists*, „Clinical Social Work Journal", vol. 30, issue 3, s. 293–309.

Janoff-Bulman R. (2004), *Posttraumatic growth: Three Explanatory Models*, „Psychological Inquiry", vol. 15, no. 1, s. 30–34.

Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2018), *The Importance Of Core Beliefs in The Process of Posttraumatic Adaptation – the Polish Adaptation of the Core Beliefs Inventory / Znaczenie podstawowych przekonań w adaptacji potraumatycznej. Polska adaptacja the Core Beliefs Inventory*, „Advances in Psychiatry and Neurology / Postępy Psychiatrii i Neurologii", vol. 27, no. 2, s. 102–119.

Kaźmierczak M., Plopa M., Retowski S. (2007), *Skala Wrażliwości Empatycznej*, „Przegląd Psychologiczny" t. 50, nr 1, s. 9–24.

Kezić S., Mihanović M., Molnar S., Sain I. (2006), *Psihološke teskoće psihoterapeuta u radu s oboljelima od posttraumatskog stresnog poremećaja* [*Therapists' psychological problems when treating posttraumatic stress disorder*], „Acta Medica Croatica", vol. 60, nr 4, s. 385–388.

Laverdière O., Ogrodniczuk J.S., Kealy D. (2019), *Clinicians' empathy and professional quality of life*, „The Journal of Nervous and Mental Disease", vol. 207, issue 2, s. 49–52.

Litam S.D.A., Ausloos C.D., Harrichand J.J.S. (2021), *Stress and Resilience Among Professional Counselors During the COVID-19 Pandemic*, „Journal of Counseling & Development", vol. 99, issue 4, s. 384–395.

MacRitchie V., Leibowitz S. (2010), *Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers*, „South African Journal of Psychology", vol. 40, issue 2, s. 149–158.

Manning-Jones S., de Terte I., Stephens C. (2015), *Vicarious posttraumatic growth: A systematic literature review*, „International Journal of Wellbeing", vol. 5, issue 2, s. 125–139.

Manning-Jones S., de Terte I., Stephens C. (2016), *Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals; A comparison study*, „New Zealand Journal of Psychology", vol. 45, no. 1, s. 20–29.

Manning-Jones S., de Terte I., Stephens C. (2017), *The relationship between vicarious posttraumatic growth and secondary traumatic stress among health professionals*, „Journal of Loss and Trauma", vol. 22, issue 3, s. 256–270.

McCann I.L., Pearlman L.A. (1990), *Vicarious traumatization: A framework to understanding the psychological effects of working witch victims*, „Journal of Traumatic Stress", vol. 3, no. 1, s. 131–149.

Rzeszutek M., Partyka M., Gołąb A. (2015), *Temperament traits, social support and secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of trauma therapists*, „Professional Psychology: Research and Practice", vol. 46, no. 4, s. 213–220.

Rzeszutek M., Partyka M., Gołąb A. (2016), *Secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of therapists and psychiatrists working with trauma victims*, „Studia Psychologiczne", t. 54, z. 2, s. 34–40.

Ogińska-Bulik N., Gurowiec P.J., Michalska P., Kędra E. (2021), *Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study*, „PloS ONE", vol. 16, issue 2, e0247596.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008), *Skala Pomiaru Prężności (SPP-25)*, „Nowiny Psychologiczne", nr 3, s. 39–56.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2018), *Cognitive Processing of Trauma: Polish adaptation of the Cognitive Processing of Trauma Scale / Poznawcze przetwarzanie traumy – polska adaptacja The Cognitive Processing of Trauma Scale*, „Przegląd Psychologiczny", t. 61, nr 2, s. 153–170.

Oginska-Bulik N., Juczynski Z. (2020), *Kiedy trauma innych staje się własną. Negatywne i pozytywne konsekwencje pomagania osobom po doświadczeniach traumatycznych*, Warszawa.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., Michalska P. (2022), *The Mediating Role of Cognitive Trauma Processing in the Relationship Between Empathy and Secondary Traumatic Stress Symptoms Among Female Professionals Working With Victims of Violence*, „Journal of Interpersonal Violence", vol. 37, issue 3–4, NP1197–NP1225.

Ogińska-Bulik N., Michalska P. (2021), *Psychological resilience and secondary traumatic stress in nurses working with terminally ill patients – The mediating role of job burnout*, „Psychological Services", vol. 18, issue 3, s. 398–405.

Ondrejková N., Halamová J. (2022), *Prevalence of compassion fatigue among helping professions and relationship to compassion for others, self-compassion and self-criticism*, „Health & Social Care in the Community", vol. 30, issue 5, s. 1680–1694.

Pearlman L.A., Saakvitne K. (1995), *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*, New York.

Rauvola R.S., Vega D.M., Lavigne K.N. (2019), *Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda*, „Occupational Health Science", vol. 3, s. 297–336.

Rayner S., Davis C., Moore M., Cadet T. (2020), *Secondary Traumatic Stress and Related Factors in Australian Social Workers and Psychologists*, „Health & Social Work", vol. 45, issue 2, s. 122–130.

Sęk H. (2004), *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych*, [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa, s. 7–11.

Thomas J.T., Otis M.D. (2010), *Intrapsychic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation*, „Journal of the Society for Social Work and Research", vol. 1, no. 2, s. 83–98.

Turgoose D., Maddox L. (2017), *Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review*, „Traumatology", vol. 23, issue 2, s. 172–185.

Wagaman M.A., Geiger J.M., Shockley C., Segal E.A. (2015), *The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers*, „Social Work", vol. 60, issue 3, s. 201–209.

Williams R.M., Davis M.C., Millsap R.E. (2002), *Development of the cognitive processing of trauma scale*, „Clinical Psychology and Psychotherapy", vol. 9, s. 349–360.

Zhang L., Zhang T., Ren Z., Jiang G. (2023), *Predicting compassion fatigue among psychological hotline counselors using machine learning techniques*, „Current Psychology", vol. 42, issue 5, s. 4169–4180.

DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6-9

Bogusław Stelcer

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej
https://orcid.org/0000-0002-8133-4154

MICHAEL BALINT – LEKARZ I PSYCHOANALITYK

Streszczenie

Tekst przedstawia życie i działalność Michaela Balinta w kontekście zjawisk społecznych i ideowych na przełomie XIX i XX wieku pojawiających się na Węgrzech. Zaprezentowano zarys uwarunkowań towarzyszących powstaniu Węgierskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego z wiodącą rolą Sándora Ferenczi oraz obszar zagadnień podejmowanych przez jego następców. Ukazano postać Balinta jako przedstawiciela i kontynuatora skupionej wokół Ferenczi grupy intelektualistów, wskazując zarazem jego osobisty wkład w rozwój koncepcji psychoanalitycznych oraz ich praktyczne i terapeutyczne walory możliwe do zastosowania w praktyce lekarza medycyny ogólnej.
Słowa kluczowe: Michael Balint, Węgierska Szkoła Psychoanalizy, psychosomatyka

Michael Balint – physician and psychoanalyst
Abstract

This text presents the life and activity of Michael Balint in the context of social and ideological phenomena appearing in Hungary at the turn of the 19th and 20th centuries. This article outline of the conditions accompanying the establishment of the Hungarian Psychoanalytical Society with the leading role of Sandor Ferenczi and the area of issues undertaken by his successors are presented. The figure of Balint as a representative and continuator of the group of

intellectuals centered around Ferenczi is shown, at the same time indicating his personal contribution to the development of psychoanalytic concepts and their practical and therapeutic values that can be used in the practice of a general medicine physician.
Key words: Michael Balint, Hungarian School of Psychoanalysis, psychosomatics

Wprowadzenie

Celem niniejszego opracowania jest przybliżenie sylwetki Michaela Balinta, węgierskiego psychoanalityka, czołowego przedstawiciela Węgierskiej Szkoły Psychoanalizy oraz jednego z protoplastów podejścia psychosomatycznego do leczenia pacjentów. Balint stworzył model seminariów szkoleniowych, których celem było rozwinięcie umiejętności komunikowania się pomiędzy lekarzem a pacjentem. Zaprezentowano w zarysie drogę życiową Balinta – od skromnej praktyki rodzinnej na obrzeżach Budapesztu do objęcia funkcji prezesa Brytyjskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego w Londynie.

Węgierska szkoła psychoanalizy

Budapeszt na początku XX wieku stał się centrum życia kulturalnego, gromadząc grupę intelektualistów domagających się demokratyzacji kraju, który nadal pozostawał półfeudalny. Nie mogąc konkurować w sferze politycznej, stworzyli oni instytucje takie jak Wolna Szkoła Nauk Społecznych, czy wydawnictwa „Huszadik Szàzad" [Dwudziesty Wiek] i „Nyugat" [Zachód], które miały charakter instytucji edukacyjnych i na poły akademickich (Mészáros 1998). Środowiska inteligencji były żyznym gruntem dla pierwszych grup psychoanalityków, gdyż ta utrzymywała, że wyzwolenie jednostki i wyzwolenie społeczeństwa są zjawiskami wzajemnie się przenikającymi. Psychoanaliza dotarła na Węgry za sprawą ucznia Zygmunta Freuda Sándora Ferenczi ego, który przez długie lata był jej czołowym przedstawicielem w Budapeszcie (Rachman 1997). Po pierwszej wizycie w Wiedniu u Freuda w lutym 1908 r. koncepcje psychoanalityczne szybko stały się integralną częścią grupy budapeszteńskiej. Wysiłki

Ferencziego związane z praktykowaniem psychoanalizy na Węgrzech zostały dobrze przyjęte w kręgach literatów i artystów, podczas gdy większość lekarzy zachowywała powściągliwość (Haynal 2002). W tym okresie Ferenczi postulował interdyscyplinarne połączenie psychoanalizy i pedagogiki, efektem czego miała być rewolucja wewnętrzna prowadząca do uwolnienia jednostki od ograniczającego ją gorsetu norm społecznych.

Ferenczi nadał zasadniczy rys węgierskiemu podejściu do terapii psychoanalitycznej, dystansując się wobec koncepcji freudowskich. Zwracał uwagę na znaczenie postawy analityka wobec pacjenta, którą według niego powinna cechować empatia i szczerość. Zdaniem węgierskiego lekarza terapeuta nie powinien wchodzić w rolę biernego obserwatora, ponieważ w trakcie terapii nie pozostaje obojętny na emocje i przeżycia pacjenta. Tworząc koncepcję wzajemnej analizy (podkreślającej znaczenie przeniesienia i przeciwprzeniesienia), psychoanalityk przekształcił współczesne mu spojrzenie na relacje łączące analizowanego z terapeutą (Lipsitt 1999).

W 1913 r. powstało Węgierskie Towarzystwo Psychoanalityczne założone przez Ferencziego. Jego pierwszymi członkami byli m.in. psychiatra István Hollós, lekarz Lajos Lévy, student medycyny Sándor Radó oraz dziennikarz i pisarz Hugó Ignotus (właśc. Veigelsberg), redaktor naczelny pisma krytycznoliterackiego „Nyugat". W czasie I wojny światowej Ferenczi zajmował się organizacją opieki medycznej i psychiatrycznej nad rannymi żołnierzami (Mészáros 1993). Psychoanalityczne podejście do nerwic wojennych zwróciło uwagę węgierskich urzędników państwowych, w wyniku czego zorganizowany w Budapeszcie w dniach 28–29 września 1918 r. V Międzynarodowy Kongres Psychoanalityczny zaszczycili swą obecnością przedstawiciele rządu (Mészáros 1998). Dobre przyjęcie wystąpień prelegentów zapewniło przychylność władzy. Międzywojenne dzieje Węgier wymykają się krótkiemu i prostemu opisowi. Był to czas burzliwych i radykalnych przewrotów, gdzie na przestrzeni kilkunastu lat zaobserwować można było próbę budowy demokratycznej republiki, rewolucję komunistyczną oraz silny prawicowy, autorytarny reżim. W tak najkrócej zakreślonych warunkach zrodziła się węgierska szkoła psychoanalizy (Mészáros 2014).

Przedstawicieli szkoły budapeszteńskiej niezmiennie cechuje wiara w uzdrawiającą moc procesu psychoanalitycznego, który każdemu człowiekowi, nawet dotkniętemu najpoważniejszymi urazami psychicznymi, daje szansę rozwoju i przekroczenia blokad, po przełamaniu których pojawia się nadzieja na dalszy rozwój osobowy. Budapeszteńską szkołę psychoanalizy łączy nurt idei psychologicznych opracowanych przez psychoanalityków związanych z Węgrami, językiem i kulturą węgierską. Pewne teorie szkoły budapeszteńskiej rozwijały się w późniejszych latach na emigracji. Dorobek intelektualny szkoły węgierskiej jest ogromny. Wymieniając kilku jej przedstawicieli, wskazać można takie nazwiska jak Franz Alexander (z domu Alexander Ferenc Gábor), który położył podwaliny psychosomatyki psychoanalitycznej, i Imre Hermann (1972), który przyczynił się do powstania koncepcji tzw. instynktu lgnięcia. Koncepcje te w późniejszych latach wyewoluowały w kierunku teorii przywiązania. Michael Balint zaproponował innowacyjną myśl na temat „błędu podstawowego" oraz pracujące w paradygmacie psychoanalitycznym grupy Balinta zajmujące się omawianiem psychodynamicznych aspektów relacji między lekarzem a pacjentem. Géza Róheim przyczynił się do rozwoju etnopsychoanalizy, a Georges Devereux (z domu György Dobó) zajmował się etnopsychiatrią. Praca teoretyczna i eksperymenty metodologiczne Ferencziego wyznaczały twórczość Melanie Klein (z domu Reizes), René A. Spitza, Margaret Mahler (z domu Margit Schönberger); twórczość Davida Rapaporta jest również zakorzeniona w tradycji szkoły budapeszteńskiej (Kächele 2009). Szkoła węgierska była katalizatorem rozwoju teorii i technik psychoanalitycznych, a jej teorie stanowiły punkt wyjścia w latach 80. do zmiany paradygmatu relacyjnego, który filozoficznie jest ściśle związany z konstrukcjonizmem społecznym.

Począwszy od lat 20. XX wieku członkowie Węgierskiego Stowarzyszenia Psychoanalitycznego rozwijali, obok już wskazanych, szereg koncepcji obejmujących m.in. zagadnienia psychoanalizy i antropologii kulturowej, psychologii twórczości czy znaczenia zabawy dla rozwoju dziecka (Mészáros 1998). Podejmowano też wysiłki w celu zorganizowania różnych metod dydaktycznych skierowanych do odmiennych grup zawodowych. Pierwsze seminaria zaczęto organizować już w 1919 r., a w 1925 r. ukształtowała się metoda

szkolenia specyficzna dla Węgier, którą rozwinęli Ferenczi i Vilma Kovács (prywatnie teściowa Balinta). Dom Kovácsów przy ulicy Mészáros w Budapeszcie stał się siedzibą Węgierskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego i Polikliniki psychoanalitycznej. W 1923 r. Kovács przetłumaczyła na węgierski esej Zygmunta Freuda *Poza zasadą przyjemności.*

Lévy to mniej znana, lecz niezwykle istotna postać węgierskiego ruchu psychoanalitycznego. Chociaż nigdy sam nie prowadził terapii analitycznej, jego praca i życie były ściśle związane z tym paradygmatem terapeutycznym. Lévy był lekarzem, który leczył niedokrwistość złośliwą Ferenczi ego. W tym samym czasie utrzymywał bliskie relacje z rodziną Freudów. Znajomość ta była tak trwała, że po emigracji do Anglii, w Londynie w 1954 r., Lévy został lekarzem Anny Freud. Jego charyzmatyczna osobowość i niesamowite talenty diagnostyczne sprawiły, że stał się legendą wśród internistów. Był pierwszym lekarzem na Węgrzech, który założył laboratorium EKG oraz pierwszym internistą pracującym wedle paradygmatu psychosomatycznego.

Pod wieloma względami zalecenia dotyczące prowadzenia wywiadu medycznego Lévy'ego spełniają wymogi współczesnych terapii psychodynamicznych. Lévy zalecał, by słuchać i obserwować pacjenta, w tym, by zwracać uwagę na każdy jego gest i wyraz twarzy. Sugerował cierpliwość i uważność oraz podkreślał znaczenie stworzenia przestrzeni dla swobodnej wypowiedzi pacjenta. Według Lévy'ego zadaniem lekarza jest wyleczenie chorego jako osoby, a nie tylko jego choroby. W powyższym kontekście stwierdzić można, że Balint realizował i rozwijał wiele idei, które wcześniej podejmował Lévy (Dupont 2002a, 2002b, 2003; Mészáros 2009).

Michael Balint – przedstawiciel szkoły budapeszteńskiej

Michael Balint urodził się jako Mihály Maurice Bergmann 3 grudnia 1896 r. w Budapeszcie w żydowskiej rodzinie lekarzy jako pierwsze z dwojga dzieci. W 1914 r. rozpoczął studia medyczne na Uniwersytecie w Budapeszcie, jednakże wkrótce potem został powołany do wojska w związku z wybuchem I wojny światowej. Służył na froncie galicyjskim i następnie we Włoszech, w Dolomitach, gdzie w 1916 r.

z powodu urazu lewego kciuka został wycofany z frontu i wrócił do Budapesztu (Lipsitt 1999).

Balint, kontynuując tradycję rodzinną, jako lekarz i naukowiec osiągnął wiele sukcesów. W trakcie swojej błyskotliwej kariery uniwersyteckiej (zdobył kwalifikacje z neuropsychiatrii, filozofii, chemii, fizyki, psychologii i biologii) poznał i współpracował z Alice Székely-Kovács, ówczesną studentką antropologii, z którą pobrał się w 1921 r. Głównymi obszarami zainteresowań naukowych Balinta w czasach studenckich były zagadnienia biochemii i psychoanalizy. Za namową Székely-Kovács w 1917 r. sięgnął po publikację Freuda *Totem i tabu*. Odtąd postawa i zainteresowania Balinta oscylowały wokół dwóch dyscyplin: medycyny i psychoanalizy, które jak mało kto potrafił wykorzystywać dla doskonalenia relacji terapeutycznej. W tym czasie zaczął uczęszczać na wykłady Ferenciego na Uniwersytecie Medycznym w Budapeszcie. Ferenczi dzięki nieustającym wysiłkom implementował psychoanalityczne podejście i psychosomatykę w nauczaniu medycznym. Sama zaś medycyna psychosomatyczna jest trwałym owocem innowacyjnego podejścia przedstawicieli węgierskiej szkoły psychoanalizy.

Balint po I wojnie światowej piastował różne stanowiska w budapeszteńskich ośrodkach medycznych. W 1920 r. wraz z Székely-Kovács wyjechał do Berlina w celu napisania doktoratu z biochemii pod kierunkiem Otto Heinricha Warburga, przyszłego laureata Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny. W czasie pobytu w Berlinie rozpoczęli własną analizę u Hannsa Sachsa, znanego w owym czasie psychoanalityka berlińskiego, którą przerwali w 1924 r. Balint zajmował różne stanowiska w Instytucie Psychoanalitycznym, Instytucie Chemii Organicznej Akademii Królewskiej w Berlinie, a także w szpitalu Charité (Willoughby 2004). W okresie berlińskim Alice Balint również zainteresowała się psychoanalizą i zaczęła się szkolić w tym kierunku, równolegle uzupełniała skromne dochody rodziny, pracując w Muzeum Etnograficznym. Balintowie, niezadowoleni z wyników analiz pod kierunkiem Sachsa, wrócili do Budapesztu w 1924 r., gdzie Balint kontynuował współpracę z Ferenczim i zaczął publikować swoje pierwsze samodzielne teksty naukowe dotykające obszarów medycyny psychosomatycznej. Z czasem został uczniem, współpracownikiem, przyjacielem i następcą ideowym Ferenciego.

W 1931 r. został zastępcą dyrektora polikliniki psychoanalitycznej w Budapeszcie pod kierownictwem Ferenczi, a po jego śmierci jej dyrektorem i wydawcą jego *Klinikai Naplója* [Dziennika klinicznego] (Mészáros 2003). W tym czasie rozpoczął szkolenia oraz organizowanie grup wsparcia dla lekarzy pierwszego kontaktu będące zaczątkiem tego, co w późniejszych latach przybrało nazwę grup Balinta. Niefortunnie dla niego działalność ta musiała zostać ograniczona wkrótce po przejęciu władzy przez radykalnie prawicowy rząd na Węgrzech. Balint był traktowany z podejrzliwością, albowiem z punktu widzenia konserwatywnych władz był lekarzem, w którego żyłach płynęła żydowska krew. Ponadto głosił „herezję" innego żydowskiego intelektualisty – Freuda. Przedstawiciele władzy podejrzliwie odnosili się do psychoanalizy jako wywrotowej, żydowskiej teorii. Władze polityczne inwigilowały działania Balinta. Policja polityczna wysyłała agentów na spotkania organizowanych przez niego grup w celu monitorowania podejmowanych tematów dyskusji i pacjentów, czyniąc w ten sposób spotkania bezużytecznymi. W tym kontekście zrozumiała staje się decyzja o zmianie nazwiska z żydowsko brzmiącego Bergsmann na bardziej zbliżone do języka węgierskiego Balint, podobnie jak to uczynił ojciec Ferenczi (Fraenkel) (Mészáros 2014).

Gęsta atmosfera polityczna przyczyniała się do decyzji o emigracji z kraju przez wielu inteligentów niezgadzających się z oficjalną linią rządu. Na fali emigracyjnej również Balintowie opuścili kraj, jednak dopiero w 1939 r., i wraz z synem Jánosem, przeprowadzili się do Anglii, osiedlając się w Manchesterze. W tym samym roku Alice Balint zmarła nagle z powodu pękniętego tętniaka aorty. Pozostawiła po sobie dorobek składający się z serii artykułów i jednej książki. Jej teksty dotyczyły etnopsychoanalizy, teorii psychoanalitycznej i pedagogiki. Warto wskazać na takie tytuły jak: *Die mexikanische Kriegshieroglyphe atl-tlachinolli* [Meksykańskie hieroglify wojenne], *Liebe zur Mutter und Mutterliebe* [Miłość do matki i Matczyna Miłość]. Książka *A Gyermekszoba pszichológiája* [Psychoanaliza żłobka] przetłumaczona została na kilka języków. W kontekście jej przedwczesnej śmierci jej dorobek, chociaż skromny, oceniany jest jako oryginalny (Borgos 2019).

Balintowie, opuszczając Budapeszt, zabrali ze sobą część dokumentacji Ferenczi (m.in. niepublikowane teksty, fotografie). Do uratowania jego dziedzictwa przyczyniła się też Ilona Felszeghy (była analizantką Ferenczi, Balinta i Harmanna, od 1930 r. pracująca w psychoanalitycznej przychodni dla dzieci w Budapeszcie, w którym przeżyła wojnę i niemiecką okupację), która odzyskała część jego rękopisów i dokumentów z gruzów jego budapeszteńskiego domu.

Podczas pobytu w Manchesterze Balint zajmował się głównie psychologią dziecięcą, zostając dyrektorem Child Guidance Clinic. W 1944 r. ożenił się z Edną Mary Yates. Związek ten okazał się nieudany i para relatywnie szybko się rozstała, choć formalny rozwód został sfinalizowany dopiero w 1952 r. W 1945 r. Balint przeżył kolejną osobistą tragedię po tym, jak dotarła do niego wiadomość o śmierci rodziców, którzy aby uniknąć aresztowania i śmierci z rąk opuszczających Budapeszt jednostek wermachtu, popełnili samobójstwo, zażywając truciznę (Ricaud 2002).

Rok 1945 był czasem wielu znaczących zmian w życiu Balinta, który wraz z końcem wojny przeniósł się do Londynu. W 1947 r. przyjął obywatelstwo brytyjskie, a rok później dołączył do personelu kliniki Tavistock, gdzie w 1949 r. poznał swoją przyszłą żonę Enid Eichholz (poślubioną w 1953 r.). Eichholz była pracownikiem socjalnym i pracowała z psychologami zajmującymi się analizą i terapią problemów małżeńskich. W tym czasie Balint wznowił działalność grup wsparcia dla lekarzy pierwszego kontaktu, którą rozpoczął na Węgrzech 25 lat wcześniej. Odtąd zaczęto je nazywać grupami Balinta. W latach 1951–1953 pełnił funkcję sekretarza naukowego Brytyjskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego oraz jego prezesa (1968–1970).

W 1961 r. Balint osiągnął wiek emerytalny. Pozwoliło mu to w większym stopniu poświęcić czas rozpowszechnianiu swych idei tak na terenie Anglii, jak i poza jej granicami. Te zyskały na popularności i w 1969 r. lekarze rodzinni powołali Towarzystwo im. Michaela Balinta celem stworzenia forum dyskusyjnego nad rozwijanymi koncepcjami. Balint zmarł w Londynie 31 grudnia 1970 r. w wieku 74 lat. Enid Balint aż do swojej śmierci w 1994 r. kontynuowała i rozszerzała aktywność grup w konwencji sformułowanej przez jej męża, włączając w to również przedstawicieli innych zawodów pomocowych jako liderów grupy Balinta (Stelcer 2019).

Działalność naukowa

Pisma psychoanalityczne Michaela Balinta posiadają niezwykłą spójność. Stopniowo rozwijał on swoje idee od 1924 r., które osiągnęły ostateczny kształt w jego ostatniej pracy *The Basic Fault* (Balint 1968). Oprócz pojęcia „błąd podstawowy" Balint wprowadził koncepcje pierwotnej miłości (1930–1935) w *Primary Love and Psycho-Analitic Technique* (1952b) oraz łagodnej i złośliwej regresji w *Thrills and Regressions* (1959). Zakwestionował istnienie pierwotnego narcyzmu i wskazywał na sprzeczności w opracowaniach Freuda na ten temat. Krytyczne uwagi zawarł w publikacji *Critical Notes on the Theory of the Pregenital Organisation of the Libido* wydanej w 1935 r. (Balint 1952a). Zaproponował terminy „oknofilia", aby opisać cechy osobowości, które odczuwają potrzebę przywiązania do przedmiotów, oraz „filobatyzm", charakteryzujący tych, którzy boją się przeszkód i poszukują otwartych przestrzeni, które są wolne od elementów w jakikolwiek sposób ograniczających swobodę (Balint 1959). Wyróżnił trzy strefy mentalne:

- strefę edypalną obejmującą trzy osoby, w której panuje język konwencjonalny;
- strefę błędu podstawowego obejmującą dwie osoby, gdzie język konwencjonalny nie jest już aktualny;
- oraz strefę tworzenia gdzie podmiot jest sam i tworzy tylko z siebie (Balint 1968).

Inną ważną działalnością Balinta była jego aktywność w sferze edukacji lekarzy rodzinnych. Pierwszy artykuł zatytułowany *A pszichotherápiáról a gyakorlóorvos számára* [O psychoterapiach dla lekarza praktyka] poświęcony temu tematowi pochodzi z 1926 r. (Balint 1926). Głównym dziełem Balinta dotyczącym tej dziedziny jest jednak publikacja *The doctor, his patient and the illness* (1957). Praca teoretyczna Balinta pozostaje w bezpośrednim związku z działalnością kliniczną i stanowi niezwykłe narzędzie dla terapeutów pracujących w konwencji psychodynamicznej. Opracowana przez niego technika dla lekarzy ogólnych zaowocowała stworzeniem grup Balinta i stowarzyszeń balintowskich, które wykorzystują zaproponowany przez niego sposób treningu. Wreszcie, Balint jest odpowiedzialny za zachowanie i promocję intelektualnego dorobku Ferenczi – dokonał tłumaczenia na język angielski *Klinikai Naplója* Ferenczi, a także

korespondencji Ferenczi z Freudem (w latach 50. ubiegłego stulecia). Balint opublikował dziesięć książek (pięć we współautorstwie) i 165 artykułów. Archiwa Michaela Balinta zostały zgromadzone na Wydziale Psychiatrii Uniwersytetu Genewskiego.

Idee

Działalność Balinta cechuje niezwykła spójność. Stopniowo rozwijał swoje idee obejmujące zarówno koncepcje psychoanalityczne, jak i związane z prowadzeniem psychoterapii. W szczególności skupił się na pracy edukacyjnej z lekarzami pierwszego kontaktu. Jego aktywność pozostaje w bezpośrednim związku z pracą kliniczną i stanowi niezwykłe narzędzie dla praktyków pracujących w konwencji psychoanalitycznej. Balint pamiętany jest ze względu na dorobek, jaki pozwala zrozumieć psychologiczne aspekty relacji pomagania, który został wsparty o kilka fundamentalnych koncepcji. Poniżej przedstawiono kilka z nich.

Pogłębiona diagnoza (ogólna, całej osoby, kontekstualizująca)

Jedno z aforystycznych zdań Balinta brzmi: „gdy zadajesz pytania, to otrzymujesz odpowiedzi i niewiele więcej". Chcąc stawiać pogłębioną diagnozę, trzeba nauczyć się słuchać i czytać ludzi. Wymaga to znacznej, choć ograniczonej zmiany osobowości. W praktyce lekarza rodzinnego problemem są nie tylko objawy występujące u chorego, znacznie częściej problemem jest choroba całej osoby.

Ocena wieloosiowa powinna obejmować takie czynniki jak:

I. Zaburzenia kliniczne.
II. Zaburzenia osobowości.
III. Ogólne warunki medyczne.
IV. Problemy psychospołeczne i środowiskowe (podstawowa grupa wsparcia, środowisko społeczne, edukacja, zawód, mieszkanie, sytuacja ekonomiczna, dostęp do usług, interakcja z systemem prawnym, psychospołeczne problemy środowiskowe).
V. Globalna ocena funkcjonowania.
VI. Kulturowa i religijna tożsamość pacjenta.

Jeśli jednak ocena wieloosiowa będzie po prostu przedłużeniem historii medycznej, lekarz znowu będzie otrzymywał tylko

odpowiedzi na pytania, a nie doświadczenie empatycznie przeżytej rzeczywistości pacjenta.

Balint zwracał uwagę na fakt, że wielu pacjentów zmagających się z niewielkimi nawet dolegliwościami fizycznymi, miało również problem psychologiczny. Skupienie się na problemie psychologicznym i ujrzenie go w związku z istniejącą chorobą fizyczną przynosiło często większe sukcesy niż praca nad samym problemem somatycznym. Balint był przekonany, że lekarze mogą rozwinąć umiejętności niezbędne do skutecznej pracy z problemami psychologicznymi zgłaszanymi przez pacjentów. Koncepcja ta zakładała, że umiejętności lekarza zależały od jego osobowości, a osobowość dyktowała prawdopodobieństwo, że lekarz zgłębi problemy psychologiczne pacjenta. Sukces terapeutyczny zależał w nie mniejszym stopniu od umiejętności zadawania odpowiednich pytań na temat problemów psychologicznych, a lekarze mogli być tego uczeni.

Funkcja apostolska

Lekarz, będąc „ewangelistą troski", włącza swą osobowość w proces terapeutyczny, tworząc unikalny sposób postępowania z pacjentami. Funkcja apostolska obejmuje przekonania lekarza na temat tego, jak powinni zachowywać się pacjenci, gdy są chorzy, również wobec lekarzy, oraz w jaki sposób powinni współpracować i stosować się do zaleceń w procesie leczenia. Sam zaś lekarz może przyjmować rolę „ojca pocieszyciela", który „udziela rozgrzeszenia". Funkcja ta obejmuje też praktyczną odpowiedź na pytanie o zakres i jakość opieki, jakiej oczekuje pacjent

Lekarz jako lekarstwo

Zasadniczą kwestią jest świadomość, w jaki sposób lekarz uczy się, jak przez prezentowaną postawę wpływa na pacjenta. Jak jego słowa stymulują do zmiany, w jakim sensie są one czynnikiem leczącym. Balint był uwrażliwiony na poczucie izolacji doświadczanej przez wielu jego pacjentów (lata powojenne w Anglii), był wrażliwy na to, jak lekarz powinien odnieść się do swego pacjenta oraz jak powinien leczyć samego siebie. Czy przyjąć rolę mentora, opiekuna, niezależnego naukowca, czy zwolennika prawdy ponad wszystko? Kiedy lekarz jako lekarstwo jest skutecznie przepisywany, pozwala

to na pełną realizację funkcji apostolskiej. To właśnie w przestrzeni tej rosnącej samoświadomości lekarz zaczyna rozumieć znaczenie i sens znaczących, choć ograniczonych zmian rozwojowych osobowości. Traktując poważnie metaforę lekarza jako lekarstwa, rzecz idzie o to, aby owo metaforyczne lekarstwo przynosiło pacjentowi jak najwięcej korzyści przy minimalnych skutkach ubocznych. Lekarze w sposób znaczący mogą wykorzystać swe uczucia podczas konsultacji. Dostrzegając ich rzeczywiste znaczenie i konsekwentnie je wykorzystując, można osiągnąć potężną zdolność wpływania na postawy pacjentów wobec choroby i ostatecznie na ich proces zdrowienia.

Oferta choroby

Każda choroba i jej symptomy zgłaszane lekarzowi są w istocie nieświadomie wyrażaną prośbą o miłość i uwagę. Akceptacja okazana pacjentowi, zdaniem Balinta, jest zjawiskiem o krytycznym znaczeniu. Nie jest jakąś naiwnością, to raczej czujna analiza postawy pacjenta i skupienie się na tym, co najistotniejsze w procesie zdrowienia, po to, aby nie organizować opieki nad nim w sposób chaotyczny i trwoniący energię oraz czas lekarza. Ważne pytanie, które powinno pojawić się w umyśle lekarza, winno brzmieć, na jak głęboką regresję pacjenta może sobie pozwolić oraz ile dorosłości może od niego wymagać. Problemem lekarza jest, jak dalece może pozwolić pacjentowi demonstrować regresję, tj. powrót do bardziej dziecięcego zachowania, kiedy zaś wymagać dojrzałych i odpowiedzialnych zachowań. Zjawisko to dotyczy umiejętności prowadzenia wywiadu i udzielania odpowiednich porad choremu.

Nowy początek

Balint po raz pierwszy wprowadził tę koncepcję zaskakująco wcześnie, bowiem na konferencji w Wiesbaden w 1932 r., gdzie Ferenczi wygłosił swój ostatni, źle zrozumiany i słabo przyjęty referat *Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind* [Pomieszanie języków między dorosłymi a dzieckiem]. Zjawisko to wyraża się utratą zaufania zdradzonego przez otoczenie dziecka. Kiedy pacjent powtarza to doświadczenie w swojej analizie, analityk powinien pozostać bierny. Pasywna, lecz stabilna i trwała, postawa terapeuty może pomóc pacjentowi porzucić obronną strukturę charakteru. To

właśnie stanowi doświadczenie „nowego początku" (Khan 1969). Najkrócej ujmując, nowy początek związany jest z dotarciem do stanu, który pozwoli pacjentowi po raz pierwszy w życiu przyjmować miłość obiektu i mu ją ofiarowywać. Według Balinta praca analityczna umożliwia otwarcie nowego rozdziału życia i relacji, które są dostępne dla jednostki. Czyli takie, które będąc w pełni świadome obron przed skutkami uprzednich zdarzeń traumatycznych, pozwalają odejść od uścisku dawnych fiksacji i oczekiwań.

Istnieją dwa konieczne warunki, bez których nie może rozwinąć się właściwa faza „nowego początku". Są to:

a) rezygnacja z postawy paranoidalnej, uświadomienie sobie, że lęki paranoidalne były bezpodstawne lub co najmniej rażąco przesadzone;
b) akceptacja bez zbędnego niepokoju pewnej ilości depresji jako nieuniknionego stanu życia.

Błąd podstawowy

Koncepcja błędu podstawowego odnosi się do niezdolności tworzenia zdrowych relacji przez jednostkę, wynikającej z nierozwiązanych problemów w obszarze zależności od opiekuna w okresie wczesnego dzieciństwa. Wyraża się reakcjami wobec obiektu przywiązania, mającymi na celu radzenie sobie z brakiem dostosowania między potrzebami psychologicznymi a brakiem lub negatywną opieką ze strony bliskiej osoby. W kontekście medycyny kluczowym aspektem teorii jest charakter relacji między lekarzem a pacjentem, ponieważ w tym miejscu lekarz może albo pogorszyć problem istniejącego już błędu podstawowego, albo pomóc osobie się od niego uwolnić. Balint sugeruje, że lekarz powinien przejawić zachowanie zmierzające do odtworzenia opiekuńczej relacji, ponieważ tego najprawdopodobniej od dzieciństwa brakowało pacjentowi.

Zmowa anonimowości

Termin „zmowa anonimowości" odnosi się do sposobu, w jaki pacjent jest lub może być odsyłany od jednego specjalisty do drugiego, przy czym nikt nie bierze osobistej odpowiedzialności za jego stan. Tej anonimowości sprzyja ukrywanie się za procedurami i wytycznymi. Apogeum anonimowości osiągnięto w czasie pandemii

COVID-19, która doprowadziła do katastroficznego zniszczenia zaufania pacjenta do lekarza i zdewastowała jakość relacji terapeutycznej (teleporady, maski, dystans społeczny, kwarantanna etc.).

Ważniejsze daty z życia Michaela Balinta

1896 – Balint przychodzi na świat 3 grudnia w Budapeszcie, w rodzinie lekarskiej.
1908 – Sándor Ferenczi zaczyna praktykować na Węgrzech psychoanalizę, jako jej czołowy przedstawiciel.
1913 – Ferenczi zakłada Węgierskie Towarzystwo Psychoanalityczne, którego członkami byli również: psychiatra István Hollós, lekarz Lajos Lévy, student medycyny Sándor Radó oraz dziennikarz i pisarz Hugó Ignotus (właśc. Veigelsberg), redaktor naczelny czasopisma „Nyugata".
1917 – Alice Székely-Kovács (córka Vilmy Kovács, współpracowniczki Ferencziego, i zarazem koleżanka ze szkolnej ławy Margaret Mahler) proponuje Balintowi lekturę książki Freuda *Totem i tabu*.
1919 – Na Uniwersytecie Medycznym w Budapeszcie Ferenczi wprowadza psychoanalizę do regularnego programu nauczania i tym samym czyni ją dyscypliną akademicką. Balint uczęszcza na wykłady Ferencziego.
1920 – Balint wraz z Székely-Kovács wyjeżdżają do Berlina; rozpoczęcie pracy nad doktoratem z biochemii u Otto von Warburga.
1922 – Michael i Alice Balintowie rozpoczynają seminaria psychoanalityczne i prywatną analizę u Hansa Sachsa.
1924 – Powrót do Budapesztu i wieloletnia analiza u Ferencziego, z którym Balint współpracuje naukowo i medycznie.
1925 – W poczekalni gabinetu Ferencziego Balint spotyka po raz pierwszy Melanię Klein, jedną z najwybitniejszych psychoanalityczek, która rozwinęła teorię relacji z obiektem i terapię dzieci. Powstają pierwsze psychoanalityczne artykuły naukowe Balinta, który pełni wiodącą rolę w węgierskim ruchu psychoanalitycznym.
1931 – Otwarcie polikliniki psychoanalitycznej w Budapeszcie, której dyrektorem został Ferenczi. Budynek i finansowanie zapewniła Vilma Kovács i jej rodzina. Von Warburg otrzymuje nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny.

1932 – Na konferencji w Wiesbaden Balint ogłasza koncepcję „Nowego początku". Ferenczi wygłasza źle zrozumiany i słabo przyjęty wykład *Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind* [Pomieszanie języków między dorosłymi a dzieckiem].

1935 – Balint zostaje dyrektorem Kliniki Psychoanalitycznej w Budapeszcie.

1937 – W Budapeszcie odbywa się międzynarodowa konferencja psychoanalityków węgierskich, austriackich, włoskich i czeskich zorganizowana przez Balinta, na której przedstawiono propozycje teoretyczne szkoły budapeszteńskiej, stanowiące nierzadko krytyczną refleksję nad propozycjami Freuda.

1938 – Anschluss Austrii; powstają plany ucieczki rodziny Balinta do Anglii przy aktywnym zaangażowaniu Ernesta Jonesa pełniącego w owym czasie funkcję prezesa Międzynarodowego Stowarzyszenia Psychoanalitycznego, który pomógł znaleźć mieszkanie i pracę.

1939 – W styczniu Balintowie opuszczają rasistowskie i prohitlerowskie Węgry, przeprowadzają się do Anglii i osiedlają się w Manchesterze. 19 sierpnia z powodu pękniętego tętniaka aorty umiera Alice Balint.

1942–1945 – Balint uczy medycyny i nauk ścisłych oraz rozpoczyna prywatną praktykę psychoanalityczną. Kieruje ośrodkami opieki nad dziećmi w północno-wschodnim Lancaster i Preston oraz pełni stanowisko honorowego konsultanta psychiatrycznego w Northern Hospital.

1944 – Poślubia Ednę Mary Yates, pedagog na Uniwersytecie w Manchester, z którą rozwodzi się w 1952 r.

1945 – Samobójcza śmierć rodziców. Po przeprowadzce do Londynu Balint broni pracę magisterską z psychologii pt. *Individual differences in early infancy* [Różnice indywidualne we wczesnym dzieciństwie]. Zostaje psychiatrą w Centre for Child Guidance w Chislehurst w hrabstwie Kent.

1951–1953 – Piastuje funkcję sekretarza naukowego Brytyjskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego.

1953 – Poślubia Enid Eichholz, analityczkę węgierskiego pochodzenia mieszkającą w Londynie.

1961 – Balint przechodzi na emeryturę, wolny czas przeznacza na aktywność w Brytyjskim Towarzystwie Psychoanalitycznym.

1969 – Powstaje British Balint Society.
1970 – Umiera 31 grudnia w Londynie w wieku 74 lat.

Podsumowanie

Michael Balint mimo upływu lat pozostaje jedną z najbardziej znanych i cenionych postaci pojawiających się w kontekście dyskusji o roli lekarzy medycyny ogólnej oraz analizy relacji lekarz–pacjent. Zarówno jego prace teoretyczne inspirowane dorobkiem naukowym Sándora Ferenciego, jak i aktywność dydaktyczna ukazują niezmiennie, że empatyczny wgląd lekarza w proces terapii pozostaje kluczową zasadą jego codziennej praktyki. Balint był otwartym, elastycznym i szanującym mądrość innych lekarzem. Jego siła charakteru była ogromna. Cenił szczerość, tolerancję i skromność. Posiadł zdolność do zachęcania innych do myślenia i zachowywania się równie twórczo, jak sam to nieustannie czynił. Położył podwaliny pod zastosowanie pewnych spostrzeżeń psychoanalizy w medycynie ogólnej i w innych dyscyplinach zajmujących się szeroko pojętą terapią (Stelcer 2015). Nie można mówić o Balincie bez odniesienia do Ferenciego, założyciela Węgierskiej Szkoły Psychoanalitycznej. Ferenczi jest tym, którego następcy działają w różnych miejscach, począwszy od Budapesztu, przez Florencję, Paryż, Londyn i Buenos Aires, aż po kilka ośrodków miejskich w USA czy też w Chinach. Balint jako kontynuator dziedzictwa swego mistrza wniósł inne, w porównaniu z freudowskim, spojrzenie na proces pomagania. Wiedział, jak patrzeć, jak milczeć i jak słuchać. Mógł znieść napięcie wywołane niepewnością. Tolerancja niepewności okazała się mieć kluczowe znaczenie w jego podejściu do terapii. Wstrzymywał się od udzielania szybkich, opartych na uprzedzeniach i stereotypach odpowiedzi. Szanował suwerenność i autonomię pacjenta. Koncentrował się na każdym pojedynczym człowieku, a znane sobie narzędzia psychoanalizy stosował w celu ukształtowania jego autonomicznej osobowości.

Michael Baint – lekarz, psychoterapeuta, nauczyciel, pisarz i humanista, z pewnością należy do najbardziej wpływowych postaci świata medycyny XX wieku.

Bibliografia

Balint M. (1926), *A pszichotherápiáról a gyakorlóorvos számára*, „Terápia", vol. 5, s. 148–173.

Balint M. (1952a), *Critical notes on the theory of the pregenital organisation of the libido 1(1935)*, [w:] *Primary love and psychoanalytic technique*, London, s. 49–72.

Balint M. (1952b), *Primary Love and Psycho-Analytic Technique*, London.

Balint M. (1957), *The doctor, his patient and the illness*, London.

Balint M. (1959), *Thrills and regressions*, New York.

Balint M (1968), *The basic fault*: *Therapeutic aspects of regression*, London.

Borgos A. (2019), *Alice Balint and her diaries: '…this little fixation seems to Remain…'*, „Psychoanalysis and History" vol. 21, no. 1, s. 23–52, https://doi.org/10.3366/pah.2019.0280.

Dupont J. (ed.) (2002a), „The American Journal of Psychoanalysis", vol. 62, issue 1: *The Life and Work of Michael Balint, Part I*.

Dupont J. (ed.) (2002b), „The American Journal of Psychoanalysis", vol. 62, issue 4: *The Life and Work of Michael Balint, Part II*.

Dupont J. (ed.) (2003), „The American Journal of Psychoanalysis", vol. 63, issue 3: *The Life and Work of Michael Balint, Part III*.

Haynal A.E. (2002), *Disappearing and Reviving. Sandor Ferenczi in the History of Psychoanalysis*, London.

Ferenczi S. (1949), *Confusion of the Tongues Between the Adults and the Child (The Language of Tenderness and of Passion)*, „International Journal of Psychoanalysis", vol. 30, s. 225–230.

Hermann I. (1972), *L'instinct filial*, Paris.

Kächele H. (2009), *A Hungarian precursor of Attachment Theory: Ferenczi's successor, Imre Hermann*, „American Imago", vol. 66, no. 4, s. 419–426.

Khan M.M. (1969), *On the clinical provision of frustrations, recognitions, and failures in the analytic situation*, „International Journal of Psychoanalysis", vol. 50, issue 2, s. 237–248.

Lipsitt D.R. (1999), *Michael Balint's Group Approach: The Boston Balint Group*, „Group", vol. 23, no. 3–4, s. 187–201.

Mészáros J. (1993). *Ferenczi's preanalytic period embedded in the cultural streams of the Fin de Siécle*, [w:] *The Legacy of Sandor Ferenczi*, eds. L. Aron, A. Harris, Hillsdale, NJ, s. 41–51.

Mészáros J. (1998), *The Tragic Success of European Psychoanalysis: „The Budapest School"*, „International Forum of Psychoanalysis", vol. 7, issue 4, s. 207–214.

Mészáros J. (2003), *Could Balint Have Done More for Ferenczi?*, „The American Journal of Psychoanalysis", vol. 63, issue 3, s. 239–255.

Mészáros J. (2009), *Contribution of Hungarian Psychoanalysts to Psychoanalytic Psychosomatics*, „The American Journal of Psychoanalysis", vol. 69, issue 3, s. 207–220.

Mészáros J. (2014), *Ferenczi and Beyond: Exile of the Budapest School and Solidarity in the Psychoanalytic Movement During the Nazi Years*, transl. T.A. Williams, London.

Rachman A.W. (1997), *Sandor Ferenczi: The Psychoanalyst of tenderness and passion*, Northvale, NJ.

Ricaud M.M. (2002), *Michael Balint: An Introduction*, „The American Journal of Psychoanalysis", vol. 62, issue 1, s. 17–24.

Stelcer B. (2015), *Grupa Balinta jako narzędzie doskonalące relacje z niepełnosprawnym pacjentem*, „Przegląd Badań Edukacyjnych", nr 2, s. 233–246.

Stelcer B. (2019), *Humanistyczna tradycja w medycynie. Kilka refleksji o towarzyszeniu choremu i metodzie Michaela Balinta*, [w:] *Między historią, bioetyką i medycyną. Księga Jubileuszowa z okazji 70-lecia urodzin Profesora Michała Musielaka*, red. K. Prętki, A. Czabański, E. Baum, K.B. Głodowska, Poznań, s. 447–457.

Willoughby R. (2004), *Between the basic fault and second skin*, „The International Journal of Psychoanalysis", vol. 85(pt. 1), s. 179–195.

DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6-10

Anna Rudecka

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, III Klinika Psychiatryczna
https://orcid.org/0009-0006-9088-2386

Joanna Pazik

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Transplantologii, Immunologii,
Nefrologii i Chorób Wewnętrznych
https://orcid.org/0000-0001-9757-4382

ZASTOSOWANIE WYBRANYCH TECHNIK PSYCHODRAMATYCZNYCH W GRUPOWYM TRENINGU BALINTOWSKIM

Streszczenie

Opracowanie prezentuje podstawowe założenia treningu balintowskiego i psychodramy oraz zastosowanie wybranych technik psychodramatycznych w treningu balintowskim. Przedstawia przebieg klasycznej grupy Balinta oraz grupy prowadzonej metodami psychodramy psychoanalitycznej i morenowskiej, jak również wartość zastosowania w pracy z grupą balintowską technik uaktywniających ciało.
Słowa kluczowe: grupa Balinta, grupowy trening balintowski, psychodrama, Moreno, psychoanaliza

The use of selected psychodramatic techniques in Balint group training
Abstract

The article presents basic assumptions of Balint group training, psychodrama and the use of selected psychodramatic techniques in Balint training. It presents

the course of a classic Balint's group and a group conducted with methods of psychoanalytical and Moreno psychodrama. It also shows the value of using in the group work techniques that activate the body.
Key words: Balint group, Balint group training, psychodrama, Moreno, psychoanalysis

Wprowadzenie

Trening balintowski to stworzona w latach 50. XX wieku metoda przyglądania się emocjonalnym aspektom relacji lekarz–pacjent. Pierwsze tego typu spotkania były prowadzone w klinice Tavistock przez twórcę metody Michaela Balinta (1896–1970). Miały formę seminariów dyskusyjno-szkoleniowych, w czasie których jeden z uczestniczących lekarzy rodzinnych relacjonował przebieg swojej interakcji z pacjentem, zaś pozostali dzielili się swoimi emocjami i wolnymi skojarzeniami wywołanymi opowiedzianą historią (Balint i in. 1966). Celem spotkań było poszerzenie rozumienia procesów emocjonalnych zachodzących w relacji lekarz–pacjent, badanie wpływu, jaki na proces leczenia ma sama osobowość i zachowania lekarza, identyfikowanie zakłóceń pojawiających się w komunikacji i wgląd w nieuświadomione uczucia i motywy zachowań zarówno lekarza, jak i pacjenta (zob. Wasilewski, Engel 2011).

Obecnie systematycznie rośnie liczba prac badawczych, które wskazują, że udział w treningach balintowskich zapobiega wypaleniu zawodowemu personelu medycznego, sprzyja satysfakcji pacjentów z uzyskanego leczenia i satysfakcji medyków z wykonywanej pracy (Kjeldmand, Holmström 2008; Schwartz i in. 2020).

Współcześnie stowarzyszenia promujące idee Balinta, stawiające sobie za cel promowanie humanizacji w medycynie, działają w wielu krajach Europy, a także w Australii i Nowej Zelandii, Ameryce Północnej i Południowej oraz Azji. Co dwa lata Międzynarodowa Federacja Balintowska organizuje konferencje, w trakcie których uczestnicy dzielą się wiedzą i doświadczeniem w prowadzeniu treningów oraz prezentują nowatorskie i pogłębiające elementy pracy – m.in. wprowadzane do praktyki balintowskiej od lat 70. wybrane techniki psychodramatyczne (Bachmann 2015).

Celem opracowania jest prezentacja technik psychodramatycznych, które mogą wzbogacić przebieg klasycznej sesji balintowskiej

oraz prezentacja alternatywnego sposobu jej przeprowadzenia, jakim jest psychodramatyczna grupa Balinta.

Klasyczna sesja balintowska ma następujący przebieg: jeden z uczestników (tzw. referent lub narrator) opowiada o spotkaniu z pacjentem, które zostawiło w nim emocjonalny osad. Pozostali uczestnicy, po zadaniu kilku pytań wyjaśniających ewentualne niejasności, rozpoczynają pracę nad opowiedzianą historią. Praca grupy jest moderowana przez lidera i kolidera, przy czym lider strukturyzuje sesję przez zadawanie pytań, zachęcanie uczestników do identyfikowania się z bohaterami historii oraz dzielenie się przeżywanymi w czasie narracji uczuciami, emocjami, doznaniami z ciała i fantazjami, zaś kolider obserwuje proces toczący się między uczestnikami podczas sesji i komentuje dynamikę emocjonalną pojawiającą się w czasie pracy grupy. W treningu balintowskim przyjmuje się założenie, że w czasie pracy grupy dojdzie do nieświadomego odtworzenia dynamiki, emocji i napięć obecnych w opowiedzianej przez narratora historii. Jest to tzw. proces równoległy. Owocem pracy grupy ma być właśnie odzwierciedlenie tej oryginalnej dynamiki w bezpiecznych, „laboratoryjnych" warunkach, aby narrator mógł dostrzec i przeżyć na nowo nieuświadomione dotychczas aspekty problemowej emocjonalnie interakcji z pacjentem. Aby nabrać do historii emocjonalnego dystansu i nie dać się porwać złożonym, przeniesieniowym emocjom, narrator wycofuje się z kręgu i przysłuchuje się pracy grupy z pozycji zdystansowanego obserwatora procesu. W klasycznej grupie Balinta głównymi stosowanymi narzędziami była rozmowa o pojawiających się w grupie uczuciach, wolne skojarzenia i identyfikacja z bohaterami historii przez przyjmowanie ich perspektywy („wchodzenie w buty").

W grupie obowiązują określone normy, których celem jest zapewnienie uczestnikom poczucia bezpieczeństwa, umożliwiającego swobodne dzielenie się swoimi trudnościami i przeżywanymi emocjami. Podstawowe zasady obowiązujące w grupie Balinta to: zasada poufności wypowiadanych treści, zasada unikania udzielania rad i krytykowania, traktowanie wszystkich wypowiedzi jako równie ważnych i równie cennych, przyjęcie postawy „uczymy się od każdego".

W 1973 r. Anne Caïn, psychoanalityk i psychodramatystka z Marsylii, zaczęła stosować psychodramę w treningu balintowskim

w grupie prowadzonej przez Charlesa Brisseta w Paryżu. Brisset poprosił Caïn o pomoc w przełamaniu stagnacji, pragnąc „odświeżającego impulsu od techniki, która na nowo wprawi rzeczy w ruch, ożywi sytuację, zmobilizuje afekty, gdy grupa utknie na skraju drzemki" (Caïn 1994, za: Bachmann 2015, s. 5 [tłum. J.P.]).

Od tego czasu techniki psychodramatyczne są wykorzystywane w treningu balintowskim na trzy sposoby:

1) wplatane w przebieg klasycznej grupy balintowskiej dynamizują proces i pozwalają ujawnić trudne do wyrażenia słowami aspekty relacji,
2) w formie psychodramatycznej grupy Balinta zapoczątkowanej przez Caïn i rozwijanej we francuskim stowarzyszeniu Association Internationale du Psychodrame Balint,
3) przez zastosowanie w treningu balintowskim psychodramy morenowskiej.

W opracowaniu przedstawione zostaną pokrótce wszystkie wymienione formy pracy.

Czym jest psychodrama?

Psychodrama została stworzona przez Jacoba L. Moreno, austriackiego lekarza psychiatrę i socjologa (1889–1974), który zainspirowany rozwijającą się w owym czasie psychoanalizą rozpoczął poszukiwanie własnej metody terapeutycznej. Psychodrama opiera się na założeniu, że „zdrowie tkwi w otwarciu się na spontaniczne, kreatywne działanie i w wyjściu poza dotychczasowe nawyki. […] człowiek w koncepcji Moreno jest rozumiany jako jednostka aktywnie zaangażowana w proces twórczej zmiany, uwzględniającej warunki rzeczywistości zewnętrznej i świata wewnętrznego" (Romejko-Borowiec, Hanuszkiewicz 2023). Ważnymi aspektami psychodramy są spontaniczność i kreatywność oraz poszerzona rzeczywistość, umożliwiająca bohaterowi (tzw. protagoniście) twórcze przetworzenie i zasymilowanie doświadczenia. Praca na psychodramatycznej scenie niekiedy umożliwia też przeżycie oczyszczającego doświadczenia emocjonalnego (*katharsis*), kiedy nieuświadomione dotychczas uczucia i potrzeby przebijają się do świadomości (Bielańska 2009).

Niezwykle istotną ideą Moreno jest idea spotkania Ja–Ty. Moreno podkreśla, że spotkanie ma nie tylko charakter egzystencjalny, ważny jest również jego wymiar społeczny i kosmiczny. Do spotkania dochodzi „tu i teraz", rozumianym nie tylko jako kondycja i bagaż doświadczeń uczestników spotkania. „Tu i teraz" to także określony moment historyczny i dziejowy lokujący człowieka w danym momencie w rozgrywającym się nieustannie „kosmicznym dramacie świata". Niezwykle ważny jest jego wymiar wspólnotowy – spotkanie tworzy interpersonalną więź podobną do pierwotnej diady między matką a dzieckiem, a następnie przekształca się w uniwersalną więź z członkami społeczności, aktywnie uczestniczącymi w tej głęboko osobowej wymianie. Według Moreno do prawdziwego spotkania dochodzi, gdy uczymy się patrzeć na drugiego jego oczami: „Wtedy spojrzę na ciebie twoimi oczami, a Ty spojrzysz na mnie moimi" (Marineau 1989, s. 48 za: Kristoffersen 2014, s. 61 [tłum. A.R]). Te słowa niezwykle trafnie oddają istotę treningu balintowskiego – żeby spojrzeć na drugą osobę z jej perspektywy, wejść w jej buty, zobaczyć świat i relację z nami jej oczami. Przyjęcie perspektywy drugiego umożliwia m.in. identyfikację komunikacyjnych blokad, pozwala zobaczyć, a nawet „poczuć", rozbieżność między koncepcją choroby i zdrowia u lekarza i pacjenta, ich czasem wykluczające się motywy, które często mają uzasadnienie emocjonalne, a nie medyczne. Postulaty psychodramy to m.in.:

> […] pokaż to […]. Nie mów i nie rozmyślaj o działaniu – Działaj! Czuj! Rób błędy! Śmiej się! Płacz! W bezpiecznych ramach grupy psychodramatycznej pozwól, by sprawy toczyły się swoim torem. […] bądź działaniem, bądź czuciem. Możesz być sobą a nie wyobrażeniem o Tobie, jakie mieli rodzice lub ktokolwiek inny […]. Świętujemy Twoją wolność, Twoją godność i odpowiedzialność […] (Olsson 2018, s. 25 [tłum. J.P.]).

Moreno twierdził, że psychodrama zaczyna się tam, gdzie kończy się psychoanaliza. Jak pisał:

> No cóż, doktorze Freud, […] ty spotykasz ludzi w sztucznej scenerii swojego gabinetu, ja spotykam ich na ulicy i w ich domach, w ich naturalnym otoczeniu. Ty analizujesz ich senne marzenia, ja daję im odwagę, by znów mogli śnić. Ty ich analizujesz i rozkładasz na czynniki pierwsze, ja pozwalam im odegrać swoje sprzeczne role i pomagam im złożyć części z powrotem w całość (Moreno [tłum. A.R.]).

Po co psychodrama w treningu balintowskim?

Jak trafnie określił to Moreno, „ciało pamięta to, o czym umysł zapomina". Podobnie ujmuje to Babette Rothschild w swojej książce na temat psychofizjologicznych skutków traumy *Ciało pamięta* (2014). Co prawda spotkanie z pacjentem samo w sobie zazwyczaj, na szczęście, nie jest doświadczeniem traumatycznym, zdarza się natomiast, że traumatyczne historie klientów głęboko zapadają w pamięć medyka lub terapeuty. Uczestnicy grup balintowskich niejednokrotnie przywołują dramatyczne doświadczenia ze swojej praktyki zawodowej, które jeszcze po latach nawiedzają ich w snach i wspomnieniach.

Każda przeżywana emocja czy wspomnienie ma swoją komponentę fizjologiczną. Niekiedy praca grupy Balinta może zostać zubożona przez podkreślanie jedynie psychologicznych aspektów relacji z pacjentem i pomijanie związanych z tą relacją doświadczeń cielesnych. Może się zdarzyć, że opowiadając historię, uczestnik mówi o emocjach, ale ich nie przeżywa. Jego opowieść dotyczy tego, co myśli, że czuje, a nie tego, co czuje naprawdę. Dlatego wprowadzenie do treningu balintowskiego elementów uruchamiających ciało przywraca pamięć doświadczenia fizycznego/fizjologicznego, jakim było spotkanie z pacjentem. Przyjmuje się tu założenie, że świadomość tego, co myślimy, tego, co czujemy, i tego, co dzieje się w naszym ciele, umożliwia samoregulację emocjonalną, a więc świadomość przeżywanego stanu umożliwia jego zmianę.

Ciało niesie ze sobą ślad osobistej historii podmiotu. Przez objawy somatyczne może wyrażać się nieświadomy konflikt psychiczny. Zapomniane wydarzenia, emocje, które zostały przeżyte, ale nie uświadomione i nie nazwane, oddziałują na nasze zachowania w teraźniejszości. Próbując zrozumieć i rozwiązać wewnętrzny konflikt, bezwiednie powtarzamy stare, nieprzystosowawcze zachowania. Według Freuda jedynie ponowne przeżycie i nazwanie uczuć przeżywanych w sytuacji problemowej umożliwia świadomy wybór bardziej adekwatnego zachowania w kolejnej podobnej sytuacji (Bachmann 2023).

Uczestnicy grupy Balinta często dzielą się doświadczeniem powtarzania w życiu zawodowym niezadowalających wzorców zachowań – skarżą się na trudności w zrozumieniu swoich pacjentów, na

strach przed niemożnością opanowania zalewających ich uczuć, na różnorakie objawy somatyczne. Nasze ciała przechowują doświadczenia, które nigdy nie zostały nazwane słowami i które tym samym nie są bezpośrednio dostępne dla pamięci. Mobilizowanie ciała w psychodramie sprzyja odzyskiwaniu niezwerbalizowanych śladów pamięciowych. Ciało „prowadzi rejestr" (van der Kolk 2018) wszystkich przeżytych przez nas doświadczeń. Aby dane doświadczenie mogło zostać zakwalifikowane przez nasz układ nerwowy jako wydarzenie przeżyte, minione, musi zostać opracowane zarówno emocjonalnie (przeżycie uczucia – pamięć somatyczna), jak i poznawczo (nazwanie przeżytego uczucia – obróbka poznawcza). Jeśli doświadczenie emocjonalne/somatyczne nie zostanie nazwane, nie może zostać w pełni zintegrowane i na różne sposoby „domaga się" zajęcia się nim i „domknięcia go".

Gdy grupa poddaje doświadczenie referenta opracowaniu poznawczo-emocjonalnemu, doświadczenie to staje się wspólnym wydarzeniem emocjonalnym, wspólnym wspomnieniem całej grupy, dzięki czemu możliwe jest zintegrowanie doznań ciała z uczuciami i wspomnieniami referenta oraz ich zrozumienie.

Można powiedzieć, że historie przynoszone przez uczestników grup balintowskich są pamiętane na dwóch różnych poziomach – w pamięci jawnej (pamiętają fakty, kontekst, okoliczności spotkania, sekwencję wydarzeń itp.) i ukrytej (często nie uświadamiają sobie przeżywanych doznań, impulsów behawioralnych, reakcji fizjologicznych towarzyszących spotkaniu). Ich pamięć somatyczna obejmuje doznania zmysłowe (zapach pacjenta lub otoczenia, temperaturę pomieszczenia, natężenie światła, ton i tembr głosu pacjenta, odczucie towarzyszące dotykaniu go np. podczas badania etc.), doznania z wnętrza własnego ciała (ból, częstość pracy serca, napięcie mięśniowe i pracę narządów wewnętrznych), wspomnienia „kinetyczne" (przeprowadzanie procedury medycznej, bezwiedne ruchy własnego ciała, np. odruchowe cofnięcie się pod wpływem nagłego ruchu pacjenta itp.), doznania wewnętrzne/instynktowne „poczucia" (suma określonych wrażeń wewnętrznych, które składają się na doświadczanie odczucia konkretnych emocji i afektów, wynikające z wzbudzenia określonej aktywności mózgu) (Rothschild 2014). Często materiał zawarty w pamięci sensorycznej

nie jest dostępny świadomości i ujawnia się dopiero w trakcie pracy grupy.

Jak zwykła mówić Caïn: „ciało nie kłamie", dlatego uruchomienie ciała, schematyczne, symboliczne odtworzenie rzeczywistej scenerii spotkania z pacjentem, które ma miejsce, gdy włączamy do pracy grupy Balinta elementy psychodramy, pozwala otworzyć utajoną pamięć nieuświadomionych do tej pory doznań z pamięci somatycznej i przenieść je do pamięci jawnej, a co za tym idzie – dokonać obróbki poznawczej danego doświadczenia na głębszym poziomie niż dotychczas.

Dzięki zastosowaniu psychodramy w treningu balintowskim zyskujemy zniesienie represji, „odkopanie" i uruchomienie energii zakopanej pamięci motorycznej oraz towarzyszącego jej afektu, powiązanie słów z funkcjami ciała (rola łącznika między pojawiającymi się afektami a ich reprezentacjami), przywrócenie znaczenia roli afektów, zwłaszcza, gdy nie można ich wyrazić werbalnie.

Techniki psychodramatyczne wykorzystywane w klasycznej grupie Balinta

W klasycznym treningu balintowskim wykorzystuje się najczęściej dwie techniki psychodramatyczne: etiudę i rzeźbę (Otten 2018).

Rzeźba

Jest to nieruchome, statyczne przedstawienie na scenie wzajemnych zależności między bohaterami opowiadanej historii. Technika ta, stworzona przez Virginię Satir, była pierwotnie wykorzystywana w systemowej terapii rodzin (Otten 2018). Wzajemne odniesienia bohaterów historii i towarzyszące im emocje przedstawiane są za pomocą postawy ciała, układu rąk, mimiki. W grupach Balinta, gdy wykorzystywana jest ta technika, przedstawiana jest zazwyczaj rzeźba „problemu", czyli jak wyglądają relacje między bohaterami w sytuacji konfliktu, niezrozumienia, przeżywanych negatywnych emocji, oraz rzeźba „rozwiązania" prezentująca symbolicznie, jak wyglądałyby wzajemne odniesienia bohaterów, gdyby konflikt został satysfakcjonująco rozwiązany, emocje wyrażone, potrzeby adekwatnie zaspokojone. Podczas omówienia uczestnicy grupy, którzy brali udział w tworzeniu rzeźby, dzielą się odczuciami, które towarzyszyły

im, gdy zajmowali określone miejsca w zbudowanej przez narratora rzeźbie. Badają, jak zmieniały się ich uczucia wraz z wprowadzanymi przez narratora zmianami.

Etiuda

Jest to spontanicznie odegrana krótka scenka, której celem jest odtworzenie w działaniu fantazji uczestników grupy na temat relacji między bohaterami, wyrażenie ich emocji, wewnętrznych konfliktów i trudności we wzajemnej komunikacji. Wprowadzenie ruchu dynamizuje scenę, uruchamia u grających szereg doznań w ciele, których przeżycie pozwala uzyskać głębszy wgląd w stany psychiczne bohaterów opowiadanej w grupie historii. Uczestnicy w czasie grania etiudy improwizują, a więc podążają za wewnętrznymi, emocjonalnymi impulsami, które są ich indywidualną odpowiedzią na emocje ukryte w narracji referenta. Można powiedzieć, że grający rezonują z emocjami narratora i nadają im kształt na scenie. Po odegraniu etiudy następuje omówienie, podczas którego aktorzy mówią o swoich emocjach oraz o swoich reakcjach na spontaniczne działania innych uczestników scenki.

Typowe tematy etiudy lub rzeźby w grupie balintowskiej to np.: „co się dzieje w tej relacji" albo „następne spotkanie" itp. Zakładamy tu więc dodawanie nowych elementów – przedstawiana scena nie jest tylko odzwierciedleniem tego, co się w rzeczywistości wydarzyło podczas spotkania z pacjentem, ale może stanowić pewną wariację na ten temat, wyrastającą z wyobraźni i wrażliwości aktorów.

Kiedy je stosować?

Opisane techniki wplatane są zazwyczaj w przebieg klasycznej sesji balintowskiej, gdy grupa doświadcza pewnego emocjonalnego zastoju, blokady: gdy dostęp do emocji jest utrudniony, a uczestnicy grupy zaczynają nadmiernie intelektualizować. Nie istnieją szczególne wskazania, kiedy warto włączyć do pracy grupy którąś z wyżej wymienionych technik. Decyzja ta jest zależna od indywidualnego stylu pracy poszczególnych liderów. Można generalnie powiedzieć, że gdy lider czuje, że warto zdynamizować pracę grupy, podnieść nieco poziom energii lub „temperaturę uczuciową uczestników" albo gdy dostrzega, że grupa próbuje dotknąć treści, które są trudne

do wyrażenia słowami, może rozważyć sięgnięcie po którąś z omawianych technik. Można z nich również skorzystać, gdy czujemy, że uczestnicy wypowiadają dużo treści, a nie są w kontakcie z własnymi emocjami. Wówczas wykorzystanie symbolizacji, np. gestu w etiudzie bez użycia głosu lub w rzeźbie, pozwala wyrazić zatrzymane w ciele emocje.

Warto pamiętać, że gdy treścią pracy grupy są tematy związane np. z przemocą, przekraczaniem osobistych granic czy nadużyciem, należy stosować te techniki z ostrożnością, aby nie narazić uczestników na doświadczenie przekroczenia. Żelazną zasadą jest, aby nie przedstawiać na scenie bezpośrednio dynamicznych scen przemocy, można wtedy raczej skorzystać z symbolicznego ich przedstawienia, np. za pomocą rzeźby.

Z kolei gdy w grupie pojawia się intensywne przeżywanie i rozładowywanie emocjonalnego napięcia przez liczne zachowania *acting-out*, dalsze „podgrzewanie" emocji przez zastosowanie którejś z technik psychodramatycznych nie będzie służyło grupie. Warto wtedy raczej „wychłodzić" emocje grupy przez zachętę do refleksji nad procesami w niej zachodzącymi. Pozwoli to uczestnikom spojrzeć na siebie oraz na swoje zachowanie i emocje z pozycji ego obserwującego, z metapoziomu. Uczestnicy zyskają wówczas możliwość podjęcia refleksji nad procesami psychicznymi, które uruchomiły się w nich pod wpływem opowiedzianej przez narratora historii, a odtworzyły z taką gwałtownością w procesie równoległym.

Naczelną sprawą w prowadzeniu każdej grupy jest troska o ochronę uczuć narratora, który powierza grupie trudne sytuacje, którym często towarzyszy wstyd i poczucie bezsilności. Kiedy to robi, staje się w pewien sposób bezbronny, „nagi", dlatego dbanie o jego uczucia jest przedmiotem szczególnej troski ze strony prowadzących grupę liderów. Nie chcemy, aby w grupie odtworzyła się np. sytuacja naruszenia jego granic.

Innym sposobem zastosowania psychodramy w treningu balintowskim jest przeprowadzenie całej sesji metodą psychodramy. Taka sesja będzie się w istotny sposób różniła od klasycznej grupy balintowskiej. Jak wspomniano powyżej, można ją przeprowadzić na dwa sposoby.

Grupa Balinta prowadzona metodą psychodramy psychoanalitycznej

We Francji psychodrama psychoanalityczna rozumiana jest głównie jako indywidualna praca jednego pacjenta z grupą specjalistów, terapeutów (Blanc, Boutinaud 2017), którzy przyjmują role tzw. ego pomocniczego (odgrywają różne aspekty świata wewnętrznego pacjenta, ważne dla niego obiekty przeniesieniowe). Poniżej zaprezentowano przebieg grupy balintowskiej prowadzonej tą metodą.

Na początku, podobnie jak w klasycznej grupie balintowskiej, lider pyta, czy ktoś z uczestników chciałby podzielić się doświadczeniem spotkania ze swoim pacjentem/klientem lub uczniem. Prezentacja przypadku również jest podobna: narrator opisuje, jak wygląda pacjent, ile ma lat, jak się zachowuje w czasie spotkania, jaka jest historia pacjenta i historia ich wzajemnej relacji. Narrator określa również, co stanowi dla niego sytuację problemową.

Następnie lider zaprasza narratora (zwanego tu protagonistą) do wyboru uczestnika, który będzie reprezentował na scenie omawianego pacjenta. Narrator jest proszony o symboliczne odtworzenie w warunkach grupowych wyglądu gabinetu. W tym celu korzysta się z tego, co jest dostępne w sali, np. z krzeseł. Umożliwia to narratorowi przywołanie i odtworzenie przeżywanych w gabinecie uczuć, skupia uwagę na doznaniach, które towarzyszą mu w pracy w określonej scenerii. Takie prowadzenie sesji bazuje na założeniu, że otoczenie w nieświadomy dla uczestników sposób oddziałuje na ich emocje, a często okazuje się, że gra istotną rolę w przebiegu spotkania.

W tej metodzie pracy wykorzystuje się trzy główne techniki psychodramatyczne: monolog wewnętrzny, zamianę ról i dublowanie.

Na początku narrator jest proszony o ugłośnienie monologu wewnętrznego, który towarzyszył mu przed pierwszym spotkaniem z pacjentem: jego myśli, fantazji o kliencie, być może nieświadomych uprzedzeń, oceny jego funkcjonowania na podstawie tonu głosu, sposobu wyrażania się, które słyszał przez telefon przy zapisywaniu na pierwszą wizytę oraz o przywołanie uczuć towarzyszących oczekiwaniu na klienta. Monolog wewnętrzny jest stosowany, gdy chcemy poznać wewnętrzne nastawienie narratora do swojego klienta, zanim jeszcze doszło do ich rzeczywistego spotkania. Technika ta pomaga również samemu narratorowi ubrać w słowa własne myśli na temat

klienta i zdać sobie z nich sprawę, ponieważ być może wcześniej nie poświęcił im uwagi. Przyjmuje się bowiem założenie, że nieświadome uprzedzenia i nastawienie do klienta mogą mieć ogromny wpływ na zawiązującą się relację terapeutyczną i jakość przymierza terapeutycznego.

Potem następuje odtworzenie pierwszego spotkania. W tej fazie wykorzystywana jest technika zamiany ról: narrator na przemian odgrywa rolę pacjenta i swoją, odtwarzając spotkanie w gabinecie. Narrator jest proszony, aby jak najwierniej oddał to, co się faktycznie wydarzyło, bez dodawania i upiększania czegokolwiek. Celem tej techniki jest umożliwienie uczestnikom zobaczenia, doświadczenia i zrozumienia, jak narrator i jego klient wchodzą w relację, jak się zachowują, jaką mają mimikę i ton głosu (narrator często nie zdaje sobie sprawy ze swoich mimowolnych gestów czy grymasów), które mają istotny wpływ na przebieg relacji pomagania.

Następnie pozostali uczestnicy są zaproszeni do dublowania: podchodzą do narratora i ego pomocniczego grającego rolę pacjenta i ugłaśniają, co obie te osoby mogły przeżywać we wzajemnym kontakcie: ich możliwe myśli, uczucia, potrzeby, fantazje, przeszkody w komunikacji. Technika ta służy uruchomieniu fantazji uczestników i wyrażeniu emocji, które pojawiły się w nich w czasie śledzenia rozgrywanej na scenie sytuacji. Dzięki dublowaniu narrator może odkryć nowe możliwe emocjonalne wątki obecne w jego relacji z klientem, zbudować nowe hipotezy i uzyskać nowy wgląd.

W następującej później fazie omówienia uczestnicy opowiadają, co zainspirowało ich do określonych wypowiedzi i dzielą się swoimi wolnymi skojarzeniami na temat procesów zachodzących w omawianej relacji. Kolejnym etapem pracy grupy może być odegranie, według podobnego schematu, drugiej scenki, którą będzie odtworzenie problemowej interakcji z pacjentem.

W typowej strukturze sesji balintowskiej prowadzonej metodą psychodramy psychoanalitycznej sekwencja wyżej omówionych technik jest zazwyczaj powtarzalna. Sesja przebiega mniej więcej według wyżej opisanego schematu. Niewątpliwą korzyścią takiej sztywnej struktury jest jej przewidywalność, co zwiększa poczucie bezpieczeństwa uczestników. Z drugiej strony uczestnikom może czasem towarzyszyć znużenie.

W grupie balintowskiej prowadzonej tą metodą celem jest przede wszystkim refleksja nad procesami zachodzącymi w relacji pomagania. Sam proces równoległy nie jest omawiany wprost, tak jak się to dzieje w klasycznej grupie balintowskiej. Praca w grupie skupia się wokół tego, co się faktycznie w tej relacji wydarzyło, a nie na odtworzeniu dynamiki omawianej relacji w dynamice grupy (co ma miejsce, gdy uczestnicy nieświadomie zaczynają zachowywać się podobnie do bohaterów opowiedzianej historii). Wypowiedzi uczestników mają na celu poszerzenie świadomości narratora i nazwanie dotychczas nieuświadomionych emocjonalnych aspektów relacji z pacjentem.

Grupa Balinta prowadzona metodą psychodramy morenowskiej

Inaczej ma się rzecz w przypadku grupy prowadzonej metodą psychodramy morenowskiej. Tutaj istotne miejsce zajmuje tzw. poszerzona rzeczywistość, która pozwala narratorowi/protagoniście zobaczyć na scenie także to, co w rzeczywistości się nie wydarzyło. Prezentacja bohaterów historii odbywa się przez zamianę ról i wywiad przeprowadzony z narratorem, który identyfikuje się z pacjentem i próbuje jak najwierniej przedstawić na scenie jego sposób mówienia i zachowanie. Wypowiedzi pacjenta są następnie odgrywane przez ego pomocnicze – członka grupy wybranego przez narratora do odegrania tej roli. Po zaprezentowaniu problemu pacjenta również dochodzi do odegrania na scenie problemowego spotkania, lecz w przeciwieństwie do grupy wykorzystującej psychodramę psychoanalityczną można tu dodać scenę, która umożliwi narratorowi/protagoniście przećwiczenie innych zachowań, wypowiedzenie do pacjenta treści, których w rzeczywistości nie może wypowiedzieć. Narrator może stać się reżyserem, który inicjuje zaistnienie pożądanych zmian w relacji z pacjentem. Może np. wypowiedzieć słowa pożegnania do pacjenta, który zmarł lub popełnił samobójstwo, wyrazić swoją złość do pacjenta, który przerwał leczenie, przećwiczyć stawianie granic pacjentowi roszczeniowemu etc. W pracy stosuje się również dublowanie oraz monolog wewnętrzny.

Praca w grupie umożliwia więc nie tylko refleksję nad zachodzącymi w relacji pomagania procesami, ale także pozwala dokończyć

„niedokończone figury", a także wypróbować nowe zachowania. Dodatkowo może doprowadzić do przeżycia *katharsis* rozumianego, jak już wspomniano, zarówno jako uświadomienie sobie nieuświadomionych wcześniej uczuć, jak i ponowne przeżycie ich na scenie.

Podsumowanie

Z pewnością zastosowanie elementów psychodramy wpływa korzystnie na poziom zaangażowania uczestników w przebieg grupy. Dodatkowo ważnym aspektem zastosowania psychodramy jest towarzyszący jej klimat zabawy, co także korzystnie wpływa na zwiększenie poczucia dobrostanu uczestników.

Może się jednak zdarzyć, że doświadczenie takie będzie dla uczestnika zbyt intensywne i może on doświadczyć przeciążenia zalewającymi go nieskontenerowanymi emocjami. Dlatego należy stosować te techniki z rozwagą i umiarem, zaś liderzy chcący wzbogacić swój warsztat balintowski o elementy psychodramy, powinni przejść stosowne przeszkolenie w tym kierunku.

Bibliografia

Bachmann J.-P. (2015), *An Introduction to Balint-Psychodrama*, „Journal of the Balint Society", vol. 43, s. 5–12.

Bachmann J.-P. (2023), *The importance of the body in Balint work. Balint psychodrama*, L'Association Internationale du Psychodrame Balint, https://psychodrame-balint.com/The-importance-of-the-body-in-Balint-work-Balint-psychodrama [dostęp: 10.06.2023].

Balint M., Balint E., Gosling R., Hilderbrand P. (1966), *A Study of Doctors. Mutual selection and the evaluation of results in a training programme for family doctors*, London–Philadelphia.

Bielańska A. (red.) (2009), *Psychodrama. Elementy teorii i praktyki*, Warszawa.

Blanc A., Boutinaud J. (2017), *Psychoanalytic psychodrama in France and group elaboration of counter-transference: Therapeutic operators in play therapy*, „International Journal of Psychoanalysis", vol. 98, issue 3, s. 683–707.

Kjeldmand D., Holmström I. (2008), *Balint Groups as Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners*, „Annals of Family Medicine" vol. 6, issue 2, s. 138–145.

Kristoffersen B., *Jacob Levy Moreno's encounter term: a part of a social drama*, „Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie", vol. 13, suppl. 1, s. 59–71, https://doi.org/10.1007/s11620-014-0222-4.

Moreno J.L., *Quotes*, https://www.goodreads.com/quotes/11173358-well-dr-freud-i-start-where-you-leave-off-you [dostęp: 22.06.2024].

Olsson P. (2018), *Clinical Psychoanalytic Theory and Psychodrama Theory*, „Journal of Psychology and Psychiatry Studies" vol. 1, issue 1, s. 23–25.

Otten H. (2018), *Leading a Balint group. A guide*, Moscow.

Romejko-Borowiec A., Hanuszkiewicz I. (2023), *Psychodrama wg Moreno. Filozofia i metoda*, Polski Instytut Psychodramy, www.psychodrama.pl/psychodrama [dostęp: 8.05.2024].

Rothschild B. (2014), *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym,* tłum. R. Andruszko, Kraków.

Schwartz R., Shanafelt T.D., Gimmler C., Osterberg L. (2020), *Developing Institutional Infrastructure for Physician Wellness: Qualitative Insights from VA Physicians*, „BMC Health Services Research", vol. 20, 7.

van der Kolk B. (2018), *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, tłum. M. Załoga, Warszawa.

Wasilewski B., Engel L. (red.) (2011), *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*, Warszawa.

DOI: 10.48269/978-83-67491-39-6-11

Anna Strzelczak

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Psychologii,
Pedagogiki i Nauk Humanistycznych
https://orcid.org/0000-0003-3071-3346

PSYCHOLOGICZNE KORZYŚCI WSPINACZKI SKALNEJ – BADANIE JAKOŚCIOWE

Streszczenie

Badanie miało na celu odpowiedź na pytanie, jaką rolę w budowaniu odporności psychicznej człowieka pełni aktywność sportowa, a dokładnie wspinaczka skalna. Zastosowaną metodą była Interpretacyjna Analiza Fenomenologiczna (IPA). Przeprowadzono sześć częściowo ustrukturowanych wywiadów pogłębionych z osobami o wysokich umiejętnościach wspinaczkowych i z kilkuletnim stażem we wspinaczce. Respondenci opowiadali o praktyce wspinania w kontekście radzenia sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi. Wyniki wskazują, że wspinaczka wiąże się z przeżywaniem stanu *flow* i głębokiej uważności, a więc z doświadczeniem ściśle związanym z pojęciem rezyliencji. Ponadto regularnie podejmowana aktywność przekładała się u badanych m.in. na poprawę samooceny, wzrost poczucia własnej skuteczności czy lepszą kontrolę emocjonalną.
Słowa kluczowe: rezyliencja, wspinaczka skalna, radzenie sobie ze stresem

The psychological benefits of rock climbing – a qualitative study
Abstract

The study aimed to answer the question of the role that sporting activity, specifically rock climbing, plays in building a person's psychological resilience.

The method used was Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Six semi-structured in-depth interviews were conducted with highly skilled people with several years of climbing experience. The respondents talked about the practice of climbing in the context of coping with stress and difficult situations. The results indicate that climbing is associated with experiencing a state of flow and deep mindfulness, an experience closely related to the concept of resilience. In addition, regular activity translated into, among other things, improved self-esteem, increased self-efficacy or better emotional control in the respondents.
Key words: resilience, rock climbing, coping with stress

Wprowadzenie

Jedną z najistotniejszych kompetencji człowieka we współczesnym świecie jest z pewnością zdolność do skutecznego radzenia sobie z przeciwnościami losu, określana w literaturze przedmiotu mianem rezyliencji lub prężności psychicznej (Egeland, Carlson, Sroufe 1993; Junik 2016; Herrman i in. 2011). Rezyliencja (*resilience*) definiowana w kategoriach adaptacji do zmieniającego się otoczenia, zwłaszcza adaptacji w obliczu negatywnych wydarzeń życiowych, rozumiana jest jako potencjał człowieka do radzenia sobie ze stresem i podstawa zdrowia psychicznego. Badacze (Wu i in. 2013) podkreślają, że obok wielu czynników budujących rezyliencję, takich jak czynniki biologiczne, społeczne itp., nieoceniony wkład ma również podejmowanie aktywności fizycznej. Sport przyczynia się m.in. do wzmocnienia samooceny (Whitehead, Corbin 1997), poprawy samopoczucia (Salmon, 2001), stanowi istotny element leczenia wielu zaburzeń psychicznych (Peluso, Guerra de Andrade 2005), a nawet czynnik prewencyjny w sytuacji zmagania się z sytuacjami trudnymi jak np. pandemia COVID-19 (Callow i in. 2020).

W ostatnich latach zaobserwować można wzmożone zainteresowanie badaczy wspinaczką skalną i jej prozdrowotnym wpływem na psychikę człowieka (Dorscht i in. 2019). Wśród osób podejmujących aktywność fizyczną cieszy się ona rosnącą popularnością zarówno jako forma rekreacyjnego spędzania czasu, jak również sport wyczynowy (Sheel 2004, s. 355). Wspinaczka obejmuje kilka form takich jak: *bouldering* (*boulder* – głaz), wspinanie z górną asekuracja na tzw. wędkę (*Top Roping*, TR) oraz uznawane za najbardziej ryzykowne

i wymagające – wspinanie na prowadzeniu (*leading*) (Sheel 2004). *Bouldering* polega na wspinaniu bez liny na niewielkich ścianach skalnych, zazwyczaj do wysokości 4 m (Luttenberger i in. 2015). Wspinanie na wędkę jest jedną z najbezpieczniejszych form tej aktywności. Osoba przywiązana jest do liny, która przechodzi przez kotwice śrubowe umieszczone na stałe w skale, a następnie wraca do partnera wspinacza, który pełni rolę asekurującego. W ten sposób ryzyko upadku minimalizowane jest praktycznie do zera. Z kolei wspinanie na prowadzeniu różni się tym, że asekuracja jest możliwa, gdy wspinacz samodzielnie w trakcie wchodzenia na szczyt „wepnie" się w miejsca zakotwiczenia. Bardzo często osoba wspinająca się na prowadzeniu stosuje technikę OS, czyli *one sight*, podchodząc do wspinania bez uprzedniej znajomości drogi. Wspinanie na prowadzeniu znacząco zwiększa szansę na upadek, wymaga większego doświadczenia i zdecydowanych umiejętności (Sheel 2004).

W literaturze przedmiotu (Goddard, Neumann 2000) podkreśla się, że niezależnie od techniki każdy rodzaj wspinania wymaga od wspinacza siły fizycznej, precyzji ruchów, wytrzymałości i gibkości. Z uwagi na szeroki zakres wykonywanych ruchów i angażowanie siły mięśniowej wspinaczka ma niepodważalny wpływ na poprawę kondycji ciała m.in. przez wzmacnianie mięśni korpusu, balansu i zwiększanie ruchomości tułowia (Muehlbauer, Stuerchler, Granacher 2012). Poza wspomaganiem kondycji fizycznej wspinaczka analizowana jest również pod kątem korzyści w obszarze zdrowia psychicznego. Badacze (Clough i in. 2016) zwracają uwagę na jej potencjał w zakresie budowania rezyliencji i poczucia dobrostanu. Psycholodzy i pedagodzy jasno wskazują pozytywne konsekwencje praktyki wspinaczki sportowej w obszarach ważnych z punktu widzenia zdrowia, takich jak samoocena, motywacja, wsparcie społeczne (Frühauf i in. 2021).

Celem niniejszego opracowania jest refleksja nad prozdrowotnym charakterem wspinaczki jako strategii radzenia sobie ze stresem oraz nad jej rolą w budowaniu odporności psychicznej człowieka. Autorka stara się dociec, jakie znaczenie ma wspinanie się dla osób regularnie uprawiających ten sport i jak doświadczenie to przekłada się ich zdaniem na funkcjonowanie w życiu w kontekście stresorów dnia codziennego.

Metoda

Procedura badania

W celu analizy doświadczenia i poznania perspektywy osób wspinających się zdecydowano się na wybór metodologii jakościowej. Zastosowana metoda to Interpretacyjna Analiza Fenomenologiczna (*Interpretative Phenomenological Analysis*, IPA) (Pietkiewicz, Smith 2012; Smith, Flowers, Larkin 2009). Jak podkreśla się w literaturze przedmiotu, IPA cieszy się sporą popularnością i od wielu lat znajduje liczne zastosowanie w obszarze psychologii zdrowia (Brocki, Wearden 2006), w tym w badaniach dotyczących rezyliencji (Lamb, Cogan 2016). Jako metoda badawcza IPA zasadza się na trzech paradygmatach filozoficznych: hermeneutyce, fenomenologii i idiografii. Celem badania staje się więc poznanie doświadczenia i dotarcie do znaczenia, jakie ma ono dla osób badanych. Możliwe jest to przez specyficzny sposób prowadzenia wywiadów dopasowany do respondenta oraz dogłębną i szczegółową analizę wypowiedzi. W myśl procedury badawczej w IPA nie stawia się hipotez, stanowiłyby one bowiem przeszkodę w interpretacji i uniemożliwiały dotarcie do prawdziwego znaczenia i sensu wypowiedzi respondentów. Z uwagi na podejście idiograficzne dobór uczestników IPA jest celowy, grupa niewielka (wystarcza już kilku badanych) i z założenia jak najbardziej homogeniczna. Wszystko to pozwala na przyjęcie perspektywy badanych i patrzenie na dane zjawisko „ich oczyma" (Pietkiewicz, Smith, 2012).

Zastosowanym narzędziem był częściowo ustrukturowany wywiad pogłębiony, przeprowadzony online. Po pierwszym, próbnym wywiadzie nastąpiło doprecyzowanie pewnych obszarów badawczych, a niektóre pytania zostały przeformułowane w celu uzyskania pełniejszych odpowiedzi badanych. Z uwagi na zadowalającą jakość badawczą i wyczerpanie wątków badawczych wywiad włączono do ostatecznej analizy.

Uczestnicy

Uczestnikami badania było sześć osób regularnie wspinających się – pięciu mężczyzn i kobieta. Średnia wieku badanych wyniosła 39 lat. Respondenci zostali zrekrutowani metodą kuli śnieżnej

(powszechnie stosowaną w IPA) na zasadzie wzajemnego polecania się. Wszyscy uczestnicy odznaczali się wysokimi umiejętnościami i osiągnięciami w zakresie wspinania (trudność dróg min. 6.2 na skali oznaczenia trudności dróg od 1.0–6.8+), a dominującą techniką przez nich stosowaną było wspinanie na prowadzeniu. Średni wynik dla grupy, jeśli chodzi o staż uprawiania wspinaczki, to 9,8 roku. Część osób posiadała certyfikat instruktora wspinaczki sportowej, jak również zajmowała się nauką wspinania zarówno dorosłych, jak i dzieci.

Analiza

W pierwszej kolejności wszystkie wywiady zostały dokładnie przepisane wraz z uwzględnieniem momentów obrazujących stan emocjonalny, jaki towarzyszył badanym, takich jak np. śmiech, milczenie. Już na etapie ich przepisywania i wielokrotnego czytania dokonywano pierwszych refleksji i zapisywano wszelkie uwagi. Analiza właściwa nastąpiła w programie MAXQDA, gdzie wyszukiwano wspólne wątki i łączono wypowiedzi w spójne obszary tematyczne[1]. Wnikliwa eksploracja kolejnych wywiadów doprowadziła do utworzenia tzw. kodów będących interpretacją zgromadzonego materiału. Z jednej strony poruszane przez respondentów wątki dotyczyły tego, jak rozumieją oni sam proces wspinania, czym jest dla nich wspinaczka i jakie znaczenie nadają temu doświadczeniu, z drugiej – wiązały się z korzyściami i wpływem wspinaczki na ich życie w kontekście budowania prężności psychicznej.

Rezultaty

Ucieczka od codzienności do świata natury

Badani zapytani o znaczenie wspinaczki w większości podkreślali, że pozwala im ona na swoistą ucieczkę od rzeczywistości. Dzięki zaangażowaniu w aktywność fizyczną mogą oderwać się od codzienności, przekierowując uwagę od stresorów dnia powszedniego. Jeden

[1] Ze względu na charakter publikacji wypowiedzi badanych prezentowane w niniejszym tekście zostały poddane koniecznym zmianom językowym (m.in. gramatycznym, składniowym), przy równoczesnym zachowaniu sensu wypowiedzi.

z badanych użył sformułowania, że aktywność ta „odżywia", zwłaszcza w kryzysach życiowych, stanowi więc swoistą możliwość odreagowania trudnych doświadczeń i emocji.

> Dobrze się czuję, wisząc na skale. Lubię się wspinać, sprawia mi to przyjemność, to jest też takie uczucie oderwania od rzeczywistości, od dnia codziennego […] nie muszę myśleć o pracy, mogę się trochę wyciszyć. [R4]

> Ja to traktuję bardziej jako oderwanie od rzeczywistości niż rzeczywistość, gdzie odrywamy się po prostu od codziennych spraw, codziennych obowiązków, nie wiem – pracy, rodziny, wszystkiego, jedziemy w te skałki i mamy tam idealne warunki do tego, żeby odpocząć psychicznie i trochę zmęczyć się fizycznie […] jeśli ktoś ma pasję wspinania, to jest swego rodzaju ucieczka. […] a więc to wspinanie odżywia bardzo w kryzysach życiowych. [R3]

Jednym z czynników, który odgrywał znaczącą rolę i umożliwiał ucieczkę od codzienności, był kontakt z naturą. Wszyscy badani podkreślali wartość i korzyści z obcowania z przyrodą. Przebywanie w urokliwych miejscach budziło pozytywne emocje, wprowadzało spokój i ukojenie, stanowiło odskocznię od pędu codzienności, przynosząc regenerację psychiczną. Dobrym zobrazowaniem tego jest poniższa wypowiedź:

> Co mnie urzekło od pierwszych chwil, tak naprawdę do tego momentu, w którym dziś jestem, to kontakt z naturą, przyrodą, cisza, spokój, bo te skały – ja się wspinam w skałkach w 99% – są zazwyczaj w dolinach, w bardzo ładnych miejscach. No i tak naprawdę oprócz tego ruchu samego fizycznego i przeżyć z tym związanych spodobała mi się bardzo ta otoczka, która w tym wspinaniu się pojawiła […]. [R3]

Inny badany, mówiąc o kontakcie z naturą, podkreślał swoistą więź i poczucie jedności z przyrodą, jakie pojawiają się podczas wspinaczki. Spostrzegał to doświadczenie jako autentyczne i piękne w swojej prostocie, dzięki wspinaczce czuł się częścią otaczającego go środowiska.

> Cała ta forma obcowania z naturą […], jakaś czystość w tym – jestem ja jako człowiek i naturalna formacja skalna […], pomijając oczywiście, że są te ringi zainstalowane […]. [R1]

Możliwość rozładowania napięcia przez aktywność fizyczną, bycie częścią natury i związane z tym przeżycia stanowią wytchnienie psychiczne i są warunkiem lepszego nastroju. Respondenci mówili wręcz o pewnym poczuciu wolności, które osiągają dzięki obcowaniu z naturą, w przeciwieństwie do środowiska miejskiego, które dostarcza zbyt wielu bodźców, przez co może być męczące. Jeden z badanych określił metaforycznie, że jeśli przez długi czas nie ma możliwości wspinania się, to czuje się tak, jakby był zamknięty w klatce, a więc stłamszony i ograniczony.

> [Wspinanie – A.S.] Daje takie poczucie wolności, ciężko to określić słowami. Dla mnie to jest taki odpoczynek psychiczny, że mogę sobie iść, uprawiać to hobby. Jest to dla mnie ważne, bo wcześniej jeździłem na deskorolce […] po mieście, i trochę już miałem za dużo betonu wokół siebie, za dużo ludzi, a w lesie się mogę trochę wyciszyć. [R4]

> Moim zdaniem to każdy człowiek coś takiego powinien mieć, co na niego kojąco działa, rozładowuje ten stres zgromadzony z życia codziennego itd. Jedni grają w szachy, drudzy biegają, a ja się wspinam. No i zauważyłem właśnie, że pomaga mi to, że jak długo się nie wspinam, to jestem tak jakby zamknięty w klatce […] ulga spowodowana zrobieniem tej drogi przekłada się też na życie codzienne, przyjeżdżam ze skał, wiadomo, że odczuwam zmęczenie fizyczne, ale głowa jest oczyszczona, jestem z siebie zadowolony i jakby to też sprawia, że mam lepszy humor, mam lepsze samopoczucie, jestem, można powiedzieć, szczęśliwszym człowiekiem. [R2]

O podobnych odczuciach mówił inny badany, dla którego wspinaczka stała się swoistym zaworem spustowym – sposobem na odreagowanie stresu. Bycie na skale w otoczeniu natury gwarantowało mu odpoczynek, z biegiem lat korzyści były dla niego na tyle wyraźne, że proces ten stał się bardziej uświadomiony.

> Przez to, że dajesz sobie trochę odpoczynku i nie zastanawiasz się nad tymi codziennymi problemami, to daje trochę głowie taki psychiczny odpoczynek […] przez te 2, 4 godziny będę jakby w innym mentalu, no ale potem trzeba wrócić do życia. Dzisiaj to jest świadoma odskocznia, taki trochę zawór spustowy stresu […]. [R1]

Doświadczenie *flow*

Wydaje się, że najbardziej kluczowym momentem dla wspinaczy w kontekście powyższego procesu oderwania się od codzienności jest moment osiągany po dłuższej chwili pokonywania drogi. Jak opisywali badani, jest to stan, który charakteryzuje się niezwykle wysokim poziomem koncentracji, w którym nic nie może ich rozproszyć. Na tym etapie wspinania nie towarzyszą im żadne myśli, a cała uwaga skupia się tylko i wyłącznie na wykonywaniu ruchu.

> […] jestem sam ze sobą, nie mam żadnych myśli […] niż tylko skupienie na tym, co robię […] to skupienie na ciele, na ruchach, na strukturze skały, na tym, co mam dalej zrobić, totalnie odcina mnie od wszelakich innych myśli, bo nawet nie ma [na nie – A.S.] miejsca. Uważam, że dobry wspinacz nie ma miejsca na jakieś inne myśli podczas wspinania, żeby nie tworzyły zakłóceń. [R1]

> Czysta głowa oznacza, że nie muszę się niczym przejmować, moimi jedynymi problemami wtedy jest, czy dobrze zrobię przechwyt, czy dobrze postawię nogę na stopień, czy dobrze się ułożę i walczę tylko i wyłącznie ze skałą, z niczym innym. Nie myślę o tym, co było w pracy, co jest w domu, o tym, kto mnie asekuruje, […] odrywam się od tego całego świata. Po prostu, odrywając się od ziemi, jestem gdzie indziej, o niczym nie muszę myśleć, niczego nie muszę planować, jestem ja–skała, i to jest dla mnie najważniejsze. [R2]

Badani posługiwali się szeregiem metafor dla zobrazowania opisywanego stanu, określając go mianem *flow*, transu czy medytacji. Cechą wspólną opisów było maksymalne zaangażowanie się w daną czynność z jednoczesnym brakiem myślenia rozumianego w kategoriach snucia świadomej refleksji, analizowania innych sytuacji czy rozpraszania się. Sytuacja wspinaczki, która może zakończyć się upadkiem, wymusza na nich koncentrację na „tu i teraz", wymusza niejako odporność na inne bodźce i zakłócenia. Respondenci zwrócili również uwagę, że omawiany stan przypomina uwolnienie od myśli – stąd określenie go jako „bezmyślnego". Cechuje go czasami pojawianie się pewnych bezwiednych treści, które przyjmują postać skojarzeń lub obrazów, a nie stanowią dystraktorów dla procesu wspinania się.

> Najfajniejsze jest to takie *flow*, gdzie już jestem wyspinana, przeważnie za granicą, i wchodzę w taki rytm totalnie wspinaczkowy […], że już

> po prostu moje ciało się wspina, a ja nie muszę rozkminiać. No to jest, ja bym powiedziała, że to jest bezmyślne, i to jest chyba w tym najfajniejsze [śmiech]. Czyli nie mam jakby żadnego strachu przed odpadnięciem, nic mi nie towarzyszy, […] ja w życiu codziennym nie mam takiego stanu oprócz snu, którego też nie mam dużo [śmiech], gdzie jest to bezmyślne, więc jakby to *flow* powoduje, że ja w tym momencie nie myślę i to jest w sumie najciekawsze […] najbardziej dla mnie wartościowe. [R5]

> […] to jest najlepsze, ja to kocham, wpada się w fajny trans medytacji, to jest nieprawdopodobne. Człowiek jest tak skupiony, nie docierają do Ciebie bodźce, wojna może za Tobą wybuchnąć, ale tego nie ma. I co ciekawe, człowiek ma niezwiązane wtedy myśli ze wspinaniem, w takich chwilach jest tak skupiony na sobie, […] np. [podczas wspinania – A.S.] myślałem o swojej babci, jak krowy pasła. To było jak taka ucieczka do takich wspomnień łagodnych, bezpiecznych, wyciszających […]. Jest tu i teraz i nic poza tym – ja–skała i bardzo ciekawe myśli w głowie się pojawiają, przychodzą obrazy do głowy nie wiadomo po co i człowiek je długo potem pamięta. [R6]

Badani zapytani o szczególnie istotne predyspozycje z punktu widzenia aktywności, jaką jest wspinanie, poza warunkami fizycznymi zgodnie zwracali uwagę na umiejętność skupienia się i uważność. Wydaje się, że właśnie te zdolności odgrywają kluczową rolę dla osiągania *flow*. Z jednej strony stanowią jego bazę, z drugiej – przez praktykowanie wspinaczki i powtarzanie pewnego doświadczenia następuje ich nieustanny progres. Potwierdza to chociażby wypowiedź jednego z badanych, który ujmował wspinaczkę w kategoriach nauki – wspinaczka uczyła i rozwijała uważność.

> Trzeba umieć się skupić, być konsekwentnym, mieć odwagę, być uważnym […], np. na strukturę skały bądź też na to, że coś może nie wyjść, że próbujesz zrobić jakiś ruch, ale nie czujesz tego, albo możesz złapać chwyt i mogłabyś przeoczyć, że jest ruchomy i że coś jest śliskiego. [R1]

> Wspinaczka pozwala nam być czujnym, np. podczas samego procesu wspinania mamy w sobie strach, lęk, mamy w sobie obawę o swoje życie, zdrowie, no chociażby o to, że sobie coś złamiemy, i to nas uczy w ten sposób, że pozwala nam być bardzo czujnym, uważnym i bardzo skoncentrowanym. […] Im więcej takich doświadczeń, kiedy się koncentrujemy, kiedy jesteśmy uważni, gdzie wiemy, jaki ruch zrobić ciałem, ręką czy nogą, to tak naprawdę w ten sposób się uczymy. [R3]

Bycie skupionym stawało się dla wspinaczy po pewnym czasie celem samym w sobie. Choć każdy z nich miał założony cel końcowy, jakim jest zrobienie konkretnej drogi i dotarcie na szczyt, satysfakcję i przyjemność badani czerpali już z samego procesu wspinania się. Respondent 6 podkreślał ponadto, że im dłuższy proces realizacji danego projektu, tym większego nabierał on znaczenia.

> […] czujesz, że do czegoś dążysz, i tak naprawdę nie jest ważne spełnienie tego celu, tylko to dążenie, taka motywacja, ten proces, planowanie, ekscytacja tym planowaniem, tymi przeżyciami. [R3]

> Tej drogi się nie pamięta, jak zrobisz ją szybko, ale jak się nad nią mordujesz, to ona w pewnym momencie urasta do takiej rangi, takiego symbolu. Masz takie swoje K2. [R6]

Inny badany dodał, że każda podjęta próba na ścianie stanowi dla niego lekcję i sposób pogłębiania wiedzy. W odczuciu badanego w miarę nabywania doświadczenia, proces wspinania staje się coraz bardziej świadomy, a zdobyta dzięki niemu wiedza – także o sobie samym – przynosi zadowolenie i staje się źródłem pozytywnych emocji.

> […] jeżeli wybieram cel do wspinaczki, to tak jakby nie zakładam też sobie, kiedy go osiągnę, tylko czerpię przyjemność z każdej odbytej próby, z każdego wyjazdu. Jak jest 10 nieudanych prób, to nie wkurzam się, że to już 10 nieudanych, tylko z każdego [wyjazdu – A.S.] chłonę wiedzę, chłonę doświadczenie. [R1]

Samoocena i poczucie skuteczności

Wszyscy badani zgodnie podkreślali, że wspinanie wiąże się z przekraczaniem własnych granic i zwalczaniem wewnętrznych barier. Proces pokonywania trudności, jakie pojawiały się podczas wspinania, i dostrzeganie progresu były silnym wzmocnieniem dla badanych, stanowiąc dla wielu największą wartość we wspinaniu.

> Chyba najbardziej mnie kręciło przekraczanie granic, przekraczanie możliwości własnych organizmu, ta szybkość pokonywania granic, […] już po dwóch, trzech drogach widziałem, jaka jest różnica między stopniem 5 a 5+ czy 4 a 4+, że to jest znacząca różnica dla ciała, dla organizmu, dla wytrzymałości, mięśni itd., a tych stopni, wiedziałem, jest wtedy przede mną 20. Więc było to dla mnie takie niewyobrażalne,

> nieodgadnione, jak można te stopnie tak pokonywać i do takich trudności dojść. Także fascynowało mnie to i do dzisiaj fascynuje – przekraczanie granic ludzkich możliwości. [R3]

> Wspinanie to nie tylko […] siła rąk, ale też i głowa, bo trzeba się nie bać i trzeba myśleć nad tym, co się robi. Jak robisz trudną drogę, to czasami Ci się wydaje, że nie jesteś w stanie zrobić jakiegoś ruchu, ale możesz tam sięgnąć do jakiegoś małego chwytu i człowiek sobie myśli „[…] ja tego nie przetrzymam", ale jednak, jak zepnę się, dobra, dam radę, to da się to zrobić i wtedy można tak powiedzieć: „no to jednak jest możliwe". To nie jest takie chodzenie po drabinie – szczebelek, szczebelek, szczebelek. To nie jest takie proste, trzeba po prostu pomyśleć i skupić się na tym, żeby nie puścić czegoś. [R4]

Uczuciem, o którym mówili badani, a które towarzyszy im w momencie przełamywania swoich ograniczeń i udowadniania, że jednak jest się w stanie wykonać dany ruch, jest satysfakcja. Respondenci podkreślali, że mierzenie się z siłami natury, często z bardzo trudnymi drogami, zwieńczone sukcesem, przynosi im poczucie zadowolenia, wiąże się z docenieniem siebie samego. „Wygranie" ze skałą – jak określił jeden z badanych – to uświadomienie sobie swojego potencjału i możliwości.

> Z logicznego punktu widzenia wiadomo – skała jest silniejsza i zdecydowanie częściej wygrywa, ale małymi kroczkami, tymi moimi małymi wspinaniami czasami uda mi się z nią wygrać i to jest satysfakcjonujące, że mały człowieczek, jednak zmęczony po robocie, jedzie tam i robi parenaście, parędziesiąt przechwytów dziennie i coś mu tam wychodzi. [R2]

> Wiem, że jak zrobię taką drogę, to faktycznie ten wysiłek był na poziomie takiej wyceny, to daje ci satysfakcję, pewność siebie, że kurczę, dałem radę. [R1]

Poczucie satysfakcji i skuteczności własnego działania przekładają się wprost na budowanie samooceny. Wspinaczka pokazuje badanym ich mocne strony, przez co wzmacnia ich poczucie wartości i pozwala choć na chwilę być mniej krytycznym względem siebie. Dobrym tego zobrazowaniem są poniższe wypowiedzi.

> […] mam w sobie bardzo dużo takiego wewnętrznego krytyka [śmiech], zrobienie drogi trochę go ucisza, na chwilę przynajmniej. [R5]

> Albo idziesz w górę, albo odpadasz. […] pojawia się strach przed ruchem, no i jak przełamiesz ten strach, to na pewno buduje wartość, to nie ma o czym mówić [z przekonaniem]. Zresztą widziałem takie przypadki, że nieprawdopodobnie potrafiło to nakręcać ludzi […]. Nie ma chyba drugiego takiego sportu. [R6]

Wydaje się, że wzmocnienie samooceny u badanych wynika ze wzrostu poczucia własnej skuteczności. Badani podkreślali, że wspinanie uczy człowieka zmiany perspektywy w takim sensie, że zmienia się przekonanie na temat swoich możliwości w sytuacjach trudnych. Bardzo sztywne poznawczo myślenie „nie da się" dana osoba zmienia na nowe, bardziej elastyczne podejście do problemów i poczucie, że jej działania przyniosą zamierzony efekt. Dobrym tego zobrazowaniem jest wypowiedź badanego, który traktuje sytuacje nowe jako wyzwania, mając poczucie, że jeśli tylko się postara – sprosta wymaganiom, także tym życiowym.

> Jak czegoś nie znam, nie umiem, to się skupię i postawię sobie za cel, to się tego mogę nauczyć. Tak samo jak podejście do drogi – kiedyś drogi o wysokiej wycenie były dla mnie jakimś szklanym sufitem i też myślałem sobie, że to jest jakiś kosmos. A dzisiaj podchodzę do tego tak, że jeśli ktoś inny to zrobił, to nawet biorąc pod uwagę, że jest jakiś szklany sufit dla ludzi, którzy nie robią tego zawodowo, plus biorąc pod uwagę cechy genetyczne, fizjonomiczne, to […] na poziomie, na którym jestem – jestem w stanie się nauczyć tych dróg, przewspinać je. Wiadomo, niektórym będę musiał więcej czasu poświęcić, na niektóre mniej. I tak samo w życiu – jeśli będę chciał się czegoś nauczyć, to się nauczę. [R1]

O podobnych wrażeniach opowiadał inny respondent, który podkreślał wagę otwartego umysłu – stanu, w którym człowiek uczy się swojej wartości i świadomości, że jeśli się coś chce osiągnąć, to warto w to wierzyć. Zdaniem badanego taki sposób myślenia znacząco wpływa na funkcjonowanie w życiu codziennym. W obliczu sytuacji trudnych czy kryzysów buduje bowiem poczucie wiary we własne siły i możliwości.

> Niestawianie sobie granic, barier, że czegoś nie zrobię. Nie mówić sobie „nie, to jest 6.7, ja tego nigdy nie zrobię". Nigdy nie można tak powiedzieć. Nigdy! Trzeba mieć właśnie otwarty umysł na to, że wszystko jest możliwe. Wspinaczka uczy takiego sposobu myślenia, że tu się nam drzwi zamykają, ale tu otwierają. Uczy takiego życiowego radzenia sobie. [R3]

W innym fragmencie badany podsumował wprost, że poczucie skuteczności i poczucie bycia zaradnym zawdzięcza w dużej mierze właśnie wspinaczce. Można powiedzieć, że umiejętności wytrenowane na skale znalazły wyraźne przełożenie na funkcjonowanie i bycie efektywnym także w życiu codziennym.

> […] skuteczność, zaradność, być może to jest rzecz, która najbardziej się przełożyła ze wspinania na moje życie osobiste. Skuteczność działania, czyli jadę do pracy, jest coś do zrobienia i robię to skutecznie; rozwiązuje problem szybko, nie wpadam w nerwy, spokojnie, szybko staram się rozwiązać problem […]. [R3]

O skuteczności własnego działania zaszczepionego w wyniku praktyki wspinania mówił również Respondent 1. Zwrócił on uwagę, że w tym obszarze wspinaczka będzie miała szczególne zastosowanie w przypadku osób, które borykają się z poczuciem niepewności czy niską samooceną. Przyznał, że jako trener i nauczyciel wspinaczki proces takiej przemiany i wzmacniania swojego Ja obserwuje na przykładzie swoich podopiecznych. Jak podkreślił, gdy zauważą oni własną skuteczność na skale czy ściance wspinaczkowej, będą odważniej podejmowali wyzwania życiowe.

> [R1] U tych dzieci, osób, które są, powiedzmy, bardziej skryte w sobie, niepewne decyzji, to może […] zmienić ich podejście do życia. […] jak zaczną widzieć cele osiągane we wspinaczce, […] świadomie lub nie będą podejmować w życiu wyzwania.
> [A.S.] A zauważyłeś jakąś zmianę taką w zachowaniu czyimś?
> [R1] Na przykład Ela [imię zmienione – A.S.] z sekcji z osoby, która totalnie zaczynała od zera, to dziś się ładnie wspina technicznie, ale też ostatnio zauważyłem[…], że się nie poddaje, że ciśnie, że ja mówię „słuchajcie, nowego balda wymyślam" [sekwencję ruchów na niskiej ścianie wspinaczkowej, bez użycia liny – A.S.], a Ela, że jeszcze tego nie zrobiła, no i z uporem, z konsekwencją… i go zrobiła.

Podobny proces został opisany przez innego badanego, przywołującego doświadczenie nauki wspinania osób autystycznych. Także w tej sytuacji terapeutyczny wpływ wspinania uwidaczniał się przez progres w zachowaniu i element psychicznego przełamania się.

> Prowadziłam zajęcia dla osób autystycznych, gdzie te zajęcia były ciężkie, bo tam samo czasami ubranie uprzęży, podejście pod skałę, to dziecko już rezygnowało. I np. widziałam duży progres w tym, bo pracowałam

> z nimi dzień w dzień i to trwało np. 10 dni i to było widać, że to dziecko […] szło o ten krok, czasami się cofało, ale […] się przełamywało. [R5]

Wytrzymałość i wytrwałość w dążeniu do celu

Niewątpliwą umiejętnością wytrenowaną podczas wspinania, na którą zwrócili uwagę badani, był upór i wytrwałość w dążeniu do celu. Jak zaznaczali, pokonywanie trudności pokazuje wartość samego procesu i stanowi wzmocnienie w chwilach zwątpienia we własne możliwości. Wspinacze podkreślali, że podejście to przekłada się często na życie prywatne, gdzie mierzenie się z problemami wymaga działania długofalowego i niepoddawania się w obliczu kryzysu. Mierzenie się z trudnościami na skale uczy bowiem przyjmowania szerszej perspektywy, odejścia od myślenia schematycznego. Człowiek nabiera wiary w to, że usilne i cierpliwe dążenie do celu – nawet jeśli nie za pierwszym razem – w końcu przyniesie zamierzone efekty.

> Związek na pewno jest taki, że myślę, jak rozwiązać te problemy. Bo na skale się nie poddaję […], w życiu, jak są problemy, i to duże, to nawet po chwili zwątpienia staram się wykombinować, jak tam je rozwiązać […]. Wspinaczka jest Ci w stanie pokazać, że nawet jeśli Twoja głowa twierdzi na początku, że nie da się pokonać jakiegoś problemu, w tym wypadku stricte nie jesteś w stanie przejść jakiejś drogi czy trudnego momentu. […] niektórzy z czyjąś pomocą, zachętą, motywacją – udaje im się to pokonać za którymś tam razem, to wpływa to na postrzeganie, że jednak nie jest tak, że ten pierwszy ogląd jest ten jedyny i trzeba zrezygnować czy że nie warto próbować jeszcze raz i jeszcze raz. [R1]

> Jestem w stanie bardzo długo nad różnymi rzeczami pracować, […] nad jakimiś cechami, które mi w sobie nie odpowiadają […] i to jest strasznie trudna robota. Ale tak myślę, że jestem w stanie długi czas czekać i patrzeć na to długofalowo. [R5]

Aspekt bycia wytrwałym został przez badanych poruszony jeszcze w innym sensie, a mianowicie jako odporność czy wytrzymałość na sytuację trudną. Badani podkreślali, że wspinanie po skale łączy się ze sporą dozą dyskomfortu fizycznego i psychicznego, a osiągnięcie celu, jakim jest zrobienie całej drogi, wymaga od nich również akceptacji tego stanu. W ciekawy sposób opisywał to jeden z respondentów, który podkreślał wytrenowaną na skale, a wykorzystywaną w życiu codziennym, umiejętność wytrwania w sytuacji kryzysu.

> Rzeczy, które trenuję we wspinaczce, przekładają się też na jakąś pracę, ogólnie na pewno [na] wytrzymałość. To jest coś, co trenuję mocno we wspinaczce i nie chodzi mi o wytrzymałość fizyczną, tylko o taką wytrzymałość na dyskomfort, że jestem długo w stanie wytrzymać w sytuacji, która jest dla mnie niekomfortowa, bez wychodzenia z niej, czyli zawsze dążę do tego wychodzenia, ale no nie załamuję się w tym. Wspinanie uczy tego, że wychodzisz z tego dyskomfortu, ale nie uciekasz od niego, czyli takie wyjście na wpinę, a niewzięcie bloku, czyli to takie zakończenie sytuacji. I to mi się bardzo dobrze przekłada na pracę, na wszystko, czyli jak mam taką niekomfortową sytuację psychiczną, to jestem w stanie się nie poddawać, ale szukać w niej rozwiązań i pobyć w tym dyskomforcie trochę. [R5]

Podobne podejście prezentował inny badany, który podkreślał ponadto, że emocjonalny i fizyczny dyskomfort odczuwany w skałach działa podobnie jak szczepionka. Mierzenie się z sytuacjami trudnymi zmienia bowiem perspektywę i ogląd na sytuację trudną w życiu codziennym. Człowiek jest już niejako zahartowany i nauczony przez wspinaczkę odwagi w mierzeniu się z problemami.

> Później w życiu prywatnym to strasznie pomaga, nawet w karierze zawodowej bardzo dużo rzeczy Cię nie przeraża, nie ma znaczenia, co się dzieje później w życiu. Dla kogoś jakieś straszne rzeczy się dzieją – nie, przerypane to było na skale! Przerypane to dopiero będzie, jak pojadę tam za setnym razem. [R6]

Zarządzanie emocjami

Mówiąc o doświadczeniu wspinania, badani podkreślali spektrum emocji, z jakimi przychodzi im się borykać podczas drogi na szczyt. Wspinaczka wymaga od nich radzenia sobie z emocjami – zarówno tymi negatywnymi w sytuacjach trudnych, jak i pozytywnymi, które stanowią o motywacji i dopingu. Umiejętna kontrola stanu emocjonalnego staje się podstawą dobrego i efektywnego wspinania.

> Swego rodzaju podniecenie, trochę adrenaliny też w tym jest, trochę strachu, lęku. Sporo jest emocji – jest rozgoryczenie, żal, złość, są pozytywne emocje i są negatywne emocje. I tak naprawdę wspinanie uczy nas radzić sobie z tymi emocjami. [R3]

Zdolność opanowania emocji staje się według badanego gwarantem wejścia w stan skupienia, niezbędny, by osiągnąć cel. Praktyka

w zarządzaniu emocjami ćwiczona na skale przekładała się zdaniem badanych na radzenie sobie z emocjami w życiu codziennym. Wspinaczka wprost kształtowała osobowość i hartowała charakter. Główną korzyścią było wyćwiczone na skale opanowanie i spokój, który staje się niezwykle pomocny w sytuacjach kryzysowych.

> Na pewno ukształtowało trochę osobowość, na pewno [dało – A.S.] spokój w kryzysowych sytuacjach, bo wspinanie też tego uczy i też tworzy później taki charakter człowieka, opanowanie w kryzysach. [R3]

Dobrym zobrazowaniem powyższej refleksji jest wypowiedź innego respondenta, który jako sytuację wymagającą szczególnej cierpliwości przywołał wychowywanie syna. Z uwagi na temperament badanego wymaga to od niego niejednokrotnie wysiłku w kontrolowaniu trudnych emocji i właśnie w tym pomaga mu wspinanie. Umiejętność odnalezienia spokoju i opanowania ćwiczona podczas wspinania przekłada się bezpośrednio na relację z dzieckiem. Wspinanie uczy zarządzania emocjami w taki sposób, że te negatywne są niejako „wyrzucane", nie są kumulowane wewnętrznie przez daną osobę. Stanowi to mechanizm swoistego odreagowania i pozwala na późniejsze borykanie się z problemami w sposób bardziej kontrolowany.

> Nauczyłem się być bardziej cierpliwy, jednak czasami muszę poczekać na coś, żeby to osiągnąć […]. No nie da się oszukać, że gdzieś tam mam temperament gorący. Mimo wszystko zaraz po tej szybkiej reakcji [muszę – A.S] sobie powiedzieć „dobra, poczekaj". Na przykład z moim dzieckiem, nawet w tych sytuacjach codziennych, trudnościach nazwijmy to – nie chce iść spać czy nie rozumie czegoś albo nie chce przyjąć mojego zdania […], a nie chce, bo tak to jest z dziećmi, no to taka wytrwałość, że spokojnie trzeba powiedzieć, wytłumaczyć, pięć razy nawet, a nie reagować irytacją. [R1]

> I z tego, co wiem, ludzie, którzy się długo wspinają, po powrocie do domu są lepszym ludźmi [śmiech], lepiej się trochę zachowują. Gdzieś te emocje można wyrzucić z siebie, bo w skałach często te emocje są wyrzucane, jednocześnie sobie umiemy z nimi radzić, kiedy je wyrzucamy. [R3]

Opinię tę podzielał inny badany, który podkreślał, że sytuacja wspinania „wypala" jego negatywne emocje, prowadząc tym samym do odpoczynku psychicznego. Zapytany, czy widzi związek pomiędzy wspinaczką a swoim radzeniem sobie ze stresem, odpowiedział:

> Zdecydowanie. We wspinaniu tak się wypalisz, że później jesteś niesamowicie spokojnym człowiekiem, w życiu ciężko Cię z równowagi wyprowadzić. Ja już chyba nie mam siły na jakieś nerwy w życiu prywatnym, zresztą w skałach też się nie denerwuję, ale wewnętrznie się denerwuję – np., jak jadę w skały, to zauważyłem, jadę dużo szybciej, a jak wracam, to ja jestem już tak wypalony, to już jest wolna jazda. [R6]

Budowanie relacji interpersonalnych

Wspólnie podejmowana aktywność przekładała się również na rozwój w obszarze społecznym. Badani podkreślali w wywiadach, że jest to sport, który przyczynia się do budowania relacji z innymi. Mimo że dana osoba wspina się samodzielnie, sam wyjazd w skały czy potrzeba asekuracji drugiego człowieka sprawia, że nawiązuje ona kontakty z innymi wspinaczami, w efekcie tworząc pewną grupę.

> Zdecydowanie pomaga w nawiązywaniu relacji, w pewnym momencie robi się taki krąg ludzi, z którymi się zaczynasz dobrze czuć, i oni się z Tobą dobrze czują i to się kręci […] myśmy taką paczkę stworzyli. [R6]

> Grono osób, które się zna, jeśli się wspina z nowymi osobami, to się powiększa to grono. [R1]

Ma to szczególne znaczenie i wartość w przypadku osób wycofanych i skrajnie nieśmiałych, które mogą mieć trudności z nawiązywaniem kontaktów. Jedna z osób badanych zwróciła uwagę na aspekt symbolicznego „przełamania się" takich osób na skutek praktyki wspinaczkowej. Choć z początku unikały one towarzystwa i uchodziły za antyspołeczne, przez wspólne wspinanie potrafiły zbudować zaufanie i na tyle udaną relację, że wejście w sytuację społeczną przestało być problemem nie do przeskoczenia.

> To jest sport dla dwóch osób, więc ja myślę, że to wpływa na budowanie relacji. Ja wspinam się bardzo dużo z osobami, które są bardzo antyspołeczne, i mi się dobrze wspina z takimi osobami, bo one mało mówią [śmiech], są po prostu skupione na tym […]. Dążę do tego, że te osoby się przełamują. Piszą do Ciebie, co kiedyś by było dla nich niemożliwe, czy się spotkamy. Mam takiego gościa, co jak go poznałam, to on się gdzieś chował w ogóle za filarem na ścianie, a teraz jest w stanie wyjść ze mną do knajpy, pogadać, gdzie pierwszy raz w życiu wyszedł do knajpy ze mną. [R5]

Szczególne znaczenie terapeutycznego działania wspinaczki w obszarze relacji widać w sytuacji pracy np. z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym. W innym fragmencie rozmowy badana przytoczyła swoje doświadczenia związane z pracą z osobami z domu dziecka oraz obserwacje związane z pracą z młodocianymi przestępcami. Podejmowanie aktywności np. na ścianie boulderowej było w tym wypadku okazją do nauki wspólnego rozwiązywania problemów w sprzyjającej atmosferze. Osoby zaangażowane w omawianą aktywność, zmagając się z trudnościami, otrzymują wzmocnienie ze strony grupy i tym samym mają okazję doświadczyć wsparcia społecznego. Kolejnym aspektem trenowanym przez wspinanie była nauka odpowiedzialności za drugiego człowieka w sytuacji asekurowania innych, uświadomienie sobie wagi własnej osoby i sprawowanej roli, wpajanie zasad i norm związanych ze wspinaczką oraz przede wszystkim budowanie zaufania społecznego.

> Kiedyś miałam zajęcia z dziećmi z domu dziecka, to akurat było na baldach, ale sam fakt takiego nauczenia ich wspólnego kibicowania sobie, wspólnego dochodzenia do rozwiązywania problemów […], bo to jest też sport indywidualny, ale realizowany ze wszystkimi […], więc jak już ktoś to trenuje, a tutaj takie baldy robione wspólnie, no to mega fajna atmosfera się tworzy, przekraczają swoje granice, myślę, że to super wygląda. Miałam też takiego znajomego, który pracował w więzieniu jako wychowawca i opiekun, znaczy to nie było więzienie, tylko dla takich nastolatków, co uciekli z domu, taki zamknięty ośrodek opiekuńczy. On ich uczył wspinu z liną, uczył ich odpowiedzialności za drugą osobę i ci chłopacy mieli mega fun. Oczywiście oni tam przychodzili, jeden był silny, chodził na samych rękach, popisywali się, ale cały sens tego, jakichś zasad, cechy charakteru też się w nich wytwarzały, jak jakieś zaufanie do drugiej osoby i tego typu rzeczy, i oni to lubili, przychodziły coraz to większe grupy. [R5]

Dyskusja wyników

Wyniki badania ukazały szereg prozdrowotnych konsekwencji praktyki wspinaczki skalnej. Wydaje się, że kluczowym dla respondentów doświadczeniem było wejście w specyficzny stan, określany przez badanych mianem transu, *flow* czy medytacji, osiągany na pewnym etapie wspinaczki. Stanowił od postawę poczucia oderwania się od

rzeczywistości, bycia w innym wymiarze i ucieczki od problemów dnia codziennego. Badani podkreślali, że w trakcie wspinania są w stanie głębokiego skupienia i nie myślą o niczym innym poza wykonaniem odpowiedniego ruchu. Choć początkowym celem jest zdobycie szczytu, po pewnym czasie staje się nim już sam proces wspinania. To on przynosi satysfakcję, dobrostan psychiczny i związaną z tym chęć powtórzenia czynności.

Doświadczenia badanych korespondują z doniesieniami z literatury przedmiotu, zwłaszcza w obszarze charakterystyki zjawiska przepływu czy *mindfulness*. Mihaly Csikszentmihalyi (1990) definiuje stan przepływu jako subiektywny psychologiczny stan, w którym jednostka z takim zaangażowaniem oddaje się konkretnej czynności – zanurza się w niej – że zapomina o wszystkim co wokół. Skupiając się tylko i wyłącznie na danej aktywności, ma ona poczucie głębokiej przyjemności, które autor określa mianem stanu optymalnego. Stan ten sprawia, że człowiek skoncentrowany na zadaniu ma poczucie totalnej kontroli, zatraca się w nim, przez co inaczej postrzega upływający czas, a samo doświadczenie jest autoteliczne, czyli stanowi cel sam w sobie (Nakamura, Csikszentmihalyi 2002; Wright, Sadla, Stew 2006). Podobne doznania związane są również w doświadczeniem *mindfulness* definiowanym jako bycie w stanie głębokiej uważności, świadome i nieoceniające przeżywanie danej chwili, koncentracja na tu i teraz (Brown, Ryan 2003). Zachodzi w nim proces określany przez badaczy jako repercepcja, a więc obserwacja własnej świadomości i jej treści niejako z boku, w którym człowiek przygląda się swoim emocjom i treściom świadomości z dystansu, nie zagłębiając się w nie (Shapiro i in. 2006). O podobnym mechanizmie mówili badani, którzy określali stan wspinaczki jako stan medytacji, stan „bezmyślny" pozwalający na wyciszenie, podczas którego pojawiają się czasami pewne skojarzenia w postaci napływających do świadomości obrazów. Związek między *mindfulness* a wspinaczką potwierdziły wcześniejsze badania, w których wspinaczka podnosiła poziom uważności osób badanych (Wheatley 2023). Umiejętność bycia w stanie uważności to jeden z czynników wpływających na rezyliencję, ponieważ praktyka uważności jest skutecznym sposobem radzenia sobie ze stresem (Donald, Atkins 2016; Smith 2014). Katherine A. Wheatley (2023) wskazuje zatem

na ogromny potencjał wspinaczki jako aktywności wzmacniającej *mindfulness*, a tym samym budującej odporność psychiczną.

Wydaje się, że nie bez znaczenia pozostaje możliwość uprawiania sportu w otoczeniu natury, której wartość tak często podkreślali respondenci. Jak wskazuje literatura przedmiotu, obcowanie z przyrodą ma dobroczynny i kojący wpływ na samopoczucie człowieka (Richardson i in. 2021; Kaplan Mintz i in. 2021). W jednym z badań (MacIntyre i in. 2019) osoby uprawiające sporty ekstremalne deklarowały – podobnie jak respondenci niniejszego badania – że w wyniku obcowania z naturą odczuwały przypływ pozytywnych emocji, doświadczenie relaksu i odprężenia oraz połączenia z naturą. W tym sensie sport umożliwiający kontakt z naturą staje się sposobem regeneracji psychicznej, gwarantem rezyliencji oraz wspomaga radzenie sobie w codziennym funkcjonowaniu. Badacze (Van Gordon, Shonin, Richardson 2018) wskazują, że szczególnego znaczenia nabiera konstrukt określany mianem poczucia więzi z naturą, który uwidocznił się także w wypowiedziach badanych wspinaczy. Zawiera się w nim przekonanie, że człowiek jest częścią środowiska, a dostrzeganie i uwrażliwienie na piękno otoczenia skutkuje dobrostanem psychicznym, wzrostem satysfakcji i poczuciem sensu. Ważnym elementem tego układu staje się wspomniana powyżej uważność, która pośredniczy między połączeniem z naturą a dobrym samopoczuciem (Van Gordon, Shonin, Richardson 2018, s. 1655).

W niniejszym badaniu respondenci wskazywali na różne umiejętności, które rozwinęli na skutek praktykowania wspinaczki skalnej. Do najczęściej wymienianych zaliczyć można poczucie własnej skuteczności, wzrost samooceny, wytrzymałość i wytrwałość w dążeniu do obranego celu, umiejętność kontrolowania własnych stanów emocjonalnych oraz kompetencje interpersonalne. Według respondentów umiejętności te przekładały się na późniejsze radzenie sobie z trudnościami w życiu osobistym, co wskazywałoby na ich związek z budowaniem odporności psychicznej. Potwierdza to literatura przedmiotu, w której podkreśla się, że takie czynniki jak pozytywny obraz własnego Ja, sposób podejścia do problemu (plastyczność poznawcza), umiejętne zarządzanie emocjami i wsparcie społeczne są źródłem rezyliencji (Wu i in. 2013). Co więcej, jak wspominali wspinacze, predyspozycje te rozwijane i trenowane są przez sport

dzięki mierzeniu się z sytuacjami, które wymagają przełamywania siebie i swoich ograniczeń. Do podobnych refleksji doszli Patrick R. Young i Erin L. Knight (2014), którzy podkreślali związek między wspinaczką a szeregiem umiejętności psychologicznych, takich jak: umiejętność koncentracji, wyznaczanie sobie celów i umiejętne dążenie do nich, radzenie sobie z przeciwnościami czy pewność siebie. Autorzy sugerują, że stanowią one nie tylko podstawę osiągnięcia lepszych rezultatów sportowych, ale rozwijają się właśnie przez praktykę wspinania.

W obliczu umiejętności tak ważnych z punktu widzenia zdrowia psychicznego nie dziwi fakt, że wspinaczka znalazła szerokie zastosowanie również w obszarze pracy klinicznej z pacjentami. Badacze (Luttenberger i in. 2015) podkreślają wagę sportu, szczególnie w zakresie profilaktyki i terapii zaburzeń psychicznych. Potwierdzona skuteczność wspinaczki jako wspomagania leczenia pacjentów została licznie udokumentowana, a wnioski są zbieżne z wynikami niniejszego badania. Metaanaliza 18 badań wykazała, że wspinanie przyniosło efekt terapeutyczny w zaburzeniach psychosomatycznych, obsesyjno-kompulsywnych, ADHD i w zaburzeniach nastroju, a także w walce z chronicznym bólem pleców, stwardnieniem rozsianym czy w rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnością. Pozytywne rezultaty interwencji odnotowano zarówno w obszarze funkcjonowania psychicznego, jak i społecznego (Gassner i in. 2023). Przez skupienie się na oddechu i utrzymaniu równowagi, wspinanie odwracało u badanych uwagę od bólu i dostarczało pozytywnego doświadczania własnego ciała (Engbert, Weber 2011). Pokonywanie własnych barier i osiągnięcie celu (dotarcie na szczyt) wzmacniało poczucie własnej skuteczności i samoocenę, znacząco obniżało lęk i afekt negatywny (Bichler i in. 2022; Luttenberger i in. 2015). Konieczność współpracy z innymi rozwijała z kolei umiejętność budowania relacji interpersonalnych i podnosiła poziom zaufania społecznego (Luttenberger i in. 2015; Karg i in. 2020).

Warto zauważyć, że choć z niniejszego badania płyną ważne i wartościowe wnioski, badanie cechują również pewne ograniczenia. Pierwsze związane jest z niewielką grupą badanych. Chociaż metodologia IPA pozwala na dość wnikliwą analizę wypowiedzi, a tym samym wysycenie poruszanych wątków, warto byłoby wziąć

pod uwagę badania na liczniejszej próbie, które umożliwiłyby uogólnienie wniosków na większą populację. Kolejna uwaga dotyczy doboru badanych i specyfiki samej próby badawczej. Zgodnie z założeniem badania jakościowego było ono celowe, a sama grupa mocno jednorodna. Grupę respondentów stanowiły osoby regularnie i wyczynowo wspinające się, z co najmniej kilkuletnim stażem wspinania. Interesujące byłoby uwzględnienie także wspinaczy z mniejszym stażem lub odmienną motywacją (np. typowo rekreacyjną), by sprawdzić, które z wymienionych korzyści będą dla nich kluczowe w radzeniu sobie ze stresem lub które pojawią się najszybciej. Celem przyszłych badań (zarówno jakościowych, jak i ilościowych) powinna być dalsza eksploracja dobroczynnego wpływu wspinaczki na zdrowie psychiczne człowieka, z uwzględnieniem powyższych uwag i ograniczeń.

Podsumowanie

Niniejsze badanie uzupełnia wcześniejsze wnioski płynące z literatury przedmiotu, a tym samym potwierdza znaczenie i wagę wspinaczki w budowaniu odporności psychicznej u człowieka. Wspinanie w porównaniu z innymi sportami (np. bieganiem czy jazdą na rowerze) stanowi wyzwanie i aktywizuje nie tylko fizyczne, ale także poznawcze i emocjonalne zasoby jednostki, przynosząc w efekcie działanie terapeutyczne (Luttenberger i in. 2015, s. 9). Praktyka wspinania przynosi korzyści w wielu obszarach psychiki człowieka, na skutek czego urasta ona powoli do rangi skutecznej interwencji klinicznej. Najlepszym tego zobrazowaniem jest obecność w literaturze przedmiotu takich terminów jak „terapia przez wspinanie" (*climbing therapy*) czy „wspinanie terapeutyczne" (*therapeutic climbing*, TC") (np. Gassner i in. 2023; Frühauf i in. 2021; Engbert, Weber 2011; Kleinstäuber i in. 2017). Wnioski płynące z badań niosą przesłanki dla praktyki i mogą stanowić cenny wkład w konstruowanie programów profilaktycznych (np. radzenia sobie ze stresem, budowania rezyliencji) lub terapię wielu zaburzeń psychicznych.

Bibliografia

Bichler C.S., Niedermeier M., Hüfner K., Gálffy M., Sperner-Unterweger B., Kopp M. (2022), *Affective Responses to Both Climbing and Nordic Walking Exercise Are Associated With Intermediate-Term Increases in Physical Activity in Patients With Anxiety and Posttraumatic Stress Disorder – A Randomized Longitudinal Controlled Clinical Pilot Trial*, „Frontiers in Psychiatry", vol. 13, 856730.

Brocki J.M., Wearden A.J. (2006), *A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology*, „Psychology & Health", vol. 21, issue 1, s. 87–108.

Brown K.W., Ryan R.M. (2003), *The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being*, „Journal of Personality and Social Psychology", vol. 84, no. 4, s. 822–848.

Callow D.D., Arnold-Nedimala N.A., Jordan L S., Pena G.S., Won J., Woodard J.L., Carson Smith J. (2020), *The Mental Health Benefits of Physical Activity in Older Adults Survive the COVID-19 Pandemic*, „The American Journal of Geriatric Psychiatry", vol. 28, issue 10, s. 1046–1057.

Clough P., Houge MacKenzie S., Mallabon L., Brymer E. (2016), *Adventurous Physical Activity Environments: A Mainstream Intervention for Mental Health*, „Sports Medicine", vol. 46, s. 963–968.

Csikszentmihalyi M. (1990), *Flow: The Psychology of Optimal Experience*, New York.

Donald J.N., Atkins P.W.B. (2016), *Mindfulness and Coping with Stress: Do Levels of Perceived Stress Matter?*, „Mindfulness", vol. 7, issue 6, s. 1423–1436.

Dorscht L., Karg N., Book S., Graessel E., Kornhuber J., Luttenberger K. (2019), *A German climbing study on depression: a bouldering psychotherapeutic group intervention in outpatients compared with state-of--the-art cognitive behavioural group therapy and physical activation – study protocol for a multicentre randomised controlled trial*, „BMC Psychiatry", vol. 19, 154.

Egeland B., Carlson E., Sroufe L.A. (1993), *Resilience as Process*, „Development and Psychopathology", vol. 5, issue 4, s. 517–528.

Engbert K., Weber M. (2011), *The effects of therapeutic climbing in patients with chronic low back pain: a randomized controlled study*, „Spine", vol. 36, issue 11, s. 842–849.

Frühauf A., Heußner J., Niedermeier M., Kopp M. (2021), *Expert Views on Therapeutic Climbing – A Multi-Perspective, Qualitative Study*,

„International Journal of Environmental Research and Public Health", vol. 18, issue 7, 3535.

Gassner L., Dabnichki P., Langer A., Pokan R., Zach H., Ludwig M., Santer A. (2023), *The therapeutic effects of climbing: A systematic review and meta-analysis*, „PM&R", vol. 15, issue 9, s. 1194–1209.

Goddard D., Neumann U. (2000), *Wspinaczka: trening i praktyka*, tłum. K. Grzegorczyk, Warszawa.

Herrman H., Stewart D.E., Diaz-Granados N., Berger E.L., Jackson B., Yuen T. (2011), *What is resilience?*, „The Canadian Journal of Psychiatry", vol. 56, issue 5, s. 258–265.

Junik W. (2016), *Wybrane narzędzia do pomiaru rezyliencji (resilience) wśród dzieci i młodzieży*, „Studia Edukacyjne", nr 41, s. 335–357.

Kaplan Mintz K., Ayalon O., Nathan O., Eshet T. (2021), *See or Be? Contact with nature and well-being during COVID-19 lockdown*, „Journal of Environmental Psychology", vol. 78, 101714.

Karg N., Dorscht L., Kornhuber J., Luttenberger K. (2020), *Bouldering psychotherapy is more effective in the treatment of depression than physical exercise alone: results of a multicentre randomized controlled intervention study*, „BMC Psychiatry", vol. 20, 116.

Kleinstäuber M., Reuter M., Doll N., Fallgatter A.J. (2017), *Rock climbing and acute emotion regulation in patients with major depressive disorder in the context of a psychological inpatient treatment: a controlled pilot trial*, „Psychology Research and Behavior Management", vol. 10, s. 277–281.

Lamb D., Cogan N. (2016), *Coping with work-related stressors and building resilience in mental health workers: A comparative focus group study using interpretative phenomenological analysis*, „Journal of Occupational and Organizational Psychology", vol. 89, issue 3, s. 474–492.

Luttenberger K., Stelzer E.-M., Först F., Schopper M., Kornhuber J., Book S. (2015), *Indoor rock climbing (bouldering) as a new treatment for depression: study design of a waitlist-controlled randomized group pilot study and the first results*, „BMC Psychiatry", vol. 15, 201.

MacIntyre T.E., Walkin A.M., Beckmann J., Cologiuri G., Gritzka S., Oliver G., Donnelly A.A., Warrington G. (2019), *An Exploratory Study of Extreme Sport Athletes' Nature Interactions: From Well-Being to Pro-environmental Behavior*, „Frontiers in Psychology", vol. 10, 1233.

Muehlbauer T., Stuerchler M., Granacher U. (2012), *Effects of climbing on core strength and mobility in adults*, „International Journal of Sports Medicine", vol. 33, issue 6, s. 445–451.

Nakamura J., Csikszentmihalyi M. (2002), *The concept of flow*, [w:] *Handbook of positive psychology*, eds. C.R. Snyder, S.J. Lopez, Oxford, s. 89–105.

Peluso M.A., Guerra de Andrade L.H. (2005), *Physical Activity and Mental Health: The Association between Exercise and Mood*, „Clinics", vol. 60, issue 1, s. 61–70.

Pietkiewicz I., Smith J.A. (2012), *Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii*, „Czasopismo Psychologiczne", t. 18, nr 2, s. 361–369.

Richardson M., Passmore H.-A., Lumber R., Thomas R., Hunt A. (2021), *Moments, not minutes: The nature-wellbeing relationship*, „International Journal of Wellbeing", vol. 11, no. 1, s. 8–33.

Salmon P. (2001), *Effects of Physical Exercise on Anxiety, Depression, and Sensitivity to Stress: A Unifying Theory*, „Clinical Psychology Review", vol. 21, issue 1, s. 33–61.

Shapiro S.L., Carlson L.E., Astin J.A., Freedman B. (2006), *Mechanisms od Mindfulness*, „Journal of Clinical Psychology", vol. 62, issue 3, s. 373–386.

Sheel A.W. (2004), *Physiology of sport rock climbing*, „British Journal of Sports Medicine", vol. 38, issue 3, s. 355–359.

Smith J.A., Flowers P., Larkin M. (2009), *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method, and research*, London.

Smith S.A. (2014), *Mindfulness-Based Stress Reduction: An Intervention to Enhance the Effectiveness of Nurses' Coping With Work-Related Stress*, „International Journal of Nursing Knowledge", vol. 25, issue 2, s. 119–130.

Van Gordon W., Shonin E., Richardson M. (2018), *Mindfulness and Nature*, „Mindfulness in Practice", 9, s. 1655–1658.

Wheatley K.A. (2023), *Exploring the relationship between mindfulness and rock-climbing: a controlled study*, „Current Psychology", vol. 42, s. 2680–2692.

Whitehead J,R., Corbin C.B. (1997), *Self-esteem in children and youth: The role of sport and physical education*, [w:] *The physical self: From motivation to well-being*, ed. K.R. Fox, Champaign, IL, s. 175–203.

Wright J.J., Sadla G., Stew G. (2006), *Challenge-Skills and Mindfulness: An Exploration of the Conundrum of Flow Process*, „Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation and Health", vol. 26, no. 1, s. 25–32.

Wu G., Feder A., Cohen H., Kim J.J., Calderon S., Charney D.S., Mathé A.A. (2013), *Understanding resilience*, „Frontiers in Behavioral Neuroscience", vol. 7, 10.

Young P.R., Knight E.L. (2014), *Use of Psychological Skills by Risk Sport Athletes*, „Journal of Human Performance in Extreme Environments", vol. 11, issue 2, 2.