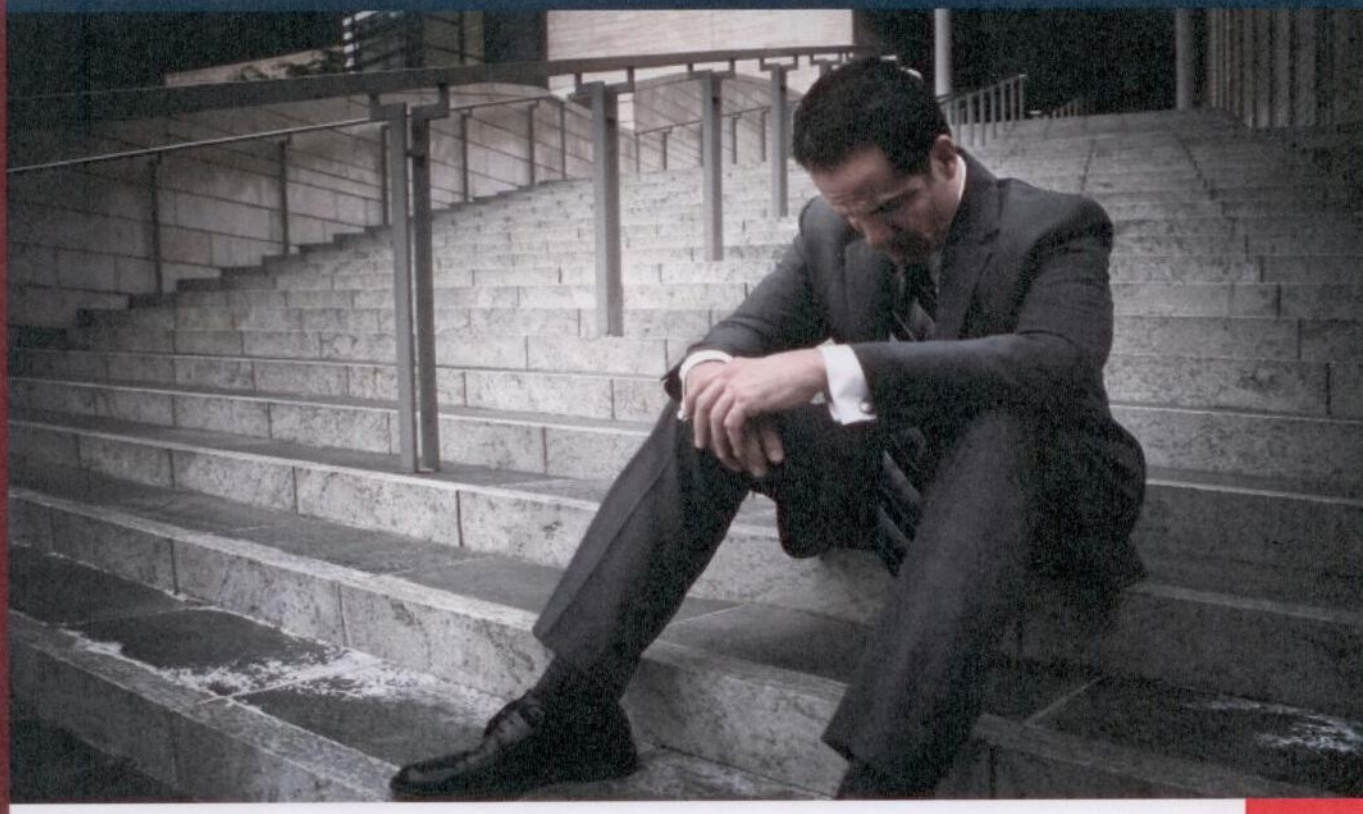


CZŁOWIEK W OBLICZU ZAGROŻEŃ WSPÓŁCZESNEJ CYWILIZACJI

Redakcja:

Katarzyna Popiołek Augustyn Bańka Krystyna Balawajder

SPOŁECZNA PSYCHOLOGIA STOSOWANA

TOM 2

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej

SPOŁECZNA PSYCHOLOGIA STOSOWANA

TOM 2

CZŁOWIEK W OBLICZU ZAGROŻEŃ WSPÓŁCZESNEJ CYWILIZACJI

POZNAŃ – KATOWICE 2014

Redakcja:
Katarzyna Popiołek, Augustyn Bańka, Krystyna Balawajder

Społeczna Psychologia Stosowana
Tom 2
Człowiek w obliczu zagrożeń współczesnej cywilizacji

Recenzenci: Romuald Derbis
Stanisław Kowalik

Materiały dla studentów

© Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, 2014

ISBN 978-83-62051-24-3
DOI 10.14691/spia.sps.2

Wydawca
Stowarzyszenie Psychologia i Architektura
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej Wydział Zamiejscowy w Katowicach

Druk: Zakład Graficzny UAM

Spis treści

1. ZAGROŻENIA JAKO ZJAWISKO WSPÓŁCZESNEJ CYWILIZACJI

Zofia Ratajczak **9**
Zagrożenie. Między szokiem a depresją

Katarzyna Popiołek **14**
Świat otaczający w perspektywie zagrożeń

Dariusz Doliński **21**
Ciemna strona optymistycznych iluzji

Augustyn Bańka, Aleksander Hauziński **26**
Percepcja bezpieczeństwa środowiskowego w przestrzeni zurbanizowanej zagrożonej przestępczością

2. CHOROBA I UMIERANIE W PERSPEKTYWIE ZAGROŻEŃ WSPÓŁCZESNEJ CYWILIZACJI

Elżbieta Wilejto-Cierpisz **47**
Pojęcie kryzysu zdrowotnego i jak sobie z nim radzić

Anna Brytek **50**
Choroba XXI wieku czy choroba wieków? Jadłowstręt psychiczny w dobie kultury współczesnej

Barbara Dobrzańska-Socha **55**
Strategie radzenia sobie z kryzysem związanym z utratą sprawności ruchowej

Agnieszka Pietrzyk **69**
Diagnoza nowotwór złośliwy – jak z tym żyć? Czy tak postawione pytanie może stać się pytaniem naukowym?

Jakub Kołodziej **76**
Sposoby przeżywania kryzysu jako źródło zagrożenia życia ludzkiego. Badania młodzieży po próbach samobójczych

3. MECHANIZMY PSYCHOLOGICZNE POSTRZEGANIA, UJAWNIANIA SIĘ I PRZEZWYCIĘŻANIA ZAGROŻEŃ CYWILIZACYJNYCH

Maryla Goszczyńska **85**
Czy Polacy chcą być mądrzy przed szkodą, czyli o podejmowaniu decyzji ubezpieczeniowych

Hanna Przybyła-Basista **92**
Rozwiązywanie konfliktów przez pary małżeńskie w sytuacji rozwodowej

Danuta Rode **104**
W pułapce destruktywnych przekonań czyli o zaprogramowaniu na życie we dwoje, za wszelką cenę

Zofia Ratajczak **111**
Oblicza ludzkiej zaradności

Maria Kliś **115**
Mechanizmy międzypokoleniowej transmisji przemocy przejawianej wobec rodziny

Wiesław Błaszczak **121**
Kryzys wywołany doświadczeniem realnego zagrożenia życia jako szansa rozwoju

Barbara Dolińska **128**
Łyżka miodu w beczce dziegciu, czyli o tym, co dobrego może wyniknąć z przeżycia kataklizmu

Antoni Wontorczyk **133**
Wpływ poczucia zagrożenia na relacje pomiędzy tożsamością społeczną, orientacją na dominację i uznawane wartości władz samorządów lokalnych

Dorota Kubacka-Jasiecka **142**
Procesy „ucieleśniania ja" jako zagrożenie tożsamości przetrwania

Katarzyna Popiołek, Bożena Gojny **150**
Konflikt międzypokoleniowy w ramach organizacji. Stan kompetencji społecznych i wzajemna percepcja generacji -30 i 50+

Augustyn Bańka **158**
Przywiązanie do miejsca i jego znaczenie w kontekście współczesnych zagrożeń cywilizacyjnych

Augustyn Bańka **170**
Zerwana ciągłość symboliki miejsca jako źródło kryzysów tożsamości

4. MANIPULACJE SPOŁECZNE JAKO ZAGROŻENIE CYWILIZACYJNE

Irena Pilch **185**
Makiaweliści w sieci społecznych powiązań. Czy makiawelizm jest zagrożeniem

Piotr Passowicz, Małgorzata Wysocka-Pleczyk **191**
Ambiwalencja postaw wobec ofiar przemocy i jej związek z wykluczeniem społecznym

Augustyn Bańka, Karol Orłowski **196**
Makiawelizm nauczycieli jako przyczyna i skutek kryzysu zawodowego oraz funkcjonalnego szkoły

Szymon Emilia Draheim **210**
Dwa typy osobowości z tendencją do manipulacji interpersonalnej w okresie dorastania a zdolność rozpoznawania mikroekspresji mimicznych

5. ZASOBY OSOBISTE I SPOŁECZNE A RADZENIE SOBIE Z ZAGROŻENIAMI CYWILIZACYJNYMI

Dorota Kubacka-Jasiecka **225**
Kryzysy emocjonalne w przebiegu stresu chronicznego

Iwona Butmanowicz-Dębicka **238**
Ucieczka w paranauki jako swoista strategia przetrwania

Tomasz Maruszewski, Anna M. Stawiska **244**
Pamięć autobiograficzna po traumie

Maria John-Borys **253**
Zespół wypalenia u matek wychowujących niepełnosprawne dziecko

Martyna Głuszek-Osuch **259**
Osobowościowe i psychospołeczne wyznaczniki wychodzenie z kryzysu psychologicznego u osób doświadczających przemocy w rodzinie

Iwona Habuz **269**
PTSD u dzieci i młodzieży a więzi emocjonalne i postawy rodzicielskie w rodzinie

Ewa Wojtyna, Patrycja Stawiarska **279**
Percepcja wsparcia społecznego a uczestnictwo w terapii poznawczo-behawioralnej u kobiet z rakiem piersi

Piotr Szałek **287**
Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń osobowości bordeline

6. ZAGROŻENIA CYWILIZACYJNE I ICH SKUTKI JAKO WYZWANIE DLA PSYCHOLOGICZNEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Piotr Passowicz **299**
Przyszli interwenci wobec ryzyka sytuacji trudnej – postawy deklarowane, bezpośrednio po usłyszeniu informacji o dokonaniu gwałtu

Igor Pietkiewicz **311**
Konflikt paradygmatów – problemy związane z wyborem dostępnych na rynku sposobów leczenia

Szymon Emilia Draheim **323**
Jak psychologowie oceniają wiarygodność zeznań świadków

1. ZAGROŻENIA JAKO ZJAWISKO WSPÓŁCZESNEJ CYWILIZACJI

Zagrożenie. Między szokiem a depresją*

Zofia Ratajczak

Uniwersytet Śląski, GSWH

ZAGROŻENIE. MIĘDZY SZOKIEM A DEPRESJĄ

Celem tego artykułu jest próba teoretycznej odpowiedzi na pytanie, jak człowiek reguluje swoje stosunki z otoczeniem w sytuacjach zagrożenia, czyli, innymi słowy, jak przebiega jego proces radzenia sobie z sytuacją trudną, polegającą na drastycznym zakłóceniu równowagi między wymaganiami, jakie stawia otoczenie, a możliwościami ich wypełnienia.

CZŁOWIEK OSACZONY?

Można zasadnie postawić tezę, że współczesna cywilizacja niebezpiecznie przechyla szalę swoich wymagań w odniesieniu do człowieka, przekraczających jego możliwości adaptacyjne. Rośnie w sposób niepokojący liczba zagrożeń w świecie otaczającym człowieka i w nim samym, a maleją szanse efektywnego ich zwalczania, zapobiegania, minimalizowania i likwidowania. Wymieńmy przykładowo:

- wzrost stopy bezrobocia w skali świata, a w niektórych krajach (w tym w Polsce) zbliża się on do 20% zdolnej do pracy ludności kraju;
- coraz większa liczba awarii urządzeń technicznych (nuklearnych i przemysłowych, głównie chemicznych grożących skażeniem środowiska), wypadków drogowych i lotniczych (Rotter, 2001; Studenski, 1981; Parrino, 1979);
- pogarszają się warunki egzystencji człowieka spowodowane stresem środowiskowym (hałas, promieniowanie, degradacja przyrody, skażenia wody, powietrza, ziemi itp.);
- rosną wskaźniki zachorowalności na choroby psychosomatyczne i nowotworowe (skutek zmian cywilizacyjnych);
- rośnie przestępczość jako wynik procesów patologicznych w instytucjach życia społecznego, w rodzinie, miejscu pracy, miejscu zamieszkania, co powoduje obniżenie się poczucia bezpieczeństwa przeciętnego obywatela.

Narastają sygnały o wzrastającej liczbie zaburzeń zachowania, dysfunkcji, defektów i patologicznych reakcji na zachodzące w otoczeniu zmiany w zachowaniach innych ludzi, które są interpretowane jako zagrożenia. Lęk przed porażką, przegrana w walce z konkurentem, frustracja z powodu udaremnienia osiągania celów, liczne przeszkody w dążeniu do zaspokajania potrzeb prowadzą do nieakceptowanych form przystosowania (np. grupy przestępcze) lub do trwałych stanów depresji i gotowości do czynów gwałtownych, desperackich (Goszczyńska, 1995; Popiołek, 2001).

Można więc wyróżnić 6 najbardziej ogólnych, a jednocześnie wzajemnie powiązanych, rodzajów zagrożeń. Są to: zagrożenia ekonomiczne, technologiczne, zdrowotne, społeczne, ekologiczne oraz psychologiczne, tj. zagrożenia tożsamości człowieka. Wypływa stąd jasne zadanie, niemal imperatyw, nakazujący podjąć wysiłek w kierunku zmniejszenia tendencji destrukcyjnych w otoczeniu człowieka, zahamować pogarszanie się warunków jego egzystencji, zrobić coś na rzecz poprawy jej jakości.

Nic więc dziwnego, że w odpowiedzi na taki stan rzeczy pojawia się wzrastająca liczba badań naukowych, zarówno wśród przedstawicieli nauk przyrodniczych i technicznych (np. ochrona środowiska), jak i przedstawicieli nauk społecznych, w tym psychologii. Prowadzi to do kumulowania wiedzy na temat zachowania się człowieka w sytuacjach zagrożenia. Mało w nich jednak refleksji teoretycznej, która byłaby drogą do syntezy tej wiedzy. Obecnie mamy do dyspozycji 3 główne koncepcje teoretyczne w różnym stopniu poddane weryfikacji:

- psychologiczna teoria podejmowania decyzji (zwłaszcza decyzji ryzykownych) (Studenski, 1981);
- psychologia stresu i radzenia sobie, zwłaszcza ostatnio rozwijana analiza zaburzeń zacho-

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy: Zjawiska współczesnej cywilizacji,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2004 SPiA, s. 15–20.

wania się po stresie urazowym (PTSD) (Dudek, 2002);
– teoria interwencji kryzysowej (podejście kliniczne), która nawiązuje do teorii stresu, zwłaszcza do wiedzy na temat zespołu zaburzeń po stresie traumatycznym (Badura-Madej, 1999; Kubacka-Jasiecka, Lipowska-Teutsch, 1995).

Przekonanie o tym, że podejście dynamiczne w badaniach nad człowiekiem w sytuacji zagrożenia jest bardziej owocne od innych, nie jest sprzeczne z innymi podejściami (np. studium przypadku, metodami projekcyjnymi). Podejście to okazało się produktywne w trojakiego rodzaju badaniach:

– nad bezrobociem (teoria fazowości reakcji na utratę pracy Lazarsfelda i Zawadzkiego, 1935),
– nad procesem zaradczym w sytuacji stresu i nad stresem pourazowym oraz
– nad rozwojem człowieka (Przetacznik-Gierowska).

Podejście dynamiczne w tym wypadku sprowadza się do odpowiedzi na pytanie: Co robi człowiek i co się z nim dzieje od momentu doznania szoku do czasu, w którym jego stan, różniąc się diametralnie od stanu szoku, świadczy o jego złej kondycji egzystencjalnej (tu dla jasności wywodu rezygnuję z włączenia pytania o to, co człowiek czuje, celowo chcę pominąć w tych rozważaniach problem kosztów psychologicznych radzenia sobie).

Podstawą analizy procesu zmian zachowania się człowieka są 2 wymiary: poziom odczuwanej przez człowieka stymulacji oraz poczucie zagrożenia. Przyjmuje się tu założenie, że zdarzenie uznane przez człowieka za zagrażające ma wysoki poziom stymulacji.

CZYM JEST ZAGROŻENIE. DEFINICJA POJĘCIA

Zagrożeniem nazywam gwałtowny wzrost prawdopodobieństwa szkody lub straty, co jest równoznaczne z pogorszeniem się dotychczasowej sytuacji człowieka pod jakimkolwiek względem. Szok jest wynikiem pojawienia się nagłej zmiany o wysoce negatywnych dla jednostki skutkach (najczęściej wymienia się takie wartości jak życie i zdrowie, ale klasyfikacje zagrożeń należy powiązać z klasyfikacją wartości uznawanych, pożądanych i realizowanych).

Regulacja psychiczna zachowania się człowieka w każdej sytuacji, więc także sytuacji zagrożenia to „utrzymywanie jakiegoś wyróżnionego stanu rzeczy przez utrzymywanie czynników, od których on zależy, w odpowiednich przedziałach zmienności" (Tomaszewski, 1999, s. 64). Istotą psychicznej regulacji zachowania się jest zdolność człowieka do dopasowywania dwu lub więcej elementów do siebie tak, aby zapewnić funkcjonowanie całości na określonym poziomie. A więc zapewnić funkcjonalną adekwatność. Ważne są tu odpowiedzi na 3 pytania: Co powinno być (lub co jest) ograniczane?, Po co to właśnie jest ograniczane (jaki ma sens, co to da)?, W jaki sposób jest ograniczane?

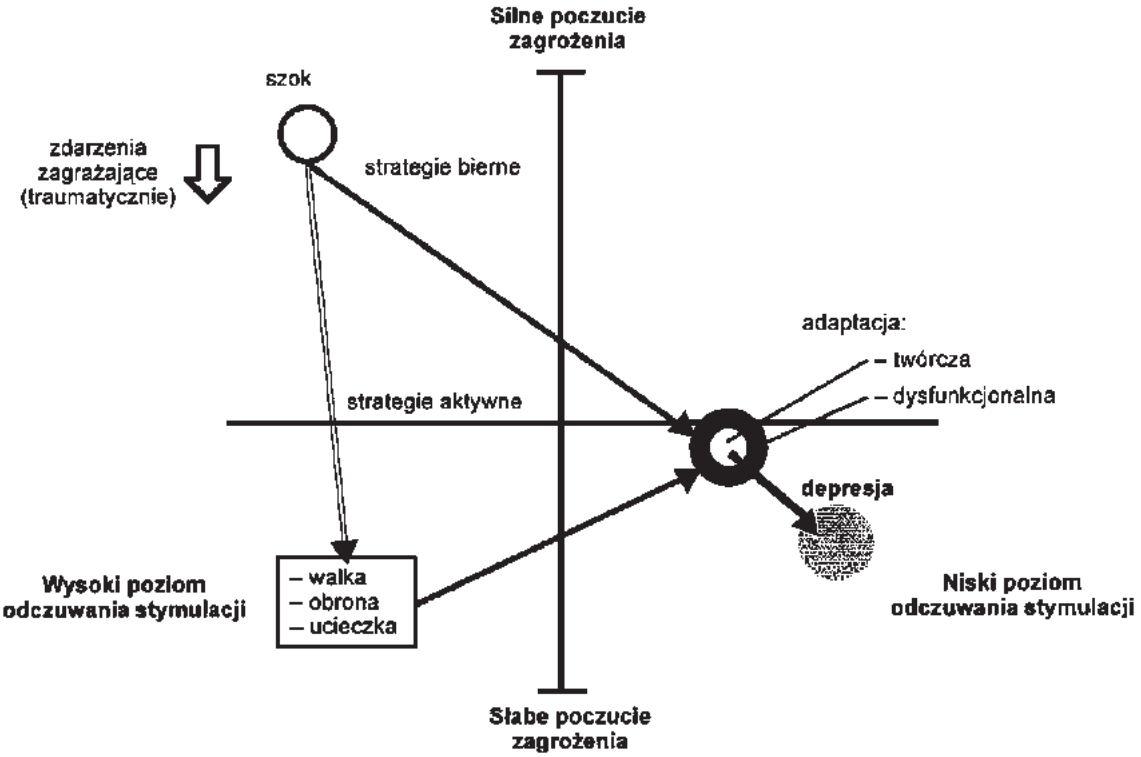
Ale właśnie pytania te czekają na odpowiedź. Konkretyzacja tak ogólnie sformułowanej koncepcji regulacji psychicznej zachowania się jest rzeczą niezwykle trudną, ponieważ brak jest aparatury pojęciowej do nazywania określonych aspektów struktur funkcjonalnych psychiki oraz narzędzi do ich pomiaru. W pracy tej posługuję się 2 wybranymi wymiarami (aspektami funkcjonowania psychiki), które wydają się mieć istotne znaczenie.

Czas, który upływa od momentu doznania szoku stopniowo wypełnia się innymi zdarzeniami. Mają one zarówno bezpośredni jak i pośredni wpływ na dalsze zachowanie się człowieka. Nie wszystko bowiem, co się z nim dzieje jest wyłącznie reakcją na zagrożenie, ale zasadniczo jego zachowanie się jest funkcjonalnie powiązane ze zdarzeniem zagrażającym. Wraz z upływem czasu człowiek może dokonywać kolejnych ocen (*appraisal and reappraisal* w teorii radzenia sobie Lazarusa i Folkman) i przewartościowań, a więc zmianie może ulegać poczucie zagrożenia. Ten aspekt regulacji zachowania nazywam aspektem semantycznym, albo treściowym. Natomiast poziom odczuwanej stymulacji zależy w decydującej mierze od obiektywnej siły działającego bodźca, czyli mają tu znaczenie temperamentalne cechy człowieka, takie jak wrażliwość i odporność. Tak więc regulacja psychiczna ma w tym ujęciu 2 aspekty: aspekt stymulacyjny i aspekt semantyczny.

Zakładam, że to, co się dzieje z człowiekiem między szokiem a depresją wynika z kombinacji tych właśnie 2 aspektów regulacji zachowania się. Biorąc to pod uwagę można założyć, że „krajobraz" (pejzaż) psychologiczny po szoku jest następujący.

Wysoki poziom odczuwanej stymulacji i silne poczucie zagrożenia prowokują jednostkę do działań zaradczych. Mogą one mieć dwojaki charakter: czynny i bierny. Strategie czynne są trojakiego rodzaju:

1. Przybierają postać walki (z żywiołem, agresorem, chorobą, przeszkodą).



Ryc. 1. Dynamika zmian zachowania się człowieka jako reakcja na zdarzenia zagrażające

2. Skłaniają do obrony (i ochrony) pozostających w dyspozycji jednostki zasobów (w tym własnych kompetencji).
3. Zmuszają do zachowań ewakuacyjnych, czyli do ucieczki ze strefy zagrożenia.

Strategie bierne polegają głównie na powstrzymaniu się od aktywności, na wołaniu o pomoc, apelach o wsparcie, nadawaniu sygnałów SOS. Należy powstrzymać się od wartościowania tych dwu rodzajów strategii, ponieważ zdarza się, że nadmierna aktywność powoduje pogorszenie sytuacji zagrożenia. Zachowanie spokoju pozwala często zdobyć bardziej adekwatną orientację w otoczeniu i diagnozę własnej sytuacji. Dlatego też monografie dotyczące sytuacji zagrożenia przewidują oddzielne instrukcje zachowania się dla osób potencjalnie poszkodowanych (ofiar), a inne dla osób uczestniczących w akcjach ratowniczych udzielających pomocy. Ale ci ostatni często stają się stopniowo ofiarami, w miarę pogarszania się sytuacji.

Adaptacja, czyli stan względnej adekwatności funkcjonalnej, może także przybierać dwie postaci. Może to być adaptacja twórcza, czyli zdolność jednostki do funkcjonowania na nowym, wyższym poziomie (por. rola kryzysów w rozwoju człowieka), ale może to być także adaptacja do warunków niesprzyjających rozwojowi, dysfunkcjonalna, a nawet patologiczna (np. odmowa podjęcia pracy przez blisko 800 tys. ludzi bezrobotnych, ponieważ uważają, że zasiłek im wystarczy do utrzymania się przy życiu, na najniższym tolerowanym poziomie).

Depresja może być wynikiem stopniowego popadania w stan bezradności z pominięciem fazy adaptacyjnej oraz może być wynikiem chwilowej lub dysfunkcjonalnej adaptacji jednostki do warunków otoczenia odczuwanego jako zagrażające i nieprzyjazne. Depresja oznacza stan, w którym odczuwana jest słaba stymulacja i niskie poczucie zagrożenia, podczas gdy obiektywnie może ono być w dalszym ciągu wysokie. Dlatego tak trudno o mobilizację sił i energii w tej właśnie fazie. Sumując ten fragment rozważań powiemy:

– Szok jest reakcją na zdarzenie zagrażające o dużym znaczeniu dla życia i funkcjonowania człowieka o dużej sile stymulacyjnej. To stan gwałtownej dysregulacji zachowania, zabu-

rzenie, domagające się dalszych działań (interwencji lub mobilizacji własnych sił).
- Konsekwencją doznania szoku jest podjęcie zachowań zaradczych o różnym stopniu zaangażowania własnych zasobów jednostki i jej mobilizacji.
- Zachowania zaradcze mogą mieć postać bierną lub czynną (to zależy od posiadanych zasobów i kompetencji ich użycia).
- Oba rodzaje strategii prowadzą do fazy adaptacji, która może mieć charakter twórczy, ale też dysfunkcjonalny.
- Skrajnym (często długotrwałym) stanem jednostki jest stan przygnębienia, trwałej apatii i bezradności, zwany depresją,

Pytania o znaczeniu praktycznym:

1. Co zrobić, aby stan szoku (krajobraz po szoku) nie był początkiem drogi wiodącej człowieka poszkodowanego dramatycznym zbiegiem okoliczności do stanu bezradności i bezsiły, jakim jest depresja?
2. W jaki sposób aktywne strategie radzenia sobie mogą przyczyniać się do stanu twórczej adaptacji, do lepszego, a nie gorszego samopoczucia i bardziej efektywnego funkcjonowania w otoczeniu?

W odpowiedzi na powyższe pytania powiem najkrócej:

1. Należy poznać mechanizmy regulacyjne zachowania się człowieka wobec zagrożeń, (prawidłowości rządzące jego zachowaniem w sytuacjach zagrażających), przede wszystkich poznać dynamikę zmian zachowania się w takich sytuacjach.
2. Zwiększyć zasoby człowieka oraz jego kompetencje w zakresie ich stosowania w sytuacjach, gdy wymagania stawiane człowiekowi są szczególnie wysokie.
3. Zapewnić maksymalną skuteczność interwencji kryzysowej poprzez trening umiejętności interpersonalnych.

NA CZYM POLEGAJĄ MECHANIZMY REGULACYJNE ZACHOWAŃ ZARADCZYCH

Chociaż problem regulacji zachowania się człowieka w ogóle, a zachowania zaradczego w szczególności, daleki jest od rozwiązania warto wykorzystać najbardziej ogólną propozycję teoretyczną, jaka pojawiła się w ostatnich latach, a mianowicie próbę zarysowaną przez T. Tomaszewskiego (1999). W tym przypadku owymi mechanizmami regulacyjnymi zachowania się człowieka byłyby:

- Zdolność do ograniczania (minimalizowania w toku procesu percepcji i oceny zagrożeń) wartości semantycznej (znaczenia) zdarzeń zagrażających, co zwiększa prawdopodobieństwo podjęcia aktywnych działań zaradczych.
- Zwiększanie własnej odporności (wytrzymałości, wytrwałości) na stymulację zagrożeniową (czyli zmniejszanie siły tej stymulacji). Jak wiemy istnieją techniki szkolenia zwiększające odporność (*stress inoculation training*) i hart ducha oraz tzw. twardość (*hardiness*), z powodzeniem stosowane np. w każdej armii.
- Zwiększanie własnych zasobów (tj. mobilizowanie własnych sił pozwalających na minimalizację siły oddziaływania ze strony otoczenia). Jednym z tych zasobów jest szeroko rozumiana kompetencja poznawcza, czyli orientacja w otoczeniu i w sobie samym, zdobywana poprzez uczenie się i kumulowanie doświadczeń. Ale także dostęp do pomocnych Innych, do pieniędzy, narzędzi, informacji i gotowość do ich adekwatnego zastosowania.

ZAKOŃCZENIE

Z punktu widzenia ogólnej teorii regulacji psychicznej, można powiedzieć, że zagrożenie zawsze ogranicza możliwości człowieka, to znaczy zawsze ogranicza dostępność środków potrzebnych mu do działania (w tym jego własnych sił), pogarsza warunki wykonywania czynności i zmniejsza prawdopodobieństwo osiągnięcia wyników. Zawsze pogarsza bilans korzyści i strat. Paradoksalnie – zachowanie najważniejszej korzyści, jaką jest życie człowieka warte jest ofiar i poświęcenia. Przez niektórych ludzi poświęcenie jest lokowane po stronie strat. Na szczęście – nie przez wszystkich.

BIBLIOGRAFIA (WYBRANE POZYCJE)

Badura-Madej, W. (red.). (1999). *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Katowice: Śląsk.

Dudek, B. (2002). *Zaburzenia po stresie urazowym (PTSD). Czynniki ryzyka*. Zapobieganie. Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.

Goszczyńska, M. (1995). Bezrobotny jako podmiot zagrożenia ekonomicznego. Analiza pamiętników bezrobotnych, W: Z. Ratajczak (red.), *Bezrobocie. Psychologiczne i społeczne koszty transformacji systemowej* (s. 27-47). Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.

Kubacka-Jasiecka, D., Lipowska-Teutsch, A. (red.). (1995). *Oblicze kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków: Wyd. ALL.

Parrino, J.J. (1979). *From panic to power*. New York: John Wiley and Sons.

Popiołek, K. (red.). (2001). *Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy, katastrofy, kataklizmy*. Poznań: Wyd. SPA.

Przetacznik-Gierowska, M. (1995). Zdarzenia życiowe a kryzysy w rozwoju człowieka. *Chowanna, 1, 4*, 5-25.

Ratajczak, Z. (2003). Temperament a koszty psychologiczne zachowania się człowieka w sytuacji zagrożenia. W: M. Marszał-Wiśniewska, T. Klonowicz, M. Fajkowska-Stanik (red.), *Psychologia różnic indywidualnych. Wybrane zagadnienia*. Gdańsk: GWP.

Ratajczak, Z. (2002). Stres przeklęty, stres błogosławiony. O psychologicznych mechanizmach zaradności w sytuacjach zagrożenia. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem* (s. 37-47). Poznań: Wyd. SPA.

Rotter, T. (2001). *Psychologia likwidacji wypadków drogowych*. Kraków: Text.

Sitek, W. (1997). *Wspólnota i zagrożenie*. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego.

Studenski, R. (1981). Poziom lęku przed zagrożeniem a wypadki przy pracy. *Przegląd Psychologiczny, 24, 1*, 137-145.

Tomaszewski, T. (1999). Uwagi na temat regulacji zachowania się człowieka. *Studia Psychologiczne, 37*, 63-66.

Zawadzki, B., Lazarsfeld, P.T. (1935). The psychosocial conseąuences of unemployment. *Journal of Social Psychology, 6*, 224-251.

Świat otaczający w perspektywie zagrożeń*

Katarzyna Popiołek

Uniwersytet Śląski, SWPS Wydział Zamiejscowy w Katowicach

Poczucie zagrożenia niepokojącymi zjawiskami zachodzącymi wokół człowieka, negatywnymi wydarzeniami, które mogą go dotknąć jest od wieków trwałym elementem życia społeczeństw. Informacje płynące współcześnie z mediów utwierdzają nas jednak w przekonaniu, że przyszło nam żyć w szczególnie niebezpiecznych czasach. Z pewnością ma tu znaczenie fakt, że dzięki nowoczesnym środkom przekazu natychmiast dowiadujemy się o wszystkim, co dzieje się na całym globie, a medialna atrakcyjność złych wieści powoduje, że otrzymujemy ich więcej niż tych pogodnych i optymistycznych.

W celu zwiększenia poczucia bezpieczeństwa wprowadzane są przez decydentów coraz to nowe ograniczenia wolności, akceptowane przez większość obywateli uważających je za rodzaj tarczy ochronnej, częściowo tylko jednak skutecznej. Równocześnie jednak odzywają się głosy, że przy rozpatrywaniu wagi poszczególnych zagrożeń trzeba poszukać właściwych proporcji. Słuszność rozpętywania zbiorowych nastrojów lęku związanych z ryzykiem ataków terrorystycznych i podporządkowywanie kolejnych dziedzin życia ochronie przed tym zjawiskiem coraz częściej poddawana jest w wątpliwość. Podkreśla się, że w Ameryce, traktowanej jako kraj najbardziej pod tym względem zagrożony, prawdopodobieństwo śmierci w zamachu jest znacznie mniejsze niż prawdopodobieństwo śmierci na skutek upadku z drabiny, co nie powoduje jednak ostrzeżeń przed tym artykułem gospodarstwa domowego ani powszechnego lęku przed jego użyciem (Żakowski, 2006). Powstaje więc pytanie, czy odczuwane przez nas zagrożenia znajdują swe uzasadnienie w obiektywnie istniejących warunkach.

Zagrożeniem nazywamy gwałtowny wzrost prawdopodobieństwa szkody lub straty, co jest równoznaczne z pogorszeniem się dotychczasowej sytuacji człowieka pod jakimkolwiek względem (Ratajczak, 2004, s. 16). Zestaw sytuacji wyzwalających sygnał lękowy u jednostki nie zawsze odpowiada realnemu zagrożeniu. Lęk jest sygnałem niesprawdzalnym. Nie opiera się na sytuacji rzeczywistej, lecz na swoistym dla każdego rachunku prawdopodobieństwa. Niepokój przed nieznanym zmniejsza się dzięki naszej wierze w okresowy bieg wypadków zarówno we własnym życiu jak i w otaczającym świecie, że wszystko w ten właśnie a nie inny sposób się ułoży (Kępiński, 1987). Różne społeczności często obawiały się czegoś, co w danej chwili wydawało się bardzo prawdopodobne, lecz w rzeczywistości albo wcale nie wystąpiło, albo też w bardzo ograniczonym stopniu. (Zabawnym tego przykładem mogą być poważne obawy władz miejskich dziewiętnastowiecznego Londynu, związane z wzrostem pojazdów konnych, co miało doprowadzić do katastrofalnych trudności z usuwaniem nawozu. Rozwój motoryzacji zniweczył sens tych obaw).

Gdy pytamy człowieka o odczuwane przezeń zagrożenia kierujemy jego uwagę na uprzednie ważne doświadczenia, a więc ku przeszłości, na bieżące tu i teraz przeżywane lęki i trudności, lecz przede wszystkim na nieznaną przyszłość, w której może nie tylko odezwać się znowu, bądź narastać to, co było i jest, ale może też nastąpić wiele nowych niepokojących wydarzeń; nowych a więc trudnych do przewidzenia i nazwania. Właśnie możność nazwania jest tu bardzo istotna. Nasz obraz świata jest obrazem słownym, pojęciowym. Istnieje w nim przede wszystkim to, co ma swoją nazwę, możemy więc powiedzieć czego się obawiamy wówczas, gdy potrafimy to nazwać. Nasze społeczne istnienie realizujemy głównie dzięki komunikacji słownej. Warstwa społeczno-kulturowa łączy ludzi ze sobą, należą do pewnej wspólnoty, w której funkcjonują podobne systemy wartości i w ślad za tym podobne obawy dotyczące ewentualnego zagrożenia tychże wartości. Odczuwane zagrożenia pełnią ważną funkcję regulacyjną; w określony sposób wpływają

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy w kntekście narastania zagrożeń,* pod red. K. Popiołek, A. Bańki, Poznań 2007 SPiA, s. 29–40.

na nasze decyzje i każda decyzja zanim zostanie podjęta jest z tymi zagrożeniami konfrontowana. Mimo, iż decyzje te formują się również na poziomie biologicznym i emocjonalnym to jednak ostateczna ich forma, „opakowanie", jak to nazywa Kępiński (2002) zależy od świadomej warstwy społeczno-kulturowej.

Przeszłość i teraźniejszość jest czymś realnym, przyszłość jest zaś potencją trudną do pełnego określenia. To, czego obawiamy się w przyszłości, jest więc zawsze w jakiś sposób zakotwiczone w przeszłych doświadczeniach lub w chwili obecnej, wyrasta na realnym gruncie doświadczenia. I chociaż określone obawy sygnalizuje jednostka, to jej deklaracje znajdują się pod silnym wpływem tego, co werbalizuje społeczność, której jest członkiem.

Wiadomo, iż umiejętność dostrzegania zagrożenia możliwości realizacji ważnych dla człowieka wartości jest niezwykle istotna dla uruchomiania mechanizmów zaradczych i adaptacyjnych. Wychwytywanie niepokojących sygnałów pełni więc ważną funkcję w regulowaniu stosunków z otoczeniem, wpływa na podejmowane przez ludzi decyzje. Jak wiadomo, poziom odczuwanych obaw może być mniej lub bardziej adekwatny do występujących obiektywnie warunków. Dostrzeganie nadmiaru zagrożeń może być wyrazem gnębiącego jednostkę nieokreślonego przyczynowo lęku, który zniekształca obraz otaczającego świata, czyniąc go nieprzyjaznym dla podmiotu. Jednakże, jeśli podobne obawy odczuwa stosunkowo duży procent jakiejś społeczności, to fakt ten jest ważną informacją z jednej strony o warunkach, w jakich przyszło jej żyć, z drugiej zaś o kondycji psychicznej jej członków. Oba te rodzaje informacji powinny być ważne zarówno dla badaczy zjawisk społecznych, jak i dla decydentów. To przekonanie stało się motywem do podjęcia prezentowanych w niniejszej publikacji badań.

JAKIE ZAGROŻENIA ODCZUWAJĄ POLACY *ANNO DOMINI* 2006

Na tle dotychczasowych rozważań rodzi się pytanie o charakter zagrożeń dostrzeganych przez Polaków w chwili obecnej. Czego naprawdę obawiają się. Jakie zagrożenia odczuwają z dużą siłą. Jak wiek i płeć różnicuje stopień odczuwania poszczególnych zagrożeń.

Prezentowane badania (realizowane w czerwcu 2006 roku) mają być próbą odpowiedzi na tak postawione pytania. W tym celu przeprowadzono sondaż na grupie 80 kobiet i mężczyzn, (mieszkańców stolicy i najbliższych okolic) różniących się wiekiem i wykształceniem. Uczestnicy sondażu pytani byli o to, jakich wydarzeń obawiają się w swoim życiu, a także, co budzi ich niepokój w otaczającej ich rzeczywistości. Na podstawie tych wypowiedzi skonstruowano listę pięćdziesięciu wydarzeń, których wystąpieniem czuli się zagrożeni respondenci. Znalazły się na niej tylko te zagrożenia, których odczuwanie zadeklarowało 20 i więcej procent uczestników sondażu.

Następnie listę tę poddano ocenie 100 osób, których zadaniem było określenie na pięciostopniowej skali, jak bardzo czują się nimi zagrożone. Badanymi byli mężczyźni (w liczbie 37) i kobiety (w liczbie 63) w wieku od lat 20–60 (56% osób przed 40 rokiem życia i 44% powyżej czterdziestki), mieszkający w Warszawie i miejscowościach położonych na jej obrzeżach. Połowa osób miała wykształcenie średnie lub wyższe, pozostali zawodowe lub podstawowe.

W trakcie analizy odpowiedzi interesowało nas przede wszystkim, jaka jest siła odczuwania wyróżnionych na liście zagrożeń. Jak wiele osób ocenia je jako duże, bądź bardzo duże. Pokazanie stopnia nasilenia odczuwanych zagrożeń i zastanowienie się, co może być tego przyczyną, jest głównym celem niniejszych rozważań.

W celu uzyskania większej czytelności prezentacji wyników badań, umieszczone na liście zagrożenia podzielone zostały na 9 grup. Każda z nich zawiera zagrożenia podobnej natury, dotyczące tej samej sfery życia.

Oto wyróżnione kategorie zagrożeń (kolejność wymieniania związana jest z ilością osób wskazujących poszczególne, mieszczące się w ich ramach zagrożenia jako odczuwane w stopniu dużym i bardzo dużym):

1. zagrożenia o charakterze egzystencjalnym
2. zagrożenia ekonomiczno-socjalne
3. zagrożenia zdrowotne
4. zagrożenia w postaci nieszczęśliwych wypadków losowych
5. zagrożenia związane z utratą sprawczości i przydatności
6. zagrożenia polityczno-społeczne
7. zagrożenia związane ze złymi stosunkami międzyludzkimi
8. zagrożenia totalne (takie jak terroryzm, różnego typu klęski)
9. zagrożenia ekologiczne

Przyjrzyjmy się teraz bliżej kolejnym typom zagrożeń i spróbujmy tą drogą dowiedzieć się czegoś więcej o nas samych i warunkach, w jakich przyszło nam żyć. Procenty podawane przy poszczególnych zagrożeniach pokazują, jak wiele osób deklarowało odczuwanie danego zagrożenia w stopniu silnym (czyli dużym lub bardzo dużym).

ZAGROŻENIA O CHARAKTERZE EGZYSTENCJALNYM

Prezentowana badanym lista, utworzona drogą sondażu, zawierała pięć tego typu zagrożeń. Oto one wraz z procentem osób, które określiły je jako silne (czyli duże bądź bardzo duże):

możliwość utraty bliskiej osoby – wskazało je	– 74% badanych
samotność	– 42%
lęk przed śmiercią	– 28%
lęk przed starością	– 22%
obawa o utratę urody, atrakcyjności	– 10%

Wyniki pokazują, że największy procent badanych wskazuje na zagrożenia uniwersalne dla kondycji ludzkiej, a mianowicie możliwość utraty bliskiej osoby (74%) i samotność (42%). Fakt taki pobudza do pewnej refleksji. Cywilizacja określana mianem zachodniej, w którą wkroczyliśmy lat temu parę, promując sukces, którego osiągnięcie wiąże się z całodobową dyspozycyjnością wobec pracodawcy, prowadzi do powstawania coraz większej rzeszy ludzi pędzących w wyścigu do zdobycia jak najlepszej pozycji, często usatysfakcjonowanych pokonywaniem kolejnych szczebli drabiny społecznej, lecz równocześnie straszliwie samotnych. Przewartościowanie pracy prowadzące coraz częściej do pracoholizmu, brak czasu, niedocenianie znaczenia codziennych drobnych gestów ważnych dla dobrego funkcjonowania z bliskimi, utrudnia nawiązywanie, a także podtrzymywanie prawdziwie głębokich związków. Zmęczeni licznymi, powierzchownymi kontaktami, ludzie bronią się przed ich naporem i uciekają w swoje samotne schronienia, wypełniając pustkę oglądaniem telewizji i serfowaniem po Internecie. Samotność zdaje się być znakiem naszych czasów.

Respondenci wskazywali także na odczuwanie innych obaw związanych z kruchością ludzkiej egzystencji: lęk przed śmiercią, starością, utratą urody. Pogodzenie się z istnieniem tych zagrożeń jest zadaniem, przed którym stajemy wszyscy, świadomi faktu tak lapidarnie opisanego przez Szymborską konstatującą, że „choćbyśmy uczniami byli najtęższymi w szkole świata, nie będziemy repetować, ani zimy ani lata".

ZAGROŻENIA EKONOMICZNO-SOCJALNE

Charakter obaw dotyczących sfery ekonomiczno-społecznej oddaje bardzo dobrze warunki, w jakich przyszło żyć większości polskiego społeczeństwa. Respondenci czują się zagrożeni:

brakiem godziwego życia na starość	– 47% bad.
słabo działającą służbą zdrowia nie zapewniającą odpowiedniej ochrony	– 47%
niemożnością znalezienia pracy	– 36%
możliwością utraty pracy	– 32%
możliwością utraty statusu ekonomicznego	– 28%

Wymienione wyżej zagrożenia są bezpośrednim odbiciem obiektywnie istniejącej sytuacji w Polsce. Fatalne zaniedbania w systemie ubezpieczeń społecznych, w połączeniu z zachodzącym starzeniem się społeczeństwa grozi istną katastrofą emerytalną. Służba zdrowia nie może się podnieść z upadku, a stale zwiększające się braki podstawowego personelu również rysują ciemne perspektywy. Zwróćmy uwagę jak duży procent (prawie polowa badanych) czuje się tymi faktami poważnie zagrożony. Utrata pracy, a także niemożność jej zdobycia (zarówno przez tych poszukujących jej po raz pierwszy, jak i tych szukających jej powtórnie) w sytuacji ciągle zbyt dużego poziomu bezrobocia, wiąże się często z długotrwałością takiego stanu i może prowadzić do marginalizacji, wykluczenia. Bezrobocie powinno być tylko epizodem, po którym w większości przypadków następuje powrót w grono zatrudnionych, jak to ma miejsce w wielu krajach, np. w Holandii, gdzie doświadczenie takie stało się udziałem większości dorosłych jej mieszkańców (Witkowski 2005). Jeśli jest inaczej, wówczas bezrobocie stygmatyzuje ze wszystkimi tego konsekwencjami. Obawa utraty statusu ekonomicznego w dużej mierze związana jest z niepewnością sytuacji na rynku pracy. Może też wskazywać na wzrost odczuwanych deprywacji ekonomicznych. W świetle statystyk nie przyjmują one wielkich rozmiarów, jednakże w subiektywnych ocenach konsumentów dotyczących potrzeb i możliwości ich zaspokojenia wygląda to nieco inaczej. Świadomość faktu, że około jedna piąta społeczeństwa żyje na pograniczu ubóstwa, ukazuje te obawy w innym świetle.

ZAGROŻENIA ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM

Odpowiedzi respondentów dotyczące obaw o zdrowie pokazują, jakich chorób obawiają się oni w sposób szczególny. Spójrzmy na wymieniane tu zagrożenia:

trwała utrata zdrowia – silne zagrożenie dla	– 51% bad.
rak	– 30%
zaburzenia krążenia (zawał, wylew, miażdżyca)	– 30%
zarażenie AIDS (16%) lub innym wirusem z którym medycyna nie umie walczyć (żółtaczka, groźny typ grypy) (14%) – w sumie	– 30%
choroba psychiczna	– 14%

I tutaj również odpowiedzi osób badanych ukazują obraz polskiej rzeczywistości. Wysokie zagrożenie, jakie stanowi choroba nowotworowa jest, jak można sądzić, związane z brakiem odpowiedniej profilaktyki, ze zbyt późną wykrywalnością zmian rakowych, powodującą, że choroba ta zbiera u nas zbyt wielkie śmiertelne żniwo, w porównaniu z innymi rozwiniętymi państwami. To samo dotyczy zaburzeń krążenia.

AIDS dalej budzi lęk, ale panika związana z tą chorobą przestała być tak powszechna, jak to miało miejsce jeszcze kilka lat temu. Zwiększył się stan wiedzy ludzi o tej chorobie, a także pojawiły się sposoby powstrzymywania jej rozwoju.

Choroby psychiczne, mimo prowadzonych różnego typu akcji propagujących możliwości ich leczenia, dalej budzą poważne obawy (zgłasza je co 7 badany). Jedną z przyczyn jest tu pewnie obawa wykluczenia. Media dość często spektakularnie informują o zbrodniach popełnianych przez osoby chore, co z pewnością niekorzystnie rzutuje na obraz ludzi dotkniętych zaburzeniami zdrowia psychicznego i ich sytuację w środowisku społecznym.

NIESZCZĘŚLIWE WYDARZENIA LOSOWE

W tej grupie zagrożeń znalazły się:

wypadki drogowe – silne zagrożenie deklarowało tu	– 43% bad.
napady związane z okaleczeniem, pobiciem, gwałtem	– 26%
kradzieże	– 22%.

Częstość tych zdarzeń potwierdzają statystyki policyjne i poczucie, że stosunkowo łatwo można się stać ich ofiarą jest zgodne z prawdopodobieństwem ich wystąpienia. Boimy się więc tego, co faktycznie dzieje się wokół nas.

ZAGROŻENIA ZWIĄZANE Z UTRATĄ POCZUCIA SPRAWSTWA I PRZYDATNOŚCI

Duża część zgłaszanych przez badanych zagrożeń dotyczyła znalezienia się w takiej sytuacji, w której będą czuli się bezsilni wobec wymagań życia, gorsi od innych, nie radzący sobie z trudnościami (aż 13 tego typu obaw znalazło się wśród 50-ciu włączonych do listy).

Przyjrzyjmy się więc zagrożeniem mieszczącym się w tej kategorii. Czego silnie obawiają się badani:

poczucia bezsilności i niemocy	– 37% resp.
niezrealizowania ważnych celów życiowych	– 32%
niesprostania odpowiedzialności za trudne do skontrolowania sprawy	– 32%
poczucia bezużyteczności	– 28%
nałogów bliskich osób	– 23%
narastania obowiązków	– 21%
stracenia wiary w siebie	– 15%
bycia słabszym, gorszym od innych	– 15%
konieczności stałego podnoszenia kwalifikacji	– 13%
braku znajomości koniecznych, by coś załatwić	– 12%
wykluczenia z grupy równych sobie	– 11%
zrobienia pod naciskiem sytuacji czegoś wbrew prawu	– 11%
wpadnięcia w nałóg	– 10%

Z powyższej listy wyziera twarz Polaka zmęczonego i udręczonego nasilającą się niemożnością sprostania rosnącym zewnętrznym wymaganiom, jak i zaspokojenia własnych pragnień, przytłoczonego brakiem szans na dobrą przyszłość, niewierzącego we własne siły. Widoczna jest obawa przed marginalizacją, wykluczeniem z grupy, znalezieniem się poza nawiasem. Broniąc się przed tym człowiek może dopuszczać się działań niezgodnych z prawem, czego jak widać także obawiają się badani, podobnie jak szukania ulgi w stosowaniu używek. Czy tak objawia się zmęczenie trudnym procesem niekończącej się transformacji, połączone z wygasaniem wiary w lepszą przyszłość, czy też jest to wyraz braku inwencji i hartu koniecznego w systemie opartym na konkurencji. Czy jest to sygnał wskazujący na „nieludzkość" systemu, w któ-

rym przyszło nam żyć, czy wyraz niedojrzałości i za dużych apetytów na to, czego osiągnąć nie potrafimy. Lęk przed stałą koniecznością podnoszenia kwalifikacji i widoczny brak wiary we własne siły z pewnością nie sprzyjają przedsiębiorczości. Pragnienie państwa opiekuńczego daje tu wyraźnie o sobie znać.

Powodem rodzącego się poczucia bezsilności mogą być też stałe zawirowania i kryzysy pojawiające się w bieżącym życiu politycznym naszego kraju, eskalowanie atmosfery nieufności, manipulacyjne działania decydentów, nieuzasadnione zmiany podjętych decyzji wywołujące liczne obawy obywateli, zmęczonych kolejnymi sensacjami i odczuwających brak możliwości wpływu na istniejącą sytuację. Niemożność podjęcia aktywności zaradczej powiększa uczucie lęku. Przyjrzyjmy się więc kolejnej grupie zagrożeń dostrzeganych przez respondentów właśnie w sferze społeczno politycznej.

ZAGROŻENIA POLITYCZNO-SPOŁECZNE

W świetle obaw wyrażanych przez respondentów odnośnie sfery polityki i zmian zachodzących w życiu społecznym rysuje się obraz kraju, w którym obywatele nie są pewni dalszego zachowania swych uprawnień. Nie kontrolowaliśmy sympatii politycznych badanych, jednak fakt, że są oni mieszkańcami dużej aglomeracji miejskiej i połowa z nich legitymuje się wykształceniem średnim lub wyższym, sympatie te w jakiś sposób określa.

A oto zjawiska, którymi respondenci czują się zagrożeni wraz z procentem osób odczuwających te zagrożenia w dużym i bardzo dużym stopniu:

nietolerancja	– 29% resp.
ignorowanie praw obywatelskich	– 26%
zagrożenie przyszłości młodych pokoleń	– 24%
ograniczanie wolności słowa	– 22%
narastająca społecznie atmosfera wzajemnej nieufności	– 21%
możliwość ograniczenia demokracji	– 18%

Patrząc na wyrażane przez respondentów obawy można zaryzykować twierdzenie o rodzeniu się społeczności żyjącej w warunkach permanentnego stresu, powodowanej sytuacją osłabiania się więzi społecznych w atmosferze wzajemnej nieufności, a także braku oparcia w systemie obywatelskich praw, które mogą ulec zachwianiu.

ZŁE STOSUNKI MIĘDZYLUDZKIE

Obawy związane z relacjami z otoczeniem społecznym wskazują wyraźnie na istnienie atmosfery braku wzajemnego zaufania wśród rodaków. Fakt ten znajduje swe odbicie w licznych badaniach (Skarżyńska, 2005), których wyniki ukazują Polaków jako ludzi szczególnie nieufnych w porównaniu z innymi nacjami. Jedną z przyczyn może być proces nieustannego manipulowania „teczkami", permanentny pościg za różnego typu agentami, aferantami, niszczenie autorytetów, które pomawia się często niesłusznie o donosicielstwo, bądź innego typu czyny niemoralne. To wszystko podważa brak wiary w istnienie uczciwości traktowanej już jako atrybut pozorny, przypisywany komuś jedynie do czasu ujawnienia prędzej, czy później, istniejących w tym względzie uchybień.

Respondenci deklarują poważne poczucie zagrożenia takimi aspektami relacji międzyludzkich jak:

zdrada, nielojalność	– 29% bad.
oszustwo, manipulacja	– 23%
niemożność ufania ludziom	– 17%
obmowa, donosicielstwo	– 15%
niezasłużona krytyka	– 15%
niesprawiedliwość zwierzchników	– 11%

Atmosfera braku wzajemnego zaufania nie tylko utrudnia budowanie dobrych relacji z innymi, ale także wpływa niekorzystnie na chęć podejmowania działań, które bardzo łatwo mogą zostać zniweczone przez nielojalność partnerów. Dotyczy to zarówno sfery życia rodzinnego, obywatelskiego, jak i gospodarczego, kiedy to obawa przed nieuczciwością otoczenia powstrzymuje nas przed założeniem własnej firmy.

KATASTROFY, KATAKLIZMY, ZAGROŻENIA TOTALNE

Śledząc doniesienia mediów można było spodziewać się, że silne odczuwanie tego typu zagrożeń będzie dość powszechne. Tymczasem ta kategoria obaw ulokowała się na przedostatnim miejscu, wyznaczonym liczbą osób odczuwających je w stopniu dużym i bardzo dużym.

Obawy te dotyczyły:

ataku terrorystycznego – i wystąpiły silnie u	– 18% bad.
zastosowania broni biologicznej, atomowej	– 13%
wybuchu wojny o światowym zasięgu	– 13%
klęsk żywiołowych	– 11%

Zagrożenia te wydają się być respondentom dość odległe zarówno w czasie jak i przestrzeni, a prawdopodobieństwo ich wystąpienia nie tak wielkie. Stąd mniejszy nieco procent zgłaszających je osób. Niemniej fakt, że prawie, co piąta badana osoba mówi o dużym poczuciu zagrożenia zamachami pokazuje, że terroryzm kładzie się cieniem na naszej codzienności. Należy również zaznaczyć, że badania prowadzone były w czerwcu 2006 r., a więc przed zamachami w londyńskim metrze. Być może pod ich wpływem procent ten uległby zwiększeniu.

ZAGROŻENIA EKOLOGICZNE

Respondenci wskazali dwa tego typu zagrożenia: dużą ilość zanieczyszczeń środowiska naturalnego i wyczerpywanie się naturalnych zasobów. Zostały one ocenione jako odczuwane w stopniu silnym przez odpowiednio 18% i 11% osób badanych. Trudno powiedzieć, jak bardzo zagrożenia te odczuwane są na co dzień. Można jednak sądzić, że wzrost cen paliw i stałe doniesienia o różnego typu katastrofach ekologicznych, rosnąca popularność zdrowej żywności, coraz powszechniej poszukiwanej, wskazują, że świadomość zagrożeń tego typu wkroczyła w nasze życie.

RÓŻNICE ZWIĄZANE Z WIEKIEM I PŁCIĄ

Analiza frekwencji poszczególnych zagrożeń pozwoliła dostrzec pewne różnice wyznaczone wiekiem i płcią badanych. Poniżej przedstawione zostaną te z nich, które okazały się istotne statystycznie.

Mężczyźni częściej niż kobiety deklarowali wysokie poczucie zagrożenia możliwością utraty wiary siebie i bycia gorszym od innych (każdą z tych obaw zgłaszało 92% mężczyzn i 73% kobiet, $chi^2 = 6{,}845$, $p = 0{,}009$), a także niezrealizowania ważnych celów (77% M, 54% K, $chi^2 = 5{,}488$, $p = 0{,}019$). Obawy te mogą świadczyć o tym, że mężczyźni spostrzegają stojące przed nimi wymagania jako przerastające ich możliwości, co zagraża ich poczuciu męskości, której realizacja związana jest z zajmowaniem odpowiedniego miejsca w hierarchii społecznej. Wielu z nich nie odnalazło swego miejsca w zmieniającej się rzeczywistości społeczno-ekonomicznej, czują się zepchnięci na margines radzącej sobie społeczności.

Kobiety częściej obawiały się przemocy, której nierzadko one właśnie stają się ofiarą, a więc napaści związanej z okaleczeniem, pobiciem gwałtem (wskazywało na to 86% kobiet i 67% mężczyzn, $chi^2 = 4{,}568$, $p = 0{,}033$,) narastającej wokół agresji (59% K, 38% M, $chi^2 = 4{,}559$, $p = 0{,}033$), częściej też od mężczyzn wyrażały poczucie zagrożenia śmiercią (84% K, 65,6% M, $chi^2 = 3{,}858$, $p = 0{,}050$). Można rzec, że „słaba płeć", która, jak pokazują badania, dzielniej od mężczyzn radzi sobie z trudami nowej rzeczywistości, czuje się od nich bardziej bezradna w zetknięciu z agresją, która, jak wiadomo wpisana jest w rolę męską i często niestety obraca się przeciw słabszym fizycznie kobietom.

Jeśli chodzi o różnice związane z wiekiem respondentów, to osoby starsze (po czterdziestce) częściej obawiały się utraty zdrowia (56% tej grupy deklarowało odczuwanie takiego zagrożenia i tylko 33% młodszych, $chi^2 = 3{,}959$, $p = 0{,}047$), zwłaszcza niewydolności układu krążenia, która faktycznie zgodnie ze statystykami dotyka duży procent ludzi w tym wieku (77% starszych 56% młodszych, $chi^2 = 4{,}386$, $p = 0{,}036$). Wszyscy młodzi badani (a więc 100%) deklaruje zagrożenie wynikające z braku znajomości koniecznych do załatwienia wielu spraw. Obawy takie zgłasza również duży procent grupy badanych po czterdziestce (84%), jednak różnica pod tym względem między starszymi i młodszymi jest istotna statystycznie ($chi^2 = 4{,}584$, $p = 0{,}032$). Wskazywany często w mediach fakt przyjmowania do pracy jedynie drogą znajomości i koneksji, czyni te obawy realistycznymi. Z tym też może wiązać się częstsze występowanie w grupie młodych badanych zagrożenia możliwości zrealizowania ważnych celów życiowych (u 88,9% młodszych, 62% starszych, $chi^2 = 6{,}524$, $p = 0{,}011$). To właśnie powoduje, że wielu z nich wyjeżdża poszukiwać tych możliwości poza krajem, gdzie widzą więcej szans.

DYSKUSJA

Zastanówmy się teraz, co pokazują powyższe zestawienia. Czy fakt, że w sondażu respondenci wskazali z dwudziestoprocentową zgodnością aż 50 zagrożeń, z których prawie wszystkie (dokładnie 47) odczuwane są w stopniu silnym, przez co najmniej kilkanaście procent badanych, a ponad połowa (29) przez co piątą osobę, świadczy o tym, że jesteśmy społeczeństwem niepokoju? Trudno o jednoznaczną odpowiedź, gdyż brak punktu odniesienia dla takiej oceny. Z pewnością fakt taki skłania do refleksji. Większość zagrożeń deklarowanych przez badanych związanych jest z sytuacją społeczno polityczną i ekonomiczną kraju. Zagrożenia te są podzielane i werbalizowane przez wielu członków różnego typu społeczności, pod których wpływem pozostajemy. Są też omawiane w mediach, o któ-

rych mocy nie trzeba nikogo przekonywać. Dają o sobie znać na co dzień, zarówno w miejscu pracy, jak i życiu rodzinnym. Odczuwane obawy można uznać za adekwatne do występujących obiektywnie warunków. Sytuacja wyjątkowo silnego kryzysu polityczno-społecznego, jaki od dłuższego czasu ma miejsce w Polsce z pewnością wyczuliła respondentów na zagrożenia mające swe źródło w tej właśnie sferze. Wielka fala emigracji za pracą i większą pewnością bytu jest tego potwierdzeniem. Uwypukliła ona stan bezradności dużej części Polaków pozostających w kraju i zmagających się często bez powodzenia z trudnościami ekonomicznymi.

Fakt pojawienia się w sondażu takich a nie innych zagrożeń trzeba też tłumaczyć w inny sposób. Metoda sondażu uruchamia u respondenta procesy znajdujące się pod poznawczą kontrolą. Wiele obaw blokowanych przez rożnego typu mechanizmy obronne nie może więc ujawnić się tą drogą. Z pewnością zastosowanie metod projekcyjnych pozwoliłoby dotrzeć do innego typu obaw. Obawy zgłaszane psychologowi, czy terapeucie w trakcie intymnego spotkania, różnią się w sposób istotny od tych, którymi skłonni jesteśmy podzielić się z badaczem przeprowadzającym sondaż.

W świetle uzyskanych wyników można zastanawiać się nad relacją między wymaganiami stojącymi przed polską społecznością i jej możliwościami adaptacyjnymi. Charakter wielu sygnalizowanych zagrożeń odkrywa poczucie bezradności wobec pojawiających się wyzwań, a także kryjący się pod tym odczuwany brak wpływu na to, co dzieje się wokół. Może jest tak, że nie potrafimy tworzyć aktywnych społeczności próbujących podejmować określone zachowania zaradcze i proces budowy systemów wsparcia społecznego jest zbyt słaby, co prowadzi do poczucia samotnej walki z przeciwnościami losu.

Nie można również wykluczyć osłabienia odporności na stymulację zagrożeniową wynikłą z wielu rozczarowań, jakie stały się tych społeczności udziałem w ostatnich kilkudziesięciu latach, a także niedoceniania uzyskanych w tym czasie osiągnięć.

LITERATURA

Kępiński, A. (1987). *Lęk*. Warszawa: PZWL.

Ratajczak, Z. (2004). Zagrożenie. Między szokiem a depresją. W: K. Popiołek (red.), *Kryzysy, Katastrofy, kataklizmy. Zjawiska współczesnej cywilizacji*. Poznań: SPA.

Skarżyska, K. (2005). *Człowiek a polityka. Zarys psychologii politycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Witkowski, L. (2005) O paradoksach marginalizacji. Dwadzieścia dwa przejawy zmiany w społeczeństwie i naukach społecznych. W: K. Marzec-Hoki (red.), *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce socjalnej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Żakowski, J. (2006). Ciemny brąz czyli co zrobić z islamistami. *Polityka nr 35*.

Ciemna strona optymistycznych iluzji*

Dariusz Doliński

Uniwersytet Opolski, SWPS Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu

Większość badań psychologicznych dostarcza wyników świadczących o nadzwyczaj korzystnych konsekwencjach optymizmu i tak zwanych pozytywnych iluzji [por. zwłaszcza Taylor i Brown, 1988; czy specjalny numer *American Psychologist* (2000) poświęcony tej problematyce]. Od czasu do czasu pojawiają się jednak także takie studia, które wskazują na jego destruktywną rolę. Burger i Burns (1988, za: Burger i Palmer, 1992) wykazali na przykład, że im większy badane przez nich studentki wykazywały optymizm, że nie zajdą w niepożądaną ciążę, tym rzadziej stosowały środki antykoncepcyjne. Optymizm może być też bardzo niebezpieczny dla motocyklistów. Okazuje się bowiem, że często wiąże się on z zaniedbywaniem wkładania kasku (Pelham i Taylor, 1991). Perloff (1983) oraz Eiser i Arnold (1999) przedstawiają z kolei dane, z których wynika, że ludzie żywiący iluzoryczną wiarę w to, że są mniej od innych narażeni na różnego rodzaju choroby ignorują zalecenia lekarzy dotyczące zachowań prewencyjnych.

Inny przykład problemów, które mogą napotkać osoby żyjące pozytywnymi iluzjami dotyczy konsekwencji wyraźnego przeceniania własnych kompetencji, umiejętności i potencjalnych możliwości. Baumeister, Heatherton i Tice (1993) zwracają uwagę na to, że ogólne zadowolenie z życia wynika między innymi z umiejętności dokonywania trafnych wyborów. Zwykle jest tak, że im trudniejsze jest osiągnięcie jakiegoś celu, tym większą radość i satysfakcję sprawia nam zrealizowanie go. Z drugiej wszakże strony, im zadanie jest trudniejsze, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo, że sukces stanie się udziałem podmiotu. Optymalizacja funkcjonowania polega zatem zazwyczaj na wyborze takich zadań, które są trudne, ale zarazem możliwe do osiągnięcia (por. też Eisenberger, Mitchell i Masterson, 1985). To z kolei możliwe jest tylko wtedy, gdy podmiot ma dobrą orientację zarówno we własnych możliwościach i umiejętnościach, jak i w warunkach zadania. Błędy polegające na wyborze zadania zbyt łatwego lub zbyt trudnego przynoszą przy tym niejednakowe konsekwencje. W pierwszym przypadku podmiot osiąga mniej niż by mógł. (Coś jednak uzyskuje). W drugim przypadku strata jest poważniejsza. Podmiot ponosi porażkę i nie osiąga niczego. Autorzy zwracają uwagę, że skłonność ludzi do zbyt pochlebnego widzenia siebie, nadmiernego optymizmu i przeceniania wpływu na zdarzenia naraża ich na występowanie tych poważniejszych konsekwencji. Pozytywne iluzje skłaniają wszak ludzi do wybierania zadań zbyt trudnych, a w konsekwencji na ponoszenie w nich porażek.

Jak to zatem jest z pozytywnymi iluzjami? Czy są dla działającej jednostki tak jednoznacznie niekorzystne, jak zdają się na to wskazywać wyżej opisane eksperymenty? Bez wątpienia nie. Jak już wspominałem na wstępie, wyniki wielu innych badań jednoznacznie wskazują że tak nie jest. Przeciwnie: wynika z nich, że optymizm sprzyja optymalizacji funkcjonowania podmiotu. Czym można zatem wyjaśnić te rozbieżności?

Wydaje się, że najtrafniejszej odpowiedzi na pytanie o rolę pozytywnych iluzji udziela Roy Baumeister (1989). Zwraca on uwagę, że zazwyczaj korzystnie wpływają one na funkcjonowanie człowieka wtedy, gdy ich siła nie jest zbyt duża. Często stają się jednak autodestruktywne wówczas, gdy przybierają postać skrajną. Baumeister mówi w związku z tym o optymalnym zakresie takich złudzeń. Empiryczne dowody na rzecz trafności takiego podejścia przedstawiają Jens Asendorpf i Fritz Ostendorf (1998). Wykazują na przykład, że zbyt przesadnie korzystne ocenianie siebie jest zazwyczaj związane z przeżywaniem przez jednostkę problemów psychicznych. Dla osoby psychicznie zdrowej charakterystyczne jest natomiast umiarkowanie nierealistyczne spostrzeganie własnych zdolności, umiejętności i cech charakteru[1].

* Artykuł pochodzi z: *Człowiek w sytuacji zagrożenia: Kryzysy katastrofy kataklizmy,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2001 SPiA, s. 23–32.

[1] Szerzej na ten temat zob.: Doliński, w druku.

Tak, czy inaczej, przekonaliśmy się, że pozytywne iluzje mogą czasem przynosić niekorzystne konsekwencje dla funkcjonowania podmiotu. Oczywiście, nie oznacza to automatycznie, że iluzje negatywne – np. nierealistycznie negatywna ocena własnych kompetencji i potencjalnych możliwości, czy nieuzasadniony pesymizm mogą być korzystne. A więc, czy przynajmniej w pewnych przypadkach mogą one przynosić pozytywne konsekwencje? Aby odpowiedzieć na to pytanie, przyjrzeć się trzeba zupełnie innym danym.

Australijski psycholog N.T. Feather (1967, 1969) wykazał, że siła reakcji emocjonalnej będącej odpowiedzią na zdarzenie, które odbieramy jako pozytywne lub negatywne zależy w dużym stopniu od tego, czy spodziewamy się jego pojawienia się, czy też nie. Im bardziej jego wystąpienie jest dla nas nieoczekiwane, tym silniejsze emocje się pojawiają. Jeśli jesteśmy na przykład miłośnikami jakiejś partii politycznej i z sondaży wynika, że partia ta ma wystarczająco duże poparcie by znaleźć się w parlamencie, to oczywiście cieszymy się, gdy rzeczywiście tak się w wyniku wyborów staje. Nasza radość jest jednak jeszcze większa, gdy wprawdzie z sondaży wynikało, że szanse naszej partii na osiągnięcie ustawowego progu 5% poparcia są czysto iluzoryczne, a zagłosowało na nią tylu wyborców, że wystarczyło to na spełnienie tego wymogu. Odczuwany przez nas smutek z tego, że politycy naszej partii nie zasiądą w ławach parlamentarnych będzie natomiast większy, gdy wierząc w miarodajność sondaży do ostatniej chwili będziemy przekonani o sukcesie naszych faworytów, niż w warunkach, w których już wcześniej przyjmiemy, że szanse na dostanie się reprezentantów naszej partii do parlamentu są czysto iluzoryczne.

Tom Pyszczynski (1982) zakłada, że ludzie zdają sobie na ogół sprawę z prawidłowości opisanej przez Feathera. Dla zminimalizowania odczuć negatywnych i maksymalizowania emocjonalnych doświadczeń pozytywnych dokonują zatem często specyficznie zniekształconych oszacowań prawdopodobieństw przyszłych zdarzeń. Jeśli zależy im na wystąpieniu jakiegoś stanu rzeczy, formułują oczekiwania pesymistyczne, szacując prawdopodobieństwo zajścia danego zdarzenia nisko. Jeśli natomiast nie chcą aby dane zdarzenie wystąpiło, także stają się pesymistami i oceniają prawdopodobieństwo jego zajścia jako wysokie. Ludzie są więc „pesymistami strategicznymi".

Teza Pyszczynskiego stoi w zasadniczej sprzeczności z klasycznym efektem Marks (1951) – Irwina (1953). Zgodnie z nim ludzie przeceniają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń pożądanych, a nie doceniają prawdopodobieństwa pojawienia się zdarzeń niepożądanych. Pyszczynski zauważa jednak, że w badaniach dotyczących tego efektu zdarzeniem pożądanym było zazwyczaj zdobycie pewnej ilości punktów, a niepożądanym ich utrata. Punkty te były przy tym bądź nieprzeliczalne na jakiekolwiek dobra, bądź też zamieniane były na drobne, czy wręcz symboliczne kwoty. Silne emocje, na odczuwanie których człowiek chce mieć wpływ, pojawiają się jednak dopiero wtedy, gdy pozytywne lub negatywne konsekwencje określonych stanów rzeczy są doniosłe. A wówczas – twierdzi Pyszczynski – można spodziewać się zależności postulowanych przez niego, a nie zakładanych przez Marks i Irwina.

Aby przekonać się, czy jest tak istotnie, Pyszczynski przeprowadził badanie, którego uczestnikom mówiono, że za osiągnięcie sukcesu w losowaniu otrzymywać będą nagrody pieniężne. Badani spodziewali się, że będą losować jedną kartę z dziesięciu, przy czym w zależności od warunków eksperymentalnych mówiono im, że dwie, pięć lub też dziewięć kart to karty wygrywające. Część badanych wiedziała przy tym, że sukces premiowany jest pięcioma dolarami, pozostali dowiadywali się, że nagroda wynosi pięćdziesiąt centów. Bezpośrednio przed samym losowaniem wszyscy wypełniali specjalny kwestionariusz, w którym określali swoje szanse na wylosowanie „szczęśliwej" karty.

Analiza wyników związanych z tymi oszacowaniami przyniosła dane zasadniczo zgodne z hipotezą Pyszczynskiego, a tym samym sprzeczne z efektem Marks-Irwina. Przede wszystkim okazało się, że badani sądzili, że mają mniejsze szanse na osiągnięcie sukcesu w warunkach wysokiej nagrody niż w warunkach niskiej nagrody. Poza tym, gdy sukces był prawie pewny (obiektywne prawdopodobieństwo osiągnięcia go wynosiło 0,90) ludzie wyraźnie zaniżali swoje szanse. Można zatem sądzić, że dokonywali strategicznie pesymistycznych oszacowań[2].

Co ciekawe, rozmowy prowadzone bezpośrednio po eksperymencie z osobami badanymi ujawniły, że często zdają sobie one sprawę z tego, że w wielu realnych sytuacjach życiowych uciekają się do takiego strategicznego pesymizmu. Jak się wyda-

[2] Warto na marginesie zauważyć, że nie jest do końca jasne, czy czynili to po to, by zwiększyć pozytywne emocje po wylosowaniu „szczęśliwej" karty, zmniejszyć uczucie doznawanego zawodu po wylosowaniu karty „pechowej", czy też uwzględniali w swych, mniej lub bardziej świadomych, kalkulacjach oba te potencjalnie możliwe stany rzeczy. Kwestia ta wymagałaby przeprowadzenia odrębnych badań.

je, jedną z dobrych ilustracji wspomnianego stanu rzeczy są oczekiwania, jakie niektórzy studenci wzbudzają w sobie bezpośrednio przed wejściem na egzamin. Być może ci, którzy mówią sobie (i innym): „Boję się, że nie zdam", „czuję, że dziś mi się noga podwinie", „na pewno wylosuję jakieś straszne pytanie", czy też „nic nie wiem, na pewno obleję" robią to przede wszystkim po to, by zminimalizować negatywne emocje w przypadku rzeczywistego niepowodzenia lub też zintensyfikować radość po ewentualnym sukcesie.

Inny przykład korzyści wynikających z negatywnych iluzji pochodzi z badań inspirowanych zjawiskiem nierealistycznego optymizmu, opisanym po raz pierwszy przez Neila Weinsteina (1980, 1984). Zjawisko to wiąże się z tendencją do widzenia siebie jako mniej niż inni narażonego na różne negatywne zdarzenia (jak np. udział w katastrofie kolejowej, popadniecie w alkoholizm, zawał serca, rozwód) i jednocześnie sądzenia, że jest się bardziej od innych predysponowanym do doświadczania zdarzeń przyjemnych (jak udane małżeństwo, dobrze płatna praca, atrakcyjna podróż za ocean). Weinstein wykazał powszechność występowania tego specyficznego myślenia życzeniowego[3]. Prosił studentów o oszacowanie prawdopodobieństw, że różne (pozytywne i negatywne) stany rzeczy mogą zdarzyć się im i przeciętnemu studentowi ich płci. Oczywiście w przypadku konkretnej jednostki trudno byłoby uznać takie optymistyczne oczekiwania za nierealistyczne. (Jeśli na przykład ktoś prowadzi zdrowy tryb życia, a w jego rodzinie nikt nigdy nie miał kłopotów z sercem ani z układem krążenia, to prawdopodobieństwo doznania przez taką osobę ataku serca przed ukończeniem czterdziestego roku życia jest rzeczywiście znikome). Ponieważ jednak przekonania o własnej wyjątkowej predyspozycji do unikania stanów negatywnych i doświadczania pozytywnych są powszechne, nie jest możliwe, by (prawie) wszyscy byli w jakiś sposób uprzywilejowani w stosunku do innych. Można zatem używać tego terminu w sensie statystycznym – odnosząc go do całej badanej populacji.

Choć nierealistyczny optymizm jest – jak już wspomniałem – zjawiskiem powszechnym, okazuje się, że w pewnych szczególnych przypadkach nie ma on miejsca. W warunkach zbliżającej się klęski żywiołowej ludzie przestają na przykład sądzić, że są mniej narażeni na działanie huraganu (Burger i Palmer, 1992), czy trzęsienia ziemi (Helweg-Larsen, 1999). W przypadku szacowania własnej podatności na szkodliwe działanie promieniowania radioaktywnego bezpośrednio po wybuchu reaktora w elektrowni atomowej w Czernobylu zanotowano nawet zjawisko, które określić można nierealistycznym pesymizmem. Przeważały bowiem wówczas opinie badanych, że właśnie oni są najbardziej narażeni na szkodliwe promieniowanie i spodziewają się wystąpienia w przyszłości chorób z tym związanych (Doliński, Gromski i Zawisza, 1987). W dość dużej zbadanej w tym specyficznym okresie populacji studentów opolskich pojawiały się jednak także opinie odmienne. Część osób badanych przejawiała optymizm, twierdząc, że są mniej narażone na negatywne skutki promieniowania niż inni, część sądziła, że nie różni się pod tym względem od pozostałych osób. Ponieważ osobom badanym zadawano również pytania o to, co robią, aby uchronić się przed negatywnymi skutkami promieniowania, można było prześledzić rolę, jaką w podejmowaniu działań prewencyjnych odgrywa pesymizm i optymizm. Dane te przedstawione są w tabeli 1.

Pesymiści w stopniu statystycznie istotnie częstszym niż realiści i optymiści przejawiali niemal wszystkie wyróżnione sposoby reagowania. Co ciekawe, nie wykazano aby skłonność do takich zachowań była wyraźnie różna u realistów i optymistów. Tak więc, to raczej pesymiści byli szczególnie aktywni, a nie optymiści szczególnie pasywni.

Warto tu dodać, że we wspomnianych badaniach nie zanotowano żadnych racjonalnych podstaw dla wspomnianego pesymizmu. Badani, których wprost pytano dlaczego uważają że są bardziej od innych narażeni na skutki promieniowania odpowiadali najczęściej, że „tak czują", „mają takie przeświadczenie", czy „przeczucie". Można więc powiedzieć, że był to rodzaj negatywnej iluzji, która przyczyniała się do podjęcia próby zminimalizowania obiektywnie istniejącego szczególnego zagrożenia dla zdrowia. Mamy więc dowód, że pesymizm przynajmniej niekiedy może być dla człowieka korzystny.

Inna grupa badań wskazujących na podobną prawidłowość dotyczy możliwości poradzenia sobie z traumą. Badania Jamesa Pennebakera i jego współpracowników (Pennebaker, 1989; Peenebaker i Hoover, 1985; Pennebaker i Susman, 1988) pokazują że o ile samo rozpamiętywanie przez podmiot nieszczęścia, które go spotkało ma negatywny wpływ na jego zdrowie somatyczne i psychiczne (tak

[3] Jak wynika z badań Janusza Czapińskiego i autora niniejszego artykułu Polacy ujawniają zazwyczaj tylko nierealistyczną wiarę w to, że są mniej od innych narażeni na wystąpienie negatywnych stanów rzeczy. Wiara w to, że są bardziej od innych predysponowani do doznawania doświadczeń pożądanych jest natomiast Polakom obca.

zwany efekt ruminacji), to specyficzna koncentracja na tym zdarzeniu może mieć konsekwencje pozytywne. Wspomniane badania wykazują, że taki wpływ (przejawiający się m.in. tak zobiektywizowanymj wskaźnikiem jak wzrost odporności immunologicznej organizmu!) miewa bardzo często ustrukturyzowana koncentracja na faktach, które zrujnowały podmiotowi życie. Koncentracja taka może na przykład przybierać postać pisania eseju o tym zdarzeniu, czy systematycznym przeanalizowaniu go wraz z terapeutą.

Warto dodać, że świetle badań Pennebakera i jego współpracowników poprawy zdrowia można spodziewać się szczególnie u tych osób, które wyrażają w autonarracji negatywne emocje, a także relacjonują wystąpienie poczucia wglądu w naturę swojego doświadczenia. Okazało się też, że dobra, wyrazista konstrukcja opowiadania (fakt wyróżnienia początku zdarzenia, tego jak się ono rozwijało i co stanowiło jego punkt kulminacyjny) również sprzyjała wyzdrowieniu i dobremu samopoczuciu.

Badania nad tzw. myśleniem kontrfaktycznym (por. zwłaszcza Davis i inni, 1995; Gavanski i Wells, 1989) pokazują natomiast, że rozpamiętywanie zdarzeń traumatycznych poprzez generowanie alternatywnego, zdecydowanie bardziej pozytywnego, rozwoju biegu zdarzeń jest czynnikiem przyczyniającym się do pogłębienia depresji. Myślenie pozytywne typu „mogło przecież być znacznie lepiej" i uruchamiane nim fantazje nie tylko nie pomagają zatem człowiekowi, ale wręcz mu przeszkadzają.

Przedstawione powyżej wyniki badań nie oznaczają jednak, że zwolennicy tezy o korzyściach wynikających z życia w świecie pozytywnych iluzji nie mają racji. Iluzje negatywne nie tyle bowiem mają, ile jedynie miewają pozytywny wpływ na funkcjonowanie człowieka.

Tym co optymalizuje funkcjonowanie podmiotu z całą pewnością nie jest bowiem permanentne życie w świecie negatywnych iluzji, ale jedynie rzadkie i strategiczne ich stosowanie.

Gollwitzer i Kinney (1989) wykazali, że umiejętność czasowego „zawieszenia" pozytywnych iluzji pozwala ludziom na dokonywanie realistycznych sądów i wyborów w momencie, gdy podejmują decyzję o realizacji jakiegoś celu, ale późniejsze ponowne uruchomienie wspomnianych złudzeń w momencie rozpoczęcia aktywności zwiększa z kolei ich motywację do osiągnięcia wybranego celu. Człowiek funkcjonujący optymalnie to zatem ktoś, kto w fazie decyzji o podjęciu określonego działania jest realistą, ale już z chwilą podejmowania działania staje się nieco niepoprawnym optymistą. Rozszerzając tę prawidłowość zaryzykować można twierdzenie, że być może jeszcze lepiej funkcjonują ci, którzy od czasu do czasu potrafią także „włączać" i „wyłączać" iluzje negatywne.

Wydaje się zresztą że taka właściwość jest charakterystyczna dla większości ludzi. Jak już wspominałem, w warunkach klęski żywiołowiej typowa jest na przykład obawa związana z przeświadczeniem podmiotu, że właśnie on jest szczególnie narażony na bycie ofiarą negatywnych konsekwencji (Burger i Palmer, 1992, Doliński, Gromski i Zawisza, 1987). Złudzenie takie może pełnić funkcję konstruktywną motywując podmiot do podejmowania działań ukierunkowanych na eliminację realnych i potencjalnych zagrożeń. Co ciekawe, okazuje się, że już kilka

Tabela 1
Odsetki pesymistów, realistów i optymistów podejmujących różne rodzaje aktywności minimalizującej przyszłe negatywne skutki promieniowania radioaktywnego

	Pesymiści „jestem bardziej narażony od innych"	**Realiści** „jestem tak narażony jak inni"	**Optymiści** „jestem mniej narażony od innych"
Picie płynu Lugola*	75%	51%	53%
Wstrzymywanie się od jedzenia nowalijek	62%	43%	39%
Wstrzymywanie się od jedzenia nabiału	50%	37%	35%
Minimalizowanie przebywania na otwartym terenie	51%	23%	25%
Filtrowanie wody pitnej	12%	10%	9%
Inne	23%	13%	12%

* Po kilku tygodniach od awarii w Czernobylu pojawiły się opinie autorytetów medycznych, że picie płynu Lugola było błędem. W momencie badanie jeszcze ich jednak nie było, co pozwala traktować także to działanie jako próbę ograniczenia negatywnych skutków promieniowania na własne zdrowie. Jak widzimy, pesymiści okazali się w tej materii grupą najbardziej aktywną, starając się różnymi sposobami ograniczyć negatywne konsekwencje zwiększonego promieniowania radioaktywnego.

dni po wystąpieniu klęski żywio¬łowej, gdy życie w świecie negatywnych iluzji przestaje być funkcjonalne, większość ludzi staje się realistyczna lub wręcz optymistyczna (Burger i Palmer, 1992; Doliński i Gromski, 1987; Goszczyńska, 1992). Zmiana taka wydaje się korzystna z punktu widzenia optymalizacji funkcjonowania podmiotu. Trudno byłoby mu bowiem przez dłuższy czas żyć w świecie złudzeń negatywnych.

Nie ma więc większego sensu kategoryczne twierdzenie, że najlepiej być optymistą i patrzeć na wszystko przez różowe okulary. Podobnie, nie ma sensu twierdzenie, że zawsze najlepiej być pesymistą i spodziewać się najgorszego. W świetle współczesnej wiedzy psychologicznej okazuje się bowiem, że najkorzystniej jest pragmatycznie zmieniać swoje nastawienie do rzeczywistości – być, a raczej bywać, pesymistą realistą i optymistą.

BIBLIOGRAFIA

American Psychologist. (2000). t. 55, nr 1.

Asendorpf, J.B., Ostendorf, F. (1998). Is self-enhancement healthy? Conceptual, psychometric, and empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 955-966.

Baumeister, R.R (1989). The optimal margin of illusion. *Journal of Social and Clinical Psychology, 8*, 176-189.

Baumeister, R.F., Heatherton T.F., Tice D.M. (1993). When ego threats lead to self-regulation failure: Negative consequences of high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 141-156.

Burger, J.M., Palmer, M.L. (1992). Changes in and generalization of unrealistic optimism following experiences with stressful events: Reactions to the 1989 California earthquake. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18*, 39-43.

Davis, C.G., Lehman, D.R., Wortman, C.B., Silver, R.C., Thompson, S.C. (1995). The undoing of traumatic life events. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*, 109-124.

Doliński, D. (w druku). Pozytywna rola negatywnych złudzeń. W: M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć* (wyd. 2). Warszawa: PWN.

Doliński, D., Gromski, W., Zawisza, E. (1987). Unrealistic pessimism. *Journal of Social Psychology, 127*, 511-516.

Doliński, D., Gromski, W. (1987). *Tydzień po. Zanik efektu nierealistycznego pesymizmu u osób narażonych na promieniowanie po katastrofie elektrowni jądrowej*. Maszynopis nie publikowany. Opole.

Eisenberger, R., Mitchell, M., Masterson, F.A. (1985). Effort training increases generalized self-control. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*, 1294-1301.

Eiser, J.R., Arnold, B.W.A. (1999). Out in the midday sun; Risk behaviour and optimistic beliefs among residents and visitors on Tenereife. *Psychology and Health, 14*, 529-544.

Feather, N.T. (1967). Valence of outcome and expectation of success in relation to task difficulty and perceived locus of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 7*, 257-266.

Gavanski, I., Wells, G.L. (1989). Counerfactual processing of normal and exceptional events. *Journal of Experimental Social Psychology, 25*, 314-325.

Gollwitzer, P.M., Kinney, R.F. (1989). Effects of deliberative and implemental mind-sets on illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 531-542.

Goszczyńska, M. (1992). *Spostrzeganie i ocenianie zagrożeń. Psychologia i bezpieczeństwo pracy*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk.

Helweg-Larsen, M. (1999). (The lack of) optimistic biases in response to the 1994 northridge earthquake: The role of personal experience. *Basic and Applied Social Psychology, 21*, 119-129.

Irwin, F.W (1953). Stated expectancies as a function of probability and desirability of outcome. *Journal of Personality, 21*, 329-335.

Marks, R.W. (1951). The effects of probability, desirability and „privilege" on the stated expectations of children. *Journal of Personality, 19*, 332-351.

Pelham, B.W, Taylor S.E. (1991). *On the limits of illusions: Exploring the costs and hazards of high self-regard*. Maszynopis nie opublikowany. Los Angeles: University of California.

Pennebaker, J.W. (1989). Stream of consciousness and stress: Levels of thinking. W: J.S. Uleman, J.A. Bargh (red.), *Unintended thought* (s. 327-350). New York: Guilford Press.

Pennebaker, J.W., Hoover, C.W. (1985). Inhibition and cognition: Toward an understanding of trauma and disease. W: R.J. Davidson, G.E. Schwartz, D. Shapiro (red.), *Consciousness and self-regulation* (t.4, s. 107-136). New York: Plenum.

Pennebaker, J.W, Susman, J.R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science and Medicine, 26*, 327-332.

Perloff, L.S. (1983). Perceptions of vulnerability to victimization. *Journal of Social Issues, 39*, 41-61.

Pyszczynski, T. (1982). Cognitive strategies for coping with uncertain outcomes. *Journal of Research in Personality, 17*, 412-422.

Taylor, S.E., Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin, 103*, 193-210.

Weinstein, N. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 806-820.

Weinstein, N. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology, 3*, 431-457.

doi: 10.14691/spia.sps.2.26

Zagrożenie przestępczością w przestrzeni zurbanizowanej i jego obraz w umyśle człowieka

Aleksander Hauziński

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

Augustyn Bańka

SWPS Wydział Zamiejscowy w Katowicach

PERCEPCJA ŚRODOWISKA I WIEDZA O ŚRODOWISKU

Percepcja środowiska jest złożonym procesem przebiegającym na poziomie metabolicznym, informacyjnym i społecznym. Percepcja przestrzeni i wiedza o niej to procesy psychologiczne, które wzajemnie się uzupełniają, co stwierdził m.in. Piaget (1966) badając mechanizmy akomodacji i asymilacji. Procesy te z perspektywy psychologicznego strukturalizmu stanowią z jednej strony podstawę równowagi fizjologicznej, afektywnej i intelektualnej, a z drugiej strony równowagi w relacji ze światem. Mechanizm asymilacji wyraża się poprzez wcielanie świata zewnętrznego w powstałe struktury umysłowe, a mechanizm akomodacji jest wynikiem adaptacji struktur umysłowych do świata zewnętrznego. Jak pisze Piaget (1960) „...działanie i myśl, które w ten sposób asymilują przedmioty, zmuszone są przystosowywać się do nich, tj. zmieniać siebie odpowiednio do każdej zewnętrznej zmiany" (s. 13). Percepcja przestrzeni i orientacja w niej są procesami konstruowania przestrzeni, począwszy od konstrukcji obrazu własnego ciała, jego najbliższych obszarów a skończywszy na szerszych przestrzeniach geograficznych (Bańka, 1997). Proces konstruowania w przestrzeni poznawczej pojęcia przestrzeni fizycznej jest procesem złożonym i związanym z rozwojem zdolności myślenia. W ujęciu rozwojowym rozwój percepcji przestrzeni jest funkcją wieku rozwojowego. Związki między wiekiem a percepcją przestrzeni kształtują się na podstawie efektów „pierwotnych" czy „efektów pola". Niektóre z tych efektów to błędy percepcji zwane też jako nieprawdziwe percepcje. Ich przykładami są złudzenia Delboeufa albo Müllera – Lyera, błędy wzorca, błędy dotyczące pola centracji (Piaget, 1991). Efekty pierwotne zachowują te same właściwości jakościowe w każdym wieku, jednak wraz z wiekiem maleje ich intensywność.

Struktury wiedzy o przestrzeni kształtują się na podstawie przestrzennej mobilności osoby. Osoba o określonej charakterystyce psychologicznej i społecznej znajduje się w ciągłej interakcji subiektywnej i obiektywnej ze środowiskiem. Wraz z wiekiem i nabywaniem doświadczeń wzrasta sprawność lokomocyjna dziecka, między innymi dzięki sukcesywnemu skonstruowaniu reprezentacji mentalnych środowiska fizycznego. Reprezentacje te umożliwiając realizację celów i planów, stanowią z jednej strony mapy poznawcze środowiska (Bańka, Hauziński 2003), a z drugiej strony mapy poznawcze działania celowego (Bańka, 2013).

PRZESTRZEŃ MIEJSKA

Zainteresowania życiem miejskim, jego organizacją i problemami społecznymi związanymi m.in. z przestępczością czy bezpieczeństwem są równie długotrwałe jak historia samych miast. Prawdę mówiąc historia miast to historia tworzenia bezpiecznej przestrzeni (Bańka, 2002, 2013). Zainteresowanie psychologii problemami środowiska zamieszkania wzrosło radykalnie po drugiej wojnie światowej wskutek kryzysu mieszkaniowego i rozwoju masowego budownictwa oraz wzrostu świadomości odnośnie do konieczności wprowadzenia zmian w otaczającej rzeczywistości (Huguet, 1983; Banka, 2003). Dynamicznemu rozwojowi procesów urbanizacji środowisk towarzyszyło szczególne nasilenie się niekorzystnych zjawisk związanych z życiem miejskim, jak zanieczyszczenie środowi-

ska, wzrost bezrobocia i przestępczości, nasilenie bezdomności i wreszcie przestępczość. Potrzeba przeciwstawienie się owym niekorzystnym zjawiskom obniżającym jakość życia zrodziła silne nurty teoretyczno-badawcze, a w szczególności nurt środowiskowy i ekologiczny (Bańka, 2008). Ich przedstawiciele byli zainteresowani badaniem zjawisk w ich naturalnym otoczeniu (Proshansky, 1970) oraz szeroko rozumianą współpracą z reprezentantami innych dyscyplin naukowych (Sanoff, 1997, 2013)). Przykładem stanowiska rozwijającego współpracę psychologów, urbanistów i architektów jest m.in. Kevina Lyncha *The Image of the city* (1960). Praca Lyncha stanowi moment przełomowy w poszukiwaniu integrującej teorii przestrzeni fizycznej i umysłowej pozwalających na tworzenie praktycznych programów budowania bezpiecznej przestrzeni i zapobiegania przestępczości.

Innym przykładem teorii integrującej problem fizycznej przestrzeni i przestrzeni umysłowej jest teoria przestępczości Pyle'a i współpracowników (1974). Ma ona dużą wartość dla psychologów, jak i urbanistów, kryminologów i reprezentantów innych dyscyplin zainteresowanych uwarunkowaniami przestrzennego rozkładu przestępczości w mieście oraz systemowym ujęciem przestępczości umożliwiającym porównanie tego zjawiska na poziomie mikro, mezo i dużej skali.

PRZESTRZEŃ MIEJSKA JAKO ŚRODOWISKO ZAMIESZKANIA I ZACHOWANIA

Zachowania zawsze wyrażają się w jakiejś przestrzeni. Jeżeli interakcja między zachowaniem a przestrzenią ma trwały i powtarzalny charakter, to wskazuje ona na istnienie wzoru zachowania. W przestrzeniach o stałych bądź zmiennych cechach (Bańka, 2002) typy wzorów zachowania wyznaczane są przez właściwości społeczne i fizykalne przestrzeni oraz przez właściwości jednostki. Z jednej więc strony zachowania są wynikiem interakcji właściwości osoby oraz właściwości środowiska, w którym ona żyje, spostrzega i w stosunku do którego posiada określone postawy, nastawienia i oceny. Z drugiej strony, środowisko wyzwala a niekiedy wymusza zachowania jednostki przez różnorodne wymagania, właściwości, swą organizację i funkcje. W tym ujęciu pojęcie zachowania odnosi się do aktywności jednostki w przestrzeni a pojęcie działania odnosi się do aktywności psychicznej.

Przez środowisko zamieszkania rozumie się subiektywnie wyróżniony z całej przestrzeni miasta taki obszar bytowania, z którym osoba się identyfikuje, w którym realizuje różnorodne potrzeby, dla którego posiada umysłową reprezentację pod postacią mapy poznawczej sąsiedztwa. Lee (1973) badając rozumienie sąsiedztwa posługiwał się jednocześnie terminem dzielnicy (*district*). Wyniki jego analiz ujawniły znaczne indywidualne zróżnicowanie rozumienia pojęcia sąsiedztwa, co zależało zarówno od zróżnicowania środowiska fizycznego, jak i od właściwości badanych. Analiza szkiców map ujawniła, że wielkość zaznaczanych obszarów (średnia około 130 akrów) była podobna dla 30% próby mimo tego, że część badanych mieszkała w dzielnicy podmiejskiej a część w slumsach. Według Lee (1973) jednym z ważnych kryteriów różnicujących pojęcie sąsiedztwa jest poczucie wspólnoty, lub inaczej przynależności do społeczności lokalnej (*a sense of community*) (Novel, Boyd, 2010).

Pojęcie sąsiedztwa najlepiej wyraża kryterium tożsamości społeczności lokalnej w środowisku wielkomiejskim. Jak zauważa Wallis (1967, s. 126) „...w metropolii jednostka korzysta tylko z jakiegoś małego fragmentu całości, której jest nominalnym mieszkańcem. Całej fizycznie dostępnej przestrzeni jednostka nie jest w stanie użytkować. W wielkim mieście przestrzeń znana nam jak własna kieszeń jest nieduża, a w stosunku do obszaru miasta wprost znikoma". Zatem tylko w przypadku zamieszkiwania małego miasta mamy szansę na bycie mieszkańcem nie tylko w sensie administracyjnym, lecz i metaforycznym. W przypadku zamieszkiwania w metropolii jednostka jest użytkownikiem tylko niewielkiego fragmentu miasta zarówno z powodu świadomego ograniczania przestrzeni dla preferowanych przez siebie tożsamości (Bańka 2009), jak i z powodu obiektywnych barier ograniczających dostęp do wielu przestrzeni publicznych i semi-publicznych, takich jak wiek, pochodzenie społeczne, wykształcenie etc. Owe obiektywne uwarunkowania dostępu do przestrzeni wyznaczają bazę percepcyjną ludzi umożliwiającą dostrzeganie jedynie określonych afordancji środowiskowych (Bańka, 2010), a co za tym idzie lokowania i relokowania własnych tożsamości wyłącznie w ściśle zdefiniowanych przestrzeniach. Podeszły wiek wyklucza korzystanie z dystryktów miejskich ze zlokalizowanymi w nich dyskotekami nie ze względu na formalne przepisy prawa, ale psychologiczne bariery zakotwiczone w umysłowej przestrzeni życia.

Wallis (1967) wyróżnia w obszarze miasta strefy ekologiczne. Pierwsza strefa jest funkcjonalnie związana z życiem codziennym, jest schematem wyznaczonym przez miejsce zamieszkania i pracy. Łączy się z nią „izochrona", czyli miara odległości miejskich

wyrażana w minutach niezbędnych do ich pokonania środkami komunikacji miejskiej. Drugą strefę wyznacza zakres aktywności towarzysko-rozrywkowej oraz wypoczynkowej. To lokalizacja ulubionych restauracji, kawiarni, kin, teatrów, parków i tras spacerowych. Strefa ta niekiedy zawiera się w obszarze środowiska zamieszkania i pracy przynależących do pierwszej strefy. Jednak strefa druga jest w znacznie większym stopniu wyznaczona preferencjami użytkownika niż pierwsza. Trzecią strefę określa znajomość reprezentacyjnych obszarów własnej dzielnicy czy miasta. To również wiedza o centrum miasta i jego obszarach reprezentacyjnych. Obiekty zaliczane do składowych tej strefy odgrywają istotną rolę w wizualnym i symbolicznym wyobrażeniu mieszkańca o walorach własnego miasta. Wallis (1967) podkreśla, że zgodnie z powyższą klasyfikacją, na całym świecie powstały liczne osiedla mieszkaniowe. Służyła temu koncepcja urbanistyczna nastawiona na maksymalne sprzyjanie kontaktom wewnątrz osiedla oraz na podkreślaniu jego jedności i odrębności wobec dzielnic sąsiednich.

W Polsce pod kierunkiem T. Tomaszewskiego prekursorskie badania percepcji otoczenia i map poznawczych środowiska przeprowadzono w Krakowie i w Warszawie (Eliasz, 2000). Badaniami na poziomie międzynarodowym kierował K. Lynch pod egidą UNESCO (Tomaszewski, 1984). Wykazały one, że spostrzeganie otoczenia oraz całą sfera działań poznawczych człowieka ściśle wiąże się z jego aktywnością w środowisku. Zależność ta jest wzajemna, ale aktywność stanowi element podstawowy a percepcja pochodny. Człowiek spostrzega w swoim otoczeniu przede wszystkim to, co jest mu potrzebne. Ze względu na funkcjonalny i „regulacyjny" charakter spostrzegania otoczenia powstaje konieczność uwzględnienia w badaniu percepcji rodzaju i celu aktywności.

Walmsley i Lewis (1997) definiując sąsiedztwo wyróżnili trzy jego typy: a) sąsiedztwo „znajomości społecznych", które obejmuje obszar o granicach wyznaczonych kontaktami sąsiedzkimi w miejscu zamieszkania, gdzie wszyscy się znają i spotykają na co dzień. Kontakty międzyludzkie nie są w tym przypadku uwarunkowane dochodem, prestiżem ani innymi czynnikami socjologicznymi; b) sąsiedztwo jednorodne, którego granice wyznacza jednakowy standard domów i typ rodzin je zamieszkujących; oraz c) jednostkę sąsiedzką, obszarowo większą, zróżnicowaną społecznie oraz architektonicznie, wyposażoną w bogaty zestaw udogodnień (*facilities*) (Sanoff, 1997, 2000). Jednostka sąsiedzka stanowi odpowiednik dzielnicy miasta w polskich warunkach. W obszarze jednostki sąsiedzkiej niezwykle istotną rolę odgrywają udogodnienia. Udogodnienia to każdy obiekt fizyczny typu kosz na śmieci, ławka, parking, ścieżka, sklep, który spełnia w przestrzeni funkcje użytkowe.

Badania dotyczące uczenia się środowiska w dużej skali, jak dzielnicy albo całego miasta, służą określeniu strategii nabywania oraz przyczyn różnicowania wiedzy przestrzennej (*spatial knowledge*) (Pfeffer i in., 2013). Na przykład, celem badań Anooshian (1996) było określenie strategii nabywania wiedzy o przestrzeni oraz zróżnicowania procedur uczenia się drogi. Anooshian (1996) wykorzystała cztery metody pomiaru wiedzy: metodę nazywania obiektów na fotografii, nazywania fotografii kolejnego obiektu, wskazania prawidłowej trasy oraz porządkowania miejsc od pierwszego do ostatniego obiektu. Wyniki badań pokazały, że łatwość nabywania wiedzy przestrzennej zależy od liczby obiektów zawartych między początkiem a końcem drogi. Ponadto, w sytuacji gdy badani wykonywali zadania testowe, lepsze wyniki uzyskiwali ci, którzy wykonywali zadania w przestrzeni eksperymentalnej (ponowna ekspozycja na warunki bodźcowe), niż wykonujący zadanie w pokoju laboratoryjnym. Wyniki te dostarczyły argumentów teoretycznych dla dalszych badań nad pamięcią przestrzenną (*spatial memory*) (Thomas, 2013).

Środowisko zamieszkania jest definiowane przez siłę więzi sąsiedzkiej, status społeczny, wykształcenie, zasobność ekonomiczną mieszkańców oraz dostępność udogodnień, które umożliwiają realizację potrzeb mieszkańców wyróżnionego obszaru. Tak rozumiane środowisko zamieszkania jest jednocześnie zbiorem różnorodnych informacji o mieszkańcach tzw. cichych przekazów (*silent messages*) (Bańka, 2010). Ich wygląd redukuje poczucie zagrożenia, zwiększa poczucie bezpieczeństwa, wyzwala akceptację środowiska zamieszkania i poczucie tożsamości sąsiedzkiej. Estetyczny wygląd powoduje, że przestrzeń wspólna jest na tyle przyciągająca, że staje się przestrzenią półprywatną, co z kolei sprzyja podejmowaniu kontaktów interpersonalnych i wzmacnia poczucie zadowolenia z zamieszkiwania w danym obszarze.

Kiedy przestrzeń wspólna jest przestrzenią niczyją, zaniedbaną lub zdewastowaną, wyraźnie odrębną od przestrzeni prywatnej, wtedy mieszkańcy nie tylko o nią nie dbają, znacznie częstsze są akty wandalizmu i wzrasta ryzyko pojawienia się zachowań przestępczych (Hauziński, Bańka, 2003). Ludzie wstydzą się tego, że tam mieszkają i rzadziej nawiązują kontakty, są nieufni i wrogo nastawieni wobec innych. W takich obszarach wzrasta wśród mieszkańców po-

czucie anonimowości, alienacji oraz poczucie zagrożenia kulturowego (Walmsley, Lewis, 1997). Zabudowa jednorodzinna sprzyja tworzeniu pozytywnych relacji międzyludzkich, a zabudowa wielorodzinna osłabia takie relacje. Trzeba jednak podkreślić, że zmienne socjologiczne i kulturowe oraz polityka społeczna również modyfikują siłę i rodzaj więzi sąsiedzkich (Huguet, 1983).

PODMIOTOWE DETERMINANTY POZNANIA ŚRODOWISKA ZAMIESZKANIA

O znajomości środowiska decyduje aktywność podmiotu, architektura i plan przestrzenny środowiska. Przestrzeń przyciągająca, atrakcyjna, zawierająca liczne punkty orientacyjne jest łatwiej zapamiętywana, częściej odwiedzana, zawiera więcej elementów bliskich, łatwiej jest ją zapamiętać i przywołać jej obraz. Mapy poznawcze środowiska zurbanizowanego prócz punktów orientacyjnych zawierają punkty kotwiczące, co umożliwia ludziom rozróżnienie między reprezentacją przestrzeni geograficznej a reprezentacją psychologicznej przestrzeni zamieszkania. Gdy punkty orientacyjne klasyfikujemy jako część powszechnej i wspólnej wiedzy o przestrzeni, wówczas punkty kotwiczące rozpatrujemy jako takie elementy wiedzy, które są funkcją aktywności poznawczej i eksploracyjnej w przestrzeni. O ile punkty kotwiczące stanowią najważniejsze i najbardziej aktywne cechy jednostkowej reprezentacji przestrzeni, o tyle punkty orientacyjne są jedynie okazjonalnie przywoływanymi elementami. Codzienna aktywność w dostępnym środowisku nie wymaga odwoływania się do wspólnej dla grupy wiedzy o społecznych, historycznych oraz kulturowych właściwościach elementów przestrzeni. W codziennym funkcjonowaniu jednostek wystarczy jedynie odwoływanie się do takich cech środowiska, które zapewniają realizację zadań nawigacyjnych i wiążą się z doświadczeniem życiowym jednostki (Couclelis i in., 1995) oraz z tzw. prospektywną pamięcią miejsca (Waldum, Sahakyan, 2013).

Kevin Lynch w pracy *Image of the city* (1960) badał wizualną jakość miast amerykańskich wyrażaną zjawiskiem ich czytelności. Czytelność przestrzeni miejskiej jest funkcją możliwości i łatwości wyszukania w niej istotnych wskazówek a następnie ich uporządkowania. Według Lyncha (1960) mieszkańcom współczesnych miast zagadnienie orientacji w przestrzeni nie wydaje się istotne, gdyż mogą liczyć na wsparcie innych lub korzystać z oznaczeń czy map. Jednak, jak podkreśla, w sytuacjach zagrożenia, postrzeganego ryzyka poniesienia szkody etc., czujemy, jak ważna jest orientacja w przestrzeni jako element poczucia bezpieczeństwa. Stwierdzenie „stracić orientację" oznacza coś więcej niż tylko prostą niemożność ustalenia swego położenia geograficznego. W mieście można się bądź zagubić – szukając kierunku czy drogi, bądź poczuć się zagubionym, szukając pomocy lub sposobności odpoczynku. Według Lyncha (1960) w procesie percepcji otoczenia obserwator odgrywa aktywną rolę. Jest tak dlatego, że ludzie dopasowują kształtujące się wyobrażenie przestrzeni do zmieniających się potrzeb własnych. Dlatego doskonale uporządkowane i czytelne środowisko miejskie, z pieczołowicie zaprojektowanymi i zharmonizowanymi detalami, ułatwia uczenie się nowych wzorów aktywności (Bańka, 2002).

Podstawowym narzędziem badania umysłowego obrazu miasta w teorii Lyncha (1960) są szkice map. Lynch stworzył metodę analizy i klasyfikacji szkicowanych obiektów, obejmującą następujące kategorie. 1) Ścieżki (*paths*), które są kanałami ruchu i obejmują ulice, chodniki bądź tory. 2) Krawędzie (*edges*), które są liniami nie uwzględnianymi przez rysującego tak, jak czyni to ze ścieżkami. Mogą nimi być granice pomiędzy dwoma etapami drogi albo obszarami. Stanowią obserwowalne przerwy w linearnej ciągłości, jak ma to miejsce w przypadku wybrzeża czy ściany. 3) Rejony (*districs*), które są średniej skali obszarami miasta zapisanymi w umyśle dwuwymiarowo (np. dzielnice) i są łatwo identyfikowalne. 4) Węzły (*nodes*), które pełnią strategiczne funkcje komunikacyjne w obszarze miasta, jak pętle tramwajowe, dworce i parkingi czy krzyżówki głównych ulic. 5) Punkty orientacyjne (*landmarks*), są to zazwyczaj prosto zdefiniowane obiekty fizyczne, takie jak budynki, pomniki, sklepy, wzniesienia terenu. Te wyróżniające się elementy obrazu miasta stanowią szkielet każdego szkicu mapy.

Lynch (1976) ujmował percepcję jako proces rozwijający się wraz z doświadczeniem i służący konstruowaniu wyobrażenia czasu oraz przestrzeni. Ponieważ ludziom niezbędna jest umiejętność rozpoznania miejsca zamieszkania i łączenia tego miejsca z innymi istotnymi obszarami miasta, wymiar czasoprzestrzenny zachowań jest niezwykle istotny. W życiu społecznym, jak i na poziomie kontaktów interpersonalnych istotną rolę odgrywa krajobraz środowiska miejskiego. Krajobraz środowiska miejskiego stanowi medium komunikacji między mieszkańcami oraz między mieszkańcami a środowiskiem (Bańka, 1997, 2002). Wystarczy przypomnieć o znaczeniu, jakie ma wspomnienie rodzinnego miasta wtedy, gdy spotyka

się obcych sobie ludzi, będących jego mieszkańcami. Właściwości krajobrazu wzmacniające relacje międzyludzkie lub je osłabiają, krajobraz miasta wpływa też na satysfakcję emocjonalną i estetyczną. Według Lyncha (1976) znaczenie każdego miejsca środowiska związane jest z właściwością wiązania (sprzyjania interakcjom) wszystkich żyjących w jego obrębie istot. „Pełnię życia" miejsca wzbogaca wymiar jego tożsamości, kształtowany spostrzeganiem przez mieszkańców jego dopasowaniem do procesów biologicznych, działań społecznych i jednostkowych. Dobrze zaprojektowane miasto można łatwo zapamiętać. Umożliwiają to zawarte w jego obszarze charakterystyczne obiekty, symbole oraz powszechnie znane ulice.

Aktywność w środowisku zamieszkania ułatwia zdobywanie wiedzy o tym, co się aktualnie dzieje i o tym, jakie środowisko jest „w ogóle" (Hauziński, Bańka, 2003). Elementy wiedzy o właściwościach środowiska zamieszkania, mogą być podobne w różnych grupach użytkowników, jak na przykład wśród młodzieży. Wiedza o przestrzeni miejskiej może być również wysoce zindywidualizowana, dzięki własnym doświadczeniom i specyficznym wzorom aktywności jednostek. Dostępność wiedzy środowiskowej uwarunkowana jest trzema grupami czynników. Pierwszą stanowią czynniki środowiska fizycznego, takie jak czytelność i wyobrażalność (*imageability*) środowiska (Lynch, 1970, 1976), zagęszczenie i stłoczenie (Stokols, 1974), istnienie miejsc wywołujących lęk (Nasar, Jones, 1997). Czynniki te są z jednej strony zobiektywizowanymi charakterystykami środowiska, a z drugiej strony czynnikami spostrzeganymi przez użytkowników. Drugą grupę stanowią czynniki społeczno-kulturowe i historyczne (Couclelis i in., 1995). To między innymi zróżnicowanie struktury społecznej, instytucjonalizacja życia społecznego, typy zabudowy, prawo własności itp. Trzecią grupą są czynniki indywidualne, jak na przykład wzory aktywności, poziom inteligencji, preferencje poznawcze.

Według Couclelis i współpracowników (1995) dla każdego środowiska i każdego użytkownika istnieje hierarchia punktów kotwiczących. Istnieją analogie między punktami kotwiczącymi a prymarnymi węzłami sieci semantycznej. Zarówno teoria punktów kotwiczących, jak i teoria sieci semantycznej postulują istnienie hierarchicznej sieci węzłów reprezentujących miejsca lub pojęcia, powiązane dzięki relacjom przestrzennym lub pojęciowym. W teorii prymarnych węzłów sieci semantycznej, hierarchię wiedzy wyznaczają najważniejsze elementy porządkujące sieć semantyczną. W przypadku obydwu teorii, związki między poziomami hierarchii powstają dzięki różnym zbiorom węzłów, których znaczenie wyznacza proces poszerzania aktywności. Nie mniej ważne są różnice między tymi dwoma pojęciami (Hauziński, Bańka, 2003).

Po pierwsze, sieć punktów kotwiczących odzwierciedla przekształcenia konfiguracji punktów oraz linii w aktualnej, dostępnej przestrzeni euklidesowej. Natomiast sieć semantyczna stanowi reprezentację pojęciowej struktury przestrzeni nie posiadającej bezpośrednich analogii ze światem obserwowalnym. Punkty kotwiczące w mapie poznawczej mogą posiadać bezpośrednie, empiryczne odniesienia miejsca, podczas gdy węzły sieci semantycznej nie posiadają żadnych realnych odniesień, jak dzieje się wtedy, gdy reprezentują pojęcia abstrakcyjne, typu praca zawodowa.

Po drugie, mapy poznawcze zawierają reprezentacje właściwości metrycznych, podczas gdy sieć semantyczna posiada zazwyczaj właściwości topologiczne. Inne różnice dotyczą tego, że sieć semantyczna zapewnia odpowiednią heterogeniczność w typie reprezentowanych pojęć (rzeczowniki reprezentujące konkretne obiekty, pojęcia abstrakcyjne, przymiotniki, czasowniki, konstrukty lingwistyczne), podczas gdy punkty kotwiczące, dotyczą wyłącznie miejsc oraz związków między tymi miejscami, związków zarówno abstrakcyjnych, jak i relacyjnych (Couclelis i in., 1995).

PERCEPCJA ZAGROŻEŃ A POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA W ŚRODOWISKU ZURBANIZOWANYM

W latach 70-tych prowadzono badania porównawcze miast starając się określić specyfikę różnych ośrodków miejskich. Na przykład Milgram (1976) wyróżnił trzy czynniki „atmosfery" miasta: a) wyobrażenie mieszkańca o mieście, wynikające z jego wewnętrznych standardów powstałych dzięki możliwości dokonania porównania z innymi miastami co ułatwia tworzenie sądów oceniających; b) długość i cel pobytu w mieście: jako turysta, jako nowy mieszkaniec, jako stały mieszkaniec, co powoduje posługiwanie się odmiennymi strategiami radzenia sobie z przeciążeniem; oraz c) legendy oraz oczekiwania związane z danym miastem, które powodują, że dla nowego przybysza jego początkowa percepcja miasta jest ograniczona przez filtr jego własnych oczekiwań oraz wyobrażeń. Powyższe czynniki wpływają na różnice ocen właściwości miasta. Z reguły dobrze reprezentowane jest centrum miasta, przedstawiane w oparciu o trwały zbiór punktów orientacyjnych oraz łączące je ścieżki. Obszary

leżące poza ścisłym centrum, reprezentowane są w mapie poznawczej miast słabiej, wyobrażenia o nich zawierały informacje dotyczące rozproszonych i niepowiązanych wzajemnie punktów orientacyjnych.

Mapa poznawcza obejmuje reprezentacje obiektów i właściwości środowiska zamieszkania w tym informacje o zagrożeniach. Zawiera informacje o tym jak osoba z dostępnej jej przestrzeni korzysta. Mapa poznawcza jako umysłowy plan zachowania i zdobywania informacji o zagrożeniach i bezpieczeństwie środowiskowym powstaje w efekcie procesu odwzorowania środowiska, mapowania poznawczego (Downs, Stea, 1973). Mapowanie poznawcze to rodzaj procesów mentalnych dzięki którym ludzie zapamiętują i przywołują informacje o zagrożeniu oraz lęku odczuwanym w określonych miejscach. Związek emocji pozytywnych i negatywnych z poznaniem środowiska można ujmować z dwóch perspektyw (Garling, 1995; Herman i in., 1995; Thomas, Bromley, 2000). Według pierwszej udział emocji w poznaniu zwiększa się stopniowo i wyraża się powiązaniem stanów emocji z funkcjami poznawczymi. Wskazać tu można niektóre koncepcje lęku lub stresu. Podmiot wpierw przeżywa negatywne emocje, a następnie podejmuje działania służące radzeniu sobie. Druga perspektywa traktuje stany emocjonalne i funkcjonowanie poznawcze jako powiązane i niezmienne elementy architektury umysłowej. Generalizacja doświadczeń stanów emocji w powiązaniu z charakterystyką sytuacji konstytuuje wzór przeżywania emocji w konkretnych sytuacjach (Hauziński, 2007).

Wysoki poziom poczucia zagrożenia przestępczością w środowisku zamieszkania może być uwarunkowany wyższymi poziomami przeżywanego w określonych miejscach bądź sytuacjach lęku specyficznego. Mapy poznawcze środowiska zamieszkania zawierają informacje o właściwościach wskazówek lokacyjnych w przestrzeni środowiska. Informacje te aktywizowane są w sytuacjach wymagających odwołania się do właściwych skryptów lub schematów działania. Jednostki potrafią ocenić, które miejsca w okolicy są „niebezpieczne" oraz to, czy przebywanie w nich zwiększa ryzyko zostania ofiarą przestępstwa. Psychologiczne konsekwencje percepcji zagrożenia przestępczością znajdują swój wyraz w wielu obszarach funkcjonowania jednostki. Dotyczą sfery motywacyjnej, samooceny i obrazu Ja, jak też zachowań o charakterze obronnym, wycofania lub agresji. Wskazuje się również konsekwencje zagrożenia i lęku na poziomie poznawczym, na przykład w strukturach wiedzy o otoczeniu. Określenie sposobu, w jaki mieszkańcy strukturalizują mapy poznawcze środowiska zamieszkania zagrożonego przestępczością stanowi ważny problem badawczy. Dotychczas przyjmowano, że mapy poznawcze konstruowane są między innymi na podstawie: a) wiedzy o właściwościach architektonicznych i przestrzennych środowiska (Lynch, 1960; Aragones, Arredondo, 1995), b) zdolności i ograniczeń poznawczych (Downs, Stea, 1977, Baguley, 1993); oraz c) znajomości miejsc wyrażanej częstością kontaktu, długością czasu przebywania, łatwością przywołania i znajomością nazwy miejsca (Couclelis i in., 1995). W tym miejscu należy podkreślić, że postępujące wraz z wiekiem zróżnicowanie struktury mapy poznawczej, odzwierciedla zmianę znaczenia przydawanego na danym etapie rozwoju poszczególnym miejscom środowiska zamieszkania. Również sytuacja ekonomiczna i społeczna użytkowników przestrzeni odzwierciedlona jest w zawartości ich map poznawczych. Inna jest sytuacja psychologiczna w środowisku zamieszkania dziecka a jeszcze inna osoby w wieku podeszłym. Przestrzeń miejska zawiera szereg udogodnień stanowiących atrakcyjną ofertę dla mieszkańców, jak obiekty sportowe, centra handlowe, zabytki itp. Z reguły miejsce zamieszkania, szkoła i miejsce pracy stanowiąą ważne punkty kotwiczące obszar zamieszkania w mentalnej mapie środowiska zamieszkania. Pobliże domu jest szczególnie ważnym obszarem codziennej aktywności a okolica miejsca zamieszkania najlepiej znaną przestrzenią (Hauziński, 2003).

Konstruowanie reprezentacji drogi z domu do przedszkola bądź szkoły jest prawdopodobnie pierwszą reprezentacją przestrzeni w dużej skali. Inne ważne punkty lokacyjne, decydujące o zakresie znajomości przestrzeni środowiska to kościół, sklep, boisko. Wymienione miejsca spełniają szereg ważnych funkcji, nie tylko społecznych i kulturowych ale i aktywizujących sferę poznawczą, emocjonalną i motoryczną każdego użytkownika środowiska. Miejsca te można nazwać ogniskami aktywności. Ogniska aktywności to miejsca w których dominuje określony wzór zachowania. Należy przyjąć, że atrakcyjna oferta środowiskowa będzie skłaniać do eksploracji otoczenia, natomiast środowisko ubogie w udogodnienia będzie aktywność przestrzenną hamować (Hauziński, Bańka, 2003).

ŚRODOWISKOWE DETERMINANTY POCZUCIA ZAGROŻENIA

Spostrzeganie w obrębie miasta obszarów ryzyka związane jest m.in. z występującą w nich przestępczością. Nasar i Jones (1997) analizowali wpływ

percepcji określonych form krajobrazu na samopoczucie. Podkreślali, że ponad 40% nastolatków boi się wychodzić nocą z domu dalej, niż na jedną milę a mieszkańcy nie czują się bezpiecznie nawet w mikrosystemie najbliższego sąsiedztwa, pracy, nauki, zakupów. Zjawisko zagrożenia i lęku przed przestępczością jest powszechne oraz powtarzalne. Oznacza to, że wielu ludzi doświadczyło lęku przed zostaniem ofiarą najmniej raz w życiu. Strach często wyzwala reakcje stresu, reakcje skłaniające do ucieczki, do minimalizowania zagrożenia lub radzenia sobie z sytuacją, która przeraża. Poczucie zagrożenia przestępczością wywiera istotny wpływ na zachowania, przynosząc między innymi konsekwencje wyrażane ograniczeniami aktywności. Ludzie czują się więźniami w swoich domach czy w obszarze sąsiedztwa. Strach przed przestępczością ujmowany jako stresor, prowadzi do silnych symptomów fizycznych oraz złego samopoczucia.

Dążenia wyrażane przez zachowania osoby, są efektem poprzedzających je procesów decyzyjnych. Jeśli założymy, że osoba dąży do maksymalizacji oczekiwanej użyteczności zachowań, pojęcie ryzyka będzie zbędne. Jednakże potoczne obserwacje oraz dane eksperymentalne sugerują, że stosunek decydenta do ryzyka nie jest adekwatnie wyrażany w kształcie funkcji jego użyteczności (Tyszka, 1986). Czym innym jest bowiem posługiwanie się zasadą użyteczności, a czym innym ocena subiektywnego prawdopodobieństwa efektów działania ryzykownego. Codzienne sytuacje zawierają znaczny element nieprzewidywalności. Jest tak dlatego, że zagrożenia często mają swe źródła w procesach zewnętrznych wobec decyzji podmiotowych.

W badaniach różnorodnych ograniczeń przestrzennych (Nasar, Jones, 1997) obok pojęć dotyczących „barier perspektywy" (ograniczenia pola widzenia, na przykład przez spacerowicza w parku) oraz „barier ucieczki" (tunel, przejście podziemne, parkowa alejka), używają pojęcia „naturalne punkty obserwacyjne". Naturalne punkty obserwacyjne pozwalają na ogląd okolicy z własnego mieszkania i obserwację aktywności, również przestępczej. W niektórych krajach Europy policja angażuje emerytów, by obserwowali z okien, co dzieje się w pobliżu.

Do kolejnych wskaźników zagrożenia przestępczością należą zagęszczenie, poczucie zatłoczenia, przeciążenie poznawcze, ocena ryzyka zostania ofiarą, poczucie zagrożenia. Pojęcie zagęszczenia oznacza obiektywne nagromadzenie ludzi lub rzeczy w wyodrębnionej przestrzeni (Bańka, 2002). Subiektywne odczucia towarzyszące zagęszczeniu określa się mianem poczucia zatłoczenia. Wysoki poziom zagęszczenia powoduje wzrost poczucia zatłoczenia, co niesie z sobą szereg konsekwencji, takich jak depersonalizacja, agresja czy wyznaczanie wyraźnych granic w kontaktach interpersonalnych. Zatłoczenie jest subiektywną reakcją na zagęszczenie elementów w przestrzeni społecznej lub fizycznej. Zatłoczenie oznacza poczucie stresu powstałego na skutek postrzegania przestrzeni dostępnej jako mniejszej od pożądanej (Stokols, 1976). Poczucie zatłoczenia jest reakcją subiektywną, modyfikowaną przez doświadczenie, wiedzę, cechy osobowości oraz właściwości sytuacji. Istotną rolę w poczuciu zatłoczenia pełnią odczuwane emocje o charakterze negatywnym, jak lęk, stres, napięcie emocjonalne (Eliasz, 1993). Wyróżnia się trzy czynniki (Bańka, 2002) warunkujące poczucie zatłoczenia: normy kulturowe, doświadczenia oraz motywację. Na przykład, motywacja nie eliminuje skutków zagęszczenia w postaci poczucia zatłoczenia, ale w wyraźny sposób zmienia percepcję, zakres oraz gwałtowność objawów psychicznych i reakcji zachowania. Zamieszkiwanie w warunkach zagęszczenia skutkuje wzmożonym stresem fizjologicznym (Evans, Cohen, 1987), wzmaga dystres psychologiczny, powoduje deterioracyę relacji interpersonalnych między domownikami. Można założyć, że poczucie zatłoczenia pojawia się wtedy, gdy właściwości dostępnej przestrzeni uniemożliwiają podjęcie zachowań co najmniej minimalizujących negatywne emocje. Takie ujęcie prezentuje Stokols (1974) przedstawiając model reakcji na zagęszczenie. Dlatego tak ważne jest odróżnienie pojęcia przeciążenia poznawczego od pojęcia poczucia zatłoczenia.

Przeciążenie poznawcze (Milgram, 1974) rozumiane jako zewnętrznie uwarunkowana dysfunkcja systemu poznawczego, spowodowana zbyt dużą ilością informacji by system był zdolny je efektywnie przetworzyć, jest czym innym od poczucia zatłoczenia. Poczucie zatłoczenia to spostrzeżenie lub odczucie negatywnych konsekwencji zagęszczenia. O poczuciu zatłoczenia może decydować brak lub ograniczenie kontroli nad otoczeniem. Jednym z warunków powstania poczucia zatłoczenia jest ograniczenie możliwości wyboru różnych zachowań w danej sytuacji, gdy ograniczona jest swoboda działania (Derbis, Bańka, 1998).

Kolejnym czynnikiem składającym się na poczucie zagrożenia jest ocena ryzyka zostania ofiarą. O'Riordan (1995, s. 3) definiuje ryzyko „jako złożone prawdopodobieństwo albo częstotliwość występowania zdefiniowanego zagrożenia (hazard) i wielkość oraz konsekwencje tego zagrożenia. Ryzyko obejmuje

niebezpieczeństwa, zagrożenia albo zdarzenia, które wpływają na zdrowie, samopoczucie i bezpieczeństwo ludzi i charakteryzuje się określonym prawdopodobieństwem zaistnienia". Ryzyko jest zjawiskiem rozpowszechnionym i różnorodnym, zróżnicowana jest wiedza o nim, informacje, odległość czasowa następstw, wreszcie samo ryzyko dotyczy różnorodnych aspektów życia i składników środowiska. Podstawowym problemem wynikającym ze wskazania ryzyka w środowisku i jego percepcji jest opis oraz pomiar.

O'Riordan (1995) opisuje trzy kierunki rozwoju badań nad ryzykiem. Pierwszy, dotyczy badań społecznych, politycznych, technologicznych oraz ekonomicznych uwarunkowań ocen zjawiska ryzyka. Uzależnienie ocen ryzyka od warunków kontekstu (społecznego itd.), prowadzi do licznych przekłamań i wysokich strat. Na przykład, interpretacja ryzyka związanego z zarażeniem AIDS jako zagrożenia właściwego dla środowiska narkomanów, doprowadziła do licznych błędów medycznych dotyczących kontroli zasad transfuzji krwi.

Drugi kierunek badań nad ryzykiem wyznaczają badania prowadzone w obszarze nauk społecznych i psychologii. Na przykład Slovic (1995) dostarczył informacji o tym, że w bogatych krajach demokratycznych zagrożenia i wynikające z nich ryzyko są znacznie lepiej kontrolowane w porównaniu z krajami ubogimi, o rządach autorytarnych. Wiedza o ryzyku, gdy jest powszechnie dostępna, umożliwia ludziom podejmowanie decyzji dotyczących ochrony preferowanego przez nich stylu życia. Gdy informacje o ryzyku są dostępne jedynie nielicznym, gdy wiedza o ryzyku nie jest powszechna, wtedy ludzie zdają się na procedury i decyzje podejmowane bez ich udziału. Coraz częściej w Polsce obywatele padają ofiarą instytucji finansowych, gdyż ta sfera życia nie kojarzy się z brutalną przestępczością kryminalną a informacje o ryzyku nie są powszechnie dostępne.

Trzeci kierunek rozwoju badań nad ryzykiem dotyczy zagadnień instytucjonalizacji zarządzania ryzykiem. W tym obszarze głównym zadaniem stojącym przed przedstawicielami nauk społecznych jest wsparcie działań służących minimalizacji ryzyka i zwiększaniu zakresu i środków kontroli zagrożeń środowiskowych. Takie działania noszą nazwę zarządzania ryzykiem (*risk management*) (Studenski, 2012) i stanowią coraz bardziej znaczący obszar działań naukowców, praktyków oraz polityków i organizacji społecznych.

Informacje o ryzyku powinny być dostępne, zrozumiałe, mieć jednoznacznie zdefiniowane znaczenie, powinny wskazywać na określony poziom ryzyka. Termin „trucizna" jest jednoznaczny, termin „szkodliwe dla zdrowia" jest niejednoznaczny ponieważ nie wiadomo co powoduje, że wykorzystywanie produktu szkodzi. Z kolei termin „zawiera benzoesan sodu" jest niezrozumiały. Viscusi i Zeckhauser (1996) zakładają, że zachowania konsumentów znających informacje ostrzegające o ryzyku przyjmują dwie formy reakcji. W pierwszej konsumenci kontynuują działania obarczone ryzykiem. W drugiej, rezygnują z używania produktu. Viscusi i Zeckauser (1996) wskazują na konieczność dokonania zmian w polityce informowania o ryzyku. Zmiany te powinny zapewnić: a) dostarczanie ostrzeżeń w formie która nie wywoływałaby gwałtownych reakcji (paniki); b) konsekwentne wykorzystanie różnorodnych form komunikatów o zagrożeniach (programy edukacyjne); oraz c) korzystanie z różnych form przekazywania informacji, w których ostrzeżenia byłyby jedną z wielu możliwości i d) rozwój instytucji zajmujących się dostarczaniem informacji o ryzyku. Pomiar ryzyka wymaga identyfikacji jego skutków, czyli efektów ekspozycji na działanie czynników ryzyka. Nie mierzy się ryzyka „jako takiego", lecz efekty jego występowania – społeczne, ekonomiczne, psychologiczne, fizjologiczne. Taka metoda badania ryzyka nosi nazwę rozpoznania „efektu przeciwnego" (Lowrance, 1976).

Ryzyko, z którym ludzie obcują „na co dzień" spostrzegane jest jako zjawisko złożone. Prawdopodobnie jest tak dlatego, że ryzyko spostrzegane „na co dzień" jest uzależnione od zagrożeń o antropogennym charakterze. Zagrożenia antropogenne uwarunkowane są wieloma czynnikami, co z jednej strony czyni je przewidywalnymi, z drugiej strony ich skutki mają charakter rozproszony i długoterminowy (Gough, 1996).

Zagrożenia (*hazards*) to według Cvetkovich'a i Earle'a (1995) specyficzny rodzaj zdarzeń środowiskowych, które eksponują ludzi i uznane przez nich wartości na niebezpieczeństwo lub ryzyko. Niebezpieczeństwo wyrażane jest przez ekstremalne warunki środowiska naturalnego lub przez wadliwe funkcjonowanie składników środowiska stworzonego przez człowieka. Cvetkovich i Earle (1995) proponują taki model procesu zagrożenia (*model of hazard process*), który umożliwia standaryzację metod opisu zagrożeń.

Według tych autorów źródła zagrożeń wywodzą się z obszaru środowiska naturalnego oraz środowiska stworzonego przez człowieka. Dlatego charakterystyka zagrożeń powinna uwzględniać opis właściwości fizycznych zjawiska, na przykład zasięg czy okres likwidacji szkód i subiektywne wyobrażenia zagro-

żenia. Reakcje na zagrożenia można rozpatrywać w wymiarze intrapsychicznym (stres, lęk, depresja, agresja), indywidualnym (sposoby radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami, modyfikacja zachowań) lub reakcji zbiorowych (np. program „bezpieczne miasto", organizacje lokatorskie „bezpieczne osiedla"). Wyróżniamy trzy źródła zagrożeń. Po pierwsze, zagrożenia będące efektem decyzji specjalistów, tj. ekonomistów, polityków, planistów, przedsiębiorców, lekarzy. Zagrożenia te wynikają z decyzji dotyczących możliwości importu i eksportu towarów, budowy i lokalizacji linii wysokiego napięcia, budowy i lokalizacji elektrowni atomowych, dopuszczenia stosowania nowych środków medycznych, zarządzania procesem migracji w obrębie miast itp. Po drugie, są efektem naturalnych procesów przyrodniczych, takich jak powodzie, huragany, trąby powietrzne, susze, wulkany itp. Po trzecie, są efektem procesów społecznych, historycznych, politycznych lub oświatowych, jak np. migracji do miast; lokalizacji grup kulturowych, rasowych i etnicznych w obrębie miasta; bezrobocia. Zdefiniowanie ryzyka czyli odpowiedź na pytanie „Co jest przedmiotem ryzyka?", przynosi szereg konsekwencji. Przedmiotem ryzyka może być zdrowie fizyczne i psychiczne, własność materialna, hierarchia wartości, obraz „ja" i szereg innych właściwości osobowych. Analiza efektów ryzyka środowiskowego dotyczy najczęściej postaw wobec tego ryzyka oraz ocen dotyczących jakości życia (Eyles, 1988)

ŚRODOWISKOWE DETERMINANTY POCZUCIA BEZPIECZEŃSTWA

Obraz bezpieczeństwa ma związek z kształtowaniem się tożsamości i prawidłowych relacji przywiązania w obrębie rodziny i osób bliskich. Tożsamość jak zauważa Tomaszewski (1975) to trwałość postaci w zmiennym otoczeniu. Jest związana z procesami równowagi wewnętrznej zapewniającej spoistość całości oraz procesami równowagi zewnętrznej, zapewniającej trwałość w zmiennym otoczeniu. Tożsamość scala pamięciowy zapis doświadczeń oraz reakcji emocjonalnych. Wspomnienia dziecka, dotyczące sytuacji w których kontakty z bliskimi miały pozytywny charakter, sympatii i zaufania, mogą jako wzorzec reagowania ulegać generalizacji na inne sytuacje, np. szkolne relacje z nauczycielami. Z kolei wczesne wspomnienia przykrych emocji w relacjach z bliskimi mogą być generalizowane i wyrażane w kontaktach z innymi. Wzorce relacji „negatywnego przywiązania" mogą utrzymywać się w późniejszym wieku i przejawiać się w postaci zachowań niedojrzałych, niedostosowanych, „dziwactw".

Ważne jest rozróżnienie poczucia bezpieczeństwa jako kategorii uczucia od oceny poziomu bezpieczeństwa. Jak pisze Gerstmann (1986, s. 12) uczucia odzwierciedlają zarówno wartość życiowej sytuacji dla człowieka, jak i wynikający stąd jego do niej stosunek. W treści uczuć odbija się znaczenie dla człowieka tego, co powoduje ich powstanie. Uczucia przyjemne odzwierciedlają to, że budzące je przedmioty mają dla nas korzystne znaczenie, uczucia przykre zaś, że określone przedmioty mogą być szkodliwe. Uczucia mają swe źródła w konkretnych sytuacjach, przedmiotach, osobach i zdarzeniach, z jakimi człowiek się styka w codziennym życiu. Można przyjąć, że obraz bezpieczeństwa jest jednym z elementów strukturalizujących ja, zarówno poprzez świadomość refleksyjną, afiliację interpersonalną, jak i procesy wolicjonalne takie jak decyzje i inicjowanie działań. Obraz bezpieczeństwa wzmacnia integracyjne funkcje psychiki, ułatwiając kontrolę nad Ja i sprzyja konstruowaniu długookresowych planów działania. Jako podstawowy rodzaj emocji pozytywnej obraz bezpieczeństwa jest ważnym czynnikiem regulacyjnym, umożliwiającym niezależność w otoczeniu i jego asymilację przez co warunkuje swobodę działania w otoczeniu.

Predyspozycje osobowościowe skłaniają jednych ludzi do koncentracji na ryzyku i zagrożeniach, a innych do koncentracji na kwestiach maksymalizowania bezpieczeństwa. Hołyst (2005, s. 338) sądzi, że podstawowe dla kształtowania obrazu bezpieczeństwa są prawidłowe relacje rodzinne. Rodziny dzieci dobrze przystosowanych są żywo zainteresowane sprawami dziecka, mają dla niego czas, oddziaływania wychowawcze opierają na systemie demokratycznym, ujawniają postawy zaangażowania emocjonalnego, akceptacji, ciepła i miłości. Rodziny dzieci nieprzystosowanych społecznie poświęcają dziecku niewiele czasu, mało o nim wiedzą, nie wykazują zainteresowania jego zadaniami, problemami i funkcjonowaniem społecznym. Najczęściej stosują liberalny styl wychowania, polegający na braku jakiejkolwiek ingerencji w działania dziecka. Dzieci dobrze przystosowane pochodzą z rodzin o prawidłowej strukturze, dobrym pożyciu między małżonkami, z rodzin o dobrym funkcjonowaniu opiekuńczym, o adekwatnym poziomie socjokulturowym. Rodzice w tych rodzinach podejmują refleksję nad funkcjonowaniem rodziny i wychowaniem dzieci. Przywiązują dużą wagę do szczęście dzieci i własnego oraz do dobrych warunków materialnych (Hołyst, 2005). Jak z tego wynika,

jednym z istotnych warunków kształtowania obrazu bezpieczeństwa w przestrzeni miejskiej jest afirmacja Ja w wymiarze alokalcji i relokacji przestrzennej (Bańka, 2009).

Obraz bezpieczeństwa jako forma reprezentacji świata stanowi złożoną strukturę psychiczną odzwierciedlającą wiedzę o sobie i relacjach z otoczeniem. Względnie trwała, poznawcza reprezentacja społecznego i fizycznego otoczenia jednostki to wiedza a jej część stanowi różnorodne reprezentacje odwzorowujące otoczenie i doświadczenia w nim nabyte. Niektóre reprezentacje są efektem procesów konstrukcyjnych umysłu a inne są prostym odwzorowaniem rzeczywistości. Wiedza o samym sobie to reprezentacja która różnicuje się wraz z wiekiem i rozwojem osobowości. W dalszych okresach życia reprezentacja świata jest w coraz większym stopniu zdeterminowana warunkami społecznymi, rodziny i kultury. Właśnie warunki społeczne i rozwój osobowości nadają zasadniczy kształt reprezentacji świata.

Percepcja bezpieczeństwa jest zjawiskiem analizowanym w badaniach nad różnymi zagrożeniami, takimi jak sytuacja kryzysowa udzielania pomocy innym z narażeniem własnego życia (Surowiec, 2001), katastrofa (Walmsley, Lewis, 1997) czy aktywność w środowisku zagrożonym przestępczością (Hauziński, Bańka, 2002). W sytuacji zagrożenia ludzie świadomie podejmują działania adaptacyjne i zaradcze oraz uruchamiają mechanizmy adaptacyjne i obronne. Gdy chodzi o te ostatnie, to ludzi cechuje wiara we własne szczęście, ufność w stosunku do innych ludzi i instytucji oraz przekonanie, że im samym „najgorsze" nie grozi. Skłonności ludzi do interpretowania spostrzeganej sytuacji niezgodnie z logiką, prawdopodobieństwem oraz innymi warunkami dowodzą, że ludzie nie są skłonni ani do kontrolowania słuszności swych przekonań i racji, ani do weryfikacji zakresu ich skutków. Przekonanie, że montaż antywłamaniowych utrudnień ochroni nasz majątek jest wysokie dopóki ktoś się jednak nie włamie lub nie wybuchnie pożar.

Poczucie bezpieczeństwa jest subiektywną i pozytywną oceną własnej sytuacji w określonych warunkach. Nasilenie różnorodnych zagrożeń występujących w środowisku powoduje, że zazwyczaj analizujemy je posługując się takimi terminami, jak poziom zagrożenia, poziom ryzyka, ekspozycja na zagrożenie lub ryzyko. Brak zagrożeń lub ich nieświadomość nie eliminują możliwości ich wystąpienia. Jest jednak tak, że ludzie potrafią określić to, że jakiś obszar jest bezpieczny nie tylko poprzez eliminację wskaźników zagrożeń, a także poprzez wskazanie elementów środowiska, które determinują stopień bezpieczeństwa. Ludzie mają możliwość nie tylko minimalizowania stopnia zagrożeń, ale i maksymalizowania stopnia bezpieczeństwa, ponieważ bezpieczeństwo to nie tylko brak zagrożeń (Studenski, 2012).

METODY PRZECIWDZIAŁANIA ZAGROŻENIU PRZESTĘPCZOŚCIĄ I ZMNIEJSZANIA RYZYKA ZOSTANIA OFIARĄ PRZESTĘPSTWA

Zagrożenie przestępczością można ująć w szerszej kategorii zagrożeń środowiskowych. Leiss (1996) na podstawie przeglądu metod komunikowania o ryzyku założył, że efektywna komunikacja między zainteresowanymi grupami (służbami socjalnymi, policją, różnymi grupami mieszkańców) stanowi ważny element podejmowania decyzji dotyczących zarządzania ryzykiem środowiskowym. Leiss (1996) definiuje komunikowanie o ryzyku (*risk communication*) jako ocenę ryzyka oraz przepływ informacji między ekspertami, praktykami oraz społecznością. Badania dotyczące procesu komunikowania ryzyka są nowym obszarem badań ryzyka. Celem badań dotyczących komunikacji o ryzyku jest wzrost świadomości ryzyka wśród ludzi oraz tworzenie sposobów kształtowania takich postaw i zachowań, które umożliwiłyby efektywny dialog między ekspertami a opinią publiczną.

Ewolucję sposobów komunikowania o ryzyku Leiss (1996) przedstawia w ujęciu fazowym. W fazie I (1975-84) przekazy zawierały informacje ilościowe o ocenach ryzyka. Kierowano się przeświadczeniem, że najważniejsza jest regulacja działań społecznych przy pomocy baz danych o ocenach ryzyka. W fazie drugiej (1985-94) podkreślano znaczenie skutecznej komunikacji, czyli wiarygodnych źródeł, zrozumiałości informacji, efektywności wykorzystania kanałów przekazu (modalności) oraz potrzeb odbiorców. W fazie III dominowała rola kontekstu społecznego a zarządzanie ryzykiem stało się grą między zainteresowanymi stronami. Faza III rozpoczyna się od momentu w którym zwrócono uwagę na brak zaufania do oficjalnych wyników pomiarów ryzyka. Praktyka komunikowania o ryzyku powinna odchodzić od czysto instrumentalnego traktowania odbiorcy i przekazu. Porozumienie między stronami zaangażowanymi w proces zarządzania ryzykiem, a więc porozumienie między ekspertami i społecznością, należy budować na podstawie wspólnie konstruowanych i jednakowo rozumianych pojęć i na podstawie obopólnych korzyści.

INDYWIDUALNE STRATEGIE PRZECIWDZIAŁANIA POCZUCIU ZAGROŻENIA PRZESTĘPCZOŚCIĄ

Indywidualne strategie przeciwdziałania poczuciu zagrożenia przestępczością powinny mieć precyzyjnie zdefiniowanego odbiorcę. W każdym wieku oraz w różnych sytuacjach życiowych poczucie zagrożenia może mieć różne uwarunkowania. Stąd działania interwencyjne lub profilaktyczne charakteryzować się będą różnymi odbiorcami, różnymi celami, specyficznymi strategiami realizacji.

W tej perspektywie centralne miejsce zajmuje możliwość pełnej realizacji potrzeb, realizacji celów oraz planów działań jednostki. Występująca niezgodność między wymaganiami środowiska oraz indywidualnymi celami czy potrzebami wytwarza napięcie psychiczne i stres, które jednostka stara się zminimalizować, dopasowując się do warunków środowiskowych, a zastane warunki dopasowuje do swych możliwości. Osoby posiadające możliwość kontrolowania warunków albo wewnętrzne poczucie kontroli, podejmują skuteczniejsze działania zabezpieczające przed zagrożeniem, niż osoby które nie kontrolują zagrożenia. Działania optymalizujące interakcję przebiegają na poziomie bezpośrednio służącym minimalizacji zagrożenia (kontrola pierwotna), albo na poziomie poznawczym (kontrola wtórna). Oprócz wpływu poczucia kontroli, na reakcję na zagrożenia istotny jest wpływ interpretacji informacji. Ludzie dokonują specyficznej selekcji informacji. Gdy docierające informacje o istnieniu zagrożenia nie są spójne z ich wiedzą, wybierają informacje zgodne z ich punktem widzenia. Ponadto, percepcję informacji dotyczących nowych rodzajów zagrożeń wyznacza ogólne zainteresowanie danym tematem.

Zmniejszenie poziomu przestępczości oraz lęku przed zagrożeniem przestępczością przebiega poprzez: a) wspieranie kontaktów między mieszkańcami, zwiększanie ich czujności oraz wspieranie działań służących kontroli sąsiedztwa (terytorialność); b) maksymalizację zdolności zlokalizowania podejrzanych osób lub działań (punkty obserwacyjne); c) wspieranie przemyślanych sposobów wykorzystania przestrzeni przez mieszkańców (wspieranie aktywności); d) identyfikację właścicieli przestrzeni prywatnych oraz publicznych i realne lub symboliczne odgraniczenie tych przestrzeni (hierarchia przestrzeni); e) wykorzystanie barier, zabezpieczeń oraz innych materiałów ograniczających swobodę dostępu (kontrola „wejścia" na teren sąsiedztwa); f) minimalizowanie możliwości powstawania konfliktów poprzez projektowanie odpowiedniej lokalizacji grup użytkowników (środowisko); oraz g) dbałość o czystość środowiska, budynków oraz obszarów. Trzy z wyżej wymienionych metod redukcji przestępczości wymagają dokładniejszego omówienia.

Projektowanie bezpiecznej przestrzeni sąsiedztwa zakłada konieczność wzrokowej kontroli tej przestrzeni przez mieszkańców. Projektujący powinni dążyć do zwiększenia możliwości obserwacji terenu aranżując naturalne punkty obserwacyjne. Wykorzystać do tego celu można położenie budynków, lokalizację okien, drzwi, przestrzeni ogólnodostępnej, ścieżek oraz chodników, oświetlenia, odpowiednią wielkość otwartych przestrzeni. Użytkownicy takiej przestrzeni powinni mieć poczucie, że są lub mogą być obserwowani szczególnie wtedy, gdy robią coś niezgodnego z prawem. Ideą powyższej procedury jest stwierdzenie, że przestępczość maleje wtedy, gdy obszar jest lub może być poddany nieformalnej obserwacji.

Projektowanie bezpiecznej przestrzeni sąsiedztwa zakłada kontrolę oraz ograniczenie dostępu. Wymaga to odpowiedniego zaprojektowania całego systemu ruchu, ulic, parkingów, chodników oraz ścieżek. Wtedy osoby niepowołane lub niepożądane zmuszone zostaną do pozostawania w określonych miejscach, gdyż system ruchu i wyraźna hierarchia przestrzeni uniemożliwią im przebywanie w np. przestrzeni prywatnej otoczenia czyjegoś domu z uzasadnieniem, że nie wiedzieli iż jest to teren prywatny. Tak zaprojektowana przestrzeń sprzyja poczuciu „bycia niepożądanym" u wszystkich niepowołanych gości. Tego założenia nie należy utożsamiać z nakazem budowania murów, ścian czy zabezpieczeń elektronicznych. Wystarczy dobrze zaprojektować system ruchu oraz zaznaczyć hierarchię przestrzeni. Stosunkowo mało rozpoznaną a interesującą strategią prewencji może być koncentracja na zasobach indywidualnych i zasobach środowiska. Perspektywa środowiskowa jest przeciwstawna do klasycznych założeń ekologicznych mówiących o rywalizacji i konkurencji. W tym ujęciu nacisk z rywalizacji i konkurencji przenosi się na m.in. uczenie się i współpracę, kompetencje społeczne oraz satysfakcję osób i więzi społeczne. Strategia środowiskowa oferuje konkurencyjną do klasycznej ekologii społecznej wizję człowieka – skłonnego do budowania i utrzymywania więzi społecznych, utożsamiającego się z miejscem i zainteresowanego korzystnymi zmianami w otoczeniu. Optymalizacja środowisk, budowanie zasobów społecznych i materialnych (afordancji) to wymóg współczesności. Ten rodzaj badań podejmowany jest m.in. przez badaczy zagadnienia jakości życia i jakości środowiska (Bańka, 2005).

W tym ujęciu mówienie o obrazie bezpieczeństwa jest niezbędnym warunkiem dla kształtowania pozytywnego obrazu ja. Obraz bezpieczeństwa jest niezbędny dla podejmowania i realizacji skutecznych działań jednostki. Jest niezbędny dla różnicowania struktury tożsamości poprzez różnicowanie aktywności w środowisku. Z kolei aktywność w bezpiecznym środowisku minimalizuje obawy a maksymalizuje pozytywne emocje i doświadczenia.

Zapewnienie sobie bezpieczeństwa jest jednym z ważniejszych celów aktywności ludzkiej. Bezpieczeństwo może dotyczyć różnych sfer życia i różnych perspektyw życiowych. Można bezpiecznie lokować pieniądze, bezpiecznie i zdrowo się odżywiać albo bezpiecznie i ostrożnie jeździć samochodem. Obraz bezpieczeństwa wyznacza plan (wizję) oraz związane z nim emocje. Psychologiczne kategorie bezpieczeństwa różnią się treścią (przedmiotem) oraz perspektywą czasową. Treść kategorii bezpieczeństwa może dotyczyć funkcjonowania społecznego, aktywności w środowisku fizycznym oraz stanów przeżyć wewnętrznych. Z kolei perspektywa czasowa dotyczy przeszłości i wspomnień, teraźniejszości i sytuacji oraz planów w przyszłości.

Perspektywa dbałości o bezpieczeństwo jest inną, niż perspektywa podejmowania lub minimalizowania ryzyka. Na przykład, koncentrując się na bezpieczeństwie nie zamierzamy podejmować ryzyka. Podejmując ryzyko zawsze akceptujemy jakiś jego poziom i możliwość wystąpienia straty. Bańka (1997) podkreśla, że w analizach wpływu na zdrowie, samopoczucie i pomyślność człowieka czynników środowiska podstawową rolę odgrywają progi adaptacji i przystosowania. Gatunkowe bariery przystosowania są poszerzane za pomocą celowych zmian możliwości adaptacyjnych poprzez manipulację warunkami środowiska życia. W tym sensie bariery przystosowania są przekraczane, jak ma to miejsce w wielu rodzajach środowisk ale odbywa się to kosztem zdrowia i samopoczucia jednostki. Zapewnienie bezpieczeństwa może być rozumiane jako prewencja zmierzająca do zachowania istniejącego stanu rzeczy albo jako projektowanie, którego celem jest osiągnięcie pożądanej wizji przyszłości. Należy przyjąć, że w krótkiej perspektywie pewność dotycząca konsekwencji określonych działań może być wysoka, natomiast w planach obejmujących dłuższe okresy życia pewność maleje. Przez psychologów podejmowane są badania zjawiska ryzyka i jego spostrzegania, analizowane są przyczyny i skutki katastrof i kataklizmów, wdrażane liczne i różnorodne programy prewencji i profilaktyki środowiskowej (Popiołek, 2001; Popiołek, Bańka, 2007, 2010).

Z poznańskich badań wynika m.in. to, że ludzie tworzą w umyśle obrazy bezpieczeństwa. Tego rodzaju wiedzę o sobie i świecie można badać pod postacią cenionych wartości szczególnie zagrożonych przestępczością. Wyniki badań poznańskich pokazały, że badani wskazywali następujące wartości jako szczególnie zagrożone przestępczością: dojrzała miłość, mądrość, poczucie dokonania, przyjaźń, życie pełne wrażeń, ambicja i wyobraźnia (Hauziński, 2003; Hauziński, Bańka, 2003). Analiza skupień pokazała, że konsekwencją zagrożenia wartości jest powstanie dwóch dużych skupień, obejmujących: a) intelektualista, uzdolniony, ambitny, kochający, o szerokich horyzontach, logiczny, z wyobraźnią, oraz b) równowaga wewnętrzna, poczucie godności, szczęście, bezpieczeństwo rodziny, dostatnie życie, wolność. Wyniki można interpretować następująco. Po pierwsze, analiza czynnikowa wskazuje na różne uporządkowanie struktur poznawczych stanowiących system wartości ze względu na poziom lęku przeżywany przez badanych podczas poruszania się w środowisku zamieszkania. Po drugie, wskazuje, że wyróżnione czynniki grupują różne cenione wartości. Okazało się, że spostrzeganie przestępczości nie tylko różnicuje poziom odczuwanego „lęku jako stan", ale i różnicuje system wartości. Z kolei analiza skupień pokazała, jak bardzo „prywatne" są te z wartości, które oceniane są jako zagrożone. Przyjęto, że struktura wartości cenionych przez badanych wyznacza obraz bezpieczeństwa (Chilton i in., 2002) .

Okazało się, że obraz bezpieczeństwa stanowi strukturę umysłową kształtowaną w pewnej mierze przez czynniki zagrożenia. Stworzenie metod prewencji środowiskowej budowanej na podstawie tak definiowanego obrazu bezpieczeństwa wymaga stosowania różnych wzorów i obrazów bezpieczeństwa w przestrzeni środowiska. Decydenci kształtujący ludzkie życie w środowisku zamieszkania powinni zwrócić uwagę na to, by środowisko to zawierało afordancje dla przeżyć równowagi wewnętrznej, poczucia godności, szczęścia, bezpieczeństwa rodziny, dostatniego życia i wolności. Tego rodzaju prewencja wymaga modyfikacji wzorów zachowań mieszkańców w przestrzeni środowiska oraz wzmocnienia więzi społecznych, poczucia przywiązania do miejsca i tożsamości miejsca zamieszkania.

PARTYCYPACYJNE STRATEGIE PRZECIWDZIAŁANIA ZAGROŻENIU PRZESTĘPCZOŚCIĄ

W krajach demokratycznych wpływ opinii i kontroli społecznej powoduje, że przeznacza się większe kwoty na ochronę przed promieniowaniem czy toksynami chemicznymi, niż na minimalizowanie rozpowszechnionych źródeł codziennego ryzyka, jak np. wynikającego z wypadków samochodowych albo przestępczości. Wyniki badań (Slovic, 1997) pokazują, że ryzyko wynikające z zagrożeń naturalnych (powodzi, huraganów, trzęsień ziemi) jest bagatelizowane przez opinię publiczną. Dlatego tzw. opinia społeczna spotyka się z gwałtowną krytyką ze strony ekspertów. Krytyką, która przede wszystkim, podkreśla jej irracjonalność. Eksperci spostrzegają siebie jako osoby, które zbierają informacje o ryzyku w sposób obiektywny, analityczny, racjonalny. Opinia społeczna jest przez nich oceniana jako subiektywna i uwarunkowana emocjonalnie. Weiner (Slovic, 1997) broni tej dychotomii, twierdząc, że ten rozdział rzeczywistości oraz jej percepcji jest powszechny w społecznościach wysoko rozwiniętych technologicznie. Polaryzacja punktów widzenia, kontrowersje i konflikty obecne są zarówno w badaniach dotyczących ryzyka, jak i zarządzania ryzykiem. Niezbędne jest zatem stworzenie nowej perspektywy badawczej, która umożliwiłaby efektywne zarządzanie ryzykiem w ramach społeczności lokalnych. Slovic (1997) jest przekonany, że badania prowadzone w obrębie nauk społecznych dostarczą cennych wyników dotyczących metod pomiaru ryzyka. Z kolei ich wyniki umożliwią stworzenie przejrzystych strategii rozwiązywania konfliktów.

Powodzenie procesu zarządzania ryzykiem zależy od: a) efektywnej komunikacji między ekspertami a społecznością lokalną, b) znajomości i zrozumiałości wartości istotnych dla uczestników, c) trafnego oszacowania ryzyka, czyli identyfikacji rezultatów możliwych działań i oceny działań alternatywnych, oraz d) wyboru strategii działania, które minimalizują każde ryzyko lub dopuszczają ryzyko wtedy, gdy możliwe jest uzyskanie większych korzyści. Proces zarządzania ryzykiem wymaga ustalenia obszarów eksponowanych na ryzyko, możliwości adaptacyjnych ich mieszkańców oraz poznania procesów decyzyjnych, szczególnie tych które służą podejmowaniu zachowań redukujących. Współcześnie kształtowanie bezpiecznych przestrzeni zakłada wprowadzanie zmian i korekt na już funkcjonujących obszarach. Wprowadzane zmiany mają na celu poprawę bezpieczeństwa oraz redukowanie poziomu zagrożenia zarówno wśród mieszkańców, jak również użytkowników danej przestrzeni. Wprowadzanie zmian poprzedzane jest tzw. audytem przestrzeni będącym swoistą oceną określonej przestrzeni i znajdujących się w niej obiektów, a także procesów zachodzących w przestrzeni wynikających z przyjętych standardów (Lewkowicz, 2011).

Wielu badaczy ryzyka postuluje rozróżnianie dwóch terminów: adaptacji i dopasowania do zagrożeń. Adaptację stanowią działania długookresowe, których celem jest modyfikowanie: zagrożeń, wrażliwości uczestników czy eksponowanych grup społecznych oraz rozłożenie strat i kosztów tak, by stały się akceptowalne. Z kolei termin dopasowanie odnosi do działań konkretnej jednostki, podejmowanych w krótkiej perspektywie czasowej. Celem dopasowania jest minimalizacja ryzyka i niepewności oraz negatywnych konsekwencji psychologicznych. Svenson i Fischhoff (1995) przedstawili procedurę działania, umożliwiającą rozwiązywanie konfliktów stron uczestniczących w procesie zarządzaniem ryzykiem. Opisali konflikt między mieszkańcami domów zanieczyszczonych przez radon a lokalną władzą i instytucjami oraz agencjami ubezpieczeniowymi. Autorzy przedstawili percepcję zagrożenia z perspektywy mieszkańców w formie schematu drzewa decyzyjnego. Problemy które powinni rozwiązać mieszkańcy dotyczą kosztów przebudowy domów, kosztów zdrowotnych w przypadku podjęcia lub niepodjęcia remontów i samopoczucia. Svenson i Fischhoff (1995) wyróżnili trzy rodzaje decyzji mieszkańców oraz ich konsekwencje pod postacią: a) niezbędnych nakładów (z udziałem budżetu i agencji rządowych lub społecznych), b) ryzyka dla zdrowia, c) niezbędnych natychmiastowych kosztów, d) wydatków długoterminowych, oraz e) kosztów emocjonalnych. Żadne z przedstawionych drzew decyzyjnych nie wyczerpuje zbioru wszystkich możliwych działań i sytuacji. W tym przypadku schematy decyzyjne wskazują na rozbieżności między stanowiskami stron i ich konsekwencje. Umożliwiają zrozumienie motywów podjętych decyzji i obrazują koszty stanowiące ich konsekwencje.

Lewkowicz (2011) podkreśla, że przeprowadzając audyt środowiska, nie należy jednocześnie zapominać o podstawowych prawidłowościach wskazujących, iż ściśle ilościowe podejścia do kontroli rzadko odzwierciedlają kontekst danego otoczenia czy środowiska; współczesne modele audytu CPTED nie mają na celu ochrony infrastruktury krytycznej przed zamachami terrorystycznymi. Jednak wiele cech tych modeli

może być wykorzystanych do tego celu i zostały one zaadaptowane do modelu ATRiM; żadne współczesne modele audytu CPTED nie zawierają w sobie CPTED drugiej generacji, która bada społeczne, kulturowe i odnoszące się do zarządzania aspekty infrastruktury krytycznej. Niezwykle cenne jest jednak to, iż model łączy w sobie różne koncepcje CPTED pierwszej i drugiej generacji, a także prewencji sytuacyjnej, które łącznie pozwoliły na wypracowanie dwunastu strategii obejmujących takie elementy, jak: terytorialność, obserwacja, kontrola dostępu, wizerunek/utrzymanie, zwiększenie wysiłku zmierzającego do popełnienia przestępstwa, zwiększenie ryzyka dla sprawcy, zmniejszenie korzyści płynących z przestępstwa, ograniczenie czynników sprzyjających przestępstwu, spójność społeczna, powiązanie z sąsiedztwem, kultura lokalnej społeczności, próg skuteczności.

Przykładem nowego podejścia do zagadnienia prewencji jest amerykański program „Prewencja przestępczości przez projektowanie środowiska" (*Crime prevention through environmental design* – CPTED). Uczestniczą w nim takie organizacje, jak: *International Society of Crime Prevention Practicioners, National Crime Prevention Institute, National Institute of Justice, American Institute of Architects Research Division, American Association of Retired Persons Criminal Justice Services* i wiele innych (Crowe, 1991). Z prowadzonych przez te organizacje badań wynika, że program CPTED istotnie redukuje poziom przestępczości, w niektórych społecznościach nawet o 40 procent. Zasadniczym celem CPTED jest projektowanie takiego środowiska oraz efektywnego wykorzystania istniejących obiektów, które pozwoli na redukcję lęku przed zostaniem ofiarą oraz redukcję przestępczości. Jak zauważają autorzy programu, sprzyja to pozytywnej ocenie jakość życia wśród mieszkańców (Crowe, 1991).

Przeprowadzenie procedury CPTED wymaga wsparcia ze strony mieszkańców, oraz innych kluczowych uczestników. Przeprowadzenie CPTED wymaga identyfikacji zjawiska przestępczości oraz szczegółowych problemów związanych z załamaniem porządku w obszarze sąsiedztwa. Wymaga analizy projektów lub propozycji dotyczących potencjalnych czynników sprzyjających przestępczości, tworzenia projektów prewencyjnych lub korekcyjnych i wyboru preferowanych wariantów działania, monitorowania oraz ewaluacji procesu implementacji projektu, a na koniec omówienia uzyskanych rezultatów.

Przykłady zaleceń i działań podejmowanych w ramach CPTED w odniesieniu do sąsiedztwa, obejmują: a) minimalizację liczby wejść oraz wyjść z bloku; b) projektowanie dróg rozładowujących korki; c) maksymalizowanie możliwości wzrokowej kontroli otoczenia przez mieszkańców; d) wspieranie wykorzystania przestrzeni publicznej przez mieszkańców; e) zapewnienie odpowiedniego oświetlenie ulic, parków, ścieżek oraz alejek; oraz f) zachęcanie mieszkańców do wzajemnej obserwacji. Przykłady zaleceń i działań podejmowanych w ramach CPTED w odniesieniu do domów, obejmują: a) wyraźne wyróżnienie własności prywatnej (np. podwórko, podjazd) od przestrzeni publicznej (ulic, chodników) za pomocą krzewów, różnokolorowych kostek brukowych, zróżnicowanej gradacji materiału; b) zapewnienie rozległej perspektywy na obszar otaczający dom; c) zapewnienie domownikom wzrokowej dostępności obszaru wejścia; d) unikanie takich krajobrazów, które mogą ułatwiać sprawom ukrycie się (kryjówki, ograniczenia perspektywy); e) instalowanie specjalnego, silnego oświetlenia; oraz f) antywłamaniowe zabezpieczenie drzwi wejściowych. Przykłady zaleceń i działań podejmowanych w ramach CPTED w odniesieniu do budynków wielorodzinnych (*apartment buildings*), obejmują: a) stworzenie wspólnej przestrzeni, która wspierała by interakcje między mieszkańcami; b) minimalizowanie ilości mieszkań przypadających na jedno wejście; c) instalację domofonów, d) właściwe oświetlenie wspólnego wejścia; e) wyposażenie drzwi wejściowych w blokadę klamki (otwieranie od wewnątrz) oraz wizjer; f) zapewnienie łatwego do obserwacji terenu zabaw dziecięcych; oraz g) zapewnienie okien sprzyjających obserwacji w pomieszczeniu pralni. Przykłady zaleceń i działań podejmowanych w ramach CPTED w odniesieniu do przestrzeni powszechnie dostępnej obejmują: a) zachęcanie do wykorzystywania przez prawowitych użytkowników; b) unikanie lokalizacji miejsc nieoświetlonych i obszarów służących ukryciu się w pobliżu węzłów aktywności (*activity nodes*); c) zapewnienie odpowiedniego oświetlenia; oraz d) unikanie miejsc służących schronieniu włóczęgów, osób wałęsających się. Tak rozumiana prewencja przestępczości wymaga zaangażowania mieszkańców sąsiedztwa, nowych mieszkańców, osób zarządzających budynkami, planistów miejskich, stowarzyszeń i organizacji lokalnych, policji oraz przedstawicieli agencji ubezpieczeniowych (np. niższe stawki ubezpieczeniowe dla osób modernizujących dom, mieszkanie i otoczenie) (Crowe, 1991).

Zaborska (2010) przeprowadziła badania percepcji bezpieczeństwa wśród mieszkańców osiedli: a) strzeżonych, b) projektowanych na zasadzie przestrzeni bronionej, oraz c) otwartych. Zaborska (2010) zauważa, że osiedla strzeżone są coraz częściej pojawiającym

się sposobem zabudowy mieszkaniowej w większych miastach Polski. W publikacjach na temat osiedli zamkniętych wskazuje się na negatywne skutki grodzenia, takie jak formalizacja kontaktów społecznych, rozrywanie więzi sąsiedzkich, segregację społeczną jak również degradację przestrzeni publicznej i rozczłonkowanie architektury miasta. W odpowiedzi na szybki rozwój osiedli strzeżonych ważne jest poszukiwanie takich form zabudowy, które mogą stanowić alternatywę dla murów i płotów. Zaborska (2010) analizowała potrzeby mieszkaniowe współczesnych Polaków i okazało się, że najważniejszymi cechami przyszłego mieszkania są bezpieczeństwo, zadbany teren, cisza i spokój. Po przeprowadzeniu analizy czynnikowej kryteriów wyboru mieszkania wymiar bezpieczeństwa okazał się ortogonalny w stosunku do czynnika grodzenia. Wynik ten, powtarzający się we wszystkich badaniach, sugerował możliwość zapewniania poczucia bezpieczeństwa mieszkańców niezależnie od tworzenia barier ograniczających dostęp do osiedla. Następnym elementem badań Zaborskiej było porównanie charakterystyk mieszkańców wybranych osiedli zamkniętych i otwartych w Warszawie. Okazało się, że nie różnili się oni w zakresie kapitału społecznego, natomiast mieszkańcy osiedli zamkniętych istotnie wyżej oceniali swoje poczucie bezpieczeństwa. Do ważnych predykatorów poczucie bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania należą takie cechy fizyczne osiedla jak: zadbanie i dobra widoczność, oraz charakterystyki społeczne: poczucie wspólnoty i aktywność na osiedlu (Zaborska, 2010).

Powyższy przykład procedury zarządzania ryzykiem dotyczy sytuacji sąsiedztwa, czyli określonego terytorium i określonej grupy mieszkańców. W szerszej skali proces zarządzania ryzykiem jest znacznie bardziej złożony i wymaga zaangażowania znacznych środków instytucjonalnych, jak i społecznych. Ukazuje to m.in. Kołodziński (2011) opisując model cybernetyczny zarządzania bezpieczeństwem aglomeracji. Bezpieczeństwo globalne aglomeracji jest wypadkową wyróżnionych rodzajów bezpieczeństwa dziedzinowego – odnoszących się do wyróżnionych rodzajów zagrożeń. Pożądany jego poziom można uzyskać, dobierając odpowiednie wartości poziomów tych rodzajów bezpieczeństwa dziedzinowego. Te z kolei można osiągnąć wykonując określone działania zapobiegające powstawaniu danego rodzaju zagrożenia, przygotowując aglomerację na przypadek jego wystąpienia, tworząc Systemy Bezpieczeństwa Dziedzinowego Aglomeracji o określonych właściwościach (parametrach), które będą w stanie skutecznie reagować na wystąpienie danego rodzaju zagrożenia. Oznacza to, że w przypadku ich wystąpienia program powinien posiadać siły i środki niezbędne do zapewnienia aglomeracji zgodnych z oczekiwaniami możliwości funkcjonowania (Kołodziński, 2011).

ZAKOŃCZENIE

W artykule omówiono genezę i modele procesów percepcji środowiska w różnej skali. Wskazano na znaczenie różnych aspektów przestrzeni miejskiej w badaniach prowadzonych w obszarze psychologii, urbanistyce, architekturze oraz w i innych dyscyplinach. W obszarze psychologii a szczególnie wśród psychologów nurtu poznawczego i środowiskowego ważnym zagadnieniem było badanie mechanizmów percepcji środowiska zamieszkania i wiedzy o różnych jego aspektach. Wiedza środowiskowa w istny sposób kieruje ludzkim zachowaniem wpływając na preferencje użytkowników. Wiedza o środowisku charakteryzuje się różną skalą a szczególną popularność wśród badaczy zdobyły koncepcje map poznawczych środowiska i obrazy/wyobrażenia o środowisku. Zachowania mieszkańców najczęściej przebiegają zgodnie z indywidualnymi wzorami zachowania, jak droga z domu do pracy i lokalizowane są w sąsiedztwie. Umysłowy i rzeczywisty krajobraz miejski stanowi ważny punkt odniesienia dla decyzji przestrzennych oraz w relacjach społecznych. Wiedza o zdarzeniach życia codziennego w tym o zagrożeniu przestępczością kształtuje klimat relacji międzyludzkich. Poczucie zagrożenia wywołuje lęk sytuacyjny w istotny sposób modyfikując zachowania ludzi. W artykule przywołano wybrane koncepcje przestępczości oraz wskazano ich psychologiczne konsekwencje. Zauważono znaczącą rolę środowiskowych wskaźników lęku, zagrożenia i przestępczości. Przywołano badania wyjaśniające mechanizmy determinujące poczucie bezpieczeństwa. Omówiono metody przeciwdziałania zagrożeniu przestępczością na poziomie indywidualnym i instytucjonalnym. Zwrócono uwagę na znaczenie przestrzeni bronionej i metody optymalizacji warunków środowiska.

LITERATURA

Anooshian, L.J. (1996). Diversity within spatial cognition. Strategies underlying spatial knowledge. *Environment and Behavior, 28*, 471-493.

Appleyard, D. (1970). Styles and methods of structuring a city. *Environment and Behavior, 2*, 100-117.

Aragones, J.I., Arredondo, J. M. (1985). Structure of urban cognitive maps. *Journal of Environmental Psychology, 5*, 197-212.

Aragones, J.I., Arredondo, J.M. (1995). Structure of urban cognitive maps. W: T. Garling (red.), *Urban cognition.*

Readings in environmental psychology. London: Academic Press.
Baguley, T. (1993). *Ordinal recall in spatial models*. Referat zaprezentowany na 6 Konferencji Europejskiego Towarzystwa Psychologii Poznawczej. Kopenhaga.
Bandura, A. (1977). Analysis of modeling processes. W: F.H. Clarizio, C.R. Craig, W. Mehrens (red.), *Contemporary issues in educational psychology*. Allyn and Bacon.
Bańka, A. (2002). *Społeczna psychologia środowiskowa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar".
Bańka, A. (2003) Historia badań dotyczących człowieka i środowiska. (W:) Bańka, A. (Red.) *Forma i przestrzeń w świadomości mieszkańców i projektantów projektantów*. (24-39). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
Bańka, A (2008). Czy i jak psychologia może przyczynić się do poprawy jakości życia? Ewolucja sposobów pojmowania roli środowiska w psychologii. W: R. Derbis (red.), *Jakość życia. Od wykluczonych po elity* (s. 57-762). Częstochowa: Wydawnictwo Akademii J. Długosza.
Bańka, A. (2009). Tożsamość w obliczu wyboru. *Czasopismo Psychologiczne, 15, 2*.
Bańka, A (2010). Konsumpcja afordancji środowiskowych a przestrzenna lokacja i relokacja tożsamości. W: M. Górnik-Durose, M. Zawadzka (red.), *Konsumpcja w życiu, życie w konsumpcji: psychologiczne ścieżki współzależności* (s. 86-105). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Bańka, A.(2011) Przywiązanie do miejsca i jego znaczenie w cyklu życia człowieka, W: A. Bańka (red.), *Symbole, przemiany, oraz wizje przestrzeni życia* (s. 7-14), Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura – Komisja Urbanistyki i Planowania Przestrzennego PAN.
Bańka, A. (2013). *Architektura psychologicznej przestrzeni życia. Behawioralne podstawy projektowania*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
Bańka, A., Hauziński. (2003) Percepcja bezpieczeństwa środowiskowego w przestrzeni zurbanizowanej zagrożonej przestępczością. W: A. Bańka (red.) *Forma i przestrzeń w świadomości mieszkańców i projektantów* (s. 5-23). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
Bell, P. A., Greene, T. C., Fisher, J. D., Baum, A. (2004). *Psychologia środowiskow*a. Gdańsk: GWP.
Berton, M.W., Stabb, S. D. (1996). Exposure to violence and post-traumatic stress disorder in urban adolescents. *Adolescence, 31, 122*, 489-497.
Chilton, S., Covey, J., Hopkins, L., Jones-Lee, M., Loomes, G., Pidgeon, N., Spencer, A. (2002). Public perceptions of risk and preference-based values of safety. *Journal of Risk & Uncertainty. 25, 3*, 211-232.
Coffer, C.N., Appley, M. H. (1972). *Motywacja. Teoria i badania*. Warszawa: PWN.
Couclelis, H., Golledge, R.G., Gale, N., Tobler, W. (1995). Exploring the anchor-point hypothesis of spatial cognition. W: D. Canter (red.), *Readings in environmental psychology. Urban cognition* (s. 37-60). London: Academic Press.
Crowe, B.J. (1991). *Crime prevention through environmental design – program*. Canada: CPTED Association.
Cvetkovich, G., Earle, T.C. (1995). Classifying hazardous events. W: D. Canter (red.), *Readings in environmental psychology*. Londyn: Academic Press.
Derbis, R., Bańka, A. (1998). *Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność*. Poznań: SPA.
Downs, R.M., Stea, D. (1973). *Image and environment: Cognitive mapping and spatial behavior*. Chicago: Aldine.
Downs, R. M., Stea, D. (1977). *Maps in minds: Reflections on cognitive mapping*. New York: Harper & Row, Publishers.
Downs, R.M. (1981). Maps and mappings as metaphors for spatial representation. W: L.S. Liben, A.H. Patterson, N. Newcombe (red.), *Spatial representation and behavior across the life span* (s. 143-166). New York: Academic Press.
Downs, R. M., Liben, L. S. (1985). Children's understanding of maps. W: P. Ellen., C. Thinus-Blanc (red.), *Cognitive processes and spatial orientation in animal and man* (t. 2, s. 202-219). Dordrecht: Martinus Nijhoff.
De Jong, K. A., Samsonovich, A. V., Ascoli, G. A. (2006). *An integrated self – aware cognitive architecture*. GMU Team Bica. Phase I Preliminary Report.
Eliasz, A. (1993). *Psychologia ekologiczna*. Warszawa: WIP PAN.
Eliasz, A. (2000). Psychologia ekologiczna, W: J. Strelau (red). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: GWP.
Evans, G.W., Cohen, S. (1987). Environmental stress. W: D. Stokols., I. Altman (red.). *Handbook of environmental psychology* (s. 571-610). New York: Wiley.
Eyles, J. (1988). Objectifying the subjective: the measurement of environmental quality. *Social Indicators Research, 22*, 139-153.
Finke, R.A. (1989). *Principles of mental imagery*. Cambridge, MA: MIT Press.
Franus, E. (1977). *Rozwój niemowlęcia*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
Gärling, T. (1995). *Urban cognition. Readings in environmental psychology*. London: Academic Press.
Gerstman, S. (1961). *Kształtowanie uczuć dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWS.
Golledge, R.G. (1978). Learning about urban environment. W: T, Carlstein (red.), *Timming space and spacing time* (s. 76-98). London: Arnold.
Golledge, R. G. (1999). *Wayfinding behavior: Cognitive mapping and other spatial processes*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
Gough, J. (1996). *Natural hazards and risk management*. TEPHRA. New Zeland: Lincoln University.
Hauziński, A., Bańka, A. (2003). Geneza oraz struktura regionów mentalnych w mapach poznawczych środowiska zagrożonego przestępczością. *Czasopismo Psychologiczne, 8, 2*.
Hauziński, A. (2003). *Mapy poznawcze środowiska zamieszkania zagrożonego przestępczością*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
Hauziński A. (2007). Typologia i funkcje obrazu bezpieczeństwa w umyśle człowieka a prewencja środowiska zamieszkania przed przestępczością. W: J.M. Stanik (red.), *Problemy profilaktyki oraz interwencji społecznej i prawnej wobec zjawisk paraprzestępczych i przestępczych*. Warszawa: Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.
Herman, J.F., Miller, B.S., Shiraki, J.H. (1995). The influence of affective associations on the development of cognitive maps of large scale environments. W: T. Garling (red.), *Urban cognition. Readings in environmental psychology*. London: Academic Press.
Hołyst, B. (2005). *Psychologia kryminalistyczna*. Warszawa: Wyd. Lexis Nexis.

Huguet, M. (1983). Środowisko zamieszkania. W: M. Reuchlin (red.), *Psychologia życia codziennego* (s. 148-231). Warszawa: PWN.

Jeannerod, M. (1994). The representing brain: Neural correlates of motor intention and imagery. *Behavioral and Brain Sciences, 17*, 187-245.

Kaplan, S. (1973). Cognitive maps, human needs and the designed environment. W: W.F.E. Preiser (red.), *Environmental design research* (t. 1, s. 275-283). Stroudsburg: Dowden, Hutchinson, Ross.

Kołodziński, E. (2011). Model cybernetyczny zarządzania bezpieczeństwem aglomeracji W: M. Lisiecki, B. Sitek (red.), *Bezpieczeństwo dużych i średnich aglomeracji z perspektywy europejskiej* (s. 349-365). Józefów: Wydawnictwo WSGE.

Kosslyn, S. M. (1980). *Image in mind*. Cambridge: Harvard University Press.

Lalli, M. (1988). Urban identity. W: D. Canter, J.C. Jesuino, L. Soczka, G.M. Stephenson (red.), *Environmental social psychology. Proceedings of the NATO advanced research workshop on social and environmental psychology in the European Context* (s. 303-311). Lisbon, Portugal, September 1986, Kluwer, Dordrecht.

Lee, T.R. (1973). Psychology and living space. W: R.M. Downs., D. Stea (red.), *Image and environment. Cognitive mapping and spatial behavior*. Chicago: Aldine.

Leiss, W. (1996). Three phases in the evolution of risk communication practice. *The Annals of The American Academy, 545, 5*, 85-94.

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York:Harper.

Lewkowicz, A. (20110. Kształtowanie bezpiecznej przestrzeni publicznej a problematyka przestępczości. W: M. Lisiecki, B. Sitek (red). *Bezpieczeństwo dużych i średnich aglomeracji z perspektywy europejskiej* (s. 39-54). Józefów: Wydawnictwo WSGE.

Ledzińska, M. (2000). Uczenie się wykraczające poza warunkowanie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna* (s. 118). Gdańsk: GWP.

Lewicka, M., Bańka, A, (2008).Psychologia środowiskowa. W: Strelau, J., Doliński, D (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 497-544). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Lisiecki, M, Sitek, B.(red,). (2011). *Bezpieczeństwo dużych i średnich aglomeracji z perspektywy europejskiej*. Józefów: Wydawnictwo WSGE.

Lowrance, W.W. (1976). *Of acceptable risk: Science and the determination of safety*. Los Altos: Kaufman.

Lynch, K. (1960). *The image of the city*. Cambridge, MA: MIT Press.

Lynch, K. (1976). Enhancing the visual environment. W: P. Laconte (red.), *The environment of human settlements. Human well-being in cities* (t. 1, s. 261-265). New York: Pergamon Press.

Lynch, K., Rodwin L. (1970). A Theory of Urban Form. W: H.M. Proshansky., W.H. Ittelson, L.G. Rivlin (red.), *Environmental psychology. Man and his physical setting*. New York: Holt, Reinhart, Winston.

Milgram, S. (1974). The Experience of Living in Cities. W: J. H. Sims., D. D. Bauman, (red.), *Human behavior and the environment: Interactions between man and his physical world* (s. 217-240). Chicago: Maaroufa Press.

Milgram, S. (1976). The experience of living in cities. W: Richerson, Mc. Evoy (red.), *Human ecology. An environmental approach*. Duxbury: Duxbury Press.

Miller, G.A., Galanter, E., Pribram, K.H. (1980). *Plany i struktura zachowania. Biblioteka Psychologii Współczesnej*. Warszawa: PWN.

Munroe, R.L., Munroe, R.H. (1974). Effect of environmental experience on spatial ability in an east African society. W: J.H. Sims, D.D. Baumann (red.), *Human behavior and the environment: Interactions between man and his physical world* (s. 316-326). Chicago: Maaroufa Press.

Nasar, J.L., Jones, K. M. (1997). Landscapes of fear and stress. *Environment and Behavior, 29, 5*, 291-323.

Neiser, U. (1967). *Cognitive psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Nowell, B., Boyd, N. (2010) Viewing community as responsibility as well as resource: deconstructing the theoretical roots of psychological sense of community. *Journal of Community Psychology. 38, 7*, 828-841. 1

O'Keefe, J., Nadel, L. (1978). *The hippocampus as a cognitive map*. New York: Clarendon.

O'Riordan, T. (1995). Introduction: risk management in its social and political context. W: D. Canter (red.), *Readings in environmental psychology*. London: Academic Press.

Paivio, A. (1986). *Mental representation: A dual coding approach*. New York: Oxford University Press.

Piaget, J., Inhelder, B., Szeminska, A. (1960). *The child's Conception of geometry*. New York: Basic Books.

Piaget, J. (1966). *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: PWN.

Piaget, J. (1991). Rozwój percepcji jako funkcja wieku. W: P. Fraisse, J. Piaget (red.), *Zarys psychologii eksperymentalnej* (s. 182-243). Warszawa: PWN.

Pfeffer, K., Baud, I., Denis, E., Scott, D., Sydenstricker-Neto, J. (2013). Participatory spatial knowledge management tools. *Information, Communication & Society, 16, 2*, 258-285.

Popiołek, K. (red.). (2001). *Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy, katastrofy, kataklizmy*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

Popiołek, K., Bańka, A. (red.). (2007). *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy w kontekście narastania zagrożeń*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

Popiołek, K., Bańka, A. (red.). (2010). *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy w perspektywie psychologicznej*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

Pyle, G. F., Hanten, E. W., Williams, P. G., Pearson II, A. L., Doyle, J. G., Kwofie, K. (1974). *The spatial dynamics of crime*. Chicago: The University of Chicago, Department of Geography.

Pylyshyn, Z. W. (1981). The imagery debate: Analogue media versus tacit knowledge. *Psychological Review, 88*, 16-45.

Sanoff, H. (1999). *Integrowanie programowania, ewaluacji i partycypacji w projektowaniu architektonicznym. Podstawy teorii Z*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Stowarzyszenia Psychologia i Architektura.

Sanoff, H. (2013). *Projektowanie demokratyczne. Studia przypadków planowania partycypacyjnego środowisk małych miast*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Stowarzyszenia Psychologia i Architektura.

Sillamy, N. (1989). *Słownik psychologii* (s. 304). Katowice: Wydawnictwo „Książnica".

Slovic, P. (1997). Public perception of risk. *Journal of Environmental Health, 5*, 22-24.

Slovic, P. (red). (2000). *The perception of risk*. London: Earthscan Publications.

Stokols, D. (1974). A Social – Psychological Model of Human Crowding Phenomena. W: J.H. Sims, D.D. Bauman (red.), *Interactions between man and his physical world* (s. 240-262). Chicago: Maaroufa Press.

Stokols, D. (1995). The Paradox of Environmental Psychology. *American Psychologist, 50, 10*, 821-837.

Studenski, R. (2012). Zarządzanie bezpieczeństwem w sytuacji zagrożenia katastrofą lub kataklizmem. W: K. Popiołek, A. Bańka, K, Balawajder (red.), *Społeczna psychologia stosowana. Człowiek w obliczu kryzysów, katastrof i kataklizmów* (t. 1). Poznań – Katowice: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura – SWPS.

Svenson, O., Fischhoff, B. (1995). Levels of environmental decisions. W: D. Canter (red.), *Readigs in enviromental psychology*. London: Academic Press.

Szewczuk, W. (1977). *Psychologia zapamiętywania. Badania eksperymentalne* (s. 210). Warszawa: PWN.

Thomas, N.J.T. (1999). Are theories of imagery theories of imagination? An active perception approach to conscious mental content. *Cognitive Science, 23*, 207-245.

Thomas, C. J., Bromley, R. D. F. (2000). City centre revitalisation: problem of fragmentation and fear in the evening and night-time city. *Urban Studies, 37, 8*, 1403-1429.

Thomas, Laura E. (2013). Spatial working memory is necessary for actions to guide thought. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 39, 6*, 1974-1981.

Tomaszewski, T. (1984). *Ślady i wzorce*. Warszawa: WSiP.

Tyszka, T. (1986). *Analiza decyzyjna i psychologia decyzji*. Warszawa: PWN.

Vallacher, R. R.., Nowak, A. (2006). Coherence in human experience and psychological science. W: P. Van Lange (red.), *Bridging social psychology: The benefits of transdisciplinary approaches* (s. 77-82). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Viscusi, W.K., Zeckhauser, R.J. (1996). Hazard communication: warnings and risk. *The Annals of the American Academy, 545, 5*, 106-115.

Waldum, E. R. Sahakyan, L. (2013). A role for memory in prospective timing informs timing in prospective memory. *Journal of Experimental Psychology: General, 142, 3.*

Wallis, A. (1967). *Socjologia wielkiego miasta*. Warszawa: PWN.

Walmsley, D.J., Lewis, G.J. (1997). *Geografia człowieka. Podejścia behawioralne*. Warszawa: WN PWN.

Zaborska, K. (2010). *Życie społeczne w osiedlach zamkniętych. Program „Bezpieczna przestrzeń" jako alternatywa w stosunku do grodzenia*. Praca doktorska. Warszawa: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Zannaras, G. (1976). The relation between cognitive structure and urban form. (s. 336-350). W: G.T. Moore, R.G. Golledge (red.), *Environmental knowing. Theories, research, and methods*. Stroudsburg: Dowden, Hutchinson and Ross.

doi: 10.14691/spia.sps.2.26

Zagrożenie przestępczością w przestrzeni zurbanizowanej i jego obraz w umyśle człowieka*

Aleksander Hauziński

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

Augustyn Bańka

SWPS Wydział Zamiejscowy w Katowicach

PERCEPCJA ŚRODOWISKA I WIEDZA O ŚRODOWISKU

Percepcja środowiska jest złożonym procesem przebiegającym na poziomie metabolicznym, informacyjnym i społecznym. Percepcja przestrzeni i wiedza o niej to procesy psychologiczne, które wzajemnie się uzupełniają, co stwierdził m.in. Piaget (1966) badając mechanizmy akomodacji i asymilacji. Procesy te z perspektywy psychologicznego strukturalizmu stanowią z jednej strony podstawę równowagi fizjologicznej, afektywnej i intelektualnej, a z drugiej strony równowagi w relacji ze światem. Mechanizm asymilacji wyraża się poprzez wcielanie świata zewnętrznego w powstałe struktury umysłowe, a mechanizm akomodacji jest wynikiem adaptacji struktur umysłowych do świata zewnętrznego. Jak pisze Piaget (1960) „...działanie i myśl, które w ten sposób asymilują przedmioty, zmuszone są przystosowywać się do nich, tj. zmieniać siebie odpowiednio do każdej zewnętrznej zmiany" (s. 13). Percepcja przestrzeni i orientacja w niej są procesami konstruowania przestrzeni, począwszy od konstrukcji obrazu własnego ciała, jego najbliższych obszarów a skończywszy na szerszych przestrzeniach geograficznych (Bańka, 1997). Proces konstruowania w przestrzeni poznawczej pojęcia przestrzeni fizycznej jest procesem złożonym i związanym z rozwojem zdolności myślenia. W ujęciu rozwojowym rozwój percepcji przestrzeni jest funkcją wieku rozwojowego. Związki między wiekiem a percepcją przestrzeni kształtują się na podstawie efektów „pierwotnych" czy „efektów pola". Niektóre z tych efektów to błędy percepcji zwane też jako nieprawdziwe percepcje. Ich przykładami są złudzenia Delboeufa albo Müllera – Lyera, błędy wzorca, błędy dotyczące pola centracji (Piaget, 1991). Efekty pierwotne zachowują te same właściwości jakościowe w każdym wieku, jednak wraz z wiekiem maleje ich intensywność.

Struktury wiedzy o przestrzeni kształtują się na podstawie przestrzennej mobilności osoby. Osoba o określonej charakterystyce psychologicznej i społecznej znajduje się w ciągłej interakcji subiektywnej i obiektywnej ze środowiskiem. Wraz z wiekiem i nabywaniem doświadczeń wzrasta sprawność lokomocyjna dziecka, między innymi dzięki sukcesywnemu skonstruowaniu reprezentacji mentalnych środowiska fizycznego. Reprezentacje te umożliwiając realizację celów i planów, stanowią z jednej strony mapy poznawcze środowiska (Bańka, Hauziński 2003), a z drugiej strony mapy poznawcze działania celowego (Bańka, 2013).

PRZESTRZEŃ MIEJSKA

Zainteresowania życiem miejskim, jego organizacją i problemami społecznymi związanymi m.in. z przestępczością czy bezpieczeństwem są równie długotrwałe jak historia samych miast. Prawdę mówiąc historia miast to historia tworzenia bezpiecznej przestrzeni (Bańka, 2002, 2013). Zainteresowanie psychologii problemami środowiska zamieszkania wzrosło radykalnie po drugiej wojnie światowej wskutek kryzysu mieszkaniowego i rozwoju masowego budownictwa oraz wzrostu świadomości odnośnie do konieczności wprowadzenia zmian w otaczającej rzeczywistości (Huguet, 1983; Banka, 2003). Dynamicznemu rozwojowi procesów urbanizacji środowisk towarzyszyło szczególne nasilenie się niekorzystnych zjawisk związanych z życiem miejskim, jak zanieczyszczenie środowi-

ska, wzrost bezrobocia i przestępczości, nasilenie bezdomności i wreszcie przestępczość. Potrzeba przeciwstawienie się owym niekorzystnym zjawiskom obniżającym jakość życia zrodziła silne nurty teoretyczno-badawcze, a w szczególności nurt środowiskowy i ekologiczny (Bańka, 2008). Ich przedstawiciele byli zainteresowani badaniem zjawisk w ich naturalnym otoczeniu (Proshansky, 1970) oraz szeroko rozumianą współpracą z reprezentantami innych dyscyplin naukowych (Sanoff, 1997, 2013)). Przykładem stanowiska rozwijającego współpracę psychologów, urbanistów i architektów jest m.in. Kevina Lyncha *The Image of the city* (1960). Praca Lyncha stanowi moment przełomowy w poszukiwaniu integrującej teorii przestrzeni fizycznej i umysłowej pozwalających na tworzenie praktycznych programów budowania bezpiecznej przestrzeni i zapobiegania przestępczości.

Innym przykładem teorii integrującej problem fizycznej przestrzeni i przestrzeni umysłowej jest teoria przestępczości Pyle'a i współpracowników (1974). Ma ona dużą wartość dla psychologów, jak i urbanistów, kryminologów i reprezentantów innych dyscyplin zainteresowanych uwarunkowaniami przestrzennego rozkładu przestępczości w mieście oraz systemowym ujęciem przestępczości umożliwiającym porównanie tego zjawiska na poziomie mikro, mezo i dużej skali.

PRZESTRZEŃ MIEJSKA JAKO ŚRODOWISKO ZAMIESZKANIA I ZACHOWANIA

Zachowania zawsze wyrażają się w jakiejś przestrzeni. Jeżeli interakcja między zachowaniem a przestrzenią ma trwały i powtarzalny charakter, to wskazuje ona na istnienie wzoru zachowania. W przestrzeniach o stałych bądź zmiennych cechach (Bańka, 2002) typy wzorów zachowania wyznaczane są przez właściwości społeczne i fizykalne przestrzeni oraz przez właściwości jednostki. Z jednej więc strony zachowania są wynikiem interakcji właściwości osoby oraz właściwości środowiska, w którym ona żyje, spostrzega i w stosunku do którego posiada określone postawy, nastawienia i oceny. Z drugiej strony, środowisko wyzwala a niekiedy wymusza zachowania jednostki przez różnorodne wymagania, właściwości, swą organizację i funkcje. W tym ujęciu pojęcie zachowania odnosi się do aktywności jednostki w przestrzeni a pojęcie działania odnosi się do aktywności psychicznej.

Przez środowisko zamieszkania rozumie się subiektywnie wyróżniony z całej przestrzeni miasta taki obszar bytowania, z którym osoba się identyfikuje, w którym realizuje różnorodne potrzeby, dla którego posiada umysłową reprezentację pod postacią mapy poznawczej sąsiedztwa. Lee (1973) badając rozumienie sąsiedztwa posługiwał się jednocześnie terminem dzielnicy (*district*). Wyniki jego analiz ujawniły znaczne indywidualne zróżnicowanie rozumienia pojęcia sąsiedztwa, co zależało zarówno od zróżnicowania środowiska fizycznego, jak i od właściwości badanych. Analiza szkiców map ujawniła, że wielkość zaznaczanych obszarów (średnia około 130 akrów) była podobna dla 30% próby mimo tego, że część badanych mieszkała w dzielnicy podmiejskiej a część w slumsach. Według Lee (1973) jednym z ważnych kryteriów różnicujących pojęcie sąsiedztwa jest poczucie wspólnoty, lub inaczej przynależności do społeczności lokalnej (*a sense of community*) (Novel, Boyd, 2010).

Pojęcie sąsiedztwa najlepiej wyraża kryterium tożsamości społeczności lokalnej w środowisku wielkomiejskim. Jak zauważa Wallis (1967, s. 126) „...w metropolii jednostka korzysta tylko z jakiegoś małego fragmentu całości, której jest nominalnym mieszkańcem. Całej fizycznie dostępnej przestrzeni jednostka nie jest w stanie użytkować. W wielkim mieście przestrzeń znana nam jak własna kieszeń jest nieduża, a w stosunku do obszaru miasta wprost znikoma". Zatem tylko w przypadku zamieszkiwania małego miasta mamy szansę na bycie mieszkańcem nie tylko w sensie administracyjnym, lecz i metaforycznym. W przypadku zamieszkiwania w metropolii jednostka jest użytkownikiem tylko niewielkiego fragmentu miasta zarówno z powodu świadomego ograniczania przestrzeni dla preferowanych przez siebie tożsamości (Bańka 2009), jak i z powodu obiektywnych barier ograniczających dostęp do wielu przestrzeni publicznych i semi-publicznych, takich jak wiek, pochodzenie społeczne, wykształcenie etc. Owe obiektywne uwarunkowania dostępu do przestrzeni wyznaczają bazę percepcyjną ludzi umożliwiającą dostrzeganie jedynie określonych afordancji środowiskowych (Bańka, 2010), a co za tym idzie lokowania i relokowania własnych tożsamości wyłącznie w ściśle zdefiniowanych przestrzeniach. Podeszły wiek wyklucza korzystanie z dystryktów miejskich ze zlokalizowanymi w nich dyskotekami nie ze względu na formalne przepisy prawa, ale psychologiczne bariery zakotwiczone w umysłowej przestrzeni życia.

Wallis (1967) wyróżnia w obszarze miasta strefy ekologiczne. Pierwsza strefa jest funkcjonalnie związana z życiem codziennym, jest schematem wyznaczonym przez miejsce zamieszkania i pracy. Łączy się z nią „izochrona", czyli miara odległości miejskich

wyrażana w minutach niezbędnych do ich pokonania środkami komunikacji miejskiej. Drugą strefę wyznacza zakres aktywności towarzysko-rozrywkowej oraz wypoczynkowej. To lokalizacja ulubionych restauracji, kawiarni, kin, teatrów, parków i tras spacerowych. Strefa ta niekiedy zawiera się w obszarze środowiska zamieszkania i pracy przynależących do pierwszej strefy. Jednak strefa druga jest w znacznie większym stopniu wyznaczona preferencjami użytkownika niż pierwsza. Trzecią strefę określa znajomość reprezentacyjnych obszarów własnej dzielnicy czy miasta. To również wiedza o centrum miasta i jego obszarach reprezentacyjnych. Obiekty zaliczane do składowych tej strefy odgrywają istotną rolę w wizualnym i symbolicznym wyobrażeniu mieszkańca o walorach własnego miasta. Wallis (1967) podkreśla, że zgodnie z powyższą klasyfikacją, na całym świecie powstały liczne osiedla mieszkaniowe. Służyła temu koncepcja urbanistyczna nastawiona na maksymalne sprzyjanie kontaktom wewnątrz osiedla oraz na podkreślaniu jego jedności i odrębności wobec dzielnic sąsiednich.

W Polsce pod kierunkiem T. Tomaszewskiego prekursorskie badania percepcji otoczenia i map poznawczych środowiska przeprowadzono w Krakowie i w Warszawie (Eliasz, 2000). Badaniami na poziomie międzynarodowym kierował K. Lynch pod egidą UNESCO (Tomaszewski, 1984). Wykazały one, że spostrzeganie otoczenia oraz całą sfera działań poznawczych człowieka ściśle wiąże się z jego aktywnością w środowisku. Zależność ta jest wzajemna, ale aktywność stanowi element podstawowy a percepcja pochodny. Człowiek spostrzega w swoim otoczeniu przede wszystkim to, co jest mu potrzebne. Ze względu na funkcjonalny i „regulacyjny" charakter spostrzegania otoczenia powstaje konieczność uwzględnienia w badaniu percepcji rodzaju i celu aktywności.

Walmsley i Lewis (1997) definiując sąsiedztwo wyróżnili trzy jego typy: a) sąsiedztwo „znajomości społecznych", które obejmuje obszar o granicach wyznaczonych kontaktami sąsiedzkimi w miejscu zamieszkania, gdzie wszyscy się znają i spotykają na co dzień. Kontakty międzyludzkie nie są w tym przypadku uwarunkowane dochodem, prestiżem ani innymi czynnikami socjologicznymi; b) sąsiedztwo jednorodne, którego granice wyznacza jednakowy standard domów i typ rodzin je zamieszkujących; oraz c) jednostkę sąsiedzką, obszarowo większą, zróżnicowaną społecznie oraz architektonicznie, wyposażoną w bogaty zestaw udogodnień (*facilities*) (Sanoff, 1997, 2000). Jednostka sąsiedzka stanowi odpowiednik dzielnicy miasta w polskich warunkach. W obszarze jednostki sąsiedzkiej niezwykle istotną rolę odgrywają udogodnienia. Udogodnienia to każdy obiekt fizyczny typu kosz na śmieci, ławka, parking, ścieżka, sklep, który spełnia w przestrzeni funkcje użytkowe.

Badania dotyczące uczenia się środowiska w dużej skali, jak dzielnicy albo całego miasta, służą określeniu strategii nabywania oraz przyczyn różnicowania wiedzy przestrzennej (*spatial knowledge*) (Pfeffer i in., 2013). Na przykład, celem badań Anooshian (1996) było określenie strategii nabywania wiedzy o przestrzeni oraz zróżnicowania procedur uczenia się drogi. Anooshian (1996) wykorzystała cztery metody pomiaru wiedzy: metodę nazywania obiektów na fotografii, nazywania fotografii kolejnego obiektu, wskazania prawidłowej trasy oraz porządkowania miejsc od pierwszego do ostatniego obiektu. Wyniki badań pokazały, że łatwość nabywania wiedzy przestrzennej zależy od liczby obiektów zawartych między początkiem a końcem drogi. Ponadto, w sytuacji gdy badani wykonywali zadania testowe, lepsze wyniki uzyskiwali ci, którzy wykonywali zadania w przestrzeni eksperymentalnej (ponowna ekspozycja na warunki bodźcowe), niż wykonujący zadanie w pokoju laboratoryjnym. Wyniki te dostarczyły argumentów teoretycznych dla dalszych badań nad pamięcią przestrzenną (*spatial memory*) (Thomas, 2013).

Środowisko zamieszkania jest definiowane przez siłę więzi sąsiedzkiej, status społeczny, wykształcenie, zasobność ekonomiczną mieszkańców oraz dostępność udogodnień, które umożliwiają realizację potrzeb mieszkańców wyróżnionego obszaru. Tak rozumiane środowisko zamieszkania jest jednocześnie zbiorem różnorodnych informacji o mieszkańcach tzw. cichych przekazów (*silent messages*) (Bańka, 2010). Ich wygląd redukuje poczucie zagrożenia, zwiększa poczucie bezpieczeństwa, wyzwala akceptację środowiska zamieszkania i poczucie tożsamości sąsiedzkiej. Estetyczny wygląd powoduje, że przestrzeń wspólna jest na tyle przyciągająca, że staje się przestrzenią półprywatną, co z kolei sprzyja podejmowaniu kontaktów interpersonalnych i wzmacnia poczucie zadowolenia z zamieszkiwania w danym obszarze.

Kiedy przestrzeń wspólna jest przestrzenią niczyją, zaniedbaną lub zdewastowaną, wyraźnie odrębną od przestrzeni prywatnej, wtedy mieszkańcy nie tylko o nią nie dbają, znacznie częstsze są akty wandalizmu i wzrasta ryzyko pojawienia się zachowań przestępczych (Hauziński, Bańka, 2003). Ludzie wstydzą się tego, że tam mieszkają i rzadziej nawiązują kontakty, są nieufni i wrogo nastawieni wobec innych. W takich obszarach wzrasta wśród mieszkańców po-

czucie anonimowości, alienacji oraz poczucie zagrożenia kulturowego (Walmsley, Lewis, 1997). Zabudowa jednorodzinna sprzyja tworzeniu pozytywnych relacji międzyludzkich, a zabudowa wielorodzinna osłabia takie relacje. Trzeba jednak podkreślić, że zmienne socjologiczne i kulturowe oraz polityka społeczna również modyfikują siłę i rodzaj więzi sąsiedzkich (Huguet, 1983).

PODMIOTOWE DETERMINANTY POZNANIA ŚRODOWISKA ZAMIESZKANIA

O znajomości środowiska decyduje aktywność podmiotu, architektura i plan przestrzenny środowiska. Przestrzeń przyciągająca, atrakcyjna, zawierająca liczne punkty orientacyjne jest łatwiej zapamiętywana, częściej odwiedzana, zawiera więcej elementów bliskich, łatwiej jest ją zapamiętać i przywołać jej obraz. Mapy poznawcze środowiska zurbanizowanego prócz punktów orientacyjnych zawierają punkty kotwiczące, co umożliwia ludziom rozróżnienie między reprezentacją przestrzeni geograficznej a reprezentacją psychologicznej przestrzeni zamieszkania. Gdy punkty orientacyjne klasyfikujemy jako część powszechnej i wspólnej wiedzy o przestrzeni, wówczas punkty kotwiczące rozpatrujemy jako takie elementy wiedzy, które są funkcją aktywności poznawczej i eksploracyjnej w przestrzeni. O ile punkty kotwiczące stanowią najważniejsze i najbardziej aktywne cechy jednostkowej reprezentacji przestrzeni, o tyle punkty orientacyjne są jedynie okazjonalnie przywoływanymi elementami. Codzienna aktywność w dostępnym środowisku nie wymaga odwoływania się do wspólnej dla grupy wiedzy o społecznych, historycznych oraz kulturowych właściwościach elementów przestrzeni. W codziennym funkcjonowaniu jednostek wystarczy jedynie odwoływanie się do takich cech środowiska, które zapewniają realizację zadań nawigacyjnych i wiążą się z doświadczeniem życiowym jednostki (Couclelis i in., 1995) oraz z tzw. prospektywną pamięcią miejsca (Waldum, Sahakyan, 2013).

Kevin Lynch w pracy *Image of the city* (1960) badał wizualną jakość miast amerykańskich wyrażaną zjawiskiem ich czytelności. Czytelność przestrzeni miejskiej jest funkcją możliwości i łatwości wyszukania w niej istotnych wskazówek a następnie ich uporządkowania. Według Lyncha (1960) mieszkańcom współczesnych miast zagadnienie orientacji w przestrzeni nie wydaje się istotne, gdyż mogą liczyć na wsparcie innych lub korzystać z oznaczeń czy map. Jednak, jak podkreśla, w sytuacjach zagrożenia, postrzeganego ryzyka poniesienia szkody etc., czujemy, jak ważna jest orientacja w przestrzeni jako element poczucia bezpieczeństwa. Stwierdzenie „stracić orientację" oznacza coś więcej niż tylko prostą niemożność ustalenia swego położenia geograficznego. W mieście można się bądź zagubić – szukając kierunku czy drogi, bądź poczuć się zagubionym, szukając pomocy lub sposobności odpoczynku. Według Lyncha (1960) w procesie percepcji otoczenia obserwator odgrywa aktywną rolę. Jest tak dlatego, że ludzie dopasowują kształtujące się wyobrażenie przestrzeni do zmieniających się potrzeb własnych. Dlatego doskonale uporządkowane i czytelne środowisko miejskie, z pieczołowicie zaprojektowanymi i zharmonizowanymi detalami, ułatwia uczenie się nowych wzorów aktywności (Bańka, 2002).

Podstawowym narzędziem badania umysłowego obrazu miasta w teorii Lyncha (1960) są szkice map. Lynch stworzył metodę analizy i klasyfikacji szkicowanych obiektów, obejmującą następujące kategorie. 1) Ścieżki (*paths*), które są kanałami ruchu i obejmują ulice, chodniki bądź tory. 2) Krawędzie (*edges*), które są liniami nie uwzględnianymi przez rysującego tak, jak czyni to ze ścieżkami. Mogą nimi być granice pomiędzy dwoma etapami drogi albo obszarami. Stanowią obserwowalne przerwy w linearnej ciągłości, jak ma to miejsce w przypadku wybrzeża czy ściany. 3) Rejony (*districs*), które są średniej skali obszarami miasta zapisanymi w umyśle dwuwymiarowo (np. dzielnice) i są łatwo identyfikowalne. 4) Węzły (*nodes*), które pełnią strategiczne funkcje komunikacyjne w obszarze miasta, jak pętle tramwajowe, dworce i parkingi czy krzyżówki głównych ulic. 5) Punkty orientacyjne (*landmarks*), są to zazwyczaj prosto zdefiniowane obiekty fizyczne, takie jak budynki, pomniki, sklepy, wzniesienia terenu. Te wyróżniające się elementy obrazu miasta stanowią szkielet każdego szkicu mapy.

Lynch (1976) ujmował percepcję jako proces rozwijający się wraz z doświadczeniem i służący konstruowaniu wyobrażenia czasu oraz przestrzeni. Ponieważ ludziom niezbędna jest umiejętność rozpoznania miejsca zamieszkania i łączenia tego miejsca z innymi istotnymi obszarami miasta, wymiar czasoprzestrzenny zachowań jest niezwykle istotny. W życiu społecznym, jak i na poziomie kontaktów interpersonalnych istotną rolę odgrywa krajobraz środowiska miejskiego. Krajobraz środowiska miejskiego stanowi medium komunikacji między mieszkańcami oraz między mieszkańcami a środowiskiem (Bańka, 1997, 2002). Wystarczy przypomnieć o znaczeniu, jakie ma wspomnienie rodzinnego miasta wtedy, gdy spotyka

się obcych sobie ludzi, będących jego mieszkańcami. Właściwości krajobrazu wzmacniające relacje międzyludzkie lub je osłabiają, krajobraz miasta wpływa też na satysfakcję emocjonalną i estetyczną. Według Lyncha (1976) znaczenie każdego miejsca środowiska związane jest z właściwością wiązania (sprzyjania interakcjom) wszystkich żyjących w jego obrębie istot. „Pełnię życia" miejsca wzbogaca wymiar jego tożsamości, kształtowany spostrzeganiem przez mieszkańców jego dopasowaniem do procesów biologicznych, działań społecznych i jednostkowych. Dobrze zaprojektowane miasto można łatwo zapamiętać. Umożliwiają to zawarte w jego obszarze charakterystyczne obiekty, symbole oraz powszechnie znane ulice.

Aktywność w środowisku zamieszkania ułatwia zdobywanie wiedzy o tym, co się aktualnie dzieje i o tym, jakie środowisko jest „w ogóle" (Hauziński, Bańka, 2003). Elementy wiedzy o właściwościach środowiska zamieszkania, mogą być podobne w różnych grupach użytkowników, jak na przykład wśród młodzieży. Wiedza o przestrzeni miejskiej może być również wysoce zindywidualizowana, dzięki własnym doświadczeniom i specyficznym wzorom aktywności jednostek. Dostępność wiedzy środowiskowej uwarunkowana jest trzema grupami czynników. Pierwszą stanowią czynniki środowiska fizycznego, takie jak czytelność i wyobrażalność (*imageability*) środowiska (Lynch, 1970, 1976), zagęszczenie i stłoczenie (Stokols, 1974), istnienie miejsc wywołujących lęk (Nasar, Jones, 1997). Czynniki te są z jednej strony zobiektywizowanymi charakterystykami środowiska, a z drugiej strony czynnikami spostrzeganymi przez użytkowników. Drugą grupę stanowią czynniki społeczno-kulturowe i historyczne (Couclelis i in., 1995). To między innymi zróżnicowanie struktury społecznej, instytucjonalizacja życia społecznego, typy zabudowy, prawo własności itp. Trzecią grupą są czynniki indywidualne, jak na przykład wzory aktywności, poziom inteligencji, preferencje poznawcze.

Według Couclelis i współpracowników (1995) dla każdego środowiska i każdego użytkownika istnieje hierarchia punktów kotwiczących. Istnieją analogie między punktami kotwiczącymi a prymarnymi węzłami sieci semantycznej. Zarówno teoria punktów kotwiczących, jak i teoria sieci semantycznej postulują istnienie hierarchicznej sieci węzłów reprezentujących miejsca lub pojęcia, powiązane dzięki relacjom przestrzennym lub pojęciowym. W teorii prymarnych węzłów sieci semantycznej, hierarchię wiedzy wyznaczają najważniejsze elementy porządkujące sieć semantyczną. W przypadku obydwu teorii, związki między poziomami hierarchii powstają dzięki różnym zbiorom węzłów, których znaczenie wyznacza proces poszerzania aktywności. Nie mniej ważne są różnice między tymi dwoma pojęciami (Hauziński, Bańka, 2003).

Po pierwsze, sieć punktów kotwiczących odzwierciedla przekształcenia konfiguracji punktów oraz linii w aktualnej, dostępnej przestrzeni euklidesowej. Natomiast sieć semantyczna stanowi reprezentację pojęciowej struktury przestrzeni nie posiadającej bezpośrednich analogii ze światem obserwowalnym. Punkty kotwiczące w mapie poznawczej mogą posiadać bezpośrednie, empiryczne odniesienia miejsca, podczas gdy węzły sieci semantycznej nie posiadają żadnych realnych odniesień, jak dzieje się wtedy, gdy reprezentują pojęcia abstrakcyjne, typu praca zawodowa.

Po drugie, mapy poznawcze zawierają reprezentacje właściwości metrycznych, podczas gdy sieć semantyczna posiada zazwyczaj właściwości topologiczne. Inne różnice dotyczą tego, że sieć semantyczna zapewnia odpowiednią heterogeniczność w typie reprezentowanych pojęć (rzeczowniki reprezentujące konkretne obiekty, pojęcia abstrakcyjne, przymiotniki, czasowniki, konstrukty lingwistyczne), podczas gdy punkty kotwiczące, dotyczą wyłącznie miejsc oraz związków między tymi miejscami, związków zarówno abstrakcyjnych, jak i relacyjnych (Couclelis i in., 1995).

PERCEPCJA ZAGROŻEŃ A POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA W ŚRODOWISKU ZURBANIZOWANYM

W latach 70-tych prowadzono badania porównawcze miast starając się określić specyfikę różnych ośrodków miejskich. Na przykład Milgram (1976) wyróżnił trzy czynniki „atmosfery" miasta: a) wyobrażenie mieszkańca o mieście, wynikające z jego wewnętrznych standardów powstałych dzięki możliwości dokonania porównania z innymi miastami co ułatwia tworzenie sądów oceniających; b) długość i cel pobytu w mieście: jako turysta, jako nowy mieszkaniec, jako stały mieszkaniec, co powoduje posługiwanie się odmiennymi strategiami radzenia sobie z przeciążeniem; oraz c) legendy oraz oczekiwania związane z danym miastem, które powodują, że dla nowego przybysza jego początkowa percepcja miasta jest ograniczona przez filtr jego własnych oczekiwań oraz wyobrażeń. Powyższe czynniki wpływają na różnice ocen właściwości miasta. Z reguły dobrze reprezentowane jest centrum miasta, przedstawiane w oparciu o trwały zbiór punktów orientacyjnych oraz łączące je ścieżki. Obszary

leżące poza ścisłym centrum, reprezentowane są w mapie poznawczej miast słabiej, wyobrażenia o nich zawierały informacje dotyczące rozproszonych i niepowiązanych wzajemnie punktów orientacyjnych.

Mapa poznawcza obejmuje reprezentacje obiektów i właściwości środowiska zamieszkania w tym informacje o zagrożeniach. Zawiera informacje o tym jak osoba z dostępnej jej przestrzeni korzysta. Mapa poznawcza jako umysłowy plan zachowania i zdobywania informacji o zagrożeniach i bezpieczeństwie środowiskowym powstaje w efekcie procesu odwzorowania środowiska, mapowania poznawczego (Downs, Stea, 1973). Mapowanie poznawcze to rodzaj procesów mentalnych dzięki którym ludzie zapamiętują i przywołują informacje o zagrożeniu oraz lęku odczuwanym w określonych miejscach. Związek emocji pozytywnych i negatywnych z poznaniem środowiska można ujmować z dwóch perspektyw (Garling, 1995; Herman i in., 1995; Thomas, Bromley, 2000). Według pierwszej udział emocji w poznaniu zwiększa się stopniowo i wyraża się powiązaniem stanów emocji z funkcjami poznawczymi. Wskazać tu można niektóre koncepcje lęku lub stresu. Podmiot wpierw przeżywa negatywne emocje, a następnie podejmuje działania służące radzeniu sobie. Druga perspektywa traktuje stany emocjonalne i funkcjonowanie poznawcze jako powiązane i niezmienne elementy architektury umysłowej. Generalizacja doświadczeń stanów emocji w powiązaniu z charakterystyką sytuacji konstytuuje wzór przeżywania emocji w konkretnych sytuacjach (Hauziński, 2007).

Wysoki poziom poczucia zagrożenia przestępczością w środowisku zamieszkania może być uwarunkowany wyższymi poziomami przeżywanego w określonych miejscach bądź sytuacjach lęku specyficznego. Mapy poznawcze środowiska zamieszkania zawierają informacje o właściwościach wskazówek lokacyjnych w przestrzeni środowiska. Informacje te aktywizowane są w sytuacjach wymagających odwołania się do właściwych skryptów lub schematów działania. Jednostki potrafią ocenić, które miejsca w okolicy są „niebezpieczne" oraz to, czy przebywanie w nich zwiększa ryzyko zostania ofiarą przestępstwa. Psychologiczne konsekwencje percepcji zagrożenia przestępczością znajdują swój wyraz w wielu obszarach funkcjonowania jednostki. Dotyczą sfery motywacyjnej, samooceny i obrazu Ja, jak też zachowań o charakterze obronnym, wycofania lub agresji. Wskazuje się również konsekwencje zagrożenia i lęku na poziomie poznawczym, na przykład w strukturach wiedzy o otoczeniu. Określenie sposobu, w jaki mieszkańcy strukturalizują mapy poznawcze środowiska zamieszkania zagrożonego przestępczością stanowi ważny problem badawczy. Dotychczas przyjmowano, że mapy poznawcze konstruowane są między innymi na podstawie: a) wiedzy o właściwościach architektonicznych i przestrzennych środowiska (Lynch, 1960; Aragones, Arredondo, 1995), b) zdolności i ograniczeń poznawczych (Downs, Stea, 1977, Baguley, 1993); oraz c) znajomości miejsc wyrażanej częstością kontaktu, długością czasu przebywania, łatwością przywołania i znajomością nazwy miejsca (Couclelis i in., 1995). W tym miejscu należy podkreślić, że postępujące wraz z wiekiem zróżnicowanie struktury mapy poznawczej, odzwierciedla zmianę znaczenia przydawanego na danym etapie rozwoju poszczególnym miejscom środowiska zamieszkania. Również sytuacja ekonomiczna i społeczna użytkowników przestrzeni odzwierciedlona jest w zawartości ich map poznawczych. Inna jest sytuacja psychologiczna w środowisku zamieszkania dziecka a jeszcze inna osoby w wieku podeszłym. Przestrzeń miejska zawiera szereg udogodnień stanowiących atrakcyjną ofertę dla mieszkańców, jak obiekty sportowe, centra handlowe, zabytki itp. Z reguły miejsce zamieszkania, szkoła i miejsce pracy stanowiąą ważne punkty kotwiczące obszar zamieszkania w mentalnej mapie środowiska zamieszkania. Pobliże domu jest szczególnie ważnym obszarem codziennej aktywności a okolica miejsca zamieszkania najlepiej znaną przestrzenią (Hauziński, 2003).

Konstruowanie reprezentacji drogi z domu do przedszkola bądź szkoły jest prawdopodobnie pierwszą reprezentacją przestrzeni w dużej skali. Inne ważne punkty lokacyjne, decydujące o zakresie znajomości przestrzeni środowiska to kościół, sklep, boisko. Wymienione miejsca spełniają szereg ważnych funkcji, nie tylko społecznych i kulturowych ale i aktywizujących sferę poznawczą, emocjonalną i motoryczną każdego użytkownika środowiska. Miejsca te można nazwać ogniskami aktywności. Ogniska aktywności to miejsca w których dominuje określony wzór zachowania. Należy przyjąć, że atrakcyjna oferta środowiskowa będzie skłaniać do eksploracji otoczenia, natomiast środowisko ubogie w udogodnienia będzie aktywność przestrzenną hamować (Hauziński, Bańka, 2003).

ŚRODOWISKOWE DETERMINANTY POCZUCIA ZAGROŻENIA

Spostrzeganie w obrębie miasta obszarów ryzyka związane jest m.in. z występującą w nich przestępczością. Nasar i Jones (1997) analizowali wpływ

percepcji określonych form krajobrazu na samopoczucie. Podkreślali, że ponad 40% nastolatków boi się wychodzić nocą z domu dalej, niż na jedną milę a mieszkańcy nie czują się bezpiecznie nawet w mikrosystemie najbliższego sąsiedztwa, pracy, nauki, zakupów. Zjawisko zagrożenia i lęku przed przestępczością jest powszechne oraz powtarzalne. Oznacza to, że wielu ludzi doświadczyło lęku przed zostaniem ofiarą najmniej raz w życiu. Strach często wyzwala reakcje stresu, reakcje skłaniające do ucieczki, do minimalizowania zagrożenia lub radzenia sobie z sytuacją, która przeraża. Poczucie zagrożenia przestępczością wywiera istotny wpływ na zachowania, przynosząc między innymi konsekwencje wyrażane ograniczeniami aktywności. Ludzie czują się więźniami w swoich domach czy w obszarze sąsiedztwa. Strach przed przestępczością ujmowany jako stresor, prowadzi do silnych symptomów fizycznych oraz złego samopoczucia.

Dążenia wyrażane przez zachowania osoby, są efektem poprzedzających je procesów decyzyjnych. Jeśli założymy, że osoba dąży do maksymalizacji oczekiwanej użyteczności zachowań, pojęcie ryzyka będzie zbędne. Jednakże potoczne obserwacje oraz dane eksperymentalne sugerują, że stosunek decydenta do ryzyka nie jest adekwatnie wyrażany w kształcie funkcji jego użyteczności (Tyszka, 1986). Czym innym jest bowiem posługiwanie się zasadą użyteczności, a czym innym ocena subiektywnego prawdopodobieństwa efektów działania ryzykownego. Codzienne sytuacje zawierają znaczny element nieprzewidywalności. Jest tak dlatego, że zagrożenia często mają swe źródła w procesach zewnętrznych wobec decyzji podmiotowych.

W badaniach różnorodnych ograniczeń przestrzennych (Nasar, Jones, 1997) obok pojęć dotyczących „barier perspektywy" (ograniczenia pola widzenia, na przykład przez spacerowicza w parku) oraz „barier ucieczki" (tunel, przejście podziemne, parkowa alejka), używają pojęcia „naturalne punkty obserwacyjne". Naturalne punkty obserwacyjne pozwalają na ogląd okolicy z własnego mieszkania i obserwację aktywności, również przestępczej. W niektórych krajach Europy policja angażuje emerytów, by obserwowali z okien, co dzieje się w pobliżu.

Do kolejnych wskaźników zagrożenia przestępczością należą zagęszczenie, poczucie zatłoczenia, przeciążenie poznawcze, ocena ryzyka zostania ofiarą, poczucie zagrożenia. Pojęcie zagęszczenia oznacza obiektywne nagromadzenie ludzi lub rzeczy w wyodrębnionej przestrzeni (Bańka, 2002). Subiektywne odczucia towarzyszące zagęszczeniu określa się mianem poczucia zatłoczenia. Wysoki poziom zagęszczenia powoduje wzrost poczucia zatłoczenia, co niesie z sobą szereg konsekwencji, takich jak depersonalizacja, agresja czy wyznaczanie wyraźnych granic w kontaktach interpersonalnych. Zatłoczenie jest subiektywną reakcją na zagęszczenie elementów w przestrzeni społecznej lub fizycznej. Zatłoczenie oznacza poczucie stresu powstałego na skutek postrzegania przestrzeni dostępnej jako mniejszej od pożądanej (Stokols, 1976). Poczucie zatłoczenia jest reakcją subiektywną, modyfikowaną przez doświadczenie, wiedzę, cechy osobowości oraz właściwości sytuacji. Istotną rolę w poczuciu zatłoczenia pełnią odczuwane emocje o charakterze negatywnym, jak lęk, stres, napięcie emocjonalne (Eliasz, 1993). Wyróżnia się trzy czynniki (Bańka, 2002) warunkujące poczucie zatłoczenia: normy kulturowe, doświadczenia oraz motywację. Na przykład, motywacja nie eliminuje skutków zagęszczenia w postaci poczucia zatłoczenia, ale w wyraźny sposób zmienia percepcję, zakres oraz gwałtowność objawów psychicznych i reakcji zachowania. Zamieszkiwanie w warunkach zagęszczenia skutkuje wzmożonym stresem fizjologicznym (Evans, Cohen, 1987), wzmaga dystres psychologiczny, powoduje deterioracyę relacji interpersonalnych między domownikami. Można założyć, że poczucie zatłoczenia pojawia się wtedy, gdy właściwości dostępnej przestrzeni uniemożliwiają podjęcie zachowań co najmniej minimalizujących negatywne emocje. Takie ujęcie prezentuje Stokols (1974) przedstawiając model reakcji na zagęszczenie. Dlatego tak ważne jest odróżnienie pojęcia przeciążenia poznawczego od pojęcia poczucia zatłoczenia.

Przeciążenie poznawcze (Milgram, 1974) rozumiane jako zewnętrznie uwarunkowana dysfunkcja systemu poznawczego, spowodowana zbyt dużą ilością informacji by system był zdolny je efektywnie przetworzyć, jest czym innym od poczucia zatłoczenia. Poczucie zatłoczenia to spostrzeżenie lub odczucie negatywnych konsekwencji zagęszczenia. O poczuciu zatłoczenia może decydować brak lub ograniczenie kontroli nad otoczeniem. Jednym z warunków powstania poczucia zatłoczenia jest ograniczenie możliwości wyboru różnych zachowań w danej sytuacji, gdy ograniczona jest swoboda działania (Derbis, Bańka, 1998).

Kolejnym czynnikiem składającym się na poczucie zagrożenia jest ocena ryzyka zostania ofiarą. O'Riordan (1995, s. 3) definiuje ryzyko „jako złożone prawdopodobieństwo albo częstotliwość występowania zdefiniowanego zagrożenia (hazard) i wielkość oraz konsekwencje tego zagrożenia. Ryzyko obejmuje

niebezpieczeństwa, zagrożenia albo zdarzenia, które wpływają na zdrowie, samopoczucie i bezpieczeństwo ludzi i charakteryzuje się określonym prawdopodobieństwem zaistnienia". Ryzyko jest zjawiskiem rozpowszechnionym i różnorodnym, zróżnicowana jest wiedza o nim, informacje, odległość czasowa następstw, wreszcie samo ryzyko dotyczy różnorodnych aspektów życia i składników środowiska. Podstawowym problemem wynikającym ze wskazania ryzyka w środowisku i jego percepcji jest opis oraz pomiar.

O'Riordan (1995) opisuje trzy kierunki rozwoju badań nad ryzykiem. Pierwszy, dotyczy badań społecznych, politycznych, technologicznych oraz ekonomicznych uwarunkowań ocen zjawiska ryzyka. Uzależnienie ocen ryzyka od warunków kontekstu (społecznego itd.), prowadzi do licznych przekłamań i wysokich strat. Na przykład, interpretacja ryzyka związanego z zarażeniem AIDS jako zagrożenia właściwego dla środowiska narkomanów, doprowadziła do licznych błędów medycznych dotyczących kontroli zasad transfuzji krwi.

Drugi kierunek badań nad ryzykiem wyznaczają badania prowadzone w obszarze nauk społecznych i psychologii. Na przykład Slovic (1995) dostarczył informacji o tym, że w bogatych krajach demokratycznych zagrożenia i wynikające z nich ryzyko są znacznie lepiej kontrolowane w porównaniu z krajami ubogimi, o rządach autorytarnych. Wiedza o ryzyku, gdy jest powszechnie dostępna, umożliwia ludziom podejmowanie decyzji dotyczących ochrony preferowanego przez nich stylu życia. Gdy informacje o ryzyku są dostępne jedynie nielicznym, gdy wiedza o ryzyku nie jest powszechna, wtedy ludzie zdają się na procedury i decyzje podejmowane bez ich udziału. Coraz częściej w Polsce obywatele padają ofiarą instytucji finansowych, gdyż ta sfera życia nie kojarzy się z brutalną przestępczością kryminalną a informacje o ryzyku nie są powszechnie dostępne.

Trzeci kierunek rozwoju badań nad ryzykiem dotyczy zagadnień instytucjonalizacji zarządzania ryzykiem. W tym obszarze głównym zadaniem stojącym przed przedstawicielami nauk społecznych jest wsparcie działań służących minimalizacji ryzyka i zwiększaniu zakresu i środków kontroli zagrożeń środowiskowych. Takie działania noszą nazwę zarządzania ryzykiem (*risk management*) (Studenski, 2012) i stanowią coraz bardziej znaczący obszar działań naukowców, praktyków oraz polityków i organizacji społecznych.

Informacje o ryzyku powinny być dostępne, zrozumiałe, mieć jednoznacznie zdefiniowane znaczenie, powinny wskazywać na określony poziom ryzyka. Termin „trucizna" jest jednoznaczny, termin „szkodliwe dla zdrowia" jest niejednoznaczny ponieważ nie wiadomo co powoduje, że wykorzystywanie produktu szkodzi. Z kolei termin „zawiera benzoesan sodu" jest niezrozumiały. Viscusi i Zeckhauser (1996) zakładają, że zachowania konsumentów znających informacje ostrzegające o ryzyku przyjmują dwie formy reakcji. W pierwszej konsumenci kontynuują działania obarczone ryzykiem. W drugiej, rezygnują z używania produktu. Viscusi i Zeckauser (1996) wskazują na konieczność dokonania zmian w polityce informowania o ryzyku. Zmiany te powinny zapewnić: a) dostarczanie ostrzeżeń w formie która nie wywoływałaby gwałtownych reakcji (paniki); b) konsekwentne wykorzystanie różnorodnych form komunikatów o zagrożeniach (programy edukacyjne); oraz c) korzystanie z różnych form przekazywania informacji, w których ostrzeżenia byłyby jedną z wielu możliwości i d) rozwój instytucji zajmujących się dostarczaniem informacji o ryzyku. Pomiar ryzyka wymaga identyfikacji jego skutków, czyli efektów ekspozycji na działanie czynników ryzyka. Nie mierzy się ryzyka „jako takiego", lecz efekty jego występowania – społeczne, ekonomiczne, psychologiczne, fizjologiczne. Taka metoda badania ryzyka nosi nazwę rozpoznania „efektu przeciwnego" (Lowrance, 1976).

Ryzyko, z którym ludzie obcują „na co dzień" spostrzegane jest jako zjawisko złożone. Prawdopodobnie jest tak dlatego, że ryzyko spostrzegane „na co dzień" jest uzależnione od zagrożeń o antropogennym charakterze. Zagrożenia antropogenne uwarunkowane są wieloma czynnikami, co z jednej strony czyni je przewidywalnymi, z drugiej strony ich skutki mają charakter rozproszony i długoterminowy (Gough, 1996).

Zagrożenia (*hazards*) to według Cvetkovich'a i Earle'a (1995) specyficzny rodzaj zdarzeń środowiskowych, które eksponują ludzi i uznane przez nich wartości na niebezpieczeństwo lub ryzyko. Niebezpieczeństwo wyrażane jest przez ekstremalne warunki środowiska naturalnego lub przez wadliwe funkcjonowanie składników środowiska stworzonego przez człowieka. Cvetkovich i Earle (1995) proponują taki model procesu zagrożenia (*model of hazard process*), który umożliwia standaryzację metod opisu zagrożeń.

Według tych autorów źródła zagrożeń wywodzą się z obszaru środowiska naturalnego oraz środowiska stworzonego przez człowieka. Dlatego charakterystyka zagrożeń powinna uwzględniać opis właściwości fizycznych zjawiska, na przykład zasięg czy okres likwidacji szkód i subiektywne wyobrażenia zagro-

żenia. Reakcje na zagrożenia można rozpatrywać w wymiarze intrapsychicznym (stres, lęk, depresja, agresja), indywidualnym (sposoby radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami, modyfikacja zachowań) lub reakcji zbiorowych (np. program „bezpieczne miasto", organizacje lokatorskie „bezpieczne osiedla"). Wyróżniamy trzy źródła zagrożeń. Po pierwsze, zagrożenia będące efektem decyzji specjalistów, tj. ekonomistów, polityków, planistów, przedsiębiorców, lekarzy. Zagrożenia te wynikają z decyzji dotyczących możliwości importu i eksportu towarów, budowy i lokalizacji linii wysokiego napięcia, budowy i lokalizacji elektrowni atomowych, dopuszczenia stosowania nowych środków medycznych, zarządzania procesem migracji w obrębie miast itp. Po drugie, są efektem naturalnych procesów przyrodniczych, takich jak powodzie, huragany, trąby powietrzne, susze, wulkany itp. Po trzecie, są efektem procesów społecznych, historycznych, politycznych lub oświatowych, jak np. migracji do miast; lokalizacji grup kulturowych, rasowych i etnicznych w obrębie miasta; bezrobocia. Zdefiniowanie ryzyka czyli odpowiedź na pytanie „Co jest przedmiotem ryzyka?", przynosi szereg konsekwencji. Przedmiotem ryzyka może być zdrowie fizyczne i psychiczne, własność materialna, hierarchia wartości, obraz „ja" i szereg innych właściwości osobowych. Analiza efektów ryzyka środowiskowego dotyczy najczęściej postaw wobec tego ryzyka oraz ocen dotyczących jakości życia (Eyles, 1988)

ŚRODOWISKOWE DETERMINANTY POCZUCIA BEZPIECZEŃSTWA

Obraz bezpieczeństwa ma związek z kształtowaniem się tożsamości i prawidłowych relacji przywiązania w obrębie rodziny i osób bliskich. Tożsamość jak zauważa Tomaszewski (1975) to trwałość postaci w zmiennym otoczeniu. Jest związana z procesami równowagi wewnętrznej zapewniającej spoistość całości oraz procesami równowagi zewnętrznej, zapewniającej trwałość w zmiennym otoczeniu. Tożsamość scala pamięciowy zapis doświadczeń oraz reakcji emocjonalnych. Wspomnienia dziecka, dotyczące sytuacji w których kontakty z bliskimi miały pozytywny charakter, sympatii i zaufania, mogą jako wzorzec reagowania ulegać generalizacji na inne sytuacje, np. szkolne relacje z nauczycielami. Z kolei wczesne wspomnienia przykrych emocji w relacjach z bliskimi mogą być generalizowane i wyrażane w kontaktach z innymi. Wzorce relacji „negatywnego przywiązania" mogą utrzymywać się w późniejszym wieku i przejawiać się w postaci zachowań niedojrzałych, niedostosowanych, „dziwactw".

Ważne jest rozróżnienie poczucia bezpieczeństwa jako kategorii uczucia od oceny poziomu bezpieczeństwa. Jak pisze Gerstmann (1986, s. 12) uczucia odzwierciedlają zarówno wartość życiowej sytuacji dla człowieka, jak i wynikający stąd jego do niej stosunek. W treści uczuć odbija się znaczenie dla człowieka tego, co powoduje ich powstanie. Uczucia przyjemne odzwierciedlają to, że budzące je przedmioty mają dla nas korzystne znaczenie, uczucia przykre zaś, że określone przedmioty mogą być szkodliwe. Uczucia mają swe źródła w konkretnych sytuacjach, przedmiotach, osobach i zdarzeniach, z jakimi człowiek się styka w codziennym życiu. Można przyjąć, że obraz bezpieczeństwa jest jednym z elementów strukturalizujących ja, zarówno poprzez świadomość refleksyjną, afiliację interpersonalną, jak i procesy wolicjonalne takie jak decyzje i inicjowanie działań. Obraz bezpieczeństwa wzmacnia integracyjne funkcje psychiki, ułatwiając kontrolę nad Ja i sprzyja konstruowaniu długookresowych planów działania. Jako podstawowy rodzaj emocji pozytywnej obraz bezpieczeństwa jest ważnym czynnikiem regulacyjnym, umożliwiającym niezależność w otoczeniu i jego asymilację przez co warunkuje swobodę działania w otoczeniu.

Predyspozycje osobowościowe skłaniają jednych ludzi do koncentracji na ryzyku i zagrożeniach, a innych do koncentracji na kwestiach maksymalizowania bezpieczeństwa. Hołyst (2005, s. 338) sądzi, że podstawowe dla kształtowania obrazu bezpieczeństwa są prawidłowe relacje rodzinne. Rodziny dzieci dobrze przystosowanych są żywo zainteresowane sprawami dziecka, mają dla niego czas, oddziaływania wychowawcze opierają na systemie demokratycznym, ujawniają postawy zaangażowania emocjonalnego, akceptacji, ciepła i miłości. Rodziny dzieci nieprzystosowanych społecznie poświęcają dziecku niewiele czasu, mało o nim wiedzą, nie wykazują zainteresowania jego zadaniami, problemami i funkcjonowaniem społecznym. Najczęściej stosują liberalny styl wychowania, polegający na braku jakiejkolwiek ingerencji w działania dziecka. Dzieci dobrze przystosowane pochodzą z rodzin o prawidłowej strukturze, dobrym pożyciu między małżonkami, z rodzin o dobrym funkcjonowaniu opiekuńczym, o adekwatnym poziomie socjokulturowym. Rodzice w tych rodzinach podejmują refleksję nad funkcjonowaniem rodziny i wychowaniem dzieci. Przywiązują dużą wagę do szczęście dzieci i własnego oraz do dobrych warunków materialnych (Hołyst, 2005). Jak z tego wynika,

jednym z istotnych warunków kształtowania obrazu bezpieczeństwa w przestrzeni miejskiej jest afirmacja Ja w wymiarze alokalcji i relokacji przestrzennej (Bańka, 2009).

Obraz bezpieczeństwa jako forma reprezentacji świata stanowi złożoną strukturę psychiczną odzwierciedlającą wiedzę o sobie i relacjach z otoczeniem. Względnie trwała, poznawcza reprezentacja społecznego i fizycznego otoczenia jednostki to wiedza a jej część stanowi różnorodne reprezentacje odwzorowujące otoczenie i doświadczenia w nim nabyte. Niektóre reprezentacje są efektem procesów konstrukcyjnych umysłu a inne są prostym odwzorowaniem rzeczywistości. Wiedza o samym sobie to reprezentacja która różnicuje się wraz z wiekiem i rozwojem osobowości. W dalszych okresach życia reprezentacja świata jest w coraz większym stopniu zdeterminowana warunkami społecznymi, rodziny i kultury. Właśnie warunki społeczne i rozwój osobowości nadają zasadniczy kształt reprezentacji świata.

Percepcja bezpieczeństwa jest zjawiskiem analizowanym w badaniach nad różnymi zagrożeniami, takimi jak sytuacja kryzysowa udzielania pomocy innym z narażeniem własnego życia (Surowiec, 2001), katastrofa (Walmsley, Lewis, 1997) czy aktywność w środowisku zagrożonym przestępczością (Hauziński, Bańka, 2002). W sytuacji zagrożenia ludzie świadomie podejmują działania adaptacyjne i zaradcze oraz uruchamiają mechanizmy adaptacyjne i obronne. Gdy chodzi o te ostatnie, to ludzi cechuje wiara we własne szczęście, ufność w stosunku do innych ludzi i instytucji oraz przekonanie, że im samym „najgorsze" nie grozi. Skłonności ludzi do interpretowania spostrzeganej sytuacji niezgodnie z logiką, prawdopodobieństwem oraz innymi warunkami dowodzą, że ludzie nie są skłonni ani do kontrolowania słuszności swych przekonań i racji, ani do weryfikacji zakresu ich skutków. Przekonanie, że montaż antywłamaniowych utrudnień ochroni nasz majątek jest wysokie dopóki ktoś się jednak nie włamie lub nie wybuchnie pożar.

Poczucie bezpieczeństwa jest subiektywną i pozytywną oceną własnej sytuacji w określonych warunkach. Nasilenie różnorodnych zagrożeń występujących w środowisku powoduje, że zazwyczaj analizujemy je posługując się takimi terminami, jak poziom zagrożenia, poziom ryzyka, ekspozycja na zagrożenie lub ryzyko. Brak zagrożeń lub ich nieświadomość nie eliminują możliwości ich wystąpienia. Jest jednak tak, że ludzie potrafią określić to, że jakiś obszar jest bezpieczny nie tylko poprzez eliminację wskaźników zagrożeń, a także poprzez wskazanie elementów środowiska, które determinują stopień bezpieczeństwa. Ludzie mają możliwość nie tylko minimalizowania stopnia zagrożeń, ale i maksymalizowania stopnia bezpieczeństwa, ponieważ bezpieczeństwo to nie tylko brak zagrożeń (Studenski, 2012).

METODY PRZECIWDZIAŁANIA ZAGROŻENIU PRZESTĘPCZOŚCIĄ I ZMNIEJSZANIA RYZYKA ZOSTANIA OFIARĄ PRZESTĘPSTWA

Zagrożenie przestępczością można ująć w szerszej kategorii zagrożeń środowiskowych. Leiss (1996) na podstawie przeglądu metod komunikowania o ryzyku założył, że efektywna komunikacja między zainteresowanymi grupami (służbami socjalnymi, policją, różnymi grupami mieszkańców) stanowi ważny element podejmowania decyzji dotyczących zarządzania ryzykiem środowiskowym. Leiss (1996) definiuje komunikowanie o ryzyku (*risk communication*) jako ocenę ryzyka oraz przepływ informacji między ekspertami, praktykami oraz społecznością. Badania dotyczące procesu komunikowania ryzyka są nowym obszarem badań ryzyka. Celem badań dotyczących komunikacji o ryzyku jest wzrost świadomości ryzyka wśród ludzi oraz tworzenie sposobów kształtowania takich postaw i zachowań, które umożliwiłyby efektywny dialog między ekspertami a opinią publiczną.

Ewolucję sposobów komunikowania o ryzyku Leiss (1996) przedstawia w ujęciu fazowym. W fazie I (1975-84) przekazy zawierały informacje ilościowe o ocenach ryzyka. Kierowano się przeświadczeniem, że najważniejsza jest regulacja działań społecznych przy pomocy baz danych o ocenach ryzyka. W fazie drugiej (1985-94) podkreślano znaczenie skutecznej komunikacji, czyli wiarygodnych źródeł, zrozumiałości informacji, efektywności wykorzystania kanałów przekazu (modalności) oraz potrzeb odbiorców. W fazie III dominowała rola kontekstu społecznego a zarządzanie ryzykiem stało się grą między zainteresowanymi stronami. Faza III rozpoczyna się od momentu w którym zwrócono uwagę na brak zaufania do oficjalnych wyników pomiarów ryzyka. Praktyka komunikowania o ryzyku powinna odchodzić od czysto instrumentalnego traktowania odbiorcy i przekazu. Porozumienie między stronami zaangażowanymi w proces zarządzania ryzykiem, a więc porozumienie między ekspertami i społecznością, należy budować na podstawie wspólnie konstruowanych i jednakowo rozumianych pojęć i na podstawie obopólnych korzyści.

INDYWIDUALNE STRATEGIE PRZECIWDZIAŁANIA POCZUCIU ZAGROŻENIA PRZESTĘPCZOŚCIĄ

Indywidualne strategie przeciwdziałania poczuciu zagrożenia przestępczością powinny mieć precyzyjnie zdefiniowanego odbiorcę. W każdym wieku oraz w różnych sytuacjach życiowych poczucie zagrożenia może mieć różne uwarunkowania. Stąd działania interwencyjne lub profilaktyczne charakteryzować się będą różnymi odbiorcami, różnymi celami, specyficznymi strategiami realizacji.

W tej perspektywie centralne miejsce zajmuje możliwość pełnej realizacji potrzeb, realizacji celów oraz planów działań jednostki. Występująca niezgodność między wymaganiami środowiska oraz indywidualnymi celami czy potrzebami wytwarza napięcie psychiczne i stres, które jednostka stara się zminimalizować, dopasowując się do warunków środowiskowych, a zastane warunki dopasowuje do swych możliwości. Osoby posiadające możliwość kontrolowania warunków albo wewnętrzne poczucie kontroli, podejmują skuteczniejsze działania zabezpieczające przed zagrożeniem, niż osoby które nie kontrolują zagrożenia. Działania optymalizujące interakcję przebiegają na poziomie bezpośrednio służącym minimalizacji zagrożenia (kontrola pierwotna), albo na poziomie poznawczym (kontrola wtórna). Oprócz wpływu poczucia kontroli, na reakcję na zagrożenia istotny jest wpływ interpretacji informacji. Ludzie dokonują specyficznej selekcji informacji. Gdy docierające informacje o istnieniu zagrożenia nie są spójne z ich wiedzą, wybierają informacje zgodne z ich punktem widzenia. Ponadto, percepcję informacji dotyczących nowych rodzajów zagrożeń wyznacza ogólne zainteresowanie danym tematem.

Zmniejszenie poziomu przestępczości oraz lęku przed zagrożeniem przestępczością przebiega poprzez: a) wspieranie kontaktów między mieszkańcami, zwiększanie ich czujności oraz wspieranie działań służących kontroli sąsiedztwa (terytorialność); b) maksymalizację zdolności zlokalizowania podejrzanych osób lub działań (punkty obserwacyjne); c) wspieranie przemyślanych sposobów wykorzystania przestrzeni przez mieszkańców (wspieranie aktywności); d) identyfikację właścicieli przestrzeni prywatnych oraz publicznych i realne lub symboliczne odgraniczenie tych przestrzeni (hierarchia przestrzeni); e) wykorzystanie barier, zabezpieczeń oraz innych materiałów ograniczających swobodę dostępu (kontrola „wejścia" na teren sąsiedztwa); f) minimalizowanie możliwości powstawania konfliktów poprzez projektowanie odpowiedniej lokalizacji grup użytkowników (środowisko); oraz g) dbałość o czystość środowiska, budynków oraz obszarów. Trzy z wyżej wymienionych metod redukcji przestępczości wymagają dokładniejszego omówienia.

Projektowanie bezpiecznej przestrzeni sąsiedztwa zakłada konieczność wzrokowej kontroli tej przestrzeni przez mieszkańców. Projektujący powinni dążyć do zwiększenia możliwości obserwacji terenu aranżując naturalne punkty obserwacyjne. Wykorzystać do tego celu można położenie budynków, lokalizację okien, drzwi, przestrzeni ogólnodostępnej, ścieżek oraz chodników, oświetlenia, odpowiednią wielkość otwartych przestrzeni. Użytkownicy takiej przestrzeni powinni mieć poczucie, że są lub mogą być obserwowani szczególnie wtedy, gdy robią coś niezgodnego z prawem. Ideą powyższej procedury jest stwierdzenie, że przestępczość maleje wtedy, gdy obszar jest lub może być poddany nieformalnej obserwacji.

Projektowanie bezpiecznej przestrzeni sąsiedztwa zakłada kontrolę oraz ograniczenie dostępu. Wymaga to odpowiedniego zaprojektowania całego systemu ruchu, ulic, parkingów, chodników oraz ścieżek. Wtedy osoby niepowołane lub niepożądane zmuszone zostaną do pozostawania w określonych miejscach, gdyż system ruchu i wyraźna hierarchia przestrzeni uniemożliwią im przebywanie w np. przestrzeni prywatnej otoczenia czyjegoś domu z uzasadnieniem, że nie wiedzieli iż jest to teren prywatny. Tak zaprojektowana przestrzeń sprzyja poczuciu „bycia niepożądanym" u wszystkich niepowołanych gości. Tego założenia nie należy utożsamiać z nakazem budowania murów, ścian czy zabezpieczeń elektronicznych. Wystarczy dobrze zaprojektować system ruchu oraz zaznaczyć hierarchię przestrzeni. Stosunkowo mało rozpoznaną a interesującą strategią prewencji może być koncentracja na zasobach indywidualnych i zasobach środowiska. Perspektywa środowiskowa jest przeciwstawna do klasycznych założeń ekologicznych mówiących o rywalizacji i konkurencji. W tym ujęciu nacisk z rywalizacji i konkurencji przenosi się na m.in. uczenie się i współpracę, kompetencje społeczne oraz satysfakcję osób i więzi społeczne. Strategia środowiskowa oferuje konkurencyjną do klasycznej ekologii społecznej wizję człowieka – skłonnego do budowania i utrzymywania więzi społecznych, utożsamiającego się z miejscem i zainteresowanego korzystnymi zmianami w otoczeniu. Optymalizacja środowisk, budowanie zasobów społecznych i materialnych (afordancji) to wymóg współczesności. Ten rodzaj badań podejmowany jest m.in. przez badaczy zagadnienia jakości życia i jakości środowiska (Bańka, 2005).

W tym ujęciu mówienie o obrazie bezpieczeństwa jest niezbędnym warunkiem dla kształtowania pozytywnego obrazu ja. Obraz bezpieczeństwa jest niezbędny dla podejmowania i realizacji skutecznych działań jednostki. Jest niezbędny dla różnicowania struktury tożsamości poprzez różnicowanie aktywności w środowisku. Z kolei aktywność w bezpiecznym środowisku minimalizuje obawy a maksymalizuje pozytywne emocje i doświadczenia.

Zapewnienie sobie bezpieczeństwa jest jednym z ważniejszych celów aktywności ludzkiej. Bezpieczeństwo może dotyczyć różnych sfer życia i różnych perspektyw życiowych. Można bezpiecznie lokować pieniądze, bezpiecznie i zdrowo się odżywiać albo bezpiecznie i ostrożnie jeździć samochodem. Obraz bezpieczeństwa wyznacza plan (wizję) oraz związane z nim emocje. Psychologiczne kategorie bezpieczeństwa różnią się treścią (przedmiotem) oraz perspektywą czasową. Treść kategorii bezpieczeństwa może dotyczyć funkcjonowania społecznego, aktywności w środowisku fizycznym oraz stanów przeżyć wewnętrznych. Z kolei perspektywa czasowa dotyczy przeszłości i wspomnień, teraźniejszości i sytuacji oraz planów w przyszłości.

Perspektywa dbałości o bezpieczeństwo jest inną, niż perspektywa podejmowania lub minimalizowania ryzyka. Na przykład, koncentrując się na bezpieczeństwie nie zamierzamy podejmować ryzyka. Podejmując ryzyko zawsze akceptujemy jakiś jego poziom i możliwość wystąpienia straty. Bańka (1997) podkreśla, że w analizach wpływu na zdrowie, samopoczucie i pomyślność człowieka czynników środowiska podstawową rolę odgrywają progi adaptacji i przystosowania. Gatunkowe bariery przystosowania są poszerzane za pomocą celowych zmian możliwości adaptacyjnych poprzez manipulację warunkami środowiska życia. W tym sensie bariery przystosowania są przekraczane, jak ma to miejsce w wielu rodzajach środowisk ale odbywa się to kosztem zdrowia i samopoczucia jednostki. Zapewnienie bezpieczeństwa może być rozumiane jako prewencja zmierzająca do zachowania istniejącego stanu rzeczy albo jako projektowanie, którego celem jest osiągnięcie pożądanej wizji przyszłości. Należy przyjąć, że w krótkiej perspektywie pewność dotycząca konsekwencji określonych działań może być wysoka, natomiast w planach obejmujących dłuższe okresy życia pewność maleje. Przez psychologów podejmowane są badania zjawiska ryzyka i jego spostrzegania, analizowane są przyczyny i skutki katastrof i kataklizmów, wdrażane liczne i różnorodne programy prewencji i profilaktyki środowiskowej (Popiołek, 2001; Popiołek, Bańka, 2007, 2010).

Z poznańskich badań wynika m.in. to, że ludzie tworzą w umyśle obrazy bezpieczeństwa. Tego rodzaju wiedzę o sobie i świecie można badać pod postacią cenionych wartości szczególnie zagrożonych przestępczością. Wyniki badań poznańskich pokazały, że badani wskazywali następujące wartości jako szczególnie zagrożone przestępczością: dojrzała miłość, mądrość, poczucie dokonania, przyjaźń, życie pełne wrażeń, ambicja i wyobraźnia (Hauziński, 2003; Hauziński, Bańka, 2003). Analiza skupień pokazała, że konsekwencją zagrożenia wartości jest powstanie dwóch dużych skupień, obejmujących: a) intelektualista, uzdolniony, ambitny, kochający, o szerokich horyzontach, logiczny, z wyobraźnią, oraz b) równowaga wewnętrzna, poczucie godności, szczęście, bezpieczeństwo rodziny, dostatnie życie, wolność. Wyniki można interpretować następująco. Po pierwsze, analiza czynnikowa wskazuje na różne uporządkowanie struktur poznawczych stanowiących system wartości ze względu na poziom lęku przeżywany przez badanych podczas poruszania się w środowisku zamieszkania. Po drugie, wskazuje, że wyróżnione czynniki grupują różne cenione wartości. Okazało się, że spostrzeganie przestępczości nie tylko różnicuje poziom odczuwanego „lęku jako stan", ale i różnicuje system wartości. Z kolei analiza skupień pokazała, jak bardzo „prywatne" są te z wartości, które oceniane są jako zagrożone. Przyjęto, że struktura wartości cenionych przez badanych wyznacza obraz bezpieczeństwa (Chilton i in., 2002) .

Okazało się, że obraz bezpieczeństwa stanowi strukturę umysłową kształtowaną w pewnej mierze przez czynniki zagrożenia. Stworzenie metod prewencji środowiskowej budowanej na podstawie tak definiowanego obrazu bezpieczeństwa wymaga stosowania różnych wzorów i obrazów bezpieczeństwa w przestrzeni środowiska. Decydenci kształtujący ludzkie życie w środowisku zamieszkania powinni zwrócić uwagę na to, by środowisko to zawierało afordancje dla przeżyć równowagi wewnętrznej, poczucia godności, szczęścia, bezpieczeństwa rodziny, dostatniego życia i wolności. Tego rodzaju prewencja wymaga modyfikacji wzorów zachowań mieszkańców w przestrzeni środowiska oraz wzmocnienia więzi społecznych, poczucia przywiązania do miejsca i tożsamości miejsca zamieszkania.

PARTYCYPACYJNE STRATEGIE PRZECIWDZIAŁANIA ZAGROŻENIU PRZESTĘPCZOŚCIĄ

W krajach demokratycznych wpływ opinii i kontroli społecznej powoduje, że przeznacza się większe kwoty na ochronę przed promieniowaniem czy toksynami chemicznymi, niż na minimalizowanie rozpowszechnionych źródeł codziennego ryzyka, jak np. wynikającego z wypadków samochodowych albo przestępczości. Wyniki badań (Slovic, 1997) pokazują, że ryzyko wynikające z zagrożeń naturalnych (powodzi, huraganów, trzęsień ziemi) jest bagatelizowane przez opinię publiczną. Dlatego tzw. opinia społeczna spotyka się z gwałtowną krytyką ze strony ekspertów. Krytyką, która przede wszystkim, podkreśla jej irracjonalność. Eksperci spostrzegają siebie jako osoby, które zbierają informacje o ryzyku w sposób obiektywny, analityczny, racjonalny. Opinia społeczna jest przez nich oceniana jako subiektywna i uwarunkowana emocjonalnie. Weiner (Slovic, 1997) broni tej dychotomii, twierdząc, że ten rozdział rzeczywistości oraz jej percepcji jest powszechny w społecznościach wysoko rozwiniętych technologicznie. Polaryzacja punktów widzenia, kontrowersje i konflikty obecne są zarówno w badaniach dotyczących ryzyka, jak i zarządzania ryzykiem. Niezbędne jest zatem stworzenie nowej perspektywy badawczej, która umożliwiłaby efektywne zarządzanie ryzykiem w ramach społeczności lokalnych. Slovic (1997) jest przekonany, że badania prowadzone w obrębie nauk społecznych dostarczą cennych wyników dotyczących metod pomiaru ryzyka. Z kolei ich wyniki umożliwią stworzenie przejrzystych strategii rozwiązywania konfliktów.

Powodzenie procesu zarządzania ryzykiem zależy od: a) efektywnej komunikacji między ekspertami a społecznością lokalną, b) znajomości i zrozumiałości wartości istotnych dla uczestników, c) trafnego oszacowania ryzyka, czyli identyfikacji rezultatów możliwych działań i oceny działań alternatywnych, oraz d) wyboru strategii działania, które minimalizują każde ryzyko lub dopuszczają ryzyko wtedy, gdy możliwe jest uzyskanie większych korzyści. Proces zarządzania ryzykiem wymaga ustalenia obszarów eksponowanych na ryzyko, możliwości adaptacyjnych ich mieszkańców oraz poznania procesów decyzyjnych, szczególnie tych które służą podejmowaniu zachowań redukujących. Współcześnie kształtowanie bezpiecznych przestrzeni zakłada wprowadzanie zmian i korekt na już funkcjonujących obszarach. Wprowadzane zmiany mają na celu poprawę bezpieczeństwa oraz redukowanie poziomu zagrożenia zarówno wśród mieszkańców, jak również użytkowników danej przestrzeni. Wprowadzanie zmian poprzedzane jest tzw. audytem przestrzeni będącym swoistą oceną określonej przestrzeni i znajdujących się w niej obiektów, a także procesów zachodzących w przestrzeni wynikających z przyjętych standardów (Lewkowicz, 2011).

Wielu badaczy ryzyka postuluje rozróżnianie dwóch terminów: adaptacji i dopasowania do zagrożeń. Adaptację stanowią działania długookresowe, których celem jest modyfikowanie: zagrożeń, wrażliwości uczestników czy eksponowanych grup społecznych oraz rozłożenie strat i kosztów tak, by stały się akceptowalne. Z kolei termin dopasowanie odnosi do działań konkretnej jednostki, podejmowanych w krótkiej perspektywie czasowej. Celem dopasowania jest minimalizacja ryzyka i niepewności oraz negatywnych konsekwencji psychologicznych. Svenson i Fischhoff (1995) przedstawili procedurę działania, umożliwiającą rozwiązywanie konfliktów stron uczestniczących w procesie zarządzaniem ryzykiem. Opisali konflikt między mieszkańcami domów zanieczyszczonych przez radon a lokalną władzą i instytucjami oraz agencjami ubezpieczeniowymi. Autorzy przedstawili percepcję zagrożenia z perspektywy mieszkańców w formie schematu drzewa decyzyjnego. Problemy które powinni rozwiązać mieszkańcy dotyczą kosztów przebudowy domów, kosztów zdrowotnych w przypadku podjęcia lub niepodjęcia remontów i samopoczucia. Svenson i Fischhoff (1995) wyróżnili trzy rodzaje decyzji mieszkańców oraz ich konsekwencje pod postacią: a) niezbędnych nakładów (z udziałem budżetu i agencji rządowych lub społecznych), b) ryzyka dla zdrowia, c) niezbędnych natychmiastowych kosztów, d) wydatków długoterminowych, oraz e) kosztów emocjonalnych. Żadne z przedstawionych drzew decyzyjnych nie wyczerpuje zbioru wszystkich możliwych działań i sytuacji. W tym przypadku schematy decyzyjne wskazują na rozbieżności między stanowiskami stron i ich konsekwencje. Umożliwiają zrozumienie motywów podjętych decyzji i obrazują koszty stanowiące ich konsekwencje.

Lewkowicz (2011) podkreśla, że przeprowadzając audyt środowiska, nie należy jednocześnie zapominać o podstawowych prawidłowościach wskazujących, iż ściśle ilościowe podejścia do kontroli rzadko odzwierciedlają kontekst danego otoczenia czy środowiska; współczesne modele audytu CPTED nie mają na celu ochrony infrastruktury krytycznej przed zamachami terrorystycznymi. Jednak wiele cech tych modeli

może być wykorzystanych do tego celu i zostały one zaadaptowane do modelu ATRiM; żadne współczesne modele audytu CPTED nie zawierają w sobie CPTED drugiej generacji, która bada społeczne, kulturowe i odnoszące się do zarządzania aspekty infrastruktury krytycznej. Niezwykle cenne jest jednak to, iż model łączy w sobie różne koncepcje CPTED pierwszej i drugiej generacji, a także prewencji sytuacyjnej, które łącznie pozwoliły na wypracowanie dwunastu strategii obejmujących takie elementy, jak: terytorialność, obserwacja, kontrola dostępu, wizerunek/utrzymanie, zwiększenie wysiłku zmierzającego do popełnienia przestępstwa, zwiększenie ryzyka dla sprawcy, zmniejszenie korzyści płynących z przestępstwa, ograniczenie czynników sprzyjających przestępstwu, spójność społeczna, powiązanie z sąsiedztwem, kultura lokalnej społeczności, próg skuteczności.

Przykładem nowego podejścia do zagadnienia prewencji jest amerykański program „Prewencja przestępczości przez projektowanie środowiska" (*Crime prevention through environmental design* – CPTED). Uczestniczą w nim takie organizacje, jak: *International Society of Crime Prevention Practicioners, National Crime Prevention Institute, National Institute of Justice, American Institute of Architects Research Division, American Association of Retired Persons Criminal Justice Services* i wiele innych (Crowe, 1991). Z prowadzonych przez te organizacje badań wynika, że program CPTED istotnie redukuje poziom przestępczości, w niektórych społecznościach nawet o 40 procent. Zasadniczym celem CPTED jest projektowanie takiego środowiska oraz efektywnego wykorzystania istniejących obiektów, które pozwoli na redukcję lęku przed zostaniem ofiarą oraz redukcję przestępczości. Jak zauważają autorzy programu, sprzyja to pozytywnej ocenie jakość życia wśród mieszkańców (Crowe, 1991).

Przeprowadzenie procedury CPTED wymaga wsparcia ze strony mieszkańców, oraz innych kluczowych uczestników. Przeprowadzenie CPTED wymaga identyfikacji zjawiska przestępczości oraz szczegółowych problemów związanych z załamaniem porządku w obszarze sąsiedztwa. Wymaga analizy projektów lub propozycji dotyczących potencjalnych czynników sprzyjających przestępczości, tworzenia projektów prewencyjnych lub korekcyjnych i wyboru preferowanych wariantów działania, monitorowania oraz ewaluacji procesu implementacji projektu, a na koniec omówienia uzyskanych rezultatów.

Przykłady zaleceń i działań podejmowanych w ramach CPTED w odniesieniu do sąsiedztwa, obejmują: a) minimalizację liczby wejść oraz wyjść z bloku; b) projektowanie dróg rozładowujących korki; c) maksymalizowanie możliwości wzrokowej kontroli otoczenia przez mieszkańców; d) wspieranie wykorzystania przestrzeni publicznej przez mieszkańców; e) zapewnienie odpowiedniego oświetlenie ulic, parków, ścieżek oraz alejek; oraz f) zachęcanie mieszkańców do wzajemnej obserwacji. Przykłady zaleceń i działań podejmowanych w ramach CPTED w odniesieniu do domów, obejmują: a) wyraźne wyróżnienie własności prywatnej (np. podwórko, podjazd) od przestrzeni publicznej (ulic, chodników) za pomocą krzewów, różnokolorowych kostek brukowych, zróżnicowanej gradacji materiału; b) zapewnienie rozległej perspektywy na obszar otaczający dom; c) zapewnienie domownikom wzrokowej dostępności obszaru wejścia; d) unikanie takich krajobrazów, które mogą ułatwiać sprawom ukrycie się (kryjówki, ograniczenia perspektywy); e) instalowanie specjalnego, silnego oświetlenia; oraz f) antywłamaniowe zabezpieczenie drzwi wejściowych. Przykłady zaleceń i działań podejmowanych w ramach CPTED w odniesieniu do budynków wielorodzinnych (*apartment buildings*), obejmują: a) stworzenie wspólnej przestrzeni, która wspierała by interakcje między mieszkańcami; b) minimalizowanie ilości mieszkań przypadających na jedno wejście; c) instalację domofonów, d) właściwe oświetlenie wspólnego wejścia; e) wyposażenie drzwi wejściowych w blokadę klamki (otwieranie od wewnątrz) oraz wizjer; f) zapewnienie łatwego do obserwacji terenu zabaw dziecięcych; oraz g) zapewnienie okien sprzyjających obserwacji w pomieszczeniu pralni. Przykłady zaleceń i działań podejmowanych w ramach CPTED w odniesieniu do przestrzeni powszechnie dostępnej obejmują: a) zachęcanie do wykorzystywania przez prawowitych użytkowników; b) unikanie lokalizacji miejsc nieoświetlonych i obszarów służących ukryciu się w pobliżu węzłów aktywności (*activity nodes*); c) zapewnienie odpowiedniego oświetlenia; oraz d) unikanie miejsc służących schronieniu włóczęgów, osób wałęsających się. Tak rozumiana prewencja przestępczości wymaga zaangażowania mieszkańców sąsiedztwa, nowych mieszkańców, osób zarządzających budynkami, planistów miejskich, stowarzyszeń i organizacji lokalnych, policji oraz przedstawicieli agencji ubezpieczeniowych (np. niższe stawki ubezpieczeniowe dla osób modernizujących dom, mieszkanie i otoczenie) (Crowe, 1991).

Zaborska (2010) przeprowadziła badania percepcji bezpieczeństwa wśród mieszkańców osiedli: a) strzeżonych, b) projektowanych na zasadzie przestrzeni bronionej, oraz c) otwartych. Zaborska (2010) zauważa, że osiedla strzeżone są coraz częściej pojawiającym

się sposobem zabudowy mieszkaniowej w większych miastach Polski. W publikacjach na temat osiedli zamkniętych wskazuje się na negatywne skutki grodzenia, takie jak formalizacja kontaktów społecznych, rozrywanie więzi sąsiedzkich, segregację społeczną jak również degradację przestrzeni publicznej i rozczłonkowanie architektury miasta. W odpowiedzi na szybki rozwój osiedli strzeżonych ważne jest poszukiwanie takich form zabudowy, które mogą stanowić alternatywę dla murów i płotów. Zaborska (2010) analizowała potrzeby mieszkaniowe współczesnych Polaków i okazało się, że najważniejszymi cechami przyszłego mieszkania są bezpieczeństwo, zadbany teren, cisza i spokój. Po przeprowadzeniu analizy czynnikowej kryteriów wyboru mieszkania wymiar bezpieczeństwa okazał się ortogonalny w stosunku do czynnika grodzenia. Wynik ten, powtarzający się we wszystkich badaniach, sugerował możliwość zapewniania poczucia bezpieczeństwa mieszkańców niezależnie od tworzenia barier ograniczających dostęp do osiedla. Następnym elementem badań Zaborskiej było porównanie charakterystyk mieszkańców wybranych osiedli zamkniętych i otwartych w Warszawie. Okazało się, że nie różnili się oni w zakresie kapitału społecznego, natomiast mieszkańcy osiedli zamkniętych istotnie wyżej oceniali swoje poczucie bezpieczeństwa. Do ważnych predykatorów poczucie bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania należą takie cechy fizyczne osiedla jak: zadbanie i dobra widoczność, oraz charakterystyki społeczne: poczucie wspólnoty i aktywność na osiedlu (Zaborska, 2010).

Powyższy przykład procedury zarządzania ryzykiem dotyczy sytuacji sąsiedztwa, czyli określonego terytorium i określonej grupy mieszkańców. W szerszej skali proces zarządzania ryzykiem jest znacznie bardziej złożony i wymaga zaangażowania znacznych środków instytucjonalnych, jak i społecznych. Ukazuje to m.in. Kołodziński (2011) opisując model cybernetyczny zarządzania bezpieczeństwem aglomeracji. Bezpieczeństwo globalne aglomeracji jest wypadkową wyróżnionych rodzajów bezpieczeństwa dziedzinowego – odnoszących się do wyróżnionych rodzajów zagrożeń. Pożądany jego poziom można uzyskać, dobierając odpowiednie wartości poziomów tych rodzajów bezpieczeństwa dziedzinowego. Te z kolei można osiągnąć wykonując określone działania zapobiegające powstawaniu danego rodzaju zagrożenia, przygotowując aglomerację na przypadek jego wystąpienia, tworząc Systemy Bezpieczeństwa Dziedzinowego Aglomeracji o określonych właściwościach (parametrach), które będą w stanie skutecznie reagować na wystąpienie danego rodzaju zagrożenia. Oznacza to, że w przypadku ich wystąpienia program powinien posiadać siły i środki niezbędne do zapewnienia aglomeracji zgodnych z oczekiwaniami możliwości funkcjonowania (Kołodziński, 2011).

ZAKOŃCZENIE

W artykule omówiono genezę i modele procesów percepcji środowiska w różnej skali. Wskazano na znaczenie różnych aspektów przestrzeni miejskiej w badaniach prowadzonych w obszarze psychologii, urbanistyce, architekturze oraz w i innych dyscyplinach. W obszarze psychologii a szczególnie wśród psychologów nurtu poznawczego i środowiskowego ważnym zagadnieniem było badanie mechanizmów percepcji środowiska zamieszkania i wiedzy o różnych jego aspektach. Wiedza środowiskowa w istny sposób kieruje ludzkim zachowaniem wpływając na preferencje użytkowników. Wiedza o środowisku charakteryzuje się różną skalą a szczególną popularność wśród badaczy zdobyły koncepcje map poznawczych środowiska i obrazy/wyobrażenia o środowisku. Zachowania mieszkańców najczęściej przebiegają zgodnie z indywidualnymi wzorami zachowania, jak droga z domu do pracy i lokalizowane są w sąsiedztwie. Umysłowy i rzeczywisty krajobraz miejski stanowi ważny punkt odniesienia dla decyzji przestrzennych oraz w relacjach społecznych. Wiedza o zdarzeniach życia codziennego w tym o zagrożeniu przestępczością kształtuje klimat relacji międzyludzkich. Poczucie zagrożenia wywołuje lęk sytuacyjny w istotny sposób modyfikując zachowania ludzi. W artykule przywołano wybrane koncepcje przestępczości oraz wskazano ich psychologiczne konsekwencje. Zauważono znaczącą rolę środowiskowych wskaźników lęku, zagrożenia i przestępczości. Przywołano badania wyjaśniające mechanizmy determinujące poczucie bezpieczeństwa. Omówiono metody przeciwdziałania zagrożeniu przestępczością na poziomie indywidualnym i instytucjonalnym. Zwrócono uwagę na znaczenie przestrzeni bronionej i metody optymalizacji warunków środowiska.

LITERATURA

Anooshian, L.J. (1996). Diversity within spatial cognition. Strategies underlying spatial knowledge. *Environment and Behavior, 28*, 471-493.

Appleyard, D. (1970). Styles and methods of structuring a city. *Environment and Behavior, 2*, 100-117.

Aragones, J.I., Arredondo, J. M. (1985). Structure of urban cognitive maps. *Journal of Environmental Psychology, 5*, 197-212.

Aragones, J.I., Arredondo, J.M. (1995). Structure of urban cognitive maps. W: T. Garling (red.), *Urban cognition.*

Readings in environmental psychology. London: Academic Press.
Baguley, T. (1993). *Ordinal recall in spatial models*. Referat zaprezentowany na 6 Konferencji Europejskiego Towarzystwa Psychologii Poznawczej. Kopenhaga.
Bandura, A. (1977). Analysis of modeling processes. W: F.H. Clarizio, C.R. Craig, W. Mehrens (red.), *Contemporary issues in educational psychology*. Allyn and Bacon.
Bańka, A. (2002). *Społeczna psychologia środowiskowa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar".
Bańka, A. (2003) Historia badań dotyczących człowieka i środowiska. (W:) Bańka, A. (Red.) *Forma i przestrzeń w świadomości mieszkańców i projektantów projektantów*. (24-39). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
Bańka, A (2008). Czy i jak psychologia może przyczynić się do poprawy jakości życia? Ewolucja sposobów pojmowania roli środowiska w psychologii. W: R. Derbis (red.), *Jakość życia. Od wykluczonych po elity* (s. 57-762). Częstochowa: Wydawnictwo Akademii J. Długosza.
Bańka, A. (2009). Tożsamość w obliczu wyboru. *Czasopismo Psychologiczne, 15, 2*.
Bańka, A (2010). Konsumpcja afordancji środowiskowych a przestrzenna lokacja i relokacja tożsamości. W: M. Górnik-Durose, M. Zawadzka (red.), *Konsumpcja w życiu, życie w konsumpcji: psychologiczne ścieżki współzależności* (s. 86-105). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Bańka, A.(2011) Przywiązanie do miejsca i jego znaczenie w cyklu życia człowieka, W: A. Bańka (red.), *Symbole, przemiany, oraz wizje przestrzeni życia* (s. 7-14), Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura – Komisja Urbanistyki i Planowania Przestrzennego PAN.
Bańka, A. (2013). *Architektura psychologicznej przestrzeni życia. Behawioralne podstawy projektowania*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
Bańka, A., Hauziński. (2003) Percepcja bezpieczeństwa środowiskowego w przestrzeni zurbanizowanej zagrożonej przestępczością. W: A. Bańka (red.) *Forma i przestrzeń w świadomości mieszkańców i projektantów* (s. 5-23). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
Bell, P. A., Greene, T. C., Fisher, J. D., Baum, A. (2004). *Psychologia środowiskow*a. Gdańsk: GWP.
Berton, M.W., Stabb, S. D. (1996). Exposure to violence and post-traumatic stress disorder in urban adolescents. *Adolescence, 31, 122*, 489-497.
Chilton, S., Covey, J., Hopkins, L., Jones-Lee, M., Loomes, G., Pidgeon, N., Spencer, A. (2002). Public perceptions of risk and preference-based values of safety. *Journal of Risk & Uncertainty. 25, 3*, 211-232.
Coffer, C.N., Appley, M. H. (1972). *Motywacja. Teoria i badania*. Warszawa: PWN.
Couclelis, H., Golledge, R.G., Gale, N., Tobler, W. (1995). Exploring the anchor-point hypothesis of spatial cognition. W: D. Canter (red.), *Readings in environmental psychology. Urban cognition* (s. 37-60). London: Academic Press.
Crowe, B.J. (1991). *Crime prevention through environmental design – program*. Canada: CPTED Association.
Cvetkovich, G., Earle, T.C. (1995). Classifying hazardous events. W: D. Canter (red.), *Readings in environmental psychology*. Londyn: Academic Press.
Derbis, R., Bańka, A. (1998). *Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność*. Poznań: SPA.
Downs, R.M., Stea, D. (1973). *Image and environment: Cognitive mapping and spatial behavior*. Chicago: Aldine.
Downs, R. M., Stea, D. (1977). *Maps in minds: Reflections on cognitive mapping*. New York: Harper & Row, Publishers.
Downs, R.M. (1981). Maps and mappings as metaphors for spatial representation. W: L.S. Liben, A.H. Patterson, N. Newcombe (red.), *Spatial representation and behavior across the life span* (s. 143-166). New York: Academic Press.
Downs, R. M., Liben, L. S. (1985). Children's understanding of maps. W: P. Ellen., C. Thinus-Blanc (red.), *Cognitive processes and spatial orientation in animal and man* (t. 2, s. 202-219). Dordrecht: Martinus Nijhoff.
De Jong, K. A., Samsonovich, A. V., Ascoli, G. A. (2006). *An integrated self – aware cognitive architecture*. GMU Team Bica. Phase I Preliminary Report.
Eliasz, A. (1993). *Psychologia ekologiczna*. Warszawa: WIP PAN.
Eliasz, A. (2000). Psychologia ekologiczna, W: J. Strelau (red). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: GWP.
Evans, G.W., Cohen, S. (1987). Environmental stress. W: D. Stokols., I. Altman (red.). *Handbook of environmental psychology* (s. 571-610). New York: Wiley.
Eyles, J. (1988). Objectifying the subjective: the measurement of environmental quality. *Social Indicators Research, 22*, 139-153.
Finke, R.A. (1989). *Principles of mental imagery*. Cambridge, MA: MIT Press.
Franus, E. (1977). *Rozwój niemowlęcia*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
Gärling, T. (1995). *Urban cognition. Readings in environmental psychology*. London: Academic Press.
Gerstman, S. (1961). *Kształtowanie uczuć dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWS.
Golledge, R.G. (1978). Learning about urban environment. W: T, Carlstein (red.), *Timming space and spacing time* (s. 76-98). London: Arnold.
Golledge, R. G. (1999). *Wayfinding behavior: Cognitive mapping and other spatial processes*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
Gough, J. (1996). *Natural hazards and risk management*. TEPHRA. New Zeland: Lincoln University.
Hauziński, A., Bańka, A. (2003). Geneza oraz struktura regionów mentalnych w mapach poznawczych środowiska zagrożonego przestępczością. *Czasopismo Psychologiczne, 8, 2*.
Hauziński, A. (2003). *Mapy poznawcze środowiska zamieszkania zagrożonego przestępczością*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
Hauziński A. (2007). Typologia i funkcje obrazu bezpieczeństwa w umyśle człowieka a prewencja środowiska zamieszkania przed przestępczością. W: J.M. Stanik (red.), *Problemy profilaktyki oraz interwencji społecznej i prawnej wobec zjawisk paraprzestępczych i przestępczych*. Warszawa: Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.
Herman, J.F., Miller, B.S., Shiraki, J.H. (1995). The influence of affective associations on the development of cognitive maps of large scale environments. W: T. Garling (red.), *Urban cognition. Readings in environmental psychology*. London: Academic Press.
Hołyst, B. (2005). *Psychologia kryminalistyczna*. Warszawa: Wyd. Lexis Nexis.

Huguet, M. (1983). Środowisko zamieszkania. W: M. Reuchlin (red.), *Psychologia życia codziennego* (s. 148-231). Warszawa: PWN.

Jeannerod, M. (1994). The representing brain: Neural correlates of motor intention and imagery. *Behavioral and Brain Sciences, 17*, 187-245.

Kaplan, S. (1973). Cognitive maps, human needs and the designed environment. W: W.F.E. Preiser (red.), *Environmental design research* (t. 1, s. 275-283). Stroudsburg: Dowden, Hutchinson, Ross.

Kołodziński, E. (2011). Model cybernetyczny zarządzania bezpieczeństwem aglomeracji W: M. Lisiecki, B. Sitek (red.), *Bezpieczeństwo dużych i średnich aglomeracji z perspektywy europejskiej* (s. 349-365). Józefów: Wydawnictwo WSGE.

Kosslyn, S. M. (1980). *Image in mind*. Cambridge: Harvard University Press.

Lalli, M. (1988). Urban identity. W: D. Canter, J.C. Jesuino, L. Soczka, G.M. Stephenson (red.), *Environmental social psychology. Proceedings of the NATO advanced research workshop on social and environmental psychology in the European Context* (s. 303-311). Lisbon, Portugal, September 1986, Kluwer, Dordrecht.

Lee, T.R. (1973). Psychology and living space. W: R.M. Downs., D. Stea (red.), *Image and environment. Cognitive mapping and spatial behavior*. Chicago: Aldine.

Leiss, W. (1996). Three phases in the evolution of risk communication practice. *The Annals of The American Academy, 545, 5*, 85-94.

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York:Harper.

Lewkowicz, A. (20110. Kształtowanie bezpiecznej przestrzeni publicznej a problematyka przestępczości. W: M. Lisiecki, B. Sitek (red). *Bezpieczeństwo dużych i średnich aglomeracji z perspektywy europejskiej* (s. 39-54). Józefów: Wydawnictwo WSGE.

Ledzińska, M. (2000). Uczenie się wykraczające poza warunkowanie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna* (s. 118). Gdańsk: GWP.

Lewicka, M., Bańka, A, (2008).Psychologia środowiskowa. W: Strelau, J., Doliński, D (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 497-544). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Lisiecki, M, Sitek, B.(red,). (2011). *Bezpieczeństwo dużych i średnich aglomeracji z perspektywy europejskiej*. Józefów: Wydawnictwo WSGE.

Lowrance, W.W. (1976). *Of acceptable risk: Science and the determination of safety*. Los Altos: Kaufman.

Lynch, K. (1960). *The image of the city*. Cambridge, MA: MIT Press.

Lynch, K. (1976). Enhancing the visual environment. W: P. Laconte (red.), *The environment of human settlements. Human well-being in cities* (t. 1, s. 261-265). New York: Pergamon Press.

Lynch, K., Rodwin L. (1970). A Theory of Urban Form. W: H.M. Proshansky., W.H. Ittelson, L.G. Rivlin (red.), *Environmental psychology. Man and his physical setting*. New York: Holt, Reinhart, Winston.

Milgram, S. (1974). The Experience of Living in Cities. W: J. H. Sims., D. D. Bauman, (red.), *Human behavior and the environment: Interactions between man and his physical world* (s. 217-240). Chicago: Maaroufa Press.

Milgram, S. (1976). The experience of living in cities. W: Richerson, Mc. Evoy (red.), *Human ecology. An environmental approach*. Duxbury: Duxbury Press.

Miller, G.A., Galanter, E., Pribram, K.H. (1980). *Plany i struktura zachowania. Biblioteka Psychologii Współczesnej*. Warszawa: PWN.

Munroe, R.L., Munroe, R.H. (1974). Effect of environmental experience on spatial ability in an east African society. W: J.H. Sims, D.D. Baumann (red.), *Human behavior and the environment: Interactions between man and his physical world* (s. 316-326). Chicago: Maaroufa Press.

Nasar, J.L., Jones, K. M. (1997). Landscapes of fear and stress. *Environment and Behavior, 29, 5*, 291-323.

Neiser, U. (1967). *Cognitive psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Nowell, B., Boyd, N. (2010) Viewing community as responsibility as well as resource: deconstructing the theoretical roots of psychological sense of community. *Journal of Community Psychology. 38, 7*, 828-841. 1

O'Keefe, J., Nadel, L. (1978). *The hippocampus as a cognitive map*. New York: Clarendon.

O'Riordan, T. (1995). Introduction: risk management in its social and political context. W: D. Canter (red.), *Readings in environmental psychology*. London: Academic Press.

Paivio, A. (1986). *Mental representation: A dual coding approach*. New York: Oxford University Press.

Piaget, J., Inhelder, B., Szeminska, A. (1960). *The child's Conception of geometry*. New York: Basic Books.

Piaget, J. (1966). *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: PWN.

Piaget, J. (1991). Rozwój percepcji jako funkcja wieku. W: P. Fraisse, J. Piaget (red.), *Zarys psychologii eksperymentalnej* (s. 182-243). Warszawa: PWN.

Pfeffer, K., Baud, I., Denis, E., Scott, D., Sydenstricker-Neto, J. (2013). Participatory spatial knowledge management tools. *Information, Communication & Society, 16, 2*, 258-285.

Popiołek, K. (red.). (2001). *Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy, katastrofy, kataklizmy*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

Popiołek, K., Bańka, A. (red.). (2007). *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy w kontekście narastania zagrożeń*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

Popiołek, K., Bańka, A. (red.). (2010). *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy w perspektywie psychologicznej*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

Pyle, G. F., Hanten, E. W., Williams, P. G., Pearson II, A. L., Doyle, J. G., Kwofie, K. (1974). *The spatial dynamics of crime*. Chicago: The University of Chicago, Department of Geography.

Pylyshyn, Z. W. (1981). The imagery debate: Analogue media versus tacit knowledge. *Psychological Review, 88*, 16-45.

Sanoff, H. (1999). *Integrowanie programowania, ewaluacji i partycypacji w projektowaniu architektonicznym. Podstawy teorii Z*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Stowarzyszenia Psychologia i Architektura.

Sanoff, H. (2013). *Projektowanie demokratyczne. Studia przypadków planowania partycypacyjnego środowisk małych miast*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Stowarzyszenia Psychologia i Architektura.

Sillamy, N. (1989). *Słownik psychologii* (s. 304). Katowice: Wydawnictwo „Książnica".

Slovic, P. (1997). Public perception of risk. *Journal of Environmental Health, 5*, 22-24.

Slovic, P. (red). (2000). *The perception of risk*. London: Earthscan Publications.

Stokols, D. (1974). A Social – Psychological Model of Human Crowding Phenomena. W: J.H. Sims, D.D. Bauman (red.), *Interactions between man and his physical world* (s. 240-262). Chicago: Maaroufa Press.

Stokols, D. (1995). The Paradox of Environmental Psychology. *American Psychologist, 50, 10*, 821-837.

Studenski, R. (2012). Zarządzanie bezpieczeństwem w sytuacji zagrożenia katastrofą lub kataklizmem. W: K. Popiołek, A. Bańka, K, Balawajder (red.), *Społeczna psychologia stosowana. Człowiek w obliczu kryzysów, katastrof i kataklizmów* (t. 1). Poznań – Katowice: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura – SWPS.

Svenson, O., Fischhoff, B. (1995). Levels of environmental decisions. W: D. Canter (red.), *Readigs in enviromental psychology*. London: Academic Press.

Szewczuk, W. (1977). *Psychologia zapamiętywania. Badania eksperymentalne* (s. 210). Warszawa: PWN.

Thomas, N.J.T. (1999). Are theories of imagery theories of imagination? An active perception approach to conscious mental content. *Cognitive Science, 23*, 207-245.

Thomas, C. J., Bromley, R. D. F. (2000). City centre revitalisation: problem of fragmentation and fear in the evening and night-time city. *Urban Studies, 37, 8*, 1403-1429.

Thomas, Laura E. (2013). Spatial working memory is necessary for actions to guide thought. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 39, 6*, 1974-1981.

Tomaszewski, T. (1984). *Ślady i wzorce*. Warszawa: WSiP.

Tyszka, T. (1986). *Analiza decyzyjna i psychologia decyzji*. Warszawa: PWN.

Vallacher, R. R.., Nowak, A. (2006). Coherence in human experience and psychological science. W: P. Van Lange (red.), *Bridging social psychology: The benefits of transdisciplinary approaches* (s. 77-82). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Viscusi, W.K., Zeckhauser, R.J. (1996). Hazard communication: warnings and risk. *The Annals of the American Academy, 545, 5*, 106-115.

Waldum, E. R. Sahakyan, L. (2013). A role for memory in prospective timing informs timing in prospective memory. *Journal of Experimental Psychology: General, 142, 3.*

Wallis, A. (1967). *Socjologia wielkiego miasta*. Warszawa: PWN.

Walmsley, D.J., Lewis, G.J. (1997). *Geografia człowieka. Podejścia behawioralne*. Warszawa: WN PWN.

Zaborska, K. (2010). *Życie społeczne w osiedlach zamkniętych. Program „Bezpieczna przestrzeń" jako alternatywa w stosunku do grodzenia*. Praca doktorska. Warszawa: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Zannaras, G. (1976). The relation between cognitive structure and urban form. (s. 336-350). W: G.T. Moore, R.G. Golledge (red.), *Environmental knowing. Theories, research, and methods*. Stroudsburg: Dowden, Hutchinson and Ross.

2. CHOROBA I UMIERANIE W PERSPEKTYWIE ZAGROŻEŃ WSPÓŁCZESNEJ CYWILIZACJI

Pojęcie kryzysu zdrowotnego i jak sobie z nim radzić*

Elżbieta Wilejto-Cierpisz

Poradnia Diabetologiczna w Katowicach

Kryzys zdrowotny, związany z chorobą, jest zawsze poważnym stresem dla człowieka, którego dotyczy, gdyż narusza dotychczasowe możliwości, powoduje dysfunkcję narządów, a w szczególności powoduje stres psychiczny. Wielkość tego stresu nie zawsze jest adekwatna do ciężkości kryzysu. Może to być reakcja wyolbrzymiona, spowodowana np. złym samopoczuciem, złymi cudzymi doświadczeniami, czy też nadmierną wrażliwością indywidualną.

Znacznie łatwiej znosi się chorobę krótką, przechodzącą bez konsekwencji, znaną powszechnie i występującą powszechnie, jak grypa. Z większym niepokojem choruje się na zapalenie płuc, które może trwać długo, a także znane są powszechnie komplikacje po tej chorobie.

Bardzo duży stres towarzyszy leczeniu skutków wypadków, w czasie których dochodzi do dużych uszkodzeń ciała, a także może dojść do trwałego upośledzenia funkcji narządów pozostawiając kalectwo. W takich przypadkach mamy do czynienia z dużym nasileniem stresu, który dotyczy podstawowych spraw dalszego życia pacjenta. Wystąpienie choroby, która musi być leczona operacyjnie powoduje niepokój i niepewność, co do sposobu leczenia a także jego efektów i nieznanych stanów towarzyszących np. narkozie.

Podobny problem pojawia się przy wystąpieniu choroby przewlekłej, która może dotknąć człowieka w każdej chwili życia. Najprościej można ukazać ten problem na cukrzycy. Jest to taka choroba, która będzie pacjentowi towarzyszyć do końca życia, wiadomo że ma tendencję do tworzenia poważnych dla zdrowia i życia powikłań naczyniowych, a co szczególne, wymaga prowadzenia specjalnego trybu życia, zmiany sposobu odżywiania, zmiany wielu czynności życiowych, często wykonywanego zawodu. Ciąża kobiety chorej na cukrzycę jest ciążą wysokiego ryzyka tak dla matki jak i dla dziecka. Mając przed sobą człowieka ze świeżo wykrytą cukrzycą lekarz musi zmierzyć się z ogromną odpowiedzialnością, bo musi wytłumaczyć przerażonemu zazwyczaj pacjentowi podstawy powstania schorzenia, jego prawdopodobny przebieg, wymagania wobec pacjenta, ostrzec przed powikłaniami, wyraźnie powiedzieć o szansach i konieczności rezygnacji, nauczyć rozsądnego podejścia do choroby, poinformować o możliwościach, zaproponować leczenie, nauczyć wykonywać zastrzyki, prowadzić samokontrolę i ustalić plany na przyszłość.

Po wielu latach praktyki z pacjentami chorymi na cukrzycę muszę stwierdzić, że odpowiedź na stres związany z pierwszymi wiadomościami na jej temat jest bardzo różna. Od skrajnie poddańczej postawy wobec lekarza „pani doktor wie najlepiej i ja będę wszystko z panią konsultować", poprzez niedowierzanie „ale na pewno nie wszyscy mają powikłania, a ja znam takich co piją i najadają się i nic im się nie dzieje", poprzez wybitne uzależnienie od samokontroli i jej przesadne przestrzeganie, do objawów anoreksji włącznie, do skrajnej najbardziej nieadekwatnej postawy „buntownika", który uważa, że to nieprawda że choroba jest jego udziałem, wręcz nie wierzy w swoją chorobę i nigdy jej nie zaakceptuje.

Najlepszą zdaje się być racjonalna postawa, pacjent przyjmuje wiadomości przekazywane przez lekarza lub innych członków zespołu edukującego, rozumie, stara się zmienić w życiu to, co konieczne, stosuje dietę, przyprowadza rodzinę na szkolenia, powoduje badania innych członków rodziny w kierunku tej samej choroby, uprawia zalecony ruch, regularnie korzysta z konsultacji i ma ogromne osiągnięcia w walce z sobą, bo leczenie przewlekłej choroby często tej walki wymaga.

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy: zjawiska współczesnej cywilizacji,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2004 SPiA, s. 144–147.

Radzenie sobie z kryzysem zdrowotnym zależy w takim samym stopniu od lekarza, co i od pacjenta. Lekarz musi zdobyć zaufanie pacjenta, powinien więc posiąść ważne umiejętności komunikacyjne, takie jak akceptację, prawidłowe reakcje i empatię. Lekarz nie powinien uzewnętrzniać swoich kompleksów, nietolerancji, reagować prawidłowo, stosownie do sytuacji, wyrażać empatię, nigdy współczucia, a zwłaszcza litości. Lekarz musi być szczery z pacjentem, gdyż ten jest specjalnie wyczulony na fałszywe „tony" w rozmowie.

Zdarza się, że pacjent deklaruje całkowite zrozumienie sytuacji i swojej choroby, jednak brak jest osiągnięć w leczeniu i w osiąganiu koniecznych zmian w trybie życia. Ci pacjenci często mówią, że wiedzą, a z rozmowy dalszej wynika, że mimo to nie stosują tej wiedzy teoretycznej w praktyce. Prowadzi to do ustalenia się złej kondycji i narastania komplikacji w stanie ich zdrowia.

Podobnie niedobra jest wiara we własne obserwacje, które pokazują, że są inni pacjenci niestosujący się do zaleceń lekarskich i też żyją, nic ich nie boli ani nie mają niepokojących objawów. Nie rozumieją, że choroba nie boli do czasu, jest w niej okres dobrego samopoczucia i to w tym okresie jest czas na dietę i na naukę zmiany stylu życia, bowiem gdy występują powikłania, sprawa jest stracona, tego nie da się odwrócić, powikłania naczyniowe są faktem dokonanym i możemy im tylko zapobiegać na początku, po ich powstaniu zjawia się lawina złych objawów i dyskomfort, taki jak utrata wzroku, zawał mięśnia serca, zator mózgu z porażeniem, amputacja kończyny a także terminalna niewydolność nerek z koniecznością stosowania dializy pozaustrojowej. Ta grupa chorych to najczęściej uzależnieni od dobrego Jadła" pacjenci z typem 2 cukrzycy, którzy nie mogą się ograniczyć w jedzeniu, a także często w piciu alkoholu, lub pacjenci z typem 1 niewierzący, że to ich mogą dotknąć stany, które znają ze słyszenia.

Istnieje grupa pacjentów wprost uzależnionych od samokontroli, którzy nie zjedzą posiłku bez uprzedniego badania poziomu glukozy, po każdym niewielkim podniesieniu poziomu cukru po posiłku dodają korekcyjne dawki insuliny, aby poziom glukozy był jak najniższy. Redukują też ilość spożywanych potraw do minimum, co prowadzi do częstych niedocukrzeń połączonych z głęboką utratą świadomości i zagrożeniem życia bezpośrednio lub do zmian organicznych w mózgu na skutek częstego braku glukozy i tym samym przerw w ułowieniu mózgu. Tę postawę prawdopodobnie wywołuje strach po pierwszych kontaktach z niezbyt kompetentnym lekarzem, który stosuje w edukacji pacjenta strach przed chorobą i wymaga restrykcyjnego przestrzegania niskich poziomów glukozy, bez uprzedzenia przed niedocukrzeniem. Są to pacjenci skłonni do przesady, nie wierzący we własne siły, uzależnieni od technik badania.

Najgroźniejsza postawa to „buntownicy". Najczęściej są to młodzi mężczyźni, którzy od pierwszego momentu, gdy się dowiedzą o chorobie, negują jej istnienie, a przynajmniej w ich życiu. To są dotąd zdrowi, silni, wysportowani młodzi ludzie, pracujący np. w hucie lub kopalni, grający w piłkę nożną lub uprawiający inny sport wyczynowy. Teraz mają nagle uznać swoje schorzenie przewlekłe i dostosować się do nowych wskazań w całym życiu. Już bez sportu wyczynowego, bez ciężkiej pracy na dole w kopalni, a więc z obniżką możliwości zarabiania pieniędzy, a w domu żona i dzieci. Od tej pory też wymagania diety będą inne, nie ma golonki ani boczku, nie ma piwka ani gorzałki, w zamian codziennie trzeba kontrolować glukozę nieraz kilka razy, prowadzić bardzo regularny tryb życia. To jest krach. Następuje więc „własna kalkulacja". Co oni mi mówią, są mądrzy bo to nie ich spotkało, ale ja nie poddam się, przecież jak dotąd żyłem po swojemu to było wspaniale. Mogę dalej pracować, najwyżej przejdę wcześniej na rentę, pani doktor, potrzebuję tylko recepty, wszystko jest w porządku, a ja nie mam czasu, idę na mecz. Nie, nie byłem na kontroli okulistycznej, bo dobrze widzę, nie potrzebuję okularów. Przyjdę na pewno w przyszłym tygodniu i pokażę książeczkę samokontroli i badania konsultacyjne. I tak, co kilka miesięcy. Potrafią nie zgłaszać się po kilka lat, wymuszając recepty od znajomych lekarzy, aż przychodzi dzień, gdy przynoszą kartę informacyjną szpitala okulistycznego po wylewie do oka z dużym ograniczeniem widzenia, lub z chirurgii z owrzodzeniem stopy cukrzycowej do wielomiesięcznego lub wieloletniego leczenia, lub z nefrologii z niewydolnością początkową nerek, która wskazuje na szybkie wystąpienie niewydolności terminalnej z potrzebą dializy. Rzadziej dotyczy to kobiet z cukrzycą typu 1, gdyż one chcą urodzić dzieci i dlatego łatwiej namówić je do współpracy.

Opisałam tu najczęstsze postawy pacjentów z chorobą przewlekłą, jakie dane nam jest spotykać. Tylko pierwsza grupa, to 20% pacjentów, z którymi współpraca i zrozumienie jest oczywiste i owocuje dobrymi wynikami leczenia. Pozostałe 80% pacjentów należy do pozostałych grap. W diabetologii uważamy, że te

20% to dobrze, bo poprzednio, gdy nie stosowano szerokiej edukacji, mieliśmy więcej i wcześniej powikłania Jednak stale trwa walka o resztę pacjentów, o tych młodych z typem 1 cukrzycy, u których bunt przeciw chorobie jest często nie do zwalczenia i obserwujemy samodestrukcję prowadzącą do bardzo ciężkich powikłań, co w konsekwencji skraca im życie, a badania retrospektywne udowodniły na dużym materiale, że przy dobrym wyrównaniu choroby unikamy 50% powikłań ważnych dla życia. Jak dotrzeć do tych ludzi, jak im wytłumaczyć że muszą zrobić coś dla siebie i swego zdrowia?

Ostatnio mamy w obserwacji grupę 4 młodych ludzi, mężczyzn, których życie zależy od dializy. Mają dzieci, żony i trzy razy w tygodniu lub na dzień podłączają się do dializ i żyją, są słabi, niezdolni do żadnej pracy, a tydzień bez dializy zakończy ich życie. Teraz mówią, że rozumieją, nagle wiedzą, jakie są mechanizmy ich choroby, dlaczego nie słuchali i nie chcieli wiedzieć jak to może być? Dlaczego my nie umieliśmy im tego przekazać? To straszne porażki, nie wiemy nieraz, jakich słów używać, aby trafić do naszych pacjentów. Nasza wiedza jest w tej sprawie bardzo niewielka, dlatego korzystamy z pomocy psychologa klinicznego, a i to nie zawsze jest satysfakcjonujące.

Bardzo dobrym pomocnikiem są stowarzyszenia chorych na cukrzycę. Warunkiem jednak jest umiejętność ludzi w zarządach tych stowarzyszeń systematycznego zdobywania wiedzy na temat choroby z literatury i ze szkoleń prowadzonych przez diabetologów, pielęgniarki diabetologiczne, dietetyków i psychologów. Są stowarzyszenia, które prowadzą regularne szkolenia swoich członków, na których wykładowcami są specjaliści różnych dziedzin medycznych, a także rehabilitacji. Dobra współpraca takich stowarzyszeń owocuje lepszą edukacją pacjentów, często w trakcie wykładu dla członków stowarzyszenia dobrze się prowadzącego stwierdzam np., że prawie 100% tych ludzi ma glukometry i prowadzi regularną samokontrolę. Zawsze jest dyskusja w takich stowarzyszeniach, a pytania i własne obserwacje są nieraz równoznaczne z wiedzą pracowników medycznych.

Rozpoznanie kryzysu zdrowotnego najczęściej nie przedstawia dla doświadczonego lekarza problemu, natomiast odpowiedź na pytanie jak sobie z nim radzić nie jest ani łatwa, ani jednoznaczna. Medycyna musi pamiętać o tym, że żywa materia, z jaką ma do czynienia, to pojedynczy pacjent, który jest na początku zawsze zagadką. Dużo czasu musi upłynąć, aby lekarz mógł pomyśleć, że kontakt, który nawiązał ze swym pacjentem jest na tyle prawidłowy i dobry, aby owocował obustronną chęcią uczestniczenia w leczeniu. Jak już było powiedziane, wg szacunków lekarzy diabetologów tylko z 20% pacjentów uzyskuje się taki kontakt na dłużej, natomiast pozostałe 80% to stała walka o zrozumienie, a w konsekwencji o możliwość udzielenia sensownej pomocy.

W diabetologii bardzo ważna jest edukacja pacjentów, ich rodzin, a także otoczenia w pracy i szkole pacjenta, gdyż w procesie leczenia cukrzycy mogą wystąpić nagłe stany zaburzenia świadomości i szybkie narastanie momentów zwanych końcowymi. Edukacja prowadzona co jakiś czas od nowa spełnia dużą rolę w walce z chorobą i nie da się jej roli przecenić. Tak więc potrzeba dużo czasu, częstych kontaktów i dobrej edukacji prowadzonej fachowo aby jak największa grupa chorych pozwoliła sobie pomagać w walce z chorobą.

Istnieje też potrzeba edukacji społecznej w mediach, za pomocą wiadomości na temat zdrowia w szkołach, na studiach, w administracji państwowej, gdzie jeszcze spotyka się postawy nieprzychylne dla ludzi chorych i niepełnosprawnych. Częste też są przykłady dyskwalifikowania takich ludzi przy przyjęciu do pracy. Często widok badania sobie poziomu cukru lub podawanie zastrzyku z insuliną powoduje nieodpowiednie poniżające komentarze. Jest więc potrzeba jak najszerszej edukacji na temat zdrowia, gdyż w każdej chwili każdy z nas może być świadkiem albo uczestnikiem kryzysu zdrowotnego i najlepiej byłoby abyśmy umieli się do tego faktu ustosunkować.

Choroba XXI wieku czy choroba wieków?*

Anna Brytek

Uniwersytet Śląski

JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY W DOBIE KULTURY WSPÓŁCZESNEJ

Anoreksja jest zagrożeniem zdrowia, życia, wzajemnych relacji intra- i interpersonalnych. O dziewczętach skrajnie przestrzegających niejedzenia pisano już od IX wieku (Habermas, 1992), bądź też począwszy od wieku XIII (Bell, 1994). Bange (1995) podkreśla, iż formy średniowieczne *anorexie mentale* wpisuj ą się w kontekst ascetyzmu religijnego. W średniowieczu więc wyczerpujące głodzenie się było znakiem silnej dewocji religijnej (stygmatem demonicznym). *Mutatis mutandis* (zmieniając to, co powinno być zmienione), ideał szczupłej sylwetki i kontrola siebie korespondowały z walorami chrześcijańskimi XIII wieku. Średniowieczną *anorexie sainte* zdaniem Bella można traktować jako ekwiwalent współczesnej *anorexie mentale*. Z poglądem tym polemizuje Habermas. Uważa, iż wprowadzona nazwa choroby nie zezwala na podobne konkluzje a diagnozę anoreksji umysłowej implikują warunki kulturowe, brane pod uwagę dopiero na początku XX wieku.

Problemem zaburzenia odżywiania zajął się już w 1694 roku autor pierwszego opisu *la consomption nerveuse* („stan utraty siły i stopniowego chudnięcia") Richard Morton. Zaś, *anorexia nervosa* pojawiła się w literaturze medycznej za sprawą Gulla i Lasegue'a, którzy niemalże równocześnie (1874 rok) przedstawili obraz kliniczny choroby: duży spadek wagi ciała spowodowany odmową przyjmowania pokarmów, brak albo zatrzymanie miesiączki, niska temperatura ciała, namiętne uprawianie ćwiczeń fizycznych. W ujęciu Gulla zaburzenie to polegało na „głodzeniu się", nie miało jednak podłoża organicznego. Natomiast Lasegue dopatrywał się uwarunkowań psychicznych, głodzenie się wynikało w przyczyn emocjonalnych, na wskutek atmosfery panującej w rodzinie (Raimbault, Eliacheff, 1989).

Od początku XX wieku anoreksja stanowi schorzenie o podłożu psychicznym, któremu towarzyszy zaburzenie w przyjmowaniu pokarmów. Sympozjum w Góttingen w 1965 roku, pod dyrekcją Meyera i Feldmana zainicjowało moment przełomowy. Wcześniejsza (medyczna) definicja choroby włączona została w zakres dziedziny psychopatologii.

Anorexia nervosa pozostaje enigmatyczna i zadziwiająca, jeśli bierze się pod uwagę jej współzależność różnorodnych czynników: a) indywidualnych: gdzie dominuje ochota bycia niezależną i samowystarczalną, totalne opanowanie ciała, potrzeb i uczuć, asceza spożywania pokarmów i wstrzemięźliwość seksualna; b) rodzinnych: obserwowana jest najczęściej w rodzinach wewnętrznie spójnych, „zamkniętych"; c) i kulturowo-społecznych (Jeammet, 1985).

Na przestrzeni XX wieku media, w szczególności kino, telewizja i reklama zaczęły lansować nowy wzór kobiecej sylwetki. Szczupłość stała się synonimem silnej woli i perfekcjonizmu, utożsamiona została z wolnością seksualną i szczęściem. Stanowi zasadnicze kryterium oceny kobiety: jest świadectwem samokontroli i zdyscyplinowania, warunkiem powodzenia oraz uzyskaniem akceptacji społecznej. Jadłowstręt psychiczny można traktować zatem jako krańcową formę, realizację norm kulturowych, gdzie chore zaprzeczają własnej biologii (szczupła, atletyczna kobieta uwolniona zostaje od konieczności bycia matką), prawom, potrzebom, własnemu ‚ja" – zyskując w zamian pozorne poczucie wartości i autonomię. Anoreksja stanowi reakcję na pojawiające się wymagania dotyczące niezależności oraz funkcjonowania społecznego i seksualnego. Kobieta XXI wieku pozostaje pod silną presją społeczno-kulturową, która przyczynia się do ekspansji syndromu. Wzrost zaburzeń odżywiania się (najwyższy współczynnik ich występowania odnotowano w krajach wysoko uprzemysłowionych z kręgu kultury zachodniej) stanowi

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy: zjawiska współczesnej cywilizacji,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2004 SPiA, s. 38–43.

manifestację przeciwko fizycznie doskonałemu modelowi sylwetki. Przyjmuje się, iż aktualnie 0,5% młodych dziewcząt i kobiet w wieku od 15 do 35 lat cierpi na anoreksję, od 3 do 5% kobiet w przedziale wiekowym 20-40 lat jest chorych na bulimię (Rigaud, 2001). W Stanach Zjednoczonych 40 do 60% dziewcząt w wieku 17-18 lat przeprowadzało już kuracje odchudzające mające na celu pozbycie się wagi (Fidel i in., 1993). W Polsce 80-90% nastolatek podejmuje zabiegi redukujące masę ciała, a u 2% z nich rozwija się pełny kliniczny obraz anoreksji (Michałek, 2001).

Zaburzenie, z jakim mamy do czynienia polega nie tyle na braku umiejętności panowania nad impulsami, co raczej na niedostosowaniu podejmowanych działań do rzeczywistości. Dzieje się tak na wskutek zniekształcenia czynności poznawczych przez czynniki emocjonalno-motywacyjne. Zaburzone obszary funkcjonowania psychicznego dotyczą: zniekształconego obrazu ciała, zaburzenia w rozpoznawaniu bodźców płynących z niego oraz poczucia niemożności działania według własnych potrzeb (podejmowanie czynności i zachowań w odpowiedzi na żądania innych osób).

Przeżywanie uczucia nieatrakcyjności jest mechanizmem „spustowym" procesu chorobowego, u którego podłoża leżą głębsze problemy rozwojowe osobowości (Bomba, Mamrot i Orwid, 1981). Nie staje się anorektyczką tak po prostu, pod wpływem mody albo kryzysu adolescencji. Jadłowstręt psychiczny pojawia się wówczas, gdy jedzenie i waga ciała stają się obsesyjnym centrum niezaspokojonych potrzeb psychicznych (emocjonalnych). Problem *anorexia nervosa* nie sprowadza się zatem jedynie do kwestii pożywienia, jego istotę tak naprawdę stanowią konflikty wewnętrzne. U dziewcząt zakłócona jest przede wszystkim struktura, ja". Zaburzenia tożsamości dotyczą zniekształconego obrazu samej siebie, swojego ciała, poczucia braku skuteczności własnego działania i niskiej wartości (Brach, 1978).

W psychologii pojawia się kilka teorii: w myśl jednej z nich anoreksja jest rezultatem deficytu w zakresie poczucia autonomii. W rodzinie, którą określa się jako anorektyczna, tożsamość dziecka budowana jest wyłącznie na relacjach wewnątrzrodzinnych. Wszelkie kontakty ze światem zewnętrznym są pod kontrolą najbliższych, którzy stają mediatorami pomiędzy jednostką a światem zewnętrznym. Ograniczenie ilości jedzenia jest zatem sposobem kontrolowania przynajmniej jednego aspektu życia. W celu osiągnięcia autonomii człowiek musi przede wszystkim ukształtować własny system wartości, przejąć odpowiedzialność za swoje życie. W przypadku, kiedy wcześniejsze doświadczenia sprawowania kontroli i skuteczności własnego działania nie były dla anorektyczki źródłem nagradzających bodźców, kształtowanie się własnej niezależności zostaje zaburzone. Jednym ze sposobów poradzenia sobie z tym problemem jest znalezienie takiego obszaru, który utwierdzi w poczuciu sprawowania nad sobą kontroli. U młodej dziewczyny obszar taki zostać może nakreślony przez wpływy kulturowe związane z idealnym wyglądem kobiecego ciała. Anoreksję traktować można jako symboliczną! ekspresję desperackiej potrzeby dziewczyny do sprawowania kontroli nad własnym światem interpersonalnym i intrapsychicznym. Niejedzenie staje się jedynym terenem, na którym pozwala sobie na brak jakichkolwiek ingerencji, prawo do własnej decyzji i niezależności.

Stosowanie drakońskiej diety wynika z potrzeby samokontroli. Wydaje się być ona kluczowym elementem w powstawaniu i utrzymywaniu się jadłowstrętu psychicznego. Anoreksja daje dziewczynie poczucie siły, odpowiedzialności, zadowolenia, wzrost samooceny (przestrzeganie surowych reguł) oraz niezależności. Potrzeba własnej niezależności (*self-reliant independence*), potrzeba stanowienia o sobie wchodzi w konflikt z utrwalonym w okresie dzieciństwa posłuszeństwem, z brakiem własnych pomysłów, inicjatywy, świadomości swoich myśli i uczuć oraz możliwości odczuwania doznań płynących z ciała. Aby udowodnić sobie, że jest w stanie kierować własnym życiem, brać za siebie i swoje decyzje odpowiedzialność dziewczyna wybiera, swoim zdaniem, najodpowiedniejszą formę wyrażenia owych pragnień i poprzez nadmierną kontrolę jedzenia dąży do ich osiągnięcia. Samokontrola związana jest z tendencją do uzyskania wolności od wszelkich ograniczeń oraz potrzebą sprawdzenia siebie poprzez ich obalanie. W świecie wartości zachodniego świata, podobnie jak szczupłość, *self-control* jest w cenie. Człowiek skoncentrowany, panujący nad sobą wzbudza większe zaufanie, zasługuje na akceptację i ma większą szansę osiągnięcia sukcesu. Ponieważ obecnie w kulturze zachodniej instytucjonalne i moralne ograniczenia są coraz mniejsze, adolescentki stawiają sobie własne, wewnętrzne zakazy. Naj dostępniejszą formą zastosowania samokontroli jest zaprzestanie jedzenia.

Związek między zachowaniem a wzmocnieniem zależy od stopnia, w jakim wzmocnienia (nagrody i kary) uwarunkowane są instrumentalnymi czynnościami jednostki. W przypadku jadłowstrętu psy-

chicznego dziewczęta dążą do sprawowania całkowitej kontroli nad wzmocnieniami. Rezultaty ich działań zależą od sprawności w dążeniu do celu: odniesienie sukcesu tożsame jest z osiągnięciem wymarzonego ideału sylwetki, co w rzeczywistości jest niemożliwe, gdyż percepcja dotycząca własnego ciała zostaje zaburzona. Jej nieprawidłowe funkcjonowanie wyklucza racjonalne osiągnięcie odpowiedniego wyglądu. Chore na anoreksję wykazują wewnętrzny LOC, cb jednoznacznie wiąże się z ich wiarą w zdolność wpływania na bieg wydarzeń oraz przekonanie, że rezultaty działań zależą od ich sprawności, a nie od czynników zewnętrznych. W trakcie trwania anoreksji silna samokontrola, świadcząca o świadomym wyborze rozpoczęcia diety i konsekwentnym dążeniu do osiągnięcia celu wygasa. Następuje niemożność samodecydowania. Dziewczęta nie są w stanie zaprzestać odchudzania się.

W początkowej fazie choroby zawsze występuje akt woli dotyczący ograniczenia jedzenia. Najbardziej prawdopodobnym sposobem, w jaki dochodzi do wyboru czynnika spustowego jest warunkowanie instrumentalne: w przypadku jadłowstrętu psychicznego, niejedzenie powoduje szybki spadek masy ciała, co z kolei daje poczucie wpływu na swoją osobę i w konsekwencji stanowi czynnik wzmacniający ograniczanie jedzenia. W kontekście braku samosatysfakcji pojawia się okres walki z głodem (*une phrase de lutte*) charakteryzujący się obniżonym nastrojem i uczuciem niezadowolenia. Po pierwszej fazie „cierpienia" następuje etap niezwyciężonego optymizmu (*une phrase d'optimisme inexpugnoble*) (Michaux, Juredieu, 1957). Wszystko dzieje się tak, jak dziewczyna wymarzyła i zaplanowała. Czuje się zadowolona (choć nie w pełni). Stan ten uspokaja wewnętrzne napięcia, rozwiązuje trudności. Pobudza nowe doświadczenia i nadzieję, która utwierdza chorą w przekonaniu osiągnięcia celu (walka z głodem, modyfikacja wyglądu). Spadek wagi traktowany jest jako element graty filcujący. Stosowana dieta daje widoczne i pożądane wyniki (szczupła sylwetka). Co z kolei związane jest z samozadowoleniem oraz aprobatą społeczną. Osiągnięcie wyznaczonego celu wpływa pozytywnie na samopoczucie dziewczyny. Świadczy o uzyskaniu niezależności, samodecydowania oraz o wzroście poczucia wartości. „Idealna figura" (bez tłuszczu i mięśni) jeszcze bardziej motywuje do niejedzenia – w związku z czym dziewczyna podwyższa kolejne „progi" osiągnięcia wymarzonej sylwetki. Piękno kobiecego ciała, z punktu widzenia anorektyczki, pozbawione jest formy, wagi, kształtu. Ciało przestaje pełnić swoja funkcję – nie jest już ciałem, lecz wyobrażeniem o nim, imaginacją, niemożliwą do osiągnięcia, do której dziewczyna dąży. Z czasem ograniczenie wagi staje się dużo łatwiejsze, ale wówczas nie przynosi nic prócz aspektu neurotycznego (fobie dotyczące jedzenia, obsesyjne myśli).

Obawom przed utratą *self-control* towarzyszy pragnienie sprawowania (całkowitej) władzy nad własnymi emocjami i reakcjami na nie. Niska samoocena i potrzeba akceptacji uzewnętrzniają się w kontrolowaniu nie tylko własnej wagi, ale i wrażeń, doznań, uczuć. Przybranie na wadze staje się wyrazem zagrożenia dla autonomii i integracji chorej . Walka zjedzeniem stanowi źródło satysfakcji, zaś regularne epizody nie kontrolowanego objadania się oraz prowokowanie wymiotów, przyjmowanie środków przeczyszczających i odwadniających, stosowanie lewatyw (typ „żarłoczno-wydalający" anoreksji) wzbudzają w dziewczynie poczucie wstydu i porażki (Le Barzic, Pouillon, 1998). W typie ograniczającym natomiast, nie dochodzi do podobnych zachowań. Niejedzenie postrzegane jest przez chorą jako przejaw wzrastającej kontroli nad własnym ciałem. Wyrzeczenia związane z niejedzeniem, intensywne ćwiczenia fizyczne i w rezultacie pojawiające się sukcesy (osiągnięcie szczupłej sylwetki) przypisuje sobie (wewnątrzsterowność), gdyż wcześniej to zawsze „ktoś drugi" decydował ojej uczuciach, emocjach, zachowaniu. Dziewczyna przejmuje całkowitą kontrolę nad własnym zachowaniem. Poczucie uzyskania władzy nad jedzeniem oraz nad własnym ciałem jest dla niej powodem deklarowania szczególnej, wzrastającej satysfakcji i dumy. Pomaga również znaleźć odpowiedź na frapujące dziewczynę pytania dotyczące jej samej: „Jaka naprawdę jestem?", „Co o sobie sądzę?", „Czy jestem gotowa ponieść za siebie odpowiedzialność?"

Kiedy po zaprzestaniu diety chore odczuwają ciągły głód, wówczas potrzebę jedzenia traktują jako oznakę słabej woli i braku panowania nad sobą. Czują się winne za to, że jedzą. To prowadzi do dalszej potrzeby diety i ciągłych myśli o konieczności odchudzania się. Anorektyczka nigdy nie jest wystarczająco chuda w swoich oczach. Najpierw decyduje się stracić pięć kilogramów, następnie osiem, dziesięć, piętnaście. Później nie jest już w stanie zatrzymać się.

Jadłowstręt psychiczny sprowadza się do zaburzenia *self-control* (zawężonego jedynie do bardzo niewielkiego obszaru). Ograniczanie jedzenia do minimum rekompensuje zaburzenie. Anoreksja

stanowi więc zastępczą formę sprawowania samokontroli i objawia się nieadekwatnością podejmowanych działań w stosunku do rzeczywistości. Jedzenie nie spełnia już zatem swojej pierwotnej funkcji polegającej na dostarczaniu organizmowi niezbędnych do życia substancji, lecz służy do kontroli nieprzyjemnych emocji i podwyższenia samooceny. Niska samoakceptacja związana z uwzględnieniem opinii innych osób (jaźń odzwierciedlona), przyjmowaniem ich punktu widzenia sprawia, że anorektyczka bardziej przejmuje się tym, „co ludzie sądzą o jej wyglądzie, zachowaniu, sposobie bycia, itp. Rodzaj otrzymywanych informacji zwrotnych oraz sposób ich interpretowania również silnie działa na obraz jej własnej osoby. Rosnąca samoświadomość prowadzi do bardziej krytycznych samoocen, a w konsekwencji do spadku samoakceptacji. Zatem w anoreksji specyficzne oczekiwania dają poczucie „wyswobodzenia się" z wpływów innych osób i co za tym idzie wzrost samokontroli i akceptacji. Destruktywne działania prowadzą do reinterpretacji – samoocena chorej na anoreksję wzrasta.

Najwięcej zwolenników (Minuchin, Barker, Rosman, 1978) ma pogląd, że przyczynę anoreksji stanowi nieprawidłowa rodzina (Popielarska, 1989). Życie dziewczyny jest całkowicie wypełnione i polega na realizacji obowiązków (praca na równi traktowana jest z przyjemnościami), dlatego nie ma już czasu, ani miejsca na realizowanie tego, czego naprawdę pragnie. Odczuwa pustkę życia duchowego. Żeby ją zapełnić podejmuje wiele działań: jest hiperaktywna, uczęszcza na różne dodatkowe zajęcia. Cierpi z powodu pustki wewnętrznego świata swoich rodziców. Protestuje przeciwko temu swoim bardzo chudym ciałem. Przez swój utrzymujący się opór anorektyczka manifestuje swoją egzystencję. Kiedy odmawia jedzenia usiłuje powiedzieć to co chce: słowa, które świadczą o byciu człowiekiem, o byciu osobą z pragnieniami a nie tylko z potrzebami. Często bywa tak, że niektóre z dziewcząt boją się własnej dorosłości. Ich lęk przed życiem na własną rękę jest tak duży, że pragną jak najdłużej pozostać dziećmi. Dzięki odchudzaniu się mają sylwetkę mało kobiecą, wolniej rosną, zatrzymuje się u nich menstruacja. Skupiają na sobie uwagę otoczenia, otrzymując opiekę i miłość, jaką nie obdarza się już osoby dorosłej. Podobnie zachowują się dziewczyny z rodzin, w których często dochodzi do kłótni i awantur, a rodzice zastanawiają się nad rozwodem. Choroba dziecka wymusza rozejm, kłócąca się para skupia swoją uwagę na dziecku, zaprzestając walk ze sobą. Jedzenie jest „źródłem miłości względnie stałym i dostępnym" (Bruch, 1978). Zatem odmawianie sobie tej przyjemności tożsame jest z brakiem uczucia miłości. Świadczy o tym, że dziewczyna, która decyduje się na drakońską dietę, nie czuje się kochana. Ani przez rodziców, ani przez kogokolwiek innego. Stara więc udowodnić sobie, że sama jest w stanie zaopiekować się sobą. Być niezależną i samodzielną. Tym samym jadłowstręt psychiczny związany jest z nieumiejętnością (nienauczeniem się) rozpoznawania własnych problemów. Warto więc zastanowić się w jaki stopniu podjęte przez chore działania są świadome. Czy pragną własnej destrukcji? Jak dalece zdają sobie sprawę z zagrożeń płynących z niejedzenia?

Zaburzenie odżywiania się, jakim jest *anorexia nervosa*, w początkowej fazie choroby stanowi konsekwencję świadomego wyboru. Eliminowanie pożywienia i zaprzestawanie jedzenia świadczy o chęci uzyskania autonomii, niezależności i samodecydowania. Głównym powodem stosowania diety jest wzrost samopoczucia, spowodowany utratą masy ciała i podziw najbliższego otoczenia (zwracanie uwagi na badane, komplementy). To powoduje, że dziewczęta czują się lubiane i doceniane. Dieta świadczy o chęci zwrócenia uwagi środowiska na swoją osobę (Brytek, 2002). Wyobrażenie dotyczące „idealnego ciała" wzbudza w dziewczynie zachowania autopunitywne. Zaostrzony zamysł rywalizacji powoduje nieustanną wewnętrzną walkę z własnym głodem. To anoreksja przejmuje nad chorą moc i wprowadza ją w stan bycia „karaną". Specyfika jadłowstrętu psychicznego polega na destrukcji jedynie cielesnej i objawia się dla dziewczyny jako warunek przeżycia, zachowania wartości, możliwości bycia kochaną, własnej integralności i tożsamości. Tożsamość anorektyczki jest osiągana właśnie dzięki aspektowi cielesnemu, stylowi „prowadzenia się". Paradoksalnie rozstrzyga konflikty nierozpoznawalne i nierozwiązywalne. W oryginalnym przedstawieniu samej siebie (szczupła sylwetka) dziewczyna odczuwa możność poznania własnego, „ja" i bycia akceptowaną przez inne osoby. Obraz self daje chorej poczucie spójności zmniejszając w ten sposób przepaść pomiędzy jej aktualnym wyglądem a wyobrażeniem, jaką chciałaby być (Brusset, 1977).

Granica między wyborem a usidleniem jest w anoreksji bardzo płynna. W kolejnych latach choroby dziewczęta tracą kontrolę nad własnym zachowaniem, stają się bezradne wobec psychicznego zniewolenia. Kontynuują niejedzenie z obawy przed przytyciem oraz zniweczeniem wcześniejszych wyrzeczeń.

Pod wpływem natrętnych myśli stale korygują ostateczne osiągnięcie idealnej wagi. *Anorexia nervosa*, w której dziewczyna poprzez głodzenie się wyniszcza organizm stanowi podważenie postulatu Sokratesa, iż człowiek nie żyje, aby jadł, ale je, aby żyć. Niejedzenie pełni wielorakie funkcje: jest sposobem komunikacji w rodzinie, wyrazem konfliktów między sprzecznymi dążeniami jednostki, metodą łagodzenia przykrych emocji. Jest przejawem pragnienia władzy, która okazuje się tylko pozorna. To protest przeciwko kobiecemu stereotypowi.

BIBLIOGRAFIA

Bange, F. (1995). Du jeune sacré a l'anorexie mentale. *L'Évolution Psychiatrique, 60, 4*, 783-804.

Bell, R. (1994). *L'anorexie sainte. Jeune et mysticisme du Moyen Âge a nos jours*. Paris: PUF.

Bomba, J., Mamrot, E., Orwid, M. (1981). Anorexia nervosa. W: M. Orwid (red.), *Zaburzenia psychiczne u młodzieży* (s. 138-151). Warszawa: PZWL.

Bruch, H. (1978). *Les yeux et le ventre*. Paris: Payot.

Brusset, B. (1977). *Uassiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse: Sciences de 1'Homme Privat.

Brytek, A. (2002). *Wybór czy usidlenie? Psychospołeczne uwarunkowania anoreksji*. Katowice: Uniwersytet Śląski. Nie opublikowana praca magisterska.

Field, A.F., Wolf, A.M., Herzog, D.B., Cheung, L., Colditz, G.A. (1993). The relationship of caloric intake to frequency of dieting among preadolescent and adolescent girls. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry, 32*, 1246-1252.

Habermas, T. (1992). Historical continuities and discontinuities between religious and medical interpretations of extreme fasting. The background to Giovanni Brugnoli's description of two cases of Anorexia Nervosa. *History of Psychiatry, 2*, 431-455.

Jeammet, P. (1985). *L'anorexie mentale*. Paris: Doin.

Le Barzic, M., Pouillon, M. (1998). *La meilleure façon de manger. Les désarrois du mangeur moderne*. Paris: Editions Odile Jacob.

Michałek, D.Z. (2001). *Syndrom uzależnienia od jedzenia*. Kraków: Wydawnictwo Arc-en-Ciel.

Michaux, L., Juredieu, C. (1957). Les réactions névrotiques de culpabilicité et les activités auto-punitives apres renonciation a l'anorexie mentale. *Renal Neuro-Psychiatry Infantile 1-2*, 42-48.

Minuchin, S., Barker, L., Rosemann, B. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.

Popielarska, A. (1989). Jadłowstręt psychiczny – Anorexia nervosa. W: A. Popielarska (red.), *Psychiatria wieku rozwojowego* (s. 105-112). Warszawa: PZWL.

Raimbault, G., Eliacheff, C. (1989). *Les indomptables. Figures de l'anorexie*. Paris: Éditions Odile Jacob.

Rigaud, D. (2001). Les troubles du comportement alimentaire: quel retentissement nutritionnel? *Revue Française des Labolatoires, 334*, 23-28.

Strategie radzenia sobie z kryzysem związanym z utratą sprawności ruchowej*

Barbara Dobrzańska-Socha

Uniwersytet Jagielloński

WPROWADZENIE

Zajmując się przez wiele lat problematyką inwalidów stopniowo nabierałam przeświadczenia, że nie warto analizować różnic w ich zachowaniu w zależności od rodzaju niepełnosprawności, lecz należy poszukiwać cech wspólnych. Zaczęłam więc rozpatrywać kalectwo w kategoriach utraty jednej z najwyżej cenionych wartości jaką jest zdrowie, odnosząc pewne prawidłowości o charakterze bardziej ogólnym (takie jak m.in. wnioski płynące z teorii stresu i radzenia sobie) bezpośrednio do sytuacji trwałej utraty zdrowia i w niniejszym opracowaniu przedstawię fragment szeroko zakrojonych badań z tego zakresu, koncentrując się na zagadnieniu strategii zaradczych stosowanych przez osoby, które w wyniku uszkodzenia ciała, w tym rdzenia kręgowego, trwale lub okresowo utraciły sprawność ruchową.

Wstępnie założyłam, że uszkodzenie rdzenia kręgowego jest wydarzeniem krytycznym (sytuacją krytyczną) definiowanym przez H. Sęk (1997a) „jako wzajemne oddziaływanie na siebie elementów otoczenia i podmiotu powodujące taki stan niezrównoważenia, który wymaga dokonania zmian" (ibidem, s. 143), niekiedy bardzo złożonych, a dotyczących samego podmiotu i jego zachowania, otoczenia oraz relacji podmiotu z otoczeniem (Sęk, 1991, s. 32). Wiadomo przy tym, że wydarzenie krytyczne może wywoływać stan kryzysu, rozumiany tutaj zgodnie z propozycją H. Sęk (1997) jako „stan zakłócenia równowagi" (Sęk, 1997a, s. 143) między podmiotem i otoczeniem, spowodowany dysproporcją „między możliwościami, potrzebami i zachowaniem podmiotu, a wymaganiami obiektywnymi" (*ibidem*), z którego wynika podwyższone ryzyko patologii. Jest ono „tym większe im bardziej uszkadzające, urażające jest doświadczane wydarzenie (uraz fizyczny, psychiczny, utrata wysoko cenionych wartości, znaczących osób, środków do życia), im więcej sfer życia ono dotyczy" (*ibidem*, s. 144) oraz im bardziej „ogranicza działanie podmiotu" (*ibidem*) i jego zasoby „o charakterze kompetencji zaradczych" (*ibidem*).

Takie ujmowanie kryzysu psychologicznego jest bliskie definicji stresu sformułowanej przez J. Strelau`a (1996), zgodnie z którą stres jest stanem charakteryzowanym przez silne emocje negatywne oraz „sprzężone z nimi zmiany fizjologiczne i biochemiczne, ewidentnie przekraczające bazalny poziom aktywacji" (*ibidem*, s. 92) i to stanem spowodowanym „brakiem równowagi (wystąpieniem rozbieżności) pomiędzy wymaganiami a możliwościami jednostki co do radzenia sobie z nimi" (*ibidem*). Wymagania te – to „nieprzewidywalne i niekontrolowalne" (ibidem) oraz znaczące wydarzenia życiowe, codzienne kłopoty, zinternalizowane wartości i standardy zachowania, które w wyniku świadomej lub nieświadomej „specyficznie jednostkowej oceny" (*ibidem*, s. 93) stanowią subiektywną przyczynę stresu z tym, że część tych wymagań, odnoszących się do traumatycznych lub ekstremalnych zmian życiowych (takich jak m.in.: śmierć, ciężka choroba, czy utrata sprawności ruchowej i związane z tym inwalidztwo) istnieje obiektywnie, czyli niezależnie od percepcji jednostki.

Istniejące obiektywnie wymagania są z jednej strony uniwersalnymi stresorami, lecz z drugiej – mogą być poddawane procesowi oceniania, wchodzić w interakcję z jednostką i nabierają wtedy subiektywnego charakteru (*ibidem*). Również możliwości człowieka w zakresie radzenia sobie z tego rodzaju wymaganiami, także istnieją obiektywnie – jako uzależnione od wielu różnych cech człowieka (w tym posiadanych umiejętności radzenia sobie ze stresem, aktualnego stanu fizycznego i psychicznego jednostki, czy też cech osobowościowych i tempera-

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy: zjawiska współczesnej cywilizacji,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2004 SPiA, s. 148–166.

mentalnych), przy czym mogą być jednocześnie „doświadczane subiektywnie jako wynik specyficznie jednostkowej oceny" (Strelau, 1996, s. 94).

Oznacza to, że powodująca kalectwo sytuacja utraty sprawności ruchowej będzie należeć do uniwersalnych stresorów, a „specyficznie jednostkowa ocena" (*ibidem*, s. 93) tej sytuacji będzie jej nadawać charakter subiektywny – wzmacniając lub tłumiąc efekt wywołujący stres.

Zdaniem J. Strelau`a (1996) analogicznie będzie działać ocena posiadanych możliwości – „bez względu na to, czy są to możliwości realnie istniejące, czy możliwości spostrzegane przez jednostki" (*ibidem*, s. 94), a rezultaty tej oceny będą decydować nie tylko o jakości przeżywanego stresu, lecz przede wszystkim o niezwykle istotnej dla dalszych losów inwalidy efektywności radzenia sobie (*coping*) ze stresem, nazywanego też zamiennie zmaganiem się.

Rozpatrując więc utratę sprawności ruchowej w kategoriach krytycznych wydarzeń życiowych można powiedzieć w ślad za H. Sęk (1991, 1991a, 1997a), że uszkodzenie rdzenia kręgowego:

- jest ważnym wydarzeniem związanym z wartością wysoko cenioną przez człowieka (tj. zdrowiem), a więc znaczącą emocjonalnie (Sęk, 1991, s. 32);
- stanowi dla danej osoby „obciążenie psychiczne, podwyższa poziom napięcia" (ibidem), któremu towarzyszą emocje o różnym znaku, a najczęściej ujemne;
- ingeruje w całe życie danej osoby, stąd też trudno nawet wymieniać objęte przez nie sfery działania i życia;
- powoduje stan destabilizacji (Sęk, 1991a, s. 489) wymagający „restrukturacji" (Sęk, 1991, s. 32) wszystkich aspektów „układu podmiot-otoczenie" (*ibidem*), czyli zmiany danej osoby, przekształcenia otoczenia (np. dostosowania go do poruszania się na wózku inwalidzkim) i zmiany dotychczasowych relacji (np. zastąpienia przedwypadkowej samodzielności i niezależności zgodą na przyjmowanie pomocy otoczenia społecznego, a ze strony tego otoczenia – opanowania wielu umiejętności skutecznego pomagania);
- będzie często (z punktu widzenia obiektywnych parametrów) wydarzeniem nagłym (wypadek) i krótkotrwałym, a sporadycznie – skutkiem „wydarzeń rozciągniętych w czasie i stanowiących kulminację zdarzeń poprzedzających" (Sęk, 1997a, s. 145), takich jak np. długotrwała choroba, a także wydarzeniem losowym, czyli trudnym do przewidzenia, w odróżnieniu od przewidywalnych wydarzeń tzw. normatywnych, tj. związanych z „naturalnymi cezurami życia człowieka" (*ibidem*);
- może prowadzić do korzystnych zmian lub być przyczyną patologii (Sęk, 1991, s. 33) o charakterze podmiotowym (patologia danej osoby), interakcyjnym (patologia jej związków) i kontekstowym (Sęk, 1997a, s. 146), uzależnionym od skuteczności podjętych przez osobę z uszkodzeniem rdzenia kręgowego sposobów radzenia sobie z zaistniałą sytuacją i związanym z nią kryzysem (*ibidem*, s. 145);
- występuje w określonym momencie czasowym (*ibidem*, s. 144) – pozwalającym na ustalenie czasu i miejsca zaistniałego zdarzenia (Sęk, 1991, s. 33), lecz trudno jest przewidzieć czas trwania związanego z nim kryzysu (Sęk, 1997a, s. 144).

Oznacza to, że będące wydarzeniem krytycznym uszkodzenie rdzenia kręgowego może wywołać kryzys psychologiczny i uruchomić proces zmagania się z faktem utraty sprawności ruchowej, czyli radzenie sobie, które „pojawia się tylko wtedy, kiedy jakaś osoba nie może sprostać wymaganiom i żądaniom życia, ale musi zrobić coś ekstra" (Poprawa, 1994, s. 69).

Zdaniem S. Folkmana, R.S. Lazarusa, Ch. Dunkel-Schatter, A. DeLongis i R. Gruben (1986, s. 993–1003) radzenie sobie jest:

- procesem „ukierunkowanym" (*ibidem*) – co oznacza skupienie się na zmieniających się w czasie myślach i działaniach występujących w trakcie konfrontacji stresowej;
- procesem „kontekstualnym" (*ibidem*), czyli zmieniającym się w czasie w zależności od oceny wymogów sytuacji i własnych możliwości sprostania im;
- procesem oznaczającym wysiłki zmierzające do podołania wymaganiom stresującej relacji – bez względu na to, czy zakończą się one sukcesem.

Oczywiście w tak dramatycznej sytuacji, jaką jest utrata sprawności ruchowej, uzasadnione są wszelkie próby radzenia sobie, które jest zmieniającym się w czasie procesem inicjowanym i monitorowanym przez poznawcze oszacowywanie zmian cech sytuacji i zmian stanu psychofizycznego jednostki (Wrześniewski, 1996, s. 47). Nie wyklucza to jednak możliwości różnej oceny ich efektywności, adekwatności i funkcjonalności, w tym oceny określonych sposobów zmagania się z sytuacjami stresowymi – zwanych strategiami radzenia sobie (*ibidem*, s. 46).

Dokonując tej oceny trzeba jednak mieć na uwadze fakt, że nie da się oddzielić radzenia sobie z faktem utraty sprawności ruchowej od zmagania się z różnego rodzaju problemami. Rodzi się również wątpliwość: na ile rodzaj stosowanych strategii zaradczych bezpośrednio wynika z faktu utraty sprawności ruchowej, a w jakim stopniu dotyczą one nie związanych z kalectwem stresujących zdarzeń życiowych towarzyszących naszemu codziennemu życiu.

Próbując więc nieco przybliżyć zagadnienie radzenia sobie z kryzysem spowodowanym utratą sprawności ruchowej postanowiłam w analizie prezentowanych dalej wyników badań porównać inwalidów z paraplegią – oznaczanych w skrócie PR (czyli z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym powodującym porażenie kończyn dolnych i dolnej części ciała) z inwalidami z tetraplegią – w skrócie TT (tj. z uszkodzeniem rdzenia w odcinku szyjnym, dającym porażenie zarówno kończyn dolnych jak i górnych), włączając też do porównań osoby z rozpoznaniem paraparesis – w skrócie PP, u których po okresie leczenia i rehabilitacji porażenie rdzeniowe nie pozostawiło trwałej i znacznej dysfunkcji narządu ruchu.

Nurtowało mnie przy tym pytanie: czy zupełnie inna sytuacja życiowa całkowicie uzależnionych od pomocy innych ludzi tetraplegików, jeżdżących na wózku inwalidzkim paraplegików i poruszających się samodzielnie osób z rozpoznaniem paraparesis, ma znaczący wpływ na ich funkcjonowanie psychiczne? Szczególnie istotne w poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie wydawało mi się przyjrzenie się osobom z PP, u których pomyślne efekty leczenia diametralnie zmieniły ich los, stąd też oczekiwałam, że zachowanie tych osób i preferowane przez nich strategie zaradcze będą inne niż osób z tetraplegią, czy też z pareplegią.

KRYZYS PSYCHOLOGICZNY REAKCJĄ NA UTRATĘ SPRAWNOŚCI RUCHOWEJ

W świetle dotychczasowych rozważań można powiedzieć, że uszkodzenie rdzenia kręgowego jest wydarzeniem krytycznym z reguły wywołującym kryzys psychologiczny, lecz pojawienie się kryzysu, zdaniem H. Sęk (1997a), zależy od procesu „subiektywnego wartościowania krytycznego wydarzenia" (ibidem, s. 146) warunkującego powstawanie stanu kryzysu i wyznaczającego „bezpośrednio reakcję na kryzys lub w kryzysie" (*ibidem*).

Nie wdając się w teoretyczne rozważania na temat różnych sposobów rozumienia terminu kryzys, z reguły podkreślających znaczenie trudności sytuacji, nieskuteczność dotychczasowych sposobów rozwiązywania problemów i konieczność dokonania zmian w funkcjonowaniu psychicznym, wystarczająco przeanalizowanych w literaturze przedmiotu (m.in.: Sęk, 1991a, 1997a; Hoff, 1995; Kubacka-Jasiecka, 1997; Płużek, 1997; Terelak, 2001), warto podkreślić, że większość autorów zajmujących się problematyką osób niepełnosprawnych wspominając o możliwościach pokonywania kryzysów spowodowanych wystąpieniem kalectwa, częściej analizuje te możliwości w kontekście przystosowawczym, niż wzbogacającym człowieka (m.in.: Wolfensberger, 1972; Cogswell, 1977, 1984; Nigro, 1977; Pulton, 1984; Kowalik, 1996, 2000; Block, 1999).

Jednym z takich ujęć – rozpatrujących uraz ciała (w tym uszkodzenie rdzenia kręgowego) w kategoriach kryzysów psychicznych zdeterminowanych chronologią zdarzeń, które wynikają z kolejno zmieniających się warunków życia inwalidy – jest koncepcja B. Cogswell (1977, 1984). Według B. Cogswell (1977) osoba po urazie ciała kończąc pobyt w placówce leczniczej przeżywa pierwszy kryzys – spowodowany koniecznością „rozstania się" z rolą osoby chorej i przejścia do roli osoby niepełnosprawnej; następnie wraca do domu rodzinnego i przeżywa drugi kryzys – ograniczonej niezależności; wreszcie podejmując próbę włączenia się w naturalne środowisko społeczne „zdrowych" ludzi przeżywa trzeci kryzys – pustki społecznej.

Pobyt w szpitalu B. Cogswell (1977) nazywa okresem moratorium (moratorium), który można rozumieć jako odroczenie wejścia w rolę inwalidy poprzez występowanie w roli chorego, czyli osoby z możliwością „wyleczenia" z zaistniałego kalectwa. Towarzyszący mu kryzys może być związany z dwiema grupami zagadnień: A – niedoborem stymulacji i B – pojawiającym się w tym okresie poczuciem bezradności, a także niepewności. Bezpośrednią przyczyną ograniczonej stymulacji, zdaniem B. Cogswell (1977), może być monotonia, brak realizacji dotychczasowych działań (nawet codziennych czynności), zmniejszona liczba kontaktów społecznych i wiele innych ograniczeń dopływu informacji spowodowanych pobytem w szpitalu. Dodatkowym czynnikiem zmniejszającym stymulację jest branie leków przeciwbólowych i uspakajających oraz utrata „pełnej kontroli nad własnym ciałem" (Kowalik, 2000, s. 805) – wynikająca bezpośrednio z jego uszkodzenia i jednocześnie z małej aktywności ruchowej spowodowanej przebywaniem w łóżku.

Analizowaną przez B. Cogswell (1977) sytuację ograniczonej stymulacji – nazywaną przez J.F. Te-

relaka (2001) „izolacją szpitalną" (*ibidem*, s. 200) – można uznać za pewien rodzaj deprywacji sensorycznej i społecznej, czyli za powszechnie znane źródło stresu, związane nie tylko ze zmniejszonym dopływem bodźców, lecz również ze zmianą ich znaczenia (*ibidem*, s. 193–213). Typowym przykładem może być tutaj zrozumiałe dążenie do unikania bólu i „sięganie" po środki przeciwbólowe przy jednoczesnym odbiorze braku bólu jako przejawu „zmniejszonego czucia", czyli pogorszenia stanu somatycznego. Trzeba też pamiętać o tym, że w sytuacji prowadzącego do kalectwa uszkodzenia ciała – zarówno w paraplegii, tetraplegii jak i przy rozpoznaniu paraparesis – czasokres pobytu w placówce leczniczej nie oznacza dni, ani tygodni, lecz wiele miesięcy.

Zdaniem B.L. Blocka (1999, s. 29–30) nagłe uszkodzenia rdzenia kręgowego – przy jednoczesnej ocenie tej sytuacji jako zagrażającej w połączeniu z wyczerpaniem skutecznych sposobów radzenia sobie – wywołuje kryzys trwający nawet pół roku.

Charakteryzując kryzys związany z okresem moratorium B. Cogswell (1977) opisuje też reakcje emocjonalne spowodowane uszkodzeniem ciała, których lista nie odbiega od przytaczanych w literaturze przejawów kryzysu (m.in.: Hoff, 1995; Kubacka-Jasiecka, 1997; Płużek, 1997). Jest więc mowa o lęku, depresji, rezygnacji, agresji itd., a także o występowaniu dwóch stanów emocjonalnych – uznanych przez B. Cogswell (1977) za specyficzne dla osób z uszkodzeniem ciała: poczucia bezradności, a także niepewności.

Występowanie u osób niepełnosprawnych poczucia bezradności, nazywanego przez S. Kowalika za A. Bandurą (Kowalik, 1996, s. 92) utratą poczucia sprawstwa lub zgodnie z propozycją O.H. Mowrera (Kowalik, 1996, s. 92) brakiem nadziei, wyjaśnia S. Kowalik teorią motywacji do osiągnięć J.W. Atkinsona (Kowalik, 1996, s. 93) i podkreśla, że jedną z przyczyn może być „traktowanie kalectwa jako zdarzenia powodującego utratę wielu szans życiowych" (*ibidem*, s. 90).

Bezpośrednim efektem „poczucia utraty szans życiowych" (*ibidem*, s. 92) bywa pozbawione realiów dążenie do „odtworzenia poprzedniej sprawności lub włączenia się w maksymalnym stopniu w normalne życie społeczne" (*ibidem*, s. 92), które z uwagi na niskie prawdopodobieństwo osiągnięcia celu rodzi tendencję do unikania porażek m.in. poprzez wycofywanie się z jakiejkolwiek działalności. Tak więc wg S. Kowalika (1996, s. 93) poczucie bezradności jest wynikiem silnego pragnienia zmiany sytuacji połączonego z niewiarą w możliwość osiągnięcia sukcesu i prowadzi do niepodejmowania działań umożliwiających zmniejszenie skutków zaistniałego kalectwa, czyli do nieangażowania się w rehabilitację.

Jak podkreśla B. Cogswell (1977) dominującemu w okresie moratorium poczuciu bezradności towarzyszy poczucie niepewności, będące zdaniem S. Kowalika (1996, s. 45) jednym z podstawowych wymiarów cierpienia doświadczanego przez osoby z uszkodzeniem ciała – stanowiącym istotę kryzysu przeżywanego w tym okresie (Kowalik, 2000, s. 806). Wyrazem tej niepewności o własny los mogą być trzy podstawowe pytania stawiane przez pacjentów: „Czy umrę? Czy zostanę wyleczony? Czy zostanę osobą niepełnosprawną do końca życia?" (*ibidem*).

Wiadomo również, że „cierpienie na niepewność" (Kowalik, 1996, s. 92) nasila się przy każdej zmianie sytuacji, stąd też szczególnie trudnym okresem jest „rozstanie" z rolą osoby chorej (podkreślane także przez Cogswell, 1984), które poszerza obszary dotychczasowej niepewności o własne życie – niepewnością o efekty rehabilitacji (Kowalik, 1996, s. 93). Prawie każdy chory marzy o powrocie do domu, lecz „optymizm pacjenta wychodzącego ze szpitala bardzo szybko zamienia się w rozpacz" (Kowalik, 2000, s. 806) – określaną przez B.E. Cogswell (1984) mianem kryzysu ograniczonej niezależności.

Kryzys ten jest wynikiem rozbieżności między wcześniejszymi wyobrażeniami o funkcjonowaniu w domu, a rzeczywistością pokazującą zakres ograniczeń spowodowanych uszkodzeniem ciała, niekiedy tak znacznych, że powodujących konieczność pobytu w domu pomocy społecznej. Uświadomienie sobie tego faktu, wyzwala wg B.E. Cogswell (1984) szereg negatywnych emocji – raz wyrażanych rozdrażnieniem i agresją, kiedy indziej obniżonym nastrojem i apatią. Pogłębiają się też efekty zapoczątkowanego w szpitalu niedoboru stymulacji, tym razem wynikającego z coraz mniej licznych kontaktów społecznych. Z reguły kończą się zwyczajowo przyjęte odwiedziny rodziny, przyjaciół, czy też znajomych; nie ma już uprzednich kontaktów z ludźmi w miejscu pracy. Pojawia się „poczucie pustki społecznej" (Kowalik, 2000, s. 806), rzadko stymulujące do „podjęcia próby włączenia się w życie szerszej społeczności" (ibidem). W wielu wypadkach jest to tak trudne (również z powodów zupełnie niezależnych od inwalidy), że zdaniem B.E. Cogswell (1984) dochodzi do przeżywania kryzysu pustki społecznej, w czasie, którego do niepewności dotyczącej szans poprawy sprawności organizmu – dołącza się niepewność co do realnych możliwości uczestniczenia w codziennym życiu (Kowalik, 1996, s. 93).

Zwraca na to uwagę również T.W. Pulton (1984) opisujący proces alienacji społecznej osób z uszkodzeniem ciała, przejawiany wg S. Kowalika (2000) „w odczuwaniu obcości innych ludzi" (*ibidem*, s. 808), połączonej z poczuciem odsunięcia na margines życia społecznego. Osoba niepełnosprawna może być przekonana, że społeczeństwo nie tylko nie rozumie i nie akceptuje inwalidów, lecz nawet ich dyskryminuje i prześladuje (*ibidem*).

Przedłużający się stan kryzysu pustki społecznej w połączeniu z obawą przed odrzuceniem ze strony innych ludzi (Kowalik, 1996, s. 86) i z niepewnością wobec przyszłości, może spowodować, że „dalsze życie traci ... sens" (Kowalik, 2000, s. 807). Zdarza się również, że sami inwalidzi dążą do zerwania dawnych więzi z innymi ludźmi (Cogswell, 1984; Pulton, 1984; Dobrzańska-Socha, 1987; Kowalik, 1996, 2000), gdyż dotychczasowe kontakty utrudniają im niejako określenie swojej „nowej" tożsamości (Cogswell, 1984; Kowalik, 2000). Częściej jednak ludzie zdrowi unikają kontaktów z osobami niepełnosprawnymi przejawiając postawy nasycone współczuciem, litością i rezerwą (m.in.: Cogswell, 1984; Sękowski, 1994; Block, 1999).

Interesującym uzupełnieniem dotychczasowych rozważań na temat skutków uszkodzenia ciała, w tym rdzenia kręgowego – rozpatrywanych w kategoriach przeżywanych kryzysów – mogą być poglądy dwóch, nie wymienianych dotąd, autorów (Wolfensberger, 1972; Nigro, 1977), analizujących przyczyny kryzysów pojawiających się u osób niepełnosprawnych niezależnie od czasu, jaki upłynął od wystąpienia kalectwa.

W. Wolfensberger (1972) wspomina o kryzysie rzeczywistym, który wynika z trudności życia codziennego, kłopotów finansowych, barier – nie tylko natury społecznej, trudności ze znalezieniem interesującej pracy itp. i podkreśla, że wprawdzie borykają się z nim wszyscy ludzie, lecz szczególnie mocno odczuwają go osoby niepełnosprawne. Z racji posiadanego kalectwa mają oni obiektywnie istniejące (rzeczywiste) trudności we wszystkich dziedzinach życia, a jednocześnie znacznie mniejsze możliwości przezwyciężania zaistniałych problemów.

Z kolei G. Nigro (1977) kładzie nacisk na kryzys związku z partnerem seksualnym – wynikający ze zmiany dotychczasowej atrakcyjności fizycznej spowodowanej uszkodzeniem ciała. Ten „nieuchronny" wg G. Nigro (1977) kryzys, może być efektem utraty sprawności seksualnej przede wszystkim u mężczyzn (gdyż paraplegia i tetraplegia nie zmniejszają płodności kobiet – Block, 1999, s. 26), także zmiany wyglądu fizycznego, a u najbardziej poszkodowanych osób – dodatkowo – utraty kontroli nad czynnościami wydalniczymi. Dołącza się do tego silny niepokój o utratę miłości, wierności i lęk przed odejściem partnera. Pojawia się też zazdrość (Block, 1999), poczucie winy (Pulton, 1984), a po utraconych przyjaźniach i znajomościach poczucie opuszczenia, a nawet „poczucie zdrady" (Block, 1999, s. 35).

T.W. Pulton (1984) charakteryzując proces alienacji społecznej osób z uszkodzeniem ciała podkreśla, że inwalidzi, którzy nie mieli partnerów seksualnych przed wystąpieniem kalectwa, mają znaczne trudności z nawiązaniem i utrzymaniem kontaktu uczuciowego z osobą przeciwnej płci, natomiast posiadający partnerów – odczuwają osłabienie uprzedniego związku emocjonalnego. Oczywiście różne mogą być tego przyczyny, lecz zdaniem osób niepełnosprawnych, podstawowym źródłem przeżywanego kryzysu związku z partnerem seksualnym – jest własne kalectwo (Kowalik, 2000, s. 808).

W zakończeniu omawiania kryzysu psychologicznego, jako reakcji na uszkodzenie ciała, warto podkreślić tezę L.A. Hoff (1995), że ludzie nie mogą trwać w kryzysie w nieskończoność, gdyż towarzyszący mu niepokój jest zbyt bolesny i doświadczająca go osoba musi podjąć działania zmierzające do jakiegoś rodzaju rozwiązania. Zdaniem L.A. Hoff (1995) warunkiem konstruktywnego rozwiązywania kryzysu i dalszego życia jest modyfikacja dotychczasowych działań, czyli uczenie się nowych sposobów radzenia sobie z problemami życiowymi.

Należy jednak pamiętać o tym, że uruchamiany proces radzenia sobie może się zakończyć zarówno sukcesem, jak i porażką, a wg Z. Ratajczak (1996, s. 80) najwyższą cenę za skuteczne radzenie sobie ze stresem płacą osoby mające najmniej energii i sił, czyli moim zdaniem właśnie inwalidzi, ponieważ uruchamiając procesy zaradcze zmniejszają własne zasoby i tak zubożone przez utratę zdrowia. Dodatkowo ich sytuację może komplikować fakt występowania stwierdzonego przez C.M. Aldwin i T.A. Revenson (1987) negatywnego sprzężenia zwrotnego między stanem zdrowia, a używaniem nieefektywnych strategii radzenia sobie. Rośnie więc prawdopodobieństwo, że w sytuacjach o istotnym znaczeniu osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, znajdujące się w złej kondycji psychicznej, będą się posługiwać strategiami nieadaptacyjnymi – np. w formie zachowań konfrontacyjnych opartych na agresji i wrogości (Makowska i Poprawa, 1996, s. 92–94).

Istotne jest przy tym, że jak zaznacza R.S. Lazarus (1986), skuteczne radzenie sobie nie zawsze polega na podjęciu działań instrumentalnych opartych na realistycznym odbiorze rzeczywistości i ukierunkowanych na zniesienie czynników stresowych oraz na poprawę relacji z otoczeniem. W sytuacjach, w których niewiele można zrobić, także nierealistyczne sposoby rozwiązywania trudności pełnią funkcję adaptacyjną, takie jak przykładowo niczym nie uzasadniona nadzieja (Dobrzańska-Socha, 2002).

Wiadomo przecież, że osoba z TT lub z PR rozważając różnego rodzaju opcje radzenia sobie ma niewiele szans na zmianę sytuacji, gdyż w większości wypadków nic jej utraconej sprawności ruchowej nie przywróci. Trudno też od niej oczekiwać akceptacji zaistniałego zdarzenia, ale oceniając sytuację, własne zasoby i umiejętności skutecznego działania (czyli posiadane kompetencje radzenia sobie z trudnościami – Sęk, 2000, s. 86) jest w stanie ustalić co należy zrobić, aby zapobiec dalszym szkodom lub zwiększyć osobiste szanse powodzenia (Poprawa, 1994, s. 66). Pozostaje również w zasięgu jej możliwości cały repertuar różnych zachowań zaradczych (takich jak m.in.: poszukiwanie informacji lub pomocy i wsparcia ze strony innych ludzi, czy też pozytywne przewartościowanie zaistniałej sytuacji), których celem może być zdaniem R.S. Lazarusa (1986) zarówno rozwiązanie problemu jak i regulacja przykrych emocji.

W zupełnie innej sytuacji są osoby z PP, które wprawdzie przeżyły fakt okresowej utraty sprawności ruchowej, lecz w wyniku pomyślnych efektów leczenia odzyskały częściowo lub prawie całkowicie zdrowie. Należy jednak przypuszczać, że zaistniałe zdarzenie o charakterze wydarzenia krytycznego również dla nich było silnym stresem, który mógł wywołać kryzys psychologiczny i uruchomić proces zaradczy – obejmujący określony rodzaj strategii, którym nie można jednoznacznie przypisać atrybutu dobrego lub złego radzenia sobie (Makowska i Poprawa, 1996, s. 84).

Zdaniem licznych autorów (m.in.: Dolińska-Zygmunt, 1996; Heszen-Niejodek, 1996; Makowska i Poprawa, 1996; Ratajczak, 1996; Block, 1999) najbardziej efektywne jest elastyczne radzenie sobie – oznaczające różnorodny repertuar strategii zaradczych dopasowywanych do zmieniającego się kontekstu sytuacyjnego (Makowska i Poprawa, 1996, s. 84).

CEL I METODA BADAŃ ORAZ SPOSÓB ANALIZY WYNIKÓW

Rozpatrując proces radzenia sobie w kategoriach aktywności świadomej i celowej, czyli zgodnie z intencją S. Folkmana i R.S. Lazarusa (1988), można powiedzieć, że o dalszych losach osoby po uszkodzeniu rdzenia kręgowego decydują nie tylko czynniki zewnętrzne – bezpośrednio związane z obiektywnie trudną sytuacją osoby, która utraciła dotychczasową sprawność ruchową, lecz również czynniki wewnętrzne, spośród których na szczególną uwagę zasługuje sposób radzenia sobie z zaistniałą sytuacją, w tym rodzaj stosowanych strategii zaradczych.

Podejmując więc próbę ustalenia preferowanych strategii radzenia sobie ze stresem przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (różniące się między sobą stopniem i czasokresem utraty sprawności ruchowej) sformułowałam następujące pytania szczegółowe:

- Czy stopień i czasokres utraty sprawności ruchowej wyznaczają różnice w zachowaniu osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
- Czy odzyskanie sprawności ruchowej przez osoby z PP wpływa na całość ich zachowania w taki sposób, że różni się ono w sposób statystycznie istotny od zachowania osób z TT i z PR?
- Jakimi strategiami radzenia sobie posługują się osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
- Jakie strategie radzenia sobie preferują osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w zależności od stopnia i czasokresu utraty sprawności ruchowej?

W odpowiedzi na powyższe pytania przeanalizowałam wyniki badań psychologicznych 29 osób, które zostały przeprowadzone w okresie nie przekraczającym 2 lat od uszkodzenia rdzenia kręgowego, czyli jak wynika z literatury przedmiotu (Block, 1999, s. 29–30) już po ustąpieniu stanu ostrego kryzysu. Były to osoby w wieku od 20 do 40 lat, które utraciły sprawność ruchową po 18 roku życia – w sposób trwały (powodujący TT albo PR) lub okresowy (będący przyczyną rozpoznania PP) – wyróżniając wśród nich na podstawie diagnozy lekarskiej trzy grupy osób: 1) osoby z TT (10 osób = 34,5%), 2) osoby z PR (9 osób = 31%), 3) osoby z PP (10 osób = 34,5%)[11].

Średnia wieku badanych wynosiła 32 lat, modalna 29 lat i byli to najczęściej mężczyźni (19 mężczyzn = 65,5% i 10 kobiet = 34,5%). Większość badanych

[1] Zdając sobie sprawę z małej i nierównej liczebności porównywanych grup, spowodowanej trudnościami z wyłonieniem ze znacznej liczby badanych inwalidów osób spełniających przyjęte kryteria, postanowiłam zastosować procedurę metodologiczną i statystyczną umożliwiającą porównywanie grup bez określania z góry ich liczebności i składu. Procedura ta polega na tworzeniu (w oparciu o statystykę Vik – Rychlicki, Twardowski, 1975) grup jednorodnych statystycznie i wymaga posługiwania się w badaniach wyłącznie metodami standaryzowanymi (Dobrzańska-Socha, 1984).

miało wykształcenie średnie (17 osób = 58,6%), nieliczni podstawowe (5 osób = 17,25%), niepełne wyższe (5 osób =17,25%) lub wyższe (2 osoby = 7%), przy czym wszyscy badani uzyskali wymieniony poziom wykształcenia przed uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Tylko 11 badanych (tj. 7 mężczyzn = 24% i 4 kobiety = 14%) posiadało własne rodziny (założone jeszcze przed wystąpieniem kalectwa) i mieszkało z rodziną prokreacyjną. Pozostałych 18 osób (tj. 62%) nie weszło w związki małżeńskie i mieszkało w rodzinach generacyjnych.

W badaniach psychologicznych zastosowałam cztery metody wystandaryzowane (będące podstawą tworzenia grup jednorodnych statystycznie), tj. Kwestionariusz MMPI-WISKAD, Skalę Jawnego Niepokoju J. Tylor, Inwentarz Psychologiczny H. Gough`a, Test ACL H. Gough`a i A. Heilbruna oraz trzy metody stanowiące źródło informacji na temat stosowanych przez badanych strategii zaradczych, a mianowicie: Test Uzupełniania Zdań J.M. Sacks`a i S.Levy`ego, obszerny wywiad kliniczny i rozmowę strukturowaną, która jest modyfikacją tzw. Testu Próbek Sytuacyjnych J. Reykowskiego. Rozmowa ta polega na retrospektywnym opisie sposobu przeżywania różnych sytuacji o charakterze stresorodnym i obejmuje opis sytuacji (np. wyboru, czy konfliktu) i własnych na nią reakcji oraz wyjaśnianie subiektywnie spostrzeganych przyczyn i skutków charakteryzowanych zdarzeń. Wśród proponowanych badanym sytuacji nie ma bezpośredniego pytania o utratę sprawności ruchowej, lecz o zdarzenie uważane za stratę, sytuację związaną z przeżyciem obawy, lęku, niepokoju, czy też z doznaniem szczególnie silnej przykrości. Schemat rozmowy nie zawiera wyłącznie przykrych sytuacji, lecz są również pytania o realizację marzeń, odniesione sukcesy itp., a także prośba o opisanie dwóch wydarzeń uznanych przez badanego za bardzo ważne w jego życiu.

Rezultaty przeprowadzonych rozmów strukturowanych, wywiadu i testu uzupełniania zdań były podstawą jakościowej analizy wyników – zmierzającej do ustalenia rodzaju strategii radzenia sobie preferowanych przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Natomiast wyniki uzyskane w badaniu metodami standardowymi pełniły jedynie rolę pomocniczą, umożliwiającą podział badanych na grupy spełniające warunek jednorodności statystycznej. W odpowiedzi na postawione pytania przeanalizowałam zebrane wyniki badań 29 osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w następujący sposób:

I. Biorąc pod uwagę wyniki badanych w Kwestionariuszu MMPI-WISKAD, w Skali Jawnego Niepokoju J. Tylor, w Inwentarzu Psychologicznym H. Gough`a i w Teście ACL H. Gough`a oraz A. Heilbruna, dokonałam podziału badanych na grupy spełniające warunek jednorodności statystycznej.
II. Przeanalizowałam skład poszczególnych grup i ustaliłam, czy stopień utraty sprawności ruchowej obejmujący: 1) porażenie całego ciała od miejsca uszkodzenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym w dół u TT, 2) porażenie kończyn dolnych i dolnej części ciała przy uszkodzeniu w odcinku lędźwiowym u PR, 3) ustąpienie w wyniku leczenia i rehabilitacji porażenia rdzeniowego u osób z PP; a także czasokres utraty sprawności ruchowej: 1) trwały u TT i PR lub 2) okresowy u osób z PP – stanowią kryterium podziału badanych na grupy jednorodne statystycznie.
III. Wyniki badanych pochodzące z testu uzupełniania zdań, wywiadu i rozmowy strukturowanej poddałam ocenie 5 sędziów kompetentnych, którzy wykonali dwa rodzaje zadań:
   a) zakwalifikowali każdego z badanych do jednej z dwóch kategorii interpretacyjnych:
      – preferujących tzw. aktywne (poznawcze i behawioralne) strategie radzenia sobie ze stresem,
      – preferujących tzw. unikowe (poznawcze i behawioralne) strategie radzenia sobie ze stresem;
   b) przyporządkowali każdemu z badanych najbardziej charakterystyczny dla niego sposób radzenia sobie ze stresem i z trudnościami wynikającymi z kalectwa.
IV. Uwzględniając fakt zakwalifikowania każdej z badanych osób jako preferującej aktywne lub unikowe strategie radzenia sobie ze stresem i jednocześnie podział wszystkich badanych na grupy spełniające warunek jednorodności statystycznej, uporządkowałam te grupy w kolejności od składających się z osób najsilniej preferujących strategie aktywne do najbardziej skoncentrowanych na strategiach unikowych.
V. Ustaliłam, w którym miejscu wśród grup uporządkowanych w podany wyżej sposób znajduje się 10 TT, 9 PR i 10 osób z PP.
VI. Przeanalizowałam rodzaj strategii preferowanych przez poszczególne osoby biorąc pod uwagę stopień utraconej przez nich sprawności ruchowej oraz czas jej trwania, a także przynależność do kolejnych grup uporządkowanych od najsilniej preferujących aktywne do najbar-

dziej skoncentrowanych na unikowych strategiach radzenia sobie.

Jak już nadmieniłam w przypisie podstawą tworzenia grup jednorodnych statystycznie była statystyka Vik (Twardowski, Rychlicki i Traple, 1987), zgodnie z którą do grupy jednorodnej wchodzą osoby charakteryzujące się takimi samymi lub nieistotnie różniącymi się (przy przyjętym poziomie prawdopodobieństwa 0,99)[2] rozkładami analizowanych parametrów, czyli wynikami w badaniach testowych. Przyjęłam założenie, że jeśli do jednej grupy spełniającej warunek jednorodności statystycznej będą wchodzić osoby różniące się między sobą stopniem i czasem trwania utraty sprawności ruchowej, tj. zarówno TT, PR, jak i osoby z PP, będzie to oznaczać, iż stopień i czas trwania dysfunkcji narządu ruchu nie wyznaczają istotnych statystycznie różnic[3] w zachowaniu badanych.

Wyjaśnienia wymagają również dwa zadania postawione sędziom kompetentnym (p. punkt III analizy wyników), którzy nanosili dane pochodzące z testu zdań niedokończonych, wywiadu i rozmów strukturowanych na 3-stopniowe skale szacunkowe[4], zawierające szereg kategorii interpretacyjnych odpowiadających znanym w literaturze strategiom radzenia sobie (m.in.: Folkman i Lazarus, 1988; Moos, 1988; Endler i Parker, 1990; Wrześniewski, 1996; Juczyński, Chrystowska-Jabłońska, 1999; Pasikowski, 2000).

Podstawą tworzenia skal szacunkowych była propozycja Z. Juczyńskiego (Juczyński, Chrystowska-Jabłońska, 1999), który analizując sposoby radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą nowotworową nawiązuje do ujęcia R.H. Moosa i J.A.Schaefera (1993) wyróżniając w ramach strategii aktywnych pięć strategii poznawczych: 1) analizę logiczną, 2) pozytywne przewartościowanie, 3) akceptację odpowiedzialności, 4) poszukiwanie informacji, 5) samokontrolę, a także pięć strategii behawioralnych: 1) aktywne radzenie sobie, 2) zaplanowywane rozwiązywanie problemów, 3) konfrontacje z problemem, 4) poszukiwanie wsparcia, 5) negocjacje (Juczyński, Chrystowska-Jabłońska, 1999, s. 6). Natomiast strategie unikowe – to jego zdaniem () cztery strategie poznawcze: 1) unikanie poznawcze, 2) dystansowanie się, 3) odwracanie uwagi, 4) akceptacja lub zaprzeczanie oraz cztery strategie behawioralne: 1) poszukiwanie innych wzmocnień, 2) strategie samooszukiwania się, 3) unikanie działań lub ucieczka, 4) wyładowanie emocjonalne.

Sporządzone przez sędziów kompetentnych oceny były następnie podstawą dwustopniowej analizy jakościowej zebranych wyników badań, której pierwszy stopień dotyczył bardziej ogólnego spojrzenia na stosowane przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego strategie zaradcze (p. punkt IV i V analizy wyników), podczas gdy drugi – polegał na szczegółowej analizie strategii preferowanych przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w której brano również pod uwagę stopień i czas trwania dysfunkcji narządu ruchu (p. punkt VI analizy wyników).

WYNIKI I DYSKUSJA

Biorąc pod uwagę wyniki badań metodami standardowymi połączono 29 osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w grupy jednorodne statystycznie (p. punkt I analizy wyników) i otrzymano 5 grup. Odzwierciedla to Rycina 1, na której każdą z utworzonych grup (ponumerowanych od 1 do 5) przedstawiono w formie grubej linii pionowej, czarnymi rombami oznaczono TT, białymi kółkami PR, a białymi rombami osoby z PP. Linie przerywane określają opisany liczbowo poziom łączenia ze sobą poszczególnych osób, podczas gdy linie ciągłe – poziom przyłączania tych osób do tworzących się grup.

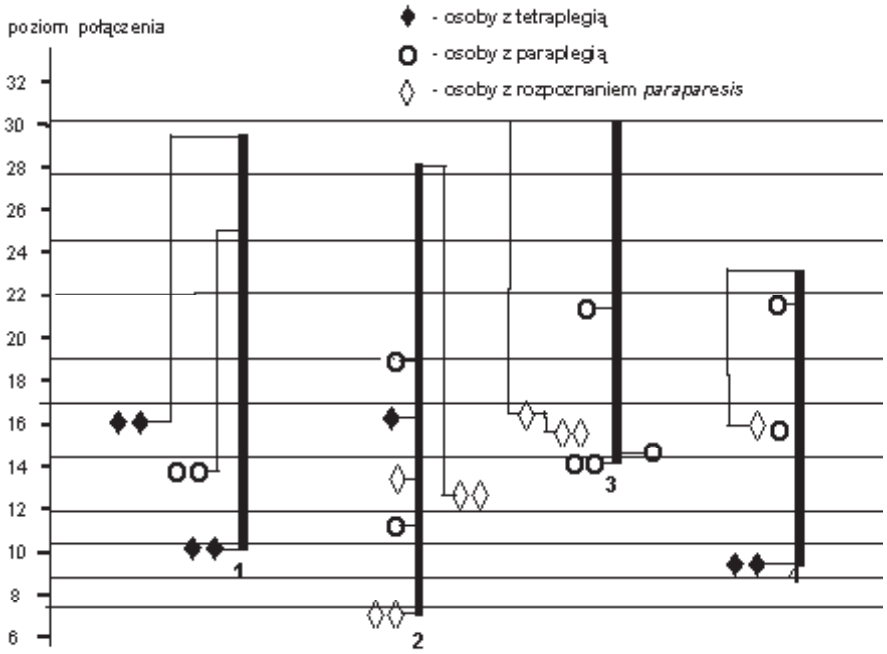
Poziomom połączeń odpowiada prawdopodobieństwu wyrażonemu w procentach informującym o wzajemnym podobieństwie między tworzącymi grupę osobami, tzn. im większe podobieństwo, tym wyższa wartość procentowa prawdopodobieństwa i niższy poziom połączenia. Wynika stąd długość grubych linii pionowych (ilustrujących poszczególne grupy), która jest wyznaczona miejscem przyłączania pierwszej i ostatniej osoby (lub pary osób), a więc tym krótszej, im większe podobieństwo tworzących daną grupę osób.

Z rozpatrywanego punktu widzenia, tj. w odpowiedzi na dwa pierwsze pytania (p. punkt II analizy wyników), ważne jest prześledzenie czy do jednej grupy

[2] Dla wszystkich kombinacji połączeń badanych osób (najpierw w pary, a następnie w grupy) oblicza się wartość statystyki Vik, które można aproksymować rozkładem *chi²* (Rychlicki, Twardowski, 1975) i przyjęte prawdopodobieństwo 0,99 oznacza, że zakończono łączenie osób w grupy po przekroczeniu wartości krytycznej *chi²* na poziomie 1% przez statystykę min. Vik (*ibidem*), której każdorazowa wartość odpowiada poziomowi danego połączenia (p. Ryc. 1).

[3] Oczywiście można byłoby również dokonywać porównań między wyróżnianymi trzema rodzajami osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego stosując różnego rodzaju statystyki istotności różnic, lecz taka procedura badawcza budzi wiele zastrzeżeń z uwagi na małe i nierówne liczebności porównywanych osób (10, 9 i 10) oraz brak uwzględniania wyników badanych we wszystkich testach jednocześnie – co jednak umożliwia statystyka Vik (Rychlicki, Twardowski, 1975).

[4] Sprawdzano wysokość współczynnika zgodności sędziów W Kendalla (Ferguson, Takane, 1999, s. 443–444) dla każdej skali oraz testowano jego istotność (*ibidem*, s. 445–446) i okazało się, że obliczony współczynnik zgodności dla każdej ze skal uzyskał statystyczną istotność (p=0,01).



Ryc. 1. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (grupy jednorodne statystycznie)

jednorodnej statystycznie wchodzą osoby z takim samym, czy też ze zróżnicowanym stopniem i czasokresem utraty sprawności ruchowej.

Okazało się, że spośród 5 grup jednorodnych statystycznie (co wyraźnie widać na Ryc. 1) tylko jedna grupa (oznaczona numerem 5) składa się z osób z tą samą diagnozą lekarską (tj. z 3 TT), oznaczającą w tym wypadku trwałe porażenie ciała od kręgosłupa szyjnego w dół. Skład pozostałych grup jest już bardziej zróżnicowany[5] chociaż powstała jeszcze jedna grupa (nr 1) złożona wyłącznie z osób z kalectwem trwałym (4 TT i 2 PR). Nie można więc powiedzieć, że stopień i czas trwania dysfunkcji narządu są kryteriami podziału osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego na grupy jednorodne statystycznie.

Ciekawe jest jednak to, że prawie wszystkie powstałe pary (tj. 9 par na 10 możliwych), czyli dwójki osób najbardziej podobnych do siebie[6], składają się z osób z takim samym stopniem i czasem trwania utraty sprawności ruchowej. Wyjątek stanowi jedna para (w grupie 4) utworzona z połączenia osoby z paraplegią i osoby z paraparesis.

Wbrew wstępnym oczekiwaniom nie powstała oddzielna grupa złożona wyłącznie z osób z PP, czyli takich, u których uszkodzenie rdzenia kręgowego nie spowodowało trwałego kalectwa i wykazują oni statystycznie istotne podobieństwo przede wszystkim do osób z paraplegią. Świadczy o tym zarówno tworzenie wspólnych grup (2, 3 i 4), jak i przyłączanie się do grup osób z PP najczęściej w pobliżu PR. Dodatkowym potwierdzeniem tej „bliskości" są dane pochodzące z wywiadów, z których wynika, że u 7 z 9 osób z PP przyczyną podejmowanego leczenia i rehabilitacji było uszkodzenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym, a więc grożące paraplegią.

Można więc przypuszczać, że na zachowanie osób z PP silniejszy wpływ miała okresowa utrata sprawności ruchowej, niż fakt jej odzyskania.

Z przeprowadzonej analizy można wysnuć wniosek, że stopień i czas trwania utraty sprawności ruchowej nie różnicuje w sposób statystycznie istotny zachowania badanych i silniejszy na to wpływ mają zapewne różnego rodzaju czynniki zewnętrzne (bezpośrednio związane z obiektywnie trudną sytu-

[5] Najbardziej zróżnicowany skład mają dwie grupy obejmujące łącznie 13 osób, tj. grupa 2 (składająca się z 5 osób z PP, 2 z PR i 1 z TT) oraz grupa 4 (utworzona przez 2 PR, 2 TT i 1 osobę z PP).

[6] Wynika to z procesu tworzenia grup, w którym najpierw tworzą się pary, najczęściej na najniższych poziomach połączeń odpowiadających najwyższemu prawdopodobieństwu wyrażonemu w procentach, a następnie dołączają do nich kolejne osoby lub pary osób (Dobrzańska-Socha, 1984).

acją osoby niepełnosprawnej), a także czynniki wewnętrzne, spośród których (jak wynika z literatury przedmiotu) na szczególną uwagę zasługują tzw. zasoby radzenia sobie (*coping resources*) – obejmujące zdaniem M.Lis-Turlejskiej (1998, s. 105) strategie radzenia sobie, wsparcie społeczne i osobowość. Jednakże tworzenie się par z osób z taką samą diagnozą lekarską i powstanie dwóch grup (1 i 5) złożonych wyłącznie z osób z trwałym kalectwem (PR i TT), pozwala na stwierdzenie znaczącego, chociaż nie uzyskującego poziomu istotności statystycznej, wpływu stopnia i czasokresu utraty sprawności ruchowej na zachowanie badanych.

Potwierdza to sensowność rozpatrywania – w zależności od stopnia i czasu trwania dysfunkcji narządu ruchu – rodzaju strategii zaradczych preferowanych przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Jak wiadomo w odpowiedzi na trzecie i czwarte pytanie o sposoby radzenia sobie ze stresem przez osoby uszkodzeniem rdzenia kręgowego, przeprowadziłam dwustopniową analizę wyników testu uzupełniania zdań, wywiadu i rozmowy strukturowanej, odwołując się do oceny tych wyników przez sędziów kompetentnych.

Otóż biorąc pod uwagę rezultat zakwalifikowania przez sędziów kompetentnych każdego z badanych jako preferującego aktywne lub unikowe strategie radzenia sobie ze stresem (p. punkt IIIa analizy wyników) uporządkowałam grupy jednorodne statystycznie w kolejności od złożonych z osób najsilniej preferujących aktywne strategie radzenia sobie ze stresem do najbardziej skoncentrowanych na strategiach unikowych (p. punkt IV analizy wyników). Odzwierciedla to na Ryc. 1 kolejność grup oznaczonych od 1 do 5, gdzie najbardziej „aktywną" jest grupa 1, a najmniej, tj. najbardziej „unikową" – grupa 5.

Prześledziłam jeszcze raz (analogicznie jak w punkcie II analizy wyników) skład grup jednorodnych statystycznie (p. punkt V analizy wyników), lecz tym razem biorąc pod uwagę indywidualne preferencje poszczególnych osób do stosowania określonych strategii (p. punkt VI analizy wyników).

W wyniku tej analizy okazało się, że najłatwiej było ustalić preferencje TT wchodzących przede wszystkim w skład skrajnych grup (tj. do grupy 1 – stosującej głównie strategie uznane za aktywne i tworzących grupę 5 – z największą tendencją do strategii unikowych), a więc przejawiających skłonność do posługiwania się strategiami z przeciwstawnych opcji. Z kolei wchodzenie przez PR wraz z TT lub osobami z PP w skład aż czterech kolejnych grup (najczęściej po 2 osoby) – z wyjątkiem silnie „unikowej" grupy 5 – wskazuje na stosowanie najbardziej zróżnicowanego repertuaru strategii zaradczych przy jednoczesnym preferowaniu strategii aktywnych[7].

Natomiast osoby z PP weszły w skład tylko trzech grup (na 5 możliwych) nie tworząc grup z krańców szeregu i dominując w jego środku (tj. w grupie 3 oraz w przylegających do niej grupach: 2 i 4). Oznacza to, że w porównaniu z TT i PR osoby z PP stosują znacznie uboższy repertuar strategii zaradczych – z pewną tendencją do skłaniania się w kierunku strategii aktywnych[8]8.

Powyższe tendencje potwierdza bardziej szczegółowa analiza strategii zaradczych stosowanych przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (p. punkt VI analizy wyników), która wykazała, że osoby z TT, czyli najbardziej poszkodowane ze wszystkich badanych, które m.in. tworzą grupę 5 – uznaną za najbardziej „unikową" ze wszystkich grup – preferując ten rodzaj strategii nie podejmują działań zmierzających do rozwiązania problemów, lecz są nastawione przede wszystkim na radzenie sobie z emocjami. Bliska jest im strategia poznawcza polegająca na przenoszeniu uwagi na inne sprawy, starają się też zdystansować wobec trudności wynikających z kalectwa. Osoby mające dostęp do INTERNETU poszukują alternatywnych gratyfikacji (czyli innych wzmocnień) najczęściej w formie „przebywania w wirtualnym świecie cyberprzestrzeni" (Mudyń, 2002, s. 153) nie ukrywając przy tym faktu kalectwa. Sporadycznie pojawiają się w ich zachowaniu próby radzenia sobie z napięciem poprzez wyładowywanie negatywnych emocji. Przeklinają wtedy na los, Boga, czy też na nieudolny – ich zdaniem – personel medyczny.

Natomiast te osoby z TT, które wchodzą w skład grupy 1 i 2, chętnie posługują się strategiami aktywnymi i jest to najczęściej pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie wsparcia, a także samokontrola, która zdaniem B.L. Blocka (1999) wynika ze specyficznej sytuacji osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Otóż B.L. Block (1999) na podstawie badań szerokim zestawem technik psychologicznych 150-osobowej grupy młodych osób (w wieku od 15 do 35 lat) z TT i PR stwierdza, że w związku z uszkodzeniem

[7] Przyjmując istnienie umownej osi podziału między strategiami aktywnymi a unikowymi pośrodku siedmioosobowej grupy 3 i dzieląc PR z tej grupy na dwie połowy (po 2 osoby), można powiedzieć, że 6 spośród 10 PR częściej stosuje strategie aktywne, podczas gdy 4 – wolą się posługiwać strategiami unikowymi.

[8] Wskazuje na to większa liczba osób z PP w bardziej „aktywnej" grupie 2 (5 osób) niż w „pasywnej" grupie 4 (1 osoba).

rdzenia kręgowego zaburzającym różne czynności fizjologiczne (w tym wydalnicze), codzienne życie tych osób wymaga wzmożonej obserwacji własnego ciała i zwiększonej jego kontroli, stąd też w obrazie siebie u TT i PR dominuje poczucie panowania nad sobą (*ibidem*, s. 171), któremu towarzyszy wysoki poziom samoświadomości. Zdaniem B.L. Blocka (*ibidem*, s. 183) ten wysoki poziom samoświadomości jest efektem ogromnego wysiłku wkładanego w pokonywanie ograniczeń fizycznych, psychicznych i społecznych, przepracowania dotychczasowego stosunku do siebie, przeformułowania celu i sensu życia, a także zmiany hierarchii wartości – wymagającej posługiwania się strategią pozytywnego przewartościowania.

Zdaniem wielu autorów (m.in.: Folkman i Lazarus, 1988; Carver i Scheier, 1994; Makowska i Poprawa, 1996; Lazarus, 1998; Heszen-Niejodek, 2000; Pasikowski, 2000; Sęk, 2000) pozytywne przewartościowanie umożliwia widzenie zdarzeń w mniej zagrażającym, a nawet w korzystnym świetle. Potwierdzają to wyniki badań Ch.C. Carvera i M.F. Scheiera (1994) na temat skuteczności różnych form radzenia sobie, które wykazały, że jedynie pozytywne przewartościowanie zmniejsza nasilenie negatywnych emocji.

Jak już nadmieniałam PR stosują najbardziej zróżnicowany repertuar strategii – z przewagą strategii aktywnych, zarówno poznawczych jak i behawioralnych. W obliczu trudności wynikających z kalectwa podejmują poznawcze próby zrozumienia i rozważenia możliwych działań oraz ich konsekwencji, a także uruchamiają pomoc i wsparcie innych ludzi. Bliskie jest im również tzw. aktywne radzenie sobie – polegające na koncentracji na zadaniu i podejmowaniu wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzezpoznawcze przekształcenie go lub próby zmiany sytuacji; bardziej skoncentrowani na rozwiązaniu problemu, niż na opanowywaniu emocji, rzadko posługują się strategiami unikowymi, a jeśli już – to zaprzeczają trudnościom, starają się odwrócić uwagę lub też stosują samooszukiwanie się.

Zdarzały się też osoby z PR, które nie widząc żadnej możliwości zmiany sytuacji próbują się przystosować do zaistniałego stanu w sposób nazwany przez M. Watsona, S. Greera i J.M. Blissa (1989)[9]9 w odniesieniu do choroby nowotworowej bezradnością i beznadziejnością.

Pozostało jeszcze omówienie strategii preferowanych przez osoby z PP, które przede wszystkim pragną zapomnieć o przebytym uszkodzeniu rdzenia kręgowego. Okazało się przy tym, że wprawdzie osoby z PP częściej stosują strategie aktywne niż unikowe, lecz w porównaniu z osobami z TT, czy też z PR, repertuar tych strategii jest znacznie uboższy. Pojawiły się też trudności z ustaleniem preferowanych przez nich sposobów radzenia sobie (opinia sędziów kompetentnych) spowodowane jednoczesnym stosowaniem kilku, niekiedy sprzecznych ze sobą strategii.

Przykładem może być tutaj zachowanie osób z PP wobec zaleceń medycznych związanych z koniecznością dalszej rehabilitacji.

Otóż osoby z PP z jednej strony intensywnie poszukują informacji na temat możliwości leczenia i rehabilitacji, a z drugiej – przejawiają zdecydowaną niechęć wobec jakichkolwiek propozycji stosując strategię samooszukiwania się i wkładają wiele wysiłku w znajdywanie informacji przeczących konieczności kontynuowania zabiegów medycznych. Dobrze tolerując niepewność unikają informacji o negatywnych skutkach przerwania leczenia.

Większość ze stosowanych przez nich strategii aktywnych służy wymienianemu przez M. Watsona, S. Greera i J.M. Bliss`a (1989) zaprzeczaniu – ujawnianemu nie tylko przy podejmowaniu prób rozwiązywania problemów interpersonalnych, czyli w tzw. negocjacjach (Makowska, Popawa, 1996, s. 91), lecz również przy poszukiwaniu wsparcia ze strony innych ludzi.

Ponadto osoby z PP nie tylko unikają rozmów na temat przebytego uszkodzenia rdzenia kręgowego, lecz niejako „zmuszane" do tego tematu powątpiewają w diagnozę medyczną twierdząc, że ich obecna sprawność ruchowa jest „namacalnym" tego dowodem.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W odpowiedzi na postawione pytania i podsumowując jednocześnie rezultaty zarysowanego tutaj fragmentu badań – skupionego wokół zagadnienia strategii radzenia sobie z kryzysem związanym z utratą sprawności ruchowej – należy stwierdzić, że wprawdzie stopień i czasokres utraty sprawności ruchowej nie wyznaczają istotnych statystycznie różnic w zachowaniu osób z przebytym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, lecz można zauważyć pewne prawidłowości w rodzaju strategii zaradczych preferowanych przez TT, PR i osoby z PP. Trzeba jednak podkreślić, że z uwagi na brak powstawania grup jednorodnych statystycznie tworzonych wyłącznie z TT, PR, czy

[9] M. Watson, S. Greer i J.M. Bliss (1989 – cyt. za: Juczyński, Chrystowska-Jabłońska, 1999) wymieniają pięć sposobów przystosowania się do choroby nowotworowej: [1] zaprzeczanie (*denial*), [2] walczący duch (*fighting spirit*), [3] stoicka akceptacja (*stoic acceptance*), [4] bezradność/beznadziejność (*helpless/hopeless*), [5] lękowe zaabsorbowanie (*anxious preoccupation*)..

też osób z PP, zaobserwowane prawidłowości mają jedynie charakter opisowy. Jednakże analiza jakościowa stosowanych przez nich strategii zaradczych, rozpatrywanych zgodnie z zaproponowanym przez Z. Juczyńskiego (Juczyński, Chrystowska-Jabłońska, 1999) podziałem strategii radzenia sobie (poznawczych i behawioralnych) na aktywne oraz unikowe, pozwala na sformułowanie kilku, niekiedy zaskakujących wniosków.

Jak się okazało potwierdziły się częściowo obserwacje B.L. Blocka (1999, s. 173), porównującego ze sobą osoby z TT i z PR, który stwierdził, że paradoksalnie większy stopień utraty sprawności fizycznej łączy się z lepszym funkcjonowaniem psychicznym.

B.L. Block (1999) tłumaczy to tym, że obiektywnie trudniejsza sytuacja TT niejako zmusza ich do głębszych zmian przystosowawczych, podkreślania swojej niezależności i samodzielności w myśleniu oraz w działaniu – także „w ochronie własnej podmiotowości" (*ibidem*, s. 173), aby nie stać się „przedmiotem opieki" (*ibidem*). Odzwierciedla to rodzaj stosowanych przez TT strategii zaradczych, nastawionych przede wszystkim na regulację emocji, w tym bardzo znaczącego przewartościowania.

Rodzi się jednak wątpliwość, czy te „optymistyczne" rezultaty badań TT nie wynikają z naturalnej „selekcji" badanych, spowodowanej znacznie wyższą śmiertelnością osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym niż lędźwiowym – związaną z ich gorszym stanem somatycznym. Potwierdzają to wyniki badań z zakresu coraz bardziej popularnej psychoimmunologii, które wskazują, że osoby nie podejmujące walki o przetrwanie umierają znacznie wcześniej od pacjentów posiadających „ducha walki z chorobą" (Giejbatow, 2000, s. 18). Można przypuszczać, że TT w złym stanie somatycznym, „wybierający" śmierć zamiast życia, nie zostali objęci badaniami B.L. Blocka (1999), ani też nie weszli w skład „moich" badanych.

Okazało się także, że to właśnie PR (a nie TT) posługują się szerszym repertuarem strategii zaradczych umożliwiającym im efektywne radzenie sobie ze stresem i z trudnościami wynikającymi z kalectwa, m.in. poprzez dostosowywanie strategii do zmieniających się warunków, które decyduje o skuteczności procesu zaradczego (Ratajczak, 1996, s. 77).

Należy też sądzić, że obydwie grupy badanych: TT i PR – dysponując znaczną różnorodnością strategii zaradczych, były w stanie pokonać kryzysy związane z utratą sprawności ruchowej i to zarówno te wyróżniane przez B. Cogswwell (1977, 1984): okresu moratorium, ograniczonej niezależności i pustki społecznej, jak i opisany przez W. Wolfensbergera (1972) kryzys rzeczywisty, czy też wymieniany przez G. Nigro (1977) kryzys związku z partnerem seksualnym.

Nie da się tego powiedzieć o osobach z PP, które wbrew wstępnym przypuszczeniom nie tylko nie utworzyły oddzielnej grupy świadczącej o tym, że ich zachowanie w sposób istotny różni się od zachowania osób z tetraplegią i z paraplegią, lecz można nawet mówić o ich podobieństwie – przede wszystkim do PR – wskazującym na znaczący wpływ okresowej utraty sprawności ruchowej. Potwierdza to analiza jakościowa preferowanych przez osoby z PP strategii zaradczych, która pozwala na wysnucie przypuszczenia, że nie udało im się uwolnić od stresu związanego z przebytym uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Można nawet sądzić, że większość osób z PP nie pokonało jeszcze kryzysu i żyje w ustawicznym lęku przed utratą sprawności ruchowej. Wolą więc zapomnieć o zaistniałej sytuacji, „wymazać" ją z pamięci, by nie przeżywać negatywnych emocji.

Oddaje to w pełni poniższy fragment opisu sytuacji dotyczącej przeżywania lęku i niepokoju, pochodzący z wypowiedzi w rozmowie strukturowanej 26-letniej kobiety z PP, która płynąc kajakiem uderzyła w drzewo i złamała kręgosłup: „...budząc się rano często boję się otworzyć oczu... gdzie ja jestem? ... czy uda mi się poruszyć ręką? Zaciskam mocniej powieki. Może zasnę... i ... nie będę musiała tego sprawdzać!..."

Kończąc omawianie strategii radzenia sobie – preferowanych przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego – chciałam jeszcze przytoczyć cytat z eseju K. Obuchowskiego (1993) o człowieku intencjonalnym, iż „potencjał tragiczny biografii człowieka czyni jego życie pełniejszym" (ibidem, s. 193).

Podobne poglądy można znaleźć w często przytaczanym w literaturze na temat kryzysów psychologicznych opracowaniu L.A. Hoff (1995), której zdaniem zaistniałe zdarzenie nie daje czasu na przystosowanie się do zmiany, i dopóki ludzie potrafią skutecznie rozwiązywać swoje problemy za pomocą dotychczas stosowanych sposobów, nie mamy do czynienia z kryzysem, lecz jeśli dotychczasowe środki zawodzą – człowiek przeżywa kryzys stanowiący niebezpieczeństwo patologii i jednocześnie szansę rozwoju, osiąganego poprzez odkrycie nowych możliwości i sposobów działania.

BIBLIOGRAFIA

Aldwin, C.M., Revenson, T.A. (1987). Does coping help? A reexamination of relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 337–348.

Block, B.L., (1999). *Osobowościowe uwarunkowania nasilenia problemów społecznych u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Lublin: Wyd. Towarzystwo Naukowe KUL.

Carver, C.S., Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 184–195.

Cogswell, B.E., (1977). Self-socialization: Readjustment of paraplegics in the community. W: J. Stubbins (red.), *Social and psychological aspects of disability* (s. 123–130). Baltimore: University Park Press.

Cogswell, B.E., (1984). Socialization after disability; Recentry in the community. W: D.W. Krueger (red.), *Rehabilitation psychology* (s. 111–118). Rockville: An Aspen Publication.

Dobrzańska-Socha, B. (1984). Możliwości zastosowania statystycznej metody badania jednorodności grup do wyznaczania istotnych różnic w zachowaniu. *Zeszyty Naukowe UJ, Prace Psychologiczno-Pedagogiczne, z. 36.*

Dobrzańska-Socha, B. (1987). Postawy ociemniałych wobec inwalidów wzroku i osób widzących. *Przegląd Tyflologiczny, 1–2*, 19–27.

Dobrzańska-Socha B. (2002). Ile nadziei – tyle zmiany. Waga i znaczenie utraty wzroku dla ludzi w podeszłym wieku. W: Kubacka-Jasiecka D. (red.), *Człowiek wobec zmiany* (s. 107–123). Kraków: Wyd. UJ.

Dolińska-Zygmunt, G. (1996). Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych, W: Dolińska-Zygmunt G. (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 177–193). Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego.

Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS): Manual. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.

Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 466–475.

Ferguson, G.A., Takane, Y. (1999). *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, Ch., De Longis, A., Gruben, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 993–1003.

Giejbatow, D. (2000). Psychoneuroimmunologia. Nowe podejście do starego zagadnienia. *Nowiny Psychologiczne, 4*, 5–25.

Heszen-Niejodek, I. (1996). Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 12–44). Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.

Heszen-Niejodek, I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 465–492). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Hoff, L.A., (1995). *People in crisis: Understanding and helping*. San Francisko: Jossey-Bass Publishers.

Juczyński, Z., Chrystowska-Jabłońska, B. (1999). Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia, 5*, 3–9.

Kowalik, S., (1996). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Wyd. Interart.

Kowalik, S., (2000). Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 796–820). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Kubacka-Jasiecka, D., (1997). Z psychologii kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 11–29). Kraków: Wydawnictwo ALL.

Lazarus, R.S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne, 3–4*, 40–41, 2–39.

Lazarus, R.S. (1998). Uniwersalne zdarzenia poprzedzające emocje. W: P. Ekman, R.J. Davidson (red.), *Natura emocji, podstawowe zagadnienia* (s. 146–153). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Lis-Turlejska, M. (1998). *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania* (s. 146–153). Warszawa: Wyd. Instytut Psychologii PAN.

Makowska, H., Poprawa, R. (1996). Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 69–100). Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego.

Moos, R.H. (1988). *Coping Response Inventory: Manual*. Palo Alto, Stanford University and Veterans Administration Medical Centers.

Moos, R.H., Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: current concepts and measures. W: L. Goldberger, Breznitz (red.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (s. 234–257). New York: The Free Press.

Mudyń, K. (2002). Technoświadomość. O zmieniającym się poczuciu realności i własnej tożsamości u użytkowników cyberprzestrzeni. W: D. Kubacka-Jasiecka (red.), *Człowiek wobec zmiany. Rozważania psychologiczne* (s. 145–147). Kraków: Wyd. UJ.

Nigro, G., (1977). Sexuality in the handicapped: Some observations on human needs and attitudes. W: J. Stubbins, (red.), *Social and psychological aspects of disability* (s. 131–136). Balimore: University Park Press.

Obuchowski, K., (1993). *Człowiek intencjonalny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, „Logos".

Pasikowski, T. (2000). *Stres i zdrowie. Podejście salutogenetyczne*. Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.

Płużek, Z., (1997). Kryzysy psychologiczne i rodzaje kryzysów osobowościowych. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 31–43). Kraków: Wydawnictwo ALL.

Poprawa, R. (1994). Poznawczo-fenomenologiczne koncepcje radzenia sobie z problemami życiowymi. W: J. Przesmycka-Kamińska (red.), *Refleksja nad etycznymi i teoretycznymi podstawami pomocy psychologicznej* (s. 45–89). Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego.

Pulton, T.W., (1984). A social-psychological inquiry into alienation and disability. W: D.W. Krueger (red), *Rehabilitation psychology* (s. 89–97). Rockville: An Aspen Publications.

Ratajczak, Z. (1996). Stres – radzenie sobie – koszty psychologiczne. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 65–87). Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.

Rychlicki, S., Twardowski, K. (1975). Statystyczne badanie jednorodności osadów mioceńskich przedgórza Karpat. *Zeszyty Naukowe AGH, 524*, 163–167.

Sęk, H. (1991). Proces twórczego zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi. W: H. Sęk (red.), *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne* (s. 30–41). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Sęk, H. (1991a). Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (s. 365–380). Warszawa: PWN.

Sęk, H. (1997). Psychologia wobec promocji zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 40–61). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.

Sęk, H. (1997a). Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 143–159). Kraków: Wydawnictwo ALL.

Sęk, H. (2000). Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe* (s. 83–112). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.

Sękowski, A. (1994). *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Lublin: Wyd. UMCS.

Strelau, J. (1996). Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 88–132). Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.

Terelak, J. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wyd. BRANTA.

Twardowski, K., Rychlicki, S., Traple, J. (1987). Statystyczne modele interpretacji danych pomiarowych w poszukiwaniu, rozpoznawaniu i otworowej eksploatacji złóż surowców mineralnych. *Zeszyty Naukowe AGH, Wiertnictwo – Nafta – Gaz, 4*, 163–177.

Watson, M., Greek, S., Bliss, J.M. (1989). *Mental adjustment to Cancer (MAC) Scale. User`s manual*. CRC Psychological Medicine Group, Royal Marsden Hospital. Sutton, Surrey, UK.

Wolfensberger, W., (1972). *The principle of normalization in human services*. Toronto: Leonard Crainford.

Wrześniewski, K. (1996). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu* **(s. 44–65). Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.**

Diagnoza nowotwór złośliwy – jak z tym żyć?

Czy tak postawione pytanie może stać się pytaniem naukowym?*

Agnieszka Pietrzyk

Uniwersytet Śląski

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY – JEGO KONSEKWENCJE DLA JEDNOSTKI I JEJ RODZINY

Diagnoza raka dla prawie każdego człowieka jest druzgocąca, budzi strach. Jest on obecny w pytaniu „czy ja umrę?", pytaniu na które nie ma dobrej odpowiedzi. Diagnoza ta jest swoistego rodzaju odwołaniem zaproszenia do życia. I choć lekarz ma do dyspozycji statystyki, podające coraz większe procentowe szanse wyleczenia z choroby nowotworowej, to dla pacjenta nie statystyka się liczy, tylko odpowiedź na pytanie czy on sam będzie żył i czy się wyleczy. Prognoza, zależna od zaawansowania i stopnia agresywności zmian nowotworowych, może być prognozą ku zdrowieniu, co budzi nadzieję, lub ku śmierci, o której żadna ze stron nie wie, jak rozmawiać (szczególnie jeśli pacjentem jest dziecko) (Babcock, 1997; Hawkins i in., 1993; Hossfeld i in., 1994; LeShan, 1994). Leczenie albo działa, albo nie, pozostaje walka z niezwykłym wrogiem i świadomość własnej śmiertelności, na którą nie jest się przygotowywanym. W dzisiejszych czasach zdominowanych przez kult silnego, zdrowego, młodego ciała zbliżanie się do śmierci odbywa się w odosobnieniu i osamotnieniu. Badania ujawniają, że umierający, zarówno dziecko[1] jak i dorosły, nie chce na ogół uczestniczyć w społecznym tabu dotyczącym przemijania. Chce wiedzieć czy zostały mu lata, miesiące, tygodnie, czy tylko dni do przeżycia. Chce, by przy nim zostało prawo zadecydowania, w którym momencie powiedzieć „dość, czas odejść", przygotować bliskich na życie bez niego i odchodzić ze spokojnym sercem i umysłem, bo wszystko już zostało przez niego uporządkowane (Babcock, 1997; Walden-Gałuszko, 1992; Weiss, 1997; Wysoczańska, 1990; Zbrożek, 1999). Można mieć nadzieję, że nowy, wynikający z ustawy o zawodzie lekarza obowiązek, informowania pacjenta o jego stanie zdrowia i prognozie po leczeniu, spowoduje i w Polsce większe poszanowanie prawa decydowania o leczeniu i jego przerwaniu przez pacjenta.

Leczenie nowotworu złośliwego jest najczęściej inwazyjne, zawsze powiązane z cierpieniem fizycznym i psychicznym. Pacjent jest z reguły biernym przedmiotem działań, których często nie rozumie. Towarzyszy mu stałe poczucie zagrożenia, zaś metody leczenia – operacyjne, chemioterapeutyczne, radiologiczne – są dodatkowo lękorodne. Ból, cierpienie, obniżenie jakości życia, utrata kontroli swego dnia powszedniego, uzależnienie od innych, okaleczenie, niepełnosprawność, społeczne napiętnowanie, śmierć to główne obszary niepokoju chorego na raka. Następstwem długotrwałego poczucia zagrożenia są: utrata perspektywy życiowej (swoiste „zatrzymanie się" czasu na teraźniejszości), tracenie nadziei, koncentracja na podstawowych wartościach z tendencją do rezygnacji z innych i ważnych do tej pory, niektórzy niewierzący nawracają się, wierzący z kolei albo tracą wiarę w poczuciu, że Bóg ich opuścił, albo dzięki religii adaptują się do wymogów choroby (Barraclough, 1997; Kowalczyk i Samardakiewicz, 1998; Walden-Gałuszko, 1992).

Może też pojawić się paradoks. Naruszenie podstawowej wartości, jaką jest życie biologiczne, ujawnia osobie chorej nową perspektywę, pozwala na wyciągnięcie życiowej lekcji ze swego doświadczenia, stwarza szansę zamiany złości na siebie i chorobę w kreatywność, aktywność i pomocność innym ludziom. Ten paradoks można usłyszeć w wypowiedziach pacjentów chorych na chorobę nowotworową stwierdzających, iż ich życie nigdy wcześniej nie było tak dobre, nigdy wcześniej im tak „nie smakowało".

[1] Dziecięce koncepcje śmierci zostały wnikliwie przedstawione w pracy M. Nagy (1984). The child's view of death. *Journal of Genetic Psychology, 73*, s. 3-27.

* Artykuł pochodzi z: *Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy katastrofy kataklizmy,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2001 SPiA, s. 177–191.

Nie potrafiąc cofnąć tego co się zdarzyło, mogą tylko zrobić krok przed siebie i nieważne jest wtedy dla nich, czy będzie to krok mały czy duży, bo to zawsze jest pierwszy dzień reszty ich życia (Babcock, 1997; Hawkins i in., 1993; Le Shan, 1994; Weiss i Weiss, 1997).

Problemy emocjonalne występujące u chorych na raka to przede wszystkim depresje, niepokój, lęk aż po napady paniki, zaprzeczanie, złość, bezsilność, samookaleczanie się (parasamobójstwa) i samobójstwa (Barraclough, 1997; Kołodziejczyk i Majerowicz, 1999; Link, 1998; Weiss i Weiss, 1997; Wirsching, 1994). Wielu pacjentów wstydzi się okazać słabość, lęk mimo że mają oczywisty powód do bycia zagubionymi i bezsilnymi. Przyczyną problemów emocjonalnych jest utrata energii i zmęczenie wynikające ze stosowanych metod leczenia lub z rozszerzania się choroby. Wielu chorych nie może pogodzić się z tym, że leczenie może mieć takie właśnie skutki, co staje się niejednokrotnie powodem przerwania tegoż leczenia, choć prognozy były optymistyczne.

Do problemów emocjonalnych trzeba zaliczyć również prośby o eutanazję. Należy odróżnić od niej akceptowane praktyki medyczne takie jak: podawanie zwiększonych dawek leków łagodzących ból, które sporadycznie mogą skracać życie pacjenta oraz cofnięcie decyzji o specyficznym leczeniu na prośbę pacjenta. Niektóre prośby o eutanazję tak naprawdę są prośbą o efektywniejszą medyczną kontrolę bólu, lepszą komunikację z krewnymi, ulżenie bliskim członkom rodziny. Mogą też być objawem głębokiej depresji chorego. Sporo onkologów twierdzi, że prośby takie nie pojawiałyby się, gdyby wszyscy potrzebujący mogli korzystać z umiejętnie prowadzonej opieki paliatywnej (Barraclough, 1997; Hossfeld i in. 1994; Walden-Gałuszko, 1992; Weiss, Weiss, 1997; Wirsching, 1994).

Choroba nowotworowa może prowadzić do złożonych problemów medycznych, a te z kolei mogą powodować zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego: splątanie, demencję, delirium, zaburzenia pamięci, uwagi, koordynacji. Metody leczenia stosowane w onkologii, działając na ośrodkowy układ nerwowy mogą wywoływać męczliwość, senność, drażliwość, dezorientację, depresję, impotencję, zaburzenia pamięci zwane chemomnezją (większość skutków ubocznych stopniowo ustępuje po zakończeniu terapii); ponadto wymioty, nudności, okresową utratę włosów, a z trwałych następstw – utratę płodności (Hawkins i in., 1993; Hossfeld i in., 1994; Link, 1998; Weiss i Weiss, 1997).

Początkowy okres leczenia przeciwnowotworowego, czy jest to pierwszorazowe zachorowanie czy też wznowa po wyleczeniu, prawie zawsze wymaga bezwzględnego przebywania w placówce specjalistycznej (nb. problemem polskiego lecznictwa, wynikającym z przyczyn zgoła pozamedycznych i przez to proszącym się o odrębne omówienie, jest dość nagminne aplikowanie chemio- i radioterapii w warunkach hospitalizacji miast ambulatoryjnie). Chory z dnia na dzień zostaje pozbawiony normalnego życia, aktywności, kontaktów z najbliższymi, kolegami, współpracownikami. Musi zaadaptować się do nowego miejsca, rytmu życia, obcych osób. Nawet jeśli warunki szpitalne są dobre to izolacja od rodziny, od bliskich osób stwarza choremu poczucie zagrożenia, stanowi źródło lęków, osamotnienia, opuszczenia, niezaspokojenia wielu ważnych potrzeb emocjonalnych i społecznych. Często nuda szpitalna, monotonia życia na oddziale onkologicznym, wymuszona bezczynność pacjenta rodzą u niego poczucie beznadziejności. Przedłużające się cierpienie fizyczne i emocjonalne, obniżenie jakości życia utrudniają naturalny rytm rozwoju człowieka, szczególnie u dziecka (Kołodziejczyk i Majerowicz, 1999; Kowalczyk i Samardakiewicz, 1998; Wysoczańska, 1990), co może prowadzić do występowania zaburzeń emocjonalnych utrudniających leczenie nowotworu. Dlatego tak istotny jest kontakt chorego z osobami bliskimi, ważnymi emocjonalnie, kontynuowanie nauki i jeśli to możliwe – pracy. Utrzymywanie podtrzymujących chorego relacji z ludźmi, aktywność pozwalają zachować cierpliwość, wytrwałość niezbędne w leczeniu przeciwnowotworowym.

Choroba nowotworowa ma pewne cechy, czyniące ją szczególnie uciążliwą dla jednostki i jej najbliższych: długotrwałość leczenia, burzliwy przebieg wraz z powikłaniami (np. uszkodzenie przez cytostatyki szpiku kostnego, wątroby, mięśnia sercowego, nerek, wzroku), stałe zagrożenie życia biologicznego, inwazyjność leczenia wyzwalająca ból fizyczny i psychiczny, pozostawienie trwałych skutków po zakończeniu leczenia w postaci niepełnosprawności fizycznej, trwałych zniekształceń, często uwiązania do aparatury medycznej. Dorosłym komplikuje się ich dotychczasowe życie seksualne: u leczonego może występować spadek libido, strach przed ukazaniem nagiego i zdeformowanego operacyjnie ciała. Z kolei u partnerów mogą pojawiać się obawy czy chemio- lub radioterapia stosowana wobec chorego nie wyzwolą u niego samego niepożądanych objawów w narządach płciowych, lub czy sprosta nowym, innym od dotychczasowych, formom aktywności sek-

sualnej. Obojgu może towarzyszyć lęk przed ponownym podjęciem współżycia seksualnego ze względu na ewentualność zajścia w ciążę, która w okolicznościach leczenia nowotworu złośliwego obarczona jest dużym ryzykiem (Link, 1998; Schover, 1997; Weiss i Weiss, 1997). Zdarza się nawet irracjonalny lęk przed zakaźnością raka. Przed obojgiem partnerów stoi wielkie wyzwanie, bowiem nowa sytuacja wymaga nowych rozwiązań po to, by utrzymywać wzajemną bliskość i nie pozwolić na „zdefiniowanie" przez raka dalszego wspólnego życia.

Leczenie dziecka z choroby nowotworowej jest rzuceniem go na swoistą wojnę, niosącą ze sobą długą listę problemów: nieprzystosowanie psychiczne, uszkodzenia genetyczne, okaleczenia fizyczne (z psychologicznego punktu widzenia ważne jest, czy są one widoczne czy niewidoczne), zmiana wyglądu, utrata przyjaciół sprzed choroby. Psychiczne następstwa leczenia raka u dziecka dotyczą jego sfery emocjonalnej i poznawczej, a szczególnie: obniżenie samooceny, poczucie braku kontroli nad własnym życiem, nadwrażliwość, labilność emocjonalna, skłonność do hipochondrii, lęku, wycofywanie się z kontaktów rówieśniczych, obwinianie się, depresja, zamykanie się w sobie i nieuzewnętrznianie swoich przeżyć. Szczególny problem pojawia się jednak, gdy zastosowane leczenie przestaje być skuteczne a proces nowotworowy postępuje, co w konsekwencji prowadzi do śmierci. Przychodzi moment podejmowania decyzji o zaprzestaniu leczenia i otoczenia dziecka opieką terminalną. Całokształt działań rodziny i służb medycznych ma pomóc i umożliwić choremu spędzenie reszty życia w sposób jak najbardziej pełny i godny. Szczególnie ważna staje się teraz jakość życia, a nie czas przeżycia. A prawda ta dotyczy tych wszystkich chorych na nowotwory, dla których prognoza jest prognozą ku śmierci (Babcock, 1997; Bombeck, 1995; Kołodziejczyk i Majerowicz, 1999; Kowalczyk i Samardakiewicz, 1998; Weiss i Weiss, 1997; Wirsching, 1994; Walden-Gałuszko, 1992; Wysoczańska, 1990; Zbrożek, 1999).

Kontakt z umierającym nie jest łatwy dla nikogo. Mamy tendencję raczej do unikania aniżeli znajdowania w sobie zasobów psychicznych uruchamiających gotowość do towarzyszenia umierającemu w obliczu bólu i cierpienia. Nie sposób wyobrazić sobie, co czują bliscy, kiedy już nic się nie da zrobić, poza towarzyszeniem do ostatniej chwili tlącego się życia. Nieuleczalnie chory, z którym nikt nie rozmawia o umieraniu, śmierci, odchodzeniu, staje wobec tego problemu straszliwie samotny, pozbawiony wsparcia duchowego. Bliscy opiekujący się nim najczęściej nie dopuszczają do siebie myśli, iż chory umiera i że tym bardziej trzeba pomóc mu odchodzić w spokoju ducha, że trzeba pomóc mu uregulować sprawy spadkowe, majątkowe, zabezpieczyć opiekę nad tymi, którzy zostają, rozporządzić swym ciałem, uroczystością pogrzebową. Umieranie jest procesem, do którego nikt nie jest przygotowany. Stąd najczęściej nieuleczalnie chory na raka odchodzi w lęku, osamotnieniu, czasami odwraca się od bliskich i nie odzywa, aż do śmierci.

Ten, który przeżył i wyleczył się z raka pozostaje z cichymi, ale stałymi obawami przed nawrotem choroby, przerzutami chwilowo nieuchwytnymi, bo tak małymi, że niediagnozowalnymi[2] przez wiele lat, koniecznością dalszego stałego kontrolnego leczenia onkologicznego (obserwacja trwa zwykle pięć lat i jeśli nie ma wznowy nowotworu, pacjent uważany jest za wyleczonego). Powrotowi do pracy również towarzyszą wątpliwości dotyczące, co i komu ujawnić (przełożonemu, współpracownikom). Ozdrowieniec zmienia styl życia, odżywiania się, dotychczasowe nawyki, często i cele zawodowe (Arnot, 1998; Babcock, 1997; Hawkins i in., 1993; LeShan, 1994; Link, 1998; Weiss i Weiss, 1997).

Walka z nowotworem nie może być opisywana jedynie w kategoriach indywidualnego zmagania się pacjenta z chorobą. W rzeczywistości jest przyczyną zaburzeń całego systemu rodzinnego lub partnerskiego. M. Wirsching (1994) stwierdził w swych badaniach, iż niejednokrotnie rak jest źródłem przeżyć emocjonalnych członków rodziny silniejszych niż te, które doświadcza sam chory. Badał on spoistość w rodzinie chorego, jej zdolności rozwojowe i komunikacyjne. Z reguły odpowiedzią rodziny na kryzys wywołany diagnozą nowotworu złośliwego jest zbliżenie się do siebie jej członków, wzajemna pomoc w przezwyciężaniu barier, eliminowanie niepożądanych ingerencji z zewnątrz. Wszystko podporządkowywane jest utrzymaniu względnej równowagi rodzinnej, której jakość zależna jest od etapu choroby. Rodzina musi wykazać się swymi zdolnościami przystosowawczymi, co często przyjmuje formę negowania konfliktów, tłumienia uczuć negatywnych, unikania agresji, wzajemnej krytyki ze względu na panujące w całym systemie napięcie wzbudzone diagnozą raka.

J. Barraclough (1997) opisując problemy przeżywane przez rodziny zwraca uwagę na bariery w komunikowaniu się: niedomówienia, zatajenia, nierozma-

[2] O genomie ludzkim, procesie nowotworzenia, samoeliminacji komórek uszkodzonych oraz mutacji i neoangiogenezie pisze R.A. Weinberger (1999). *Samolubna komórka*. Warszawa: Wydawnictwo CIS.

wianie o diagnozie i prognozie, zaburzenia nastroju (przede wszystkim wzmożony niepokój i umiarkowane depresje połączone z silnym poczuciem winy) u partnera opiekującego się chorym, problemy dzieci osób chorujących. Emocje dzieci chorych na chorobę nowotworową są równie skomplikowane jak u dorosłych. Przeżywany przez nie stres ujawnia się w postaci objawów fizycznych, emocjonalnych i zmian w zachowaniu takich jak: brak apetytu, bóle brzucha, wymioty, bóle głowy, wysypki skórne, ataki astmy, zaburzenia snu, koszmary nocne, moczenie nocne, odmowa chodzenia do szkoły, pogorszenie wyników w szkole, płaczliwość, poczucie odrzucenia, winy, „przylepność" lub agresywne i destrukcyjne zachowania. Reakcja dzieci zależna jest od sposobu, w jaki traktują je rodzice i krewni. Ważne jest zapewnienie im stałych obowiązków domowych, pór posiłków, odpoczynku, snu. Pomoże to im utrzymać poczucie bezpieczeństwa (Babcock, 1997; Hawkins i in., 1993).

Moment ustalenia rozpoznania nowotworu złośliwego u dziecka jest dla jego rodziców ogromnym stresem, szokiem wymuszających na nich uruchomienie strategii zaradczych (walki, ucieczki, czy ochrony siebie). W jednej chwili mogą przeżywać lęk, napięcie, poczucie winy i beznadziejności, żal, złość, odrzucenie diagnozy, wrogość, apatię. Stany te zmieniają się zależnie od fazy choroby dziecka. J. Kowalczyk i M. Samardakiewicz (1998) wyróżniły cztery etapy reakcji rodziców na diagnozę raka u ich dziecka: zaprzeczanie, protest, przyjęcie i reorganizację. Jednak nie wszyscy rodzice mają zdolność właściwego przystosowania się do choroby dziecka. Jedni mogą ją traktować jako swoje nieszczęście, inni przeznaczenie. Dla jednych jest to próba sił, wyzwanie, dla innych przekroczenie możliwości konstruktywnego radzenia sobie ze stresem, co ujawnia się w nadużywaniu przez nich alkoholu, narkotyków, nasileniu własnych problemów zdrowotnych i emocjonalnych, zaoszczędzania sobie trudów związanych z pielęgnowaniem chorego, unikaniem bezpośredniego uczestniczenia w agonii i śmierci, swoistym wypychaniem z rodziny człowieka umierającego (Drążkiewicz, 1989).

Aktywność zaradcza rodzica (w rozumieniu proponowanym przez Ratajczak, 1996) może być nakierowana na siebie samego, co może pociągnąć za sobą pogorszenie relacji z chorym dzieckiem lub na pomoc i opiekę nad chorym, których jakość zależna jest od żywionych wobec niego postaw. Na ogół w polskiej rzeczywistości dzieje się tak, że to matki podejmują wraz z dziećmi walkę z chorobą „na froncie szpitalnym". Ojcowie natomiast organizują zaplecze i choć zwykle nie piszą pamiętników, to w rozmowach między sobą (rzadziej z onkologiem, czy psychoterapeutą) mówią o swej bezsilności, bólu, niepokoju, o swym obowiązku zachowywania się jak zwykle: porannym wychodzeniu do pracy i... zamartwianiu się tym, co się dzieje w czasie ich nieobecności.

Najtrudniejszym sprawdzianem dla rodziców jest wiadomość o niepomyślnych wynikach leczenia ich dziecka i podjęcie się uczestniczenia w końcowym etapie jego życia (Kowalczyk i Samardakiewicz, 1998; Ogryzko-Wiewiórkowska, 1992; Walden-Gałuszko, 1992; Zbrożek, 1999). Sytuacja ta wymaga mobilizacji sił duchowych. Aby ostatnie chwile życia dziecka były nie bolesnym konaniem a spokojnym odchodzeniem, muszą być spełnione co najmniej dwa warunki: lekarz powinien wiedzieć, kiedy ma zaprzestać swoich działań przedłużających życie, a rodzina ma pozwolić choremu odejść. Najbliżsi winni towarzyszyć do kresu życia, zapewniać dziecku poczucie bezpieczeństwa, spokoju, intymności i nie przekazywać mu przesłania „nie umieraj!". Dla umierającego miłość rodziny wyraża się jej obecnością, czasem milczącą, bezradną, ale trwałą i wierną. Postawa unikania, zaprzeczania realności śmierci uniemożliwia niesienie pomocy i dawanie wsparcia umierającemu. Kiedy dziecko mówi, że boi się zamknąć oczy, bo jest „tam" zimno i ciemno, tylko kochający głos rodzica może pozwolić mu przebić się prze tę ciemność. Ale... jak to zrobić, i jak z tym żyć dalej? Jak postępować, by nie była to „śmierć na opak", samotna i bez bliskich osób (Szewczyk, 1996, s. 16)? To rodzaj pytań, które badaczowi narzuca inny od obowiązującego obecnie w psychologii zdrowia paradygmat badawczy.

METODA BIOGRAFICZNA

Jak na razie do badań w polskiej psychoonkologii nie stosuje się rodzimych instrumentów pomiarowych, ponieważ takowych nie ma. Adaptuje się narzędzia anglosaskie, zachowując wielostopniowy proces translacji, prowadzony zgodnie z zasadami opracowanymi przez Światową Organizację Zdrowia do badań międzykulturowych (tzw. *Quality of Life Translation Metodology*), a są to przede wszystkim kwestionariusze, skale, czyli metody typu „papier – ołówek" (Juczyński, 1999). Czy w oparciu o ten rodzaj metod pomiarowych można rzeczywiście poznać świat uczuć, myśli, zachowań pacjenta nowotworowego w różnych fazach choroby i zmieniającej się prognozie? Czy umożliwiają one zbadanie zaprzeczania, tak rozpowszechnionego wśród pacjentów z rozpoznanym rakiem i ich bliskich,

a traktowanego jako sposób zachowania nadziei? Gdybyż przynajmniej były to skale obserwacyjne, o których pisze T. Ostrowski (1999), lub metody projekcyjne, można by wtedy mieć nadzieję, iż w wyniku pomiaru nie powstaje papierowy człowiek i jego papierowe środowisko wspierające.

W psychologii jako nauce humanistycznej zaczynają pojawiać się zainteresowania życiem ludzkim w jego jednostkowym, niepowtarzalnym wymiarze i sposobami eksploracji problematyki tak specyficznej (Chmielewska-Łuczak i Fankowski, 1995; Oleś, 1990; Runyan, 1992; Straś-Romanowska, 1995; Żurko, 1995). Powraca się do metod jakościowych, uznawanych za nienaukowe, ale za to umożliwiających wgląd w subiektywny świat przeżyć osób badanych. Jednocześnie podważa się zasadność wyłączności metod ilościowych i hegemonii paradygmatu ilościowo-korelacyjnego w badaniach psychologicznych. W sukurs tym poszukiwaniom psychologów przychodzą socjologowie humanistyczni, „odkurzający" metodę biograficzną i poszukujący nowych rozwiązań metodologicznych (Bertaux, 1990; Denzin, 1990; Helling, 1990; Rosenthal, 1990; Schutze, 1990; Włodarek i Ziółkowski, 1990).

Choć badaniom biograficznym zarzuca się brak obiektywności, to uzyskanie danych subiektywnych stanowi istotną wartość badania naukowego, dlatego że „zachowanie ludzkie musi być badane i rozumiane z perspektywy osób, których ono dotyczy" (Helling, 1990, s. 13). Opinia ta stanowi badawcze zastosowanie podejścia humanistycznego w naukach społecznych. Zakłada bowiem, że obraz rzeczywistości, jakim człowiek w danej chwili dysponuje, wyznacza jego zachowanie. Uwzględnienie wewnętrznego układu odniesienia badanej osoby pozwala obronić się badaczowi przed fałszywym obiektywizmem, który „na miejsce perspektywy, z jakiej dane działanie było podejmowane, wprowadza naukową „obiektywną" perspektywę badacza" (Chmielewska-Łuczak i Fankowski, 1995, s. 86).

Podstawowym walorem metody biograficznej jest jej autentyczność, tj. zgodność treści wypowiadanych z przekonaniami i przeżyciami. Badacz posługujący się tą metodą realizuje w swym naukowym poznaniu prawdę w jej klasycznym rozumieniu „jako zgodność myśli (spostrzeżenia, sądu) z rzeczywistością" (Chmielewska-Łuczak i Fankowski, 1995, s. 87). Otrzymuje on dane (informacje), które są wytworem interakcyjnym wspólnego działania mówcy i słuchacza, uwzględniającym wielość punktów widzenia. W przeciwieństwie do podejścia neopozytywistycznego, starającego się wyeliminować to zjawisko, zwolennik metody biograficznej uważa iż „próby wyeliminowania tego problemu są czystą donkiszoterią, walką z wymyślonymi olbrzymami..." (Rosenthal, 1990, s. 99). Pamięta jednak o tym, że problem obiektywność versus subiektywność informacji biograficznych nie jest tożsamy z problemami trafności i rzetelności.

K.N. Denzin (1990) do szacowania danych biograficznych stosuje trafność wewnętrzną i zewnętrzną. Tę pierwszą odnosi do zmian interpretacji wydarzeń z własnego życia dokonywanych przez osobę badaną. Osiągana ona jest przez tzw. triangulację, czyli analizę perspektyw różnych osób, pozostających z badanym w relacjach. Trafność zewnętrzna zaś wiąże się z pytaniem, czy wybrane przypadki są reprezentatywne dla populacji (w badaniu osób z rozpoznanym rakiem i ich rodzin borykających się z chorobą nowotworową mamy do czynienia z próbą dobraną celowo, dlatego wnioskowanie nie będzie dotyczyło populacji tylko grupy badawczej). Do oszacowania adekwatności analizy perspektyw różnych osób I. Helling (1990, s. 36) proponuje „walidację komunikatywną" tzn. przedstawienie dokonanej przez badacza interpretacji samemu badanemu, traktowanemu jako ekspert w zakresie własnego życia.

Rozważając problem rzetelności badań biograficznych I. Helling stwierdza, iż brakuje jakościowej analogii pojęcia rzetelności, ponieważ założenia ściśle jakościowego badania różnią się od tych, które odnoszą się do tradycyjnego pojęcia rzetelności i procedury ustalania rzetelności pomiarów. W. Runyan (1992) podkreśla, że rzetelność nie jest odpowiednim kryterium oceny studiów historii życia, lub jego fragmentu, ponieważ ich celem jest rozumienie i interpretowanie świata znaczeń autorów tych historii.

W. Runyan (1992, s. 13) zakłada, że „każdy człowiek jest pod pewnym względem taki jak wszyscy inni, jak niektórzy inni ludzie oraz jak nikt poza nim", a to pozwala grupować wiedzę o ludziach na trzech poziomach: na poziomie prawd uniwersalnych, na poziomie prawidłowości dotyczących konkretnych grup oraz na poziomie prawidłowości odnoszących się do jednostki. Proponuje on interakcyjne analizowanie przebiegu życia jednostki, w którym zachowanie pośredniczy między osobą a sytuacją, z uwzględnieniem faz, etapów życia jednostkowego i małżeńsko-rodzinnego. Podejście to implikuje: badanie procesów determinujących zachowanie, procesów determinujących stany emocjonalne osób oraz procesów determinujących ich sytuacje. Do analizy faz życia jednostki, jej małżeństwa i rodziny można wykorzystać bogatą literaturę psychologiczną na

ten temat (np. Carter i McGoldrick, 1989; Freeman, 1991; Haley, 1995; Ostoja-Zawadzka, 1994). Sądzę, że powyższy sposób analizy uzyskanych od badanego informacji pozwoli zobaczyć i pacjenta nowotworowego, i jego najbliższych, żyjących między grozą, bólem, zwątpieniem i nadzieją.

Metoda biograficzna umożliwia prowadzenie analizy problemów badawczych na tle całego życia osoby badanej. Stosuje się wtedy psychobiografię kompletną, w której system znaczeń wewnętrznych ujawnia się w sposobie życia człowieka. Śledzenie i analiza tegoż sposobu dają badaczowi wyobrażenie o treści i strukturze owych znaczeń i tym samym zrozumienie danej jednostki. Uwzględnianie historycznego wymiaru jest typowe dla podejścia uznającego, że „człowiek nie tyle «jest», co «staje się» w ciągu swojego życia" (Żurko, 1995, s. 100). Innym rodzajem biografii jest biografia tematyczna, w której zbiera się dane dotyczące określonych dziedzin życia lub określonych faz życia, czy specyficznych w nich wydarzeń (np. zdiagnozowania raka członka rodziny i znaczeń tegoż faktu dla chorego i jego najbliższych). Według I. Helling (1990, s. 17) jest rzeczą zrozumiałą, że najczęściej oba rodzaje biografii przenikają się wzajemnie, a opowiadanie całego życia ma posmak psychoterapii. Myślę, że może to być następnym atutem tej metody, stosowanej wobec pacjenta nowotworowego i jego najbliższych.

Zbieranie danych biograficznych składa się z trzech faz. W pierwszej fazie badający zachęca respondenta do opowiedzenia, rozwinięcia swej historii życia według własnych ujęć. Badany odpowiada na „instrukcję": „proszę opowiedzieć o swoim życiu najbardziej szczegółowo, kompletnie jak pan/pani potrafi; proszę przedstawić każde znaczące doświadczenie, sytuację, w jakiej miało ono miejsce i opisać wrażenie, jakie to na pani/panu zrobiło". Dopiero, gdy opowiadający sam zaznaczy, że opowiedział już swoją historię, prowadzący badanie może stać się bardziej aktywny. Od tej chwili rozpoczyna się druga faza badania. Prosi on o informacje niezbędne z punktu widzenia zadań badawczych (pytania związane są bezpośrednio z problemem badawczym np. co się działo w życiu pacjenta i jego najbliższych po rozpoznaniu nowotworu złośliwego? Jak to przeżywali, co robili, jak zachowywali się wobec siebie?). W fazie trzeciej respondent proszony jest o opisanie prawidłowości i zależności w tych dziedzinach doświadczeń, które zostały przez niego samego przedstawione. Osoba badana występuje na tym etapie jako teoretyk własnego życia. Aby metoda biograficzna była dobrą metodą zbierania danych należy ściśle przestrzegać kolejności faz badania: najpierw narracja, potem argumentacja, objaśnienia i dopowiedzenia.

Badanie tą metodą jest czasochłonne, wymaga od prowadzącego uzyskania zgody respondenta na dokonanie nagrania jego opowieści życia. Następnie nagranie jest przez badacza transkrybowane po to, aby tekst pisany został skategoryzowany przez co najmniej trzech sędziów kompetentnych. Jeśli wskaźniki zgodności zastosowanych przez nich kategorii uzyskają wystarczający poziom, badacz może posłużyć się nimi przy analizie treści uzyskanej opowieści. Zadaniem badacza jest odkryć wydarzenia, aktywności lub ich zaprzestanie, emocje, które nadają życiu osoby badanej naczelny sens, ponieważ wiążą się z centralnymi strukturami znaczeniowymi tej jednostki. Uzyskane przez siebie wyniki przedstawia swemu informatorowi, czyli swoją interpretację konfrontuje z opinią na ten temat podmiotu biografii.

Jak wynika z opisu zbierania danych oraz sposobu ich interpretacji rola osoby badanej jest szczególnie wyakcentowana. Myślę, że o to powinno przede wszystkim chodzić w badań naukowych w obszarze psychoonkologii. Jest to próba przeniesienia na grunt badań naukowych doświadczeń i postulatów psychologów terapeutów stosujących humanistyczne metody pracy z osobami przeżywającymi problemy. Badacz nie oczekuje od osoby badanej, że dokona ona głębokiej interpretacji swojego życia, ale że dostarczy materiału narracyjnego. Materiał ten zostaje poddany interpretacji przez korzystającego z wiedzy psychologicznej badacza po to, aby stała się przedmiotem dialogu badanego i badającego. Przedmiotem tego dialogu jest określenie trafności interpretacyjnej badacza, bowiem do jego zadań należy przedstawienie rezultatów swego poznania innym badaczom. Jak z tego wynika świat subiektywnej indywidualności dzięki ujęciu go w kategorie pojęć psychologicznych z jednej strony może stać się przedmiotem dialogu na gruncie psychologii naukowej, a na gruncie bezpośredniego kontaktu z osobą opowiadającą – dialogiem terapeutycznym. Wniosek z tego jest taki, że metoda biograficzna wymaga wysokich kwalifikacji od badacza i naukowych, i terapeutycznych (Chmielewska-Łuczak i Fankanowski, 1995; Straś-Romanowska, 1995; Żurko, 1995). O tym czy ma ona szansę przyjąć się na gruncie naukowej psychoonkologii zdecydują ci, którzy są zainteresowani uprawianiem jej z pozycji humanistycznych. Last but not least rodzi się ważne pytanie: dlaczego prowadzenie psychologicznych badań naukowych miałoby wykluczać ewentualność nie-

sienia pomocy i wsparcia ludziom potrzebującym, chorym z rozpoznaniem raka i ich bliskim?

BIBLIOGRAFIA

Arnot, R. (1998). *The breast cancer prevention diet*. New York: Little, Brown and Company.

Babcock, E., (1997). *When life becomes precious*. Almeda: Hunter House.

Barraclough, J. (1997). *Rak i emocje: praktyczny przewodnik po psychoonkologii*. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne SANMEDICA.

Bertaux, D. (1990). Funkcje wypowiedzi autobiograficznych w procesie badawczym. W: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*. Warszawa – Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bombeck, E. (1995). *Nic mi nie jest, po prostu miałem raka*. Warszawa: Fundacja Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową.

Carter, B., McGoldrick, M. (1989). *The changing family life cycle. A framework for family therapy*. Boston: Allyn and Bacon.

Chmielewska-Łuczak, D., Fankanowski, M. (1995). Przegląd aktualnych tendencji w badaniach biograficznych w obrębie nauk społecznych. W: M. Straś-Romanowska (red.), *Na tropach psychologii jako nauki humanistycznej*. Warszawa – Wrocław: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Denzin, K.N. (1990). Reinterpretacja metody biograficznej w socjologii: znaczenie a metoda w analizie biograficznej. W: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*. Warszawa – Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Drążkiewicz, J. (1989). O ruchu hospicjów w Polsce. W: J. Drążkiewicz (red.), *W stronę człowieka umierającego*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Freeman, D. (1991). *Kryzys małżeński i psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Haley, J. (1995). *Niezwykła terapia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Hawkins, D., Kopersmith, D., Kopersmith, G. (1993). *When cancer comes*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Helling, I. (1990). Metoda badań biograficznych. W: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*. Warszawa – Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hossfeld, D.K., Sherman, C.D., Love, R.R., Bosch, F.X. (red). (1994). *Podręcznik onkologii klinicznej*. Warszawa – Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Juczyński, J. (1999). Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przegląd Psychologiczny, 4*, 43-56.

Kołodziejczyk, M., Majerowicz, A. (1999). Problemy psychologiczne dzieci z chorobą nowotworową oraz ich rodzin. *Nowiny Psychologiczne, 2*, 53-65.

Kowalczyk, J., Samardakiewicz, M., (1998). *Dziecko z chorobą nowotworową*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

LeShan, L. (1994). *Cancer as a turning point*. New York: Oxford University Press.

Link, J. (1998). *The breast cancer survival manual*. New York: Henry Holt and Company.

Ogryzko-Wiewiórkowska, M. (1992). *Rodzina w obliczu śmierci. Studium socjologiczne*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Oleś, P. (1990). Próba integracji nomotetycznego i idiograficznego stylu badań w psychologii wartości. W: A. Januszewski, Z. Uchnast, T. Witkowski (red.), *Wykłady z psychologii w KUL*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.

Ostoja-Zawadzka, K. (1994). Cykl życia rodzinnego. W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Collegium Medicum UJ.

Ostrowski, M. (1999). Psychologiczne determinanty i następstwa zaprzeczania chorobie po zawale serca. *Przegląd Psychologiczny, 4*, 115-141.

Ratajczak, Z. (1996). Stres, radzenie sobie, koszty psychologiczne. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Rosenthal, G. (1990). Rekonstrukcja historii życia. Wybrane zasady generowania opowieści w wywiadach biograficzno-narracyjnych. W: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*. Warszawa – Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Runyan, W., MacKinley. (1992). *Historie życia a psychobiografia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Schover, L. (1997). *Sexuality and fertility after cancer*. New York: Little, Brown and Company.

Schutze, F. (1990). Presja i wina. Doświadczenia młodego żołnierza niemieckiego w czasie drugiej wojny światowej i ich implikacje biograficzne. W: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*. Warszawa – Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Straś-Romanowska, M. (1995). Główne idee teoretyczne i metodologiczne psychologii personalistyczno-egzystencjalnej jako dyscypliny humanistycznej. W: M. Straś-Romanowska (red.), *Na tropach psychologii jako nauki humanistycznej*. Warszawa – Wrocław: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Szewczyk, K. (1996). Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu. W: M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. Nr 28 poz. 28, z późn. zm.).

Walden-Gałuszko de, K. (1992). *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Weiss, M., Weiss, E. (1997). *Living beyond breast cancer*. New York: Random House.

Wirsching, M. (1994). *Wokół raka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Włodarek, J., Ziółkowski, M. (red.). (1990). *Metoda biograficzna w socjologii*. Warszawa – Poznań. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Wysoczańska, A. (1990). Spojrzenie dziecka na zagadnienia umierania i śmierci. *Przegląd Psychologiczny, 3*, 585-595.

Zbrożek, J. (1999). Ich głos nasza cisza. *Nowiny Psychologiczne, 2*, 69-77.

Żurko, M. (1995). O przydatności metody biograficznej w psychologii. W: M. Straś-Romanowska (red.), *Na tropach psychologii jako nauki humanistycznej*. Warszawa – Wrocław. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sposoby przeżywania kryzysu jako źródła zagrożenia życia ludzkiego

Badania młodzieży po próbach samobójczych*

Jakub Kołodziej

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Każdy kryzys, niezależnie od rodzaju i przyczyn, jakie go wywołują, może w fazie destabilizacji, gdy narasta poczucie beznadziejności i bezradności, stanowić zagrożenie dla życia (Płużek, 1991). Zagrożenie życia może pojawiać się w momencie wyczerpania organizmu z powodu długotrwałego stresu, pojawienia się chorób psychosomatycznych oraz w przypadku występowania tendencji samobójczych.

W sytuacji kryzysu, w którym są obecne myśli czy też tendencje samobójcze, mówimy o tzw. kryzysie samobójczym. Charakteryzuje się on ogromną dynamiką i różnorodnością przeżyć. Jednym z istotnych elementów takiego kryzysu jest nasilenie objawów depresji.

Fakt silnego związku depresji z samobójstwem był już od dawna opisywany w najstarszych podręcznikach psychiatrii. W 1964 roku Stengel pisał „(...) spośród wszystkich zaburzeń psychicznych właśnie depresja – ze smutkiem, pesymizmem, poczuciem bezsilności i bezwartościowości oraz tendencjami do ujawniania wyraźnego poczucia winy i samooskarżania się – stanowi jeden z najważniejszych wskaźników prognostycznych ryzyka podejmowania prób samobójczych" (tamże, s. 51). Seligman (1994) podaje, że 80% samobójczych pacjentów to jednostki silnie depresyjne oraz że osoby z depresją popełniają samobójstwo 25 razy częściej niż reszta populacji. Według Kasper (1995), liczba samobójstw wśród chorych na depresję jest 30 razy większa niż w populacji ogólnej. 15% chorych na ciężką depresję ginie wskutek samobójstwa, od 20 do 60% depresyjnych pacjentów próbuje w toku choroby odebrać sobie życie, a od 40 do 80% ma myśli samobójcze.

Prowadzone badania ujawniają szereg złożoności i uwarunkowań współzależności depresji z samobójstwem. Na pozór wydawać by się mogło, że sama depresja w postaci pesymizmu, negatywnej oceny siebie, poczucia beznadziejności, poczucia winy, przekonania o istnieniu sytuacji bez wyjścia stanowi dostateczny motyw do podjęcia decyzji o odebraniu sobie życia. Jednak praktyka pokazuje, że wśród osób przeżywających depresję tylko część próbuje odebrać sobie życie oraz że u osób stosunkowo optymistycznych występują tendencje i akty samobójcze. Fakt ten spowodował, że przeprowadzono wiele badań, w których starano się ustalić model depresji z wysokim ryzykiem samobójczym. (Beck, 1967; Shneidman, Farberow i Litman, 1970; Paykel, 1971; Kovacs, Beck i Weissman, 1975; Frederick, 1981; Beck, Steer, Kobacs i Garrison, 1985; Polhmeier, 1987a, 1987b; Beck, Brown, Bechick, Stewart i Steer, 1990; Keller i Wolfersdorf, 1993; Kienhorst, 1995a; Pilecka, 1981; Pużyński, 1988, Ringel, 1992 i in.).

Można zauważyć, że większość autorów zgodna jest co do tego, że grupa osób depresyjnych jest grupą największego ryzyka samobójstwa. Porządkując najczęściej pojawiające się w doniesieniach symptomy współwystępujące z depresją i mające istotny wpływ na pojawianie się tendencji samobójczych, można je podzielić na trzy grupy:

1. Czynniki psychopatologiczne, głównie należą do nich: poczucie beznadziejności, lęk i niepokój, zmienność emocjonalna, złość, agresja i wrogość, poczucie winy, chęć bycia ukaranym.
2. Czynniki somatyczne: zaburzenia snu, przewlekłe schorzenia somatyczne, choroby terminalne.

* Artykuł pochodzi z: *Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy katastrofy kataklizmy,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2001 SPiA, s. 244–253.

3. Czynniki społeczne: brak wsparcia ze strony najbliższego otoczenia, wycofywanie się z życia społecznego, poczucie izolacji, poczucie osamotnienia.

Niniejsze opracowanie jest fragmentem obszernych badań z zakresu suicydologii prowadzonych pod kierunkiem prof. dr hab. Zenomeny Płużek w Katedrze Psychologii Klinicznej i Osobowości w KUL. Prezentowane badania są analizą psychologiczną sposobu przeżywania depresji przez młodzież będącą w kryzysie samobójczym.

Grupę badaną stanowiły osoby w wieku 15 – 25 lat, po nieudanym zamachu samobójczym. Badania były prowadzone na oddziale toksykologii. Wykluczono osoby z psychozami u których rozpoznano choroby psychiczne.

Zastosowano następujące metody badania:

1. Wywiad standardowy.
2. Test MMPI-WISKAD, gdzie obliczono również 9 podskal depresji.
3. Skalę Poczucia Sensu Życia PLT Croumbougha i Maholicka.
4. Inwentarz Objawów Depresyjnych Becka.
5. Arkusz Samopoznania Cattella.

Badaną grupę podzielono z uwagi na nasilenie objawów depresji. Za kryterium selekcji przyjęto wynik w skali D (D ≥ 80) MMPI-WISKAD oraz poziom wskaźnika Gougha (od -11 do +11), przez co wykluczono agrawantów i dyssymulantów. Tak wyodrębnioną grupę podzielono ze względu na płeć i poddano analizie skupień (43 kobiety i 53 mężczyzn), dokonując klasyfikacji poszczególnych osób na podstawie uzyskanych wyników w skalach testu MMPI-WISKAD. Przyjęto podział na 3 skupienia dla kobiet i 3 skupienia dla mężczyzn, które oznaczono literami A, B i C. Założenie większej ilości skupień powodowało zacieranie się różnic jakościowych między wyodrębnionymi grupami.

W poniższych tabelach (1 i 2) zaprezentowano liczebności osób, średnie i odchylenia standardowe wyników testu MMPI-WISKAD uzyskane w poszczególnych skupieniach oraz wyniki analizy wariancji ANOVA/MANOVA.

Na podstawie przeprowadzonych porównań całych profili przy pomocy analizy wariancji MANOVA możemy zauważyć, że średnie profile testu MMPI--WISKAD zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn istotnie różnią się między sobą (dla kobiet F=9,78; p<0,001; dla mężczyzn F=6,47; p<0,001). Większość istotnych różnic wykazanych poprzez analizę wariacji ANOVA między poszczególnymi skalami testu MMPI-WISKAD podkreśla wartość kliniczną takiego podziału grup.

Tabela 1
Średnie i odchylenia standardowe wyników testu MMPI-WISKAD dla grupy kobiet podzielonej metodą analizy skupień oraz wyniki analizy wariancji ANOVA/MANOVA
MANOVA *: F*=9,78; *p*<0,001

Płeć	Grupa	*N*		*L*	*F*	*K*	*Hp*	*D*	*Hy*	*Ps*	*MK*	*Pa*	*Pt*	*Sc*	*Ma*
K	A	21	***M***	**53,8**	**81,5**	**48,2**	**68,7**	**88,6**	**75,4**	**85,0**	**48,6**	**80,0**	**79,5**	**84,7**	**63,4**
			s	7,5	8,0	5,2	7,6	5,3	7,3	11,5	10,7	6,8	5,8	7,6	8,3
	B	12	***M***	**55,6**	**69,9**	**45,7**	**62,6**	**87,8**	**69,6**	**70,9**	**49,2**	**68,1**	**74,9**	**71,4**	**50,7**
			s	10,1	8,8	5,4	5,1	6,4	9,8	5,2	11,2	5,1	6,4	10,7	9,4
	C	10	***M***	**68,7**	**87,3**	**57,2**	**75,9**	**92,9**	**81,1**	**81,2**	**46,5**	**80,7**	**88,6**	**98,2**	**55,6**
			s	11,2	10,1	7,8	10,3	9,6	6,5	9,3	8,7	11,0	9,6	10,6	11,5
K	A–B–C		*F*	9,25	12,23	48,2	68,7	0,92	4,98	9,18	0,12	13,22	11,30	22,41	6,85
			p.u.	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	n.i.	<0,01	<0,01	n.i.	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
K	A–B		*F*	0,61	16,3	1,92	5,72	0,63	3,2	18,5	0,04	30,3	6,3	17,6	15,9
			p.u.	n.i.	<0,01	n.i.	0,02	n.i.	n.i.	<0,01	n.i.	<0,01	0,02	<0,01	<0,01
K	A–C		*F*	19,3	2,8	48,2	4,1	0,7	3,7	0,5	0,1	0,3	10,2	15,5	3,6
			p.u.	<0,01	n.i.	<0,01	0,05	n.i.	0,05	n.i.	n.i.	n.i.	<0,01	<0,01	n.i.
K	B–C		*F*	7,4	18,9	16,3	13,4	1,3	75,4	85,0	48,6	80,0	79,5	84,7	63,4
			p.u.	0,01	<0,01	<0,01	<0,01	n.i.	0,01	<0,01	n.i.	<0,01	<0,01	<0,01	n.i.

Tabela 2
Średnie i odchylenia standardowe wyników testu MMPI-WISKAD dla grupy mężczyzn podzielonej metodą analizy skupień oraz wyniki analizy wariancji ANOVA/MANOVA
MANOVA: $F = 6{,}47$; $p < 0{,}001$

Płeć	Grupa	N		L	F	K	Hp	D	Hy	Ps	MK	Pa	Pt	Sc	Ma
M	A	24	*M*	**48,5**	**77,5**	**47,2**	**62,8**	**86,8**	**69,7**	**82,4**	**69,2**	**70,6**	**78,4**	**81,2**	**62,7**
			s	8,4	8,5	4,7	8,2	5,7	7,3	11,5	6,2	9,1	8,8	8,0	9,1
	B	10	*M*	**56,4**	**64,0**	**49,5**	**53,9**	**83,7**	**61,0**	**65,0**	**67,2**	**58,9**	**60,9**	**60,2**	**50,3**
			s	12,6	9,8	9,4	13,1	4,8	6,6	10,4	8,6	6,2	9,2	12,6	6,8
	C	19	*M*	**50,2**	**84,0**	**49,5**	**77,6**	**103,0**	**76,2**	**83,2**	**73,1**	**80,2**	**97,1**	**102,0**	**64,7**
			s	9,4	8,8	6,5	10,3	11,2	9,9	9,8	5,8	10,9	8,2	10,9	11,5
M	A–B–C		*F*	2,62	19,28	0,55	20,56	27,35	10,32	10,54	3,28	18,46	59,10	58,08	7,79
			p.u.	n.i.	<0,01	n.i.	<0,01	<0,01	0,01	<0,01	0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
M	A–B		*F*	4,60	15,83	0,84	5,46	1,96	10,95	16,17	0,67	13,06	27,18	34.14	14,02
			p.u.	0,04	<0,01	n.i.	0,03	n.i.	<0,01	<0,01	n.i.	<0,01	0,01	<0,01	<0,01
M	A–C		*F*	0,10	9,54	0,84	26,57	36,94	4,55	0,03	4,40	12,12	48,76	49,96	0,66
			p.u.	n.i.	<0,01	n.i.	<0,01	<0,01	0,04	n.i.	0,04	<0,01	<0,01	<0,01	n.i.
M	B–C		*F*	3,14	35,36	0,06	27,79	26,19	17,77	20,36	5,12	32,71	114,7	85,30	13,40
			p.u.	n.i.	<0,01	n.i.	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,03	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

W tabeli nr 3 i 4 zaprezentowano średnie i odchylenia standardowe wyników uzyskanych w podskalach depresji testu MMPI-WISKAD, skali do badania poczucia sensu życia PLT, Inwentarza Objawów Depresyjnych Becka oraz Arkusza Samopoznania Cattella.

Poszczególne skupienia w grupie kobiet można opisać następująco:

Do pierwszego skupienia (grupa A) zaklasyfikowało się najwięcej badanych kobiet (n=21, 50%). Grupę tę charakteryzuje znaczne nasilenie objawów depresji współwystępujące z trudnościami w przystosowaniu oraz poczuciem wyobcowania i izolacji społecznej. U badanych można również zauważyć nieufność oraz poczucie zagrożenia ze strony innych, a także poczucie zagubienia w świecie oraz nasilone objawy lęku i niepokoju. Cechą charakterystyczną przeżywanej depresji jest subiektywne poczucie smutku oraz narzekanie na dolegliwości somatyczne. Objawom tym towarzyszy obniżone poczucie sensu życia, a także w znacznej mierze ujawniany brak integracji wewnętrznej oraz niezrównoważenie emocjonalne.

Do drugiego skupienia (grupa B) zakwalifikowało się 12 kobiet (26%), u których depresja występuje bez komponenty somatycznej (niskie wyniki skal Hp i Hy). W średnim profilu MMPI-WISKAD możemy zauważyć drugi wierzchołek (skala Pt). Profile o kodzie D i Pt (27) stanowią poważne ostrzeżenie o wysokim ryzyku samobójczym. Na uwagę zasługuje także niski wynik skali Ma, co przemawia za przeważająca apatią i postawą rezygnacyjną. Zdecydowana większość kobiet spośród omawianej grupy ma znacznie obniżoną sprawność mechanizmów obronnych warunkujących prawidłowe przystosowanie (obniżona skala K). Cechą charakterystyczną przeżywanej depresji jest obniżenie sprawności motorycznej oraz umysłowej.

W trzecim skupieniu kobiet (grupa C) znajduje się 10 osób (24%). W profilu osobowości góruje wysoka skala Schizofrenii i Depresji. Ten układ skal sugeruje nie tylko znaczne obniżenie nastroju, ale także poczucie osamotnienia, wyobcowania i alienację społeczną, jak również poczucie niepewności i zagubienia w świecie. Ze skal kontrolnych wynika, że kobiety z tej grupy częściej stosują mechanizm obronny kompensacji; z jednej strony w sposób nieco naiwny i prymitywny ukrywają swoje wady, aby utrzymać pozytywny obraz siebie, z drugiej podkreślają przeżywane trudności. Podwyższona skala Hy wskazuje na skargi natury somatycznej mające na

Tabela 3
Średnie i odchylenia standardowe wyników podskal depresji testu MMPI-WISKAD dla grup z wysoką depresją wydzielonych metodą analizy skupień

Płeć	Grupa	N		D_1	D_2	D_3	D_4	D_5	Do	Ds	Dr	D'
K	A	21	M	60,1	54,6	59,1	57,0	54,5	60,3	51,2	45,1	53,6
			s	4,4	9,0	9,6	10,2	6,9	6,2	10,0	5,8	4,3
	B	12	M	54,7	59,2	50,9	58,4	55,4	57,7	54,2	50,6	60,5
			s	6,8	5,5	7,7	6,2	8,4	6,0	9,6	7,9	13,7
	C	10	M	62,0	55,2	52,7	64,4	53,2	61,6	47,0	50,4	53,4
			s	17,9	14,0	8,7	15,9	19,5	14,8	14,0	7,5	14,9
M	A	24	M	54,9	48,3	54,7	56,1	55,9	55,5	46,5	48,6	48,1
			s	5,3	7,9	4,0	5,2	5,3	4,6	7,3	13,2	8,7
	B	10	M	52,3	58,0	48,0	50,1	46,4	48,4	58,1	62,2	59,9
			s	6,3	6,9	6,4	3,9	10,6	2,4	11,4	5,9	8,8
	C	19	M	58,7	54,7	56,0	60,1	56,7	60,3	46,6	47,0	54,7
			s	8,7	10,8	10,8	7,5	8,3	4,8	9,8	9,0	13,1

Legenda do tabeli 3
D_1 – depresja subiektywnie odczuwana
D_2 – obniżenie sprawności psychomotorycznej
D_3 – narzekanie na dolegliwości somatyczne
D_4 – obniżenie sprawności umysłowej
D_5 – pesymistyczne rozmyślania
D_o – depresja jawna
D_s – depresja ukryta
D_r – depresja reaktywna
D' – czysta depresja

Tabela 4
Średnie i odchylenia standardowe wyników Testu PLT, Becka i Arkusza Samopoz-nania Catella dla grup z wysoką depresją wydzielonych metodą analizy skupień

Płeć	Grupa	N		PLT	Beck	Q_3-	C-	L	O	Q_4	EN
K	A	21	M	**62,4**	**25,9**	**6,4**	**8,4**	**8,0**	**8,6**	**9,2**	**8,6**
			s	15,6	8,2	1,9	1,7	1,6	1,4	1,2	1,1
	B	12	M	**67,9**	**31,3**	**6,5**	**7,5**	**8,3**	**8,4**	**9,5**	**8,8**
			s	8,0	8,1	2,2	2,0	1,2	0,7	1,4	0,9
	C	10	M	**60,3**	**25,9**	**6,5**	**8,8**	**7,2**	**9,1**	**9,5**	**8,9**
			s	22,0	6,7	1,7	2,4	1,9	1,2	0,9	1,4
M	A	24	M	**68,6**	**23,7**	**6,9**	**8,4**	**7,4**	**8,1**	**8,0**	**8,2**
			s	18,7	10,0	1,6	1,8	2,3	1,7	2,0	1,2
	B	10	M	**91,2**	**17,0**	**5,0**	**7,3**	**6,7**	**5,6**	**6,2**	**6,3**
			s	18,6	9,3	2,1	2,9	1,9	3,3	3,2	2,7
	C	19	M	**69,0**	**29,3**	**7,6**	**8,9**	**7,6**	**8,6**	**9,2**	**8,9**
			s	20,3	9,7	2,1	2,0	1,6	1,5	1,6	1,5

celu zwrócenie na siebie uwagi otoczenia. Cechą charakterystyczną przeżywanej depresji jest znaczne obniżenie sprawności umysłowej oraz subiektywne poczucie smutku. Widoczne jest również obniżenie poczucia sensu życia. Wszystkie kobiety ujawniają bardzo wysokie wskaźniki niepokoju w Arkuszu Samopoznania Cattella świadczące o nasilonych konfliktach, niezrównoważeniu emocjonalnym, wewnętrznym niepokoju, agresji i autoagresji.

Wśród mężczyzn wyróżnione grupy można opisać następująco:

W pierwszym skupieniu grupy mężczyzn (grupa A) znajdują się 24 osoby (45%). Grupa charakteryzuje się nasileniem objawów depresyjnych, którym towarzyszą trudności w zakresie przystosowania społecznego oraz prawidłowych kontaktach z innymi. Podwyższone skale Sc i Pt świadczą o poczuciu alienacji, wyobcowania, niezrozumienia przez innych, niepewności, zagubienia w świecie. Grupa ta cechuje się wzmożoną tendencją do zachowań impulsywnych, nieproduktywnej aktywności i zmienności nastrojów. Również możemy zauważyć znacznie obniżoną sprawność mechanizmów obronnych warunkujących prawidłowe przystosowanie oraz silnie zaznaczony syndrom autoagresji. W sposobie przeżywania depresji zaznacza się pobudzenie psychomotoryczne. W ogólnym wskaźniku niepokoju osoby te uzyskują najwyższe wyniki, niepokój najczęściej objawia się w braku zrównoważenia emocjonalnego oraz w krytycznej postawie względem otoczenia.

W drugim skupieniu grupy mężczyzn (grupa B) znajduje się 10 osób (18%). Grupę tę charakteryzuje profil zbliżony do normalnego, zauważamy jedynie wysoką skalę D. W triadzie neurotycznej (Hp, D i Hy) nie ma komponent somatycznych, góruje tzw. czysta depresja, charakteryzująca się dość znacznym nasileniem przygnębienia, smutku i pesymizmu i co jest charakterystyczne dla tej grupy obniżonym napędem psychoruchowym (Ma-, D2+). W podskalach depresji możemy zauważyć najwyższe wyniki w skali do pomiaru depresji, jako stanu reaktywnego. Większość badanych uzyskuje średnie wyniki w Teście PLT świadczące o poczuciu sensu życia.

W trzecim skupieniu (grupa C) znajduje się 19 mężczyzn (36%). W grupie tej występuje najbardziej patologiczny profil spotykany u suicydentów. Zważywszy na to iż, nie są to osoby z zaburzeniami psychicznymi, można wnosić o ostrym kryzysie i dużym ryzyku samobójczym. U badanych występuje znaczne nasilenie objawów depresji; przygnębienie, smutek, poczucie beznadziejności i małej wartości, wzmożony krytycyzm w stosunku do siebie. Objawom tym towarzyszy poczucie wyobcowania od siebie i wyalienowania z grupy, wysokie poczucie lęku i niepokoju, a także poczucie niezrozumienia siebie, zagubienia, rozbicia i wewnętrznego chaosu. Dodatkowo obniżone skale L i K wskazują na poczucie bezradności oraz syndrom autoagresji. O głębokości depresji świadczy również to, że w

Tabela 5
Opis wyróżnionych typów depresji oraz objawów różnicujących kobiety od mężczyzn

Grupa	Opis syndromu depresji	Płeć	Objawy różnicujące kobiety od mężczyzn
A	Depresja współwystępująca z poczuciem nieprzystosowania społecznego, poczuciem izolacji i lęku	K	Poczucie zagrożenia oraz nieufność względem innych
		M	Syndrom autoagresji
B	Depresja czysta bez objawów towarzyszących	K	Nieznacznie nasilone poczucia niepewności i lęku, osłabienie mechanizmów obronnych, brak poczucia sensu życia
		M	Depresja ma charakter reaktywny sprawność mechanizmów obronnych, obecne poczucie sensu życia, brak objawów niepokoju
C	Depresja współwystępująca z poczuciem izolacji, znacznym nasileniem lęku oraz poczuciem wewnętrznego chaosu, ostry kryzys	K	Mechanizm kompensacji oraz skargi na dolegliwości somatyczne
		M	W znacznym stopniu osłabienie mechanizmów obronnych i zachowania autoagresywne

grupie tej występuje najniższy wskaźnik poczucia sensu życia oraz najwyższe wyniki w Inwentarzu Objawów Depresyjnych Becka. Wszystkie czynniki w Arkuszu Niepokoju Cattella są bardzo wysokie i świadczą o wewnętrznym rozbiciu, silnym pobudzeniu emocjonalnym oraz autoagresji.

W tabeli (nr 5) dokonano analizy porównawcze wyodrębnionych skupień, zachowując podział na kobiety i mężczyzn.

Poprzez przeprowadzoną analizę skupień wykazano, że grupa depresyjna nie jest grupą jednolitą i zostały wyodrębnione 3 różne, względnie stabilne zespoły cech towarzyszące depresji.

Analiza sposobu przeżywania depresji wśród osób, u których występuje realne zagrożenie życia poprzez samobójstwo w konsekwencji prowadzi do analizy elementu struktury syndromu suicydalnego, zaś właściwa diagnoza syndromu suicydalnego daje możliwości oceny ryzyka samobójczego, co ma zasadnicze znaczenie w profilaktyce.

Z drugiej strony rzetelna i właściwa diagnoza syndromu depresyjnego daje podstawę do odpowiedniego doboru sposobów terapii.

Powyższe wnioski nasuwają pytanie: Czy wyodrębnione postaci depresji, z uwagi na odmienną symptomatologię towarzyszącą depresji, w pełni wyczerpują obraz psychopatologiczny depresyjnych suicydentów? Wydaję się, że nie. Przeprowadzone analizy wskazują raczej na tendencje do współwystępowania określonych objawów psychopatologicznych z podwyższoną depresją. Należy również pamiętać, że u wielu pacjentów, pomimo trwałego stanu depresji – w postaci smutku i przygnębienia – może zachodzić zmiana w objawach jej towarzyszących: od silnego pobudzenia do apatii i bierności, od buntu do rezygnacji, od dominującego poczucia krzywdy do skrajnego poczucia winy. Często zmiany te w przypadku młodocianych suicydentów zachodzą szybko i gwałtownie (por. Farberow, 1985; Pużyński, 1988; Płużek, 1997). Fakt ten wskazuje na dynamikę zmian struktury syndromu depresyjnego. Stąd też szczególnie cenne w tym zakresie wydają się być badania długofalowe, których celem byłoby śledzenie dynamiki zmian obrazu psychopatologicznego depresji, poszukiwanie reguł i ostatecznie formułowanie właściwych programów profilaktyki i terapii.

BIBLIOGRAFIA

Beck, A. (1967). *Depression*. New York.

Beck ,A., Brown, G., Bechick, R., Stewart, B., Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 147*, 190-195.

Beck, A., Steer, R., Kovacs, M., Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalised with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry, 142*, 559-563.

Farberow, N. (1985). *Youth suicide: A Summary*. W: Peck M., Farberow N., Litman R. (red). New York. Youth Suicide.

Frederick, C. (1981). *The suicide prone depressive. The widening circle*. W: A Lederle Laboratory Sympozium: Depression in the ,80's. Science and Medicine (Special Issue). New York.

Kasper, S. (1995). *Depresje. Rozpoznawanie i leczenie*. Warszawa.

Keller, F., Wolfersdorf, M. (1993). Hopelessness and the Tendency to Commit Suicide in the Course of Depressive Disorders. *Crisis. 14, 4*, 173-177.

Kienhorst, I. (1995a). Depressive symptomatology in depressed and suicidal adolescents. *Crisis. 16, 1*, 7-8.

Kovacs, M., Beck, A., Weissman, A. (1975). The Use of Suicidal motives in the psychotherapy of attempted suicides. *American Journal of Psychotherapy, 29, 3*, 363-368.

Paykel, E. (1971). Suicide attempts following acute depression. Journal of Nervous and Mental Disease, 153, 234-243.

Pilecka, B. (1981). *Osobowościowe korelaty prób samobójczych u młodzieży*. Rzeszów.

Płużek, Z. (1991). *Psychologia pastoralna*. Kraków.

Płużek, Z. (1997). Samobójstwo jako wyraz autodestrukcji. W: P. Oleś (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości*. Lublin.

Pohlmeier, H. (1987a). Suicide as a psychodynamic problem of depression. *Crisis*, 27-34.

Pohlmeier, H. (1987b). Social Background of Depressive Illness and Suicide. *Crisis*, 135-141.

Pużyński, S. (1988). *Depresje*. Warszawa.

Ringel, E., (1992). *Nerwica a samozniszczenie*. Warszawa.

Seligman, M. (1994). Depresja a samobójstwa. W: D. Rosenhan, M. Seligman (red.), *Psychopatologia* (t. 1, rozdział 11). Warszawa.

Shneidman, E., Farberow N., Litman R. (1970). *The psychology of suicide*. New York.

Stengel, E., (1964). *Suicide and attempted suicide*. Middlesex.

3. MECHANIZMY PSYCHOLOGICZNE POSTRZEGANIA, UJAWNIANIA SIĘ I PRZEZWYCIĘŻANIA ZAGROŻEŃ CYWILIZACYJNYCH

Czy Polacy chcą być mądrzy przed szkodą, czyli o podejmowaniu decyzji ubezpieczeniowych*

Maryla Goszczyńska

Uniwersytet Warszawski

1. WPROWADZENIE

Popularne porzekadło „Mądry Polak po szkodzie" w lapidarnej formie ujmuje ważny psychologicznie aspekt oceniania działań już zrealizowanych z perspektywy wiedzy o ich skutkach. Wiedza oparta na bezpośrednim doświadczaniu negatywnych skutków stanów rzeczy lub własnych działań, prowadzi często *post factum* do radykalnych zmian w sądach i ocenach ludzi, dotyczących trafności podjętych przez nich wcześniej decyzji. Po wystąpieniu niekorzystnych zdarzeń typu awarie technologiczne, katastrofy komunikacyjne lub kataklizmy naturalne, ludzie – zwłaszcza ci, których one dotknęły – dysponują bogatszymi informacjami o rodzajach i zasięgu ich skutków. Uświadamiają sobie także, iż istniała możliwość alternatywnego działania, którego wcześniej nie brali pod uwagę.

Narzuca się więc pytanie: co utrudnia ludziom trafne ocenianie możliwości wystąpienia zagrożenia i podejmowanie takich działań prewencyjnych, które uchroniłyby ich przed ekstremalnie negatywnymi konsekwencjami? W znacznym stopniu błędne sądy i oceny są efektem wpadania w „pułapki psychologiczne", którymi mogą być różne mechanizmy poznawcze leżące u podstaw ludzkiego oceniania. Liczny zbiór tych mechanizmów opisuje w swojej monografii Tyszka (1999a). Niektóre z nich mają ścisły związek z myśleniem ex post, które według japońskiego psychologa Tody (1978) prowadzi do emocjonalnego stanu zwanego „żalem podecyzyjnym".

Szczególnie powszechną przyczyną formułowania błędnych ocen związanych z predykcją stanów zagrożenia jest nieuzasadniona pewność siebie i nadmierne zaufanie do posiadanej wiedzy. Zaufanie to jest najczęściej związane z silnym poczuciem nierealistycznego optymizmu, które przejawia się w przecenianiu prawdopodobieństwa pozytywnych konsekwencji zdarzeń i niedocenianiu negatywnych (por. Kozielecki, 1977; Wagenaar i Keren, 1988). Ta optymistyczna tendencja ujawnia się najsilniej, gdy oceny dotyczą naszej własnej osoby.

Jak pokazały badania kierowców, większość z nich ocenia siebie jako sprawniejszych w prowadzeniu samochodu i jeżdżących bezpieczniej niż przeciętny, statystyczny kierowca (Svenson, 1978, 1981, 1985; Goszczyńska i Rosłan, 1989). Silna faworyzacja własnej osoby skłania wielu z nich do ryzykowniejszych zachowań.

Oceniając negatywne skutki różnych zdarzeń (np. katastrof, chorób, kradzieży, itp.) większość ludzi uważa za mniej prawdopodobne aby dotknęły one ich samych niż innych ludzi (Weinstein, 1980, 1984; Doliński i in. 1987, Goszczyńska, 1986; Szmajke, 1987). Chociaż wyniki niektórych badań wskazują na czynniki ograniczające zasięg oddziaływania mechanizmu nierealistycznego optymizmu i wręcz odwrotny mechanizm formułowania ocen, nazwany nierealistycznym pesymizmem (por. Doliński i in., 1987), ten pierwszy mechanizm jest ciągle dość powszechny i pozwala dobrze wyjaśniać formułowane przez ludzi oceny.

Optymistyczne nastawienie, które często wiąże się z iluzją kontroli sprawowanej przez jednostki nad zdarzeniami o charakterze losowym, uważane jest za użyteczną zasadę pełniącą ważne funkcje adaptacyjne, przystosowujące ludzi poznawczo, a więc w sferze działań symbolicznych do sytuacji niebezpiecznych.

Nieco odmienny charakter posiada mechanizm „spoglądania wstecz" i wyobrażania sobie zjawiska przeciwnego do tego, którego szansę ocenialiśmy zanim ono wystąpiło. Mechanizm ten prowadzi do złudzenia, które Fischoff (1975) nazwał „wiedziałem, że to się zdarzy" (*hindsight bias*). Złudzenie to polega na podnoszeniu prawdopodobieństwa

* Artykuł pochodzi z: *Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy katastrofy kataklizmy,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2001 SPiA, s. 43–56.

zdarzenia lub jego konsekwencji wówczas gdy już dowiedzieliśmy się, że ono naprawdę wystąpiło. W ten sposób mechanizm spoglądania wstecz pozwala ludziom zmniejszyć poczucie własnej ignorancji. Działanie tego mechanizmu najłatwiej można zaobserwować gdy wydarza się coś szczególnie mało prawdopodobnego, unikalnego a jednocześnie doprowadza do katastrofalnych skutków. Takim zdarzeniem była niewątpliwie awaria i wybuch w elektrowni atomowej w Czernobylu, które po fakcie były oceniane jako możliwe do przewidzenia, chociażby na podstawie wiedzy o niskim poziomie rozwoju technologii radzieckiej i lekceważeniu zasad bezpieczeństwa. Ponieważ jeszcze przed tą katastrofą w Holandii przeprowadzono badania ankietowe, prosząc badanych o oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia poważnej awarii w elektrowni atomowej, istniała możliwość powtórnego oszacowania takiego zdarzenia (*post factum*) w celu uchwycenia siły złudzenia „wiedziałem, że to się zdarzy". Badacze poprosili respondentów o przypomnienie sobie ich wcześniejszych ocen i wtedy okazało się, że obecnie ich oszacowania są wyższe. Oznacza to, że ulegli oni złudzeniu, że są w lepszymi prognostami niż byli naprawdę (por. Verplanken i Pieters, 1987).

Chociaż z jednej strony opisane powyżej mechanizmy poznawcze odgrywają pewne funkcje adaptacyjne, to z drugiej strony można przewidywać, że mogą one blokować podejmowanie przez ludzi konkretnych działań zabezpieczających ich przed różnymi skutkami zagrożeń, w tym także przed wymiernymi – i często bardzo dużymi – stratami finansowymi. Do takich działań należy podejmowanie decyzji ubezpieczeniowych i kupowanie przez ludzi różnych polis, które w przypadku utraty mienia np. z powodu kradzieży lub kataklizmu naturalnego (pożar, powódź) zapewnią im otrzymanie odszkodowania, do pewnego stopnia redukującego wielkość poniesionej straty. Znaczenie posiadania tego typu ubezpieczenia mogli szczególnie docenić ci, którzy stali się ofiarami wielkiej powodzi w Polsce, w 1997 roku.

Jak pokazują statystyki GUS-owskie i firm ubezpieczeniowych oraz wyniki badań psychologicznych (b. nielicznych), skłonność ludzi do ubezpieczania się jest niewielka. Można więc powiedzieć, że Polacy niezbyt często podejmują działania prewencyjne, które Ratajczak (2000) traktuje jako jeden z ważnych przejawów ludzkiej zaradności w obliczu zagrożenia. Dlaczego tak się dzieje można by częściowo wyjaśnić przywołując ogólniejsze prawidłowości rządzące procesem oceniania różnych parametrów sytuacji ryzykownych oraz podejmowania decyzji ryzykownych.

W dalszej części tego artykułu rozważana będzie kwestia przyczyn unikania przez ludzi ubezpieczania się oraz zostaną przedstawione wstępne wyniki badania, mającego na celu określenie natężenia skłonności Polaków do ubezpieczania się (a więc znalezienie odpowiedzi na pytanie zawarte w tytule artykułu). Ponadto w badaniu tym chodziło o znalezienie różnic (o charakterze demograficznym, socjospołecznym lub psychologicznym) między grupą osób korzystających z różnych ubezpieczeń a grupą unikających ubezpieczania się.

2. UBEZPIECZANIE SIĘ JAKO RODZAJ DECYZJI RYZYKOWNEJ. DLACZEGO LUDZIE NIECHĘTNIE KORZYSTAJĄ Z UBEZPIECZEŃ

Najogólniej charakteryzując sytuację ryzykowną można powiedzieć, że przed dokonaniem przez człowieka wyboru jak się w niej zachować, jakie podjąć działanie nie ma on pewności jaki wynik osiągnie: czy zyska czy poniesie stratę. Tak jest również wtedy, gdy zastanawia się on czy ubezpieczyć mieszkanie przed kradzieżą czy zaniechać tego. Zależnie od tego jakie podejmie działanie (ubezpieczy się lub nie ubezpieczy) i co się wydarzy (będzie włamanie i kradzież lub nie będzie) spotkają go różne konsekwencje. Decyzję tego rodzaju można przedstawić jako wybór między większą, ale jedynie prawdopodobną stratą (poniesione koszty gdy wystąpiło zdarzenie, przed którym się nie ubezpieczono) a stratą mniejszą, ale pewną (zapłacona składka ubezpieczeniowa gdy nie nastąpiła kradzież).

Jak pokazuje Tyszka (1999b), odwołując się do różnych badań eksperymentalnych z użyciem ryzykownych loterii, ludzie wolą wziąć udział w takiej loterii (gdzie można coś stracić, ale z jakimś tylko prawdopodobieństwem) niż ponieść od razu pewną stratę. Można więc powiedzieć, że w dziedzinie strat ludzie preferują ryzykowanie. Wystarczy jednak przedstawić osobom badanym taki sam wybór, lecz w jego opisie posłużyć się kategorią „ubezpieczanie się" aby zmieniło się spostrzeganie tej sytuacji przez ludzi.

W eksperymencie przeprowadzonym przez Hersheya i jego współpracowników (1982, za: Tyszka, 1999 b) gdy badanym dano taką możliwość wyboru: (a) zaryzykować stratę 1000 dolarów gdy prawdopodobieństwo wynosi jedną tysięczną, czy też (b) wykupić ubezpieczenie za 10 dolarów, żeby zabezpieczyć się przed taką stratą, to większość uczestników eksperymentu wolała wykupić ubezpieczenie.

Można wysnuć z tego wniosek, że ludzie akceptują normę traktującą jako rzecz słuszną ubezpieczanie się.

Akceptowanie ubezpieczania się ma jednak pewne ograniczenia. Nie wszystkie rodzaje ubezpieczeń cieszą się jednakowym zainteresowaniem o czym świadczą zestawienia statystyczne częstości ich kupowania. Jak stwierdza Kunreuther (1979 za: Tyszka, 1999b) ludzie w USA masowo ubezpieczają samochody przed kradzieżą a zdecydowanie rzadziej ubezpieczają się przed skutkami kataklizmów naturalnych takich jak powódź, tornado czy trzęsienie ziemi. Porównując wielkość strat w tych dwóch przypadkach można zauważyć, że kradzież samochodu pociąga za sobą stratę znaczną ale zdecydowanie mniejszą niż w przypadku katastrofy naturalnej, która niejednokrotnie pozbawia ludzi dorobku całego życia. Co więc w głównej mierze decyduje o skłonności do ubezpieczania się?

Z wielu badań wynika, że decyduje o tym percepcja i ocena wielkości ryzyka, a spośród różnych parametrów, które można brać pod uwagę przy tej ocenie dla większości ludzi najważniejsze jest prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, które pociąga za sobą stratę a nie jej wielkość. Kradzieże samochodów są czymś powszednim, natomiast powodzie lub trzęsienia ziemi – zdarzeniami rzadkimi.

Małe zainteresowanie ubezpieczaniem się, a zwłaszcza niektórymi ich rodzajami wynika z ignorowania bardzo małych prawdopodobieństw poniesienia straty. Jak pokazały to badania Slovica (1979) Amerykanie częściej ubezpieczają się gdy istnieje wysokie prawdopodobieństwo małej straty niż wtedy, gdy jest niskie prawdopodobieństwo dużej straty. Wzrost zainteresowania ubezpieczaniem się następuje wkrótce po poniesionej stracie albo przez nas samych albo przez osoby z naszego najbliższego otoczenia (np. po powodzi lub innej katastrofie, po okradzeniu, itp.). Tak też było w Polsce po wielkiej powodzi w 1997 roku, która pociągnęła za sobą ogromne straty materialne wśród tysięcy gospodarstw domowych oraz małych i dużych przedsiębiorstw. Wówczas okazało się, że firmy ubezpieczeniowe nie są zbytnio zainteresowane zawieraniem umów ubezpieczających przed skutkami takich naturalnych katastrof. Wynika to głównie z trudności oszacowania ryzyka związanego z tego typu zagrożeniami (jego prawdopodobieństwa i wielkości ewentualnej straty) i na tej podstawie ustalenia wysokości stawki ubezpieczenia.

Wzrost zainteresowania ubezpieczaniem się po poniesieniu strat jest zresztą efektem krótkotrwałym i zanikającym gdy zmniejszają się ślady pamięciowe wydarzenia, które do nich doprowadziło.

Publikowane już po szoku powodziowym dane statystyczne porównujące częstość korzystania przez Polaków z różnego rodzaju ubezpieczeń, wskazują na dość zróżnicowaną ich popularność. Do najczęstszych należą ubezpieczenia pojazdów (tzw. AC i OC), do znacznie rzadszych – dobrowolne ubezpieczenie mieszkań oraz mienia podmiotów gospodarczych, a do najrzadszych – ubezpieczenia rolnicze (zabudowań, inwentarza, płodów rolnych). Zaledwie 0,5% gospodarstw rolnych w Polsce miało ubezpieczone uprawy, 1,2% – zwierzęta (konie, krowy) a 9% mienie ruchome (Polityka, lipiec 1997).

Można się więc zastanowić co – obok upowszechnionych norm – wpływa na podjęcie decyzji o ubezpieczaniu się. Skoro istnieją ludzie, którzy nie ubezpieczają się w ogóle oraz tacy, którzy korzystają z wielu form ubezpieczeń, nasuwa się pytanie: co różni obie te grupy. Jaką rolę w podejmowaniu takiej decyzji pełnią czynniki o charakterze demograficzno-społecznym takie jak wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, poziom dochodów a jaką indywidualne właściwości psychiczne.

3. CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE SKŁONNOŚCI DO UBEZPIECZANIA SIĘ. PORTRET CZŁOWIEKA ZARADNEGO

Biorąc pod uwagę charakterystyki demograficzne można zakładać, że osobami skłonnymi do zawierania umów ubezpieczeniowych są osoby o co najmniej średnim poziomie dochodów, niezbyt młode (u młodych brak wytworzonej silnej orientacji przyszłościowej a zarazem niewiele doświadczeń związanych ze stratami), a także raczej lepiej wykształcone. Jeśli idzie o charakterystykę psychologiczną tej grupy osób, to biorąc pod uwagę wyniki badań nad podejmowaniem decyzji ryzykownych, można przewidywać, że skłonność do ubezpieczania się ma związek z następującymi właściwościami:

- poziomem lęku rozumianym jako względnie stała cecha,
- umiejscowieniem poczucia kontroli,
- poczuciem własnej skuteczności,
- orientacją temporalną (nastawienie na przyszłość).

POZIOM LĘKU

Jak pokazują wyniki badań dotyczące związku lęku z preferencją poziomu ryzyka w sytuacjach laboratoryjnych oraz naturalnych (Szukiel, 1986; Dziedzic, 1988 za: Goszczyńska, 1997) osoby o ni-

skim poziomie lęku przejawiają skłonność do wyboru działań wysoce ryzykownych. Można więc przewidywać, że niski lęk nie będzie sprzyjał podejmowaniu decyzji o ubezpieczaniu się przed szkodą (stratą), ale jednocześnie zbyt wysoki lęk mając dezorganizujący wpływ na ludzkie działania może także prowadzić do podobnego efektu.

UMIEJSCOWIENIE POCZUCIA KONTROLI

Liczne badania, które dotyczyły związku poczucia umiejscowienia kontroli z preferowanym przez człowieka poziomem ryzyka nie doprowadziły do wyników dających się jednoznacznie zinterpretować. W znacznej mierze wynika to z faktu, że w zadaniach prezentowanych badanym źródło ryzyka miało różny charakter. W niektórych było ono jednoznacznie losowe (np. zakłady loteryjne), w innych sprawnościowe (np. rzut strzałką do tarczy) a w pozostałych źródło ryzyka miało charakter mieszany, losowo-sprawnościowy.

W zadaniach o charakterze losowym osoby wewnątrzsterowne (w rozumieniu Rotterowskim o wewnętrznym umiejscowieniu poczucia kontroli) preferowały zakłady o średnim poziomie ryzyka lub wysokim (por. Kozielecki, 1977). Z kolei osoby zewnątrzsterowne częściej wybierały zakłady wysoce ryzykowne (licząc w sprzyjających okolicznościach na „łut szczęścia") lub zakłady ostrożne (Gasparski i in., 1978; Sokołowska, 1993).

Z założeń Rottera wynika, że zgeneralizowane przekonanie o kontroli ma zróżnicowany wpływ na zachowanie człowieka, zależnie od charakteru sytuacji (jej jednoznaczności i nowości). Szczególną rolę może odgrywać ono w sytuacjach nowych i/lub niejednoznacznych, w których osoby przekonane o wewnętrznej kontroli powinny akceptować wyższy poziom ryzyka. Przewidywanie to potwierdziły wyniki badania Sokołowskiej (1993). Odnosząc powyższe rozważania do decyzji ubezpieczeniowych można przewidywać, że osoby wewnątrzsterowne akceptując wyższy poziom ryzyka będą się rzadziej ubezpieczały niż osoby zewnątrzsterowne. Częstość korzystania z poszczególnych rodzajów ubezpieczeń może też zależeć od charakteru zdarzeń przed jakimi ubezpieczenia te mają chronić. O ile w przypadku naturalnych katastrof, takich jak np. powódź, ubezpieczający się nie ma w zasadzie żadnego wpływu na ich wystąpienie, to w przypadku prowadzenia samochodu wiele zależy od kierowcy, od jego doświadczenia i bezpiecznej jazdy. Również w sytuacji takiej jak kradzież samochodu lub mienia w mieszkaniu, na które człowiek nie ma wprawdzie bezpośredniego wpływu, może on jednak przez odpowiednie zabezpieczenia (zamki, wynajęcie ochrony, itp.) zmniejszyć prawdopodobieństwo strat.

Chociaż nie przeprowadzono dotychczas badań nad związkiem tendencji do ubezpieczania się z dominacją przyszłościowej orientacji temporalnej (silniejsze nastawienie na przyszłość niż na teraźniejszość oraz przeszłość) można oczekiwać, iż osoby myślące perspektywicznie, przyszłościowo będą częściej ubezpieczać się niż osoby o nastawieniu prezentystycznym.

Poczucie własnej skuteczności stanowiące nota bene szczególny przypadek poczucia sprawowania kontroli nad zdarzeniami – wpływa na percepcję i ocenę wielkości ryzyka (por. Sokołowska, 1993). Osoby o wysokim poczuciu skuteczności – w porównaniu do osób o niskim poczuciu skuteczności – niżej oceniają ryzyko. Najbliżej obiektywnych oszacowań eksperckich są oceny formułowane przez osoby o umiarkowanym poczuciu skuteczności. Można więc przypuszczać, że ta ostatnia grupa może przejawiać największą skłonność do podejmowania decyzji o ubezpieczaniu się.

Które z przedstawionych tu przewidywań okażą się trafne wykaże analiza wyników badań, które na próbie Polaków zostały podjęte wiosną 2000 roku.

4. BADANIE SKŁONNOŚCI POLAKÓW DO UBEZPIECZANIA SIĘ – WYNIKI WSTĘPNE

W badaniu przeprowadzonym od marca do lipca 2000 roku wzięło udział 259 osób (mężczyzn i kobiet) mieszkańców trzech dużych aglomeracji miejskich: Warszawy, Krakowa i Lublina. Wiek osób badanych zawierał się w przedziale 30–50 lat, uwzględniając fakt, iż w tym wieku większość z nich żyje w związku małżeńskim oraz posiada dzieci, a także ma samochód, mieszkanie i inne trwałe dobra, które mogą być ubezpieczane. Poproszono również osoby badane o odpowiedź na pytanie czy decydując się na ubezpieczenie emerytalne wybrały tzw. II-gi filar zapisując się do któregoś z Otwartych Funduszy Emerytalnych czy pozostały w ZUS-ie.

Wszystkie osoby badane wypełniały ankietę, której pytania dotyczyły korzystania lub nie z ośmiu następujących rodzajów ubezpieczenia: 1) ubezpieczenie mieszkania przed zdarzeniami losowymi (zalanie, pożar, wybuch gazu, itp.), 2) ubezpieczenie mieszkania przed kradzieżą, 3) ubezpieczenie Auto Casco (kradzież samochodu lub jego uszkodzenie), 4) ubezpieczenie na życie, 5) ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków, 6) ubezpieczenie zaopatrzenia dzieci, 7) ubezpieczenie cennych przedmiotów, 8) ubezpieczenie od odpowiedzialno-

ści cywilnej (niezwiązanej z prowadzeniem pojazdów). W towarzyszącej tej ankiecie tzw. metryczce proszono badanych o podanie wysokości dochodów na jednego członka rodziny, poziomu wykształcenia oraz płci.

W jednej podgrupie badanych (*N*=163) dokonano pomiaru umiejscowienia kontroli za pomocą skali I-E autorstwa Xymeny Gliszczyńskiej oraz pomiaru lęku (jako cechy) kwestionariuszem STAI Spielbergera (w polskiej adaptacji Wrześniewskiego i Sosnowskiego). Skala I-E Gliszczyńskiej przystosowana do badania osób dorosłych składa się z dwóch skal: 1) filozofii życiowej (opartej na założeniach teorii Rottera), oraz 2) poczucia sprawstwa w sytuacji pracy. W drugiej podgrupie badanych (*N*=96) dokonano pomiaru orientacji temporalnej za pomocą eksperymentalnej wersji kwestionariusza Czesława Nosala (AION-96) oraz poczucia własnej skuteczności za pomocą kwestionariusza Z. Juczyńskiego (jest to skrócona wersja skali Jerusalem i jego współpracowników).

Wszystkie osoby badane oceniały na 100-punktowych skalach prawdopodobieństwo 14-stu negatywnych zdarzeń, których konsekwencje mogą ich dotknąć w ciągu najbliższych pięciu lat. Na liście tych zdarzeń znalazły się m.in. okradzenie mieszkania, kradzież samochodu, bycie ofiarą wypadku komunikacyjnego, itp.

Z uwagi na fakt, iż pełna analiza statystyczna otrzymanych wyników nie jest jeszcze zakończona nie mogę przedstawić psychologicznego portretu osób korzystających i nie korzystających z różnych form ubezpieczeń. Ograniczę się więc w tym artykule jedynie do prezentacji analizy częstości ubezpieczania się przed różnego rodzaju stratami oraz analizy siły związków łączących jednoczesne korzystanie z dwóch różnych rodzajów ubezpieczeń. Częstość korzystania z ośmiu uwzględnionych w badaniach rodzajów ubezpieczeń pokazuje Tabela 1.

Tabela 1
Rozkład częstości ubezpieczania się od następstw różnych zdarzeń (N = 259)

Rodzaj ubezpieczenia	Częstość ubezpieczania się			
	TAK		NIE	
	N	%	*N*	%
U1 – Ubezpieczenie mieszkania przed zdarzeniami losowymi	83	34,9	155	65,1
U2 – Ubezpieczenie mieszkania przed kradzieżą	102	42,9	136	57,1
U3 – Ubezpieczenie Auto Casco	122	60,4	80	39,6
U4 – Ubezpieczenie na życie	201	77,9	57	22,0
U5 – Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków	202	78,0	57	22,0
U6 – Ubezpieczenie zaopatrzenia dzieci	64	30,5	146	69,5
U7 – Ubezpieczenie cennych przedmiotów	37	14,3	222	85,7
U8 – Ubezpieczenie od odpowiedyialności cywilnej (niezwiązanej z prowadzeniem pojazdów)	81	31,5	176	68,5

Jak widać z tej tabeli najczęściej badani ubezpieczają się na życie, od następstw nieszczęśliwych wypadków i auto casco, najrzadziej zaś – ubezpieczają cenne przedmioty. Okazuje się, że ludzie częściej ubezpieczają mieszkanie przed skutkami kradzieży niż przed zdarzeniami losowymi. Można przypuszczać, że podobnie jak w badaniach amerykańskich (Kunrenther, 1978 za: Tyszka, 1999b) ludzie częściej korzystają z tych rodzajów ubezpieczeń, z których korzystają inni ludzie: znajomi, krewni, sąsiedzi, a więc ich decyzje związane są z akceptowaniem upowszechnionej normy. Ponieważ teoretycznie badani mogli maksymalnie skorzystać z ośmiu ofert ubezpieczeniowych łącznie lub nie skorzystać z żadnej z nich, liczbowy wskaźnik natężenia skłonności do ubezpieczania się mógł zawierać się w przedziale 0–8. Rozkład natężenia tej skłonności pokazuje Tabela 2.

Jak widać z tej tabeli rozkład natężenia skłonności badanych do ubezpieczania się jest zbliżony do normalnego; najmniej osób wykazuje skrajnie

Tabela 2
*Rozkład natężenia skłonności do ubezpieczania się, mierzony globalnym wskaźnikiem częstości ubezpieczania się: 0 – brak jakiegokolwiek ubezpieczenia; 8 – wykupienie wszystkich rodzajów ubezpieczenia. (N = 165) **

Wielkość globalnego wskaźnika	Liczba osób badanych	Procent
0	7	4,2
1	11	6,7
2	25	15,2
3	29	17,6
4	33	20,0
5	24	14,5
6	11	6,7
7	17	10,3
8	8	4,8

* Spośród całej próby badanych wyłączone zostały osoby, które ze względów obiektywnych nie mogły wykupić danego ubezpieczenia (nie posiadają mieszkania, samochodu, itp.) lub wypełniona przez nich ankieta zawierała braki w danych. Łącznie dotyczyło to 94 osób i stąd analiza natężenia skłonności do ubezpieczania się objęła grupę 165 osób.

Tabela 3
Wzajemny związek poszczególnych rodzajów ubezpieczeń (miarą jest Chi-kwadrat Pearsona)

	U1	***U2***	***U3***	***U4***	***U5***	***U6***	***U7***	***U8***
U1	–	**149,1** ***p* < 0,000**	**24,89** ***p* < 0,000**	n.i.	n.i.	4,26 *p* < 0,04	18,88 *p* < 0,000	32,16 *p* < 0,000
U2	–	–	**29,32** ***p* < 0,000**	n.i.	n.i.	8,09 *p* < 0,04	28,37 *p* < 0,000	38,76 *p* < 0,000
U3	–	–	–	n.i.	**6,00** ***p* < 0,01**	10,35 *p* < 0,04	n.i.	19,74 *p* < 0,000
U4	–	–	–	–	**77,94** ***p* < 0,000**	21,16 *p* < 0,000	n.i.	6,30 *p* < 0,01
U5	–	–	–	–	–	7,54 *p* < 0,006	n.i.	12,00 *p* < 0,001
U6	–	–	–	–	–	–	n.i.	12,90 *p* < 0,000
U7	–	–	–	–	–	–	–	27,90 *p* < 0,000
U8	–	–	–	–	–	–	–	–

U1 – Ubezpieczenie mieszkania przed zdarzeniami losowymi
U2 – Ubezpieczenie mieszkania przed kradzieżą
U3 – Ubezpieczenie Auto Casco
U4 – Ubezpieczenie na życie
U5 – Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków
U6 – Ubezpieczenie zaopatrzenia dzieci
U7 – Ubezpieczenie cennych przedmiotów
U8 – Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (niezwiązanej z prowadzeniem pojazdów)

niskie natężenie tej skłonności (wartość wskaźników równa 0 i 1) oraz skrajnie wysokie (wartość wskaźnika 7 i 8). Największy odsetek badanych charakteryzuje się umiarkowanym natężeniem tej właściwości tj. dla ponad 50% badanych wartość przyjętego wskaźnika zawiera się w przedziale 3–5.

Dane dotyczące częstości korzystania z poszczególnych rodzajów ubezpieczeń nasuwają następujące pytanie: czy istnieją takie rodzaje ubezpieczeń, które mają związek z pozostałymi. Czyli inaczej to ujmując czy częstość korzystania z jednego ich rodzaju idzie w parze z częstością korzystania z innego ubezpieczenia. I odwrotnie czy nie korzystanie z jakiegoś ubezpieczenia wiąże się z podobną częstością nie korzystania z ubezpieczenia innego rodzaju.

Istotność różnic między porównywanymi częstościami obliczono za pomocą *Chi-kwadratu* Pearsona. Wzajemne związki poszczególnych rodzajów ubezpieczeń prezentuje Tabela 3. Te związki, które łączą jednoczesne korzystanie z dwóch rodzajów ubezpieczeń pokazują wskaźniki zaznaczone wytłuszczonym drukiem. Pozostałe istotne statystycznie wartości *Chi-kwadrat* oznaczają, że w porównywanych parach ubezpieczeń nie korzystaniu z jednego z nich towarzyszy nie kupowanie drugiego ubezpieczenia.

Okazało się, że silny „pozytywny" związek łączy oba rodzaje ubezpieczenia mieszkania (tzn. badani jednakowo często kupują równocześnie oba ubezpieczenia). Ten sam rodzaj związku łączy ze sobą wykupienie Auto casco z wykupieniem obu ubezpieczeń mieszkaniowych oraz ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniem od następstw nieszczęśliwych wypadków. Nieco słabszy – choć istotny statystycznie – jest związek między wykupieniem Auto casco a ubezpieczaniem się od następstw nieszczęśliwych wypadków.

Powyższe wyniki wskazują na to, że ryzykowność bliskich jakościowo rodzajów zagrożeń oceniana jest przez ludzi podobnie, a w efekcie pociąga to za sobą skłonność do ubezpieczania się przed ich konsekwencjami.

BIBLIOGRAFIA

Doliński, D., Gromski, W., Zawisza, E. (1987). Unrealistic pessimism. *Journal of Social Psychology, 3*.

Gasparski, P., Filler, E., Kaczkowska, B., Kozielecki, J. (1979). Rola przekonań o sterowności w zachowaniach decyzyjnych. W: M. Łukasiak-Goszczyńska (red.), Wybrane zagadnienia psychologii decyzji. *Zeszyty Naukowe Instytutu Psychologii UW, nr 14*. Warszawa: UW.

Goszczyńska, M. (1996). *Nierealistyczny optymizm czy realistyczny pesymizm? Mechanizmy zniekształcające oceny prawdopodobieństwa skutków zagrożeń*. Warszawa: Nie opublikowany raport z badań.

Goszczyńska, M. (1997). *Człowiek wobec zagrożeń. Psychospołeczne uwarunkowania oceny i akceptacji ryzyka*. Warszawa: Wydawnictwo „Żak".

Goszczyńska, M., Rosłan, A. (1989). Self-evaluation of drivers' skill: A cross-cultural comparison. *Accident Analysis and Prevention, 21, 3*, 217-224.

Kozielecki, J. (1977). *Psychologiczna teoria decyzji*. Warszawa: PWN.

Ratajczak, Z. (2000). *Oblicza ludzkiej zaradności*. Referat wygłoszony na ogólnopolskiej konferencji naukowej nt. „Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy, Katastrofy, Kataklizmy". Cieszyn, 11-13 maja 2000 r.

Slovic, P., Fischhoff, B., Lichtenstein, S. (1979). *Perceived risk*. Eugene: Oregon (maszynopis).

Sokołowska, J. (1984). Rozumienie ryzyka w psychologii. *Przegląd Psychologiczny, 3*, 673-692.

Sokołowska, J. (1993). *Przewidywania i wybory a przekonanie o własnej kontroli*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Svenson, O. (1978). Risks of road transportation in a psychological perspective. *Accident and Prevention, 10*, 267-280.

Svenson, O. (1981). Are we all less risky and more skillful than our fellow drivers? *Acta Psychologica, 47*, 143-148.

Svenson, O., Fischhoff, B., MacGregor, D. (1985). Perceived driving safety and seatbelt usage. *Accident Analysis and Prevention, 17*, 119-133.

Szmajke, A. (1987). *Nierealistyczny optymizm w spostrzeganiu ryzyka związanego z pracą*. Nie opublikowany raport z badań. Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy.

Toda, M. (1978). *What happens at the moment of decisions?: Metadecisions, emotions and volitions*. Sapporo, maszynopis.

Tyszka, T. (1999a). *Psychologiczne pułapki oceniania i podejmowania decyzji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Tyszka, T. (1999b). Kiedy się ubezpieczamy? *Kolokwia Psychologiczne, Nr 7: Opresja i pomoc*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.

Verplanken, B., Pieters, R.G.M. (1987). *Hindsight estimates of technological calamities and need for cognition. I always said something like Chernobyl would happen*. Didn't I? SPUDM, Cambridge.

Wagenaar, W.A, Keren, G.B. (1988). Chance and luck are not the same. *Journal of Behavioral Decision Making, 1*, 65-75.

Weinstein, N. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 806-820.

Weinstein, N., (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factor and susceptibility. *Health Psychology, 3*, 431-457.Doliński, D., Gromski, W., Zawisza, E. (1987). Unrealistic pessimism. *Journal of Social Psychology, 3*.

Rozwiązywanie konfliktów przez pary małżeńskie w sytuacji rozwodowej*

Hanna Przybyła-Basista

Uniwersytet Śląski

WYMIARY SYTUACJI ROZWODOWEJ

Z psychologicznego punktu widzenia pojęcie procesu rozwodowego jest złożonym i wieloetapowym zjawiskiem nie ograniczającym się jedynie do przebiegu procesu sądowego. Jego złożoność najlepiej oddaje koncepcja P. Bohannona (1970), który wyróżnił sześć etapów (*stations*) rozwodu stanowiących jednocześnie sześć odrębnych aspektów (obszarów) rozwodu. Każdy z etapów można opisać charakteryzując odrębne stany emocjonalne oraz odrębne zadania, na których jest skoncentrowana osoba przechodząca przez dany etap. Koncepcja Bohannona była wielokrotnie interpretowana przez wielu badaczy wykorzystujących ją do tworzenia swoich modeli myślenia o stadiach procesu rozwodowego (Kaslow, Schwartz, 1987) i możliwości udzielania pomocy osobom rozwodzącym się (Grebe, 1985).

Bohannon wymienił następujące etapy: 1– rozwód emocjonalny (w którym dominują uczucia zranienia, złości, lęku, poczucie straty, chaosu, zaprzeczanie, kłótnie, poszukiwanie pomocy u przyjaciół, rodziny, prośby o rady), 2 – rozwód prawny (z dominującym uczuciem złości, bądź przeciwnie poczuciem beznadziejności, bezradności, depresji, konsultowaniem się z adwokatami), 3 – rozwód ekonomiczny (z dominującym uczuciem wściekłości, zmieszania lub smutku, rozważaniem możliwości zawarcia porozumienia w sprawach dotyczących wspólnej własności, poczuciem bycia oszukanym przez współmałżonka), 4 – rozwód rodzicielski (w którym przeważają uczucia smutku, żalu za stratą, poczucie winy z powodu pozbawienia dzieci domu zamieszkiwanego przez oboje rodziców, poczucie samotności, albo przeciwnie doświadczanie ulgi, koncentracja na sprawach dotyczących opieki nad dziećmi, regulacji odwiedzin itp.), 5 – rozwód środowiskowy (podczas którego byli małżonkowie muszą uporać się ze zmianami zachodzącymi w gronie dotychczasowych przyjaciół oraz reakcjami środowiska i z tego powodu mogą doświadczać samotności, smutku, rozpaczy na skutek niewierności przyjaciół, złości na siebie nawzajem lub ogólnie na sytuację, w której się znaleźli; ale również przeciwnie może się pojawić ekscytacja nowymi formami aktywności i chęć stabilizacji nowego stylu życia), 6 – rozwód psychiczny (którego cechą charakterystyczną jest wzrost energii, akceptacji i zaufania do siebie, uczucie zadowolenia z nowego stylu życia, świadomość siebie jako osoby autonomicznej i całkowicie niezależnej od byłego współmałżonka). Ten ostatni etap następuje z chwilą pokonania poczucia samotności i rozwiązania problemów będących źródłem zmartwień wynikających z faktu rozstania.

Przejście przez powyższe etapy, a przynajmniej przez niektóre z nich może, ale nie musi być równoczesne. Zdaniem Grebe (1985) jedynie emocjonalny aspekt rozwodu oraz aspekt psychiczny wydają się być faktycznymi etapami procesu rozwodowego. Rozwód emocjonalny rozpoczyna bowiem cały proces doświadczania rozwodu, a rozwód psychiczny go kończy. Pozostałe etapy mogą przebiegać równocześnie obejmując różne sfery dotychczasowego funkcjonowania małżonków. Model Bohannona wydaje się być niezwykle użyteczny dla celów identyfikacji zadań stojących przed osobami rozwodzącymi się oraz pomocny dla rozumienia uczuć im towarzyszących.

Myśląc o złożoności procesu rozwodowego należy wziąć pod uwagę nie tylko jego etapowość, ale również odmienność procesów psychicznych osób tworzących rodzinę. Jak podkreśla Maria Beisert (2000) rozwód należy rozpatrywać zarówno z perspektywy indywidualnej, diadycznej, jak i rodzin-

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy zjawiska współczesnej cywilizacji,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2004 SPiA, s. 175–189.

nej. W każdej z tych trzech perspektyw inaczej są charakteryzowane procesy osób w nim uczestniczących i inaczej są przedstawiane zmiany, które muszą się dokonać. Patrząc na rozwód z punktu widzenia osoby – kobiety i mężczyzny – akcent pada na konieczność samodzielnego uporania się przez każdego z partnerów z rozpadem małżeństwa. Należy przy tym spodziewać się wystąpienia różnic w zakresie posiadanych przez małżonków zasobów psychologicznych i materialnych, zróżnicowania indywidualnego stopnia gotowości do opuszczenia związku oraz różnic w możliwościach uruchomienia indywidualnych procesów zaradczych. Różnice te będą powodowały niejednakowe tempo zmian u każdego z partnerów wpływając tym samym na przebieg procesu rozstania się.

Rozpatrując rozwód z punktu widzenia diady należy widzieć go w perspektywie cyklu przemian zachodzących w związku małżeńskim pozwalających małżonkom na przeprowadzenie rozstania i zakończenie relacji małżeńskich. Związani ze sobą licznymi zależnościami małżonkowie bardziej lub mniej zgodnie uczestniczą we wspólnym procesie rozstania i próbują podejmować wspólne decyzje. Niezwykle napięte relacje, które najczęściej towarzyszą kryzysowi małżeńskiemu powodują liczne trudności we współdziałaniu partnerów potrzebnym do zamknięcia małżeństwa. Cykl przemian diady prowadzi zdaniem Kressela (1986) przez następujące etapy: okres przeddecyzyjny, okres decyzji, okres negocjacji oraz okres osiągnięcia nowej równowagi (por. też: Beisert, 2000).

W myśl założeń teorii systemowych rozwód rozpatrywany w perspektywie rodzinnej nie kończy istnienia rodziny, lecz w sposób znaczący zmienia jej formułę funkcjonowania. Powoduje on szereg następstw w rodzaju: zmiany formuły wspólnego zamieszkiwania wszystkich członków rodziny pod jednym dachem, nowej organizacji życia codziennego, wejścia do rodziny nowego partnera któregoś z rodziców, poszerzenia kręgu rodzinnego, pojawienia się rodziny rekonstruowanej itp. Najczęściej bezpośrednią opiekę nad dziećmi sprawuje matka, która mieszka na stałe z dziećmi, zaś ojciec staje się tzw. rodzicem nieopiekuńczym, odwiedzającym dzieci zgodnie z ustalonym planem. Rodzina dalej może spełniać swoją funkcję socjalizacyjną i emocjonalną, choć w zdecydowanie bardziej ograniczonym zakresie, tj. koncentrującym się na relacji rodzice-dzieci. Rozwód z tej perspektywy jest traktowany jako rozwiązanie osobistej relacji łączącej małżonków, a nie rozwiązanie rodziny, która trwa nadal. Rozwód staje się serią przemian modyfikujących życie uczestniczących w nim osób (Beisert, 2000). Do bardzo ważnych należą zmiany w ułożeniu kontaktów pomiędzy dziećmi a rodzicami, co w głównej mierze dotyczy ojców. Jedną z konsekwencji sytuacji rozwodowej może być przedłużanie się konfliktowej relacji dorosłych. Sposoby jej rozwiązywania rzutują na dzieci i mogą stać się przyczyną ich zmian rozwojowych. Z badań Emery (1982) wynika, że to właśnie utrzymujący się konflikt pomiędzy rodzicami, a nie sam rozwód, jest przyczyną problemów rozwojowych dzieci. Więcej problemów zaobserwowano bowiem wśród dzieci z rodzin, w których konflikty były kontynuowane po rozwodzie, w porównaniu z dziećmi z rodzin, w których konflikty po rozwodzie wyciszyły się (Emery, 1982). Dzieci z rodzin rozwiedzionych rodziców doświadczają stresu, jeżeli konflikt przedrozwodowy trwa nadal po rozwodzie i jeżeli dzieciom zabrania się utrzymywania kontaktu z rodzicem, który z nimi nie mieszka (Westman i in., 1971; za: Beisert, 2000, s. 130).

Rozwód jest okresem, w którym często następuje dramatyczne przekształcenie bliskich, osobistych i zwykle wcześniej harmonijnych relacji w głęboko gorzkie i antagonistyczne. Rozwody charakteryzują się toczeniem licznych walk koncentrujących się na sporach o własność, o prawa do opieki nad dziećmi. Wcale nierzadko zdarzają się incydenty w rodzaju: porwania dziecka, sytuacje fizycznego zagrożenia, akty przemocy, niszczenie własności, wyzwiska, zastraszanie oraz brak zastosowania się do nakazów sądowych. W przybliżeniu około jedna trzecia rozwodzących się par kontynuuje ostre spory przez wiele lat po rozwodzie. Oczywiście nie wszystkie rozwodzące się pary doświadczają aż tak głębokich konfliktów. Są pary, które bardziej gładko przechodzą przez proces rozwodowy. Obserwacje badaczy wskazują jednak, że nawet podczas tzw. „dobrych rozwodów" („good divorces"), w których pary zdołały wynegocjować przyjazne i nieźle funkcjonujące zasady dalszych relacji, generalnie należy spodziewać się wstępnej wrogości, złości i opozycyjnych stanowisk (Ahrons, 1994; Hopper, 2001).

Hopper (2001, s. 430–431) dokonując przeglądu badań sugeruje cztery możliwe podejścia do rozumienia mechanizmu powstawania konfliktu rozwodowego:

Po pierwsze – konflikt może wywodzić się ze zróżnicowania zasobów lub sił małżonków i ich dążenia do maksymalizowania zysków (np. pieniędzy), własności i innych zasobów (włączając w to dzieci) w trakcie procesu rozwodowego. Wynika on z poja-

wienia się przeciwstawnych interesów materialnych. Gra najczęściej jest o wysoką stawkę, a wyniki nierówne. Płeć może odgrywać w tej grze dużą rolę, gdyż kobiety zwykle są pokrzywdzone w zakresie posiadania zasobów pieniężnych oraz siły i z tego względu muszą twardo walczyć o równy wynik.

Po drugie – konflikt w trakcie procesu rozwodowego może być generowany przez konfrontacyjny charakter systemu prawnego oraz przez procedury i praktyki adwokatów, którzy są funkcjonariuszami tego systemu. Badacze zwracają uwagę na oskarżycielski charakter pozwu, wymagania generowania dowodów w sprawie, zakładania spraw w sądzie oraz definiowania interesów jako raczej oddzielnych aniżeli wspólnych. Z uwagi na fakt, że wszyscy rozwodzący się muszą uczestniczyć w konfrontacyjnym z natury systemie prawnym to, takie praktyki czynią wrogów z małżonków, którzy do tej pory jakoś się ze sobą porozumiewali.

Po trzecie – konflikt może powstawać z psychologicznych reakcji na zranienie, zawstydzenie, czy poniżenie spowodowane rozwodem. Biorąc pod uwagę fakt, że małżeństwo wpływa na całą osobowość małżonka (w tym jego tożsamość), to rozwód jest głęboką ingerencją w obrębie poczucia własnej wartości i godności. W trakcie procesu rozwodowego mogą też łatwiej ujawniać się indywidualne psychopatologie, gdyż pewne aspekty rozwodu mogą rezonować z utrwalonymi słabościami osoby. Rozwód może też powodować pewnego rodzaju walkę wewnętrzną o tożsamość lub generować znaczne napięcia wywołane utratą „poczucia przyłączenia". To z kolei może przyczyniać się do traktowania konfliktu jako sposobu na utrzymanie związku.

Po czwarte – konflikt może być wynikiem istnienia utajonych lub jawnych konfliktów między małżonkami. Może się wyłonić jako wyraz uprzednich, głęboko zakorzenionych różnic w małżeństwie. Tego typu konflikt istnieje z reguły w związku małżeńskim na długo przed rozwodem i staje się jego powodem. Często też jest kontynuowany zarówno w trakcie procesu rozwodowego, jak i po rozwodzie.

Komentując zaprezentowane mechanizmy powstawania konfliktu rozwodowego

Hopper (2001) dodaje, że to, czego nie zawierają powyższe wyjaśnienia, to moralnego aspektu rozwodu. Przez moralny aspekt rozumie on nie tylko postawy religijne, lecz także codzienne nakazy przyzwoitości, które pojawiają się wówczas, gdy ludzie mówią o zdradzie, nadużyciu, winie, czy zakłopotaniu. Jego zdaniem istnieją sposoby, dzięki którym rozwodzący się konstruują retoryki pomagające im umotywować swój rozwód w społecznie uznany sposób, wprowadzając tym samym pewien porządek do chaotycznego procesu rozpadu związku (Hopper, 1993; 2001). W dalszej części artykułu zostaną szczegółowo przedstawione interpretacje, którymi posługują się osoby rozwodzące się w trakcie podejmowania przez siebie prób mierzenia się, z niezwykle trudnym z moralnego punktu widzenia, problemem rozwodu.

INTERAKCJE MAŁŻEŃSKIE PROWADZĄCE DO ROZWODU

Wyniki badań longitudinalnych Johna Gottmana (1994) i jego zespołu potwierdziły tezę, że konflikty w małżeństwie nie są żadnym problemem. Problemem jest to czy małżonkowie potrafią je rozwiązywać. Na podstawie badań trwających ponad 20 lat i obejmujących ponad 200 par małżeńskich Gottman (1994) wyróżnił cztery elementy małżeńskich interakcji prowadzących do rozwodu: krytycyzm, obronność, pogarda (lekceważenie) oraz wycofanie. Krytycyzm pociąga za sobą udowadnianie, że ta druga osoba jest gorsza. Według doniesień Gottmana (1994) kobiety zdecydowanie częściej stosują mechanizm narzekania i ustawicznego krytykowania małżonka w porównaniu z mężczyznami. Zdaniem tego badacza, w sytuacji gdy narzekanie nie przynosi spodziewanych rezultatów, wówczas pojawia się krytycyzm. Jeśli z kolei krytycyzm, nie powoduje zmian w zachowaniu małżonka pojawia się pogarda. Stałe krytykowanie i okazywanie pogardy są bardzo wymownymi sygnałami ostrzegającymi przed niebezpieczeństwem rozpadu związku małżeńskiego, gdyż są wskaźnikiem, że żona lub mąż po cichu dokonali już negatywnej oceny partnera. Fakt ten może wyzwolić w małżonkach spiralę wzajemnie niekorzystnych reakcji. Stałe potępienie pojawiające się w myślach któregoś z partnerów w naturalny sposób prowadzi do ataku, który zmusza drugą stronę do przyjęcia postawy obronnej. Obronność oznacza niezdolność do wrażliwego wysłuchiwania skarg, czy krytyki, a przede wszystkim odmowę wzięcia odpowiedzialności za błąd, porażkę czy pomyłkę w sądach. Padają wówczas stwierdzenia w rodzaju: „To nie była moja wina", „Ty też tak robisz", „Dlaczego zawsze mnie atakujesz?". Przyjęcie postawy defensywnej jest zagrażające dla małżeństwa, gdyż wyklucza nadzieję na szukanie porozumienia oraz prowokuje partnera do okazywania pogardy i w końcu do przyjęcia postawy wycofania. Ta ostatnia postawa oznacza otoczenie się murem milczenia, który jest ostatecznym

środkiem obronnym. Odpowiedzią na konflikt jest wówczas kamienna cisza, zmiana tematu, odmowa rozmowy lub wyjście z sytuacji. Niknie nadzieja na rozwiązanie konfliktu. W wycofaniu i otoczeniu się murem milczenia jest zawarta istotna informacja o poczuciu wyższości, dystansu, a nawet nienawiści. I oczywiście źle to wróży dla małżeństwa. Z badań Gottmana (1993, 1994) wynika, że w 85 procentach przypadków odgradzanie się murem milczenia stosuje mąż w odpowiedzi na zachowania żony, która atakuje go, krytykując i okazując pogardę. Jeśli odgradzanie się murem milczenia wejdzie w nawyk może przekreślać wszelkie szanse na łagodzenie i usuwanie nieporozumień prowadząc do katastrofy małżeńskiej. Gottman (1994) ustalił, że kiedy negatywne interakcje zaczynały przewyższać pozytywne, małżeństwo wydawało się być obarczone dużym ryzykiem porażki.

Elizabeth M. Ellis (2000) wymienia z kolei, wśród czynników ryzyka prowadzących do rozwodu, niektóre cechy osobowościowe takie jak: sztywność (nieustępliwość), brak zdolności empatii, nierealistyczne oczekiwania oraz brak umiejętności rozwiązywania problemów. Cechy te Goleman (1997) zalicza do braku przejawów tzw. inteligencji emocjonalnej odpowiedzialnej za dobre relacje z innymi. Niewątpliwie wymienione przez Ellis (2000) cechy osobowościowe łącząc się z opisanymi przez Gottmana (1994) sposobami reagowania w sytuacji konfliktu prowadzą do poważnych nieporozumień małżeńskich.

W badaniach Gottmana (1994) okazało się również, że pary małżeńskie, które wkraczają na drogę katastrofy małżeńskiej rozwijają następujące skrypty wewnętrzne. Jeden dotyczy bycia niewinną ofiarą a drugi prawa do sprawiedliwego oburzenia. Skrypty te pozwalają na wzmocnienie własnego stanowiska i oczernienie partnera. Na przykład żona może mieć wewnętrzny skrypt, zgodnie z którym ona jest ofiarą zimnego, bez serca i nie wspierającego małżonka, który troszczy się jedynie o zarabianie pieniędzy. Natomiast mąż może mieć skrypt, według którego jest on oburzony na żonę za brak porządku w domu, dbanie jedynie o własny atrakcyjny wygląd i posiadanie interesującego towarzystwa. Wchodzenie przez małżonków w cykl negatywnych interakcji okazywania sobie lekceważenia, pogardy i wycofania trwa tak długo dopóki oboje nie poczują, że sytuacja stała się beznadziejna. Wówczas oboje rozpoczynają prowadzenie równoległego i niezależnego życia obok siebie. Prowadzi to do utwierdzenia się we własnych przekonaniach na temat partnera i umacniania swojego stanowiska poprzez włączanie innych osób w ocenę relacji małżeńskich, które mają za zadanie potwierdzić przyjęte stanowisko. Ostatnim krokiem na drodze do rozwodu jest rewizja historii powodów zawarcia związku małżeńskiego. Jak stwierdza Gottman (1994, s. 127) „Nic nie przepowiada tak dokładnie przyszłości małżeństwa jak to, w jaki sposób para opowiada o przeszłości". Według ustaleń tego badacza pary „zdążające" do rozwodu na dwa różne sposoby opisują początki swojego związku: (1) jedni twierdzą, że decyzja o małżeństwie była wynikiem impulsu, jednostronna, uczyniona pod presją, toteż we wspomnieniach nie pojawiają się żadne pozytywne emocje wobec partnera. (2) drudzy wspominają wczesne oznaki lekceważenia i rozczarowania jako zwiastuny złych czasów, które potem nadeszły. Te opowieści o początkach małżeństwa stają się zgodne z posiadanymi wewnętrznymi skryptami.

Wyniki badań wskazują też, że kobiety mają zdecydowanie wyższy poziom świadomości, że w małżeństwie źle się dzieje w porównaniu z mężczyznami. Zwykle dużo wcześniej zaczynają się orientować, że małżeństwo zmierza ku katastrofie. Zapewne ta realistyczna ocena poziomu braku satysfakcji małżeńskiej powoduje, że kobiety inicjują większość rozwodów. W badaniach Wallerstein i Kelly (1980) okazało się, że kobiety inicjowały trzy czwarte rozwodów, zaś blisko połowa ich mężów oponowała przeciwko rozwodowi. Do podobnych wniosków doszła Koel ze współpracownikami (za: Ellis, 2000), która przebadała 700 rozwodzących się par małżeńskich i stwierdziła, że kobiety inicjowały trzy razy częściej rozwody w porównaniu z mężczyznami. Również badania Furstenberg i Cherlin (1991) oraz Fulton (1979) potwierdziły powyższe obserwacje. W badaniach Furstenberg i Cherlin (1991) 80% małżeństw kończyło się jednostronnym zerwaniem umowy małżeńskiej, zwykle z inicjatywy żon. Badacze ci sugerują jednak bardziej złożoną ocenę motywacji kobiety jako inicjatora rozwodu. Z ich obserwacji wynikało bowiem, że choć żona była formalnym inicjatorem rozwodu, to jednak często mąż prowokował żonę do złożenia pozwu nie chcąc ponosić odpowiedzialności za zakończenie małżeństwa.

INICJATORZY *VS* NIE-INICJATORZY ROZWODU

Rozwód stanowi ważny moralnie problem do uporządkowania. Większość ludzi zawierając związek małżeński jest przekonanych, że będzie to małżeństwo do końca życia („na zawsze"). Z tego względu podczas rozwodu napotykają ważny i trudny interpretacyjnie problem do wyjaśnienia, dlaczego ich małżeństwo właściwie się rozpadło? Aby rozwiązać

ten problem muszą oni anulować znaczenie nadane małżeństwu uprzednio. Inaczej zrobią to inicjatorzy (*initiators*) rozwodu, a inaczej nie-inicjatorzy (*noninitiators* – Hopper, 2001).

Inicjatorzy rozwodu zaczynają widzieć swoje małżeństwa, jako takie, które od samego początku właściwie nie były małżeństwami. Postrzegają je w negatywnych terminach, jako złe, nieszczęśliwe, nieudane od samego startu. Te poglądy łączą z odczuciem, że małżeństwo od podstaw było błędem, który dopiero teraz się ujawnił. Inicjatorzy koncentrują się na skargach oraz dostrzeganiu starych i nowych problemów, donoszą o ponoszonych od długiego czasu porażkach. Mówią o negatywnych odczuciach i własnej ambiwalencji, która poprzedzała decyzję o rozwodzie. Większość inicjatorów jest bardziej przekonanych, że małżeństwo wiązało się z cierpieniem od samego początku, aniżeli że cierpienie rozwijało się wraz z upływem czasu. Te negatywne redefinicje własnego małżeństwa, pozwalają inicjatorom w końcu stwierdzić, że „realne" małżeństwo właściwie w ogóle nie istniało. Z tej perspektywy patrząc wysiłki, aby zachować małżeństwo wydają się więc absurdem. Podsumowując, inicjatorzy uruchamiając opisane powyżej obronne reinterpretacje tworzą podstawy pod anulowanie swojego małżeństwa. Proces interpretacyjny zmierza w kierunku unieważnienia więzów małżeńskich poprzez stwierdzenie, że nie tylko więzy pomiędzy małżonkami zostały już rozwiązane, ale że jako takich więzów w zasadzie nigdy nie było. Taki sposób myślenia rozwiązuje symbolicznie ważny z moralnego punktu widzenia problem świętości małżeństwa. Świętość nie została naruszona, gdyż nie istniała od samego początku. Według obserwacji pochodzących z badań Josepha Hoppera (2001) małżonek, który podjął decyzję o rozwodzie czuł się zmuszony do natychmiastowego usprawiedliwienia tej decyzji niezależnie od okoliczności, które miały miejsce w czasie poprzedzającym rozwód. Interpretacja zmieniająca własne małżeństwo w błędne od samego początku, niesprawiedliwe, puste, złe, jawiła się inicjatorom, jako efektywny sposób na unieważnienie własnego małżeństwa oraz uzasadnienie, czy wręcz usprawiedliwienie rozwodu. Taka interpretacja nie pozostawała też w sprzeczności z utrzymywaniem przekonania o świętości instytucji małżeństwa samej w sobie. Inicjatorzy mogli dalej uważać instytucję małżeństwa za świętą, gdyż zanegowali tylko podstawy swojego własnego małżeństwa (Hopper, 2001).

Z kolei nie-inicjatorzy również stawali w obliczu wyjaśnienia, dlaczego ich małżeństwo się rozpadło i podobnie jak inicjatorzy rozwodu mieli do wyboru dwie możliwości: (1) mogli zakwestionować pojęcie małżeństwa jako kulturowego ideału lub (2) zakwestionować swój własny przypadek małżeństwa. Z badań Hoppera (2001) wynika, że nie-inicjatorzy generalnie wybierali drugi wariant, przy czym czynili to inaczej niż inicjatorzy rozwodu. Najczęściej widzieli winę w partnerze, którego uważali za obłudnego i sabotującego od dłuższego czasu ich relację małżeńską. Zaczynali postrzegać swoich małżonków jako dwulicowych, którzy ich oszukali. Nie-inicjatorzy przypisywali więc inicjatorom celowe działanie. Stąd też wysiłki, by prowadzić negocjacje rozwodowe wydawały im się nacechowane kłamstwami.

Nie-inicjatorzy, w przeciwieństwie do inicjatorów, nie byli zmuszeni do negatywnej rekonstrukcji małżeństwa i nie musieli usprawiedliwiać rozwodu. Musieli jednak wyjaśnić sobie, co się właściwie stało. Mocniejszy grunt moralny odnajdywali dzięki podkreślaniu świętości instytucji małżeństwa samego w sobie oraz pozytywnych aspektów ich własnego małżeństwa, przy jednoczesnym negowaniu wartości swoich partnerów. Podczas, gdy inicjatorzy formułowali interpretację, w świetle której rozwód był oczywistą konsekwencją stanu ich małżeństwa, nie-inicjatorzy musieli stanąć w obliczu odpowiedzi na pytanie dlaczego oni sami nie zainicjowali rozwodu, skoro dostrzegali wcześniejsze oznaki zła w małżeństwie. Nie-inicjatorzy koncentrowali się raczej na pozytywnych aspektach własnych małżeństw, co wydaje się wskazywać na działanie mechanizmu utrzymywania równowagi opisanego przez systemową teorię rodzin. Zgodnie z tą teorią członkowie rodziny często wykazują komplementarne cechy i zachowania. Jeśli zatem jedno z małżonków podkreślało negatywne aspekty małżeństwa, to prowokowało drugiego do podejmowania wysiłków „zrównoważenia" tego stanu rzeczy (Hopper, 2001).

Przedstawiona powyżej przez Hoppera (2001) koncepcja tworzenia przez inicjatorów i nie-inicjatorów interpretacji pojęcia małżeństwa i rozwodu ukazuje mechanizm dramatycznie przeciwstawiający sobie partnerów. Może on stanowić pułapkę przy podejmowaniu prób rozwiązania konfliktu rozwodowego drogą negocjacji lub mediacji. Koncepcja ta jest niezwykle interesująca, choć wymaga dalszych pogłębionych badań. Trzeba pamiętać, że

podstawą weryfikacji powyższej koncepcji były wywiady przeprowadzone z 99 osobami (w tym m.in: 40 osobami rozwodzącymi się, 23 profesjonalistami, 16 członkami rodzin). Niewątpliwie pomocne byłyby kolejne badania weryfikujące opisane wyniki na większej próbie.

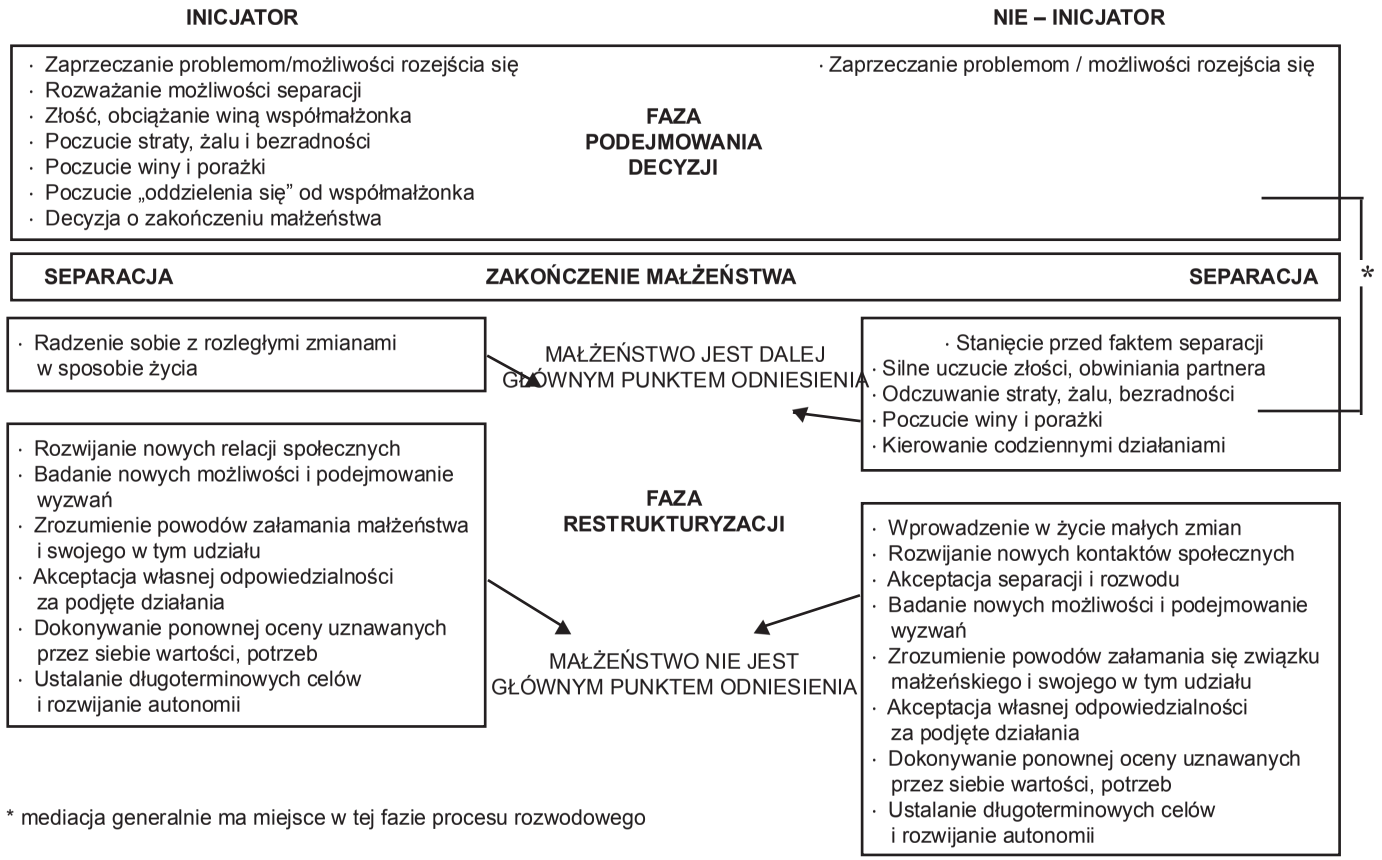
DYNAMIKA ZMIAN EMOCJONALNYCH W PROCESIE ROZWODOWYM

Zarysowany powyżej obraz zmian zachodzących na poziomie poznawczym u inicjatorów i nie-inicjatorów rozwodu warto uzupełnić o charakterystykę zmian pojawiających się na poziomie emocjonalnym. Taką koncepcję dynamiki zmian emocjonalnych w toku procesu rozwodowego u inicjatora i nie-inicjatora rozwodu przedstawiła Emily M. Brown (1976, 1985). W świetle tej koncepcji istnieją dwie zasadnicze fazy w procesie zmian emocjonalnych związanych z rozwodem: pierwszą jest faza podejmowania decyzji, drugą – faza restrukturyzacji. Każda z tych faz inaczej odzwierciedla się w psychice małżonków w zależności od tego, kto z nich zdecydował o rozpoczęciu procesu rozwodowego. Zmiany emocjonalne zachodzące w poszczególnych fazach u inicjatora i nie-inicjatora rozwodu przedstawia Rycina 1. Decyzja o rozwodzie rzadko kiedy jest wzajemna (Kelly, 1982; Kaslow, Schwartz, 1987). Stąd też zdarzeniu temu z reguły towarzyszą intensywne przeżycia emocjonalne. Zazwyczaj decyzja ta jest podejmowana jednostronnie, zaś „odrzucony" małżonek (lub „odrzucona małżonka") jest jednym z ostatnich, którzy się o tym dowiadują. Z tego powodu małżonkowie doświadczają odmiennych przeżyć emocjonalnych w trakcie rozwodu (Brown, 1985). Pamiętając o złożoności pojęcia rozwodu z psychologicznego punktu widzenia, który nie jest tożsamy z przebiegiem rozwodowego procesu sądowego można się spodziewać całego wieloetapowego procesu emocjonalnych przemian następujących u współmałżonków.

W fazie podejmowania decyzji o rozwodzie inicjator z początku zaprzecza problemom i możliwości rozejścia się. Po jakimś czasie zaczyna jednak rozważać możliwość separacji, jednocześnie przeżywając sprzeczne uczucia – złości, obciążania winą współmałżonka, poczucia straty oraz żalu i bezradności. Ponadto doświadcza poczucia winy i porażki oraz narastającego „oddalenia się" od współmałżonka. Fazę tę zamyka podjęcie decyzji o zakończeniu małżeństwa i wprowadzeniu w życie separacji. W tym samym czasie, gdy inicjator przygotowuje się do podjęcia decyzji o zakończeniu małżeństwa, drugi małżonek (nie-inicjator) zazwyczaj nie dostrzega zagrożenia stosując mechanizm zaprzeczania problemom małżeńskim i możliwości rozstania się (Brown, 1976, 1985). Dla niego ta faza kończy się również z chwilą separacji, ale nie jest do niej przygotowany emocjonalnie. Toteż oboje małżonkowie – inicjator i nie-inicjator – w chwili wprowadzania w życie stanu separacji znajdują się na różnych poziomach emocjonalnego przygotowania do rozwodu. Różnice te siłą rzeczy będą uwidaczniały się w kolejnej fazie procesu rozwodowego, jaką jest faza restrukturyzacji. Szczególnie widoczne będą w początkowym okresie jej trwania.

Faza restrukturyzacji przebiega w dwóch następujących po sobie podetapach. W pierwszym, małżeństwo jest dalej głównym punktem odniesienia dla pozostających w separacji małżonków, w drugim małżeństwo nie jest już podstawowym punktem odniesienia. Podobnie jak poprzednią, również i tę fazę oraz jej szczegółowe podetapy inaczej przeżywają osoby, które są inicjatorami rozwodu oraz te, które zostały odrzucone przez partnerów. Dla inicjatorów, pierwszy podetap oznacza pozostawanie w separacji i jednocześnie radzenie sobie ze sporymi zmianami w sposobie życia, które nastąpiły w wyniku rozdzielności życia małżeńskiego. Dla nie-inicjatorów ten sam czas to okres stanięcia przed faktem separacji i przeżywania silnych uczuć: złości, obwiniania partnera, odczuwania straty, żalu, bezradności, poczucia winy oraz porażki (Brown, 1976, 1985).

A zatem z chwilą podjęcia decyzji o rozwodzie i wejścia w okres separacji dla inicjatora zasadniczo kończy się faza doświadczania silnych mieszanych uczuć (stanu „pomieszania uczuciowego"), a zaczyna się koncentracja na zadaniu polegającym na wprowadzeniu w życie zmian w dotychczasowym sposobie funkcjonowania. Punktem odniesienia dalej jeszcze jest małżeństwo. Natomiast dla nie-inicjatora okres ten jest związany z przeżywaniem różnych trudnych i intensywnych uczuć, tych samych zresztą, które wcześniej były udziałem inicjatora. Według E.M. Brown (1985) w tym właśnie okresie najczęściej dochodzi do mediacji małżeńskich. Spotkanie się małżonków podczas sesji mediacyjnej oznacza konfrontację różnic. Inicjator skoncentrowany jest na zadaniu poradzenia sobie z zaistniałymi zmianami i konieczności uporządkowania starego stylu życia po to, by zamknąć małżeństwo, zaś dla nie-inicjatora jest to czas koncentracji na relacji małżeńskiej i przeżywaniu silnych uczuć.



Ryc. 1. Dynamika zmian emocjonalnych w procesie rozwodowym (opracowano na podstawie: Brown, 1985, s. 87)

W drugim podetapie fazy restrukturyzacji, kiedy małżeństwo nie jest już głównym punktem odniesienia dla obojga małżonków należy się spodziewać zaniku różnic w ich emocjonalnym funkcjonowaniu. Dla inicjatora rozwodu jest to czas rozwijania nowych związków społecznych, badania nowych możliwości i podejmowania wyzwań, zrozumienia powodów załamania się związku małżeńskiego i swojego w tym udziału, akceptacji własnej odpowiedzialności za podjęte działania, dokonywania ponownej oceny uznawanych przez siebie wartości i potrzeb, ustalania długoterminowych celów i rozwijania autonomii. W tym samym czasie dla małżonka nie będącego inicjatorem rozwodu również kończy się okres intensywnego przeżywania uczuciowego rozpadu związku małżeńskiego. Coraz bardziej pojawia się akceptacja separacji i rozwodu. Jego przeżycia w tym okresie są zbliżone do przeżyć inicjatora. W szczególności, doświadczenia nie-inicjatora obejmują: wprowadzanie w życie małych decyzji świadczących o podjęciu pewnych zmian, rozwijanie nowych kontaktów społecznych, zaakceptowanie separacji/rozwodu, badanie nowych możliwości i wyzwań, zrozumienie przyczyn załamania się związku małżeńskiego i swojego w tym udziału, zaakceptowanie własnej odpowiedzialności za podjęte działania, dokonanie na nowo oceny uznawanych przez siebie wartości i potrzeb, wyznaczenie długoterminowych celów oraz rozwijanie autonomii (Brown,1985). Z przedstawionego opisu drugiego podetapu fazy restrukturyzacji wynika, że dopiero w tym czasie można się spodziewać racjonalnego i zadaniowego podejścia do zmian następujących w wyniku rozwodu. Odsunięcie na drugi plan myślenia o nieudanym związku małżeńskim i byłym partnerze, jak również emocjonalnego przeżywania faktu rozpadu związku małżeńskiego sprzyja koncentracji na zadaniowym rozwiązywaniu pojawiających się w życiu problemów, podejmowaniu nowych wyzwań i rozwijaniu niezależności.

TYPOLOGIA ROZWODZĄCYCH SIĘ PAR I JEJ IMPLIKACJE DLA PRZEBIEGU PROCESU MEDIACJI

W opinii Brown (1985) decyzja o rozwodzie nie dla wszystkich par oznacza rzeczywistą zmianę stosunków. Dla wielu jest ostatnią, w znaczeniu najświeższą, eskalacją spraw w toczącym się konflikcie. Znaczenie decyzji o rozwodzie odzwierciedla stopień dojrzałości do zajmowania się rozwiązywaniem problemów małżeńskich (lub osobistych któregoś z małżonków). Decyzja o rozwodzie może również stanowić wynik unikania i nie dostrzegania problemów przez któregoś z małżonków lub przez oboje.

Kenneth Kressel wraz ze współpracownikami (Kressel i in., 1980) opracował na podstawie badań typologię rozwodzących się par małżeńskich i przedstawił wpływ określonych typów par na przebieg procesu mediacji małżeńskich w sytuacji rozwodowej. W centrum uwagi badaczy znalazły się zróżnicowane wzory podejmowania decyzji o rozwodzie. Typologia została oparta na trzech głównych (wysoko ze sobą skorelowanych) wymiarach: stopniu ambiwalencji wobec losu związku, częstości i otwartości komunikacji na temat możliwości rozwodu oraz stopniu nasilenia i otwartości konfliktu w sytuacji, gdy decyzja o rozwodzie została już podjęta przez któregoś z małżonków lub oboje. Z badań wynika, że na wynik porozumienia negocjacyjnego zawartego przez małżonków miały największy wpływ różnice we wzorach funkcjonowania pary małżeńskiej w okresie podejmowania decyzji o rozwodzie. Wzory funkcjonowania pary w tym okresie wpływały ponadto na zróżnicowanie poziomu przystosowania porozwodowego byłych partnerów. Pary, którym badacze nadali nazwę „splątane" (*enmeshed*) oraz pary „autystyczne" (*autistic*) były najtrudniejsze dla mediatorów. Wykazywały również najgorszy stopień przystosowania porozwodowego. Natomiast pary, których wzór rozwiązywania konfliktu rozwodowego nazwali badacze „bezpośrednim" (otwartym, *direct*) oraz „rozłączonym" (*disengaged*) radziły sobie znacznie lepiej zarówno podczas mediacji, jak i w okresie porozwodowym.

Wzór „splątany" posiadał następujące cechy charakterystyczne: ekstremalnie wysoki poziom konfliktu i jednocześnie ambiwalencji wobec rozwodu oraz silnie zaburzoną komunikację. Partnerzy niezwykle ostro i zawzięcie dyskutowali za i przeciw, raz zgadzając się na rozwód, a drugim razem zmieniając zdanie tak, że „końcowa" decyzja nigdy nie była ostateczną i nie można było jej wprowadzić w życie. Małżonkowie często utrzymywali wspólne mieszkanie już po podjęciu decyzji o rozwodzie i mogli sypiać w jednym łóżku utrzymując stosunki seksualne. W takich przypadkach negocjacje były długie, zaciekłe i frustrujące nawet wówczas, gdy w zasadniczych sprawach nie istniały obiektywnie przeszkody, by się sprawnie porozumieć. Przedłużające się „handryczenie" o najdrobniejsze szczegóły było efektem nieświadomego oporu przed ostatecznym zawarciem porozumienia. Wynik negocjacji często był tak samo kiepski, jak i same negocjacje. Strony były zawzięte wobec siebie, obwiniające się nawzajem i niezadowolone z warunków

porozumienia. Jedynie parom o tym wzorze funkcjonowania, zdarzały się w okresie porozwodowym różne formy nieprzystosowania do nowej sytuacji w rodzaju: inicjowania kolejnych pozwów sądowych, bądź dokonywania aktów fizycznej przemocy (połączonych nawet z interwencją policji).

Wzór „autystyczny" jest, jak pisze Kressel i in. (1980), antytezą typu „splątanego" w zakresie podejmowania decyzji o rozwodzie. Wśród par autystycznych komunikacja i otwarty konflikt na temat możliwości rozwodu w zasadzie nie istniały. Przechodząc przez stadium podejmowania decyzji małżonkowie unikali się wzajemnie fizycznie i emocjonalnie. I chociaż ambiwalencja w sprawie rozwodu często była wysoka (przynajmniej u jednego z partnerów), nie miało to jednak zasadniczego wpływu na zmiany w przebiegu wzajemnych interakcji podczas okresu podejmowania decyzji. Unikanie konfliktu było dominującą strategią dla tej pary. Wątpliwości bądź niepewność, co do dalszych losów małżeństwa nie była przez małżonków artykułowana.

Z kolei wzór „bezpośredni" w rozwiązywaniu konfliktu (*the direct-conflict pattern*) odznaczał się stosunkowo wysokim poziomem otwartego konfliktu (chociaż nie tak intensywnego, jak w parach „splątanych") oraz częstą i otwartą komunikacją pomiędzy małżonkami na temat możliwości rozwodu. Cechą charakterystyczną tych par był początkowo duży, a potem stopniowo malejący do umiarkowanego stopień ambiwalencji na temat zakończenia małżeństwa podczas „przepracowywania" decyzji o rozwodzie. W tym czasie (trwającym około roku lub dłużej) małżonkowie otwarcie dyskutowali z sobą problem rozwodu, konsultując się też z innymi osobami z zewnątrz. Wiele z tych par posiadało doświadczenia z udziału w terapii, co sprzyjało procesowi psychicznego rozwodu poprzez osłabianie negatywnych więzi emocjonalnych (takich jak np.: poczucie winy, porażki, czy lęku przed separacją), które inaczej skłaniałyby ich do podtrzymywania związku.

W wielu takich parach badacze zaobserwowali wystąpienie krytycznego, ostrego przedmediacyjnego konfliktu dotyczącego warunków separacji, który miał znaczenie katarktyczne. W rezultacie konflikt ten prowadził małżonków do większej chęci zawarcia wzajemnie akceptowanego porozumienia. Konflikty w tej parze przede wszystkim powstawały na tle realistycznych obaw stron, pewnego niedoinformowania oraz gorszej pozycji żony w zakresie spraw finansowych. Choć ogólnie mediacje nie były proste, to największą trudnością było podtrzymywanie dobrej woli męża wobec konieczności wspierania słabszej pozycji żony w negocjacjach. Sama próba dojścia do porozumienia nawet w obliczu zasadniczej ambiwalencji na temat zakończenia relacji małżeńskiej nie była w tych parach problemem, jak to miało miejsce w przypadku par „splątanych". Pary te w okresie porozwodowym wykazywały pewien stopień braku zadowolenia z warunków osiągniętego porozumienia, w szczególności w odniesieniu do aspektów finansowych. Generalnie, indywidualne przystosowanie porozwodowe małżonków było umiarkowanie dobre, szczególnie żon, które cieszyły się poczuciem psychologicznej i finansowej autonomii.

Wzór „rozłączny" w rozwiązywaniu konfliktu rozwodowego (*the disengaged conflict pattern*) odznaczał się niskim poziomem ambiwalencji na temat zakończenia małżeństwa. Poziom konfliktu oraz komunikacji był również na niski, podobnie jak w parach o autystycznym wzorze rozwiązywania konfliktu. Było to jednak bardziej wynikiem braku zainteresowania sobą ze strony małżonków, aniżeli lęku. Pary te cechował stosunkowo długi okres czasu, w którym małżonkowie poważnie rozważali rozwód. Podejmowali jednakże bardzo mało realnych wysiłków w celu osiągnięcia pojednania. Zdarzało się nawet, że uczestniczyli w terapii, choć brak tu było rzeczywistego zaangażowania. Przede wszystkim brakowało wzajemnego zainteresowania sobą po to, by efektywnie pracować nad utrzymaniem związku małżeńskiego. Negocjacje w tej grupie par małżeńskich były

najszybsze w porównaniu z innymi typami opisanymi przez Kressela i współpracowników (1980). Pomimo, iż strony opisywały swoje relacje jako napięte i zaznaczały się czasem ostre różnice zdań, podczas negocjacji panował ogólny klimat współpracy. Generalnie pary te cechowało optymistyczne nastawienie do mediacji i zadowolenie z osiągniętych wyników. Mężowie byli bardziej przychylnie nastawieni do mediacji w porównaniu z żonami. Rola mediatora była stosunkowo nieskomplikowana i polegała głównie na dostarczaniu struktury pomocnej do negocjowania oraz okazjonalnego przypominania o szczegółach podlegających negocjacjom. Ten wzór rozwiązywania konfliktu rozwodowego korelował z najbardziej zadowalającym przystosowaniem porozwodowym w badanej próbie.

Podsumowując powyższe ustalenia badawcze warto szerzej skomentować implikacje dotyczące wyróżnienia wzorów par małżeńskich w zakresie

podejmowania decyzji o rozwodzie dla procesu mediacji. Z badań Kressela i jego zespołu (1980) wynika, że mediatorzy generalnie podejmowali starania o utrzymanie koncentracji zadaniowej małżonków na konkretnych sprawach. Ten styl pracy był zgodny z regułą przyjętą przez amerykańskie Towarzystwo Mediacji Rodzinnych (the Family Mediation Association), w myśl której pary z emocjonalnymi problemami należy kierować do innych specjalistów (doradców małżeńskich, terapeutów) w celu uzyskania pomocy. Okazało się, że w mediacjach małżeńskich typ pracy o charakterze orientacji zadaniowej był dobry dla par o wzorze „bezpośrednim" i „rozłącznym" w rozwiązywaniu konfliktu rozwodowego. W tych przypadkach cele mediatora i cele małżonków były zgodne w odniesieniu do dążenia zawarcia sprawiedliwego porozumienia.

Orientacja zadaniowa wydawała się jednak mniej skuteczna dla par o „splątanym" i „autystycznym" wzorze rozwiązywania konfliktu rozwodowego. W tego typu parach istniała zasadnicza, choć niewyartykułowana rozbieżność pomiędzy uczestnikami procesu mediacji. W parach o wzorze „splątanym" cel mediatora, jakim było zawarcie porozumienia, pozostawał w sprzeczności z niezwykle silnymi psychicznymi więzami stron. Z kolei w parach o wzorze „autystycznym" unikanie otwartej komunikacji (przez Kressela nazwane postawą fobii – *phobic attitude*), szczególnie w odniesieniu do przedmiotu konfliktu, było w sprzeczności z podejmowaniem przez mediatora nacisków na potrzebę rozwiązania problemu (Kressel i in., 1980, s.114).

Przedstawiona powyżej typologia par małżeńskich opracowana pod kątem zanalizowania różnych wzorów rozwiązywania konfliktu rozwodowego przez małżonków wydaje się niezwykle wartościowa. Po pierwsze, pozwala na szczegółową analizę procesów psychologicznych zachodzących w związkach małżeńskich w zależności od typu wzoru rozwiązywania konfliktu rozwodowego i ustalenie, którym parom małżeńskim jest łatwiej, a którym trudniej o zakończenie relacji małżeńskich i przeprowadzenie rozstania. Po drugie, przedstawiona przez badaczy typologia pozwala na przewidywanie zachowania małżonków podczas procesu mediacji małżeńskich, co może stanowić cenną pomoc dla mediatora. Po trzecie, obserwacje badaczy umożliwiły również prognozę przystosowania porozwodowego małżonków i przewidywanie ich dalszego funkcjonowania w zależności od typu wzoru rozwiązywania konfliktu rozwodowego. Wiedza ta staje się szansą na bardziej skuteczną pomoc dla rozstających się małżonków.

PODSUMOWANIE

Celem niniejszego artykułu było ukazanie złożoności procesu rozwodowego z punktu widzenia uczestniczących w nim małżonków jako odrębnych jednostek oraz z punktu widzenia zmian, przez które musi przejść diada małżeńska. Przedstawiono różnice, jakie zachodzą pomiędzy uczestniczącymi w sytuacji rozwodowej małżonkami, wynikające z faktu bycia inicjatorem procesu rozwodowego bądź pełnienia roli „opuszczonego" małżonka. Różnice te zostały scharakteryzowane pod kątem odmienności w doświadczaniu przeżyć emocjonalnych, uruchamianiu odmiennych atrybucji wyjaśniających zaistniały stan rzeczy oraz podejmowaniu określonych zachowań nasilających konfliktowe interakcje. Badacze zaobserwowali również wpływ określonych wzorów małżeńskich interakcji na rozwiązywanie konfliktu rozwodowego, przewidywanie zachowania małżonków w sytuacji rozwodowej, prognozę przebiegu procesu mediacji małżeńskich oraz funkcjonowania porozwodowego. K. Kressel wraz ze współpracownikami (1980) zaproponował typologię par małżeńskich umożliwiającą wyjaśnienie zachowania się małżonków w sytuacji rozwodowej oraz podpowiadającą wystąpienie określonych trudności w pracy mediacyjnej z takimi parami.

W artykule zwrócono szczególną uwagę na siłę stresu, jaka niewątpliwie wiąże się ze wzajemnością decyzji o rozwodzie. W większości przypadków tylko jeden z małżonków deklaruje chęć rozwodu, drugi zaś nie podziela tego stanowiska i usilnie dąży do pojednania i utrzymania związku. Crosby (1998) nazywa takie pary spolaryzowanymi. Konsekwencje decyzji jednostronnej są zazwyczaj niezwykle obciążające zarówno dla osoby podejmującej decyzję o rozwodzie, która doświadcza poczucia winy, zagubienia, czy ambiwalencji, jak i dla osoby opuszczonej, która przeżywa poczucie krzywdy, osamotnienia, bądź złości (Fisher, Calhoun, 1998).

Kryzys następujący w diadzie małżeńskiej po ujawnieniu faktu, że jedno z małżonków chce odejść, a drugie się na to nie zgadza może prowadzić albo do indywidualnego rozwiązywania dylematu o utrzymaniu związku małżeńskiego tylko przez jednego z małżonków, albo do decyzji o wspólnym rozwiązywaniu tegoż problemu przez parę małżonków. W przypadku, gdy zachodzi ta ostatnia okoliczność, małżonkowie mogą zwrócić się o pomoc do terapeuty w celu: (1) wypracowania decyzji o utrzymaniu lub zerwaniu związku, (2) zrozumienia przyczyn niepowodzenia w związku i (3) poprawienia relacji między małżonkami dzięki

uczestniczeniu we wspólnej terapii małżeńskiej (Fisher, Calhoun, 1998). Na terapię małżeńską mogą też decydować się partnerzy, którzy wprawdzie noszą się z zamiarem rozwodu lub separacji ale postrzegają terapię jako ostatnią próbę szukania porozumienia przed podjęciem ostatecznych kroków rozwodowych (Crane, 2002). Poszukiwać pomocy mogą też pary, które zdecydowały się na rozstanie i traktują terapię jako środek pomocny dla przeprowadzania rozwodu czy separacji. Zdaniem Crane (2002) w tym ostatnim przypadku będzie to raczej terapia z elementami mediacji rozwodowych aniżeli typowa terapia małżeńska. W takiej sytuacji przebieg pracy z małżonkami koncentruje się przede wszystkim na toczącym się procesie rozwodowym oraz jego implikacjach dla przyszłych stosunków pomiędzy partnerami obejmujących różne sfery ich dotychczasowego wspólnego życia (podział majątku, przyjęcie rozwiązań finansowych, w tym alimentacyjnych, przyznanie opieki prawnej nad dziećmi, wypracowanie reguł dotyczących odwiedzin dziecka itp.). Opisywany przez Crane (2002, 32–33) przypadek „terapii z elementami mediacji rozwodowych" wydaje się być zastosowaniem przez terapeutę mediacji rozwodowych. Te ostatnie coraz częściej stanowią osobną i samodzielną metodę pracy z małżonkami posiadającą swoją specyfikę różną od psychoterapii. Mediacje rozwodowe są szczególnie popularną formą pracy z rozwodzącymi się małżonkami w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii i Wielkiej Brytanii. Popularność tej metody wzrasta i w innych krajach europejskich od lat 90. (Przybyła-Basista, 2002, 2003).

Celem mediacji małżeńskiej w sytuacji rozwodowej jest pomoc trzeciej, neutralnej strony w uporządkowaniu spraw spornych pomiędzy małżonkami zdecydowanymi na rozstanie (Kelly, Gigy, 1989; Kelly, Gigy, Hausman, 1988; Parkinson, 1998). Mediator, podobnie jak terapeuta musi wziąć pod uwagę złożoność całej sytuacji rozwodowej. Musi być świadom indywidualnych procesów psychicznych zachodzących w małżonkach (u inicjatora i nie-inicjatora) stojących w obliczu faktu rozpadu związku małżeńskiego i wykazujących różny stopień gotowości do opuszczenia związku. Mediator pracując z parą małżeńską w trakcie kryzysu rozwodowego musi być również świadom wielu procesów interakcyjnych, które ukształtowały określoną diadę małżeńską. Pozwala to na przewidywanie trudności podczas rozmów mediacyjnych i prób zachęcania partnerów do współdziałania oraz wypracowywania wspólnych decyzji. Znajomość dynamiki przebiegu interakcji małżeńskich podczas rozstania oraz typologii par małżeńskich może stanowić podstawę do właściwej oceny gotowości pary do mediacji i co za tym idzie uniknięcia szeregu pułapek. Uwzględnienie przy tym perspektywy rodzinnej jest szansą na udzielanie skutecznej pomocy w zawarciu takich porozumień małżeńskich, które z jednej strony pozwolą na obniżenie kosztów rozwodowych (materialnych i psychologicznych), a z drugiej zaś strony uczynią bardziej znośnymi konsekwencje rozwodu.

BIBLIOGRAFIA

Ahrons, C.R. (1994). *The good divorce*. New York: Harper Collins.

Beisert, M. (2000). *Rozwód. Proces radzenia sobie z kryzysem*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Bohannon, P. (1970). The six stations of divorce. W: P. Bohannon (red.), *Divorce and after: An analysis of the emotional and social problems of divorce* (s. 29–55). New York: Doubleday.

Brown, E.M. (1976). A model of the divorce process. *Conciliation Courts Review, 14, 2*, 1–11.

Brown, E.M. (1985). Emotional dynamics of couples in mediation. W: J.C. Hansen (red.), *Divorce and family mediation* (s. 80–93). Rockville: Aspen Systems Corporation.

Crane, D.R. (2002). *Podstawy terapii małżeństw*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Crosby, J.F. (1998). *Kiedy jedno chce odejść. Terapia związków małżeńskich*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Ellis, E.M., (2000). *Divorce wars. Interventions with families in conflict*. Washington: APA.

Emery, R.E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin, 2*, 310–330.

Fisher, B.L., Calhoun, R. (1998). „Ja chcę, a ja nie chcę": terapeutyczna pomoc w wypadku systemowej ambiwalencji. W: J.F. Crosby (red.), *Kiedy jedno chce odejść. Terapia związków małżeńskich* (s. 37–56). Gdańsk: GWP.

Fulton, J. (1979). Parental reports of children's post-divorce adjustment. *Journal of Social Issues, 35*, 126–139.

Furstenberg, F., Cherlin, A. (1991). *Divided families: What happens to children when parents part?* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina of Poznań.

Gottman, J. (1993). *What predicts divorce: The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Gottman, J. (1994). *Why marriages succeed or fail, and how you can make yours last*. New York: Fireside.

Grebe, S.C. (1985). Mediation at different stages of the divorce process. W: S.C. Grebe (red.), *Divorce and family mediation* (s. 34–47). Rockville, Maryland: Aspen Systems Corporation.

Hopper, J. (1993). The rhetoric of motives in divorce. *Journal of Marriage and the Family, 55*, 801–813.

Hopper, J. (2001). The symbolic origins of conflict in divorce. *Journal of Marriage and Family, 63*, 430–445.

Kaslow F.W., Schwartz, L.L. (1987). *The dynamics of divorce. A life cycle perspective*. New York: Brunner/Mazel.

Kelly, J.B. (1982). Divorce: The adult perspective. W: B.B. Wolman (red.), *Handbook of developmental psychology* (s. 734–750). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Kelly, J.B., Gigy, L. (1989). Divorce mediation: Characteristics of clients and outcomes. W: K. Kressel, D.G. Pruitt (red.), *Mediation research. The process and effectiveness of third party intervention* (s. 263–283). San Francisco – London: Jossey-Bass Publishers.

Kelly, J.B., Gigy, L., Hausman, S. (1988). Mediated and adversarial divorce: Initial findings from a longitudinal study. W: J. Folberg, A. Milne (red.), *Divorce mediation. Theory and practice* (s. 453–473). NY-London: The Guilford Press.

Kressel, K. (1986). Patterns of coping in divorce. W: R.H. Moos (red.), *Coping with life crises* (s. 145–153). New York & London: Plenum Press.

Kressel, K., Jaffee N., Tuchman, B., Watson, C., Deutsch M. (1980). A typology of divorcing couples: Implications for mediation and the divorce process. *Family Process, 19, 2*, 101–116.

Parkinson, L. (1997). *Family mediation*. London: Sweet & Maxwell.

Przybyła-Basista, H. (2002). Proces mediacji rodzinnych – od teorii do praktyki. *Mediator, 21*, 5–23.

Przybyła-Basista, H. (2003). Wpływ zmian w prawodawstwie rodzinnym na świecie na rozwój praktyki mediacyjnej. *Mediator, 24*, 5–18.

Wallerstein, J., Kelly, J. (1980). *Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce*. New York: Basic Books.

W pułapce destruktywnych przekonań czyli o „zaprogramowaniu na życie we dwoje, za wszelką cenę”*

Danuta Rode
Uniwersytet Śląski

WPROWADZENIE

Kwestię trwania w związku ze sprawcą przemocy można rozpatrywać z punktu widzenia pewnej postawy jaką reprezentują ofiary przemocy wewnątrzmałżeńskiej. Jednym z komponentów kształtujących jakąkolwiek postawę jest pewien system wewnętrznych przekonań jednostki wpływający z kolei na dwa pozostałe aspekty postawy czyli emocje oraz zachowania danej osoby. W przypadku bitych kobiet owe przekonania mają często destruktywny charakter wynikający z faktu, iż utrudniają bądź uniemożliwiają one konstruktywne rozwiązanie sytuacji w jakiej się znajdują, a tym samym stanowią istotny czynnik utrwalający „toksyczne związki” (por. Rode, 1998).

PROBLEMATYKA BADAŃ WŁASNYCH

W swoich badaniach postanowiłam zająć się czynnikiem, który określiłam jako destruktywne przekonania przejawiane przez krzywdzone kobiety. Chciałam określić znaczenie i wpływ tego czynnika na fakt pozostawiania kobiet w krzywdzącym związku.

Schematy myślowe – w przypadku krzywdzonych kobiet – można sprowadzić do naczelnego hasła, iż: „Jedynie żyjąc w związku z mężczyzną mogę mieć wartościowe, godne i szczęśliwe życie” – innej możliwej do przyjęcia drogi życiowej nie ma.

Takie wyobrażenie tworzy pewien program życiowy kobiety, która próbuje za wszelką cenę realizować go w swoim małżeństwie. Szczególnie destruktywne są przekonania:

- wzmacniające poczucie bezradności oraz lęk przed zmianą
- wzmacniające tendencje autodestrukcyjne (poczucie winy, negatywne myślenie oraz chęć karania siebie),
- usprawiedliwiające zaprzestanie poszukiwania konstruktywnych rozwiązań uniemożliwiających samoobronę,
- podtrzymujące irracjonalną nadzieję na poprawę sytuacji.

Destruktywne przekonania spełniające w/w funkcję mają charakter zachowań obronnych, pozwalają kobiecie utrzymać względną równowagę psychiczną, stanowiąc w ten sposób pewną strategię przetrwania, w ostatecznym rozrachunku działają jednak przeciwko samej ofierze, która przyjmując przekonania mniej agresorodne (często zgodne z przekonaniami głoszonymi przez męża) staje się coraz mniej samodzielna i coraz bardziej psychicznie uzależniona od swego oprawcy, tracąc stopniowo zdolność realistycznej i krytycznej oceny sytuacji. Taka postawa ma tendencję do generalizacji na wszystkie sfery życia jednostki., niwecząc szansę wyrwania się z niebezpiecznych relacji (por. Sobolewska, 1998).

System destruktywnych przekonań powstaje pod wpływem doświadczeń, przekazów czy przykładów z życia dotyczących związku z mężczyzną a także pewnego systemu wartości i powinności kobiety, które zapisały się na trwale w jej psychice. Można tu mówić o zakodowanym w jej umyśle swoistym modelu życia rodzinnego, opartego na zasadzie „dopóki śmierć nas nie rozłączy”, a który traktuje przyjęcie na siebie obowiązków rodzinnych jako zło konieczne, utożsamiając miłość z bólem i cierpieniem (por. Rembowski, 1978).

Z drugiej jednak strony owo „zaprogramowanie na życie we dwoje za wszelką cenę” może być w znacznej mierze podyktowane przez specyficzne potrzeby psychiczne kobiety, wpisane w jej poczucie tożsamości:

* Artykuł pochodzi z: *Człowiek w sytuacji zagrożenia: Kryzysy katastrofy kataklizmy,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2001 SPiA, s. 72–84.

potrzebę przynależności do mężczyzny i jej biegun przeciwstawny – potrzebą posiadania partnera.

W świetle powyższych uwag problem, który prezentują sformułować można by następująco:

Czy maltretowane kobiety podzielają destruktywne przekonania mogące stanowić jedno ze źródeł trwałości krzywdzących związków?

METODA

W badaniach wykorzystano:

Autorski Inwentarz „Moje przekonania", Kwestionariusz rozmowy ukierunkowanej. Inwentarz „Moje przekonania" zawierał łącznie 43 stwierdzenia ujęte w cztery przedstawione kategorie tematyczne:

Kategoria I: Małżeństwo i rodzina
Kategoria II: Relacje kobieta – mężczyzna, stereotypy roli męskiej i kobiecej
Kategoria III: Obraz świata
Kategoria IV: Ocena własnej osoby

Celem zastosowania Inwentarza, było ustalenie w jakim stopniu badane kobiety podzielają pewne destruktywne przekonania i schematy myślowe, które mogą umacniać decyzję o pozostaniu ze sprawcą przemocy.

Kwestionariusz rozmowy dotyczył danych personalnych, sytuacji socjalno-materialnej, danych na temat doznawanej przemocy, doświadczeń z dzieciństwa, motywów pozostawania kobiet w krzywdzącym związku i strategii obronnej. i

W badaniach wzięło udział 30 kobiet, mieszkanek woj. śląskiego. Za podstawowe kryteria doboru obrałam:

- fakt pozostawania kobiety we względnie stałym, formalnym lub nieformalnym związku z partnerem stosującym jakakolwiek formę przemocy,
- uzyskanie zgody osób na przeprowadzanie badania.

Badania przeprowadzono w Rodzinnym Ośrodku Diagnostyczno Konsultacyjnym. Średni wiek badanych osób mieścił się w przedziale 31 – 40 lat, połowa badanych kobiet posiadała jedynie wykształcenie podstawowe; 63,3% kobiet nie pracowało, pozostając na utrzymaniu part¬nera.

Pierwsze incydenty przemocy pojawiły się kilka lat po zawarciu związku – sytuacja ta dotyczyła 43,3% respondentek. Badane kobiety zazwyczaj wiązały ten fakt z równorzędnym pojawieniem się problemów z alkoholem i wejścia partnera w „złe towarzystwo".

Najczęstszą formą maltretowania fizycznego, której doświadczyło aż 83,3% kobiet, było bicie ręką lub pięścią. Ponadto były wyzywane. Dla 80% respondentek grożenie i straszenie było najbardziej dolegliwą formą przemocy psychicznej. Najczęściej partner odgrażał się zabiciem kobiety oraz jej dzieci. 36,7% kobiet przyznawało się do doznawania przemocy seksualnej, w formie zmuszania do stosunku i wyrafinowanych form seksu, przez partnera o wygórowanych wymaganiach seksualnych, ukształtowanych często pod wpływem oglądania filmów pornograficznych. Stwierdzono znaczą rozbieżność w okresie trwania przemocy. Dla zobrazowania tego faktu można przytoczyć, iż najkrótszy okres doznawanej przemocy wynosił rok, zaś najdłuższy dwadzieścia kilka lat. Analiza danych dotyczących częstotliwości przemocy dowodzi, iż cześć respondentek (43,3%) doznaje ataków agresji kilka razy w tygodniu, natomiast 23,3% badanych doświadcza przemocy każdego dnia.

WYNIKI BADAŃ

Aby uzyskać odpowiedź na postawione pytanie badawcze tj. „czy maltretowane kobiety podzielają destruktywne przekonania mogące stanowić jedno ze źródeł trwałości krzywdzących związków" posłużyłam się Inwentarzem „Moje przekonania".

Poniżej zostanie przedstawiona ilościowa i jakościowa analiza uzyskanych wyników w oparciu o kategorie tematyczne do których należą kolejne stwierdzenia.

KATEGORIA I: MAŁŻEŃSTWO – RODZINA

Stwierdzenia należące do tej kategorii dotyczą kwestii małżeństwa oraz rodziny w aspekcie ich wartości, obrazu jako społecznej instytucji, a także pewnych konsekwencji, jakie wynikają z przynależności do nich. Poniżej zostanie przedstawiony rozkład diagnostycznych i niediagnostycznych odpowiedzi respondentek na poszczególne stwierdzenia należące do tej kategorii.

Analiza danych zamieszczonych w Tabeli nr 1 wykazuje, iż zdecydowana większość badanych (93,3%) spostrzega rodzinę jako największą wartość w życiu kobiety. Z tym faktem wiążę się również skłonność do zachowania dobrego obrazu rodziny (76,7%), tendencja do nieujawniania pewnych spraw stanowiących swego rodzaju rodzinne tabu (53,3%), czy w końcu przekonanie o konieczności zapewnienia dzieciom ojca (53,3%). Wartość małżeństwa jest spostrzegana również przez pryzmat pewnych norm religijnych – 53,3% kobiet

Tabela 1
Procentowe i ilościowe zestawienie wyników w kategorii II: Relacje kobieta – mężczyzna, stereotypy roli męskiej i kobiecej

Nr tw.	Typ twierdzenia	Odpowiedzi diagnostyczne		Odpowiedzi niediagnostyczne		Odpowiedzi niezdecydowane	
		N=30	%	*N*=30	%	*N*=30	%
1	Rodzina jest największą wartością w życiu każdej kobiety	28	93,3	2	6,7	0	0
4	Dzieci potrzebują ojca nawet jeśli jest gwałtowny	16	53,3	13	43,3	1	3,3
5	Nie powinno się źle mówić o własnej rodzinie	23	76,7	7	23,3	0	0
13	Lepszy mąż, który bije niż żaden	2	6,7	27	90,0	1	3,3
17	To co się dzieje w rodzinie nie powinno wyjść poza cztery ściany domu	16	53,3	13	43,3	1	3,3
18	Jeśli żona bardzo kocha swego męża to w końcu wrócą szczęśliwe dni	11	36,7	16	53,3	3	10,0
23	Ból, cierpienie są nieuniknione w małżeństwie	14	46,7	14	46,7	2	6,7
27	Kiedy małżeństwo rozpada się, to znaczy, że kobieta nie jest wiele warta	9	30,0	21	70,0	0	0
32	Kobieta która odchodzi od męża jest społecznie potępiana	16	53,3	12	40,0	2	6,7
41	Związek małżeński jest rzeczą świętą. Człowiek nie powinien rozłączać tego co Bóg złączył	16	53,3	13	43,3	1	3,3

zgadza się z poglądem, iż związek małżeński jest rzeczą świętą dlatego człowiek nie ma prawa rozrywać więzi uświęconych przez Boga.

Jednocześnie prawie połowa badanych (46,7%) podziela przekonanie, iż cierpienie jest nieuniknionym składnikiem małżeństwa, przez co wyrażają (mniej lub bardziej świadomie) do pewnego stopnia zgodę na ból i złe traktowanie. Z drugiej zaś strony 36,7% respondentek wyraża wiarę w potęgę miłości, która może przełamać falę zła i przyczynić się do poprawy zachowania partnera. 53,3% badanych zgadza się z poglądem, że kobieta która odchodzi od męża jest społecznie potępiana, natomiast znacznie mniejszy procent respondentek (30,0%) podziela przekonanie, iż rozpad małżeństwa świadczy o małej wartości kobiety. Na koniec warto zwrócić uwagę, iż w powyższej kategorii z najmniejszym poparciem ze strony kobiet spotkało się stwierdzenie, że: „lepszy mąż, który bije niż żaden" – tylko dwie osoby (6,7%) podzielają powyższe przekonanie.

KATEGORIA II: RELACJE KOBIETA – MĘŻCZYZNA, STEREOTYPY ROLI MĘSKIEJ I KOBIECEJ

Powyższa kategoria obejmuje przekonania dotyczące relacji interpersonalnych w związkach damsko-męskich, dotyczy pewnych stereotypów odnoszących się do roli, a także pozycji kobiety i mężczyzny w tego typu układach partnerskich. Ilość diagnostycznych i niediagnostycznych odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia za¬warte w tej kategorii przedstawia Tabela nr 2.

Analiza danych zawartych w Tabeli nr 2 wskazuje, iż znaczna cześć badanych podziela tradycyjny model roli kobiecej przypisując jej odpowiedzialność za to co dzieje się w małżeństwie (60,0%) oraz zgadzając się ze stwierdzeniem, iż podstawowe zadania jakie stoją przed kobietą to dbanie o dom oraz wychowanie dzieci (56,7%). Natomiast w mniejszym stopniu respondentki podzielają pogląd, iż kobieta nie powinna przeciwstawiać się mężczyźnie (23,3%) oraz, że nie poradzi sobie w życiu bez partnera (6,7%), aczkolwiek (46,7%) badanych uzależnia w pewnym stopniu poczucie kobiecej wartości od faktu posiadania własnego mężczyzny.

Z kolei jeśli chodzi o stereotyp roli męskiej to chociaż znaczny procent badanych traktuje siłę i agresję jako naturalne atrybuty mężczyzny (50,0%), to jednak zaledwie kilka kobiet przyznaje mu prawo do używania siły jako zasadniczego składnika władzy i dominacji w relacji partnerskiej (13,3%), tylko jedna respondentka zgadza się ze stwierdzeniem, iż mężczyzna ma prawo bić kobietę. Oprócz tego ponad połowa badanych (56,7%) wyraża wiarę w potęgę miłości podzielając pogląd, iż mężczyzna może się zmienić pod wpływem uczucia do kobiety.

Tabela 2
Procentowe i ilościowe zestawienie wyników w kategorii II: Relacje kobieta – mężczyzna, stereotypy roli męskiej i kobiecej

Nr tw.	Typ twierdzenia	Odpowiedzi diagnostyczne		Odpowiedzi niediagnostyczne		Odpowiedzi niezdecydowane	
		N=30	%	*N*=30	%	*N*=30	%
2	Mężczyzna może się całkowicie zmienić z miłości do kobiety	17	56,7	12	40,0	1	3,3
6	Posiadanie własnego mężczyzny podnosi wartość kobiety	14	46,7	12	40,0	4	13,3
10	Kobieta może poradzić sobie w życiu bez mężczyzny	2	6,7	26	86,7	2	6,7
11	Siła i agresja są naturalnymi atrybutami mężczyzny	15	50,0	14	46,7	1	3,3
22	Kobieta jest odpowiedzialna za to co dzieje się w małżeństwie	18	60,0	11	36,7	1	3,3
25	Mężczyzna musi pokazać kto rządzi w domu	4	13,3	26	86,7	0	0
29	Kobieta nie powinna przeciwstawiać się mężczyźnie	27	23,3	23	76,7	0	0
34	Mężczyzna ma prawo bić kobietę i w ten sposób wymierzać sprawiedliwość	1	3,3	29	86,7	0	0
42	Rolą kobiety jest być posłuszną, dbać o dom i wychowywać dzieci	17	56,7	13	43,3	0	0

KATEGORIA III: OBRAZ ŚWIATA

Trzecia kategoria obejmuje stwierdzenia związane z pewnym obrazem świata oraz siłami rządzącymi ludzkim losem. Ponadto znajdują się tu również przekonania dotyczące pewnych zasad i norm moralnych wpływających na postawę jaką wobec życia przyjmuje jednostka. Dane empiryczne na podstawie odpowiedzi kobiet na poszczególne stwierdzenia zawarte w tej kategorii przedstawia Tabela 3.

W oparciu o ilościowe zestawienie odpowiedzi na stwierdzenia zawarte w powyższej kategorii można przyjąć, iż znaczna część badanych kobiet podziela przekonania świadczące o przyjęciu postawy uległości i pokory, przejawiającej się w cierpliwym znoszeniu życiowych trudności (60,0%), przyjmowaniu z pokorą tego, co przynosi los (60,0%), bez użalania się nad sobą (56,7%). Ponadto część respondentek zgadza się z poglądem, iż człowiek powinien sam sobie radzić z życiowymi problemami (60,0%) albo też przeczekać trudne chwile, czekając cierpliwie na poprawę losu (33,3%). Zdecydowana większość kobiet potwierdza, iż nie należy zbyt wiele oczeki-

Tabela 3
Procentowe i ilościowe zestawienie wyników w kategorii III: Obraz świata

Nr tw.	Typ twierdzenia	Odpowiedzi diagnostyczne		Odpowiedzi niediagnostyczne		Odpowiedzi niezdecydowane	
		N=30	%	*N*=30	%	*N*=30	%
9	Kto zbyt wiele oczekuje od życia, może wszystko stracić	22	73,3	7	23,3	1	3,3
14	Każdy musi cierpliwie znosić swój krzyż	18	60,0	11	36,7	1	3,3
20	Każdy ma taki los na jaki zasługuje	10	33,3	19	63,3	1	3,3
26	Należy przeczekać najgorsze, a los wynagrodzi człowiekowi wszystkie cierpienia	10	33,3	19	63,3	1	3,3
31	Człowiek w każdej sytuacji powinien sam sobie radzić ze swoimi problemami	18	60,0	11	40,0	0	0
35	Nie należy użalać się nad sobą	17	56,7	11	36,7	2	6,7
38	Należy przyjąć z pokorą to co przynosi nam szczęście	18	60,0	12	40,0	0	0

wać od życia (73,3%), bo i tak każdy ma taki los na jaki sobie zasługuje (33,3%).

KATEGORIA IV: OCENA WŁASNEJ OSOBY

Ostatnia kategoria stwierdzeń zawartych w Inwentarzu odnosi się do kwestii spostrzegania i oceny własnej osoby w zakresie atrakcyjności, poczucia wartości, a także możliwości samodzielnego funkcjonowania i wprowadzania zmian w życiu. Wyniki uzyskane na podstawie odpowiedzi respondentek przedstawia Tabela nr 4.

Analiza danych zawartych w Tabeli nr 4 potwierdza wniosek dotyczący prezentowania przez część kobiet postawy pasywnej, 53,3% respondentek odczuwa brak wpływu na własne życie, natomiast ponad połowa z nich (70,0%) czuje się bezradna wobec małżeńskich kłopotów. Jeśli chodzi o ocenę możliwości samodzielnego funkcjonowania to połowa kobiet obawia się wszelkich zmian w swoim życiu (50,0%), zaś 43,3% respondentek potwierdza swój strach przed ułożeniem sobie życia od nowa. Mniejszy procent badanych (33,3%) wyraża natomiast pogląd, iż mogłyby żyć bez swojego męża.

Jeśli chodzi o ocenę własnej osoby to 43,3% kobiet twierdzi, iż spełnia oczekiwania swojego partnera. Część respondentek wykazuje tendencje do zaniżania poczucia własnej wartości nie spostrzegając siebie jako osoby atrakcyjnej (30,0%), a także wyrażając wątpliwość, czy inny mężczyzna wybrałby je na życiowe partnerki (56,7%). Z tych obaw może wyniknąć przejawiane przez 33,3% badanych, dążenie do utrzymania małżeństwa za wszelką cenę, stanowiące swoistą formę obrony przed samotnością. Zdecydowana większość kobiet (96,7%) twierdzi, iż zasługuje na miłość i szacunek, przy czym 40,0% respondentek uzależnia jednak szczęście, poczucie wartości i godności od życia w związku z mężczyzną.

Z kolei jeśli chodzi o kwestię szukania pomocy w związku z doznawaną przemocą to 56,7% badanych wyraża przekonanie, iż nie mają prawa obarczać innych swoimi kłopotami, w związku z czym nie szukają pomocy na zewnątrz. Taki sam procent kobiet uzasadnia swą postawę poczuciem wstydu z powodu tego co dzieje się w ich domu. Tylko pewna cześć badanych (26,7%) potwierdza fakt szukania pomocy w różnych instytucjach.

Wstępna analiza ilościowego zestawienia odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia pozwala wnosić, iż w mniejszym lub w większym stopniu badane kobiety podzielają wszelkie przekonania zawarte w inwentarzu. Oczywiście istnieją dość znaczne różnice w tym zakresie (tzn. niektóre stwierdzenia są akceptowane w mniejszym, inne w większym stopniu) – niemniej sam fakt, iż żadne z powyższych przekonań nie zostało odrzucone, może w pewnym zakresie wyjaśnić fakt trwania ofiar w krzywdzącym związku.

W oparciu o przedstawione powyżej dane empiryczne można wyciągnąć wnioski natury ogólnej, dotyczące roli jaką mogą spełniać podzielanie przez ofiary przemocy tego typu przekonania. Przede wszystkim widać, iż dla zdecydowanej większości badanych (93,3%) rodzina stanowi podstawową, nadrzędną wartość w ich życiu. Również silnie zakodowana jest w ich psychice norma religijna dotycząca nierozerwalności związku małżeńskiego (53,3%). Pozornie mogłoby się wydawać, że nie ma nic złego w fakcie uznawania powyższych wartości, niemniej wydaje się, iż mogą stąd wypływać również swego rodzaju zagrożenia. Otóż postrzeganie rodziny i małżeństwa jako zasadniczej wartości w życiu kobiety pociąga za sobą m.in. dążenie do zachowania za wszelką cenę dobrego obrazu rodziny poprzez nieujawnianie bolesnych i drażliwych stron wspólnego pożycia. Przekonania typu: „to co dzieje się w rodzinie nie powinno wyjść poza cztery ściany domu", „nie powinno się mówić źle o własnej rodzinie" – utrudniają bądź w ogóle uniemożliwiają kobiecie otrzymanie pomocy z zewnątrz, co powoduje, iż ofiara nadal tkwi w swoich „czterech ścianach płaczu". Podzielanie poglądów, iż należy samemu radzić sobie z życiowymi trudnościami – jeszcze bardziej ogranicza możliwość uzyskania jakiejkolwiek pomocy z zewnątrz.

Niektóre przekonania mogą stanowić swego rodzaju usprawiedliwienie dla zaprzestania poszukiwania konstruktywnych rozwiązań, uniemożliwiając ponadto skuteczną samoobronę. Są to stwierdzenia dotyczące determinacji ludzkiego losu jedynie przez siły zewnętrzne, na które człowiek nie ma żadnego wpływu. Osoby podzielające tego typu poglądy przyjmują postawę bierności czy wręcz pokory zagradzając się tym, że „nie należy użalać się nad sobą" (56,7%) i z pokorą przyjmować to co przynosi człowiekowi życie (60,0%). Stąd też może wynikać zgoda na ból i cierpienie, które przez prawie połowę kobiet (46,7%) jest spostrzegane jako naturalny składnik małżeństwa. Destrukcyjna funkcja poglądów o zewnętrznie uwarunkowanej determinacji ludzkiego życia wynika również z faktu, iż rodzą one wtórne przekonania o braku kontroli i wpływu jednostki na własny los, a przez to wzmagają poczucie bezradności oraz lęk przed zmianą. W istocie 53,3,0% respondentek nie ma poczucia wpływu na własne życie, natomiast ponad połowa z nich (70,0%) odczuwa bezradność

Tabela 3
Procentowe i ilościowe zestawienie wyników w kategorii III: Obraz świata

Nr tw.	Typ twierdzenia	Odpowiedzi diagnostyczne		Odpowiedzi niediagnostyczne		Odpowiedzi niezdecydowane	
		N=30	%	*N*=30	%	*N*=30	%
3	Myślę, że spełniam oczekiwania partnera	13	43,3	8	16,7	12	40,0
7	Nie czuję się odpowiedzialna za wybuchy złości i agresji u partnera	11	36,6	18	60,0	1	3,3
8	Jestem atrakcyjna jako kobieta	9	30,0	14	46,7	7	23,3
12	Czuję się bezradna wobec małżeńskich kłopotów	21	70,0	8	26,7	1	3,3
15	Boję się wszelkich zmian w swoim życiu	15	50,0	13	43,3	2	6,7
16	Skoro mąż mnie bije to znaczy, że zasłużyłam na to	1	3,3	29	96,7	0	0
19	Nie mam prawa nikomu zawracać głowy swoimi problemami	17	56,7	12	40,0	1	3,3
21	Myślę, że mogłabym żyć bez swojego męża	10	33,3	18	60,0	2	6,7
24	Przeraża mnie myśl o ułożeniu sobie życia od nowa	13	43,3	13	43,3	4	13,3
28	Nie wyobrażam sobie życia bez mojego męża	10	20,0	23	76,7	1	3,3
30	Mam wątpliwości czy ktokolwiek poza mężem zechciałby być ze mną na stałe	17	56,7	9	30,0	4	13,7
33	Czuję, że nie mam wpływu na swoje życie	16	53,3	12	40,0	2	6,7
36	Pragnę utrzymać swoje małżeństwo za wszelką cenę, gdyż to jedyny sposób aby nie być samotną	10	33,3	18	60,0	2	6,7
37	Nie szukam pomocy, gdyż wstydzę się tego co dzieje się w naszym domu	17	56,7	12	40,0	1	3,3
39	Jedynie żyjąc w związku z mężczyzną kobieta może mieć wartościowe, godne i szczęśliwe życie	12	40,0	16	53,3	2	6,7
40	Szukam pomocy na zewnątrz wśród różnych ludzi i instytucji, aby rozwiązać swoje problemy	8	26,7	22	73,3	0	0
43	Zasługuję na miłość i szacunek	29	96,7	1	3,3	0	0

wobec małżeńskich kłopotów. Na tym tle nie dziwi więc fakt, że 50,0% badanych podziela obawy przed wszelkimi zmianami w dotychczasowym życiu, zaś 43,3% obawia się układania go od nowa.

Negatywny wpływ mają również przekonania podtrzymujące irracjonalną nadzieję na poprawę sytuacji, co ma ścisły związek z przesadną wiarą w potęgę miłości. Większość kobiet (56,7%) jest przekonana, iż mężczyzna może zmienić się pod wpływem miłości do swojej partnerki, zaś 36,7% badanych potwierdza pogląd, że „jeśli żona bardzo kocha swego męża, to w końcu wrócą szczęśliwe dni". Wydaje się, iż mamy tu do czynienia, z wpływem uwarunkowanego kulturowo „miłosnego zarzewia przemocy". Pułapka jaka wiąże się z kultem i apoteozą „miłości fatalistycznej" wynika z faktu, iż kobieta podzielająca tego typu przekonania może nie doceniać czy wręcz nie dostrzegać destruktywnych skutków pozostawania w sytuacji przemocy. Złudne przekonania i irracjonalne nadzieje stanowią swego rodzaju „miłosne okowy" wiążące ofiarę z „trudnym" mężczyzną – o swoistej więzi emocjonalnej (toksycznej). Dodatkowym schematem wpływającym na dysfunkcyjne przywiązanie się ofiary do agresora jest również, podzielane przez prawie połowę respondentek (46,7%) przekonanie, iż „posiadanie własnego mężczyzny podnosi wartość kobiety". Część badanych (40,0%) zgadza się również z poglądem, iż „jednie żyjąc w związku z mężczyzną, kobieta może mieć wartościowe, godne i szczęśliwe życie". Mamy więc tu jednocześnie do czynienia z faktem uzależnienia od mężczyzny kobiecego poczucia własnej wartości. Dodatkowo część respondentek wykazuje tendencje do zaniżania samooceny, zaprze¬czając twierdzeniu o swojej atrakcyjności (30,0%).

Niektóre z przekonań mają wyraźnie autodestrukcyjny charakter wzbudzają poczucie winy oraz

negatywne myślenie o sobie. Przykładem może tu być schemat, iż „każdy ma taki los na jaki zasługuje" podzielany przez 33,3% badanych czy przekonanie, że „należy cierpliwie znosić swój krzyż" (60,0%). Funkcję autodestrukcyjną spełnia pogląd, iż rozpad małżeństwa świadczy o niskiej wartości kobiety (30,0%), co wiąże się z przypisywaniem jej nadmiernej odpowiedzialności za to co dzieje się w małżeństwie. W połączeniu ze schematem, iż „kobieta, która odchodzi od męża jest społecznie potępiana" (53,3%) – powyższe przekonanie mogą paraliżować działania krzywdzonej kobiety, która woli raczej „cierpliwie znosić swój krzyż" aniżeli narażać się na odrzucenie i krytykę ze strony otoczenia. Dodatkowo znaczna część respondentek zgadza się z tradycyjnym stereotypem roli kobiety posłusznej, dbającej o dom i wychowującej dzieci (56,7%) oraz odpowiedzialnej za to co dzieje się w małżeństwie (60,0%), przez co najmniej lub bardziej świadome wyrażają zgodę na niełatwy „los kobiecy".

Rozpatrując kwestię stereotypu roli kobiety dochodzimy więc do punktu wyjścia powyższej analizy, gdzie został stwierdzony fakt przypisywania dużego znaczenia wartości, jaką dla badanych respondent ma rodzina i małżeństwo. Niebezpieczeństwo jakie może wyniknąć ze swoistego „zaprogramowania do życia we dwoje za wszelka cenę" polega m.in. na zbyt jednostronnym ocenianiu własnej osoby jedynie przez pryzmat roli jaką kobieta pełni w rodzinie i małżeństwie. Brak alternatywnych punktów odniesienia dla własnej samooceny chociażby w sferze zawodowej może powodować, iż kobieta będzie się starała godnie wywiązywać z roli żony i matki – nawet za cenę własnego cierpienia.

Poza tym wysoka pozycja rodziny w systemie preferowanych wartości w połączeniu z wieloletnim stażem małżeńskim (jaki stwierdzono u większości badanych) sprzyja działaniu specyficznego mechanizmu jakim jest tzw. „pułapka psychologiczna". W ten sposób decyzja o pozostawaniu ofiary w krzywdzącym związku może wyniknąć z przekonania, iż zbyt wiele zainwestowała we wspólnie pożycie by teraz z tego zrezygnować.

Widać wiele z powyższych przekonań, powierzchownie nie mających negatywnego wydźwięku, w głębszym znaczeniu i w specyficznej sytuacji w jakiej znajdują się ofiary przemocy – może niekorzystnie oddziaływać na psychikę maltretowanych kobiet, utrudniając im podjęcie decyzji o wyrwaniu się z kręgu przemocy.

BIBLIOGRAFIA

Rembowski, J. (1978). *Rodzina w świetle psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.

Rode, D. (1998). Przemoc w rodzinie. Kobieta jako ofiara przemocy wewnątrz małżeńskiej. W: Z. Branka, M. Szymański (red.), *Agresja i przemoc współczesnym świecie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza TEXT.

Sobolewska, Z. (1998). Niszczące przekonania. *Świat Problemów, 1*, 4-11.

Oblicza ludzkiej zaradności*

Zofia Ratajczak
Uniwersytet Śląski, GSWH

Zaradność człowieka, podobnie jak jej przeciwieństwo – bezradność, jest jednym z najbardziej fascynujących aspektów ludzkiej egzystencji, a co za tym idzie, jednym z kluczowych zagadnień współczesnej psychologii. Można powiedzieć, że jest to cecha integrująca wszystkie aspekty funkcjonowania psychiki, jako siły regulującej zachowanie się człowieka w sytuacjach trudnych. Problematyka zaradności wymaga więc integracji wiedzy psychologicznej z różnych dziedzin psychologii i obszarów jej zastosowań. Nie jest wykluczone, że możliwa byłaby synteza wiedzy psychologicznej, zgromadzonej w ramach różnych koncepcji teoretycznych. Trudno wszak zaprzeczyć, że zaradność jest wynikiem uczenia się i socjalizacji, że wiąże się ze zdolnością człowieka do oceny sytuacji i samooceny, z jego umiejętnością podejmowania decyzji i wykonywania czynności, w sposób adekwatny do założonych celów (koncepcja poznawcza psychologii). Ale także wymaga od człowieka odporności na zakłócenia, jakie pojawiają się w toku działań, zakłada gotowość do znoszenia niewygód, przykrych doznań i wszelkiego rodzaju dyskomfortów psychicznych, także cierpienia i bólu (psychologia humanistyczna). Wreszcie – że w naturalnym dążeniu do poprawy swojej sytuacji pod jakimkolwiek względem człowiek nie zawsze w pełni zdaje sobie sprawę ze swoich ukrytych motywów działania (psychologia głębi).

Głównym celem tego artykułu jest prezentacja poglądu, iż zaradność człowieka manifestuje się najbardziej wyraziście w sytuacjach zagrożenia. Dzieje się tak dlatego, że dochodzi wówczas do dramatycznego naruszenia równowagi między tym do czego człowiek dąży, pragnie, pożąda, potrzebuje, a możliwościami osiągnięcia celów z tym związanych. Aby wyjaśnić zachowanie się człowieka w takich sytuacjach potrzebna jest wiedza nie tylko o człowieku jako istocie świadomej, poznającej świat i siebie, ale także jako o istocie pełnej złożonych motywów, odczuwającej skutki własnych działań, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, czyli ponoszącej określone koszty psychologiczne (Ratajczak, 1998).

SYTUACJE ZAGROŻENIA

Sytuacje zagrożenia są najbardziej powszechnie występującym rodzajem sytuacji trudnych, czyli takich, w których naruszona jest równowaga człowieka z jego otoczeniem. Są one najbardziej typowe i charakterystyczne, ponieważ każda sytuacja trudna w szczególnych okolicznościach staje się zagrażająca. Eskalacja trudności takich jak: powiększanie się deficytów, narastanie przeszkód, zaostrzanie konfliktów, wzrost szkodliwych oddziaływań środowiska itp. może bezpośrednio wywierać negatywny wpływ na człowieka, a stawiając mu wymagania na granicy jego możliwości osłabia lub uszkadza potencjał zaradczy człowieka (Biela, 1984; Ratajczak, 1997; Goszczyńska, 1997; Wódz, 1993).

Zagrożenie będzie tu rozumiane jako wzrost prawdopodobieństwa p o g o r s z e n i a się dotychczasowej sytuacji człowieka. Pogorszenie to polega na gwałtownej dekompozycji układu między wartościami człowieka a jego możliwościami, ponieważ w nim samym lub w jego otoczeniu zaszły określone zmiany. Sytuacja zagrożenia zawsze powoduje w z r o s t w y m a g a ń apeluje do potencjału człowieka, do jego zasobów, które tu będziemy nazywali p o t e n c j a ł e m z a r a d c z y m. Zmiana ta ma zwykle postać zdarzenia niebezpiecznego, niekorzystnego, niepożądanego, które albo poprzedzone jest sygnałem albo też samo sygnalizuje wystąpienie niekorzystnych dla jednostki stanów rzeczy. Sygnał ten zawiera informacje o tym co się stało lub co się stanie oraz bodźcem do działania. Informacja, która zawiera sygnał składa się więc z następujących elementów:

* Artykuł pochodzi z: *Człowiek w sytuacji zagrożenia: kryzysy katastrofy kataklizmy,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2001 SPiA, s. 15–22.

– z informacji o tym co się zdarzyło lub co może się zdarzyć,
– jak to co się może zdarzyć jest prawdopodobne,
– jakie to ma znaczenie dla podmiotu spostrzegającego lub innych ludzi,
– co należy zrobić, aby do pogorszenia sytuacji nie dopuścić, a gdy już to nastąpiło, jak zwalczyć zagrożenie, jak się obronić lub usunąć z pola sił działających na szkodę podmiotu.

Owe elementy informacji o sytuacji zagrożenia można więc nazwać: treścią, prawdopodobieństwem, znaczeniem oraz dyrektywą praktycznego działania. Informacja pozbawiona któregokolwiek elementu utrudnia adekwatne do sytuacji zachowanie się człowieka, a więc ogranicza jego zaradność.

Pogorszenie się dotychczasowej sytuacji człowieka może mieć trojaki charakter ze względu na perspektywę czasową, w jakiej rozpatrujemy negatywne dla człowieka zdarzenia: może to być czas przeszły, czyli retrospektywny ogląd tego co się już zdarzyło, a co pozostawiło ślady w postaci szkody lub straty i co upośledza potencjał zaradczy człowieka, (np. choroby, urazy, niepowodzenia, ubytki dóbr itp.). Może to być czas teraźniejszy, czyli zdarzenia zachodzące aktualnie, angażujące zasoby do walki z przeciwnościami wyłaniającymi się w „tu i teraz" człowieka, często zaskakującymi i nieprzewidywalnymi. Są to zagrożenia aktualne (np. wypadki, awarie, katastrofy i kataklizmy). Wreszcie zagrożenia możemy rozpatrywać w perspektywie przyszłości, jako zagrożenia potencjalne, czyli takie, które bądź są nieuchronne, bądź w określonym stopniu przewidywalne. Zdarzenia zagrażające mogą być traktowane jako zapoczątkowujące określone procesy, a procesy utrwalać się i stabilizować, czyli tworzyć stany, np. uporczywe trwanie negatywnych zjawisk, takich jak pauperyzacja niektórych warstw i grup społecznych w okresie transformacji, stały poziom niedostępności wyższego wykształcenia, stałe warunki klimatyczne, jak uporczywe susze, stabilne, niesprzyjające warunki życia ekonomicznego, trwały poziom bezrobocia w określonych regionach kraju itp. Warto dodać, że niektóre sytuacje zagrożenia są dziedziczone, jak np. trwała marginalizacja pewnych grup społecznych, powodująca, że już sama przynależność do nich powoduje stygmatyzację i upośledza, stałe zamieszkiwanie pewnych dzielnic, czy terytoriów utrwala wzorce zachowań hamujące następnie możliwość przekraczania barier obyczajowych (Tomaszewski, 1993).

Jednym z ważnych zadań badawczych w tej dziedzinie byłoby dokonanie i opisu i wyjaśnienie dynamiki procesu pogarszania się sytuacji człowieka w różnego rodzaju sytuacjach zagrożenia: np. ekonomicznego (utrata pracy, obniżenie świadczeń, ograniczanie pomocy itp.), zdrowotnego (powiększanie nierówności zdrowia i zła organizacja służb medycznych), społecznego, (np. stopniowa utrata pozycji społecznej, prestiżu i godności) wreszcie – zagrożenia psychologicznego, czyli utrata twarzy, pogorszenie się wizerunku własnej osoby w oczach innych, i samooceny, postępująca depersonalizacja i utrata zadowolenia z życia. Nie jest wykluczone, że proces pogarszania się ogólnej sytuacji egzystencjalnej człowieka jest wynikiem sumowania się negatywnych procesów postępujących w obrębie poszczególnych sfer życia człowieka, wzmacniając swój efekt ostateczny. Jak zaradzić owemu sumowaniu się efektów? Byłaby to odpowiedz na pytanie o istnienie swego rodzaju zaradności globalnej, która byłaby swego rodzaju meta cechą, czymś co nazywa się w psychologii wolą albo brakiem woli życia (Ratajczak, 1999).

W zależności od natury zdarzeń zagrażających można mówić o zagrożeniach doraźnych i długofalowych, a ze względu na ich genezę na zależne i niezależne od człowieka. Wreszcie ze względu na rozmiar i dotkliwość skutków – możemy mówić o kryzysach (momenty przesilenia, przełomy lub załamania), katastrofach (doniosłych wydarzeniach przynoszących dramatyczne skutki), kataklizmach wielkich katastrofach żywiołowych (powodzie i potopy, susze, trzęsienia ziemi, walki etniczne, niszczące przewroty społeczne), wreszcie o klęskach (totalnych, bezwyjściowych porażkach (np. klęska urodzaju, głodu, bezrobocia) (Badura-Madej, 1999).

CZYM JEST ZARADNOŚĆ?

Podstawowe pytania, jakie rodzą się w sytuacji każdego zagrożenia i to zarówno z punktu widzenia działającego (osaczonego nieszczęściem) podmiotu jak i obserwatora, są następujące:

– Co robić aby nie dopuścić do wystąpienia zdarzeń negatywnych, stanów niepożądanych, szkód i strat, konstytuujących poczucie, że dotychczasowa sytuacja podmiotu uległa pogorszeniu? Jak przywrócić stan zadowalający jednostkę (niekoniecznie stan poprzedni), np. stan posiadania, poziom bezpieczeństwa, zdrowie. Jak utrzymać stan dotychczasowy mimo wystąpienia sygnałów wróżących niepomyślność. Jak wreszcie ochronić określoną wartość, którą jest najczęściej życie

i zdrowie, a przynajmniej zmniejszyć stratę lub szkodę, jeśli jest ona nieunikniona, jak zachować przynajmniej „coś".

Ogólna dyrektywa działania w każdej z powyższych sytuacji zagrożenia brzmi: zachować się w sposób a d e k w a t n y do tej konkretnej sytuacji, co nie oznacza bynajmniej trwałego przystosowania się do niej. Adekwatność zachowania się w sytuacji zagrożenia wymaga przynajmniej dwóch kompetencji poznawczych: przewidywania zdarzeń i ich skutków (przysłowiowa wyobraźnia, do której apelują twórcy rozmaitych kodeksów: pracy, drogowych, karnych, autorzy regulaminów i ksiąg służb) oraz nadawania im znaczenia. Często te dwie kompetencje są w rozbracie między sobą. Człowiek dokładnie przewiduje, ale lekceważy skutki, ignoruje przestrogi (mądry po szkodzie a nie przed szkodą).

Adekwatność funkcjonalna między człowiekiem a jego otoczeniem w sytuacji zagrożenia to dopasowanie między cechami i stanami człowieka a cechami i stanami otoczenia. Nazywamy ją adekwatnością funkcjonalną właśnie ze względu na fakt, że jest ona związana z aktywnością człowieka mającą na celu p o l e p s z e n i e swojej sytuacji.

Zaradnością jest wtedy zdolność człowieka do wykorzystania własnego potencjału w sposób adekwatny do zaistniałej sytuacji zagrożenia, zdolność do gospodarowania własnymi zasobami w warunkach rosnącego prawdopodobieństwa pogorszenia się sytuacji podmiotu. Zaradność możemy więc rozpatrywać dwojako: jako cechę (cecha odnosi się do struktury), oraz jako stan (odnosi się do funkcji).

Zaradność jako cecha to kompetencja człowieka będąca wynikiem socjalizacji, indywidualnego doświadczenia, treningu (a nawet musztry), ale także twórczej postawy wobec zachodzących w otoczeniu zdarzeń. Kompetencja ta ma złożony charakter, głównie poznawczy, z wyrazistą komponentą emocjonalną. Widzimy tu jednocześnie rolę schematów poznawczych, standardów behawioralnych, stereotypów, rytuałów i nawyków, ale także zdolność do ich modyfikowania a nawet przekraczania.

Zaradność jako stan – to gotowość podmiotu do użycia własnych zasobów w celu niedopuszczenia do pogorszenia się sytuacji (prewencja), odzyskania utraconych dóbr, utrzymania *status quo* jeśli jest zadowalający oraz ratowania siebie lub innych. Stan gotowości jest w sposób oczywisty związany z ogólną cechą, jej swoistą konkretyzacją. A jednocześnie dynamiczną gotowością „wychodzenia naprzeciw" stawiania czoła, ustawiania się do walki. Sytuacja zagrożenia jest więc wyzwaniem do adekwatnego użycia zasobów i w zależności od skutków owych zmagań utrwala cechę lub ją modyfikuje. W sytuacji zagrożenia może się zdarzyć, że człowiek odważny zachowa się jak tchórz, a tchórzliwy objawi odwagę (Jarosz, 1989; Grotowska-Leder, 1998; Marody, 1996; Ratajczak, 1998).

ZARADNOŚĆ NIE JEDNO MA IMIĘ

Każdy rodzaj zagrożenia można scharakteryzować poprzez podanie odpowiedniego prototypu sytuacji, opisującej p r o c e s jej pogarszania się. I tak prototypowym zagrożeniem fizycznym jest pożar (wybucha, rozprzestrzenia się, prowadzi do zniszczeń, płomienie trawią dobytek, odcinają drogi ratownikom i straży, odcinają dostęp powietrza, uniemożliwiają ewakuację), Prototypowym zagrożeniem biologicznym jest choroba (czasem nagła zmiana samopoczucia i funkcjonowania organizmu, rozwój choroby, wreszcie trwałego upośledzenia narządów lub całego organizmu). Prototypem zagrożeń społecznych jest utrata pozycji społecznej i opinii społecznej, mierzona np. liczbą głosów w sondażach, rankingach, plebiscytach i akcjach wyborczych. Zagrożeniem typowo psychologicznym jest utrata tożsamości, własnego „Ja", utrudniająca spójną regulację zachowania się, tak ważna w sytuacjach wszystkich innych zagrożeń (Makselon, 1998).

Stosownie do logiki, jaka rządzi procesem tworzenia sytuacji zagrażających można wyróżnić 4 główne rodzaje strategii zaradczych, swoiste „oblicza zaradności":

Zaradność przezorna, polegająca na zabezpieczaniu się przed p o g o r s z e n i e m własnej sytuacji pod jakimkolwiek względem. Do zachowań cechujących się przezornością (a czasem pazernością) należy gromadzenie, magazynowanie zapasów, ograniczanie spożycia, oszczędzanie, stosowanie urządzeń zabezpieczających w pracy, ochron osobistych, urządzeń sygnalizacyjnych i alarmowych, wprowadzanie zasad zapobiegających zjawiskom patologii społecznej, stosowanie szczepień ochronnych i strategii promocji zdrowia, szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i ochrony pracy, a także wykorzystywanie wszelkiego rodzaju prognoz, takich jak prognoza pogody, demograficzna, gospodarcza, ekologiczna. W obecnych czasach strategie profilaktyczne, prewencyjne ulegają globalizacji, ponieważ rośnie liczba zagrożeń i kryzysów przekształcających się w katastrofy i kataklizmy. Ale także rośnie świadomość zapobiegania takim zjawiskom społecznym i politycznym jak nacjonalizm, rasizm, czy populizm.

Zaradność ofensywna, oparta na tendencji do walki, ataku, do użycia siły. Polega ona na wywieraniu bezpośredniego wpływu na otoczenie w celu usunięcia, pokonania wroga, a nawet jego unicestwienia, do wygranej, która jednocześnie jest przegraną przeciwnika. Są to sytuacje gry i bilansowania jej wyników. W działaniach gospodarczych jest to inwestowanie, rywalizacja, gra na giełdzie, manipulacja, w skrajnym wypadku agresja i przemoc. O wszystko co jest warte można walczyć, jeżeli jest się w posiadaniu odpowiedniej broni.

Strategia defensywna, polega na zachowaniach obronnych, ochraniających zagrożoną wartość. Środkami w uzyskaniu pożądanych celów są różnorodne bariery, osłony, urządzenia ochronne, czynniki neutralizujące szkodliwości i piętrzące się przeszkody. Należą do nich zachowania odstraszające, wszelkiego rodzaju maskowania, mimikry, zwracanie się o pomoc do strażników prawa, moralności, majątku, ale także własnej osobowości, jak np. mechanizmów projekcji, racjonalizacji, wypierania, obronności percepcyjnej, regresji i innych. Schronić się do bezpiecznej niszy, poprosić o azyl, znaleźć przytulisko, w skrajnym wypadku – trafić do hospicjum.

Strategia ewakuacyjna, której istotą jest ucieczka z miejsca zagrożenia, opuszczenie strefy, w której dzieją się zdarzenia niebezpieczne. Dzieje się to wówczas, gdy jednostka zdaje sobie sprawę z tego, że działanie wrogich sił, niesprzyjających okoliczności, nieprzyjaznych innych ludzi przekracza siły i środki podmiotu działającego. Jedyną drogą jest zejście z pola bitwy, ponieważ dalsza obrona może spowodować większe straty, aż do utraty życia. Informowanie o drogach i sposobach ewakuacji jest na równi ważne co przewidywanie zagrożeń, zwłaszcza w takich obszarach praktyki jak transport samochodowy, lotniczy, kolejowy, pożarnictwo, technika bezpieczeństwa pracy w warunkach niebezpiecznych, zwłaszcza w kopalniach, na budowach, w leśnictwie, energetyce, także jądrowej, nie mówiąc o zagrożeniach naturalnych jak pożary lasów, trzęsienia ziemi, powodzie, tajfuny, lawiny oraz katastrofy techniczne powodujące skażenia chemiczne, wody, gruntów, powietrza. Ewakuacja w takich wypadkach obejmuje ogromne liczby ludzi. Ewakuacja to także ucieczka od świata, wycofanie się w swoją strefę bezpieczeństwa wewnętrznego, z uprawianego zawodu, pełnionej funkcji, odgrywanej roli społecznej, a także z bliskich związków z innymi ludźmi: przyjaźni i miłości.

Skala zaradności może być opisana z pomocą przysłowiowego wyrażenia od: „mądry przed szkodą" do „mądry po szkodzie". Mądrzejszy jest ten, kto mądry przed szkodą, ale i mądrość po szkodzie jest niemniej warta, ponieważ dzięki niej zdobywa się odpowiedni potencjał zaradczy, niemożliwy do zdobycia w inny sposób. Korelatem psychologicznym owej skali jest charakterystyczna gama odczuć negatywnych, nazywanych kosztami psychologicznymi, przy jednoczesnym rodzeniu się siły, która pozwala na przetrwanie. Tą siłą jest nadzieja.

BIBLIOGRAFIA

Biela, A. (red.). (1984). *Stres psychiczny w sytuacji kryzysu ekologicznego*. Lublin: Wyd. KUL.

Badura-Madej, W. (red.). (1999). *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Katowice: „Śląsk".

Goszczyńska, M. (1997). *Człowiek wobec zagrożeń. Psychospołeczne uwarunkowania oceny i akceptacji ryzyka*. Warszawa: „Zak".

Grotowska-Leder, J. (1998). Trwałość statusu biednego, temporalne aspekty biedy. *Kultura i Społeczeństwo, T. XLII, nr 2*.

Jarosz, M. (red.). (1989). *Zaradność społeczna*. Warszawa: IFIS PAN.

Makselon, B. (1998). Atrybucje przyczyn utraty pracy a wybór strategii zaradczych przez osoby bezrobotne. *Chowanna, t. 1, 10*, 69-79.

Marody, M. (1996). *Jak daleko stąd, jak blisko...do kapitalizmu*. „Odra", luty.

Ratajczak, Z. (1997). Człowiek w sytuacji zagrożenia ekonomicznego. *Czasopismo Psychologiczne, nr 2*.

Ratajczak, Z. (1998). *Między lękiem a nadzieją*. Wykład inauguracyjny w Ośrodku Dydaktycznym Uniwersytetu Śląskiego w Jastrzębiu-Zdroju.

Ratajczak, Z. (1999). *Człowiek w sytuacji zagrożenia egzystencji*. Materiały XXX Jubileuszowego Zjazdu PTP, Warszawa.

Tomaszewski, T. (1993). O możliwościach jednostki w sytuacjach przemian społecznych. *Kolokwia Psychologiczne, tom 2*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Wódz, J. (red.). (1993). *Zagrożenia ekologiczne. Warunki życia. Wizje przyszłości*. Katowice: „Śląsk".

Mechanizm międzypokoleniowej transmisji przemocy przejawianej wobec rodziny*

Maria Kliś

Akademia Pedagogiczna w Krakowie

WPROWADZENIE

W ostatnich dwu dziesięcioleciach jesteśmy świadkami nasilania się przemocy stosowanej w rodzinie. Z badań prowadzonych na terenie Stanów Zjednoczonych oraz w krajach Europy Zachodniej, gdzie zjawisko przemocy wewnątrzrodzinnej poddawane jest analiza od ponad dwudziestu lat wynika, że przemoc wewnątrz rodzinna jest najczęściej stosowaną formą agresji interpersonalnej. Wyniki badań przeprowadzonych w 1981 roku przez Gelles, Straus i Steinmetz (za: Pospiszyl, 1998) na reprezentatywnej dla społeczeństwa Stanów Zjednoczonych próbie ujawniły, że ponad jedna czwarta badanych małżeństw, przynajmniej raz w życiu weszła w taki konflikt który zakończył się bójką. Z danych przedstawionych przez wymienionych autorów wynika również, że wśród małżeństw w których doszło do aktów przemocy niemal w 50 procentach przypadków akty przemocy stosowali obydwoje małżonkowie. W Szwecji uważanej za kraj w którym wrażliwość wobec aktów przemocy ujawnianej w rodzinie jest szczególnie duża około 39 kobiet zgłasza się codziennie na policję z powodu pobicia ich przez partnera życiowego a co 10 dni odnotowuje się zabójstwo kobiety dokonane przez znajomego jej mężczyznę (za: Pospiszyl, 1998). W Niemczech, w ciągu jednego tylko 1992 roku ofiarami przemocy ze strony męża stało się 4 miliony kobiet (Lew-Starowicz, 1992). Jeśli chodzi o przemoc fizyczną przejawianą w rodzinach wobec dzieci, to z badań Gelles i współpracowników (za: Pospiszyl, 1998) wynika, że 80% badanych przez nich dzieci doświadczyło tego rodzaju przemocy. Statystyki wykazują również, że więcej niż jedna trzecia wykrytych zabójstw dokonywana jest w rodzinie.

W Polsce przestępstwa dokonywane w rodzinie należą również do częściej popełnianych. Zajmują trzecie miejsce w ogólnej skali przestępczości. Z danych opublikowanych przez Ratajczak (1980, za: Pospiszyl, 1998) wynika, że w latach osiemdziesiątych, liczba skazanych za przestępstwa popełnione w rodzinie stanowiła od 12% do 15% wszystkich wyroków wydanych w Polsce. Wiadomo także, że większość aktów przemocy dokonanych w rodzinie, pozostaje nieujawniona.

PSYCHOLOGICZNE KONCEPCJE PRZEMOCY UJAWNIANEJ W RODZINIE

Przytoczone w dużym skrócie dane liczbowe ilustrują zakres prze¬mocy stosowanej w rodzinie. Rozmiary tego zjawiska stają się niepokojące. Zdają się one wskazywać na niebezpieczeństwo załamania się istotnych funkcji jakie winna spełniać rodzina. Jedną z istotnych funkcji rodziny jest zapewnienie jej członkom poczucia bezpieczeństwa, uznania, spokoju. Przekształcanie rodziny z oazy spokoju w miejsce rozgrywania aktów przemocy uniemożliwia realizowanie tej funkcji. Rodzina ma być miejscem pierwotnej socjalizacji dziecka, ma dostarczać dziecku wzorów zachowań prospołecznych oraz społecznie akceptowanych norm i wartości. Jednak rodzina, w której stosowana jest przemoc nie spełnia socjalizującej funkcji wobec dzieci, przeciwnie, dostarcza im patologicznych wzorców zachowań. W tej sytuacji poszukiwanie przyczyn i mechanizmów stosowania przemocy wewnątrzrodzinnej staje się bardzo poważnym zadaniem.

Badania dotyczące natury oraz przyczyn stosowania przemocy w rodzinie kontynuowane są w psychologii od ponad dwudziestu lat. W tym czasie powstały liczne teoretyczne koncepcje dotyczące stosowania przemocy, które dostarczyły podstaw empirycznym badaniom. Do tego typu koncepcji zaliczyć można: teorię zasobów (Allen & Straus, 1980), teorię wymiany (Homans, 1967, 1974), kon-

* Artykuł pochodzi z: Człowiek w sytuacji zagrożenia: Kryzysy katastrofy kataklizmy, pod red. K. Popiołek, Poznań 2001 SPiA, s. 59–71.

cepcję symbolicznej interakcji (Stryker, 1967), teorię międzypokoleniowej transmisji przemocy (Bandura, 1973, 1977; Straus, 1980, 1991), koncepcję perspektyw patriarchalnych (Bowker, 1986, Kurz, 1989) i inne. Dotychczas jednak, nie zdołano wyjaśnić w sposób zadawalający przyczyn, ani też mechanizmów zjawiska wewnątrz-rodzinnej przemocy, odwołując się do wymienionych teorii.

Kurz (1989) poddała krytycznej analizie skonstruowane w ostatnich dziesięcioleciach w obszarze nauk społecznych koncepcje dotyczące przemocy stosowanej wobec współmałżonka. Autorka zakwalifikowała tego typu teorie do dwu kategorii: koncepcji, w ramach których poddano analizie gwałty popełniane w małżeństwie oraz koncepcji, które ujmują zjawisko przemocy z perspektyw feministycznych. Zdaniem Kurz, gwałt realizowany w małżeństwie traktowany jest przez zwolenników koncepcji zaliczonych do grupy pierwszej jako jeden z elementów uogólnionego wzorca przemocy przejawianej w relacjach ze wszystkimi członkami rodziny. Natomiast z punktu widzenia koncepcji feministycznych, przemoc w rodzinie postrzegana jest nie jako element walki wszystkich ze wszystkimi, lecz jako przejaw nierówności, jaka zachodzi pomiędzy mężczyzną a kobietą. Zwolennicy tego typu koncepcji odrzucają sugestię która głosi, że mężczyźni i kobiety przejawiają przemoc z jednakową siłą, uznają natomiast, że mężczyźni stosują przemoc jako narzędzie dominowania oraz kontrolowania swoich żon. Aktualnie brak jest argumentów przemawiających z dostateczną siłą na rzecz jednej z dwu wymienionych grup teorii.

Niezależnie od braku jednoznacznych rozstrzygnięć teoretycznych dotyczących genezy stosowania przemocy, jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że w większości społeczeństw rodzina pochodzenia stanowi pierwotne źródło socjalizacji jednostki oraz miejsce, w którym dziecko przyswaja sobie różnorodne wartości, nie powinien zaskoczyć nas fakt, że narażenie dziecka na doznawanie czy też obserwowanie przemocy przejawianej w rodzinie, może rozbudzić w nim tendencję do stosowania różnych form przemocy lub przejawiania agresji w dorosłym życiu (Kalmuss i Seltzer, 1989; Pressman i Sheps, 1994). Tak sformułowane przeświadczenie stanowi podstawę koncepcji międzypokoleniowej transmisji przemocy.

MODEL MIĘDZYPOKOLENIOWEJ TRANSMISJI PRZEMOCY

Sugestie dotyczące międzypokoleniowej transmisji przemocy w rodzinie pojawiają się dosyć często w literaturze przedmiotu, nie wyjaśniają one jednak dostatecznie jasno sposobu, w jaki doświadczanie lub obserwowanie przemocy w dzieciństwie, może zostać transformowane w dorosłym życiu obserwatora, czy też ofiary przemocy, w stosowanie przez tę ofiarę fizycznej przemocy lub psychologicznej agresji wobec założonej przez ofiarę przemocy rodziny.

W artykule podjęto próbę przybliżenia mechanizmu transformowania przemocy doświadczanej lub obserwowanej w dzieciństwie, w psychologiczną agresję przejawianą przez ofiarę przemocy w założonej przez nią rodzinie.

Charakteryzując mechanizm transformowania przemocy doświadczanej w dzieciństwie odwołamy się do koncepcji modelowania zachowań opracowanej w ramach teorii społecznego uczenia się przez Bandurę (1973, 1977). Zgodnie z założeniami tej teorii, obserwowanie przez dziecko przejawów przemocy może oddziaływać na dziecko na jeden z trzech sposobów. Po pierwsze, obserwowanie przemocy może prowadzić do ukształtowania się nowych form zachowania się dziecka, w ramach których odwzorowuje ono to, co zdołało zaobserwować. Po drugie, obserwowanie przemocy może osłabiać wykształcony już wcześniej u dziecka bunt wobec stosowania przemocy. Po trzecie, obserwowanie aktów przemocy, może zachęcić obserwatora do podejmowania zachowań analogicznych do zaobserwowanych. Zdaniem Strausa (1991), wymienione powyżej, negatywne skutki obserwowania aktów przemocy mogą zaistnieć dlatego, ponieważ doznawanie lub obserwowanie przemocy stosowanej w rodzinie, prowadzi do wykształcenia się u dziecka skojarzeń pomiędzy doświadczaniem miłości oraz przemocy, świadczonych w obrębie rodziny. Powstanie tego typu skojarzeń staje się możliwe, ponieważ obserwowanie przez dziecko przejawów przemocy prowadzi stopniowo do zaakceptowania przez nie moralnego prawa do stosowania przemocy lub też do ukształtowania się przeświadczenia, że ważne sprawy rodzinne mogą sankcjonować stosowanie przemocy. Z tych też powodów wydaje się, że może zaistnieć proces generalizowania się skutków przemocy, jaką dziecko obserwowało w relacjach zachodzących pomiędzy rodzicami, na relacje zachodzące pomiędzy wszystkimi członkami rodziny a później, już w dorosłym życiu tego dziecka, na relacje zachodzące pomiędzy członkami rodziny założonej przez dziecko, które doznawało lub też obserwowało akty przemocy stosowane w rodzinie pochodzenia.

KARY FIZYCZNE A PRZEJAWY PRZEMOCY UJAWNIANEJ W MAŁŻEŃSTWIE

Inną formą przemocy wewnątrzrodzinnej, która – zdaniem Straus (1991) – może wywierać wpływ na stosowanie przemocy w późniejszych relacjach małżeńskich, są kary fizyczne, jakim poddawany był współmałżonek w swojej rodzinie generacyjnej. Według Straus (1980, 1991), rodzina pochodzenia stanowi jedno z najważniejszych środowisk, w którym można nauczyć się stosowania przemocy. Rodzina pochodzenia jest bowiem tym miejscem, w którym większość ludzi doznaje przemocy po raz pierwszy w życiu i w związku z tym utrwala sobie emocjonalne znaczenie oraz społeczny kontekst doznawanej przemocy. Proces kształtowania się emocjonalnych nastawień wobec przemocy rozpoczyna się od momentu doświadczenia przez dziecko przemocy w formie fizycznej kary. Stosowanie kar fizycznych w celu dyscyplinowania dziecka powoduje, zdaniem Straus, kilka niezamierzonych konsekwencji. Jedną z nich może okazać się wytworzenie przez dziecko skojarzeń pomiędzy doznawaniem miłości rodzicielskiej i równoczesnym doznawaniem przemocy ze strony tych bliskich dziecku osób. Dziecko uczy się tego, że osoby które je kochają, mogą je również skrzywdzić. Po drugie, stosowanie kar fizycznych w celu wywołania u karanego zachowań akceptowanych przez karzącego ustanawia, w oczach dziecka, moralne prawo do stosowania przemocy. Ostatecznie dziecko uczy się, że jeśli coś jest istotnie ważne, to pozyskanie tej ważnej rzeczy, może sankcjonować użycie siły i przemocy.

Przedstawione powyżej przesłanki koncepcji międzypokoleniowej transmisji agresji zainspirowały wiele empirycznych badań z których wynika, że przemoc przejawiana w rodzinie pochodzenia, może faktycznie prowadzić do rozwoju szeregu symptomów patologicznych, takich jak: uporczywe poszukiwanie ryzyka (McCraine i Simpson, 1986), tendencje samobójcze (Orbach, 1984), niski poziom empatii (Roe, 1980), tendencje do samookaleczania się (Roy, 1978), negatywną samoocenę, depresyjny nastrój, lub agresywny styl życia (Rieder, 1978), zachowania psychotyczne, brak emocjonalnej stabilności, (Radomski i Sulestrowa, 1988) i inne. Jednakże, uzyskane dotychczas wyniki badań nie upoważniają do stwierdzenia, że doświadczanie lub obserwowanie w dzieciństwie aktów przemocy, prowadzi w prosty i bezpośredni sposób do stosowania przemocy w dorosłym życiu. Konieczne są dalsze badania zmierzające do wykrycia tego, czy międzypokoleniowa transmisja przemocy stanowi bezpośredni efekt stosowania przemocy wobec dziecka, czy też mamy w tej sytuacji do czynienia z bardziej złożonym mechanizmem, obejmującym zarówno akty przemocy wobec dziecka, jak też lekceważenie dziecka, czy też zaniedbywanie jego potrzeb.

OGÓLNA TEORIA PRZESTĘPSTWA

W poszukiwaniu przyczyn stosowania przemocy wobec rodziny odwoływano się również do ogólnej teorii przestępstwa, sformułowanej w roku 1990 przez Gottfredson i Hirschi. Formułując tę teorię, jej autorzy wzięli pod uwagę liczne bardziej szczegółowe teorie dotyczące różnych rodzajów przestępstw. Analizując owe teorie doszli do wniosku, że wszystkie teorie dotyczące przestępstw i dewiacji, jakie funkcjonują w różnych społeczeństwach, mają podobną strukturę i wskazują na podobne przyczyny popełniania przestępstw. Okazało się, że wspólną przyczyną popełnianych przestępstw są bezpośrednie, krótkotrwałe przyjemności lub korzyści, jakich doznaje sprawca przestępstwa. Zarazem jednak zachowania przestępcze powodują długoterminowe koszty. Poszukując motywów zachowań przestępczych, Gottfredson i Hirschi (1990) sformułowali przeświadczenie, że przestępcy, podobnie jak i inni ludzie, dążą do wzbudzenia zainteresowania sobą ze strony innych osób. Jednakże w tych dążeniach, przestępcy różnią się od osób nie wchodzących w kolizję z prawem stopniem, do jakiego biorą pod uwagę społecznie akceptowane, legalne konsekwencje swoich zachowań. Gottfridson i Hirschi (1990) udało się również ustalić, że osoby które wchodzą w kolizję z prawem cechuje zaniżony poziom lub po prostu brak samokontroli. Wspomniane różnice okazały się względnie stałe i niezależne od społecznego statusu przestępcy, ani od jego wiedzy na temat funkcjonowania społecznie wypracowanego systemu sankcji karnych.

Gottfredson i Hirschi (1990) opisali istotne cechy osób o niskim poziomie samokontroli. Zdaniem autorów, osoby takie cechuje orientacja typu: „teraz i tutaj", w przeciwieństwie do osób o wysokim poziomie samokontroli, które mają tendencję do odraczania w czasie oczekiwanych gratyfikacji. Działania kryminalistów dostarczają im prostych i łatwych gratyfikacji. Osoby o zaniżonym poziomie samokontroli przejawiają również brak wytrwałości w działaniu oraz w formułowaniu takich celów, które umożliwiłyby im osiągnięcie efektów odroczonych w czasie. Dlatego działania przestępców są tak zorganizowane, aby dostarczały im prostych i łatwych nagród. Działania kryminalistów są zazwyczaj ekscytujące, ryzykowne i przejmujące dreszczem, jednakże ich sprawcy tracą często sa-

mokontrolę i popadają w nastroje awanturnicze. Zupełnie inaczej zachowują się osoby o wysokim poziomie samokontroli. Osoby takie cechuje ostrożność postępowania, ponadto, są one nastawione głównie na podejmowanie działań poznawczych i werbalnych. Natomiast przestępcy nie biorą pod uwagę, lub też biorą w zbyt małym zakresie, długoterminowe efekty swoich działań i w związku z tym pozostają w kolizji ze zobowiązaniami podjętymi w pracy, w małżeństwie, w rodzinie, czy wobec przyjaciół. Okazało się również, że ludzie o niskiej samokontroli prezentują zazwyczaj wąskie horyzonty poznawcze. Dlatego też, nie powinien zadziwić nas fakt, że większość czynów przestępczych wymagała niezbyt dużych umiejętności oraz niezbyt rozległych planów działania ze strony ich sprawców. Ponadto, ludzie o niskiej samokontroli okazali się też mało wrażliwymi emocjonalnie i dlatego powodowali często ból i dyskomfort swoich ofiar. Wniosek jaki nasuwa się w oparciu o charakterystykę osób o niskim poziomie samokontroli jest taki, że są to osoby skoncentrowane na sobie, mało wrażliwe na potrzeby i bezpieczeństwo innych osób. A zatem, zdaniem Gottfredson i Hirschi (1990), ewentualność stosowania przemocy i to nawet wobec osób najbliższych, przez osoby o niskim poziomie samokontroli, wydaje się być wysoko prawdopodobna.

CZYNNIKI WYZNACZAJĄCE POZIOM SAMOKONTROLI

Z analiz prowadzonych przez Gottfredson i Hirschi (1990) wynika, że jednym z czynników wyznaczających poziom samokontroli może być rodzaj dyscypliny stosowanej przez rodziców wobec dziecka. Okazało się, że osoby wychowywane w rodzinach, w których zostało jasno określone, które zachowania są poprawne a które są niestosowne, przestrzegały przepisów prawa w większym stopniu, aniżeli osoby wywodzące się z rodzin przyzwalających dziecku na wszystko, lub też z rodzin bałaganiarskich, w których reguły zachowania się w ogóle nie zostały określone. Konsekwentna dyscyplina, jaką stosowali rodzice wobec dziecka, chodzi tu o nagradzanie za zachowania poprawne oraz stosowanie kar za zachowania niewłaściwe, okazała się najlepszym sposobem zapewniającym rozwój właściwej samokontroli. Przeciwnie, czynnikiem powodującym słaby rozwój samokontroli, okazało się mało skuteczne wychowywanie dziecka. Taki sposób wychowania stwierdzano często w rodzinach, w których nie stosowano żadnej dyscypliny, w których rodzice nie mieli wglądu we własne działania oraz, które cechował brak poczucia więzi emocjonalnych. O rodzinach stosujących przemoc nie można było powiedzieć, że przejawiały one zdyscyplinowanie ani też, że ich członkowie byli sobie emocjonalnie bliscy. W oparciu o wyniki dokonanych analiz, Gotffredson i Hirschi (1990) sformułowali słuszny, jak się wydaje, wniosek który głosi, że zarówno przemoc stosowana w rodzinie pochodzenia, jak też brak odpowiedniej dyscypliny w rodzinie, prowadzą do ukształtowania się niskiego poziomu samokontroli u dzieci.

Koncepcja niskiej samokontroli jako źródła zachowań przestępczych występuje w różnych kryminologicznych badaniach. To, co odróżnia koncepcję Gottfredson i Hirschi od innych tego typu koncepcji, to dokonanie syntezy wcześniejszych wątków badań w jedną sensowną całość. Wspomniana koncepcja zainspirowała też wiele badań, dotyczących takich zagadnień jak: znaczenie wieku, w jakim popełniono przestępstwo (Tittle i Ward, 1993), wczesnorozwojowych zaniedbań wychowawczych (Brownfield i Sorenson, 1993), nierozważnych zachowań (Arneklev i in., 1993), środków zapobiegających przestępstwom (Nagin i Paternoster, 1994) i innych. Moc eksplikacyjna omawianej teorii brana jest stale pod uwagę w różnorodnych badaniach.

Reasumując dotychczas zaprezentowane rozważania można stwierdzić, że rozprzestrzenianie się skutków stosowania przemocy fizycznej, czy też przejawów agresji psychologicznej w obrębie rodziny pochodzenia może w konsekwencji prowadzić do zaasymilowania przez dzieci wychowywane w kręgu takiej rodziny skłonności do stosowania fizycznej przemocy lub psychologicznej agresji w relacjach z członkami własnych rodzin, założonych przez osoby, które doznały przemocy w rodzinach pochodzenia. Takie przeświadczenie prezentowane jest w ramach koncepcji międzypokoleniowej transmisji przemocy stosowanej w rodzinie. Ponadto, dane pochodzące z badań psychologów społecznych nawiązujących do ogólnej teorii przestępstwa, autorstwa Gottfredson i Hirschi (1990) sugerują że skutki doświadczania przemocy w rodzinie pochodzenia obserwowane później, w wieku dojrzałym, w przejawach przemocy i agresji ujawnianych w małżeństwie ofiar przemocy, mogą być zapośredniczone o zmienną niskiej samokontroli, jaką manifestują sprawcy przemocy i agresji. Oznacza to, że obserwowanie i doznawanie przemocy w rodzinie pochodzenia, powoduje osłabienie rozwoju poczucia samokontroli u doznających przemocy dzieci, co z kolei sprzyja stosowaniu przemocy w relacjach z członkami rodzin założonych przez osoby poszkodowane w dzieciństwie.

Należy nadmienić, że znaczna część dotychczasowych badań dotyczących przemocy ujawnianej w małżeństwie pozwala na wyjaśnienie jedynie mechanizmu stosowania przemocy fizycznej. Tymczasem, badania dotyczące agresji psychologicznej (Fortin i Cham-berland, 1995) wykazały, że ta forma agresji może być równie raniąca jak przemoc fizyczna. Stets (1990) definiuje agresję psychologiczną jako działania werbalne i niewerbalne, symbolicznie raniące drugą osobę, w trakcie których nie ma miejsca na rozmowę prowadzącą do rozwiązania konfliktu. Ta definicja stanowi pojęciowy równoważnik takich terminów jak: nadużycie emocjonalne lub maltretowanie psychiczne czy agresja słowna.

MECHANIZMY SPOŁECZNEGO UCZENIA SIĘ PRZEMOCY

Przedstawiona powyżej koncepcja międzypokoleniowej transmisji przemocy wewnątrzrodzinnej, zdaniem Kalmussa (1984), zawiera dwa mechanizmy społecznego uczenia się: mechanizm modelowania zachowań uogólnionych oraz mechanizm modelowania zachowań specyficznych. Modelowanie uogólnione sprowadza się do akceptowania wszelkich form agresji przejawianej w rodzinie. Funkcjonowanie tego mechanizmu w kolejnych pokoleniach może doprowadzić do nasilania się różnorakich formy agresji przejawianej w rodzinie. Natomiast modelowanie specyficzne ma miejsce wówczas, gdy jednostki odtwarzają tylko pewne rodzaje zachowań agresywnych, spośród tych, na które były narażone. Bandura (1977) podaje argumenty przemawiające na rzecz funkcjonowania mechanizmu uogólnionego modelowania w procesie międzypokoleniowej transmisji przemocy wewnątrzrodzinnej. Autor twierdzi, że obserwator raczej rzadko odtwarza tylko te zachowania, które zostały zademonstrowane przez osobę stanowiącą model do naśladowania. Zdaniem Bandury, obserwatorzy łączą raczej aspekty różnych zachowań, zaczerpnięte z obserwacji różnych modeli, w jakiś nowy amalgamat, który może różnić się od oryginalnych modeli obserwowanych zachowań agresywnych. Zgodnie z tym przekonaniem, prawdopodobieństwo wystąpienia międzypokoleniowej transmisji, zarówno przemocy fizycznej, jak też psychologicznej agresji, zwiększa się pod wpływem doświadczania przemocy w rodzinie pochodzenia.

BADANIA EMPIRYCZNE INSPIROWANE KONCEPCJĄ MIĘDZYPOKOLENIOWEJ TRANSMISJI PRZEMOCY

W oparciu o zaprezentowany powyżej model międzypokoleniowej transmisji przemocy, Simons, Wu, Johnson i Conger (1995) przeprowadzili badania dotyczące bezpośrednich oraz pośrednich skutków stosowania przemocy fizycznej w rodzinach pochodzenia badanych osób, (rodziny te cechowała orientacja aspołeczna) oraz odpowiednio, stosowanie przemocy fizycznej oraz zakres popełniania nadużyć wobec dzieci, w rodzinach założonych przez osoby badane. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły w sposób umiarkowany ten fakt, że w rodzinach założonych przez te dzieci, które doznawały przemocy w swoich rodzinach pochodzenia, nasilone było bezpośrednie rozprzestrzeniania się przemocy interpretowane jako przejaw społecznego uczenia się. Uzyskane wyniki sugerują że relacje, jakie zaistniały pomiędzy przemocą doznawaną w rodzinach pochodzenia badanych a fizyczną przemocą stosowaną w założonych przez nich rodzinach, zostały prawdopodobnie zapośredniczone o proces kształtowania się aspołecznej orientacji badanych.

Cytowanym badaniom można jednak zarzucić to, że zostały one ograniczone do analizowania jedynie skutków stosowania przemocy fizycznej, podczas gdy wiele innych badań wskazuje na równie istotne i wywierające równie negatywny wpływ na jakość życia oraz pozostawiające równie bolesne skutki, przejawy agresji psychologicznej.

Okazuje się jednak, że badania przeprowadzone wcześniej przez Stark i Flitcraft (1985) wykazały, że większość kobiet doznających przemocy oraz większość mężczyzn stosujących przemoc w rodzinie, nie doznawało przemocy fizycznej w dzieciństwie, natomiast ci, wobec których stosowano kary fizyczne w dzieciństwie, nie stosowali przemocy w swoich rodzinach. Oznacza to, że związek jaki stwierdzono pomiędzy przemocą doświadczaną w rodzinie pochodzenia a stosowaniem przemocy w rodzinach założonych przez ofiary doznające przemocy, ma charakter probabilistyczny a nie deterministyczny. Należałoby zatem przyjąć, że model międzypokoleniowej transmisji przemocy wewnątrzrodzinnej, ma charakter uzupełniający w stosunku do poglądów feministycznie zorientowanych badaczy, którzy sądzą, że w wysoko rozwiniętych społeczeństwach zachodnich dominują relacje patrialchalne, sprzyjające rozprzestrzenianiu się przemocy stosowanej w małżeństwie. W związku z funkcjonowaniem tego poglądu wydaje się, że należałoby przeprowadzić badania zmierzające do ustalenia, czy mechanizm międzypokoleniowej transmisji przemocy stosowanej w rodzinie może rozwijać się niezależnie od źródeł ekonomicznej siły oraz kontroli nad tymi źródłami, przypisywanych w rozwiniętych zachodnich społeczeństwach raczej mężczyznom, niż kobietom, czy też transmisja przemocy pozostaje bez związku z patriarchalnym układem sił społecznych.

Wydaje się, że dalszych badań wymaga również przeświadczenie które głosi, że zaniżony poziom samokontroli może być czynnikiem wskazującym na skłonność do stosowania przemocy w rodzinie. W proponowanym modelu badań należałoby uszczegółowić te okoliczności społeczne oraz takie układy cech osobowościowych, w kontekście których, zaniżony poziom samokontroli mógłby pobudzać tendencję do stosowania przemocy w rodzinie.

W podsumowaniu przedstawionych rozważań należy stwierdzić, że teoretyczny model międzypokoleniowej transmisji przemocy ujawnianej w rodzinie zaprezentowany w artykule, sformułowany został w Stanach Zjednoczonych, a więc w społeczeństwie o określonych kulturowych wzorcach zachowań. W warunkach kulturowych społeczeństwa USA uzyskano również wyniki badań empirycznych prowadzonych w oparciu o założenia teoretyczne opisanego modelu. Pomimo tych ograniczeń wydaje się, że zarówno sam teoretyczny model międzypokoleniowej transmisji przemocy stosowanej w rodzinie, jak też uzyskane w oparciu o założenia tego modelu wyniki empirycznych badań, są na tyle interesujące i w takim stopniu wyjaśniają zjawisko międzypokoleniowej transmisji przemocy wewnątrzrodzinnej, że celowe wydaje się przeprowadzenie badań porównawczych, dotyczących funkcjonowania opisanego modelu w krajach o odmiennych warunkach ekonomicznych i społecznych oraz w społeczeństwach o mniej patriarchalnych nastawieniach. Wyniki tego typu badań, prowadzonych w odmiennych ekonomicznie i kulturowo warunkach, pozwoliłyby na określenie stopnia uniwersalności modelu międzypokoleniowej transmisji przemocy stosowanej w rodzinie.

BIBLIOGRAFIA

llen, C, Straus, M.A. (1980). Resources, power, and husband-wife violence. W: M.A. Straus i G.T. Hotaling (red.), *The social causes of husband-wife violence* (s. 188-210). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Arnekelv, B.J., Grasmick, H.G., Tittle, C.R., Bursik, R.J. (1993). Low self-control and imprudent behavior. *Journal of Quantitative Criminology, 9*, 225-247.

Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Engelwood Clifss, NJ: Prentice Hall.

Bowker, L.H. (1986). *Ending the violence*. Holmes Beach, FL: Learning Publications.

Brownfield, D., Sorenson, A.M. (1993). Self-control and juvenile delinquency: Theoretical issues and empirical assessment of selected elements of a general theory of crime. *Deviant Behavior, 14*, 243-264.

Fortin, A., Chamberland, C. (1995). Preventing the psychosocial maltret-ment of children. *Journal of Interpersonal Violence, 10*, 275-295.

Gottfredson, M., Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.

Homans, G. (1967). *The nature of social science*. New York: Harcourt Brace Jovanovitch.

Homans, G. (1974). *Social behavior: Its elementary forms*. New York: Harcourt Brace Jovanovitch.

Kalmuss, D. (1984). The intergenerational transmission of marital aggression. *Journal of Marriage and the Family, 46*, 11-19.

Kalmuss, D., Seltzer, J.A. (1989). A framework for studying family socialization over the life cycle: The case of family violance. *Journal of Family Issues, 10*, 339-358.

Kurz, D. (1989). Social science perspectives on wife abuse: Current debates and futural directions. *Gender and society, 3*, 489-505.

Lew-Starowicz, Z. (1992). *Przemoc seksualna*. Warszawa. Agencja Wydawnicza Jacek Santorski.

McCraine, E.W., Simpson, M.E. (1986). Parental child-rearing antecedents of Type A behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin, 12*, 493-501.

Nagin, D.S., Paternoster, R. (1994). Personal capital and social control: The deterrence implications of a general theory of individual differences in criminal offending. *Criminology, 32*, 581-606.

Orbach, I. (1984). Personality characteristics, life circumstances, and dynamics of suicidal children. *Death Education, 8*, 37-52.

Pospiszyl, I. (1998). *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Pressman, B., Sheps, A. (1994). Treating wife abuse: An integrated model. *International Journal of Group Psychotherapy, 44*, 477-498.

Radomski, J., Sulestrowa, H. (1988). Aggressive-sadistic behavior as a major symptoms in schizophrenic psychosis in a 13-year-old boy. *Psychiatria Polska, 22, 3*, 269-271.

Ratajczak, A. (1980). *Przestępstwa przeciwko rodzinie, opiece i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.

Rieder, K.A. (1978). Parents: The unrecognized victims of child abuse. *Military Medicine, 143, 11*, 758-762.

Roe, K.V. (1980). Toward a contingency hypothesis of empathy development. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 991-994.

Roy, A. (1978). Self-mutilation. *British Journal of Medical Psychology, 51*, 201-203.

Simons, R.L., Wu, C, Johnson C, & Conger R.D. (1995). A test of various perspectives on the intergenerational transmission of domestic violence. *Criminology, 33*, 141-172.

Stark, E., Flitcraft A. (1985). Woman battering, child abuse, and social heredity. W: N. Johnson (red.), *Marital violence* (s. 147-171). London: Routled-ge i Kegan Paul.

Stets, J.E. (1990). Verbal and physical aggression in mariage. *Journal of Marriage and the Family, 52*, 501-514.

Straus, M. (1991). *Discipline and deviance: Physical punishment of children and violence in adulthood*. University of New Hampshire, Family Research Labiratory.

Straus, M.A. (1980). Wife beating: How common and why ? W: M.A. Straus & GT. Hotaling (red.), *The social causes of husband wife violence* (s. 23-38). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Stryker, S. (1967). Symbolic interaction as an approach to family research. W: J.G. Manis i B.N. Meltzer (red.), *Symbolic interaction* (s. 371-383. Allyn I Bacon.

Tittle, C.R., Ward, D.A. (1993). The interaction of age with the correlates and causes of crime. *Journal of Quantitative Criminology, 9*, 3-53.

Kryzys wywołany doświadczeniem realnego zagrożenia życia jako szansa rozwoju*

Wiesław Błaszczak

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Już Caplan (1963, 1964) zwrócił uwagę, że kryzys stwarza potencjalne możliwości rozwoju w kierunku poprawy zdrowia psychicznego i większej dojrzałości. Oczywiście, nie należy zapominać, że jako zaburzenie w funkcjonowaniu organizmu spowodowane niezdolnością mechanizmów homeostatycznych do osiągnięcia równowagi, może również prowadzić do choroby.

Decydujący wpływ na sposób i skutki jego przeżywania mają nie tyle czynniki, które go wywołują, co aktywność przeżywającej go osoby oraz jej otwarcie na pomoc innych ludzi (Oleś, 1992). Z tezą tą korespondują w dużym stopniu relacyjne teorie stresu psychologicznego, których autorzy w doświadczeniu sytuacji stresowej przypisują większą rolę osobie doświadczającej działania stresora niż samemu stresorowi (Lazarus, 1993; Hobfol, 1998; Antonovsky, 1995).

Jedną z ważnych aktywności mających duży wpływ na życie poszczególnych osób jest interpretowanie i reinterpretowanie poszczególnych zdarzeń i całej tworzonej przez nie historii życia. To nadawanie znaczeń różnym wydarzeniom dokonuje się w procesie narracji, czyli opowiadania historii, które we wszystkich kulturach i w każdym czasie było podstawowym sposobem nadawania sensu ludzkiemu życiu.

Bruner (1986) zwraca uwagę na dwa zasadnicze sposoby rozumienia świata: pragmatyczny i narracyjny. Pragmatyczny prowadzi do rozumienia świata na drodze logicznego rozumowania i racjonalnej analizy w oparciu o empiryczne dowody i zależności przyczynowo-skutkowe. Narracja natomiast nie zawsze operuje zasadami logiki. W narracji człowiek opisując swoje pragnienia, potrzeby i cele tworzy historię życia, która nie jest jedynie prostym zapisem faktów lecz zorganizowaną w sposób twórczy dynamiczna strukturą. Dynamiczną w tym sensie, że nieustannie reorganizowaną tak, że znaczenie jednych zdarzeń wpływa na znaczenie innych. Poza tym znaczenie jednego i tego samego wydarzenia może zmieniać się w czasie.

W prezentowanych badaniach sytuacją wywołującą kryzys było doświadczenie realnego zagrożenia życia w wypadku drogowym. Jest to sytuacja o tyle specyficzna, że mimo iż niemalże każdego dnia człowiek jest narażony na tego rodzaju zagrożenie życia, to uświadamia je sobie zazwyczaj dopiero w szczególnych warunkach – w czasie wypadku. Ujmując rzecz szerzej, można stwierdzić, że ludzkie życie jest ciągle zagrożone lecz świadomość tego najczęściej zyskujemy dopiero w wyniku pewnych szczególnych doświadczeń.

Świadomość zagrożenia życia wywołuje kryzys i to często bardzo poważny. Zostaje przecież zagrożona jedna z podstawowych ludzkich wartości – życie. Stąd rodzi się pytanie na ile tego rodzaju doświadczenie może mieć pozytywny wpływ na zdrowie i rozwój człowieka, a właściwie na ile aktywność człowieka może przyczynić się do pozytywnego wykorzystania tego rodzaju kryzysu? Rodzajem aktywności stanowiącym przedmiot tego opracowania jest tworzenie dynamicznej struktury doświadczeń poprzez nadawanie znaczeń w procesie narracji.

Proces tworzenia struktury doświadczeń, czyli ich selekcjonowanie, interpretowanie (nadawania znaczenia) i organizowanie w zintegrowaną całość Hermans nazywa wartościowaniem. Proces wartościowania dokonuje się wtedy, gdy człowiek opowiada narrację o swoim życiu. W tym ujęciu *self* pomyślany jest jako „zorganizowany proces wartościowania" (Hermans, 1987a, 1987b, 1988, 1989, 1991, 1992; Hermans i Hermans-Jansen, 2000).

* Artykuł pochodzi z: *Człowiek w sytuacji zagrożenia: kryzysy katastrofy kataklizmy,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2001 SPiA, s. 192–203.

Jednak wartościowanie to nie tylko proces, ale także efekt tego procesu w postaci interpretacji określonego doświadczenia oraz nieodłącznie towarzyszącego temu klimatu emocjonalnego. Wartościowanie, jako najbardziej podstawowy element narracji osobistej, traktowane jest jako określona jednostka znaczeniowa, której treść jest: subiektywnie ważna, osobista (a nie abstrakcyjna), specyficzna (czyli odniesiona do czasu i miejsca) (Hermans i Hermans-Jansen, 2000).

Metodą służącą do badania systemu znaczeń osobistych – ich stałości i zmiany – jest Metoda Konfrontacji z Sobą Huberta Hermansa (Hermans i Bonarius, 1991; Hermans i Hermans-Jansen, 1995), która została wydana również w Polsce (Oleś, 1992). Metoda ta opiera się na dialogu klienta (osoby badanej) z terapeutą. Dialog rozpoczyna się od otwartych pytań dotyczących tego co osoba badana uznaje za ważne. W podstawowej wersji metody są to pytania o ważne wydarzenia i osoby z przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Tak postawione pytania wyzwalają proces narracji. W trakcie badania osoba badana – autor narracji jest traktowana jako jedyny kompetentny ekspert w zakresie własnych doświadczeń. Tylko ona zna ich treść i związane z nią uczucia, tylko ona potrafi je łączyć i reorganizować oraz nadawać im sens. Psycholog znający metodę, pełni rolę eksperta w zakresie stosowania metody. **Ta właśnie metoda została wykorzystana w prezentowanych badaniach.**

Wzięło w nich udział małżeństwo, które uległo poważnemu wypadkowi drogowemu. Mąż nie był hospitalizowany, natomiast w początkowym etapie leczenia życie żony było poważnie zagrożone, a rehabilitacja i rekonwalescencja trwały około dwóch lat. Zarówno mąż jak i żona wrócili do wykonywanego przed wypadkiem zawodu. Badanie zostało przeprowadzone trzy lata po wypadku, co pozwoliło na dotarcie do względnie trwałych zmian w systemie znaczeń osobistych powstałych na skutek doświadczenia realnego zagrożenia życia.

W badaniach zostały wykorzystane pytania dotyczące przeszłości: „Czy było w przeszłości coś szczególnie ważnego lub znaczącego w Twoim życiu, co jeszcze dzisiaj odgrywa ważną rolę?" oraz „Czy była w przeszłości osoba(y), przeżycie lub okoliczność, która w dużym stopniu wpłynęła na Twoje życie i jeszcze obecnie wyraźnie na Ciebie oddziaływuje?" Pytania te pozwoliły na uzyskanie kontekstu, w którym było analizowane doświadczenia zagrożenia życia. Mimo, że obydwie osoby biorące udział w badaniach, mówiąc o ważnych wydarzeniach ze swego życia sformułowały wartościowania na temat wypadku, postawiono im dodatkowe pytania, które bezpośrednio dotyczyły tego doświadczenia: „Jaką rolę w Twoim życiu odegrał wypadek? Czy się coś zmieniło w Twoim życiu po wypadku? Jakie etapy tych zmian mógłbyś wyróżnić?"

W odpowiedzi na tak postawione pytania żona sformułowała szereg wartościowań dotyczących wypadku (por. aneks). W jej narracji na ten temat znajduje się wiele pozytywnych aspektów związanych z doświadczeniem zagrożenia życia. Dotyczy to zarówno zmian w jej osobistym podejściu do życia jak i w relacji do męża. Myśląc o podejściu do życia mówiła o tym, że stała się bardziej szczera, przeżywa większą niż przed wypadkiem radość z życia, zwraca więcej uwagi na wartość życia dniem dzisiejszym, dostrzeganie wartości „drobiazgów", na to, że „szkoda czasu na głupoty, kłótnie, plotki". Mówiąc natomiast o relacji do męża uważa, że stał się jej bliższy i że po wspólnym przeżyciu szeregu trudnych doświadczeń związanych z wypadkiem będzie im łatwiej pokonywać wszelkie trudności. Podobnie mąż zwraca uwagę na to, że po wypadku stał się bardziej dojrzały i odpowiedzialny, bardziej cieszy się życiem, a w stosunku do żony jest bardziej czuły i kochający.

Nie zabrakło oczywiście przykrych i trudnych doświadczeń związanych z leczeniem, rehabilitacją, zagrożeniem życia, utratą ważnych życiowych planów oraz z ludźmi ze strony których doznali zawodu a nawet krzywdy. Cenne jest jednak to, że mimo tych doświadczeń, a przede wszystkim mimo tak trudnego doświadczenia, jakim było zagrożenie życia, obydwoje mają świadomość zarówno osobistego rozwoju jak i rozwoju ich wzajemnej relacji.

Na strukturę wartościowania składają się dwa poziomy: jawny i ukryty. Poziom jawny wyraża treść wartościowania, natomiast ukryty – motywy, które porządkują i organizują różnorodne doświadczenia w jedną całość. Podczas gdy możemy uzyskiwać bardzo dużo różnych treści wartościowań, to – według Hermansa – na poziomie ukrytym funkcjonuje niewielka liczba motywów (Hermans i Hermans-Jansen, 1995).

Hermans wyróżnia dwa motywy podstawowe charakteryzujące afektywny komponent systemu wartościowań. Pierwszy z nich to motyw S od słowa „self", a drugi to motyw O od słowa „other (people)". Motyw S to dążenie do umacniania siebie, czyli samoobrony i samo-rozwoju, natomiast motyw O – to pragnienie kontaktu i zjednoczenia z kimś lub z czymś drugim (Hermans, Hermans-Jansen i Van

Gilst, 1985a; Hermans, 1987a). Natężenie każdego z motywów można ustalać na podstawie uczuć, poprzez które dany motyw się ujawnia. W związku z tym oprócz treści wartościowań Metoda Konfrontacji z Sobą pozwala na odkrywanie i analizę związanych z nimi uczuć.

W tym celu osoby badane otrzymały listę 24 uczuć w stosunku do których oceniały każde sformułowane przez siebie wartościowanie. Natężenie każdego z uczuć w stosunku do poszczególnych wartościowań było oceniane na sześciostopniowej (od 0 do 5) skali. Liczbowe oceny uczuć umożliwiają obliczenie czterech wskaźników charakteryzujących każde z wartościowań. Są to następujące wskaźniki:

S – suma ocen uczuć wyrażających dążenie do umacniania siebie (4 uczucia),
O – suma ocen uczuć wyrażających dążenie do bliskości z innymi (4 uczucia),
P – suma ocen uczuć pozytywnych (8 uczuć),
N – suma ocen uczuć negatywnych (8 uczuć).

Analiza wzorców afektywnych poszczególnych wartościowań jest możliwa dzięki obliczeniu dla nich wskaźników S, O, P, N poprzez dodanie wartości liczbowych przypisanych poszczególnym uczuciom. Dla motywu umacniania siebie jest liczony wskaźnik S, dla motywu bliskości wskaźnik O, dla uczuć pozytywnych wskaźnik P, a dla negatywnych wskaźnik N. Skoro minimalna wartość przypisywana poszczególnym uczuciom wynosi zero, to tym samym minimalna wartość każdego wskaźnika również wynosi zero. Natomiast jeśli maksymalna wartość przypisywana poszczególnym uczuciom wynosi 5, to maksymalna wartość wskaźników S i O wynosi 20 (4 uczucia × 5 pkt. = 20 pkt.), a wskaźników P i N wynosi 40 (8 uczuć × 5 pkt. = 40 pkt.).

Na zakończenie osoby badane przy pomocy tej samej listy uczuć oceniały tzw. uczucia ogólne (general feelings) odpowiadając na pytanie: „Jak ogólnie czujesz się w ostatnich dniach?" oraz tzw. uczucia idealne (ideal feelings) odpowiadając na pytanie: „Jak chciałbyś się czuć?" Obliczając współczynniki korelacji pomiędzy ocenami uczuć poszczególnych wartościowań a uczuciami ogólnymi i idealnymi można uzyskać dwa kolejne czynniki określające poszczególne wartościowania: czynnik G – korelacja wartościowania z uczuciami ogólnymi oraz czynnik I – korelacja wartościowania z uczuciami idealnymi. Czynniki te pozwalają określić na ile sposób przeżywania treści wartościowania jest zbliżony do tego, jak osoba badana czuje się obecnie – czynnik G i na ile jest podobny do tego jak chciałaby się czuć – czynnik I.

Wśród wartościowań sformułowanych przez osoby badane znajduje się szereg wartościowań dotyczących wypadku, których wzorzec emocjonalny zawiera więcej uczuć pozytywnych niż negatywnych. Są to następujące wartościowania:

Reinterpretacja doświadczenia realnego zagrożenia życia niesie więc w sobie oprócz pozytywnych treści dużo pozytywnych uczuć. Jest to o tyle cenne,

Wartościowania żony (*P*>*N*):

	S	*O*	***P***	*N*	*G*	*I*
Po wypadku mąż stał się jeszcze bliższy, najważniejszy.	17	19	**35**	16	0.88	0.83
Teraz łatwiej będzie nam pokonywać wszelkie trudności.	15	20	**35**	13	0.78	0.71
Przed wypadkiem było inne życie teraz inne.	12	18	**22**	17	0.57	0.24
Po wypadku zaczęłam żyć dniem dzisiejszym. Dostrzegam drobiazgi.	13	17	**25**	15	0.71	0.45
Po wypadku doszłam do wniosku, że szkoda czsau na głupoty, kłótnie, plotki.	10	16	**26**	15	0.70	0.52
Najpierw cieszyłam się, że żyję i nadal cieszę się z tego bardziej niż kiedyś.	14	17	**29**	9	0.87	0.74

Wartościowania męża (*P*>*N*):

	S	*O*	***P***	*N*	*G*	*I*
Stałem się człowiekiem bardziej dojrzałym, odpowiedzialnym (po wypadku)	17	5	**28**	6	0.06	0.58
Po wypadku okazuję żonie więcej czułości i miłości.	15	17	**34**	5	0.60	0.90
Teraz myślę jakie to szczęście, że żyjemy.	8	5	**25**	6	0.20	0.59

iż wzorce emocjonalne tak sformułowanych wartościowań wysoko korelują z tym, co osoba badana przeżywa aktualnie (por. wskaźnik G) oraz z tym jak chciałaby się czuć (por. wskaźnik I). Można więc przypuszczać, że doświadczenie to, ma ciągle żywy i pozytywny wpływ na ogólne samopoczucie, a przez to, że mocno koresponduje z oczekiwaniami tej osoby (uczucia idealne), jest przez nią w dużej mierze akceptowane.

Interpretując to w teorii zachowania zasobów Hobfola (Hobfol, 1989) można się spodziewać, że to pozytywne w swej treści i w sferze emocjonalnej doświadczenie stało się dla obydwu osób swego rodzaju kapitałem na przyszłość: skoro byli zdolni pozytywnie reinterpretować doświadczenie zagrożenia życia – które samo w sobie jest doświadczeniem bardzo negatywnym – tym większe prawdopodobieństwo, że w przyszłości będą zdolni podobnie reinterpretować inne negatywne doświadczenia. Mówiąc językiem teorii zasobów ich zasoby zostały pomnożone, co wydatnie zwiększa możliwości radzenia sobie ze stresem psychologicznym. Natomiast w kontekście przeżytego przez nich kryzysu można mówić o wypracowaniu nowego sposobu rozwiązywania problemów (Płużek, 1991). Jest to sposób w tym sensie nowy, że doświadczenie realnego zagrożenia życia pojawiało się w życiu małżonków po raz pierwszy tak wyraźnie i z taką siłą.

W swojej teorii Hermans określa kryteria zdrowia psychicznego. Dla lepszego ich zrozumienia dobrze jest najpierw omówić sześć podstawowych typów wartościowań wyróżnionych przez Hermansa, których rozróżnienie opiera się na określeniu proporcji między wskaźnikami afektywnymi (S, O, P, N) (Hermans i Hermans-Jansen, 2000).

Trzy z nich są pozytywne (P>N):

1. +S, pozytywne umacnianie siebie (S wysokie, O niskie, P>N) – autonomia i sukces;
2. +HH pozytywna kombinacja wysokiego umacniania siebie i wysokiego kontaktu z innymi (S wysokie, O wysokie, P>N) – siła i jedność;
3. +O, pozytywny kontakt z innymi (S niskie, O wysokie, P>N) – jedność i miłość;

Kolejne trzy natomiast negatywne (P<N):

4. -O, negatywny kontakt z innymi (S niskie, O wysokie, P<N) – niezaspokojona tęsknota;
5. -LL, negatywna kombinacja braku umacniania siebie i braku kontaktu z innymi (S niskie, O niskie, P<N) – bezsilność i izolacja.
6. -S, negatywne umacnianie siebie (S wysokie, O niskie, P<N) – agresja i złość.

Hermans (Hermans i Hermans-Jansen, 2000) podaje cztery kryteria zdrowia psychicznego. Przy ich omawianiu odwołuje się do opisanych wyżej typów wartościowań. Kryteria zdrowia według Hermansa to:

1. **Zróżnicowanie** systemu wartościowań, czyli występowanie wszystkich wyróżnionych typów wartościowań, umożliwia osobie reagowanie na daną sytuację w różny sposób. Zróżnicowanie systemu jest podstawą bogactwa przeżyć i zdolności do adekwatnego reagowania na rozmaite sytuacje i okoliczności.

2. **Integracja systemu** – wyraźnie zaznaczona i uporządkowana myśl przewodnia narracji pozwala odróżniać rzeczy pierwszoplanowe i drugoplanowe oraz asymilować nowe doświadczenia. Ułatwia także przejście od samopoznania do zmiany.

3. **Giętkość systemu** – zdolność poruszania się między różnymi typami wartościowań w związku z zachodzącymi zdarzeniami i zmianą orientacji przestrzenno-czasowej danej osoby.

4. **Dobre samopoczucie** (*well-being*) – przewaga pozytywnych uczuć w systemie. Warto jednak zaznaczyć, że giętkość jest ważniejszą właściwością zdrowia psychicznego niż dobry stan psychiczny, czyli dobre samopoczucie (P>N). Po stracie bliskiej osoby człowiek zdrowy reaguje żałobą (S<O, P<N), a nie tkwi w dobrym samopoczuciu. Jednak po okresie cierpienia jest w stanie odbudować poczucie szczęścia (P>N).

Kiedy pewne typy wartościowań nie są obecne w systemie, wtedy jego giętkość może być poważnie ograniczona, czego skutkiem może być dysfunkcjonalny *self*, czyli zablokowany proces wartościowania. Zablokowanie procesu oznacza fiksację na jednym typie wartościowań.

Wracając do osób badanych możemy zauważyć w ich systemach wartościowań zbyt małe zróżnicowanie i giętkość. W systemie wartościowań żony brakuje wartościowań typu +S (autonomia i sukces) oraz -S (agresja i złość) natomiast wyraźnie przeważają w nim wartościowania typu +O (jedność i miłość). Tych właśnie wartościowań brakuje w systemie męża, w systemie, w którym przeważają wartościowania typu +S (autonomia i sukces). Oznacza to, że na pewnym etapie życia małżonkowie świetnie się dopełniali: mąż spełniał się jako silny i wierny obrońca żony, która „jest całym jego światem", a żona przyjmując jego opiekę czuła się kochana i przeżywała tak ważną dla niej jedność.

Kryzys wywołany przez wypadek wykazał jednak ograniczoność takiego układu. Mąż, mimo ogromnych wysiłków z upokorzeniem przed lekarzem włącznie (por. aneks, ósme wartościowanie męża) nie był wstanie uchronić żony przed licznymi cierpieniami. Z tego powodu jego kryzys znacznie się pogłębił. W momencie badania nadal nie mógł się pogodzić z tym, że nie mógł zapewnić żonie dostatecznej opieki i uchronić ją od wielu cierpień. Jego siła i zaradność w działaniu, które były dotychczas skutecznym sposobem pokonywania trudności, stały się niewystarczające. Znalazł się w o

ANEKS

L.p.	Wartościowanie żony	*S*	*O*	*P*	*N*	*G*	*I*
1.	Małżeństwo.	19	20	37	15	0,85	0,84
2.	Jestem bardzo związana z mamą.	14	16	24	26	0,23	0,00
3.	Po wypadku mąż stał się jeszcze bliższy, najważniejszy.	17	19	35	16	0,88	0,83
4.	Teraz łatwiej będzie nam pokonywać wszelkie trudności.	15	20	35	13	0,78	0,71
5.	Po śmierci taty musiałam bardzo szybko wydorośleć.	8	14	15	31	-0,53	-0,69
6.	Stres przed egzaminami, aby zdać i nie stracić renty.	7	5	8	29	-0,66	-0,82
7.	Było mi trudniej niż koleżankom z pełnych rodzin w kontaktach z mężczyznami.	4	5	10	23	-0,66	-0,76
8.	Kolega brata dobierał się do mnie gdy byłam dzieckiem (8 lat).	0	5	0	39	-0,89	-1,00
9.	Beata jest mi bardzo bliska.	18	17	36	9	0,86	0,87
10.	Przed wypadkiem było inne życie teraz inne.	12	18	22	17	0,57	0,24
11.	Po wypadku zaczęłam żyć dzniem dzisiejszym. Dostrzegam drobiazgi.	13	17	25	15	0,71	0,45
12.	Po wypadku wolniej myślę, działam.	7	15	18	21	-0,01	-0,19
13.	Po wypadku doszłam do wniosku, że szkoda czasu na głupoty.	10	16	26	15	0,70	0,52
14.	Po wypadku stałam się bardzo szczera.	13	16	28	15	0,77	0,62
15.	Myślałam, że wypadek zmienił wszystkich wokół nas. Teraz wiem, że nie.	8	9	6	20	-0,25	-0,46
16.	Wypadek odebrał mi poczucie bezpieczeństwa.	4	13	7	26	-0,32	-0,59
17.	Najpierw cieszyłam się, że żyję i nadal cieszę się z tego bardziej niż kiedyś.	14	17	29	9	0,87	0,74
18.	W szpitalu byłam bardzo dzielna aby jak najszybciej osiągnąć pełną sprawność.	10	14	28	15	0,63	0,48
19.	W szpitalu musiałam przełamywać wstyd.	8	16	19	21	0,15	-0,08
20.	Ból nerki, który decydował o mnie – jak czekanie na wyrok.	0	16	6	27	-0,35	-0,56
21.	Wszystkim sie wydaje, że nie mam prawa do uczuć negatywnych. Tłumiłam je w sobie.	3	10	4	34	-0,65	-0,85
22.	Jak się ogólnie czujesz w ostatnich dniach?	15	14	28	10	1,00	0,90
23.	Jak chciałabyś się czuć?	20	15	40	0	0,90	1,00

L.p.	Wartościowanie męża	*S*	*O*	*P*	*N*	*G*	*I*
1.	Gdy miałem 8 lat za brak książki nauczyciel pobił mnie do krwi.	0	3	15	29	-0,38	-0,52
2.	Dużo zawdzięczam babci i dziadkowi, oni mnie ukształtowali.	19	17	38	4	0,49	0,90
3.	Od urodzenia mam jedna dłoń. Zawsze starałem się pokazać sobie i innym, że nie jestem gorszy.	2	3	9	28	-0,42	-0,66
4.	Jazda konna – ludzie, których tam poznałem.	18	11	35	6	0,34	0,78
5.	Zamężna, 35 letnia kobieta, którą poznałem na studiach zrobiła ze mnie mężczyznę.	20	15	39	4	0,42	0,87
6.	Moja pierwsza narzeczona wykorzystywała mnie.	2	5	10	31	-0,56	-0,65
7.	Żona jest całym moim światem.	17	17	36	7	0,60	0,89
8.	Po wypadku strasznie upokorzyłem się przed lekarzem aby pomóc żonie.	11	3	11	26	-0,24	-0,45
9	Dyrektorka robiła żonie trudności. Teraz zastanawiam się nad ukrytymi intencjami ludzi.	4	5	8	22	-0,30	-0,69
10.	Nie wyobrażam sobie, że mógłbym złamać słowo dane żonie na ślubie.	20	7	35	0	0,21	0,75
11.	Po wypadku musiałem przerwać studia.	4	3	10	15	0,03	-0,29
12.	Wypadek przerwał nasze starania o dziecko (zapłodnienie in vitro).	3	4	7	18	0,11	-0,40
13.	Wypadek przerwał leczenie żony (osteoporoza).	2	4	6	20	0,06	-0,48
14.	Rodzice pomagają nam finansowo.	7	10	18	16	0,27	0,20
15.	Stałem się człowiekiem bardziej dojrzałym, odpowiedzialnym (po wypadku).	17	5	28	6	0,06	0,58
16.	Po wypadku okazuję żonie więcej czułości i miłości.	15	17	34	5	0,60	0,90
17.	Nauczyłem się mówić „nie” rodzicom, którzy przesadnie wtrącają się w nasze życie.	15	6	22	17	0,02	0,29
18.	Najpierw modliłem się aby żona przeżyła.	3	16	8	31	0,06	-0,55
19.	Potem pojawił się bunt i pytanie „Dlaczego?!”.	4	5	6	27	-0,33	-0,74
20.	Teraz myślę o tym jakie to szczęście, że żyjemy.	8	5	25	6	0,20	0,59
21.	Jak się ogólnie czujesz w ostatnich dniach?	12	15	24	18	1,00	0,60
22.	Jak chciałbyś się czuć?	16	14	37	5	0,60	1,00

tyle trudnej sytuacji, że nie tylko nie potrafił nieść żonie pomocy, ale jednocześnie nie potrafił z jej strony żadnej pomocy przyjąć.

Tymczasem, mimo że początkowo po wypadku czuł się lepiej niż żona, w trzy lata później czuł się dużo gorzej. Stało się tak dlatego, że przyjmowanie pomocy jest związane ze zdolnością wychodzenia z pozycji wartościowań typu +O (jedność i miłość), w których występuje przewaga motywu bliskości nad motywem umacniania siebie (S<O) oraz przewaga uczuć pozytywnych nad negatywnymi (P>N). Oznacza to, że przyjmowanie pomocy wiąże się z okazywaniem własnej słabości, ale jest to okazywanie słabości przeżywane pozytywnie (P>N).

Z drugiej strony żona doskonale przystosowana do przyjmowania pomocy okazała się bezradna w jej niesieniu, ponieważ niesienie pomocy wymaga umiejętności wychodzenia z pozycji wartościo-

wań +S lub -S, w których motyw umacniania siebie przeważa nad motywem bliskości (S>O). Tego rodzaju wartościowań brakuje w jej systemie. W ten sposób kryzys, w którym znaleźli się małżonkowie, stał się dla nich szansą rozwoju zmuszając ich do wypracowania nowych sposobów radzenia sobie z trudnościami. Mąż został zmuszony do uczenia się przyjmowania pomocy ze strony żony, a żona do niesienia pomocy mężowi. Okazało się jednak, że reorganizacja systemów wartościowań nie była możliwa bez ingerencji terapeuty.

Z przedstawionych powyżej badań wynika, że nawet kryzys spowodowany tak poważnym wydarzeniem, jakim jest doświadczenie realnego zagrożenia życia może być szansą rozwoju. W sytuacji prezentowanego małżeństwa okazał się mieć pozytywny wpływ zarówno na podejście do życia każdego z nich jak i na ich wzajemną relację. Interesującym zagadnieniem pozostaje pogłębiona analiza osobowościowych uwarunkowań takiego przeżycia kryzysu, które czyni je pozytywnym i twórczym. To jednak wykracza poza ramy niniejszego opracowania.

BIBLIOGRAFIA

Caplan, G. (1963). Emotional crisis. W: A. Deutsh, H. Fishman (red.), *Encyclopedy of mental health* (t. 2, s. 521-532). New York: Franklin Watts, Inc.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Hermans, H.J.M. (1987a). Self as an organised system of valuations: toward a dialogue with the person. *Journal of Counselling Psychology, 34*, 10-19.

Hermans, H.J.M. (1987b). The dream in the process of valuation: a method of interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 163-175.

Hermans, H.J.M. (1988). On the integration of idiographic and nomothetic research methods in the study of personal meaning. *Journal of Personality, 56*, 785-812.

Hermans, H.J.M. (1989). The meaning of life as an organized process. *Psychoteherapy, 26*, 11-22.

Hermans, H.J.M. (1992). Unhappy self-esteem: a meaningful exception to the rule. *The Journal of Psychology, 126*, 555-570.

Hermans, H.J.M., Bonarius, H. (1991). The person as coinvestigator in self-research: valuation theory. *European Journal of Personality, 5*, 199-216.

Hermans, H.J.M., Hermans-Jansen, E. (2000). *Autonarracje. Tworzenie znaczeń w psychoterapii*. Warszawa: Pracownia Testów psychologicznych PTP.

Hermans, H.J.M., Hermans-Jansen, E., Van Gilst, W. (1985a). *De grondmotiven van het nenselijk bestaan: hun expressie in het persoonlijk waarderingsleven*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.

Hermans, J.M. (1991). Self jako zorganizowany system wartościowań (*Self as an organised system of valuations: toward a dialogue with the person*). W: A. Januszewski, T. Witkowski, Z. Uchnast (red.), *Wykłady z psychologii w KUL* (s. 387-409), 5, Lublin: RW KUL.

Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*, 513-524.

Hobfoll, S.E. (1998). *Stress, culture, and community. The psychology and philosophy of stress*. New York, London: Plenum Press.

Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.

Oleś, P.K. (1992). *Metoda Konfrontacji z Sobą H.J.M. Hermansa: Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Oleś, P.K. (1992). Zjawisko kryzysu psychologicznego. *Wykłady z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim, 6*, 397-422.

Płużek, Z. (1991). *Psychologia pastoralna*. Kraków: Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy.

Łyżka miodu w beczce dziegciu, czyli o tym co dobrego może wyniknąć z przeżycia kataklizmu *

Barbara Dolińska

Uniwersytet Wrocławski

WPROWADZENIE

W czasie powodzi, która dotknęła przerażonych jej rozmiarami Wrocławian działy się rzeczy dla samych zainteresowanych zaskakujące. Ich relacje o zdarzeniach, które miały miejsce w nocy z 12 na 13 lipca 1997 r, są budujące i wzruszające. Niektórzy posuwają się do stwierdzenia, że dopiero wtedy, ponad 50 lat po wojnie, po przybyciu pierwszych polskich osadników zasiedlających to miasto Wrocławianie w pełni poczuli swój związek ze swoim grodem. W istocie heroizm mieszkańców broniących swego miasta nie sprowadzał się do zabezpieczenia własnego domu przed destruktywnym działaniem wody. Tysiące Wrocławian broniły przed zalaniem dzielnic odległych od swojego, nie zagrożonego powodzią, miejsca zamieszkania, a obrona najstarszej części miasta – Ostrowa Tumskiego wtedy, gdy sytuacja wydawała się już na tyle beznadziejna, że wycofały się z tego rejonu jednostki wojska i policji budzić musi najwyższy poziom dla ludzi, którzy narażali swe życie.

Pierwsze tygodnie po kataklizmie także wystawiły mieszkańców na ciężką próbę. Najpierw odcięci od świata nie mogli wydostać się ze swoich domów, potem pozbawieni prądu i wody w kranach znosić musieli fetor, tony śmieci na ulicach i prawdziwą plagę niesamowicie agresywnych komarów.

Spośród wielu anegdot, które opowiadali uczestnicy tych pamiętnych wydarzeń, chciałabym przytoczyć kilka historii ilustrujących ich niezwykłość. Jeden z obrońców Ostrowa Tumskiego opowiadał o człowieku, który przyjechał z zatopionego tydzień wcześniej, odległego o niespełna sto kilometrów Kłodzka, z własnoręcznie przygotowanymi kanapkami, którymi nakarmił pracujących przy układaniu wału ochotników. Wiedział, że o jedzeniu nikt we Wrocławiu nie będzie miał czasu myśleć. Inny, broniący swojej dzielnicy Wrocławianin, pełnił przez kilkadziesiąt godzin nieprzerwany dyżur na wałach przeciwpowodziowych. Gdy zauważał przeciek, lub gdy stwierdzał, że poziom wody niebezpiecznie się podnosił, dzwonił na alarm w wielki, przyniesiony z mieszkania mosiężny dzwon, a wtedy setki ludzi, o każdej porze dnia i nocy, wybiegały z domów i wspólnie łatały przecieki bądź układały następną warstwę worków z piaskiem. Staruszka, ofiara powodzi, z tzw. „trójkąta bermudzkiego" (jednej z najbardziej niebezpiecznych okolic miasta) z ogromnym zdziwieniem stwierdziła z kolei, że ludzie, którzy ją wynieśli z zalewanego mieszkania, a później troszczyli się o nią i pocieszali, to ci sami wulgarni awanturnicy, których podejrzewała o permanentne działania na szkodę jej i dobra publicznego. W ekskluzywnej i pełnej zieleni dzielnicy Biskupin, zagrożonej z trzech stron wodami Odry i jej kanałów szczególnie ofiarnie zachowała się natomiast grupa pań zatrudnionych w miejscowej agencji towarzyskiej.

Opisane zachowania, z całą pewnością wykraczające poza zwykłą miarę zaangażowania i kooperacji określa się zwykle w literaturze przedmiotu „fazą heroizmu". Nie są one zaskakujące dla badaczy ofiar klęsk żywiołowych. Zwracają oni bowiem uwagę, że kataklizmy i katastrofy są czymś więcej niż wydarzeniami krytycznymi na poziomie jednostki. Pochłaniają one całe społeczności. Poczucie zagrożenia, szkody i straty są wspólne.

Wszyscy zamieszkujący tereny dotknięte nieszczęściem są jego ofiarami, choć – rzecz jasna – w niejednakowym stopniu. Wszyscy zatem muszą polegać na powszechnie zaakceptowanych środkach radzenia sobie ze stresorem. Stąd też w samym czasie katastrofy i w krótkim pierwszym okresie po niej mówi się o wzroście dobrostanu w stosunkach międzyludzkich (zob. zwłaszcza: Barton, 1969; Giel, 1990). Potem jednak dochodzi do konsekwen-

* **Artykuł pochodzi z:** *Człowiek w sytuacji zagrożenia: Kryzysy katastrofy kataklizmy,* **pod red. K. Popiołek, Poznań 2001 SPiA, s. 334–342.**

cji wyraźnie negatywnych: stosunki międzyludzkie stają się coraz gorsze.

NEGATYWNE KONSEKWENCJE KLĘSK ŻYWIOŁOWYCH I KATASTROF

Myślenie o powodzi i jej rzeczywistych lub potencjalnych ofiarach koncentruje się zwykle na negatywnych skutkach, stratach materialnych, emocjonalnych i erozji więzi społecznych. Przede wszystkim, zakłada się powszechnie, że zagrożenie kataklizmem może spowodować bezpośrednią szkodę dla zdrowia psychicznego jednostki. Pojawiają się tu przede wszystkim takie stany jak lęk, depresja, uczucie głębokiego nieszczęścia, przekonanie o nieodwracalnej stracie (np. Baum, 1987; Rubonis i Bickman, 1991).

Kataklizm powoduje jednak także przewlekłe konsekwencje psychopatologiczne dla jednostki i jest przyczyną deterioracji relacji interpersonalnych oraz znacznego obniżenia możliwości dostarczanego i uzyskiwanego wsparcia społecznego. Klęski żywiołowe i kataklizmy wynikające z defektów wielkich urządzeń technicznych stworzonych przez człowieka osłabiają, lub wręcz niszczą więzy międzyludzkie poprzez śmierć, wysiedlenie, przemieszczenie, ruinę środowiska materialnego, konflikty mające różne podłoże oraz rozbicie codziennych, często rutynowych interakcji społecznych (Kaniasty, 1999; Kaniasty i Norris, 1993). Badania pokazują przy tym, że szczyt nasilenia się psychologicznych problemów związanych z klęskami żywiołowymi występuje na ogół w ciągu pierwszego roku po wydarzeniu, a wyraźnego ich osłabienia oczekiwać należy w większości przypadków nie wcześniej niż po upływie dwóch lat (np. Murphy, 1986; Phifer i Norris, 1989; Thompson, Norris i Hanacek, 1993).

Najbardziej narzucającym się i chyba najlepiej opisanym skutkiem udziału jednostki w klęsce żywiołowej jest zespół stresu pourazowego (PTSD), który ujawnia się poprzez powracanie do sytuacji traumy w koszmarach nocnych; przeżywanie jej na nowo we wspomnieniach i chwilach zadumy; odrętwienie emocjonalne, obojętność wobec codziennych obowiązków; drażliwość i obniżenie nastroju (Rosenhan i Seligman, 1994). Zespół stresu pourazowego dwukrotnie częściej dotyka kobiety niż mężczyzn i występuje tym intensywniej, im większe było zagrożenie życia, im większe były straty ofiar i im straszniejsze przeżycia były ich udziałem (Shore i in., 1986).

Co ciekawe, mimo, że zespół stresu pourazowego jest najpełniej udokumentowaną, najlepiej opisaną psychopatologiczną konsekwencją udziału w katastrofie, to, paradoksalnie, jest najrzadziej występującym psychopatologicznym efektem zagrożenia kataklizmem. Najczęściej wyróżnianymi formami psychopatologii, pojawiającymi się w konsekwencji urazu są natomiast kolejno: wzrost intensywności zachowań lękowych; fobijnych; występowanie zaburzeń somatyzacyjnych; wzrost częstości sięgania po środki psychoaktywne i pojawiające się symptomy depresji. Objawy psychopatologiczne dotykają w zależności od charakteru katastrofy, badanej populacji i przyjętej metodologii badań, od 7 do 40% ofiar (Rubonis i Bickman, 1991).

Dramatyczne konsekwencje katastrofy żywiołowej dotyczą nie tylko jednostek. Dotykają one również całych społeczności lokalnych. Spontaniczna mobilizacja, kolektywna obrona dobytku, świadczona bezinteresownie wzajemna pomoc, wspieranie się w obliczu zagrożenia jednoczy ludzi tylko na czas trwania kataklizmu. Tego rodzaju zachowania, charakterystyczne dla czasu walki z żywiołem określane są mianem „fazy heroizmu" lub „okresem altruistycznej społeczności". Wytworzona w czasie wspólnych działań terapeutyczna wspólnota wyróżnia się poczuciem solidarności, świadczy pomoc i dostarcza wsparcia swoim członkom, jest silnie zintegrowana. Później, w obliczu klęski, zastępują ją wzajemne pretensje, zanik solidarności, a nierówny podział dóbr i różny stopień możliwości korzystania z formalnie udzielanej pomocy prowadzą nieuchronnie do erozji więzi społecznych. Czas „heroicznej społeczności" trwa krócej niż długofalowe skutki katastrofy, które przyczyniają się do deterioracji możliwości wsparcia udzielanego członkom dotkniętych nią członków społeczności lokalnych, a co za tym idzie erozji więzi społecznych (Kaniasty, w druku).

Deterioracja wsparcia negatywnie wpływa na funkcjonowanie emocjonalne członków społeczności i może nasilać objawy psychopatologiczne u jednostki. To z kolei, zwrotnie, powoduje dalszą deterioracje działania elementarnych wspólnot – rodziny, sąsiadów, organizacji lokalnych. Wytworzone w ten sposób sprzężenie pogarsza psychiczne funkcjonowanie jednostek i relacje interpersonalne między członkami poszkodowanych społeczności. Nie bez znaczenia dla erozji społeczności są też formy działań pomocowych organizowane przez władze, organizacje charytatywne i wolontariuszy. Spontaniczne przekazywanie darów i niesienie pomocy poszkodowanym nie może zadowolić wszystkich potrzebujących i nie może być rozdzielane w pełni sprawiedliwie, mimo najlepszych chęci ofiarodawców. Przekonanie o krzywdach dodatkowo doznawanych w czasie uzyskiwania pomocy

narusza wiarę w sprawiedliwość, wzmaga postawy roszczeniowe, obniża zaufanie ofiar do innych, tak pomagających, jak i korzystających z pomocy (zob.: Łukaszewski i Stajniak, 1999).

Pojawia się jednak pytanie, czy przeżycie zbiorowej traumy może mieć jakiekolwiek długofalowe konsekwencje pozytywne. Wydaje się to szczególnie prawdopodobne w takich przypadkach, w których mobilizacja lokalnej społeczności – wspólne, kolektywne i konstruktywne działanie doprowadziło do zwycięstwa nad żywiołem. Stan taki powinien z jednej strony rodzić poczucie kontrolowalności (nieszczęścia można uniknąć), a z drugiej – podtrzymywać międzyludzką solidarność, zapobiegającą fazie deterioracji. Być może efektów takich nie stwierdzano tylko dlatego, że zwykle badania psychologiczne skoncentrowane sana ofiarach traumy, na tych społecznościach, które przegrały w walce z żywiołem.

POZYTYWNE KONSEKWENCJE PRZEŻYCIA KLĘSKI ŻYWIOŁOWEJ

Wrocław jest wielkim, zamieszkałym przez blisko 700 tys. osób, miastem. Jego rozległość i ukształtowanie terenu, na którym leży powodowało, że poszczególne dzielnice w niejednakowym stopniu narażone były na żywioł powodzi. Odmienne były też sposoby, których w poszczególnych rejonach miasta używano w walce z kataklizmem.

Działania podejmowane w centrum miasta polegały głównie na budowaniu barykad – zapór ograniczających dostęp wody do kolejnych ulic miasta. W dzielnicach peryferyjnych (zagrożonych w większości przez mniejsze od Odry rzeki – Widawę, Ślęzę, Oławę i Bystrzycę) walka z żywiołem sprowadzała się głównie do kontrolowania stanu wód, podnoszenia wałów przeciwpowodziowych i tamowania nieszczelności. We wszystkich wypadkach nieocenione okazały się worki napełniane piaskiem. O ile obrońcy centrum miasta mogli liczyć na pomoc służb mundurowych i pracę ciężkiego sprzętu, o tyle mieszkańcy dzielnic peryferyjnych musieli liczyć głównie na własne środki i pomysłowość. Część terenów peryferyjnych i willowych, niezależnie od zaangażowania ich mieszkańców uległo zalaniu lub podtopieniu, inne szczęśliwym zbiegiem okoliczności uniknęły tego losu. Część miasta, położona nieco wyżej, nie uległa zniszczeniu, ani nie była zagrożona kataklizmem.

W swoich badaniach (Dolińska, 1999) porównywałam opinie mieszkańców trzech willowych osiedli – Zacisza, Sołtysowic i Ołtaszyna. Zadawane im pytania dotyczyły stosunków międzyludzkich, spostrzeganego wsparcia społecznego i poczucia przynależności do wspólnoty. Badanych pytano także, czy widzą jakiekolwiek korzyści z powodzi, która nawiedziła Wrocław, a jeśli udzielali odpowiedzi pozytywnej, proszono o sprecyzowanie na czym one polegają. Badani mogli tu wybierać spośród takich kategorii, jak: „wzrost bliskości z ludźmi, wśród których mieszkają", „pozytywne zmiany ich osobowości", „wzrost integracji społeczności lokalnej", „zmiany we własnej skuteczności w radzeniu sobie w życiu codziennym i pracy zawodowej", „korzyści materialne", „inne korzyści".

Badanie przeprowadzono dziewięć miesięcy po katastrofie, która dotknęła Wrocław. W lipcu 1997 roku Zacisze było zalane przez rzekę Odrę. Poziom wody wynosił tam około 2 metrów. Na nic zdała się heroiczna walka mieszkańców o zapobieżenie powodzi. Mieszkańcy Sołtysowic mieli więcej szczęścia. Układając worki z piaskiem wzdłuż rzeki Wi-

Tabela 1
Spostrzeganie różnych korzyści z powodzi, która dotknęła Wrocław jako funkcja zamieszkania w poszczególnych dzielnicach miasta (Dolińska, 1999)

	Spostrzegane korzyści	**ZACISZE** dzielnica zatopiona przez powódź	**SOŁTYSOWICE** dzielnica, która obroniła się przed powodzią	**OŁTASZYN** dzielnica nie zagrożona przez powódź
1	Spostrzeganie „jakichkolwiek korzyści"	56%	53%	33%
2	Wzrost bliskości z ludźmi wśród których mieszkam	28%	23%	6%
3	Zmiany w mojej osobowości „na lepsze"	0%	2%	15%
4	Wzrost integracji społeczności lokalnej	26%	34%	6%
5	Zmiany we własnej skuteczności w radzeniu sobie w życiu codziennym i pracy zawodowej	2%	2%	9%
6	Korzyści materialne	19%	6%	3%
7	Inne korzyści	15%	4%	3%

dawy zdołali oni obronić swoje osiedle. Ołtaszyn, położony wysoko i w sporej odległości od jakiejkolwiek z pięciu wrocławskich rzek nie był zagrożony powodzią. (Mieszkańcy tego osiedla nie uczestniczyli zatem we wspólnych pracach zmierzających do obrony własnych domostw przed kataklizmem, choć mogli być zaangażowani w walkę z powodzią w innych dzielnicach miasta).

Traktując mieszkańców Ołtaszyna jako grupę kontrolną obserwować można wpływ przeżycia powodzi na ludzi, którzy stali się jej ofiarami (mieszkańcy Zacisza) i ludzi, którzy zdołali wygrać z żywiołem (mieszkańcy Sołtysowic). Wybrane wyniki tego badania, dotyczące percepcji ewentualnych korzyści po kataklizmie przedstawione są w tabeli 1.

Jak widać, dość nieoczekiwanie okazało się, że zasadnicze różnice przebiegają nie wzdłuż linii podziału: zwycięstwo *vs*. klęska w walce z powodzią, ale wynikają z samego zagrożenia powodzią. Różnice są bowiem bardziej widoczne między mieszkańcami Ołtaszyna z jednej strony, a mieszkańcami Zacisza i Sołtysowic z drugiej. Łatwo zauważyć, że mieszkańcy obu terenów walczących z powodzią widzą zdecydowanie więcej „jakichkolwiek korzyści" niż osoby zamieszkałe na Ołtaszynie. Szczególnie wyraźnie manifestuje się to przekonaniem o wzroście bliskości z ludźmi wśród których mieszkają i przekonaniu o integracji społeczności lokalnej. Co ciekawe, a zarazem trudne do wyjaśnienia, mieszkańcy nie zagrożonego powodzią Ołtaszyna stosunkowo często przekonani byli natomiast o pozytywnych zmianach we własnej osobowości i wzroście własnej skuteczności w radzeniu sobie w życiu codziennym i pracy zawodowej.

Uzyskane wyniki nie dają zatem podstaw do twierdzenia, że przeżycie klęski żywiołowej przynosi zdecydowanie odmienne skutki psychologiczne, w zależności od tego, czy udało się, czy też nie udało zwyciężyć w walce z żywiołem. Wydaje się przy tym, że, przynajmniej w niektórych przypadkach, klęska żywiołowa może przynosić pewne pozytywne konsekwencje dla doświadczonej nią społeczności lokalnej.

Innego rodzaju pozytywy wynikające z doświadczenia klęski powodzi mogą wiązać się ze wzrostem świadomości zagrożenia i efektywnych sposobów radzenia sobie w takich sytuacjach. Z badań D. Dolińskiego (2000) prowadzonych w górach Kotliny Kłodzkiej, dwukrotnie (w latach 1997 i 1998) nawiedzonych przez wielką powódź, wynika, że ludzie tam zamieszkali mają obecnie bardzo dużą świadomość istniejącego zagrożenia oraz wiedzą jakie czynniki modyfikują prawdopodobieństwo zalania ich domostw i zabudowań gospodarczych przez górskie potoki. Ponieważ część tych czynników ma charakter kontrolowalny, motywuje ich to niekiedy do wywierania presji na władze lokalne, by te przejawiały więcej niż dotychczas działań zmierzających do zbudowania efektywnych systemów ochrony przeciwpowodziowej.

Wspomniane badania ujawniają na przykład, że ludzie domagają się szkoleń na temat tego jak należy zachowywać się w czasie powodzi, postulują budowę zbiorników retencyjnych i stopni wodnych, regulację brzegów rzek i strumieni, a także pogłębiania ich koryt.

ZAKOŃCZENIE

Podkreślić pragnę, że jestem jak najdalsza od twierdzenia, że przeżycie klęski żywiołowej może być dla człowieka, czy całej społeczności korzystne. Bez wątpienia jest to zdarzenie traumatyczne, a jego negatywne konsekwencje mogą być trudne nawet do jednoznacznego zdiagnozowania przy użyciu dostępnych psychologom metod. Warto jednak zwrócić baczniejszą uwagę na to, że obok rozlicznych konsekwencji negatywnych, wyróżnić można i takie, które mają charakter pożądany. Wzrost międzyludzkiej solidarności, więzi między sąsiadami, poczucie wspólnoty mają bez wątpienia taki właśnie charakter. Podobnie wzrost świadomości zagrożenia i wiedzy na temat sposobów radzenia z nim sobie należy do tej kategorii. Wydaje się, że tytułowa łyżka miodu w beczce dziegciu warta jest głębszego zainteresowania psychologów. Wydaje się to bowiem ważne zarówno dla pełnego zrozumienia funkcjonowania ludzi dotkniętych kataklizmem, jak i wypracowania efektywnych metod terapeutycznych. Na pewno bowiem warto w terapii wykorzystać to, że ofiary widzą (lub: potencjalnie mogą łatwo zauważyć) jakieś pozytywne konsekwencje doznanej traumy.

BIBLIOGRAFIA

Barton, A.M. (1969). *Communities in disaster*. Garden City, NJ: Doubleday.

Baum, A. (1987). Toxins, technology, and natural disasters. W: G. VandenBos, B. Bryant (red.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action* (s. 9-51). Washington, DC: APA.

Dolińska, B. (1999). Czy katastrofa może być pożyteczna, czyli o potencjalnych korzyściach z powodzi. *Kolokwia Psychologiczne, 7*, 45-57.

Doliński, D. (1999). *Defence possibilities in front of an element force as perceived by inhabitants of the flood-endangered areas in the Kotlina Kłodzka valley – A research*

report for the European Union. Opole, maszynopis nie opublikowany.
Giel, R., (1990). Psychosocial process in disaster. *International Journal of Mental Health, 19*, 7-20.
Kaniasty, K. (1999). Rok po klęsce: Wpływ powodzi 1997 na zdrowie psychiczne i dobrostan w kontaktach międzyludzkich powodzian. *Kolokwia Psychologiczne, 7*, 7-24.
Kaniasty, K. (2001). Dynamika wsparcia społecznego w kontekście stresu społeczności. W: K. Lachowicz-Tabaczek (red.), *Psychologia środka: Pomiędzy teorią a praktyką psychologiczną* (s. 43-82). Wrocław.
Kaniasty, K., Norris, F. (1993). Atest of the social support deterioration model in the context of natural disaster. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 395-408.
Łukaszewski, W., Stajniak, B. (1999). Kataklizm powodzi: Sposoby interpretacji i sposoby reakcji. *Kolokwia Psychologiczne, 7*, 25-44.
Murphy, S. (1986). Perceptions of stress, coping, and recovery one and three years after a natural disaster. *Issues in Mental Health Nursing, 8*, 63-77.
Phifer, J., Norris, F.H. (1989). Psychological symptoms in older adults following natural disaster: Nature, timing, duration, and course. *Journal of Gerontology, 44*, 207-217.
Rosenham, D.L., Seligman, M.E.P. (1994). *Psychopatologia*. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
Rubonis, A.V., Bickman, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster – psychopathology relationship. *Psychological Bulletin, 109*, 384-399.
Shore, J.H., Tatum E.L., Vollmer W.M. (1986). Psychiatric reactions to disaster: The Mount Saint Helens experience. *American Journal of Psychiatry, 143*, 590-595.
Thompson, M., Norris, F., Hanacek, B. (1993). Age differences in the psychological consequences of Hurricane Hugo. *Psychology and Aging, 8*, 606-616.

Wpływ poczucia zagrożenia na relacje pomiędzy tożsamością społeczną, orientacją na dominację i uznawane wartości władz samorządów lokalnych*

Antoni Wontorczyk

Uniwersytet Jagielloński

WPROWADZENIE

Nie ulega wątpliwości, że spośród wielu teorii, które zostały sformułowane pod koniec XX wieku w obszarze psychologii społecznej najwięcej, w wyjaśnienie zjawisk psychospołecznych, wniosła Teoria Tożsamości Społecznej (*Social Identity Theory* SIT) (Tajfel, Turner 1979). Podstawowym jej założeniem jest twierdzenie, że funkcjonowanie jednostki w grupie związane jest z dwoma różnymi aspektami (koncepcjami siebie). Jeden aspekt to identyfikacja personalna, która zawiera indywidualne atrybuty takie jak kompetencje, zdolności, inteligencję itd. Aspekt drugi to identyfikacja społeczna definiowana jako „ta część indywidualnej koncepcji siebie, która pochodzi z wiedzy jednostki o jej członkostwie w grupie wraz z wartością i emocjonalnym znaczeniem tego członkostwa" (Tajfel, 1981, s. 255). Jak donoszą autorzy różnych badań, identyfikacja jednostki z grupą jest dla niej bardzo ważna (Tajfel, Turner, 1979, 1986; Hirt, Zillman, Kennedy, 1992). Silna identyfikacja z grupą prowadzi zwykle do pozytywnej oceny grupy i w dalszej kolejności jej faworyzowania. Dla wielu jednostek identyfikacja z grupą będzie także związana z motywacją do podniesienia własnej samooceny czasem niskiej lub zagrożonej. Badania pokazują, że motywacja jednostki do utrzymania pozytywnej społecznej tożsamości ma tendencję do przypisywania wielu pozytywnych charakterystyk własnej grupie, czasem wręcz nadmierne przecenianie wyników pracy grupy (Brewer, 1979). W warunkach wysokiej pozytywnej tożsamości społecznej jednostki wykazują również skłonność poznawczą do oceniania podejmowanych działań grupy jako poprawnych (Abrams, Thomas, Hogg, 1990). Silna identyfikacja z grupą w konsekwencji prowadzi do oceniania innych grup jako gorszych (Tuner, Oakes, 1989). To przekonanie jednostki, ugruntowane w następstwie silnej pozytywnej społecznej tożsamości, może zostać poważnie osłabione w przypadku gdy „coś" lub „ktoś" tożsamości tej zagraża.

Teoria SIT zakłada ewaluatywną naturę zarówno tożsamości idywidualnej jak i społecznej. Oznacza to, że jednostka stara się utrzymać (lub podnieść) nie tylko pozytywną tożsamość personalną ale również zachować pozytywną tożsamość społeczną (Tajfel, Tuner, 1986). Zatem wysoka ocena własnej grupy i faworyzowanie jej na tle innych grup może wystąpić tylko w przypadku wysokiej pozytywnej tożsamości społecznej. Wypada w tym miejscu podkreślić, że na gruncie europejskiej psychologii społecznej, który reprezentują Tajfel i Turner zjawiska psychospołeczne są postrzegane w paradygmacie holistycznym w przeciwieństwie do silnie redukcjonistycznej i zindywidualizowanej psychologii amerykańskiej. W dużej mierze sam paradygmat metodologiczny zaważył o nieporozumieniach w badaniach nad tożsamością społeczną z zastosowaniem teorii SIT, bowiem zjawiska, które Tajfel i Turner definiowali jako tożsamość społeczna (*social identity*), psychologowie amerykańscy określali jako tożsamość kolektywna (*collective identity*).

Podobnie jak niektóre teorie *self-concept* (Greenwald, 1980; Rosenberg, 1979; Taylor, Brown, 1988; Tester, Campbell, 1983; Wills, 1981), teoria SIT również zakłada, że jednostki są motywowane do osiągnięcia albo utrzymywania wysokiego poziomu poczucia własnej samooceny (*self-esteem*). Jednakże, podczas gdy teorie te skupiały się na opisaniu

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy w kontekście narastania zagrożeń,* pod red. K. Popiołek, A. Bańki, Poznań 2007 SPiA, s. 56–69.

przyczyn utrzymania pozytywnej tożsamości personalnej (osobistego poczucia własnej wartości, samooceny), to teoria SIT głównie koncentruje się na wyjaśnieniu motywacji do utrzymania pozytywnej tożsamości społecznej (kolektywnego poczucia własnej wartości w grupie). Kiedy więc jednostki staną w obliczu zagrożenia ich pozytywnej tożsamości społecznej będą dążyć do jej utrzymania poprzez silne identyfikowanie się z grupą, albo kreowania korzystnego porównania na rzecz własnej grupy w przeciwieństwie do grup obcych. Dlatego jednostki te będą dyskryminować albo dezawuować członków grup obcych, względnie tworzyć sprzyjające, przychylne dla siebie porównania pomiędzy grupą własną i obcą. Te porównania (dyskryminujące inne grupy) wynikają z pozytywnej tożsamości społecznej, albo wysokiego wspólnotowego poczucia własnej wartości, wspólnotowej samooceny (*collective self-esteem*).

Założenia SIT potwierdziły późniejsze badania, których wyniki ujawniły, że kiedy pozytywna, wysoka tożsamość społeczna jest zagrożona, jednostka również doświadcza zagrożenia dla jej samooceny (Brown, Collins, Schmidt, 1988; Kowalski, Wolfe, 1994).

Przeprowadzono wiele badań w poszukiwaniu strategii jakie jednostki stosują w przypadku kiedy tożsamość społeczna jest zagrożona, a w efekcie tego narażona jest na ryzyko zagrożenia samooceny jednostki. Tajfel i Turner twierdzili, że są możliwe trzy główne sposoby radzenia sobie jednostek z przypadkami zagrożenia dla tożsamości społecznej: **mobilność społeczna**, **kreatywność społeczna** oraz **kompetencja społeczna** (Tajfel, 1978; Tajfel, Turner, 1979). **Mobilność społeczna** to taki sposób podnoszenia swojej tożsamości społecznej, który w przypadku jej zagrożenia charakteryzuje się mobilnością jednostki do grupy o wyższym statusie społecznym. **Kreatywność społeczna**, to szczególna zdolność poznawcza jednostki do przewartościowania stanu zagrożenia w taki sposób, że jego cechy negatywne uzyskują nową wartość tym razem pozytywną. Wreszcie **kompetencja społeczna**, w przeciwieństwie do poprzednich strategii (silnie zindywidualizowana), to taki sposób radzenia sobie z zagrożeniem gdzie jednostka z uwagi na swoją wysoką kompetencję jest zdolna osiągnąć w „oczach" grup obcych odpowiednio wysoki status.

Bat-Chava sugeruje, że członkowie grup (głównie małych) mogą stosować kilka mechanizmów psychologicznych do podniesienia swojej samooceny takich jak: porównanie własnych wyników z wynikami innych członków własnej grupy, ujawnienie negatywnego sprzężenia zwrotnego w stosunku do grup uprzedzonych, intensyfikowanie dymensji, w których grupa się szczególnie wyróżnia lub dewaluacja dymensji, w której grupa jest słaba (Bat-Chava, 1994).

Steele z kolei zakłada, opierając się na założeniach teorii auto-afirmacji, że kiedy dochodzi do zagrożenia *self-concept* jednostki to jest ona silnie motywowana do afirmowania własnej generalnej integralności (Steele, 1988).

W psychologii społecznej podejmowano również badania nad stosowaniem grupowych strategii radzenia sobie z zagrożeniem dla tożsamości społecznej (Leary, Forsyth, 1987; Forsyth, 1990; Forsyth, Kelley, 1996).

Chociaż teoria SIT poddawana była różnorodnej krytyce (Abrams, Hogg 1988) także i przez samych uczniów Tajfela (Lemyre, Smith 1985) jej podstawowe założenia opisujące wzajemne relacje pomiędzy jednostką i grupą są punktem wyjścia do wyjaśnienia natury wielu psychospołecznych zjawisk w podejmowanych współcześnie badaniach. Badacze są zgodni, że teoria SIT najwięcej wniosła przede wszystkim w odkrycie mechanizmów związanych z dyskryminacją wewnątrz i zewnątrzgrupową (Brewer, 1979; Linville, 1987; Hirt, Zillman, Erickson, Kennedy, 1992), natomiast pomija się inne jej zasługi, które są równie doniosłe i ważne jak zagadnienie dyskryminacji i uprzedzeń.

Teoria SIT wniosła wielki wkład w zapoczątkowanie, a później udoskonalenie badań nad dwoma zjawiskami psychospołecznymi a mianowicie paradygmatem minimum grupowego (*minimal group paradigm* MGP) oraz hipotezami samooceny (self-esteem hypothesis SEH). Zjawisko MGP co prawda odkryte zostało przez Rabbiego i Horwitza (1969) ale kryteria metodologiczne dla jego pomiaru oraz warunki konieczne i wystarczające dla jego wystąpienia ostateczne dopracował Tajfel i jego uczniowie (Tajfel, Billig, Bundy, Flament, 1971; Billig, Tajfel, 1973). Celem metodologicznym w sformułowaniu warunków dla wystąpienia paradygmatu minimum grupowego było wywołanie wśród jednostek funkcjonujących w ramach grupy w sposób sztuczny sytuacji, która doprowadzi do zaistnienia dyskryminacji wewnątrzgrupowej. Rabbie i Horwitz zakładali, że czynnikami, które wpływają na wewnątrzgrupową dyskryminację są przede wszystkim konflikty interesów. Zatem, aby w procedurze eksperymentalnej uzyskać warunki do zaistnienia dyskryminacji wystarczy zabezpie-

czyć różnice interesów pomiędzy kategoriami jednostek różnych grup, mówiąc ściślej zadbać, aby przynależały do różnych grup (Rabbie, Horwitz, 1969). Tajfel wraz z grupą swoich uczniów warunki te poddali standaryzacji. Ich zdaniem, aby sytuacja paradygmatu MGP zaistniała muszą być zabezpieczone określone procedury metodologiczne:

a) jednostki powinny być anonimowo przydzielane do określonych grup na podstawie kryteriów arbitralnych najczęściej nie mających nic wspólnego z ich rzeczywistymi cechami np. preferencje dla muzyki klasycznej, czy abstrakcyjnej sztuki,
b) osoby nie mogą identyfikować się z innymi czy wchodzić w interakcję z kimkolwiek wewnątrz lub z poza grupy,
c) wreszcie plan eksperymentalny powinien być tak zaaranżowany aby nie doszło do ujawnienia się interesu jednostek w grupie.

Na podstawie tak sformułowanego paradygmatu Tajfel i Billig rozpoczęli badania nad dyskryminacją, które przyniosły zgodne z oczekiwaniami wyniki (Tajfel, 1971; Billig, Tajfel, 1973). Paradygmat MGP dopracowany przez Tajfela stał się impulsem do licznych badań nad tożsamością społeczną (Brewer, 1979; Mullen, Bron, Smith 1992; Bourhis, Tuner, Gagnon 1997). Badania te przyniosły jednak różnorodne rezultaty, wielokrotnie sprzeczne z tymi, o których donosił Tajfel wraz ze swoim zespołem. Szczególnie krytyczni wobec europejskiego, holistycznie zorientowanego modelu badań nad tożsamością społeczną byli psychologowie amerykańscy. Najdalej idącej krytyce założenia teorii SIT poddali Abrams i Hogg (Abrams, Hogg, 1988). Paradoksalnie ich krytyka – a w szczególności, że samoocena jednostki ma kluczowe znaczenie dla kształtowania się nierówności i dyskryminacji grupowej (jedno z podstawowych założeń teorii SIT), jest nieadekwatnie i błędnie artykułowana – przyniosła jeszcze większą popularność teorii SIT. Jako główny argument dla powodów swojej krytyki Abrams i Hogg wprowadzają pojęcie hipotez samooceny (*self-esteem hypotesis* SEH) które, w ich przekonaniu, mogą mieć nie jedną – jak to uważał Tajfel i Turner – lecz dwie formy. Bazując na założeniach teorii SIT, a głównie uściśleniach Turnera (Turner, 1982), zaproponowali dwa modele interakcji pomiędzy samooceną a dyskryminacją w następstwie silnej tożsamości społecznej (Abrams, Hogg, 1988):

1. Model pierwszy, w którym w wyniku spełnienia kryteriów paradygmatu MGP, istniejąca wewnątrzrupowa dyskryminacja prowadzi do wzrostu tożsamości społecznej a w efekcie tego podniesienia samooceny jednostek, oraz
2. Model drugi, uwzględniający założenia teorii SIT, o jednostkowej silnej potrzebie do posiadania wysokiej samooceny, zakłada, że niska lub zagrożona samoocena będzie potęgować wewnątrzgrupową dyskryminację.

Modele SEH na przełomie XX i XXI wieku stanowiły podstawę teoretyczną do empirycznej weryfikacji teorii SIT. W ich efekcie zrealizowano ponad 40 poważnych programów badawczych, w których weryfikowano oba modele. Uzyskane wyniki były niejednoznaczne i potwierdzały przydatność eksplanacyjną albo jednego albo drugiego modelu SEH (Rubin, Hewstone, 1998; Fein, Spencer, 1997; Aberson, Healy, Romero, 2000; Verkuyten, Hagendoorn, 2002; Huston, Andreopoulou, 2003). Jedynie badania przeprowadzone przez Branscombe i Wanna potwierdziły poprawność koniunkcyjną obu modeli (Branscombe, Wann, 1994).

W kontekście rozważań o roli teorii SIT w wyjaśnieniu dyskryminacji grupowej, a także ważności tożsamości społecznej w podnoszeniu samooceny w sytuacji zagrożenia, na uwagę zasługuje również teoria orientacji na dominację społeczną (*social dominance orientation* SDO). Jej rola w wyjaśnieniu zjawisk różnic indywidualnych w procesach wewnątrzgrupowych i interakcji pomiędzy jednostką i grupą jest o tyle istotna, że zakłada ona silny związek SDO z osobowością jednostki. Niektórzy badacze, wręcz uważają, że jej powiązania z osobowością są znacznie silniejsze niż skala F osobowości autorytarnej Adorno. Teoria SDO zakłada, że interakcja pomiędzy jednostkami w procesach grupowych jest oparta na nierówności i hierarchiczności społecznej (Sidanius, Pratto, 1999). Jednostki różnią się między sobą stopniem, w jakim uznają nierówność i hierarchiczność społeczną. Te, które posiadają wysoką orientację na dominację społeczną uważają, że nierówność społeczna jest pożądana, jak również pożądanym jest utrzymanie zróżnicowanego statusu między grupami w społeczeństwie. Jednostki zatem będą żądać utrzymania nierówności społecznej. Osoby z wysoką orientacją na dominację społeczną będą przejawiały tendencję do faworyzowania silnych grup w społeczeństwie oraz mocno z nimi będą się identyfikowały (Lewin, Fedcerico, Sidanius, Rabinowitz, 2002).

W efekcie wielu wspomnianych wyżej badań, powstałych teorii wyjaśniających zjawiska nierówności społecznej, określenie roli samooceny jednostki

w wzajemnych relacjach z tożsamością społeczną stało się ważnym wyzwaniem badawczym dla psychologów społecznych.

Teoria SIT próbując odnieść się do tych kwestii a także różnych wyników jakie przyniosły badania w ramach paradygmatu MGP i modelu SEH na nowo podkreśla istotne znaczenie w tej interakcji z jednej strony – kategorii społecznych takich jak statusy społeczne, dynamika wewnątrzgrupowa, z drugiej – indywidualnych do których należy system wartości jednostki (Bourhis, Tuner, Gagnon 1997). Niektórzy badacze uważają, że zamieszanie wokół teorii SIT o powiązaniu tożsamości społecznej z rolą samooceny jednostki wynika w dużej mierze z zastosowanych procedur metodologicznych do pomiaru tożsamości społecznej (Hunter, 2003; Long, Spears, 1997; Rubin, Hewstone, 1998). Turner podkreśla, że w założeniach teorii SIT nie brano pod uwagę zróżnicowanych potrzeb jednostek dla osiągnięcia pozytywnej samooceny w *self conception*. Założenia jej dalekie są również od podtrzymania zasadności obu modeli SEH wręcz, są niezgodne z nimi (Turner, 1999; Tuner, Reynolds, 2001, s. 139). Ostatecznie Turner wyjaśniając rolę samooceny w tożsamości społecznej zwraca uwagę na trzy kwestie:

a) problem *self evaluation* zawiera psychologiczne zalążki osobnej teorii,
b) wewnątrzgrupowa dyskryminacja może dotyczyć pojedynczych form samooceny, oraz
c) niektóre czynniki, jak brak satysfakcji z tożsamości społecznej mogą być w koniunkcji z innymi (status społeczny) i prowadzić do wzrostu dyskryminacji (Turner, 1999).

Wreszcie na wspomnienie zasługują również badania Ellemers, Spears i Doosje, które ujmują tożsamość społeczną w kontekście zagrożenia (Ellemers, Spears, Doosje 2002). W interesujący sposób badacze próbowali ustalić poziom zagrożenia, przy którym grupa postrzegana jest jako wartość dla jednostek. Przy okazji tych badań po raz kolejny została potwierdzona przydatność skali Luhtanen i Crocker, a w szczególności jednej z podskal, jako rzetelnego narzędzia do pomiaru zagrożenia w kontekście tożsamości społecznej. Wydaje się, że narzędzie do pomiaru tożsamości społecznej opracowane przez Luhtanen i Crocker może być również przydatne do weryfikacji drugiego modelu SEH.

Mając na uwadze uzyskane wyniki w zaprezentowanych powyżej badaniach powstaje pytanie, czy teoria SIT może być wykorzystana do wyjaśnienia poczucia zagrożenia w realnej grupie jaką są władze samorządowe? Przeprowadzone dotychczas badania przyniosły zróżnicowane wyniki w zakresie poziomu tożsamości społecznej pomiędzy społecznością lokalną samorządu terytorialnego a jej reprezentantami we władzach lokalnych (Wontorczyk, 2005). Ujawniły one, co zakładano, że pomimo zróżnicowanej aktywności politycznej i społecznej, politycy i działacze lokalni funkcjonujący we władzach samorządowych identyfikują się z gminą znacznie silniej niż pozostali jej mieszkańcy.

W tych badaniach postanowiono zbadać zakres tożsamości społecznej u przedstawicieli władzy samorządowej w obliczu poczucia zagrożenia. Założono, zgodnie z teorią SIT, że osoby, które pozytywnie identyfikują się z grupą w obliczu zagrożenia będą doświadczały poczucia słabości samorządu jako grupy. Zjawisko to będzie widoczne szczególnie wśród osób, które silnie identyfikują się z gminą samorządową, ponieważ zostanie osłabiona ich samoocena, której poziom zależy od sukcesów i porażek samorządu gminnego. Jednostki te będą zatem reagować szczególnie intensywnie i silnie kiedy grupa, z którą się identyfikują zostanie zagrożona.

Przeprowadzono badania w różnych samorządach lokalnych: w gminie i powiecie.

Postanowiono zweryfikować trzy hipotezy: W sytuacji zagrożenia silna tożsamość samorządowa prowadzi do wzrostu orientacji na dominację społeczną. W sytuacji zagrożenia osoby o niskiej samoocenie silniej identyfikują się z samorządem, niż jednostki z wysoką samooceną. W sytuacji zagrożenia osoby o niskiej samoocenie silnie identyfikujące się z samorządem stosują intensywniej strategie afirmacyjne niż osoby słabo identyfikujące się.

BADANIA

OSOBY BADANE. Uczestnikami badań byli radni gminy wiejskiej i powiatu, a także reprezentanci władzy wykonawczej, łącznie 120 osób. Plan badań był następujący 2 (poziom tożsamości społecznej: silna *vs*. słaba) × 2 (poczucie zagrożenia: niskie *vs*. wysokie).

PROCEDURA BADAWCZA

W przerwie podczas sesji rady gminy i powiatu osoby badane zostały poproszone o wypełnienie skali *Collective Self-Esteem Scale* (Luhtanen, Crokcer, 1992). Test CSES składa się z 16 itemów przypisanych 4 podskalom odpowiednio: członkostwu, publiczności, prywatności i identyfikacji na które przypadają po 4 itemy odnoszące się odpowiednio

do każdej z nich. Z uwagi na specyfikę mierzonej tożsamości – społeczność samorządu lokalnego – pojęcie grupy w itemach definiowano jako społeczność gminy lub powiatu. W zasadzie starano się zachować wiernie treść pytań, aby wyniki można było porównać z wynikami badań Lathanen i Crocker przeprowadzonych na grupie białych, afroamerykanów i amerykanów azjatyckiego pochodzenia. Rozkłady itemów mierzono na skali od 1 do 7 punktów gdzie (1 oznaczało – absolutnie nie zgadzam się, 7 – całkowicie zgadzam się). Uzyskane wartości współczynnika rzetelności α Cronbacha dla całej skali na poziomie 0,85 oraz wewnętrzne interkorelacje pomiędzy podskalami w przedziale od 0,71 do 0,88 wartości współczynnika α potwierdzają oczekiwania, że wydzielone podskale są wymiarami ortogonalnymi.

Zgodnie z przyjętymi założeniami przez Lathanen i Crocker podskala odnosząca się do **członkostwa** służy do pomiaru samooceny w zakresie postrzegania siebie jako lojalnego członka grupy. O ile druga podskala w teście **kolektywność publiczna** dotyczy samooceny na wymiarze jak inni oceniają naszą grupę, to **kolektywność prywatna** (trzecia podskala) powiązana jest z wymiarem samooceny w zakresie indywidualnej ewaluacji („wartościowości, jakości") własnego członkostwa w grupie. Wreszcie czwarta podskala – **identyfikacja** odzwierciedla problem, czy w ogóle, a jeśli tak to jakiego stopnia jest ważne członkostwo w grupie dla kształtowania się tożsamości personalnej. Metodologiczna wartość tego narzędzia wynika również z faktu, że mierząc tożsamość społeczną dysponujemy danymi pozwalającymi poszukiwać ewentualnych, kauzalnych związków pomiędzy tożsamością indywidualną i społeczną.

Poziom tożsamości społecznej obliczono na podstawie podskali członkostwa. Wartość statystyki podstawowej dla tej podskali jaką jest mediana wynosiła M=21,0. Osoby badane, które uzyskały wynik poniżej wartości mediany (M=16,79) zostały zaliczone do grupy osób charakteryzujących się słabą tożsamością samorządową, natomiast te które uzyskały wynik powyżej mediany (M=23,6) do grupy osób z silną tożsamością samorządową. Następnie badani zostali poddani manipulacji zagrożenia. Każda z osób otrzymała fikcyjny raport Regionalnej Izby Obrachunkowej (RIO), w którym gminie i zarządowi (w wersji dla powiatu – staroście i zarządowi) zarzucała liczne błędy w zarządzaniu oraz nieprawidłowości w gospodarce finansowej.

W warunkach niskiego zagrożenia badanym powiedziano, że gmina (powiat) otrzymała na skali szkolnej ocenę 4, natomiast w warunkach wysokiego zagrożenia przekazano informację, że RIO gminie przyznało zaledwie ocenę -3.

Następnie w badaniach zastosowano dystraktor. Poproszono badanych o przeczytanie (w rzeczywistości fikcyjnego) wyjaśnienia wójta gminy (starosty) wysłanego do RIO jako odpowiedź na postawione gminie (powiatowi) zarzuty.

NARZĘDZIA BADAWCZE

Po wypełnieniu powyższych zadań osoby badane poproszono o wypełnienie testu Afirmacja OKIZ własnego autorstwa składającego się z 12 itemów. Test składa się z trzech podskal: **odpowiedzialność kolektywna**, **odpowiedzialność indywidualna**, **odpowiedzialność zewnętrzna**. Rozkłady itemów mierzono na skali od 1 do 7 punktów gdzie (1 oznaczało – absolutnie nie zgadzam się, 7 – całkowicie zgadzam się). Uzyskano wartości współczynnika rzetelności α Cronbacha dla całej skali na poziomie 0,65 oraz wewnętrzne interkorelacje pomiędzy podskalami w przedziale od 0.71 do 0.88. Wartości współczynnika α potwierdzają oczekiwania testu.

W dalszej kolejności badani wypełniali, skalę *Orientacji na Dominację Społeczną* SDO w opracowaniu Sidanius i Pratto (Sidanius, Pratto, 1999) oraz *Zrównoważoną Przymiotnikową Listę Wartości Kompetencyjnych* (ZPLWK). Lista składała się z dwóch zrównoważonych podskal każda po 40 przymiotników odnoszących się do czterech wymiarów: **kompetencji osobistych**, **kompetencji werbalnych**, **doświadczenia i skuteczności politycznej** oraz **kompetencji moralnej**. Badany miał dokonać przymuszonego wyboru i rangowania dziesięciu najważniejszych jego zdaniem cech opisujących idealnego polityka i działacza samorządowego. W dalszej kolejności osoby dokonywały wyboru i rangowania 6 negatywnych cech możliwych do zaakceptowania u polityków lokalnych i jednej kategorycznie nieakceptowanej, odrzucanej. Wyboru cech i ich rangowania spośród ZPLWK osoby badane dokonywały w odniesieniu do dwóch podstawowych ról publicznych pełnionych przez polityków i działaczy w samorządzie lokalnym (powiecie), a mianowicie wizerunku radnego w radzie gminy lub miasta oraz wójta, burmistrza lub prezydenta. Na końcu badani wypełniali skalę samooceny Coopersmitha (*Coopersmith Self-Esteem Scale*).

DYSKUSJA WYNIKÓW

Jak zakładano, otrzymane wyniki potwierdziły przypuszczenia, że osoby które silnie identyfikują się z samorządem lokalnym w przypadku wystąpienia warunków zagrożenia samorządu jako grupy ujawniają znaczące postawy w odniesieniu do orientacji na dominację społeczną, działań afirmacyjnych, uznawanych wartości kompetencyjnych i samooceny.

W celu sprawdzenia trafności hipotez przeprowadzono analizę wariancji (ANOVA) dla orientacji na dominację społeczną i samooceny w planie badawczym 2 (poziom tożsamości społecznej: silna *vs*. słaba) × 2 (poczucie zagrożenia: niskie *vs*. wysokie). Uzyskane wyniki zostały zestawione w Tabeli 1. W rezultacie przeprowadzonej analizy uzyskano znaczący czynnik główny dla orientacji na dominację społeczną $F(1,120)=4,73$; $p<0,05$ oraz samo-

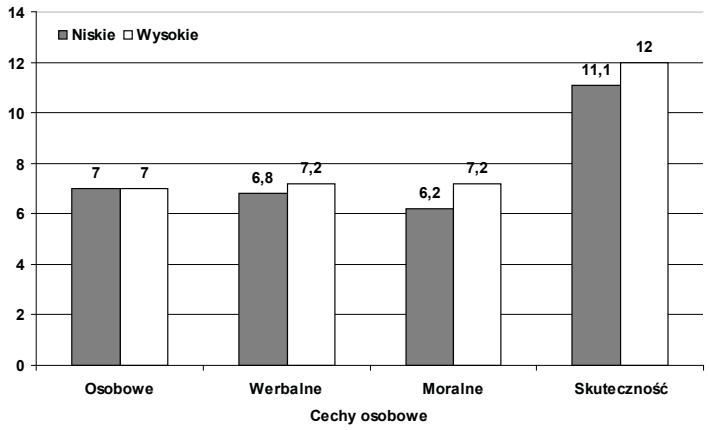
Tabela 1

Tożsamość samorządowa	Poziom zagrożenia – Gmina				Poziom zagrożenia – Powiat			
	Niski		Wysoki		Niski		Wysoki	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Afirmacja Kolektywna								
Niska	8,1	0,9	8,3	0,7	8,4	0,8	8,9	0,9
Wysoka	7,6	0,7	7,9	1,0	8,2	0,9	8,5	1,1
Afirmacja Indywidualna								
Niska	16,2	1,4	17,3	1,6	16,4	1,3	16,8	1,6
Wysoka	15,8	1,2	16,8	1,5	16,3	1,2	16,4	1,8
Afirmacja Zewnętrzna								
Niska	26,2	1,9	26,4	1,8	22,1	1,6	23,1	1,6
Wysoka	33,6	2,3	34,3	2,4	32,9	1,7	34,8	1,8
Orientacja na Dominację Społeczną								
Niska	23,1	2,4	24,2	2,1	22,2	2,2	23,2	2,3
Wysoka	25,6	2,3	26,3	2,2	24,1	2,1	25,7	2,2
Samoocena publiczna								
Niska	17,5	1,9	15,2	1,8	16,7	1,9	14,6	1,8
Wysoka	18,1	2,1	18,4	2,2	17,2	2,0	17,5	1,9
Samoocena								
Niska	27,2	2,3	27,0	1,8	27,4	2,1	27,4	2,0
Wysoka	26,8	2,1	26,0	2,0	27,1	2,2	26,7	2,1
Kompetencje osobiste								
Niska	7,3	0,9	7,1	0,9	6,8	0,8	6,9	1,1
Wysoka	9,2	1,1	9,2	1,0	7,6	1,0	7,8	1,2
Kompetencje werbalne								
Niska	6,4	0,9	6,8	0,9	7,1	1,0	7,6	0,9
Wysoka	7,1	1,1	7,0	0,9	7,4	0,9	8,1	1,2
Kompetencje moralne								
Niska	5,2	0,9	5,1	0,8	6,1	0,9	5,9	0,7
Wysoka	5,0	1,2	3,6	0,9	5,8	0,9	4,7	1,1
Skuteczność polityczna								
Niska	11,4	1,7	12,3	1,7	11,6	1,7	11,8	1,6
Wysoka	11,2	1,9	15,1	1,5	11,8	1,8	14,5	1,8

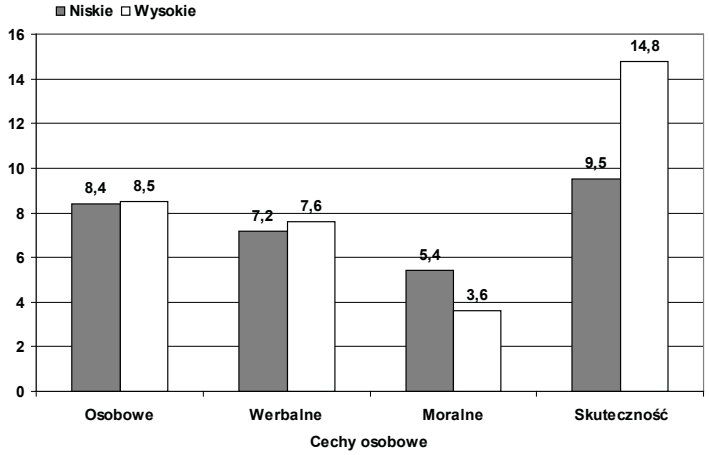
oceny $F(1,120)=7,48$, $p<0,05$. Osoby, które silnie identyfikują się z samorządem mają wyższą orientację na dominację społeczną (w Gminie $M=26,3$; w Powiecie $M=25,7$) i niższą samoocenę (w Gminie $M=26,0$; w Powiecie $M=26,7$) niż osoby słabo identyfikujące się.

Także zgodnie z oczekiwaniami uzyskano wyniki w zakresie powiązania pomiędzy identyfikacją a reakcją afirmacyjną i samooceną publiczną. Dla weryfikacji założeń tej hipotezy, podobnie jak w przypadku poprzednich hipotez zastosowano analizę wariancji (ANOVA) dla reakcji afirmacyjnych oraz samooceny publicznej w takim samym jak powyżej planie badawczym. Wyniki zestawiono w Tabeli 1. Wartości statystyki F w analizie wariancji były znaczące i wynosiły dla reakcji afirmacyjnych $F(1,87)=3,25$; $p<0,05$ oraz samooceny publicznej [$F(1,87)=4,26$; $p<0,05$]. Osoby silnie identyfikujące się z gminą w sytuacji zagrożenia przejawiają silniejsze reakcje afirmacyjne (w Gminie $Mn=19,6$; w Powiecie $Mn=19$), niż słabiej identyfikujące się (w Gminie $Mn=17,3$ w Powiecie $Mn=16,3$). Także w przypadku samooceny publicznej osoby silnie identyfikujące się z samorządem przejawiały reakcje silnie faworyzujące własną grupę (w Gminie $Mn=18,4$ w Powiecie $Mn=17,5$) niż słabo identyfikujące się.

Interesujące wyniki uzyskano również w zakresie powiązania pomiędzy poczuciem poziomu zagrożenia, poziomem tożsamości samorządowej a uznawanymi wartościami. Zostały one zestawione na Wykresach 1 i 2.



Wykres 1. Zależności pomiędzy wartościami kompetencji osobowych a poczuciem zagrożenia w warunkach niskiej tożsamości społecznej



Wykres 2. Zależności pomiędzy wartościami kompetencji osobowych a poczuciem zagrożenia w warunkach wysokiej tożsamości społecznej

Zgodnie z oczekiwaniami osoby silnie identyfikujące się z samorządem, w warunkach silnego poczucia zagrożenia, przeceniają znaczenie skuteczności politycznej działaczy i polityków samorządowych natomiast wyraźnie niedoceniają zasad moralnych. Takich zależności nie stwierdzono w warunkach niskiej tożsamości samorządowej.

WNIOSKI

Uzyskane wyniki badań obrazują różne reakcje osób w sytuacji poczucia zagrożenia grupowego i były one szczególnie mocne u tych badanych, które posiadały niską samoocenę i silną potrzebę identyfikacji z grupą samorządową. Wyniki te są zgodne z założeniami teorii SIT. Mocnym argumentem przemawiającym za jej przydatnością do wyjaśniania zjawisk zagrożenia są również związki pomiędzy wysokimi wynikami osób w cechach orientacji na dominację społeczną i tożsamości samorządowej a stosowaniem intensywniejszych strategii afirmacyjnych, szczególnie zewnętrznych. Jako zachowania defensywne w poczuciu zagrożenia badani przejawiali werbalną ignorancję i pomniejszanie wagi zasad moralnych a także przeceniali wartość doświadczenia (skuteczności politycznej) działaczy jak i polityków samorządowych. W kontekście tych badań (aczkolwiek nie zakładano ich jako efektu głównego), uzyskano również wyniki potwierdzające założenia SHE dla modelu drugiego weryfikowanego metodą Luhtanen, Crocker przy pomocy podskali publiczności (Hunter i inni, 2005).

LITERATURA

Aberson, C.L., Healy, M., Romero, V. (2000). Ingroup bias and self-esteem: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review, 4*, 157–173.

Abrams, D., Hogg, M.A. (1988) Comments on the motivational status of self-esteem in social identity and intergroup discrimination. *European Journal of Social Psychology, 18*, 317–334.

Abrams, D., Thomas, J., Hogg, M.A. (1990). Numerical distinctiveness, social identity and gender salience. *British Journal of Social Psychology, 29*, 87–92.

Bat-Chava, Y. (1994). Group identification and self-esteem of deaf adults. *Personality and Social Psychology Bulletin, 20*, 494–502.

Billig, M., Tajfel, H. (1973). Social categorization and similarity in intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology, 3*, 27–52.

Bourhis, R.Y., Turner, J.C., Gagnon, A. (1997). Interdependence, social identity and discrimination. W: R. Spears, P.J. Oakes, N. Ellmers, S.A. Haslam (red.), *The social psychology of stereotyping and group life* (s. 273–295). Oxford: Blackwell.

Branscombe, N.R., Wann, D.L. (1994). Collective self-esteem consequences of out-group derogation when a valued social identity is on trial. *European Journal of Social Psychology, 24*, 641–657.

Brewer, M.B. (1979). Ingroup bias in the minimal intergroup situation: A cognitive-motivational analysis. *Psychological Bulletin, 86*, 307–324.

Brown, J.D., Collins, R.L, Schmidt, G.W. (1988). Self-esteem and direct versus indirect forms of self-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 445–453.

Ellemers, N., Spears, R., Doosje, B. (2002). Self and social identity. *Annual Review of Psychology, 53*, 161–186.

Fein, S., Spencer, S.J. (1997). Prejudice as self-image maintenance: Affirming the self through derogating others. *Journal of Personality and Social Psychology, 1*, 33–44.

Forsyth, D.R. Kelley, K.N. (1996). Heuristic-based biases in estimations of personal contributions to collective endeavors. W: J.L. Nye, A.M. Brower (red.), *What's social about social cognition?* (s. 106–123). Thousand Oaks, CA: Sage.

Forsyth, D.R. (1990). *Group dynamics*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Greenwald, A.G. (1980). The totalitarian ego; fabrication and revision of personality history. *American Psychologist, 35*, 603–618.

Hirt, E.R., Zillman, D., Kennedy, C. (1992). Costs and benefits of allegiance: Changes in fans' self-ascribed competencies after team victory versus defeat. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 724–540.

Hunter, J.A. (2003). State, category specific self-esteem and intergroup discrimination. *Current Research in Social Psychology, 8*. 139–148.

Hunter, J.A., Sarah, L.C. i inni (2005). Threats to group value, domain-specific self-esteem and intergrup discrimination amongst minimal and national groups. *British Journal of Social Psychology, 44*, 329–353.

Huston, D., Andreopoulou, A. (2003). Tests of both corollaries of social identity theory's self esteem hypothesis in real group settings. *British Journal of Social Psychology, 42*, 357–370.

Kowalski, R.M., Wolfe, R. (1994). Collective identity orientation, patriotism, and reactions to national outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin, 20*, 533–540.

Leary, M.R., Forsyth, D.R. (1987). Attributions of responsibility for collective endeavors. *Review of Personality and Social Psychology: Group Process, 8*, 167–188.

Levin, S., Federico, C.M., Sidanius, J., Rabinowitz, J.L. (2002) Social dominance orientation and intergrup bias: The legitimation of favoritism for High-status groups. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, 144–368.

Lewin, S., Fedcerico, C.M., Sidanius, J., Rabinowitz, J.L. (2002). Social dominance orientation and intergroup bias: The legitimation of favoritism for high-status groups. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, 144–157.

Linville, P.W. (1987). Self-complexity as a buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 663–676.

Long, K.M., Spears, R. (1997). The self-esteem hypothesis revisited: Differentiation and the disaffected. W: R. Spears, P.J. Oakes, N.Ellmers, S.A. Haslam (red.), *The social psychology of stereotyping and group life* (s. 296–317). Oxford: Blackwell.

Luhtanen, R., Crocer, J. (1992). A collective self-esteem: Self evaluation of one's social identity. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18*, 302–318.

Mullen, B., Brown, R., Smith, C. (1992). In group bias as a function of salience relevance and status: An integration. *European Journal of Social Psychology, 22*, 103–122.

Rabbie, J.M., Horwitz, M. (1969). The arousal of in-group bias by a chance win or loss. *European Journal of Social Psychology, 13*, 269–277.

Rosenberg, M. (1979). Conceiving the self. New York: Basic Books.

Rubin, M., Hewstone, M. (1998). Social identity theory's self-esteem hypothesis: A review and some suggestions for clarification. *Personality and Social Psychology Review, 2*, 40–62.

Sidanius, J., Pratto, F. (1999). *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. Cambridge: Cambridge University Press.

Steele, C.M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. *Advances in Experimental Social Psychology, 21*, 261–302.

Tajfel, H., Turner, J.C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. W: W.G. Austin, S. Worchel (red.), *The social psychology of intergroup relations* (s. 33–47) Monterey: Brooks/Cole.

Tajfel, H., Turner, J.C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. W: P.B. Paulus (red.), *Psychology of group influence* (s. 233–275). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Tajfel, H., Billig, M., Bundy, R.P., Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology, 1*, 149–178.

Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories. Studies in social psychology*. Cembridge: Cembridge University Press.

Taylor, S.E., Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin, 103*, 193–210.

Tesser, A., Campbell, J. (1983). Self-definition and self-evaluation maintenance. W: J. Suls (red.), *Psychological perspective on the self* (t. 2, s. 1–31). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Turner, J.C. (1999). Some current issues in research on social identity and self-categorization theories. W: N. Ellemers, R. Spears, B. Doosje (red.), *Social identity: Context, commitment content* (s. 6–34). Oxford: Blackwell.

Turner, J.C., Oakes, P. (1989). Self-categorization theory and social influence. W: P.B. Paulus (red.), *Psychology of group influence* (s. 233–275). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Turner, J.C., Reynolds, K.J. (2001). The social identity perspective in intergroup relations: Theories, themes and controversies. W: R. Brown, S.L. Gaertner (red.), *Blackwell handbook of social psychology: Intergroup processes* (s. 133–152). Oxford: Blackwell.

Verkuyten, M., Hagendoorn, L. (2002). In-group favoritism and self-esteem; The role of identity level and trait valence. *Group Processes and Intergroup Relations, 5*, 285–297.

Wills, T.A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin, 90*, 245–271.

Wontorczyk, A. (2005). *Tożsamość społeczności gminnej – orientacja na cele publiczne i dążenie do posiadania władzy* (w druku).

Procesu „ucieleśniania Ja" jako zagrożenie tożsamości przetrwania*

Dorota Kubacka-Jasiecka

Uniwersytet Jagielloński

Jednym z istotnych problemów współczesności jest stosunkowo niedawno odnotowane zjawisko **ucieleśniania** Ja[1] – nadawania pierwszoplanowego znaczenia i wartości fizyczno-cielesnemu aspektowi Ja, przed innymi aspektami, a nawet ich kosztem.

Kulturowo-społeczne trendy ostatnich lat przywiązują coraz większą wagę do ludzkiego ciała i jego wyglądu. Współczesność to czas „zsomatyzowanych" społeczeństw. Ja cielesne kształtuje się w większym stopniu w oparciu o społeczny wzorzec cielesności niż wrażenia proprioceptywne. Rezultaty wielu badań pokazały, że Ja-cielesne traktowane jako najważniejszy element autoprezentacji, pokazywane innym jako wizerunek własnej osoby staje się jednym z ważniejszych regulatorów ludzkiego postępowania (Featherstone, 1991; Fox, 1997; Sparkes, 1997 za Kowalik 2003).

Celem niniejszego opracowania jest przybliżenie problemu **ucieleśniania** Ja, rozważenie jego konsekwencji, szczególnie w obszarze kształtowania i doświadczania tożsamości, a nawet przetrwania własnej osoby. Analiza z perspektywy rozwijanych w tym zakresie koncepcji pozwala sądzić, że procesy **ucieleśniania** Ja stanowią zagrożenie nie tylko dla kształtowania tożsamości, ale mogą prowadzić między innymi do zaburzeń zachowania o charakterze narcystycznym czy autodestrukcyjnym.

TOŻSAMOŚĆ I POCZUCIE TOŻSAMOŚCI

W psychologicznej literaturze przedmiotu zasadniczo można wyróżnić dwa odmienne podejścia do tożsamości: fenomenologiczne oraz poznawcze.

Podejście fenomenologiczne – historycznie wcześniejsze, ujmujące tożsamość w procesie rozwoju osobniczego, odwołuje się do całościowych, fundamentalnych poczuć podmiotu – ciągłości, spójności, niepowtarzalności i odrębności własnej osoby jako podstawy tożsamości (James, 1890; Erikson, 1969; Sokolik 1988; Węgrzecki, 1996; Gałdowa, 2000).

Podejście poznawcze ujmuje tożsamość jako system samowiedzy jednostki czy substrukturę struktury Ja (Ziller, 1964; Greenwald, Pratkanis, 1984; Jarymowicz, 1984, 1988). W podejściu poznawczym tożsamość osobista, własna to subsystem samowiedzy jednostki, zbiór wyróżnionych (centralnych, ważnych, specyficznych), dystynktywnych – odróżniających ją od innych, schematowych czy relewantnych cech Ja (Jarymowicz, 1984; Markus, 1977; Bikont,1988). Wymieniane w piśmiennictwie określenia: cechy schematowe, wizje czy reprezentacje poznawcze zdają się sugerować syntetyczny i globalny, a także symboliczny charakter systemu tożsamości (Kaplan, 1966; Sherwood, 1970).

Piśmiennictwo poświęcone problematyce tożsamości najczęściej przeciwstawia: ujmowanie samowiedzy w porządku opisowym – tożsamość, porządkowi wartościującemu – samoocena globalna; perspektywę zewnętrzną (ujmowanie tożsamości przez obserwatora) perspektywie wewnętrznej (indywidualne poczucie tożsamości) oraz tożsamość osobistą (indywidualną) – tożsamości społecznej (czy kolektywnej).

Znacząca część badaczy opowiada się za perspektywą czysto wewnętrzną, posługując się terminem poczucie tożsamości, przyjmując, że pojęcie tożsamości osobistej odnosi się do subiektywnego, indywidualnego punktu widzenia jednostki (np. James, 1890; Brown i Turner, 1981; Jarymowicz, 1984; Sokolik, 1988). Poczucie tożsamości to poczucie własnego istnienia, posiadania własnego Ja w sensie psychologicznym, poczucie, że jestem, że istnieję oraz świadomość kim jestem. „Sposób, w jaki określasz

[1] Terminem tym posługuje się Lowen (1995), mając na myśli inne zjawisko – przywracania Ja żywotności dzięki integracji obrazu Ja z doświadczeniem i potrzebami ciała.

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy w kontekście narastania zagrożeń,* pod red. K. Popiołek, A. Bańki, Poznań 2007 SPiA, s. 115–127.

siebie jako jednostkę, to co w tobie najistotniejsze, co konstytuuje twoją indywidualność, jak postrzegasz samego siebie w kategoriach osobistej godności" (Persaud, 1988, s. 196).

W piśmiennictwie wymienia się następujące aspekty poczucia tożsamości: poczucie odrębności od otoczenia, poczucie ciągłości własnego Ja, poczucie wewnętrznej spójności, poczucie posiadania wewnętrznej treści. Istotą poczucia tożsamości jest świadomość własnej indywidualności i niepowtarzalności, a dążenie do ochrony, podtrzymania, potwierdzania indywidualnego poczucia tożsamości stanowi podstawowy regulator zachowania człowieka.

Obserwacje kliniczne zdają się potwierdzać podstawową regulacyjną rolę motywacji potwierdzania tożsamości. Jednym ze sposobów przełamania tzw. dyfuzji tożsamości – utraty poczucia spójności (integracji), ciągłości w czasie i odrębności od innych, a w patologicznych przypadkach zaniku poczucia własnego istnienia staje się, zdaniem Eriksona (1968), przyjęcie tzw. tożsamości negatywnej. Stanowi wyraz swoistego poczucia kompromisu między pragnieniem bycia kimś – posiadania określonych właściwości i miejsca w otoczeniu a lękiem przed porażką w roli społecznie akceptowanej.

ZNACZENIE JA-CIELESNEGO[2] DLA KSZTAŁTOWANIA TOŻSAMOŚCI

Za jedno z istotnych źródeł problemów w zakresie wypracowania psychologicznej teorii tożsamości uważa się tradycyjne, sięgające fundamentalnej koncepcji Jamesa przeciwstawienie: Ja podmiotowe – Ja przedmiotowe. Jedność aspektu podmiotowego i przedmiotowego jako warunek zdrowia i dobrego przystosowania podkreśla holistyczno-dynamiczna koncepcja Lowena (1995); ujmuje ona tożsamość jako złożony rezultat współfunkcjonowania uczuciowego aspektu ciała oraz ego będącego odzwierciedleniem w świadomości uczuć Ja, możliwości ich ekspresji czy panowania nad nimi. Zdaniem tego autora prawidłowe funkcjonowanie tożsamości zapewnia jej bezpośrednie zakotwiczenie w procesach ciała, zapewniające żywotność przeżywania swego Ja oraz powiązanie samoświadomości z emocjami. Lowen zauważa, że właściwie można mówić o podwójnej tożsamości (s. 45) „ ... jedna część wywodzi się z identyfikacji z ego, druga z utożsamienia z ciałem i z jego uczuciami. (...) Nasza podwójna tożsamość opiera się na zdolności do tworzenia obrazu własnej osoby i świadomości cielesnego „ja". U zdrowego człowieka obie tożsamości są spójne ... Zaburzenie osobowości występuje wówczas, kiedy zachodzi brak spójności między obrazem własnej osoby a „ja" i dalej: „Zdrowa osoba dysponuje tą podwójną osobowością, ale nie nastręcza jej to problemu, ponieważ obraz własnej osoby i bezpośrednie doświadczanie „ja" za pośrednictwem ciała są spójne. Taki stan zakłada samoakceptację – akceptację ciała oraz jego uczuć i identyfikację z nimi" (*op. cit.* s. 44).

W rozważaniach uwzględniających perspektywę patologii, a zwłaszcza problematykę autodestrukcji, konieczne jest zwrócenie uwagi nie tylko na niespójność odzwierciedlonych w świadomości substruktur Ja, ale również możliwość wyodrębnienia się, rozszczepiania w przeżywaniu osobowej tożsamości podmiotowego i przedmiotowego aspektu Ja.

Tradycje rozróżniania Ja podmiotowego i Ja przedmiotowego zaważyły również na niedocenianiu przez lata w psychologii doświadczenia własnego ciała. A przecież, jak pisze Merleau-Ponty (1993), cielesność „Jest wpisana w istotę człowieczeństwa. Wraz z psychiką i duchowością tworzy nierozerwalną całość, właśnie ta jedność określa w nas to, co specyficznie ludzkie".

Ciało ze swej istoty jest częścią Ja, poprzez nie kontaktujemy się z otoczeniem, jest więc w sposób znaczący powiązane nie tylko z naszym życiem emocjonalnym, naszymi motywami, ale także naszymi relacjami z innymi ludźmi – stanowi zasadniczy fundament egzystencji każdej jednostki w świecie społecznym. Stanowi gwarancję możliwości percepcji, przeżywania świata, ale także ekspresji, wyrażania siebie poprzez swoje zachowania w otoczeniu. Przeżywanie własnej cielesności to subiektywnie najpewniejsze doznania człowieka.

Dla Freuda „Ja jest przede wszystkim Ja cielesnym ... Ja jest ostatecznie pochodną doznań cielesnych, głównie tych, które rodzą się na powierzchni ciała" (Laplanche, Pontalis, 1978 za Suchańska, 1998). W ujęciu Allporta (1998, 1955 za Tucholska, 1997) ciało i związane z nim doznania stanowią „kotwicę tożsamości" i samoświadomości, rdzeń osobowości. Charcot (za Herman, 1998) uważał, że językiem ciała można wyrazić to, co niewyrażalne, to co rodziło lęk i jako niemożliwe do zaakceptowania było rugowane poza obręb obrazu własnego Ja, poza myślenie o sobie. „Ciało jest najbardziej pierwotną sferą naszego Ja – fundamentem tożsamości, a zarazem zwierciadłem stanów psychicznych i napięć" – pisze Suchańska (*op. cit.* s. 9). Przy tym

[2] W swoim interesującym, wielowątkowym, cytowanym artykule Kowalik (2003) omawia różnorodne możliwe interpretacje Ja cielesnego rozwijane w piśmiennictwie przedmiotu.

„...doznania cielesne mają odniesienie do znacznie głębszych problemów Ja, takich jak zaburzenia tożsamości i konflikty emocjonalne lub poczucie wewnętrznej fragmentacji", sądzi Kepner (1991, s. 20), dla którego „... Ja jest w równym stopniu Ja cielesnym, co myślącym" (s. 23), a doświadczanie Ja jest tożsame z doznawaniem swojego ciała. Nasze doświadczenie ciała może być wyraźnie komunikowane innym, właśnie dlatego, że **intencje wyrażone przez ekspresję cielesną są przeżywane we wspólnym świecie** mają szansę być odczytane i zrozumiane przez innych.

Teoria i terapia Gestalt, akcentująca znaczenie doświadczania ciała dla prawidłowego funkcjonowania Ja i zdrowia człowieka ma bliskie odniesienie do problematyki bezpośredniej autodestruktywności, a jej tezy i rozważania pozwalają, choćby w pewnej mierze, wyjaśnić mechanizmy autodestrukcji. W ujęciu reprezentującego holistyczne podejście Kepnera (*op. cit.*) całościowe, zharmonizowane funkcjonowanie wszystkich aspektów Ja, nierozdzielanie poczucia tożsamości cielesnej od pozostałych jego składowych jest gwarancją integracji, tym samym samokontroli i zdolności kierowania własnym losem. „Im bardziej usuwamy naszą tożsamość z naszego ciała, tym więcej spraw nam się przydarza ... czujemy, że nie kontrolujemy tego, co się z nami dzieje, że jesteśmy wewnętrznie rozszczepieni i podzieleni na części" – pisze Kepner (tamże, s. 23).

Sprzeczność, konfliktowość dążeń poszczególnych aspektów koncepcji własnej osoby oraz dominacja-podporządkowanie znaczenia Ja-fizycznego innym dążeniom Ja, może odgrywać istotną rolę w inicjowaniu zachowań autodestruktywnych; można powiedzieć, że ich podłoże stanowi ambiwalencja i złożoność Ja.

Zdolność utożsamiania się, względnie odrzucenia swojego Ja cielesnego Kepner traktuje jako kryterium zdrowia psychicznego – błędne identyfikacje zaburzają własną spontaniczność, prowadzą do odrzucenia własnych, autentycznych potrzeb i dążeń, utrudniają życie i zaburzają zdrowie.

PROCESY UCIELEŚNIANIA JA A TOŻSAMOŚĆ

Ostatnimi czasy ludzie w coraz większym stopniu dążą do dostosowania własnego wyglądu do obowiązujących w danym społeczeństwie wzorców cielesnych, które umożliwiają dokonanie pozytywnej samooceny własnego wyglądu fizycznego (Turner, 1994 za Kowalik, *op. cit.*). Kształtuje się Ja-cielesne, którego istotą jest emocjonalne ustosunkowanie do własnego ciała, wyrażające się w jego akceptacji lub odrzuceniu. Z kolei wygląd ciała jednostki staje się istotnym wyznacznikiem jej globalnej oceny przez innych ludzi, a w konsekwencji i samooceny.

Proces **ucieleśniania** własnego Ja – świadomego kształtowania Ja przez umysł, Ja zdominowanego przez ciało, z intencjonalnym przekształcaniem własnego ciała, może wynikać z braku akceptacji ciała, ale też nadmiernej fascynacji swoją cielesnością. Ponieważ proces **ucieleśniania** zawsze prowadzi do zmiany utrwalonego doświadczenia swej cielesności, staje się źródłem zagrożenia ciągłości dotychczasowych doświadczeń człowieka z własną cielesnością, doświadczeń utrwalonych w postaci ukształtowanego już schematu ciała, poczucia jego granic, własnego wizerunku i odczucia ciała (Senett za Kowalik, 2003). Nasze ciało jako przedmiot i instrument subkulturowego dostosowania i dążenia do aprobaty, przynajmniej jego zewnętrzna powierzchnia, przestaje być gwarantem niezmienności naszego Ja i tożsamości. Nietrwałość schematu własnego ciała zagraża doświadczaniu siebie jako jedności psychofizycznej. „Nasze ciało w tym XXI-wiecznym systemie myślenia jest instrumentem, którym możemy się posłużyć; jest dobrem, które możemy wykorzystać, jest wreszcie wartością, którą możemy powiększać albo marnować" – pisze Kowalik (*op. cit.*, s. 21). Staje się produktem „na sprzedaż".

Przemiany te badacze wiążą, co szczególnie mocno akcentuje Fromm (1994), z dążeniem do bardziej indywidualnego sposobu życia charakteryzującego współczesnego człowieka Zachodu. Dążenie to ma swoje pozytywne jak i negatywne strony. Zdaniem Fromma, te ostatnie zaczynają z czasem przeważać, szczególnie dotyczy to konsekwencji w zakresie kształtowania tożsamości. Paradoksalnie, w im większym stopniu społeczeństwo staje się indywidualistyczne, tym bardziej zatracamy głębokie poczucie swojego „ja" dającego nam poczucie łączności duchowej z innymi ludźmi i ze światem. Procesy indywidualizacji, zdaniem cytowanego autora powodują, że świadomość człowieka „przesuwa się na zewnątrz i skupia na bardziej powierzchownych aspektach „ja" ... . Kiedy tak się dzieje, to **nasze poczucie tożsamości, już nie wypływa z tego, kim jesteśmy**, z naszej świadomości „ja", z naszego życia duchowego, z faktu, że istniejemy! Wypływa natomiast **z zewnątrz**. Zaczynamy czuć, że **istniejemy tylko wtedy, gdy nasze „ja" odbija się w innych ludziach**, gdy jesteśmy zauważani i podziwiani, gdy dokonujemy jakichś osiągnięć. Inaczej mówiąc zaczynamy żyć

według tego, jak widzimy siebie w oczach innych. Stąd nadmiernie polegamy na opinii ludzi wokół nas" (Skynner, Cleese, 1994, s. 243). Reasumując, poczucie własnej tożsamości i indywidualności coraz częściej zostaje określone przez wygląd ciała, a nie właściwości osobowości.

Tym samym poprawianie ciała to nie tylko szansa na większą możliwość akceptacji własnego ciała; zawsze towarzyszy temu zmiana wrażeń pochodzących z ciała, zmiana granic ciała, zmiana poczucia własnej cielesności, słowem zmiana dotychczasowego poczucia tożsamości. „Proces ucieleśniania wymusza na nas konieczność wykonania nowej identyfikacji samego siebie" – zauważa Kowalik (*op. cit.*, s. 23). Odkrywanie różnic między przyszłym, a aktualnym doświadczaniem ciała inicjuje przemiany dotychczasowej koncepcji Ja.

Procesy **ucieleśniania** Ja można również ujmować jako zachowania pełniące funkcje obronne czy kompensujące indywidualne trudności adaptacyjne. Za rozwojowo korzystny rezultat tych procesów możnaby uznać możliwość, że fascynacja swoją cielesnością przyczynia się do pełniejszej integracji, lepszego, sprawniejszego posługiwania się własnym ciałem, a także doskonalenia relacji interpersonalnych.

Jednakże, jak zauważają Skynner i Cleese: „zagrożenie dla naszego wizerunku w oczach innych powoduje strach i postawę obronną, a także wrogość ... Wszystkie te uczucia musimy ukrywać ..." (tamże, s. 243).

Jakie mogą być konsekwencje kulturowych procesów **ucieleśniania** Ja dla koncepcji własnej osoby i tożsamości? Istotne jest aby odróżnić powszechnie akceptowaną troskę o własny wygląd, wraz ze zdrowym dążeniem rzeczywistego Ja do jego ulepszania od negatywnych konsekwencji procesów ucieleśniania. Ich początek to „...przemieszczanie tożsamości, która przechodzi z „ja" na obraz ..." (Lowen, *op. cit.*, s. 40), ale także nabieranie przez ten obraz charakteru wielkościowego (w porównaniu z samooceną rzeczywistego Ja).

Można powiedzieć, że następujące zmiany mają charakter dwoisty. Z jednej strony ucieleśnianie dyktowane przez wzorce kulturowe powoduje społeczne dowartościowanie ciała, z drugiej jego uprzedmiotowienie. Może to zdaniem Kowalika „w konsekwencji doprowadzić do odebrania ludzkiej cielesności ważnej właściwości: bycia niezastępowalnym składnikiem odczuwania własnej podmiotowości. W ten sposób może dojść do osłabienia naszej tożsamości" (o*p. cit.*, s. 22).

Dzieje się tak szczególnie wówczas, gdy obraz ciała jako znaku, symbolu, nie jest wystarczająco wyrazisty i rozpoznawalny, co uniemożliwia przypisanie mu konkretnego znaczenia. W konsekwencji mogą wystąpić problemy z wielością publicznych społecznych wizerunków, a zatem koniecznością ich integracji i stabilizacji, jak również społecznym odbiorem stereotypowych, choć często barwnych autoprezentacji. Procesy te mogą skutkować całkowitym „rozmyciem się", jak również utratą tożsamości.

Tak więc zaburzenie struktury Ja cielesnego lub jej autonomizowanie się, może uruchamiać procesy dezintegracji całego systemu Ja. Zdaniem Miruckiej (2003) polegają one przede wszystkim na:

- wyodrębnieniu się z systemu Ja podsystemu Ja-cielesnego, co powoduje, że zaczyna ono pełnić funkcję lękotwórczą;
- wzroście poziomu zaburzeń poszczególnych podsystemów Ja: osobowego, moralno-etycznego, rodzinnego czy społecznego;
- obniżaniu się spójności systemu Ja, poziomu jego integralności, aż do całkowitego jego rozbicia.

Procesy te powodują, że poczucie tożsamości staje się niestabilne i nietrwałe.

Przedstawione problemy wpływu procesów **ucieleśniania** Ja na kształtowanie się tożsamości obejmują ważne z perspektywy zdrowia konsekwencje, między innymi w postaci nasilania się tendencji narcystycznych czy autodestruktywnych.

Narcyzm jest zjawiskiem psychologicznym, ale również kulturowym; przejawia się przesadnym zainteresowaniem obrazem własnej osoby, kosztem Ja. Osoba narcystyczna troszczy się o obraz w oczach innych, zaprzecza i tłumi uczucia niezgodne z idealnym obrazem. Lowen podkreśla znaczenie wpływu społecznego pisząc: „Powszechnie zapanowały takie wartości jak władza, skuteczność i wydajność wypierające takie wartości jak godność, uczciwość i szacunek do siebie" (1995, s. 23). (...) Kiedy bogactwo zyskuje rangę wyższą niż mądrość, kiedy rozgłos zyskuje większy podziw niż godność, kiedy sukces liczy się bardziej niż szacunek do siebie, kultura nadaje przesadne znaczenie obrazowi" – staje się narcystyczna (s. 11). Identyfikacja z wyidealizowanym obrazem siebie prowadzi do porzucenia niemożliwego do zaakceptowania obrazu realnego powodując destabilizację i „rozmywanie" się poczucia tożsamości. W konsekwencji osoby narcystyczne dążą do umocnienia własnego obrazu, często kosz-

tem rzeczywistego Ja. „Postrzegają ... ciało jako poddany woli instrument umysłu" (*op. cit*., s. 23). W dalszej perspektywie życia narcystyczne funkcjonowanie prowadzi do poczucia pustki i bezsensu życia, a zatem cierpienia.

AUTODESTRUKTYWNOŚĆ A WŁAŚCIWOŚCI JA I TOŻSAMOŚCI

Jako autodestruktywne definiujemy każde zachowanie podejmowane dobrowolnie, które bezpośrednio lub pośrednio zagraża zdrowiu i życiu człowieka – tendencje autoagresywne kierują się przeciwko własnej osobie zagrażając Ja samozniszczeniem (Hoff, 1995; Suchańska, 1998). Do form bezpośrednich autodestrukcji należą zamachy samobójcze oraz samookaleczenia, natomiast autodestruktywność pośrednia obejmuje zachowania, które mimo braku świadomej intencji samozniszczenia, mogą potencjalnie wywołać negatywne skutki fizyczne i/lub psychiczne. Zachowania te przynoszą określone, bezpośrednie gratyfikacje i przyjemności, a ich potencjalne koszty bywają pomijane, lekceważone lub bagatelizowane (Suchańska, *op. cit*.). Piśmiennictwo kliniczne zazwyczaj interpretuje je jako zasadniczo przystosowawcze – motywowane potrzebami pozytywnej autoprezentacji, zwiększania kontroli i mocy, a także ekspresji prawdziwego, autentycznego Ja czy intensyfikacji przeżyć tożsamościowych (por. Sokolik, 1988).

Szczególnie charakterystyczne dla osób autodestruktywnych jest właśnie przeżywanie własnej cielesności – złożone, splątane emocje prowadzą do dewaluacji lub ambiwalencji wobec własnego ciała. Mogą wystąpić zjawiska:

- negatywnej i dysfunkcjonalnej percepcji i świadomości swego ciała;
- braku bezpieczeństwa ciała oraz niedostatecznej troski o ciało jako obiektu „nieobsadzonego libidinalnie";
- ambiwalencji wobec własnego ciała – odbierania ciału wartości, a równocześnie nadawania mu szczególnego znaczenia; traktowanie ciała jako zastawu, obiektu przetargu, ceny do zapłacenia za inne pożądane gratyfikacje i przyjemności.

Ucieleśnione Ja zaczyna pełnić najważniejszą rolę w regulacji zachowania, staje się istotnym źródłem pozytywnej autoprezentacji oraz podstawowym warunkiem zdobywania aprobaty innych. W celu dopasowania własnego wyglądu do społecznych wzorców ciała, ludzie poddają się operacjom plastycznym, biorą udział w różnorodnych intensywnych zajęciach ruchowych, nadużywają anabolików, stosują diety odchudzające, głodówki, bieganie do wycieńczenia czy bolesne zabiegi itp. Ucieleśnienie może również polegać na kształtowaniu i lansowaniu pożądanych wzorców funkcjonowania ciała, np. ruchowych (kultywowanie sztuk walki, szybka jazda samochodem, sporty wyczynowe, itp.).

Równie ważne jest pragnienie sprostania fizycznym ideałom kobiecości i męskości. W dążeniu do osiągnięcia obowiązujących w tym zakresie standardów kulturowych niektóre jednostki sięgają po zachowania autodestruktywne czy narażają się na przewlekłe choroby. Ważnym elementem procesu lansowania i reklamowania młodzieżowych wzorców wyglądu, ubrania czy zachowania są massmedia. Reklamują, zalecają stosowanie odmładzających środków leczniczych czy kosmetyków ustami i na przykładzie młodych dziewcząt i mężczyzn. Coraz częściej obserwuje się eksperymentowanie z własnym ciałem – od operacji plastycznych, tatuowanie czy kolczykowanie ciała, przeszczepianie włosów, stosowanie zastrzyków niwelujących zmarszczki i niedostatki urody, zabiegi odsysania tkanki tłuszczowej, a także mniej inwazyjne jak farbowanie włosów, opalanie w solariach, przyklejanie tzw. tipsów, co staje się udziałem nie tylko kobiet, ale i mężczyzn.

Rozważając relacje między zjawiskiem **ucieleśniania** Ja, samooceną i poczuciem własnej wartości, a tendencjami autodestruktywnymi odwołajmy się do wstępnych wyników badań empirycznych prowadzonych pod kierunkiem autorki artykułu[3].

WYNIKI BADAŃ JA I POCZUCIA TOŻSAMOŚCI OSÓB PRZEJAWIAJĄCYCH AUTODESTRUKTYWNE FORMY UCIELEŚNIANIA JA

Poniżej zostaną pokrótce przedstawione wyniki wstępnych badań empirycznych nad nasilającymi się współcześnie następującymi formami zachowania autodestruktywnego: tatuowania ciała (1), jadłowstrętu psychicznego (2) i ryzykownego prowadzenia samochodu (3)[4].

TATUOWANIE CIAŁA

Wśród badaczy zjawiska spotyka się opinie traktujące tatuaż jako wyraz głębokich, patologicznych

[3] Badania o charakterze pilotażowym są aktualnie prowadzone w Zakładzie Zaburzeń Zachowania i Interwencji Kryzysowej Instytutu Psychologii Stosowanej UJ.

[4] Przedstawione badania wykonały w ramach seminarium magisterskiego Magdalena Pawelec (1), Magdalena Zaborowska (2), Marta Znajmiecka (3).

tendencji autodestruktywnych, ale również inne ujmujące tę formę zachowania jako autodestruktywną normę kulturową. Zamierzeniem badań była weryfikacja tez mówiących o autodestruktywnym charakterze zjawiska tatuowania ciała oraz próba scharakteryzowania właściwości koncepcji Ja osób naznaczających w ten sposób swoje ciało.

Badania wykonano w krakowskich gabinetach tatuażu, uwzględniając osoby, które decydowały się na tatuaż, co najmniej po raz drugi w życiu.

Zbadano 26-osobową grupę eksperymentalną i dobraną parami kontrolną bez tatuaży i odżegnującą się od takich możliwości; wiek badanych – 20–29 lat. Otrzymane wyniki pozwalają na następujące wnioski:

1) osoby z tatuażami cechują się chronicznymi, pośrednimi tendencjami autodestruktywnymi;
2) równocześnie przeżywają silne uczucia gniewu, kierowanego pod adresem otoczenia, które są w znacznej mierze kontrolowane; tatuowane osoby przejawiają również w silnym stopniu zachowania negatywistyczne;
3) tatuaż, zwłaszcza u mężczyzn, pełni rolę ekspresji uczuć, szczególnie gniewu oraz katharsis;
4) osoby badane cechuje negatywny stosunek do własnego ciała; tatuaż jest postrzegany jako podnoszący jego atrakcyjność, włącznie z kolczykowaniem i dopuszczaniem możliwości przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego w celu polepszenia własnego społecznego wizerunku;
5) niepewność tożsamości i wartości swego Ja wyraża się podwyższonym poziomem konformizmu; tatuowanie się jako dążenie do podkreślania swojej wartości, tożsamości, indywidualności, odrębności poprzez sięganie po zalecane przez młodzieżową subkulturę środki podnoszenia fizycznej atrakcyjności – nadal zwracające uwagę, choć coraz bardziej powszechne.

RYZYKOWNA JAZDA SAMOCHODEM

Kulturowe oczekiwania kierowane wobec mężczyzn powodują, że starają się oni o udowadnianie również przez zachowania ryzykowne i pośrednio autodestruktywne, swojej siły, wytrzymałości i męskości. Własne ciało jest traktowane jako narzędzie rywalizacji, broni przeciwko innym; naraża się je na ból, zranienie, prawdopodobieństwo utraty życia by zyskać podziw otoczenia i przewagę nad innymi (Young, 1993). Ryzykowna jazda samochodem czy uprawianie sportów walki to wyraz dążenia do zwiększania pewności siebie, kontrolowania niebezpieczeństwa, ale także obrony przed głęboko skrywanym lękiem. Inne koncepcje (np. Zuckerman i współ., 2003) podkreślają rolę poszukiwania nowych, intensywnych wrażeń i doznań przez osoby nonkonformistyczne i mało uspołecznione.

Przedstawione niżej badania zmierzały do weryfikacji funkcjonujących w piśmiennictwie poglądów, w tym tezy o autodestruktywnym wymiarze ryzykownego prowadzenia samochodu.

Na drodze procedury selekcyjnej z próby 188 wyłoniono 29-osobową grupę kierowców-ryzykantów (średni wiek 24 lata) oraz grupę kontrolną jeżdżących bezpiecznie (średni wiek 35 lat).

Wnioski z badania:

1) pozwoliły na potwierdzenie podwyższonego poziomu pośredniej autoagresywności ryzykownych kierowców i lekceważenia niebezpieczeństwa; ponadto badanych cechuje bierna agresja;
2) można mówić o niskiej samoocenie i negatywnych odczuciach wobec własnego wyglądu fizycznego – zależności między poziomem autodestruktywności a oceną ciała są negatywne dla wszystkich składowych Ja cielesnego: odczucia własnego ciała, ochrony i oceny ciała (korelacje istotne między 0,23–0,56); im niższe Ja cielesne, tym wyższy poziom autodestruktywności;
3) wyniki badań wskazały na obniżony poziom samooceny osób jeżdżących ryzykownie oraz poczucie tożsamości oparte na identyfikacji z rolami społecznymi; tożsamość konstruowana na podstawie pełnionych ról świadczy zazwyczaj o dojrzałości, można też ujmować te wyniki w kategoriach pewnego konformizmu, egotyzmu czy stereotypowości myślenia.

JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY (ANOREXIA NERVOSA)

Zjawisko o wieloczynnikowej, złożonej, nie do końca poznanej etiologii, dotyka 1% populacji adolescentów, występuje do 20 razy częściej u dziewcząt, 85% osób zaczyna chorować między 13 a 20 r.ż., śmiertelność dotyczy kilkunastu procent chorych (Orwid, Pietruszewski, 1993). Początek choroby polega na stopniowym, ukrywanym przed otoczeniem wprowadzaniu diety ograniczającej ilość i jakość przyjmowanego pokarmu, do czego pretekstem są krytyczne uwagi bliskich i znajomych dotyczące wyglądu fizycznego osób anorektycznych. Z czasem

formuje się idea odchudzania jako nadwartościowa – rozwijają się rytuały dotyczące spożywania pokarmów i koncentracja na czynnościach jedzenia. W konsekwencji dochodzi do głębokich i rozległych zaburzeń funkcjonowania organizmu, z zagrożeniem egzystencji włącznie.

„Dyskredytowanie" ciała wywodzi się zarówno z głębokiego niezadowolenia z ciała, jak i całej własnej osoby oraz niskiego poczucia własnej wartości oraz zagrożenia Ja.

Zamierzeniem prowadzonych badań było zbadanie właściwości psychicznych osób anorektycznych, a w szczególności koncepcji własnej osoby, a zwłaszcza Ja cielesnego.

Badania objęły grupę 15 osób z rozpoznaniem anoreksji i kontrolną, dobraną parami, wiek średni badanych wynosił 17 lat, grupa składała się w znacznej większości z dziewcząt.

Wnioski z badań przedstawiają osoby anorektyczne jako:

1. pośrednio, nieświadomie autodestruktywne;
2. charakteryzuje je brak akceptacji swojego dojrzewającego ciała, aż do jego odrzucenia oraz silne dążenie do zmiany swego wyglądu zewnętrznego poprzez utratę wagi ciała;
3. występuje negatywna samoocena, w samoopisie brak pozytywnych właściwości;
4. zaobserwowano klasyczne objawy kryzysu tożsamości – poczucia własnej wartości, problemy odrębności, niezależności od innych (szczególnie matki), problemy granic ciała i sprawowania kontroli swego życia.

Podsumowując, wyniki przedstawionych badań mających charakter rozpoznawczy, pilotażowy, na miarę swojej wartości wspierają rozważania dotyczące patogennego znaczenia i konsekwencji procesów ucieleśniania Ja.

Scharakteryzowane zjawiska, w gruncie rzeczy znacznie różniące się od siebie, uwarunkowane złożonymi, jak i w znacznej mierze odrębnymi mechanizmami psychologicznymi, potwierdzają związek między nieakceptowaniem swego ciała, również Ja-cielesnego, negatywną koncepcją Ja wraz z problemami tożsamości, a autodestruktywnością. Rozważania teoretyczne sugerują kierunek tej zależności – negatywna koncentracja na doświadczaniu (w ten czy inny sposób) własnej osoby oraz dysfunkcje poczucia tożsamości, wraz z dążeniem do dowartościowania Ja na drodze ucieleśniania może prowadzić do nasilania się tendencji autodestruktywnych.

* * *

W przedstawionym opracowaniu ukazałam zdecydowanie negatywne, autodestruktywne następstwa procesu ucieleśniania Ja. Tak naprawdę trudno dzisiaj powiedzieć, jakie będą w dalszej perspektywie konsekwencje przydawania znaczenia i utożsamiania z kreowanym wizerunkiem cielesnym własnego Ja. Prowadzone w tym obszarze badania nie dają dostatecznych podstaw przewidywania przyszłości.

Zwróćmy uwagę na problemy i sprzeczności stojące za zjawiskiem ucieleśniania Ja we współczesnej kulturze. Nabiera ono znaczenia pierwszoplanowego czynnika naszej społecznej obecności i prestiżu, czynnika określającego koncepcję własnej osoby. Równocześnie współcześnie zachodzą społeczno-kulturowe procesy eliminowania roli cielesnego wizerunku przez narastającą technicyzację i znaczenie tzw. cyberkultury wraz z pośrednią komunikacją internetową. Czy są to procesy równoległe, przebiegające niezależnie we współczesnej pełnej sprzeczności złożonej rzeczywistości? Czy też, być może, zjawisko ucieleśniania Ja odgrywa rolę adaptacyjną, kompensującą w obliczu wielości szybkich przemian świata współczesnego? Przemian odbierających nam poczucie tożsamości i znaczenia jako indywidualnych, społecznie widocznych osób? Stanowi szansę większej integracji i umacniania tożsamości, czy wyłącznie ryzyko narastania patologii? Kwestie te, bez rzetelnych badań empirycznych muszą pozostać obecnie nierozstrzygnięte.

LITERATURA

Bikont, A. (1988). Tożsamość społeczna – teorie, hipotezy, znaki zapytania. W: M. Jarymowicz (red.), Studia nad spostrzeganiem relacji „Ja-inni". *Tożsamość, indywiduacja, przynależność* (s. 252). Wrocław-Warszawa: Ossolineum.

Brown, R.J., Turner, J.C. (1981). Interpersonal and intergroup behavior. W: J.C. Turner, H. Giles (red.), *Intergroup behavior*. Oxford: Basil Blackwell.

Erikson, E.H. (1968). *Identity, youth and crisis.* New York, Norton: Faber.

Fromm, E. (1994). Ucieczka od wolności. Warszawa: PWN.

Hoff, L.A. (1995). *People in crisis: Understanding and helping*. Redwood City: Addison-Wesley.

Herman, J. (1998). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Różne oblicza przemocy i sposoby przezwyciężenia jej skutków*. Gdańsk: GWP.

Gałdowa, A. (red.) (2000). *Tożsamość człowieka.* Kraków: Wyd. UJ.

Greenwald, A.G., Pratkanis, A.R. (1984). The self. W: R.S. Wyer, T.K. Srull (red.), *Handbook of social cognition.* Hillsdale: Erlbaum.

James, W. (1880). *Principles of psychology*. New York: Scribner.

Jarymowicz, M. (1984). *Spostrzeganie własnej indywidualności. Percepcja i atrakcyjność odrębności własnej osoby od innych ludzi*. Wrocław-Warszawa: Ossolineum.

Jarymowicz, M. (red.). (1998). *Studia nad spostrzeganiem relacji „Ja-inni". Tożsamość, indywiduacja, przynależność*. Wrocław – Warszawa: Ossolineum.

Kaplan, H.B. (1996). Psychosocial stress from perspective of self theory. W: H.B. Kaplan (red.), *Psychosocial stress, perspectives on structure. Theory, life-course, and methods*. San Diego, New York: Academic Press.

Kepner, J. (1991). *Ciało w procesie psychoterapii Gestalt*. Warszawa: Wyd. Pusty Obłok.

Kowalik, S. (2003). Ja-cielesne – próba nowego spojrzenia. *Polskie Forum Psychologiczne, 8, 1–2*, 5–29.

Lowen, A. (1995). *Narcyzm. Zaprzeczenie prawdziwemu Ja*. Warszawa: Jacek Santorski & CO.

Markus, H. (1977). Self-schema and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*, 63–78.

Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenologia percepcji*. Warszawa: Wyd. IFIS PAN.

Miotk, M. (2003). Ja-cielesne w procesie komunikacji internetowej. *Polskie Forum Psychologiczne, 8, 1–2*, 87–110.

Mirucka, B. (2003). Ja-cielesne fundamentem osobowości. *Polskie Forum Psychologiczne, 8, 1–2*, 30–40.

Orwid, M., Pietruszewski, K. (1993). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Kraków: Wyd. Coll. Med. UJ.

Persaud, R. (1988). *Pozostać przy zdrowych zmysłach. Jak nie stracić głowy w stresie współczesnego życia?* Warszawa: Jacek Santorski & CO.

Sherwood, J.J. (1970. Self-actualization and self-identity theory. *Personality, 1, 1*, 42–63.

Skynner, R., Cleese, J. (1994). *Żyć w tym świecie i przetrwać*. Warszawa: Jacek Santorski & CO.

Sokolik, M. (1988). *Kliniczna problematyka poczucia tożsamości*. Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego.

Suchańska, S. (1998). *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wyd. UAM.

Tucholska, S. (1997). Allporta koncepcja selfu. W: P. Oleś (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości* (s. 257–269). Lublin: Tow. Nauk. KUL.

Węgrzecki, A. (1996). *Zarys fenomenologii i podmiotu*. Wrocław-Warszawa: Ossolineum.

Ziller, R.C. (1964). Individuation and socialization. A Theory of assimilation large organizations. *Human Relations, 17*, 341–360.

Konflikt międzypokoleniowy w ramach organizacji. Stan kompetencji społecznych i wzajemna percepcja generacji -35 i +50*

Katarzyna Popiołek

SWPS Wydział Zamiejscowy w Katowicach

Bożena Gojny

Polskie Stowarzyszenie Psychologów Praktyków

CEL BADAŃ

Konflikty międzypokoleniowe istniejące w ramach organizacji i wyraźna dyskryminacja osób w wieku 50+ to problemy, którym dotychczas nie poświęcano wystarczającej uwagi. Tymczasem jest wiele powodów, by kwestie te w chwili obecnej uczynić przedmiotem zainteresowania nie tylko kadry zarządzającej i decydentów kształtujących system polityki społecznej, ale także szeroko rozumianej opinii społecznej.

Dyskryminacja osób po pięćdziesiątce, jako fakt społeczny, ma miejsce od dłuższego już czasu, co w kontekście przemian demograficznych jest działaniem krótkowzrocznym (Synak, 2000). Perspektywy demograficzne niosą bowiem zagrożenie luką pokoleniową na rynku pracy oraz problemami lawinowo powiększającej się populacji emerytów. Problemy te mają charakter globalny. W ciągu najbliższych kilkunastu lat piątą część społeczeństwa będą stanowiły osoby po sześćdziesiątym roku życia we wszystkich krajach tzw. „bogatej północy". Jedynie w najuboższych państwach afrykańskich populacja sześćdziesięciolatków utrzyma się na poziomie do 5% społeczeństwa. Liczba emerytów zwiększa się systematycznie, do roku 2050 osiągnie wielkość około 30% populacji zarówno w USA jak Australii, Chinach i całej Europie. Rekord biją Włochy (41%), Japonia (38%). Istotna jest tu dynamika powiększania się grupy emerytów. W naszym kraju nastąpi podwojenie jej liczebności, podczas gdy w USA będzie to wzrost o 10% (Boni,2006). Nie mamy zatem zbyt wiele czasu na przygotowania i zapobieżenie zjawiskom, które w kontekście liczb nietrudno przewidywać. Dyskryminowanie osób po 50 tym roku życia jest zatem autodestrukcją społeczną.

Dyskryminacja ze względu na wiek, pojawiła się wraz z trendem „kultu młodości", akceleracją dojrzałości intelektualnej i technologicznej do podejmowania zadań zawodowych (w tym menadżerskich) przez generację 30-latków. Nowe normy społeczne i kryteria – młodego wyglądu, sprawności fizycznej, cyberkultury – wykluczyły wielu doświadczonych i mądrych ludzi z aktywności zawodowej albo w najlepszym razie z realizacji ambicji rozwoju i awansu. Zjawisko to szybko zyskało nazwę „ageizmu". W obronie generacji „korzeni" stanęły organizacje seniorów, prawo unijne i ustawy narodowe. W Polsce dyskryminacja ta ma jeszcze dodatkową, bardzo ważną przyczynę. Otóż ludzie w wieku 50+, których okres edukacji i wczesnej dorosłości miał miejsce w ramach poprzedniego ustroju, traktowani są jako relikt tego czasu i jawią się jako jednostki skażone jego wpływem. Pokolenie trzydziestolatków wchodziło w dorosłe życie już w okresie transformacji i czuje się wolne od błędów pokolenia rodziców.

Relacje między generacją -30 i 50+ są również napięte ze względu na odczuwaną potrzebę zmiany pokoleniowej zarówno w miejscach pracy jak i w życiu politycznym. Pokolenie 50+ spostrzegane jest więc jako blokujące możliwości awansu i stosujące przestarzałe i mniej skuteczne metody działania. To utrudnia proces integracji pracowników w różnym wieku.

W prezentowanych badaniach (stanowiących część większej całości) kontrolowano, jak widzą siebie nawzajem przedstawiciele młodszej (-30) i star-

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy w perspektywie psychologicznej,* pod red. K. Popiołek, A. Bańki, Poznań 2010 SPiA, s. 233–246.

szej (50+) generacji pracowników, jakie silne i słabe strony wyróżniają jako charakterystyczne dla swojej i przeciwnej grupy wiekowej. Te dwie wizje stanowią bowiem psychologiczną bazę dla dalszych oddziaływań na obie te grupy w celu stworzenia możliwości bezkonfliktowej współpracy.

Kolejnym krokiem postępowania badawczego były badania psychologiczne mające na celu rozpoznanie potencjału obu badanych grup w zakresie inteligencji emocjonalnej, kompetencji społecznych, poziomu dyrektywności, tendencji do podejmowania określonych ról w zespole, sposobu radzenia sobie ze stresem i funkcjonowania w zakresie wsparcia społecznego. Wyniki tych badań pozwoliły na poznanie charakterystycznych rysów obrazu psychologicznego obu badanych generacji, a także rodzaju barier, jakie je dzielą. W badaniach skupiono uwagę na tych czynnikach, które mogą podlegać korekcie i doskonaleniu.

Głównym celem było więc odkrycie trudności we wzajemnych relacjach międzypokoleniowych w środowisku pracy oraz wyodrębnienie tych słabych stron współpracy, które można modyfikować w drodze treningu psychologicznego. Badania stanowiły podstawę szerszego projektu dotyczącego poszukiwania metody wzajemnego szkolenia pracowników w małych i średnich przedsiębiorstwach, realizowanego w ramach inicjatywy wspólnotowej Equal. Program nosił nazwę „Dynamizm i doświadczenie – wspólne sterowanie zmianą" (F0613d2,Pl-62), a opracowana w jego ramach metoda to „intermentoring pracowniczy", pomocny w budowaniu konstruktywnej współpracy przedstawicieli obu pokoleń w ramach organizacji (Raport z badań, 2006; Model Intermentoring, 2006).

OPIS PRÓBY BADAWCZEJ

Badaniami objęto 144 osoby, w tym 57 osób poniżej 35 roku życia, 47 powyżej 50 roku życia i 40 kierowników, którzy wypowiadali się o pracownikach z obu tych grup, oceniając ich silne oraz mocne strony. W grupie młodszych pracowników było 35 kobiet i 22 mężczyzn, w grupie starszej 33 kobiety i 14 mężczyzn. Byli to pracownicy sektora handlu i usług, zakładów produkcyjnych oraz sektora publicznego (urzędnicy i nauczyciele).

METODY

Badania przebiegały w dwóch etapach: w pierwszym badano wzajemną percepcję obu grup techniką metaplanu, w drugim kontrolowano potencjał obu grup przy pomocy następujących kwestionariuszy:

- Kwestionariusza Kompetencji Społecznych KKS-A(D)
- Kwestionariusza Ról Grupowych Belbina
- Skali Dyrektywności Raya
- Kwestionariusza Stresu Carvera
- Kwestionariusza INTE do badania inteligencji emocjonalnej
- Skali Wsparcia Społecznego udzielanego i otrzymywanego (OWS, UWS)

REZULTATY

WZAJEMNA PERCEPCJA OBU GRUP

W pierwszej części metaplanu grupy generacyjne sporządzały listy zalet i wad swojego pokolenia i przeciwnego, menadżerowie ze swego punktu widzenia sporządzali takie listy dla obu generacji. Następnie uczestnicy badań wskazywali problemy powodujące konflikty międzypokoleniowe. W ten sposób uzyskaliśmy informacje o wzajemnym postrzeganiu się pokoleń w środowisku pracy oraz o barierach psychologicznych i organizacyjnych generujących konflikty międzypokoleniowe zamknięte na poziomie wewnętrznym i otwarte zewnętrzne konflikty.

Już podczas przeprowadzania metaplanu widoczne było, że pracownicy młodzi odnoszą się bardziej krytycznie do starszych kolegów niż grupa 50+ do -35. Listy wad pracowników starszych sporządzane przez młodych były znacznie dłuższe niż zalet, a wad własnego pokolenia króciutkie. Osoby starsze spostrzegały tyle samo wad co i zalet u swych młodszych kolegów, podobnie rzecz się miała ze wskazaniami kierowników. Już na tym etapie widać było praktyczne umiejętności ekspozycji społecznej młodych i ich brak u 50+ (co zostało potwierdzone później przez wyniki testu kompetencji społecznych).

Pomimo tych widocznych różnic w podejściu pokoleń do wzajemnego oceniania, zestawienie uzyskanych charakterystyk pokazało wysoką zgodność ocen pomiędzy obu grupami badanych, co do wskazywanych cech jako charakteryzujących pokolenia pracowników młodych (do 35 roku życia) i pracowników starszych (powyżej 50 roku życia).

Tabela pokazuje zestawienie tych właśnie cech, które przez badanych z obu grup, a także większość grupy kierowników, zostały uznane za charakterystyczne dla każdego z obu pokoleń pracowniczych. Cechy zostały uporządkowane wg ilości wskazań.

Na tle wyróżnionych tu cech rysują się sylwetki obu pokoleń: prężni i elastyczni młodzi, niestali, niedoświadczeni i skłonni do zmian, oraz stabilni

Charakterystyka grup pracowników ze względu na wiek (cechy przypisywane zgodnie przez wszystkich badanych)

Cechy –35	Cechy 50+
Kreatywność	
Wiedza, języki, IT	Brak znajomości języków, IT
Odwaga	
Brak odpowiedzialności	Odpowiedzialność
Gotowość zmian, elastyczność	Opór przed zmianą
Asertywność	
Lepsza wydajność	Słabsza wydajność
Atrakcyjny wygląd	
Ambicja (sukces)	
Zdrowie	Słabsze zdrowie
Brak doświadczenia	Doświadczenie zawodowe i życiowe
Brak identyfikacji z firmą	Identyfikacja z firmą, lojalność
Brak stabilizacji	Stabilizacja życiowa

i doświadczeni starsi, wyraźnie jednak słabsi pod kilkoma względami od swych młodszych kolegów.

Fakt, że taki autoportret kreślą sobie starsi pracownicy pokazuje ich poczucie mniejszej wartości kompetencyjnej w zakładzie pracy. Równocześnie jednak uważają, że ich grupę wyróżniają zalety o charakterze moralnym, przywiązywanie dużej wagi do etycznych postaw odpowiedzialności i lojalności, a także wachlarz cennych doświadczeń życiowych i zawodowych, czego brak ich zdaniem młodszym kolegom.

W odniesieniu do takich cech jak odporność na stres, zaangażowanie i dominowanie, przedstawiciele obu grup wskazywali zarówno u siebie jak i w grupie przeciwnej na cechy wzajemnie sobie przeczące.

Jak widać z poniższego zestawienia, członkowie każdej z grup pokoleniowych przypisywali grupie przeciwnej wiekowo tendencję do dominacji. Jeśli zaś chodzi o odporność na stres, to część młodych jak i starszych badanych uważała to za swoją silną stronę a słabą grupy przeciwnej, pozostała część oceniała stan rzeczy odwrotnie.

Menadżerowie w większości uważali, że młodzi są całkowicie pozbawieni odporności a grupa 50+ jest odporna na stres. Takie przekonanie może w relacjach z podwładnymi skutkować postawą ochronną wobec młodych i bezwzględnością w ranieniu starszych (przecież mają grubą skórę). Badania testowe pokazały później, że przyczyna tak sprzecznych opinii dotyczących związku odporności na stres z wiekiem pracowników wynika z odmiennych indywidualnie sposobów radzenia sobie ze stresem, z których to sposobów wnioskuje się, czy dana osoba łatwo ulega stresowi. Kwestia zaangażowania była z kolei oceniana według bardzo różnych i niespójnych kryteriów, stąd przeciwstawne oceny.

Bardzo charakterystyczne dla wzajemnej percepcji grup -35 i 50+ jest przekonanie o dążeniu do dominacji pokoleniowej. Pracownicy młodzi czują się zdominowani przez pokolenie 50-latków i nie dopuszczani do „firmowych kręgów wtajemniczenia", natomiast pracownicy 50+ odczuwają silny napór młodych dążących do szybkiej kariery, lek-

Cechy oceniane sprzecznie przez obie pokoleniowe grupy

Cechy przypisywane grupie –35	Cechy przypisywane grupie 50+
Mała odporność na stres	Mała odporność na stres
Wysoka odporność na stres	Wysoka odporność na stres
Zaangażowanie	Zaangażowanie
Brak zaangażowania	Brak zaangażowania
Dominacja 50+	**Dominacja –35**

ceważących stary styl działania i próbujących narzucać całemu zespołowi sposoby pracy i zachowania właściwe swojemu pokoleniu Menadżerowie, co symptomatyczne, nie poruszali kwestii dominacji grup.

Druga część badań metaplanem dotyczyła problemów, trudności we współpracy pokoleń. Badani z obu grup pokoleniowych wymieniali tu zgodnie wskazywane wcześniej wady przeciwnej grupy, wzajemnie stosowaną dyskryminację, trudności komunikacyjne, hierarchiczne stosunki w organizacji. Przedstawiciele grupy -35 szczególnie podkreślali brak tolerancji ze strony starszych kolegów, chęć „wysługiwania się" młodszymi przez osoby, które są ich zdaniem gorzej wykształcone (nieznajomość technik informatycznych, języków obcych), w słabej kondycji, niechętne zmianom i blokujące ich awanse. Grupa 50+ wskazywała na izolowanie się młodych kolegów, ich zarozumialstwo i agresywność, brak szacunku dla starszych, hermetyczny język. Dostrzegała jednak także, iż przeszkodą we wzajemnym porozumieniu są obawy ich samych dotyczące niepewnej przyszłości, nasilone zagrożeniem, jakie niesie ekspansja młodego pokolenia, sfrustrowanego z kolei trudnościami wkraczania w samodzielne życie. Przełożeni w opinii starszych respondentów nie umieją sobie radzić z problemami wynikającymi z międzypokoleniowych konfliktów

Powyższe skargi respondentów pokazują wyraźnie, że obie badane grupy żyją w izolacji, przypisują sobie nawzajem wiele negatywnych cech i nie potrafią się wzajemnie konstruktywnie komunikować. Bez tego nie ma nadziei na niwelowanie konfliktów. Menedżerowie, jak można sądzić z ich własnych wypowiedzi, generalnie rzecz biorąc nie przywiązują wagi do międzypokoleniowych konfliktów, nie dostrzegają ich symptomów i nie doceniają ich znaczenia dla funkcjonowania organizacji. Muszą one więc zostać poważnie potraktowane przez kadrę zarządzającą, która powinna w tym względzie zastosować metody zaradcze ułatwiające wzajemne porozumienie obu grup. Omawiany projekt miał na celu wypracowanie w tym względzie odpowiedniego narzędzia.

PSYCHOLOGICZNY POTENCJAŁ GRUPY -35 I 50+

W kolejnym etapie badań przeprowadzono testy psychologiczne w celu ustalenia różnic pomiędzy pokoleniami pracowników w zakresie funkcji i umiejętności, które mogą podlegać doskonaleniu i zmianie w drodze treningu psychologicznego. Kontrolowano kompetencje społeczne, role przyjmowane w grupie współpracowników, poziom dyrektywności, sposoby radzenia sobie ze stresem, inteligencję emocjonalną oraz poziom wsparcia społecznego udzielanego i otrzymywanego.

KOMPETENCJE SPOŁECZNE

Psychologowie społeczni są zgodni co do tego, że wysoki poziom kompetencji społecznych warunkuje rozwój zawodowy i wpływa na efektywność czynności profesjonalnych w środowisku pracy, a także podnosi jakość pracowniczych relacji interpersonalnych, co – jak wynika z badań – ma istotny wpływ na wydajność (np. w tym samym sklepie jeden sprzedawca może sprzedać nawet cztery razy więcej tego samego towaru niż inni).

Kompetencje społeczne w prezentowanych badaniach mierzone były kwestionariuszem Anny Matczak. Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS-A (D), w wersji dla dorosłych osób nie studiujących, składa się z 90 stwierdzeń, wśród których 60 ma wartość diagnostyczną. Osoba badana posługuje się nim na zasadzie samoopisu: ocenia na czterostopniowej skali stopień przewidywanej efektywności własnych działań w sytuacjach społecznych. Zdania sformułowane zostały w trybie przypuszczającym: „Jak dobrze Pan/i poradził/aby sobie, gdyby miał/a...". Badany wybiera jedną z czterech możliwych odpowiedzi: zdecydowanie dobrze; nieźle; raczej słabo; zdecydowanie źle. W kwestionariuszu umieszczonych zostało 30 zdań buforowych (bez wartości diagnostycznej), które odnoszą się do innych, niż społeczne, czynności: intelektualnych, technicznych, manualnych, artystycznych. Występują one, by zatrzeć właściwy cel pomiaru oraz pozytywnie wpłynąć na samopoczucie badanych.

Wśród pozycji diagnostycznych kwestionariusza znalazły się odniesienia do czterech typów sytuacji trudnych, odpowiadających czterem rodzajom kompetencji społecznych:

- sytuacji związanych z koniecznością lub gotowością do ujawniania siebie w bliskich kontaktach interpersonalnych;
- sytuacji ekspozycji społecznej, które związane są ze zgodą na bycie obiektem uwagi i oceny wielu osób;
- sytuacji formalnych, które oznaczają umiejętność sprostania wymogom reguł społecznych w oficjalnych okolicznościach;
- sytuacji wymagających asertywności, czyli zadbania o własne potrzeby i cele poprzez wywieranie wpływu na innych lub przeciwstawienia się cudzym naciskom.

Kwestionariusz zawiera trzy czynnikowe skale, określające odrębne kompetencje szczegółowe:

- Skalę I, która określa kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego (intymnych) – 15 pozycji;
- Skalę ES, która określa kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacji ekspozycji społecznej – 18 pozycji;
- Skalę A, która określa kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności – 17 pozycji.

W świetle badań osoby 50+ mają najniższy poziom ekspozycji społecznej oraz asertywności, co zderza się i konfrontuje z wysokimi wynikami pracowników młodych. Dobre umiejętności ekspozycji społecznej oraz asertywność są aktualnie łatwo osiągalne poprzez liczne szkolenia, a także wprowadzanie tych umiejętności do programów wielu kierunków studiów.

ROLE SPOŁECZNE PODEJMOWANE PRZEZ STARSZYCH I MŁODSZYCH PRACOWNIKÓW

Zastosowano tu metodę Kwestionariusza Ról Grupowych opartą na koncepcji R.M. Belbina (2003) dotyczącej znaczenia ról pełnionych w zespole. R.M. Belbin w toku swoich długoletnich badań nad efektywnością działań zespołów pracowniczych opisał najczęściej występujące role podejmowane bardziej lub mniej świadomie przez poszczególnych członków grupy. Role te mają istotne znaczenie dla realizacji zadań stawianych przed zespołem. Niektóre z nich są bardziej, inne mniej przydatne w zależności od rodzaju zadań i struktury grupy. Zakłada się, że do określonego stanowiska pracy można opracować wykaz pożądanych ról i według tego kryterium stosować dobór pracowników.

Zastosowany w naszych badaniach Kwestionariusz Ról Grupowych zawiera 7 części, z których każda dotyczy odmiennej kategorii zachowań składających się na charakterystykę następujących ról:

Praktyczny organizator (PO)
Naturalny lider (NL)
Człowiek akcji (CZA)
Siewca (SIE)
Człowiek kontaktów (CZK)
Sędzia (SĘ)
Człowiek grupy (CZG)
Perfekcjonista (PER)

Wyniki badań pokazały, że w grupie pracowników młodych najczęściej wybierana jest rola Praktycznego Organizatora oraz rola Perfekcjonisty. Osoby wybierające pierwszą z wymienionych ról lubią zamieniać plany w praktyczne, konkretne rozwiązania, są raczej obowiązkowe, mają zdolności organizacyjne. Osoby wybierające drugą z tych ról, są nastawione na doprowadzenie do celu rozpoczętych działań, dbają o jak najwyższe standardy wykonania i terminowe ukończenie pracy. Dużą popularnością w tej grupie cieszy się także rola Człowieka Akcji i Siewcy. Człowiek Akcji to osoba dynamiczna, mająca skłonność do prowokowania, przezwyciężania inercji, lubiąca nowe wyzwania. Wśród pracowników młodych popularna jest także rola „Siewcy". Charakteryzuje ją niekonwencjonalny sposób pracy, indywidualizm, fantazja, tendencja do pomijania praktycznych szczegółów.

W grupie pracowników starszych (+50) najczęściej wybierana jest rola Człowieka Grupy i Perfekcjonisty. Tak więc można scharakteryzować osoby z tej grupy jako związane ze swoim zespołem i lojalne wobec niego, kształtujące dobrą atmosferę, potrafiące zapobiegać konfliktom. Tworzą one dobrą komunikację i atmosferę sprzyjającą współpracy. W tej grupie równie często jak w poprzedniej występują osoby wybierające rolę Perfekcjonisty, czyli osoby dbające o dokładność, terminowość i szczegóły. Jest to grupa znacznie mniej zróżnicowana pod względem prezentowanych zachowań. Trzecie miejsce pod względem wyborów zajmuje wśród osób z grupy +50 rola Sędziego. Sędzia nie ocenia jednakże innych osób, ale koncentruje swoją uwagę na pomysłach i sposobach rozwiązania zadania. Jest to osoba skłonna do oceny i analizy proponowanych rozwiązań, lubi mieć czas do namysłu, pomaga w podjęciu wyważonych decyzji. Jest to rola, która w naturalny sposób wiąże się z doświadczeniem i rozwagą osób starszych. Analizując wyniki badań, widzimy, że osoby z grupy +50 w małym stopniu podejmują role niosące ze sobą ładunek dużej aktywności i chęć podejmowania nowych wyzwań. Chętniej oceniają pomysły innych.

DYREKTYWNOŚĆ

Zastosowano Skalę Dyrektywności, której autorem jest australijski psycholog John J. Ray. Zdefiniował on dyrektywność jako tendencję do narzucania swojej woli innym. Dyrektywność jest według Raya dominacją agresywną w przeciwieństwie do asertywności, którą uważa za dominację nieagresywną. Dyrektywność więc pozwala prognozować agresywną część zachowań dominujących. Polska adaptacja Skali Dyrektywności (Brzozowski, 1997)

zakłada, że wysokie wyniki uzyskane przez osoby badane świadczą o przejawianiu dominacji (niekiedy także w formie agresji), okazywaniu irytacji, a także o stanowczości i zdecydowaniu. Niskie wyniki oznaczają natomiast mniejszą stanowczość, uległość wobec innych, rzadziej przejawianą skłonność do irytacji. Badania przeprowadzane w Polsce i na świecie wykazały ponadto, że wysokie wyniki w Skali Dyrektywności świadczą o słabszym poziomie socjalizacji i niskiej podatności na aprobatę społeczną. Natomiast osoby z niskimi wynikami są lepiej zsocjalizowane, są bardziej otwarte na współpracę i aprobatę społeczną, mogą więc lepiej radzić sobie w środowisku pracy.

Wyniki pokazały zdecydowanie wyższy stopień dyrektywności osób w wieku do 35 lat, co potwierdza z jednej strony ich większa stanowczość i zdecydowanie, ale także skłonność do agresywnej dominacji. Osoby starsze wykazują większą uległość przy mniejszej skłonności do irytacji.

SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Do badań użyliśmy skróconej wersji metody Cartera. Skala ta zawiera trzynaście podskal wskazujących na trwałą dyspozycję jednostki do określonego zmagania się z sytuacją stresową:

1. Aktywne formy radzenie sobie
2. Planowanie.
3. Szukanie emocjonalnego wsparcia.
4. Szukanie wsparcia informacyjnego i instrumentalnego
5. Wyrażanie uczuć i emocji.
6. Dezorganizacja zachowania.
7. Wycofanie.
8. Pozytywna reinterpretacja.
9. Poczucie humoru.
10. Zaprzeczanie.
11. Akceptacja.
12. Religia.
13. Używanie substancji psychoaktywnych.

Metoda ta pozwala wyróżnić sposób radzenia sobie ze stresem, nie jako cechę osobowości, lecz sposób wyrażania swojego stosunku do świata oparty na bazie doświadczeń, zasobów materialnych i przede wszystkim osobistych.

Coping aktywny okazał się charakterystyczny dla osób młodych -35. Osoby w wieku 50+ przyznały o około połowę mniej punktów temu stylowi radzenia sobie ze stresem. Według Carvera osoby, które w konfrontacji ze stresem zachowują aktywne style radzenia sobie, posiadają osobowościowe zasoby takie jak: większa odporność, optymizm, uwewnętrzniony ośrodek kontroli, wysokie poczucie własnej wartości, skuteczność i kompetencje, niski poziom neurotyczności. Równocześnie jednak młodzi wskazywali również, iż często stosują wycofywanie się. Bierność tego sposobu chroni osoby przed obniżaniem samooceny, utratą optymizmu, wiary we własne możliwości.

Osoby starsze rzadziej przejawiały tendencję do destruktywnych zachowań dezorganizujących zachowanie, sięgania po używki. Rzadziej również niż młodzi korzystali ze wsparcia społecznego. Może mają świadomość, iż poszukiwanie i otrzymywanie wsparcia społecznego w ich wieku połączone bywa z dystresem, a doświadczenie podpowiada im, że nie raz potrafili sobie poradzić samodzielnie i chroniąc poczucie własnej wartości odcinają się w trudnych chwilach od więzi społecznych. W sumie jednak wskazywali na korzystanie z szerszego repertuaru sposobów radzenia sobie niż ich młodsi koledzy.

INTELIGENCJA EMOCJONALNA

Do badania zastosowano kwestionariusz INTE. Od pewnego czasu psychologowie są skłonni uważać, iż tak zwana inteligencja emocjonalna jest lepszym prognostykiem dobrostanu, osiągnięć życiowych, sukcesu i poczucia spełnienia, niż inne wyznaczniki (termin ten wprowadzono do psychologii stosunkowo niedawno – Salovey i Mayer 90 r.). Do rozpowszechnienia go przyczyniła się poczytność pozycji Goleman`a oraz zapotrzebowanie praktyki psychologicznej na określanie predykatorów sukcesu życiowego, w tym osiągnięć zawodowych.

Inteligencja emocjonalna to pewien zakres zdolności genetycznie wrodzonych, ale też umiejętności nabytych, których można się nauczyć.

Teoretyczną podbudowę Kwestionariusza INTE stanowi model inteligencji emocjonalnej Salovey`a i Mayer`a uwzględniający trzy komponenty:

- zdolność człowieka do śledzenia własnych uczuć i emocji; w tym cztery bardziej szczegółowe zdolności, dwie związane z oceną i ekspresją emocji własnych na poziomie werbalnym i niewerbalnym oraz dwie związane z oceną emocji innych ludzi wyrażanych werbalnie i niewerbalnie (empatia);
- zdolność do różnicowania i rozumienia emocji, czyli regulowania emocji własnych np.: świadomego angażowania się w nie lub „odłączania się" od nich i do regulowania emocji innych ludzi;
- zdolność do wykorzystania uzyskanych informacji w kierowaniu swoim myśleniem i dzia-

łaniem czyli wykorzystania emocji jako czynników ułatwiających myślenie i motywowanie się do działania.

Wskaźnik inteligencji emocjonalnej zróżnicował badane grupy pod kątem rozkładu wyników: brak bardzo niskich w grupie 50+ oraz brak bardzo wysokich w grupie 35-. Starsi pracownicy (50+) charakteryzowali się przeciętnym poziomem inteligencji emocjonalnej o wskaźniku nieznacznie wyższym niż 35-tki. Wyraźnie natomiast, jako grupa, są bardziej niż młodzi zrównoważeni w zakresie kompetencji emocjonalnych. Nie było wśród nich osób o bardzo słabych umiejętnościach w tym zakresie. Czyli wiek i długi okres pracy zrównoważa i podnosi u wielu sprawności emocjonalne. Ta grupa może więc spełniać w zakładzie pracy funkcję modelującą umiejętności emocjonalne, co przekłada się na budowanie zespołu pracowniczego, wspieranie innych, motywowanie do pracy, czy realizowanie konsekwentne i odpowiedzialne celów (kontrola). Młodsi pracownicy 35+ rzadko wykazują wysokie kompetencje emocjonalne. Tak więc wymagają modelowania, wsparcia i nauki tych, którzy je posiadają, czyli starszych.

WSPARCIE SPOŁECZNE

Umiejętność sięgania po wsparcie, dawanie go, decyduje w dużej mierze o miejscu człowieka w świecie innych ludzi oraz stanowi niezbędny czynnik radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, pokonywaniem trudności i przeszkód, wreszcie radzenia sobie ze stresem czy sytuacją kryzysową. Wsparcie jest konsekwencją przynależności człowieka do sieci społecznych. Strukturalne ujęcie wsparcia informuje o obiektywnie istniejących sieciach społecznych, które przez więź, kontakty i przynależność, pełnią funkcję pomocną najczęściej wobec osób w trudnych sytuacjach. Przy takim ujęciu wsparcia, przedmiotem badania są miary sieci społecznych (system relacji interpersonalnych). Efekt pomocy jest wtedy zależny od wielkości sieci, spójności i dostępności.

Drugie ujęcie mówi o wsparciu jako rodzaju interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez osoby w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej. W tym wypadku narzędziem badawczym będą miary wsparcia koncentrujące się na pomiarze wsparcia, które jednostka lub grupa otrzymała lub udzieliła. W zależności od tego, co jest w toku interakcji treścią wymiany społecznej, można też wyodrębnić różne rodzaje wsparcia (np. emocjonalne, rzeczowe, informacyjne).

Dla celów niniejszego opracowania posłużono się jedną ze skal wsparcia społecznego (OUWS), która została autorsko zmodyfikowana i dostosowana do celów przedstawionych poniżej badań.

Skala obejmuje pięć rodzajów wsparcia społecznego:

- wsparcie emocjonalne;
- wsparcie informacyjne;
- wsparcie wartościujące;
- wsparcie instrumentalno-rzeczowe;
- wsparcie towarzyskie.

Kontrolowano zarówno wsparcie otrzymywane jak i udzielane.

„Młodzi" i „Starzy" znacząco więcej otrzymywali wsparcia emocjonalnego od własnych grup wiekowych niż od grup przeciwnych, co potwierdza wskazywane wcześniej izolowanie się grupy -35. Generalnie „Starsi" otrzymywali jednak mniej wsparcia niż „Młodsi". Ci ostatni otrzymywali przede wszystkim więcej wsparcia instrumentalno-rzeczowego, nie tylko od własnej grupy, ale i od starszych, potrzebnego im jako mniej doświadczonym pracownikom. „Starsi" deklarowali również chęć udzielania wsparcia swym młodszym kolegom. Bardzo niskie w obu grupach było wsparcie towarzyskie, niewiele wyższe emocjonalne, co pokazuje słabość więzi nieformalnych potrzebnych do rozładowywania stresów i napięć.

Kontrolowano również wsparcie otrzymywane przez obie grupy od szefów. Okazywali oni duże wsparcie informacyjne skierowane głównie do pracowników młodszych i wsparcie wartościujące okazywane silniej pracownikom starszym. Prawdopodobnie nagradzali w ten sposób ich odpowiedzialność i lojalność wobec zakładu pracy.

WNIOSKI

Konflikt między młodszą i starszą generacją pracowników w środowisku pracy jest faktem, co potwierdziły również nasze badania. Obu pokoleniom trudno jest się ze sobą komunikować i współpracować. Wielu menedżerów woli tego nie dostrzegać, gdyż nie wie, jak sobie z tym radzić. Konflikt ten ma szersze kulturowe tło w postaci kultu młodości panującego w cywilizacji określanej mianem zachodniej. Dyskryminacja starszego pokolenia, nie zawsze doganiającego świat oparty na nowoczesnych technologiach, stała się poważnym społecznym problemem.

Przeprowadzone przez nas badania pokazały, że pracownicy w wieku 50+ mają znacznie niższe możliwości ekspozycji społecznej niż pracownicy młodzi, co wiąże się także z mniejszą asertywnością i kłopotami

z autoprezentacją. Wysoka sprawność młodych w tym zakresie wywołuje negatywne oceny starszych kolegów. Ci doceniają wiedzę i kreatywność młodych, ale uważają ich za nieodpowiedzialnych i agresywnych. Pracownicy w wieku 50+ są oporni wobec zmian, co wynika nie tylko z psychologicznej prawidłowości starzenia, ale z mentalnego nastawienia na schyłek kariery zawodowej, wzmacniany poczuciem skrywanego braku umiejętności komputerowych, językowych a nawet autokreacyjnych. Jednak 50+ mają wiele do zaoferowania – większy repertuar sposobów radzenia sobie ze stresem, możliwości udzielania wsparcia zarówno swoim kierownikom jak młodszym kolegom, są bardziej odpowiedzialni i lojalni wobec zakładu pracy. Mniej też zamykają się w swojej grupie wiekowej, co nie jest z kolei zauważane przez młodych i co warto przed nimi odkryć. Potrafią stanowić bufor między młodymi, agresywnymi wilczkami a kadrą menedżerską, są zrównoważeni emocjonalnie, umieją udzielać wsparcia zarówno szefom jak i młodym kolegom, którzy z kolei dysponują większą wiedzą z zakresu IT i współczesnych technologii.

Niedobór kompetencji pięćdziesięciolatków w technikach informatycznych i językach obcych, słaba asertywność i brak ekspozycji społecznej, połączone z zaniżonym poczuciem przydatności zawodowej stanowi splot czynników frustrujących, przyśpieszających proces wypalenia. Zjawiska te zaskakują pracowników 50+, ponieważ w ich młodości osobom starszym starczało wiedzy, kompetencji i doświadczenia na długotrwałe zachowanie przewagi pokoleniowej. To na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat nowa wiedza zaczęła pojawiać się tak szybko, że pięćdziesięciolatkom zaczyna jej brakować. Rodzi to lęk i przedwczesną ucieczkę na emeryturę.

W przekonaniu autorek te czynniki w głównej mierze wpływają na to, że Polacy najszybciej pośród narodów UE dezaktywują się zawodowo w wieku 57 lat, podczas gdy średnia unijna wynosi nieco powyżej 60 lat. Tę średnią zniżają niestety właśnie Polacy, Portugalczycy i Szwedzi odchodzą na emerytury po 63 roku życia. Wczesna dezaktywacja zawodowa Polaków jest w znacznej mierze skutkiem kryzysu wieku w relacjach pracowniczych. Może on równocześnie zbiegać się z doświadczeniami opuszczanego gniazda – kryzysem w rodzinie. Jest to przecież równocześnie czas usamodzielniania się dzieci. Podwójny kryzys (utraty roli zawodowej i rodzinnej) sprzyja przedwczesnej geriatryzacji pokolenia.

Tymczasem prawda jest taka, że utrzymanie starszej generacji na rynku pracy jest konieczne z wielu względów. Przemawiają za tym zmiany demograficzne powodujące luki na rynku pracy, a także niemożność zostawienia tak wielkiej grupy społecznej w stanie frustracji z powodu poczucia zbędności. Przemawia za tym również przedłużona sprawność psychiczna i fizyczna ludzi 50 +, którzy dysponują wieloma umiejętnościami potrzebnymi w organizacji. Warto korzystać z przykładów innych narodów, których obywatele, po przejściu na emeryturę, utrzymują nadal aktywność zawodową w mniejszym wymiarze, czasem w innej niż dotychczas dziedzinie. Połowa emerytów żyjących w Sztokholmie jest nadal częściowo aktywna zawodowo, w Polsce zaś liczba ta jest dwukrotnie mniejsza (Jaworska, 2006).

W tej sytuacji konflikt między generacjami pracowników, z których każda dysponuje cechami i umiejętnościami służącymi dobrze organizacji musi znaleźć rozwiązanie. Propozycją taką jest metoda inermentoringu, która pozwala na międzypokoleniowy przekaz wiedzy. Metoda ta zakłada uświadomienie sobie przez obie strony jak spostrzegają siebie nawzajem i jakie ich dzielą bariery, a także, jakimi specyficznymi umiejętnościami wyróżniają się przedstawiciele skonfliktowanych generacji. Jest to potrzebne do tego, by obie strony mogły korzystać nawzajem ze swoich zasobów doskonaląc w ten sposób samych siebie i wzmacniając organizację. W tym celu poprzez odpowiedni trening uczą się pełnienia zarówno roli mistrza jak i ucznia, by móc zamiennie pełnić te role w procesie współpracy przedstawicieli obu generacji. Szkoleni są również menedżerowie, którzy nabywają nowych umiejętności poszerzających ich możliwości w zakresie zarządzania międzypokoleniowym konfliktem. Ten międzypokoleniowy przekaz jest sposobem na twórczy rozwój i wykorzystanie ludzkiego potencjału.

LITERATURA

Belbin, R.M. (2003). *Twoja rola w zespole*. Gdańsk: GWP.

Boni, M. (2006). *Rynek pracy a problemy wieku*. Wystąpienie na konferencji „Pracodawcy a zatrudnienie osób w wieku 50+", Warszawa: wrzesień 2006.

Brzozowski, P. (1997). *Skala Dyrektywności Johna J. Raya*. Warszawa: PTP.

Jaworska, J. (2006). *Generacja 50+ na rynku pracy*. Wystąpienie na konferencji „Pracodawcy a zatrudnienie osób w wieku 50+", Warszawa: wrzesień 2006.

Model Intermentoringu. Raport z badań w ramach programu EQUAL F0613d2,Pl-62, (2006). Podręcznik dla organizacji. Żory.

Raport z badań w ramach programu EQUAL F0613d2,Pl-62 (2006). Uwarunkowania organizacyjne i psychologiczne intermentoringu dla utrzymania osób 50+ na rynku pracy. Żory.

Synak, B. (2000). Pozycja społeczna ludzi starszych w warunkach zmian ustrojowych i cywilizacyjno-kulturowych. W: B. Synak (red.) *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*. Gdańsk.

doi: 10.14691/spia.sps.2.158

Przywiązanie do miejsca i jego znaczenie w kontekście współczesnych zagrożeń cywilizacyjnych*

Augustyn Bańka
SWPS Wydział Zamiejscowy w Katowicach

W czasach współczesnych, charakteryzujących się postępującą globalizacją, gwałtownie rośnie na znaczeniu problematyka miejsca i przywiązania do miejsca. Pierwszą cechą globalizacji jest specyficzne ścieśnienie czasu i przestrzeni przejawiające się w odterytorialnieniu zjawisk i procesów życia jednostkowego i zbiorowego. Po drugie, istnienie specyficznej, a zarazem uniwersalnej przestrzeni społeczno-kulturowej, funkcjonującej poza obszarem określonym granicami, takimi nawet jak granice państw narodowych. Po trzecie, występowanie nowych jakościowo zjawisk psychologicznych, takich jak „tożsamość tymczasowa" (Hill, 1996). Odterytorialnienie oznacza, że dystanse lub granice w znaczeniu geograficznym przestają być tak istotne, jak dawniej. Coraz więcej procesów, w tym również psychologicznych, zachodzi bez wyraźniej lokalizacji, umiejscowienia lub przynajmniej przekracza granice wytyczane dotychczas przez bariery geograficzne, granice terytorialne, odrębności narodowe lub kulturowe. Pojawiają się zjawiska przebiegające „w poprzek" terytoriów i związanych z nimi lokacji, kultur, wartości, norm oraz standardów. Tradycyjne tzn. terytorialne, lokalne i wspólnotowe stosunki społeczne oraz procesy identyfikacji zderzają się z nowymi procesami przebiegającymi na bazie nowych mediów i środków komunikowania. Jednak im bardziej warunki zglobalizowanego życia odbiegają od warunków, do jakich człowiek przywykł w okresie długiej adaptacji, tym bardziej rośnie na znaczeniu rola środowiska fizyczno-przestrzennego oraz terytorialnego w determinowaniu jakości życia i rozwoju.

ROLA MIEJSCA JAKO ŚRODOWISKA TERYTORIALNEGO W ŻYCIU CZŁOWIEKA

Miejsce jako fenomen psychologiczny towarzyszący środowisku terytorialnemu jest ważnym źródłem zakorzenienia, przynależności, komfortu oraz szeregu innych pozytywnych uczuć. Na znaczenie miejsca w życiu człowieka zwróciły uwagę przede wszystkim koncepcje fenomenologiczne (Bańka, 2007). Nawiązują one (np. Bechelard, 1964; Eliade, 1959) do tradycji zapoczątkowanej jeszcze przez Arystotelesa, dla którego miejsce oznacza „to, co otacza bezpośrednio to, czego jest miejscem" (Arystoteles, 1990, s. 38). Miejsce, jako bezpośrednie otoczenie jednostki jest wyznacznikiem tożsamości człowieka oraz jego bezpieczeństwa. Do wątku bezpieczeństwa jako warunku istnienia człowieka nawiązuje E.H.Erikson (1968), który przypisuje dziecku zadanie rozwiązania kryzysu ufności i zaufania. „Zadana" ufność dotyczy przedrefleksyjnego „zadomowienia" w otoczeniu, czyli symbiozy z ewentualnymi zagrożeniami, które nie tyle paraliżują, co wzmacniają. „Zadomowienie" jest pewnego rodzaju poczuciem i wzorcem bezpieczeństwa, jak też oczekiwaniem dającym komfort w relacji z otoczeniem (Witkowski, 2000, s. 124).

DEFINICJE I TEORIE MIEJSC W PSYCHOLOGII

Pojęcie miejsca wywodzi się z filozofii (Heidegger, 1967), jednak obecnie jest ono podstawowym konstruktem teoretyczny w wielu innych dyscyplinach. W architekturze zainteresowanie to wynika stąd, że domy szpitale, szkoły, biura są miejscami. Z kolei w psychologii zainteresowanie miejscem wiąże się z tym, iż jest to konstrukt odwołujący się do indywidualnych doświadczeń czasu i przestrzeni. Oprócz tego pojęcie miejsce cenione jest również z tego względu, że integruje bardzo różne perspek-

* Artykuł pochodzi z: *Zachowanie Środowisko Architektura, nr 5 pt. Symbole, przemiany oraz wizje przestrzeni życia,* pod red. A. Bańki, Poznań 2011, SPiA, s. 7–14.

tywy. W pojęciu miejsce następuje koncentracja indywidualnych doświadczeń dotyczących środowiska, które cechuje bezpośredniość, konieczność, znaczenie, wspólnotowość, indywidualność i idiosynkrezja.

Katalog miejsc, jakie znalazły się w centrum zainteresowania psychologów jest bardzo szeroki, bowiem obejmuje tak różnorodne kategorie, jak dom (Easthope, 2004), sakrum (Mazumdar, 2005), dzika przyroda (Williams, 2000), przestrzeń urbanistyczną, przestrzeń pracy, przestrzeń rekreacji i czasu wolnego, przestrzenie związane ze zdrowiem, nauką czy procesami pamięci lub przetwarzania informacji. Jak z tego wynika, miejsce w głównej mierze jest czymś, co tworzy się na fundamencie układów fizyczno-przestrzennych.

Jednak niektóre kategorie miejsc niekoniecznie muszą odnosić się do konkretnych układów fizyczno-przestrzennych, tak jak jest to w przypadku np. miejsc pamięci czy miejsc tworzonych w przestrzeni wirtualnej, które nie mają odniesienia do konkretnego układu terytorialnego. Miejsce różni się od modalności geograficznych, gdyż jego podstawowym wyróżnikiem jest układ przestrzeni różniący go od innych lokacji oraz specyficzne dla danej lokacji poczucie środowiska, niepodobne do żadnego innego (Bones i Sacchiaroli, 1995). W koncepcji miejsca zachodzi z jednej strony synteza poznania środowiskowego uzupełnionego o wymiar emocjonalny w ujęciu holistycznym, jakim jest klimat miejsca (Knez, 2005), a z drugiej strony, poznania społecznego, w którym odzwierciedlane są doświadczenia grupowe. Sumując, pojęcie miejsce wyraża różne wymiary zjawiska, takie jak rozmiar fizyczny, jakości widzialne *vs* symboliczne, jakości doświadczane egzystencjalnie *vs* doświadczane wyłącznie mentalnie oraz jakości personalne *vs* społeczne i kulturalne.

Pojęcie miejsca zostało ujęte najszerzej w trzech nurtach psychologicznych – w psychologii fenomologicznej, ekobehawioralnej i interakcyjnej. Przykładem fenomenologicznych koncepcji miejsca jest teoria miejsca Norberga-Schulza (1980, 1985) oraz Yi-Fu Tuana (1987). Pierwszy przyjmuje, że każde miejsce posiada *genius locci*, czyli duszę. *Genius locci* tkwi przede wszystkim w miejscach naturalnych, to jest takich, które zawierają w sobie znaczenia. Norberg-Schulz wyróżnia pięć wymiarów miejsca: rzeczy, porządek, charakter, światło i czas. Koncepcja Norberga-Schulza ujmuje miejsce w sposób statyczny (Jivén i Larkham 2003), a więc raczej jako funkcję użytkowania środowiska fizyczno-przestrzennego, niż funkcję jego tworzenia (*place-making*).

Teoria Yi-Fu Tuana (1987) jest koncepcją fenomenologii miejsca, zgodnie z którą miejsce oznacza wyłącznie strukturę doświadczeń wewnętrznych, dokonującą się pod wpływem środowiska zewnętrznego. W tym znaczeniu miejsce jest fuzją dwóch porządków: ludzkiego, składającego się ze zmysłów, pamięci i procesów poznania oraz porządku naturalnego, będącego częścią przyrody i środowiska kreowanego przez człowieka. W miejscu człowiek realizuje bezpośrednie doświadczenie świata zewnętrznego. Doświadczenie miejsca jest dwukierunkową zależnością między doświadczeniem egzystencjalnym wewnętrznym, obejmującym poczucie przynależności do miejsca, a doświadczeniem egzystencjalnym zewnętrznym, obejmującym poczucie obcości lub rozłączności. Kategorią centralną Yi-Fu Tuana (1987) jest *topophilia*, czyli afektywne powiązanie człowieka ze środowiskiem fizycznym, któremu towarzyszą pozytywne uczucia. Przeciwieństwem topohilii jest topophobia, czyli afektywno-awersyjne powiązanie człowieka ze środowiskiem materialnym, powodujące lęk i depresję. Związek człowieka ze środowiskiem może układać się na bazie poczucia miejsca (*sense of place*), bądź zakorzenienia w miejscu (*rootedness in place*). Pierwsze jest aktem świadomej refleksji dotyczącej środowiska, a drugie oznacza nieświadome i bezrefleksyjne zadomowienie w miejscu.

Odpowiednikiem terminu miejsce (*place*) w nurcie behawiorystycznym jest R. Barkera (1968) pojęcie układu zachowania (*behavior setting*). Pojęciem tym określa się naturalnie występujące całości dostępne naturalistycznej obserwacji i analizie w autentycznej formie, nieskażonej np. manipulacją eksperymentalną. Układy zachowania są to wyodrębnione w czasie oraz w przestrzeni konkretnymi kompleksami zdarzeń. Całości te mają naturalne granice wyodrębniające się czasowo-przestrzennie w ramach szerszego otoczenia środowiska nazywanego supersystemem. Najbardziej kompleksową naturalną jednostką elementarną jest *milieu*. Kategoria ta oznacza interakcyjną całość, złożoną z elementów fizykalnych i nie fizykalnych otoczenia, jak np. otocznia społecznego. *Milieu* jest więc całością złożoną zarówno z elementów będących wytworem człowieka, a więc budynków, placów, samochodów, narzędzi pracy, jak i z naturalnych elementów przyrodniczych, zdarzeń psychicznych, kulturowych oraz codziennych aktywności człowieka w środowisku,

takich jak praca, wypoczynek, zabawa. Instytucje i obiekty, takie jak szkoły, osiedla czy restauracje są z punktu widzenia jednostek geograficznych zaledwie częścią milieu składającego się na układ zachowania. Z chwilą, gdy przestają być one jedynie formalnie egzystującymi jednostkami geograficznymi, widocznymi na mapie lub w obrazie miejscowości jako punkty orientacyjne, przestają być częścią *milieu* i stają się naturalnymi układami zachowania.

Koncepcję ekobehawioralną R. Barkera układu zachowania rozwinął w swojej teorii miejsca D. Canter (1977). Zaadaptował on koncepcję układu zachowania nie w perspektywie skrajnie behawiorstycznej, ale w ścisłej relacji do procesów poznawczych, osobowościowych i emocjonalnych. W koncepcji Cantera (1986) miejsce nie jest wewnętrznym światem jednostki, ale zorganizowanym w formie układów zachowania środowiskiem fizyczno-przestrzennym (*socio-physical unit*), którego elementy są społecznie komunikowane.

Jeszcze inaczej ujmuje miejsce nurt interakcyjny psychologii (Stokols i Shumaker, 1981). W modelu tym zwanym też modelem transakcyjnym, jednostka oraz środowisko ujmowane są w dynamicznej zależności. Podejście transakcyjne wprowadzone przez Ittelsona (1973), a spopularyzowane przez Stokolsa i Altmana (1987) jako tzw. model transakcyjno-kontekstualny (*transactional-contextual model*), zakłada występowanie dwóch dychotomii: przedmiotu – podmiotu oraz dychotomii jednostka ludzka – środowisko. W tej koncepcji miejsca elementy ludzkie i środowiskowe nie są autonomiczne, ale wzajemnie warunkujące się. Drugą ważną cechą podejścia transakcyjnego jest to, że kładzie ono nacisk nie tylko na reaktywne, ale także aktywne, intencjonalne działania człowieka zorientowane na cel. Trzecia cecha wiąże się z przyznawaniem centralnej roli procesom percepcyjno-poznawczym w konstrukcji i wytyczaniu kierunku działań człowieka. Czwarta cecha to holizm, tj. nierozdzielność elementów systemu człowiek – środowisko.

PRZYWIĄZANIE DO MIEJSCA JAKO UMYSŁOWY MECHANIZM REGULACJI ZACHOWANIA

Koncepcja przywiązania do miejsca (*place attachment*), zapoczątkowana w psychologii przez takich badaczy jak Seamon (1982) i Tuan (1974, 1977, 1987) podkreśla rolę doświadczenia subiektywnego w determinowaniu więzi emocjonalnej między jednostką a różnego rodzajami miejsc jako środowiska przestrzenno-terytorialnego. Pojęcie przywiązania do miejsca jest pojęciem integrującym różne interdyscyplinarne aspekty funkcjonowania psychicznego człowieka w środowisku życia, tworzące nierozerwalną całość. Najbardziej pierwotną formą łączącą jednostkę ze środowiskiem fizyczno-przestrzennym jest więź emocjonalna (Wilson, 2003). Pozytywna więź emocjonalna z miejscem jest odpowiednikiem bezpiecznego wzoru przywiązania w koncepcji J. Bowlby'ego (Fried, 2000; Stanger, 1992; Twigger-Roos i Uzzell, 1996). Więź ta jest stabilna w czasie i jako wzorzec umysłowy jest wyznacznikiem działań jednostki przez całe życie.

Przywiązanie do miejsca w przeciwieństwie do konstruktu przywiązania zaproponowanego przez Bowlby'ego (1976) nie jest tylko i wyłącznie konstruktem indywidualnym tkwiącym w jednostce, ale jest również konstruktem podzielanym przez rodziny, grupy zorganizowane i spontaniczne, społeczności lokalne, a nawet grupy kulturowe (Mesch i Manor, 1998). Inaczej mówiąc, przywiązanie do miejsca obejmuje różnych aktorów. O ile na poziomie jednostki przywiązanie do miejsca zapewnia oprócz bezpieczeństwa poczucie kontroli, kreatywności, panowania, prywatności, ważności czy spokoju, o tyle na poziomie grupowym zapewnia łączność duchową z innymi ludźmi – rodziną, przyjaciółmi, społecznością i kulturą. Relacje społeczne wyznaczane przez miejsce są dla człowieka w każdym wieku równie ważne, jak bezpośrednie oddziaływanie miejsca na procesy psychiczne (Stedman, 2003).

W przywiązaniu do miejsca obok wymiaru afektywnego dużą rolę odgrywa również wymiar poznawczy i behawioralny. W pierwszym przypadku więź jest nie tylko funkcją dokładności poznania miejsca, rozległości wiedzy oraz intensywności przekonań, ale także specyficznych znaczeń, jakie środowisko nabiera w umyśle jednostki (Williams i in. 1992). Przywiązanie do miejsca obejmuje uczucia, znaczenia i symbole, które nie są wynikiem jedynie determinacji fizycznych własności miejsc, ale doświadczeń w fizycznej przestrzeni obejmujących realne i symboliczne zależności z innymi ludźmi (Gustafson, 2001). W drugim przypadku więź jest z jednej strony funkcją aktywności jednostki w środowisku (Kapla i Kaplan, 1982; Kyle i in. 2004), z drugiej źródłem zachowań odpowiedzialnych (Vaske i Krbrin, 2001), struktury zachowań celowych w wymiarze indywidualnym i społecznym (Kyle i in., 2004; Lewicka, 2005).

Przywiązanie do miejsca jako pojęcie implikujące afektywną więź człowieka z bezpośrednim środowiskiem życia jest raczej zestawem zjawisk wy-

rażających zmieniające się konstrukcje tożsamości w otoczeniu, niż pojedynczym ich rodzajem. Jak dotychczas nie udało się psychologom zbudować jednolitej teorii przywiązania (Giuliani, 2003; Hidalgo, Hemandez, 2001). Toteż analogami pojęcia przywiązania do miejsca jest poczucie przynależności (*sense of belonging*) do miejsca (Altman i Low, 1992), tożsamość miejsca (*place identity* – Proshansky i in., 1983; Spencer, 2005), geniusz miejsca (Rowless, 1980), poczucie miejsca (*sense of place* – Nanzer, 2004), zakorzenienie (*rootedness* – Chawla, 1992, przywiązanie społeczne (*community attachment* – Williams i in., 1995), sentyment społeczny (*community sentiment* – Hummon, 1992), poczucie wspólnotowości (*sens of community* – Tartaglia, 2006), przynależności społeczno-terytorialnej (*socio-teritorial belongingess* – Pollini, 2005), swojskość miejsca (*place familiarity*), zależność od miejsca (*place dependence*), przynależność do miejsca (*place belongingness*), tożsamość miejsca (*place identity*).

Znajomość/swojskość miejsca obejmuje przyjemne-nieprzyjemne wspomnienia, wspomnienia osiągnięć poznawczych i życiowych oraz wspomnienia wyobrażeń związanych z rekreacją (Korpela i in., 2001). Ogólnie biorąc, swojskość wyznacza procesy psychiczne, które stanowią wstępną fazę stałej więzi z pewną formą otoczenia jako stabilnym w czasie programem umysłowym życia w czaso-przestrzeni. Przynależność do miejsca jako forma afiliacji z miejscem wyraża bardziej niż swojskość społeczny wymiar więzi łączącej jednostkę z miejscem (Mesch i Manor, 1998) oraz wymiar duchowy (Proshansky i in., 1983). Tożsamość miejsca jest kombinacją myśli, znaczeń, wartości, postaw, przekonań i tendencji zachowania, która wykracza poza emocjonalne przywiązanie oraz przynależność do miejsca. Kategoria tożsamości miejsca odnosi się do tego, kim się jest w miejscu codziennego zamieszkiwania, w miejscu pracy, w miejscu rekreacji etc. Zależność od miejsca oznacza przywiązanie funkcjonalne, odzwierciedlające ważność miejsca w dostarczaniu jednostce własności i warunków, które podtrzymują określone cele pożądanej przez nią aktywności (Stokols i Shumaker, 1981; Jorgensen i Stedman, 2001). Percepcja zależności od miejsca wyrasta z dwóch procesów, poprzez które jednostki oceniają jakość aktualnych miejsc lub innych możliwych miejsc. W pierwszym przypadku jest to forma oceny potencjału danego miejsca dla zaspokojenia potrzeb oraz celów jednostki, a w drugim – ocena miejsca w porównaniu z innymi miejscami jako możliwymi układami środowiskowymi zaspokojenia potrzeb (Stokols i Shumaker, 1981; Williams i in., 1992). Miejsca zaspokajające w dużym stopniu potrzeby jednostki prowadzą do jej zależności od miejsca charakteryzującą się takimi zjawiskami jak, ugrzęźniecie w miejscu czy głębokie zapadnięcie w miejscu. Najbardziej intensywną formą więzi z miejscem jest zakorzenienie w miejscu, będące w istocie rzeczy silną bezrefleksyjną więzią bezpieczeństwa i komfortu charakterystyczną dla domu (Tuan, 1974; Stegner, 1992).

RODZAJE PRZYWIĄZANIA

O ile emocje i uczucia w pojęciu przywiązanie do miejsca odnoszą się do kategorii „przywiązanie", o tyle kategoria „miejsce" odnosi się do znaczenia przestrzeni w życiu człowieka. Miejsce nie jest w tym przypadku wyłącznie przestrzenią fizyczną, ale taką jej formą, która jest skarbnicą znaczeń personalnych, grupowych oraz kulturowych (Mesch i Manor, 1998; Miligan, 1998). O ile nie ulega wątpliwości to, że nie jest możliwe jakiekolwiek życie poza przestrzenią, o tyle życie bez miejsca (*placelessness*) już tak (Relph, 1976). Koncepcje i badania nad przywiązaniem do miejsca rozciągają się, po pierwsze, między tymi dwiema skrajnościami, a więc skrajnym przywiązaniem do miejsc (Stegner, 1992; Tuan, 1980) i skrajnym wykorzenieniem z miejsc, jak w przypadku „kulturowej bezdomności" (*cultural homelessness* – Vivero i Jenkins, 1999). Po drugie, koncepcje przywiązania do miejsca rozciągają się między różne kategorie i skale miejsc jako różne kategorie odniesienia tożsamości indywidualnej i zbiorowej (Reid i Deaux, 1996).

Niektóre kategorie miejsca nie muszą mieć w ogóle bezpośrednich relacji do przestrzeni terytorialnej lub fizycznej, tak jak w przypadku miejsc wirtualnych, mitycznych (np. „ziemi obiecanej"), wymarzonych czy istniejących w przestrzeni medialnej (np. filmowej). Mimo to przywiązanie do tego rodzaju miejsc nabiera współcześnie coraz większego znaczenia, gdyż biorą one udział w determinowaniu planów życiowych ludzi w realnym środowisku, w kształtowaniu przez nich tożsamości oczekiwanych (*expected selves* – Markus i Nurius, 1986) i konstruowania rzeczywistości życia poza aktualnie doświadczanym środowiskiem codzienności (Cantor i Norem, 1991), stając się głównym motywem migracji i przemieszczeń przestrzennych (Eacott, 2006; Mesch i Manor, 1998). Z kolei inne kategorie miejsc, by zaistnieć jako markery tożsamości (Shields, 2003) muszą mieć wymiar jak najbardziej fizyczno-przestrzenny.

Inaczej mówiąc, dla poczucia tożsamości człowiek potrzebuje rzeczywistości fizyczno-przestrzennej o różnej skali. Rozpiętość realności fizyczno-przestrzennych jako markerów przywiązania do miejsca jest bardzo duża, bowiem zaczyna się od przywiązania do pojedynczych rzeczy materialnych (*possessions attachment*) (Belk, 1992; Kleine i Baker, 2004), prowadzi poprzez przywiązanie do mieszkania i domu (Easthope, 2004), przywiązania do placów (Law, 1992), osiedli, i miast, a kończy na regionach, krajach pochodzenia (Williams i in., 1995; Shields, 2003; VanEcke, 2005) oraz środowisku przyrodniczym. W tym rozumieniu miejsca są kontekstami, w obrębie których realizują się z jednej procesy identyfikacji tożsamości indywidualnej, a z drugiej zależności interpersonalne, społeczne i kulturowe, które mają swój rytm czasowy cykliczny lub linearny.

Wszystkie rodzaje przywiązania z psychologicznego punktu widzenia są jednakowo ważne. Przywiązanie do rzeczy w formie pamiątek ma dla tożsamości indywidualnej i społecznej wielu ludzi tak samo duże znaczenie, jak przywiązanie do rzeczy o obiektywnie dużej wartości ekonomicznej. W ostatnim jednak czasie spośród różnych form przywiązania do miejsca specjalnego znaczenia i zainteresowania nabiera zarówno wśród badaczy, jak i zwykłych ludzi, problematyka przywiązania do dzikiej natury (*wilderness attachment*). Dzikość to z jednej nieskazitelnie czyste obszary, góry, puszcze, dżungle, przestworza oceanów, a z drugiej – konstrukcja psychiczna, pewien stan umysłu czy spostrzeżenie (White i Hendee, 2000). Kontakt z naturą (Ulrich, 1993), zwłaszcza jej dziką formą, dostarcza wyzwalających i satysfakcjonujących doświadczeń, umożliwiających przetrwanie w świecie zarówno w formie ekspansywnej, jak np. zmaganie się z grozą przeciwstawiania się wyzwaniom natury, jak i w formie defensywnej jak w przypadku zmagania się ze śmiercią (Koole i Van den Berg, 2004).

ZNACZENIE PRZYWIĄZANIA DO MIEJSCA W CYKLU ŻYCIA

Przywiązanie do miejsca odgrywa istotną rolę w całym cyklu życia człowieka począwszy od dzieciństwa (Cooper, 1992), a skończywszy na okresie późnej dorosłości (Gustafson, 2000). Afektywno-uczuciowy pozytywny związek z miejscem w pierwszym okresie życia w formie tzw. szczęśliwego dzieciństwa determinuje stabilność wzoru zależności od miejsca i jego pozytywne bilansowanie w kategoriach szczęścia w perspektywie całego życia (Chawla, 1992; Spencer 2005). Generalnie rzecz biorąc, przywiązania do miejsca pełni podobną funkcję jak przywiązanie interpersonalne opisane przez Bowlby'ego (Steel, 2000). I tu i tam jednostka eksploruje środowisko dopóty, dopóki ma zapewniony powrót do bezpiecznej bazy, tj. bądź bezpiecznych więzi interpersonalnych, bezpiecznego środowiska społecznego oraz bezpiecznego miejsca, jakim w okresie dzieciństwa jest dom, a w okresie dorosłości – miejsce zatrudnienia, miejsce zamieszkania, społeczność lokalna, kraj ojczysty itd.

Poczucie bezpieczeństwa tworzące się na bazie przywiązania do miejsca ma oprócz strony pozytywnej, także negatywną. Nadmierne przywiązanie do miejsca przejawiające się w nadmiernym uzależnieniu poczucia bezpieczeństwa od domu, miejsca zamieszkania, rodziny i społeczności lokalnej tworzy syndrom przywiązania dysfunkcjonalnego (Fried, 2000) zwany chorobą domową lub tęsknotą za domem (*homesickness*) (Chawla, 1992). Syndrom choroby domowej jest środowiskową strategią autoregulacji wykorzystującą poznania i emocje związane z miejscem do zapewniania sobie przez jednostkę poczucia własnej wartości i spójności obrazu własnej osoby (Korpela i in., 2002). Relokacje przestrzenne, takie jak zmiana miejsca zamieszkania, szkoły czy wyjazd z domu na studia, zawsze powodują zmiany i zaburzenia w poczuciu przynależności społecznej oraz identyfikacji indywidualnej, której istotnym wymiarem jest utrata kontynuacji tożsamości w relacji do miejsca (VanEycke, 2005). Przemieszczenia przestrzenne jako zerwanie ciągłości powodują zmiany w umysłowych reprezentacjach przywiązania do miejsca.

Utrata miejsca, jego zmiana lub destrukcja to taka sama strata, jak strata osoby bliskiej. Podobnie separacja od miejsc ulubionych czy wartościowych miejsc jest czynnikiem zaburzającym funkcjonowanie psychiczne podobnie, jak separacja od bliskich, ważnych osób. Van Tilburg ze współpracownikami (1997) wskazuje na cztery kategorie tęsknoty za „domem": tęsknotę za ludźmi, tęsknotę za środowiskiem, tęsknotę wywołaną trudnościami w adaptacji do nowego środowiska oraz tęsknotę wywołaną trudnościami radzenia sobie z nowymi schematami życia. Dysfunkcjonalne przywiązanie do miejsca w okresie dzieciństwa i adolescencji zmniejsza inicjatywę do wykorzystywania przygód jako stymulacji rozwoju poznawczego (Cornell i in. 2001), zmniejsza mobilność środowiskową (Risotto i Tonucci, 2002).

Znaczenie przywiązania do miejsca w okresie późnej adolescencji i wczesnej dorosłości znacząco zmienia się ze względu na największą nienormatywność procesów rozwojowych w tym okresie życia (Arnett, 2000). Przywiązanie do miejsca w tym okresie życia zmienia się z perspektywy codziennego doświadczania miejsca na perspektywę planowania życia, ustanawiania celów życiowych oraz realizacji projektów życiowych (Walenius, 1999; Gustafson, 2000). W okresie wczesnej dorosłości pojawia się gotowość na migracje i przemieszczenia przestrzenne jako funkcja działania sił rozwojowych związanych ze zwiększoną otwartością na nowe doświadczenia życiowe (Eacott i Son, 2006; Kyle i in., 2004). Przywiązanie do miejsca tworzone na bazie codziennych doświadczeń egzystencjalnych ustępuje symbolicznemu i emocjonalnemu przywiązaniu do miejsc, które są najlepiej dopasowane do motywacji osiągnięć (Vignoles i in., 200) oraz strategii realizacji projektów życiowych związanych z własną tożsamością (Tharenou, 2003).

Znaczenie przywiązania do miejsca w okresie dorosłości jako fazy normatywnej stabilizacji życia w największym stopniu determinują trzy czynniki: 1 – mobilność zawodowa, 2 – zwiększona rola miejsc w identyfikacji płci i ról życiowych w stosunku do własnej osoby oraz rodziny, 3 – dążenie do zapewniania sobie i rodzinie maksimum jakości życia. Moblilność zawodowa szczególnie w czasach globalizacji jest głównym zagrożeniem wprowadzającym mimowolne zakłócenia w przywiązaniu do najważniejszego miejsca, jakim jest dom. Dobrowolne lub przymusowe przemieszczenia przestrzenne związane z pracą zawodową i mobilnością w karierze wymuszają zmianę obrazu własnej osoby (Hormuth, 1990). Okres dorosłości to z jednej strony czas normatywnej odpowiedzialności za dom i rodzinę wymagający stabilizacji przestrzenno-terytorialnej, z drugiej strony – czas podtrzymywania ciągłości kariery zawodowej, co z kolei wymaga elastyczności czasoprzestrzennej życia. Procesy związane z miejscem i tożsamością w okresie dorosłości wyznaczają działania, które związane są z czterema wymiarami tożsamości (Breakwell, 1986; Twigger-Ross i Uzzell, 1996): kontynuacji, samooceny, samoskuteczności i wyróżnialności (*distincteveness*). Utrzymanie równowagi między przywiązaniem do domu a przywiązaniem do kariery w ramach wszystkich wymiarów tożsamości jest coraz większym problemem skutkującym m.in. konfliktami typu praca-rodzina (*work-family conflict*), a u kobiet konfliktami płci i roli (*gender-role conflict*). Dorosłość to również konfrontacja i bilansowanie ról płciowych z doświadczeniami miejsca. Dla obojga płci doświadczanie miejsca wiąże się ze sprawowaniem efektywnej opieki nad dziećmi. Bezpieczna więź z miejscem zamieszkania optymalizuje postawy rodzicielskie wobec zakresu autonomii dzieci (Przezz i in., 2005). Zwiększająca się liczba rozwodów sprawia, że pojawia się na szeroką skalę problem koordynowania prze osoby samotnie wychowujące dzieci poczucia podmiotowości z przywiązaniem do domu (Wells, 2005). Z kolei powszechny udział kobiet w życiu publicznym i na rynku pracy stwarza nowe problemy na linii kobiecość-męskość w przestrzeni publicznej (Day i in., 2003) i zmianę podejścia kobiet do przywiązania do miejsca oraz do percepcji miejsca kobiety w przestrzeni publicznej (Day, 2000).

Przywiązanie do miejsca w okresie późnej dorosłości odgrywa szczególną rolę, bowiem miejsce, a w szczególności przestrzeń domowa, nie jest w żadnym okresie życia tak ważna jak w dzieciństwie oraz w starszym wieku ze względu na czas, w jakim jednostka przebywa w przestrzeni domu (Baltes i in., 1999). Osoby w starszym wieku przestają być mobilne zarówno w znaczeniu tranzycji między rolami, jak i w znaczeniu przemieszczeń przestrzennych. Na starość wraca się do miejsc ulubionych, dobrze znanych i zakorzenionych. Nawet w dobie obecnej, gdy w bogatych krajach wśród emerytów popularnymi stały się podróże międzynarodowe, to i tak w większości koncentrują się one wokół tzw. „drugiego domu" (Gustaffson, 2011a i b). Tożsamość miejsca w późnej dorosłości stapia się z poczuciem tożsamości i kompetencji (Lawton, 2002), stając się podstawą dobrostanu jednostki (Rioux, 2005). Poczucie miejsca pełni ważną rolę w procesie opanowywania grozy pozwalając odwracać uwagę od śmierci (Koole i in., 2005). Identyfikacja z miejscem i poczucie podmiotowości wpływa nie tylko na zdrowie i poczucie jakości życia, ale także na skuteczność codziennego funkcjonowania osób z zaburzeniami pamięci (Lawton, 2001).

DLACZEGO WARTO INWESTOWAĆ W ZWIĄZKI CZŁOWIEKA Z MIEJSCEM?

Jest szereg powodów, dla których warto inwestować w związki człowieka z miejscem, zwłaszcza w dobie obecnej, kiedy od ludzi jak nigdy dotąd wymaga się elastyczności i adaptacji do ustawicznych zmian. Po pierwsze, pozytywne więzi z miejscem są warunkiem prawidłowego rozwoju w cyklu życia. Miejsce jest stosunkowo niedawno odkrytym

czynnikiem kształtowania osobowości i tożsamości jednostki (Spencer, 2005). Co prawda w psychologii społecznej i w psychologii rozwoju człowieka wskazywano na miejsce jako czynnik kształtujący Ja, jednak dopiero w psychologii środowiskowej wykazano w sposób systematyczny tę zależność. Przywiązanie do miejsca dostarcza jednostce poczucia stabilności pośród zmian. Ukształtowany w dzieciństwie wzorzec bezpiecznej więzi z miejscem jest przechowywany przez całe życie (Cooper i Marcus, 1992), bowiem to, co najlepiej jest pamiętane z dzieciństwa i odgrywa ważną rolę w okresie dorosłości to miejsca. Kategorie wspomnieniowe osób dorosłych w większości koncentrują się wokół miejsc, którymi może być dom rodzinny, sekretne miejsce z dzieciństwa, miejsce, w którym przeżyło się pierwszą miłość, założyło się pierwszy dom etc. W tym kontekście przywiązanie do miejsca pełni rolę integratora tożsamości na przestrzeni całego życia. Poza tym, bezpieczna więź z miejscem, jaka wytwarza się w okresie dzieciństwa w postaci otwartości na eksplorację nieznanych środowisk procentuje przez całe życie.

Drugim powodem, dla którego warto inwestować w związki człowieka z miejscem jest to, że pozytywne więzi są warunkiem rozwoju samodyscypliny, samosterowności, autoregulacji, podmiotowości i inicjatywy działania. Współczesne formy życia dzieci i młodzieży w centrach miast obfitują licznymi zagrożeniami, takimi jak brak osiągnięć szkolnych, zachodzenie w ciążę etc. Są to typowe efekty braku samokontroli oraz samodyscypliny. Funkcjonalne przywiązanie do miejsca, a więc zatopienie jednostki w rozwojowych fizycznych charakterystykach otoczenia, takich jak przyroda pozwala na wypracowanie samodyscypliny, czyli koncentracji, hamowanie impulsów oraz odkładanie gratyfikacji (Taylor i in., 2002). Z kolei tożsamość miejsca, czyli przywiązanie emocjonalne, odnosi się do symbolicznej ważności miejsc jako skarbnicy emocji oraz zależności, które nadają życiu cel i znaczenie. W tym znaczeniu przywiązanie do miejsca jest częścią tożsamości jednostki, która zwiększa jej samoocenę (Korpela, 1989), zwiększa uczucie przynależności do społeczeństwa i jest składnikiem komunikowania się w sprawach wartości i polityki środowiskowej (Cantrill, 1998) oraz stymuluje tworzenie projektów życiowych ukierunkowanych na proaktywność środowiskową (Lawton, 1999, 2001).

Trzecim powodem, dla którego warto inwestować w związki człowieka z miejscem jest to, że silne i pozytywne więzi z miejscem są warunkiem bezpieczeństwa indywidualnego, zbiorowego i publicznego. Chociaż swojskość miejsc rozwija się również w odniesieniu do miejsc nieprzyjemnych i nie preferowanych, to jednak więź z miejscem powstaje jedynie na bazie pozytywnych aspektów znajomości miejsc (Stedman, 2003). Swojskość miejsca tworzy się wskutek długości i częstości kontaktu z miejscem i obejmuje zarówno wiedzę przestrzenną, jak i emocjonalne składniki miejsca (Appleyard, 1969). Swojskość dostarcza jednostce ramy odniesienia dla poczucie bezpieczeństwa, stabilności i wyobrażenia siebie jako części środowiska (Bott i in., 2003), z jednej strony, a z drugiej – zabezpiecza jednostkę oraz grupy przed symbolami zagrożenia przestępczością (*incivilities*). Materialne symbole zagrożenia przestępczością, takie jak napisy na murach, wulgarne słownictwo, zaniedbane trawniki oraz inne oznaki wandalizmu są środowiskowymi wskazówkami komunikującymi to, że nikt w danej przestrzeni nie jest w stanie przeciwdziałać zagrożeniom i przestępczości (Brown i in., 2004). Symbole zagrożenia przestępczością pojawiają się zawsze wtedy, gdy występuje brak przywiązania do miejsca przejawiającego się w fizycznej jego personalizacji.

Czwartym powodem, dla którego warto inwestować w związki człowieka z miejscem jest to, że silne i pozytywne więzi z miejscem warunkują zrównoważony rozwój środowiska, czyli wysoką zgodność między jakość życia w środowisku a potrzebami środowiska. Identyfikacja z miejscem powoduje wzrost indywidualnej oraz kolektywnej jakości życia, a jednocześnie zaangażowanie w poprawę jakości środowiska oraz rozwój pozytywnych postaw i zachowań na różnych poziomach środowiska (*Environment and quality of life*, 2006): przestrzeni prywatnej (habitatu), środowisk proksymalnych obejmujących społeczność lokalną (sąsiedztwa), przestrzeni publicznych (miasta i inne jednostki osiedleńcze) obejmujących zarówno mieszkańców, jak i innych uczestników. Na każdym z tych poziomów potrzeby życiowe jednostek są inaczej konfrontowane z potrzebami społecznymi, tworząc system zagnieżdżonych aspiracji do jakości życia. Wysoka jakość życia z punktu widzenia zrównoważonego rozwoju środowiska jest mierzona poziomem zgodności między potrzebami ludzi a potrzebami środowiska. W społecznościach charakteryzujących się dużą mobilnością negocjowanie indywidualnych aspiracji z potrzebami innych użytkowników środowiska, oraz potrzebami samego środowiska staje się problematyczne, czego przykładem jest reakcja na

zagrożenie jakości życia w postaci tzw. syndromu NIMBA (Not In My Backyard) (Pol i in., 2006). Najogólniej jest to odrzucenie społeczne systemów udogodnień i infrastrukturalnych w miejscu, w którym ze społecznego punktu widzenia są one niezbędne.

Kolejnym powodem, dla którego warto inwestować w związki człowieka z miejscem jest to, że silne i pozytywne więzi z miejscem stwarzają warunki dla integracji tożsamości indywidualnej i społecznej. Przynależność do miejsca i związane z tym lokalne i społeczne zaangażowanie z osobami bliskimi, krewnymi i sąsiadami są istotnym źródłem tożsamości miejsca. Istnieją dwa podejścia do tożsamości miejsca. Jedno zaproponowane przez Proshansky'ego (Proshansky i in., 1983) charakteryzuje tożsamość miejsca jako substrukturę tożsamości, a drugie wywodzące się od Belk'a (1988, 1992) tłumaczy ją jako ekstensję Ja poprzez wiedzę o miejscu, którego obiekty działają jako czynniki przypominające (*remainders*) i potwierdzające (*confirmers*) tożsamość jednostki. Tak czy inaczej, tożsamość miejsca jest stopniem, w jakim jednostka jest w stanie wiązać się z miejscem na kontinuum tożsamości, którego jednym krańcem jest niemożność znaczącej egzystencji w miejscu, a drugim – pełne zjednanie z miejscem i niemożność życia poza tym miejscem. Zakorzenienie jednostki w miejscu jest najlepszym regulatorem samooceny oraz czynnikiem podtrzymującym poczucie własnej wartości w tranzycjach rozwojowych. W skrajnym znaczeniu zakorzenienie w miejscu występuje tylko wtedy, gdy człowiek w nim się urodzi, wychowuje i przeżywa go na własnej skórze do samej śmierci (Stegner, 1992). Takie doświadczenie zakorzenienia w miejscu jest jednak udziałem nielicznych tylko ludzi, dlatego zakorzenienie w bardziej oględnej definicji obejmuje sytuacje, w których ludzie stając się zasiedziali, uwłaszczeni, obdarzeni posiadłościami i nawykami przestają myśleć o życiu gdzie indziej (Hay, 1998). Ten rodzaj zakorzenienia określa mianem zakorzenienia w codzienności odnosi się do wszystkich rodzajów miejsc, a więc zarówno domu czy sąsiedztwa, jak i miejsca pracy, rekreacji czy spędzania czasu wolnego.

Ostatnim powodem, dla którego warto inwestować w związki człowieka z miejscem jest to, że silne i pozytywne więzi z miejscem pozwalają przezwyciężać alienację w procesach deterytorializacji i multikulturalizacji życia w kontekście migracji, przemieszczeń przestrzennych i ekspatriacji. Głównymi kandydatami do przemieszczeń przestrzennych i migracji są przede wszystkim ludzie, którzy mają słabe związki z miejscem (Frieze i in., 2006). Jednak część ludzi z różnych powodów, takich jak zawodowych zmuszonych jest do ekspatraiacji czy innych form przemieszczeń przestrzennych wymagających cyklicznej migracji i zamieszkiwania w wielu miejscach (Elder i King, 1996). Problem ten w globalizującym się świecie nie ma charakteru marginalnego, ale przeciwnie – nabiera charakteru powszechnego. W jednym i w drugim przypadku ludzie są nieświadomi konsekwencji psychicznych związanych z brakiem więzi z miejscem (Van Ycke, 2005), takich jak szok kulturowy, tęsknota za domem czy kulturowa bezdomność (VanTilburg i in., 1997; Vivero i Jenkins, 1999). Ludzie w tranzycjach między miejscami nie mogą przenosić ze sobą domu ani ważnych dla ich tożsamości miejsc. Dlatego też w adaptacji do nowych miejsc muszą sobie radzić w sposób dający namiastkę kontynuacji więzi z ulubionym miejscami w innej przestrzeni, wykorzystując np. ważne obiekty, takie jak zdjęcia i inne symboliczne przedmioty materialne (Bih, 1992)

Sumując, inwestowanie w przywiązanie do miejsca daje następujące korzyści: dostarcza poczucia bezpieczeństwa i stymulacji w przeżywaniu codzienności; łączy z ludźmi, religią i kulturą poprzez abstrakcyjne symbole, wartości i przekonania; stwarza milieu stapiające przeszłe i teraźniejsze doświadczenia życiowe jednostek i grup ludzkich; podtrzymuje tożsamość jednostek, grup oraz kultur poprzez regulowanie samooceny; dostarcza medium do nauki ról życiowych i zachowań rozwojowych; umożliwia samookreślenie jednostki poprzez procesy integrujące ciało, umysł, posiadane rzeczy oraz relacje z innymi; podtrzymuje poczucie własnej wartości w sytuacjach tranzycji rozwojowych (np. starzenia się) i zmian życiowych.

LITERATURA

Ahrentzen, S.B. (1992). Home as a workplace in the lives of women. W: I. Altman, S. Low (red.), *Place attachment*. New York: Plenum Press.

Al-Kodmany, K. (2001). Exploring internet applications for community participation. W: M. Edge (red.), *Old world – new ideas. Environmental and cultural change and tradition in a shrinking world* (s. 84–90). Proceedings of the 32nd Annual Conference of the Environmental Design Research Association, Edinburgh: EDRA.

Altman, L, Rogoff, B. (1987). World views in psychology: Trait, international, organism and transactional perspectives. W: D. Stokols, I. Altman (red.), *Handbook of environmental psychology* (t. 1, s. 1–40). New York: John Wiley.

Antonelli, E., Rubini, V., Fassone, C. (2000). The self-concept in institutionalized and non-institutionalized elder-

ly people. *Journal of Environmental Psychology, 20, 2*, 151–164.
Appleyard, D. (1969). Why buildings are known. *Environment and Behaviour, 1*, 131–156.
Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*, 469–480.
Arnstein, S.R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners, 35*, 216–224.
Arystoteles (1990). *Fizyka. Dzieła wszystkie* (tom 37). Warszawa: PWN.
Bachelard, G. (1964). *The poetics of space*. New York: Orion.
Baltes, M.M., Maas, I., Wilms, H.U., Borchelt, M., Little, T. (1999). Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings. W: P.B. Baltes, K.U. Mayer (red.), *The Berlin aging study. Aging from 70 to 100* (s. 384–402). Cambridge: Cambridge University Press.
Bańka, A. (2002). *Społeczna psychologia środowiskowa*. Warszawa: Scholar.
Bańka, A. (2007). Ewolucja teorii przywiązania w ujęciach rozwojowych i fenomenologicznych: dwie tradycje , ich badacze i przenikania. W: J. Brzeziński (red.), *Psychologia między teorią, metodą i praktyką* (s. 141–174). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
Barker, R. (1968). *Ecological psychology: Concepts and methods for studying the environment of human behavior*. Stanford, CA: Stanford University Press.
Beck, R. (2003). Missing home: Sociotropy and autonomy and their relationship to psychological distress and homesickness in college freshmen. W: Beck, R., Taylor, C., Robbins, M. (red.). *Anxiety, Stress & Coping, 16, 2*, 155.
Bell, P.A., Greene, T.C., Fisher, J.D., Baum, A. (2004). *Psychologia środowiskowa*. Gdańsk: GWP.
Belk, R. (1988) Possessions and the extended self. *Journal of Consumer Research, 15*, 139–168.
Belk, R. (1992). Attachment to possesions. W: I. Altman, S. Low (red.), *Place attachment*. New York: Plenum Press.
Bih, H-D. (1992). The meaning of objects in environmental transitions: Experiences of Chinese students in the United States. *Journal of Environmental Psychology, 12, 2*, 135–147.
Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
Breakwell, G. M. (1986). *Coping with threatened identities*. London: Methuen.
Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
Brown, B.B., Perkins, D.D. (1992). Disruptions in place attachment. *Human Behavior & Environment: Advances in Theory & Research, 12*, 279–304.
Brown, B. B., Perkins, D.D.; Brown, G. (2004). Incivilities, place attachment and crime: Block and individual effects. *Journal of Environmental Psychology, 24, 3*, 359–371.
Brzezińska, A. (2001). *Społeczna psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Scholar.
Buss, D.M. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist, 55, 1*, 15–23.
Canter, D. (1970). *Architectural psychology*. Royal Institute of British Architects, London.
Cantor, N., Norem, J. (1991). Life tasks and daily life experience. *Journal of Personality, 59, 3*, 425–451.
Cantor, N., Kemmelmeier, M., Basten, J., Prentice, D.A. (2002). Life task pursuit in social groups: Balancing self-exploration and social integration. *Self and Identity, 1*, 177–184.
Cantrill, J.C. (1998). The environment, self and a sense of place: Communicative foundations for regional ecosystem management. *Journal Applied. Communication Research, 26*, 301–318.
Chawla, L. (1992). Childhood place attachments. *Human Behavior & Environment: Advances in Theory & Research, 12*, 63–86.
Chawla, L., Heft, H. (2002). Children's competence and the ecology of communities: A functional approach to the evaluation of participation. *Journal of Environmental Psychology, 22, 1–2*, 201–216.
Clark, C., Uzzell, D. (2002). The affordances of the home, neighborhood, school, and town centre for adolescents. *Journal of Environmental Psychology, 22*, 95–108.
Churchman, A., Ginosar, O. (1999). .A theoretical basis for the post-occupancy evaluation of neighborhoods. *Journal of Environmental Psychology, 19, 3*, 267–276.
Corcoran, M.P. (2002). Place attachment and community sentiment in marginalised neighbouhoods: A European case study. *Canadian Journal of Urban Research, 11, 1*, 46–67.
Cornell, E.H., Hadley, D.C., Sterling, T.M. (2001). Adventure as a stimulus for cognitive development. *Journal of Environmental Psychology, 21, 3*, 219–231.
Craik, K.H. (1976). The personality research paradigm in environmental psychology. W: S. Wapner, S. Cohen, B. Kaplan (red.), *Experiencing the environment* (s. 55–80). New York: Plenum Press.
Cress, D. M., McPherson, J. M., Rotolo, T. (1997). Competition and commitment in voluntary memberships: The paradox of persistence and participation. *Journal of Architectural and Planning Research, 40*, 61–79.
Day, K. (2000). The ethic of care and women's experiences of public space. *Journal of Environmental Psychology, 20, 2*, 103–124.
Day, K., Stump, C., Carreon, D. (2003). Confrontation and loss of control: Masculinity and men's fear in public space. *Journal of Environmental Psychology, 23, 3*, 311–323.
Devine-Wright P., Lyons, E. (1997). Remembering pasts and representing places: the construction of national identities in Ireland. *Journal of Environmental Psychology, 17, 1*, 33–45.
Easthope, H.E. (2004). A place called home. *Husing, Theory and Society, 21, 3*, 128–138.
Eacott, C., Sonn, C.C. (2006). Beyond education and employment: Exploring youth experiences of their communities, place attachment and reasons for migration. *Rural Society, 16, 2*, 199–214.
Elder, G.H., King, V. (1996). Attachment to place and migration prospects: A developmental perspective. *Journal of Research on Adolescence, 6, 4*, 397–425.
Eliade, M. (1970). *Sakrum, mit, historia*. Warszawa.
Endsley, M. R. (1997). The role of situation awareness in naturalistic decision making. W: Zsambok, Klein (red.), *Naturalistic decision making. Expertise: research and applications* (s. 269–283). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Erikson, E. (1964). Identity and uprootedness in our time. W: *Insight and responsibility*. New York: W.W. Norton.
Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
Faist, T. (2000). Transnationalization in international migration: implications for the study of citizenship and culture. *Ethnic and Racial Studies, 23, 2*, 189–222.
Fried, M. (2000). Continuities and discontinuities of place. *Journal of Environmental Psychology, 20, 3*, 193–205.
Frieze, I.H., Hansen, S.B., Boneva, B. (2006). The migrant personality and college students' plans for geographic mobility. *Journal of Environmental Psychology, 26, 2, 2*, 170–177.
Gibson, J. J. (1966). *The senses considered as perceptual systems*. Boston: Houghton-Mi\in.
Gibson, J.J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton-Mifflin.
Giuliani, M.V. (1991). Towards an analysis of mental representations of attachment to the home. *Journal of Architectural and Planning Research, 8*, 133–146.
Giuliani, M. V. (2003) Theory of attachment and place attachment. W: M. Bonnes, T. Lee, M. Bonainto (red.), *Psychological theories for environmental Issue* (s. 137–170). Aldershot: Ashgate.
Giuliani, M.V., Feldman, R. (1993) Place attachment in a developmental and cultural context. *Journal of Environmental Psychology, 13*, 267–274.
Gustafson, P. (2000). Meanings of place: Everyday experience and theoretical conceptualizations. *Journal of Environmental Psychology, 21*, 5–16.
Gustafson, O. (2001a). Retirement migration and transnational lifestyles. *Ageing & Society; 21, 4*, 371–396.
Gustafson, P. (2001b). Roots and routes: Exploring the relationship between place attachment and mobility. *Environment & Behavior, 33, 5*, 667.
Hammitt, W. E.; Backlund, E.A.; Bixler, R.D. (2006). Place bonding for recreation places: Conceptual and empirical development. *Leisure Studies, 25, 1*, 17–41.
Harris, P.B., Brown, B.B., Werner, C.M. (1996). Privacy regulation and place attachment: Predicting attachments to a student family housing facility. *Journal of Environmental Psychology, 16, 4*, 287–301.
Hart, R.A. (1997). *Children's participation: The theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care*. London: Earthscan.
Hay, R. (1998) Sense of place in a developmental context. *Journal of Environmental Psychology, 18, 1*, 5–29.
Hermans, H.J.M., Kempen, H.J.G. (1998). Moving cultures: The perilous problems of cultural dichotomies in a globalizing society. *American Psychologist, 53*, 1111–1120.
Hidalgo, M.C., Hernandez, B. (2001) Place attachment: conceptual and theoretical questions. *Journal of Environmental Psychology, 21*, 273–281.
Hill, J. (1996). At home in the world. *Journal of Analytical Psychology, 41*, 575–598.
Horelli, L., Kaaja, M. (2002). Opportunities and constraints of internet-assisted urban planning with young people. *Journal of Environmental Psychology, 22*, 191–200.
Hormuth, S.E. (1990). *The ecology of the self: relocation and self-concept change*. Cambridge: Cambridge University Press.
Hummon, D.M. (1992) Community attachment: local sentiment and sense of place. W: I. Altman, S.M. Low (red.), *Place attachment* (s. 253–278). New York: Plenum Press.
Jivėn, G., Larkham, P. (2003). Sense of place, authenticity and character: A Commentary. *Journal of Urban Design, 8, 1*, 67–81.
Kleine, S.S., Baker, S.M. (2004). *An integrative review of material possession attachment*. Academy of Marketing Science Review: http://www.amsreview.org/aticles/kleine01-2004.pdf
Knez, I., (2005). Attachment and identity as related to a place and its perceived climate. *Journal of Environmental Psychology, 25*, 207–218.
Koole, S.L., Sander L, Van den Berg, A.E. (2005). Lost in the wilderness: Terror Management, action orientation, and nature evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 88, 6*, 1014–1028.
Korpela, K.M. (1989). Place identity as a product of environmental self regulation. *Journal of Environmental Psychology, 9*, 241–256.
Korpela, K.M., Hartig T., Kaiser, F.G., Fuhrer, U. (2001) Restorative experience and self-regulation in favorite places. *Environment and Behaviour, 33*, 572–589.
Korpela, K., Kyttä, M., Hartig, T. (2002). Restorative experience, self-regulation, and children's place preferences. *Journal of Environmental Psychology, 22, 4*, 387–398.
Kyle, G.T., Mowen, A.J., Tarrant, M. (2004). Linking place preferences with place meaning: An examination of the relationship between place motivation and place attachment. *Journal of Environmental Psychology, 24, 4*, 439–454
Kyle, G., Graefe, A.R., Manning R.E., Bacon, J. (2004). An examination of the involvement: Place attachment relation among hikers along the Appalachian Trail. *Journal of Leisure Research, 35*, 249–273.
Lawton, M.P (1990). Residential environment and self-directedness among older people. *American Psychologist, 45, 5*, 638–640.
Lawton, M. P. (1999). Environmental taxonomy: Generalizations from research with older adults. W: S.L. Friedman, T.D. Wachs (red.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (s. 91–124). Washington, DC: American Psychological Association.
Lawton, M.P (2001). The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health, 5,* 56–64.
Lawton, M.P., Moss, M.S., Winter, L. (2002). Motivation in later life: Personal projects and well-being. *Psychology and Aging, 17, 4*, 539–547.
Low, S.M. (1992). Symbolic ties that bind: Place attachment in the plaza. *Human Behavior & Environment: Advances in Theory & Research, 12*, 165–185.
Lawrence, D. (1992). Transcendence of place: The role of La Placetta in Valencia's Las Fallas. W: I. Altman, S. Low (red.), *Place attachment*. New York : Plenum Press.
Lewicka, M. (2005). Ways to make people active: The role of place attachment, cultural capital, and neighborhood ties. *Journal of Environmental Psychology, 25, 4*, 381–395.
Low, S.M., Altman, I. (1992). Place attachment. A conceptual inquiry. Place attachment. W: I. Altman, S. M. Low (red.), *Place attachment*. New York: Plenum Press.

Low, S. (2000). *On the plaza: the politics of public space and culture*. Austin. TX: University of Texas Press.
Manzo, L. (2003). Beyond house and haven: toward a revisioning of emotional relationships with places. *Journal of Environmental Psychology, 23, 1*, 47–62.
Marcus Cooper.C. (1992). Environmental memories. *Human Behavior & Environment: Advances in Theory & Research, 12*, 87–112.
Markus, H., Nurius. P. (1986). Possible selves. *American Psychologist, 41, 9*, 954–969.
Matthies, D., Krömker, D. (2002). Participatory planning; a heuristic for adjusting interventions to the context. *Journal of Environmental Psychology, 20*, 65-4.
Mazumdar, S. (2005). Religious place attachment, squatting, and 'qualitative' research: A commentary. *Journal of Environmental Psychology, 25, 1*, 87–95.
McAndrew, F.T. (1998). The measurement of 'rootedness' and the prediction of attachment to home-towns in college students.*Journal of Environmental Psychology, 18*, 409–417.
Mesch, G.S., Manor, O. (1998) Social ties, environmental perception, and local attachment. *Environment and Behaviour, 30*, 504–519.
Milligan, M. J. (1998) Interactional past and potential: the social construction of place attachment. *Symbolic Interaction, 21*, 1–33.
Moleski, W. (1971) Behavioral analysis and environmental programming for offices. W: Lang, Burnette, Moleski, Vachon (red.), *Designing for human behavior: Architecture and behavioral sciences*. Stroudsburg PA: Dowden Hutchinson.
Moore, R.L., Graefe, A.R. (1994). Attachment to recreation settings: The case of rail-trail users. *Leisure Sci. 16*, 17–31.
Nanzer, B. (2004). Measuring sense of place: A scale for Michigana. *Administrative Theory & Praxis, 26, 3*, 362–382.
Ng, S.H., Kama, P.K., Pongb, R.W.M (2005). People living in ageing buildings: Their quality of life and sense of belonging. *Journal of Environmental Psychology, 25*, 347–360.
Norberg-Schulz, C. (1985). *The concept of dwelling: On the way to figurative architecture*. New York: Electa/Rizzoli.
Pedersen, D.M (1999). Dimensions of environmental competence, *Journal of Environmental Psychology, 19*, 303–308.
Pol, E.; Dimasso, A.; Castrechini, A. (2006). Psychological parameters to understand and manage the NIMBY effect. *European Review of Applied Psychology, 56, 1*, 43–51.
Pollini, G. (2005). Socio-territorial belonging in a changing society. *International Review of Sociology, 15, 3*, 493–496.
Pollini, G. (2005). Elements of a theory of place attachment and socio-territorial belonging International Review of Sociology.*Revue Internationale de Sociologie 15, 3*, 497–515.
Pretty, G.H., Chipuer, H.M., Bramston, P. (2003). Sense of place amongst adolescents and adults in two rural Australian towns: The discriminating features of place attachment, sense of community and place dependence in relation to place identity. *Journal of Environmental Psychology, 23, 3*, 273–287.
Prezza, M., Alparone, F.R., Cristallo, C. (2005). Parental perception of social risk and of positive potentiality of outdoor autonomy for children: The development of two instruments. *Journal of Environmental Psychology, 25, 4*, 437–453.
Proshansky, H.M., Fabian, A.K., Kaminoff, R. (1983). Place identity: Physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology, 3*, 57–83.
Reid, A., Deaux, K. (1996). Relationship between social and personal identities: Segregation or integration? *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 1084–1091.
Relph, E. (1976) *Place and placelessness* (s. 29–38, 47–56). London: Pion Limited.
Riley, R.B. (1992). Attachment to the ordinary landscape. W: I. Altman, S. Low (red.), *Place attachment* (s. 13–35). New York: Plenum Press.
Rioux, L. (2005). The well-being of aging people living in their own homes. *Journal of Environmental Psychology, 25, 2*, 231–243.
Rissotto, A., Tonucci, F. (2002). Freedom of movement and environmental knowledge in elementary school children. *Journal of Environmental Psychology, 22*, 1–2,
Rowe, S. (1990). *Home place: Essays on ecology*. Edmonton, Alberta: New West Publishers.
Rowles, G.D. (1980). Growing old "inside": Aging and attachment to place in an Appalachian community. W: N. Datan, A. Lahmann (red.), *Transition of aging* . New York: Academic Press.
Sagi, A., Donell, F., van Izjendoorn, M.H., Mayseless, O., Aviezer, O. (1994). Sleeping out of home in a kibbutz communal arragement: it makes diffrence for infant-mother attachment. *Child Development, 65*, 992–1014.
Sanoff, H. (1999). *Integrowanie programowania, ewaluacji i partycypacji w projektowania architektonicznym*. Poznań: SPiA.
Sanoff, H. (2000). *Community participation methods in design and planning*. New York: Wiley.
Seamon, D. (1982). The phenomenological contribution to environmental psychology. *Journal of Environmental Psychology, 2*, 119–140.
Seamon, D. (1987). Phenomenology and environment-behavior research. W: E.H. Zube, G.T. Moore (red.), *Advances in environment, behavior and design* (t. I.). New York: Plenum Press.
Shileds, R. (2003). Intersections in cultural policy: geographic, socioeconomic and other markers of identity. *Canadian Ethnic Studies, 35, 3*, 150–164.
Simpson, J.A. (1990). The influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 971–980.
Spencer, C. (2005). Place attachment, place identity and the development of the child's self-identity: searching the literature to develop an hypothesis. *International Research in Geographical and Environmental Education, 14, 4*, 305–309.
Sroufe, L.A., Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development, 48*, 1184–1199.
Stedman, R.C. (2003). Is it really just a social construction? The contribution of the physical environment to sense of place. *Society and Natural Resources, 16*, 671–685.
Steel, G.D. (2000) Polar bonds: environmental relationships in the polar regions. *Environment and Behaviou, 32*, 796–816.
Stegner, W. (1992). *The sense of place*. New York: Random House.

Stokols, D., Altman, I. (red.). (1987). *Handbook of environmental psychology* (tom 1–2). New York: John Wiley.

Stokols, D., Shumaker, S.A. (1981). People and places: a transactional view of settings. W: J. Harvey (red.), *Cognition, social behaviour and the environment* (s. 41–488). Hllsdale, NJ: Erlbaum.

Sutton, S.E., Kemp, S.P. (2002). Children as partners in neighborhood placemaking: Lessons from intergenerational design charrettes. *Journal of Environmental Psychology, 22, 1–2*, 171–189.

Tartaglia, S. (2006). A preliminary study for a new model of sense of community. *Journal of Community Psychology, 34, 1*, 25–36.

Taylor, S., Perkins, A. (2001). Place identification and positive realities of aging. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 16, 1*, 5–21.

Taylor, A.F., Kuo, F.E., Sullivan, W.C. (2002). Views of nature and self-discipline: Evidence from inner city children. *Journal of Environmental Psychology, 22, 1–2*, 49–63.

Tharenou, P. (2003). The initial development of receptivity to working abroad: Self-initiated international work opportunities in young graduate employees. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 76*, 489–515.

The virtual walk-through of Pihlajisto, Helsinki: http:// www.hut.C/- helira/Kotiluonto/sivut/kierros.htm

Thiel, P. (1997). *People, paths, and purposes: notations for a participatory envirotecture*. Seattle, WA: University of Washington Press.

Thurber (2007). Preventing and treating homesickness. W: Ch.A. Thurber, E. Walton (red.), *Pediatrics, 119, 1*, 192–201.

Tuan, Y.F. (1974). *Topophilia: A study of environmental perception, attitudes, and values*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Tuan, Y.F. (1977, 1987). *Space and place: The perspective of experience*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Tuan, Y. F. (1980). Rottenness versus sense of place. *Landscape, 24*, 3–8.

Twigger-Ross, C.L., Uzzell, D.L. (1996) Place and identity processes, *Journal of Environmental Psychology, 16, 3*, 205–220.

Ulrich, S.R. (1993). Biophilia, biophobia and natural landscapes. W: S.R. Kellert, E.O. Wilson (red.), *The biophilia hypothesis* (s. 73–137). Washington, DC: Island Press.

UNESCO – MAB, (1988). Expert panel on MAB Project 13: *Perception of environmental quality*. Paris: UNESCO.

United Nations. (1992). Agenda 21, Rio Declaration, Forest Principles. New York: United Nations.

UNCHS (United Nations Centre for Human Settlements). (1997). The Istanbul Declaration and the Habitat Agenda. Nairobi: United Nations.

Uzzell, D., Moser, G.; (2006). Environment and quality of life. *European Review of Applied Psychology. 56, 1*, 1–4.

Van Ecke, J. (2005). Immigration from an attachment perspective. *Social Behavior and Personality, 33, 5*, 467–476.

Van Tilburg, M., Vingerhoets, A.L., Van Heck, G.L. (1997). Coping with homesickness: The construction of the adult homesickness coping questionnaire. *Personality and Individual Differences, 22, 6*, 901–907.

Vaske, J.J., Kobrin, K.C. (2001). Place attachment and environmentally responsible behavior. *Journal of Environmental Education, 32, 4*, 16–22.

Vignoles, V.L., Chryssochoou, X., Breakwell, G.M. (2000). The distinctiveness principles: identity, meaning, and the bounds of cultural relativity. *Personality and Social Psychology Review, 4, 4*, 337–354.

Vivero, V.N., Jenkins, S.R. (1999). Existential hazards of the multicultural individual: Defining and uderstanding „cultural homelessness". *Cultural Diversity and Ethinic Minority Psychology, 5, 1*, 6–26.

Wallenius, M (1999). Personal projects in everyday places: perceive supportiveness of the environment and psychological well-being. *Journal of Environmental Psychology, 19, 2*, 131–143.

Weiss, R.S. (1982) Attachment in adult life. W: C.M. Parks, J. Stevenson-Hinde (red.), *The place of attachment in human behavior* (s. 171–183). New York: Basic Books.

Wells, N.M. (2005). Our housing, our selves: A longitudinal investigation of low-income women's participatory housing experiences. *Journal of Environmental Psychology, 25, 2*, 189–206.

Williams, D.R. (2002). Leisure identities, globalization, and politics of place. *Leisure Science, 14*, 29–46.

Williams, D.R., Patterson, M.E. (1999). Environmental psychology: Mapping landscape meanings for ecosystem management (s. 141–160). W: H.K. Cordell, J.C. Bergstrom (red.), *Integrating social sciences and ecosystem management: Human dimensions in assessment, policy and management*. Champaign, IL: Sagamore Press.

Williams, D.R., Patterson, M.E., Roggenbuck, J.W.., Watson, A. (1992). Beyond commodity methaphor: Examining emotional and symbolic attachment to place. *Leisure Science, 14*, 29–46.

Williams, D.R., Vaske, J.J. (2003). The measurement of place attachment: Validity and generalizability of a psychometric approach. *Forest Science, 49, 6*, 830–840.

Wilson, E.O. (2003). *Przyszłość życia*. Poznań: Zyska i S-ka.

Witkowski, L. (2000). *Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji W.H.Eriksona*. Toruń: Wydawnictwo UMK.

doi: 10.14691/spia.sps.2.170

Zerwana ciągłość symboliki miejsca jako źródło kryzysów tożsamości

Augustyn Bańka
SWPS Wydział Zamiejscowy w Katowicach

NIECIĄGŁOŚĆ JAKO WSPÓŁCZESNY KONTEKST ROZWOJU

Żyjemy w czasach, które cywilizacyjnie różnią się od poprzednich pod wieloma względami. Po pierwsze, ze względu na zmianę kontekstów rozwoju, które są pozbawione znaczących wizji i to takich, które charakteryzują się czymś, co francuscy historycy określają mianem „inercji" (Le Goff, 2005). Inercje to okresy historyczne, w których idee, symbole i inne istotne elementy określonej formacji historycznej trwają niezależnie od zachodzących zmian. Innymi słowy, dzięki inercjom zmienia się świat a historia trwa. W czasach współczesnych, które określane są nawet mianem „końca historii", panuje przeświadczenie, że wszystko trwa nie dłużej niż pięć minut, a każdy człowiek ma tylko jedną szansę na swoje kilka sekund (Bańka, J., 2014).

W sytuacji przyspieszonego rytmu zmian występuje druga istotna różnica między światem dzisiejszym a wczorajszym. Polega ona poszukiwaniu nowych odpowiedzi na stare pytania, wydawać by się mogło raz na zawsze rozstrzygnięte właśnie wczoraj, takie jak: W jakim kierunku powinien zmierzać prawidłowy rozwój? Jakie są dobre decyzje i wybory? Czy istnieją jakieś stabilne kryteria, które mogłyby określić to, czego powinna się trzymać jednostka ludzka, by mogła stać się osobą, jaką chciałaby, mogłaby lub powinna być? Czego potrzebują ludzie do zdefiniowania swojej ścieżki życia w kategoriach tożsamości indywidualnej i społecznej? Pytania te im bardziej są dramatyczne dla jednostek i społeczeństw, tym są mniej rozstrzygalne w kategoriach ponadczasowych, uniwersalnych i zdolnych do trwania w inercji. Gdy już pojawi się na jedno z nich jakaś wydawać by się mogła rozsądna odpowiedź zdolna wskrzeszać radości życia, to jednak nie trwa ona długo, bowiem związany z nią esprit i żar bardzo szybko wyczerpuje się i zanika zupełnie.

Ponieważ zmienność życia w dzisiejszym świecie dóbr i konsumpcji nie zawsze prowadzi, przynajmniej w zachodniej cywilizacji, do ekstremalnych zagrożeń fizycznej egzystencji człowieka, trzecią cechą różniącą dzień dzisiejszy od wczorajszego dotyczy spłycenia wizji godziwego życia i warunków koniecznych dla osiągnięcia szczęścia (Górnik-Derose i Zawadzka, 2010). Oprócz konsumpcji dóbr dzisiejszy świat niewiele ma do zaproponowania, a w szczególności w sferze wartości ponadczasowych, uniwersalnych i metafizycznych. Odwrót od wielkich idei i metafizyki w kierunku konsumpcji życia i komercjalizacji kultury ma jednak swoją cenę, którą określa się mianem pustki duchowej. Dlatego też cechą charakterystyczną współczesność jest gorączkowe poszukiwanie wizji zdolnych wskrzesić esprit życia jednostkowego i zbiorowego wykraczającego poza konsumpcjonizm. W najbogatszych krajach doszło nawet do tego, że ludzie w zmaganiach z najbardziej uniwersalnym lękiem, jakim jest lęk przed śmiercią uciekają się do konsumpcji, jaka została utrwalona m.in. w filmie „Wielkie żarcie". Towarzyszy temu złudne przeświadczenie, że konsumując można przechytrzyć przemijanie, a nawet śmierć.

Nowe konteksty współczesnych modeli życia charakteryzują dwie główne cechy. Po pierwsze, globalizacja, transkulturalizacja, wielokontekstowości uniwersalizacja doświadczenia w skali ogólnoświatowej. Terytorializm, lokalizm to terminy, które zmieniły znaczenie w świecie bez granic, tych samych idei, towarów oraz nie mających ojczyzny informacji. Jeszcze nie tak dawno dla przeciętnego człowieka podróże międzykontynentalne były czymś nadzwyczajnym. Dzisiaj podróże lotnicze są dla każdego, a atrakcyjność miejsc nie ma większego związku z ich oddaleniem. W świecie globalnym normą staje multirezydencjalność życia, przejawiająca się tym, że coraz więcej ludzi ma więcej niż je-

den dom, więcej niż jedno miejsce nazywane ojczyzną, więcej niż jedno miejsce nazywane miejscem zamieszkania etc. Globalizacja życia wiąże się z przestrzenną, geograficzną, mentalną, psychiczną, etniczną i kulturową łatwością samoodłączania się. Kim się jest, o tym w sferze indywidualnej decyduje sama jednostka, a w sferze społecznej gremia wyznaczające obowiązujące ideoologie (Castels, 2010).

Drugą najważniejszą cechą współczesnych modeli życia jest wszechobecna nieciągłość czyli dyskontynuacja egzystencji. Oprócz tego, że technologiczna organizacja życia uległa gwałtownemu przyspieszeniu, to okresy inercji modeli życia są coraz krótsze do tego stopnia, że lepiej jest nie przyzwyczajać się za bardzo i to nawet w kwestiach tak istotnych, jak praca, dom czy wykonywany zawód. Dlatego też najbardziej rozpoznawalnymi symptomami psychologicznymi współczesności jest częsta zmiana tożsamości (Bańka, 2009). Jeszcze nie tak dawno przeciętnemu człowiekowi wystarczała jedna tożsamość na całe życie. Dzisiaj przeciętna osoba musi wybierać i to świadomie między wieloma tożsamościami możliwymi i żaden wybór nie gwarantuje sukcesu w całym cyklu życia. Prawda ta dotyczy zarówno sfery psychicznej jednostek, jak sfery społecznej obejmującej takie kategorie jak stołeczność, referencyjność kręgu cywilizacyjnego czy etnosu odniesienia (Easthope, 2004).

Przejawy nieciągłości współczesnych modeli życia jest wiele. Po pierwsze, jest to dyskontynuacja indywidualnej i zbiorowej tożsamości powodująca, że życie staje się łańcuchem powiązanych ze sobą chwil. Częste zmiany pracy, miejsca życia, identyfikacji kulturowej prowadzi do następnej nieciągłości, jaką jest zawieszanie się znaczeń, wstrzymywanie zdarzeń, pojawianie się zapór rozwoju przez kontynuację w sferze osobistej, ideologicznej, religijnej i przestrzennej. W dotychczasowej sieci znaczeń pojawiają się nowe znaczenia, co może być nawet powodem wieszczenia „końca" pracy, religii, ideologii czy historii (Fukuyama, 1992). Wtedy właśnie najsilniej daje o sobie znać konieczność ponawiania prób zapełnienia przerw w ciągłości egzystencji za pomocą znaczących symboli. By uczynić życie spójnym, zrozumiałym a nawet skutecznym uaktywnia się potrzebę, a nawet konieczność, kontynuacji tożsamości indywidualnej i zbiorowej w ramach szerszej wizji na linii przeszłość – teraźniejszość – przyszłość.

Zasadniczo istnieją dwa sposoby identyfikacji i kontynuacji tożsamości indywidualnej i zbiorowej poprzez przestrzeń i miejsce (Breakwell, 1986). Jedna to identyfikacja i kontynuacja referencyjna, która opiera tożsamość jednostek i społeczeństwa głównie na wiedzy o przeszłości miejsca ich codziennego bytowania. Tożsamość jednostek i grup społecznych jest budowana poprzez samoocenę w relacji do miejsca. Rozwój tożsamości to ewolucja w granicach miejsca. Identyfikacja tożsamości w procesie doświadczania miejsca integruje osobowość w relacji do indywidualnie i zbiorowo przeżytych doświadczeń. U tego typu osób dominuje orientacja przeszłościowa i kolektywna).

Druga możliwa strategia kontynuacji tożsamości indywidualnej i zbiorowej to kontynuacja kongruencyjna (Breakwell, 1986). Polega ona na identyfikacji i kontynuacji tożsamości poprzez zgodność z celami życia i schematami własnej osoby lub grypy społecznej, etnicznej czy narodowej. Ten typ strategii budowania i kontynuowania tożsamości opiera się głównie na ucieczce od rzeczywistości zakotwiczonej w konkretnym miejscu, jego specyficznych atrybutach i pamięci zdarzeń. Tożsamość jednostki i społeczeństwa budowana jest na wiedzy o przyszłości i oczekiwaniach dotyczących obrazu siebie w wymiarze uniwersalnym. Identyfikacja tożsamości następuje w procesie przewidywania zgodności zmian we własnej tożsamości z oczekiwaniami wobec środowiska. Jednostka i grupa społeczna nastawiona na realizację tożsamości oczekiwanych dokonuje oceny obrazu siebie nie w relacji do jednego miejsca (realnego) i stałą z nim identyfikację, lecz transgresję miejsca tj. przekraczanie granic (ucieczka ku przyszłości). Postrzeganie potencjalnych możliwości (afordancji) dla zadośćuczynienia aspiracjom rozwojowym w sferze wymarzonego i oczekiwanego obrazu siebie zawiera się w miejscach i wizjach miejsc będących układami odniesienia tożsamości możliwych. Jest to orientacja przyszłościowa, wybierająca samoodłączenie od korzeni miejsca jako racjonalną strategię i formą rozwoju.

Każdy sposób identyfikacji tożsamości nie jest dobry lub zły sam z siebie, jak też obydwa sposoby kontynuowania tożsamości niekoniecznie wykluczają się. To, który z nich może być bardziej funkcjonalny, a który bardziej dysfunkcjonalny zależy do kontekstu historii, jej wizji i akcentowanych w nich symboli.

ZNACZENIE SYMBOLI I WIZJI MIEJSCA

Czym jest wizja i jaką rolę odgrywają w niej symbole? Wizja jest uporządkowanym planem rzeczy-

wistości i umysłowym projektem działania z jasno zdefiniowanymi celami i rozpoznawalnymi intencjami jako ukrytymi i niedokończonymi częściami planu. Wielkie wizje świata to wielkie projekty, zamysły i plany działania będące dialogiem między znaczącymi symbolami przeszłości wydobywającymi jego ducha ze znaczącymi ideami jako symbolami realizującej się przyszłości. W wyniku tego dialogu wyłania się głęboki sens istnienia określanym mianem *Zeitgeist* czyli ducha czasu. Wielkie wizje stawiają wielkie pytania, w których odnajdywane są wielkie symbole życia jako drogowskazy sensownego marszu ku przyszłości Życie to nieustający nurt przemian, które wydobywają na jego powierzchnię jedne dokonania jako znaczące, odsuwając na plan drugi lub nawet w niepamięć inne dokonania. W wiecznie zmieniającym się nurcie życia sympatia wobec jednych wartości może się zmieniać na sympatię wobec wartości przeciwnych, tak jak w przypadku uczuć wobec tradycji i postępu (Bartky, 1996). Odwracalność sympatii czy preferencji to rzecz normalna i nieuchronna, jednak występując w nadmiarze prowadzi do chaosu życia. Wielkie wizje mają to do siebie, że wyczuwając ducha czasu (*Zeitgeist*) zachowują dialog i równowagę między duchem przeszłości i duchem postępu. Wielkie wizje będąc planem mentalnym, nie stwarzają zapór dla zmian, a jednocześnie wprowadzają inercje, które mogą trwać bardzo długo stanowiąc tym samym podstawę poczucia stabilności. Wielkie wizje to zmiany w kontynuacji, gdzie czas i zmiany nie są młynami mielącymi znaczenia, wartości i idee na bezsensowny dialog (Erikson, 1964).

Przykładów wizji i braku wizji w historii świata, państw, miast czy narodów jest bardzo wiele. Wizja świata, jaką przedstawił i zrealizował np. Aleksander Macedoński zaważyła na cywilizacji zachodniej przez długi okres historii, a jej twórca nie był nawet w stanie obejrzeć efektów swojej niezwykłej aktywności. Podobną rolę w polskiej historii odegrał, uwzględniając rzecz jasna wszystkie proporcje, król Przemysł II, lokując w Poznaniu nowe miasto oraz związaną z nim nową swoją siedzibę władzy królewskiej niezależnej od władzy kościelnej (Toplolski, 1988). Przemysł II był w Europie prekursorem nowoczesnej wizji urbanistycznej harmonijnie wiążącej toposy i archetypy władzy z duchem postępu i rozwoju. Przemysł II wytyczając nową, niezwykle śmiałą w skali europejskiej wizję urbanistyczną miasta stołecznego jako ośrodka niezależnego od autorytetu władzy kościelnej – wniósł istotny wkład w trwającą do dziś ze zmiennym szczęściem wizję Poznania jako miasta szczególnych symboli i misji. Poznań za sprawą Przemysła II stał się przestrzenią realizacji, po pierwsze, prototypowej wizji nowocześnie pojmowanych funkcji państwowych, narodowych i religijnych w kategoriach przestrzeni urbanistycznej.

Jednak nawet te największe wizje mają to do siebie, że jak każdy niematerialny wytwór geniuszu człowieka ulegają przemianom. Po pierwsze, wizje ulegają zamianom w wyniku zawieszania się znaczeń i niedostrzegania starych symboli. Od zawsze w historii występował syndrom amnezji społecznej, której przejawem jest spychanie w niepamięć tego, co jeszcze niedawno stanowiło znaczący symbol statusu i poczucia bezpieczeństwa (Halbwachs, 2008). Tak np. w nowożytnych miastach średniowieczne symbole murów obronnych przestały mieć realne znaczenie i zostały zlikwidowane w postępie racjonalności. Po drugie, wizje ulegają zmianom wskutek zastępowania jednych symboli innymi. W świecie stałych zmian przejawia się to m.in. w wojnach na symbole. Wygrywa ten człowiek i ten naród, który jest w stanie do świadomości silniej przebić się ze swoimi symbolami do świadomości. A zatem symbole konkurują ze sobą nie tylko w wymiarze znaków przeszłości versus przyszłości, ale także w kategoriach znaków swoich i obcych (Harpham, 2002).

Po trzecie wizje zmieniają swój charakter w wyniku procesów desymbolizacji i deskralizacji symboli, które stanowią ich fundament. De-symbolizacja pewnych symbolicznych przejawów życia prowadzi de-autorytetyzacji przestrzeni. Przestrzeń symboliczna i sakralna przestaje działać jako niewidoczny cerber bądź broniący do niej dostępu, bądź zmuszający do zachowań odpowiedzialnych i posłusznych (Aarts i Dijksterhuis, 2003; Chartrand, 2008). Ludzie pod wpływem reklam w takim stylu jak to, że „… muzyką poważną najlepiej delektować się jest w szlafroku" naprawdę nabierają przekonania, że do opery najlepiej chodzić w stroju roboczym i tenisówkach. Odmowa wobec autorytetu przestrzeni dokonuje się pod wpływem erozji wielkich idei i postępującego konsumpcjonimu, a jej szczególne drastyczne formy mogą być prowokowane poprzez informacje upowszechniane w cyberprzestrzeni. De-symbolizacja i desakralizacja życia, czego przejawem jest komercjalizacja sztuki, to coś więcej niż tylko sprzeciw wobec retoryki tradycji (jak np. tradycji „głupio-polskiej"). Nowa retoryka historyczno-konsumpcyjna zawiera się w nurcie poszukiwania nowej ciągłości w ramach rozwiązań „naukowych". Stroniąc od znaczących symboli i wszelkiego sakrum zbliża się do

psychoanalizy, namawiając do wyzwalania się od uprzedzeń i przyjmowania za własne dawne antywartości symbolu. W rzeczywistości jednak owa namowa do nowych doznań od uprzedzeń i uległości wobec symboli jest nową forma konformizmu i podporządkowywania zachowań bieżącym percepcjom (Aarts i in., 2004). Ten typ postaw nie wymaga żadnych poświęceń, gdyż poświęcenie jest niezgodne z konsumpcjonizmem. W modelu życia wyzwolonym od posłuszeństwa wobec autorytetu przestrzeni symbolicznej forma i przestrzeń nie operują żadnymi milczącymi wskazówkami posłuszeństwa, ofiary i wspólnotowości. Wspólnotowość jeżeli występuje to na zasadzie zgromadzenia bliższemu tłumowi niż zgromadzeniu agoralnemu (Biela, 1989).

Niestety, ale nawet tak piękne idee jak „Naród Sobie" zmieniają wraz z upływem czasu swe pierwotne znaczenie. Wielki idee i symbole wymagają stałego wskrzeszania w wymiarze jednostkowym i społecznym. Jest to możliwe dzięki nieśmiertelności niektórych symboli i wspierających się na nich wielkich wizji. Archetypy i wielkie symbole nigdy nie giną do końca. Przykładem tego może być symbol symboli, jakim jest krzyż.

Jednak symbole w świadomości ludzkiej nie odnawiają się same z siebie. Wymagają wysiłku wskrzeszania i planowego działania w budowaniu zdolności do budzenia żaru i esprit. Przykładem tego może być problem wskrzeszania stołecznej wizji Poznania, który napotyka na istotne bariery psychologiczne zarówno wśród rdzennych mieszkańców miasta, jak i innych mieszkańców Polski patrzących na kresy zachodnie jak na zjawisko raz na zawsze nieodgadnione. Stołeczność to nie kwestia prawno-administracyjna, ale idea żywa w umysłach ludzi. W tej perspektywie wskrzeszanie takich idei, jak idea stołeczności, to głównie wzbudzanie w umysłach ludzi chęci do poświęcania się na rzecz społeczności przeżywającej swoje *mielieu* jako swoje miejsce życia w łączności z szerszą społecznością.

ROLA SYMBOLI W PSYCHOLOGICZNEJ I SPOŁECZNEJ PRZESTRZENI MIEJSCA

Po co człowiekowi są potrzebne znaczące symbole? To pytanie zadawane jest często przy różnych okazjach dyskusji o postępie i modernizacji z jednej strony, a z drugiej strony w dyskusji o potrzebie zachowania tożsamości. Wizje wymagają wskrzeszania i kontynuacji a to możliwe jest tylko poprzez znaczące symbole, tzn. takie, które są niezbędne są dla przetrwania psychicznego bądź społecznego. W kontekście społecznej i psychologicznej przestrzeni życia (Bańka, 1997) należy przypomnieć, że społeczeństwa i zbiorowości ludzkie nie są w stanie funkcjonować na dłuższą metę bez symbolicznej podstawy i przekuwania jej w praktykę dnia codziennego. Istnieją co prawda obecnie miasta – państwa, które budują swoją pozycję w kontrze do tradycji, ale nie oznacza to, że w kontrze do symboliki kulturowej, politycznej i estetycznej. Ich wybraną misją jest budowanie symboliki przyszłości (Giddens, 2001; Giddens i in., 1009).

Świat nowoczesny, taki jak w Singapurze będąc całkowicie pozbawiony tradycji jest jednym z możliwych światów i rozwoju cywilizacji bez znaczących symboli. W świecie tym liczy się tylko biznes i pomnażanie zysku. Przeszłość, jej małe i wielkie symbole oraz inne toposy i archetypy nie mają w tej kilkumilionowej maszynie handlu i konsumpcji żadnego znaczenia. Dominujący ruch w odkrywaniu znaczeń i wartości to ruch naprzód, w którym wychwytywane są głównie afordancje rozwoju (Bańka, 2010). Psychologiczna i społeczna przestrzeń jest otwarta i przyjazna dla tych, którzy rozpoznają i respektują reguły rządzące systemem ukierunkowanym na realizację interesu ekonomicznego. O kierunku ruchu jednostek i strumieni ludzkich w tym systemie decyduje nie wolna wola, ale ten, który projektuje system. Ludzie mają prosty wybór: albo się dostosować do rytmu wirującego pieniądza i w nim uczestniczyć, albo wyjechać. Konsumpcja i komercja gra centralną rolę w opisie, wyobrażeniu oraz przeżywaniu wartości świata. Jednak nawet w tym świecie i wspólnocie bez wspólnego dziedzictwa tradycja pozostaje „żywa" jako nostalgia za tradycją. W ten nieco nieoczekiwany sposób przeszłość niejako dopada wszystkich członków systemu nastawionego wyłącznie na przyszłość, potwierdzając tezę Zimbardo i Boyd (1999), że nie może istnieć czas przyszły bez czasu przeszłego. Choć ludzie niby nauczyli się żyć bez symboli, to jednak nie do końca są z tego szczęśliwi i nie do końca mają absolutne poczucie jakości życia. W tym kosmopolitycznym tyglu obowiązuje kod towarzyski, w którym wymieniane i wałkowane są na różne sposoby informacje i relacje o swoich korzeniach, pochodzeniu, respektowanych kiedyś symbolach. Jest to klasyczne tworzenie tradycji wymyślonej (Halbwachs, 2008; Holbsbawm, 2008).

Ogólnie biorąc, przestrzeń publiczna nie może przemieniać swojej symbolicznej podstawy miejsca w praktykę dnia codziennego bez znaczących symboli. Znaczące symbole są podstawą tożsamości indywidualnej, społecznej i kulturowej. Singapur

jest przykładem miasta, do którego ludzie zjechali i zjeżdżają ze swoją pamięcią, która jest jednak pozostaje ich prywatną sferą, nie przekładającą się na symbol miasta przyszłości jako takiego.

Jeżeli przestrzeń społeczna nie jest wyłącznie sztucznie tworzoną enklawą realizującą misje w racjonalnej sferze ekonomii, ale przestrzenią zakotwiczoną w historii, pomijanie znaczących symboli jako łączników i zworników między różnymi „genealogiami", generacjami, a nawet różnymi okresami życia jednostki jak dzieciństwo, młodzieńczość, dorosłość i starość, wtedy zamiast spójności i ładu społecznego mamy do czynienia z chaosem (Holbwachs, 2008). Człowiek nie funkcjonuje poza przestrzenią fizyczną i wdrukowaną w nią poza przestrzenią symboliczną. Obydwie formy bytu wzajemnie się dopełniają. Życie jednostek i grup ludzkich bez symboli redukuje się do wymiaru biologicznego lub cyfrowego, albo jak kto woli do wymiaru bieżącej konsumpcji (Spiter, 2013; Chartrand i in., 2008a).

Symbolika zawarta w przestrzeni publicznej jest więc podstawowym zwornikiem zarówno wielkiej historii, genealogii historycznej różnych pokoleń mieszkańców oraz tożsamości indywidualnej i społecznej. Przestrzeń publiczna jest podstawą tożsamości miejsca jako czynnika konstytuującego integralną całość jednostek i składających się z nich grup społecznych. Symbolika miejsca tworzy niewidoczne więzi ludzi z przestrzenią i ludzi z ludźmi w przestrzeni na bazie emocjonalnej. Dzięki temu ludzie rozumieją się bez słów, jak też odczuwają sen swojego istnienia w przestrzeni bez zbędnej retoryki (Chartrand i in., 2008a).

Sprowadzanie więc koncepcji przestrzeni miejsca wyłącznie do wymiaru racjonalnego jest zabiegiem intelektualnie fałszywym, a z punktu widzenia prakseologicznego przeciwskutecznym. Świadczą o tym dobitnie doświadczenia holenderskie zgromadzone w związku z realizacją urbanistycznej koncepcji stołeczności Hagi w duchu oświeconego rozumu. Okazało się jednak, że aby coś wyszło pożytecznego, to nie wystarczą wyłącznie dobre intencje i to w dodatku jednostronne. Gdy do Ameryki wyemigrowała większa część mieszkańców dzielnicy Harlem, ogrom użytkowanych przez nich kościołów zostało opustoszałych i bez bazy ekonomicznej. Władze miasta postanowiły rozebrać „bezużyteczną" substancję miejską. Gdy po latach emigranci holenderscy gnani nostalgią zaczęli powracać do swojego zobaczyli przestrzeń, która nie miała nic wspólnego z zachowaną w umyśle pamięcią miejsca. Poczucie zerwanej ciągłości przerodziło się w żal i rozpacz (Thurber, 2007).

Inną ważną funkcją znaczących symboli w przestrzeni miejsca jest to, że mogą one operować jako źródło historii poprzez przekaz bezwiednych i milczących wskazówek (Low, 2000). Milczące wskazówki to zawarte w przestrzeni wiadomości i informacje o obowiązujących regułach obcowania z przestrzenią, o możliwych źródłach i losach danej przestrzeni, o wizerunku obserwatora przestrzeni w jego własnych oczach oraz o prawdach i odczuciach, które nie da się wyrazić słowami (Bańka, 2002, 2010).

Milczące wskazówki jako znaki zapisane w przestrzeni charakteryzują się następującymi kryteriami. Po pierwsze, wyższą skutecznością od przekazu informacji i transferowania ich do świadomości indywidualnej i społecznej od przekazu werbalnego, którego niezbędnym nośnikiem są słowa. Słowa i generalnie mowa jest istotnym warunkiem komunikacji społecznej, bo jest i pozostanie podstawą edukacji. Jednak komunikacja słowna nie zawsze jest skuteczna, gdy np. jest głównym sposobem namowy do dbałości o środowisko jako miejsce i jego materialne emanacje symboliczne (zabytki, zadbane otoczenie etc.).

Milczące wskazówki w przeciwieństwie do przekazu słownego dostarczają ludziom informacji i wiedzy czystej i nie zmanipulowanej. Artur Górski chodził do szkół niby – polskich, dzieje narodowe poznawał więc inaczej – „obserwując wszystko wkoło. I tak widziałem je w murach starodawnych rodzinnego Krakowa, w świetle mariackich witraży, w zarysie wzgórza Wawelu, w linii biegnącej do kopca Kraka na Krzemionkach po kopiec Kościuszki. Widziałem je dalej w obrazach Matejki, z których każdy wystawiony na widok publiczny, stawał się dusza miasta na czas pewien…". Człowiek obcując na co dzień z przestrzenią symboliczną bez względu na poziom inteligencji uczy się jej. Człowiek żywiąc codziennie swój umysł milczącymi wskazówkami znaczących symboli przejmuje za własne i to bez udziału świadomości wszystkie wielkie idee, które zawarte są w przestrzeni materialnej. W przeciwieństwie do „faktoidów", jakimi operują reklamy i inne przekazy komercyjne pozbawione milczących wskazówek, człowiek w przestrzeni naznaczonej symbolami odczuwa stygmat nieśmiertelności idei. Faktoidy operujące jazgotliwym i efemerycznym językiem ekspresji tworzą jak w reklamie anty-idee, które nie mają żadnej genealogii, a poddawanie się im ma charakter co najwyżej czasowy, krótkotrwały. Innymi słowy, faktoidy nie są materialnymi własnościami (*possessions*) posiadającymi status rozszerzone Ja (*extended self*) (Belk, 1988).

Milczące wskazówki zawarte w znaczących symbolach przestrzeni miejsca wywołują uległość nie

produkując skutków ubocznych w postaci sprzeciwu lub buntu. Osoby wchodzące do biblioteki w sposób naturalny wyciszają się, dostosowując swoje zachowanie do wymagań autorytetu przestrzeni. Podobna rzecz dzieje się w świątyniach, w szpitalu i innych miejscach wzbudzających respekt bez jakiejkolwiek perswazji słownej. Uczucie to i ten rodzaj poznania świata pod progiem świadomości nie jest obcy nawet zwierzętom. Najagresywniejsze zwierzęta, które pierwszy raz przekroczą progi lecznicy weterynaryjnej nie mając ani wcześniejszych doświadczeń, ani żadnej wiedzy o zagrożeniach instynktownie stają się potulne i zatrwożone.

W warunkach dominującej współcześnie dyskontynuacji możliwe są dwa odmienne modele rozwoju i formułowania wizji miejsca i symboliki przestrzeni publicznej. Jeden model rozwoju dokonuje się w pozytywnym cyklu nastawienia na dyskontynuację i tożsamości wielorakie (Breakwell, 1986). Ten model rozwoju upatruje wartość w modernizacji, w walce z tradycją, religią i historią oraz mitem. Drugi model rozwoju miejsca i symboliki przestrzeni dokonuje się w negatywnym cyklu nastawienia na dyskontynuację i definiowanie nowych tożsamości w „duchu kontrewolucyjnym". Po zniszczeniach wojennych w Europie te dwa sposoby pojmowania misji rozwoju zażarcie konkurowały ze sobą. Na przykład jedne miejsca zniszczone, jak Antwerpię odbudowywano w modelu ciągłości z tradycją. Inne, jak np. mityczne Coventry odbudowano w modelu „nowej" racjonalnej wizji życia, która też ma swoją symbolikę, ale symbolikę racjonalną, nie emocjonalną i nade wszystko prakseologiczną. Jeszcze inną tendencję obserwujemy w Niemczech, gdzie po wojnie dominował nurt modernistyczny ideologicznie neutralny, natomiast w ostatnich latach ustąpił on z powrotem miejsca nurtom tradycjonalistycznym i stronniczo historyzującym (Eder, 2005).

Kontynuacja w ramach symboliki prakseologicznej tj. modernizacyjnej prowadzi w do nowej retoryki historycznej opartej głównie na konsumpcji. Ważne symbole są odbierane emocjonalnie, ale w dużym stopniu przekształcone racjonalnie. Prakseologiczny stosunek do ważnych symboli prowadzi do komercjalizacji i utylitaryzacji. Symbole są ważne o tyle, o ile dadzą się sprzedać, mogą czemuś służyć, nie pociągają za sobą znaczących kosztów. O ile ważne symbole w kontynuacji symbolicznej są namową do poznania w działaniu i zaangażowanie w drodze do odkrywania posłuszeństwa wobec milczących wskazówek znaczących idei, o tyle w kontynuacji prakseologicznej namową do nowych doznań i testowania indywidualnego gustu, bądź zbiorowego *genius locci* (McDonald, 2009); Melendy, 2006).

Poszukiwanie ciągłości w ramach konformizmu wobec ideologicznego postępu przystosowującego znaczące symbole do nowej retoryki np. poprawności politycznej stoi w nieprzezwyciężalnym konflikcie z koncepcją poszukiwania ciągłości tożsamości w ramach poddawaniu się posłuszeństwu emocjonalnemu wobec milczących wskazówek symboli. Te dwie formuły działają na zasadzie „albo, albo".

Jednak konfliktu między kontynuacją historyczną kultywującą ciągłość miejsca i kontynuacją racjonalną rewolucjonizującą miejsce nie da się trwale rozwiązać, bowiem dotyka on problemu przeciwstawnych preferencji orientacji temporalnych – przeszłości i przyszłości. Zwolennicy kontynuacji tożsamości poprzez dziedzictwo przeszłości dążą do stałej struktury więzi emocjonalnej z miejscem i rewitalizują swoją witalność życiową w łączności z czasem minionym (Law, 1992; Lawrence, 1992). Z kolei zwolenników kontynuacji poprzez rozwiązania racjonalne i modernizacyjne cechuje skłonność do kulturowego samoodłączania się i stałej więzi psychicznej (choćby tylko w formie marzeń) z miejscami fizycznymi i społecznymi przyszłości (Milligan, 1988). Potrzeba kontynuacji tożsamości zaspokajana jest przez realizację potrzeb egocentrycznych i oceny jakości przestrzeni życia z punktu widzenia jej potencjału przemieniania się w nowość (Niedentahal i in., 2009). Ten model podążania za przyszłością i postępem jest życiem w „drodze" do „ziemi obiecanej". Tożsamość wzmacniana jest przez podkreślanie odrębności a nie podobieństw (syndrom S.Mrożka).

Kontynuacja symboliczna na bazie duchowej, emocjonalnej i wrażliwości wspólnotowej przeciwstawia się z kontynuacji prakseologicznej na podłożu racjonalnym i indywidualistycznym. Wymiar prakseologiczny ciągłości tożsamości indywidualnej i zbiorowej posiada kilka charakterystycznych i co trzeba obiektywnie przyznać w niektórych przypadkach wartościowych cech: 1 – Jest niezbędnym elementem skuteczności działania indywidualnego i społecznego. 2 – Jest związany z posłuszeństwem świadomym. 3 – Jest oparty na bazie sensorycznej (w przeciwieństwie do ideowej) i rozumowej człowieka. 4 – Ma tendencję do ideologizacji przyjmującej różne formy namowy do działania z myślą o przyszłości. 5 – Promuje powrót do źródeł pojmowanych przeciwstawnie do źródeł historycznych, jak np. do symboliki „dzikiej" natury lub racjonalności–idei poza sferą ideologii (Bańka, 2010).

Jednak opisane dwa modele rozwoju i kontynuacji tożsamości nie są symetryczne. Model kontynuacji poprzez więź z miejscem mogą preferować nie tylko osoby w starszym wieku, ale także osoby młode i w wieku średnim. Dla tych ostatnich co prawda na co dzień najważniejsze jest podążanie za celami życiowymi, ale od czasu do czasu ważnej może być synchronizowanie swojej osobowości z przeżyciami zakotwiczonymi w przestrzeniach o dużej gęstości symbolicznej. Przejawia się to chociażby w tak prozaicznych sytuacjach, jak wybór miejsc spędzania wolnego czasu czy wybór scenerii na zrobienie sobie miejsc pamiątkowych. Ludzie intuicyjnie wyczuwają, że brak znaczących wizji i symboli może prowadzić do dezintegracji tożsamości indywidualnej i rozpłynięcia się w dezintegrowanej tożsamości zbiorowej. Nietrudno jest zatem zrozumieć dlaczego stare miasta wciąż są najludniejszymi miejscami odwiedzanymi w celach przeżywania miejsca dla samego przeżywania (Knez, 2005).

Wyrugowanie z przestrzeni publicznej i społecznej znaczących symboli może prowadzić do poczucia wykorzenienia i niebezpiecznego konfliktu między przywiązaniem do miejsca – czyli percepcją roli otoczenia w odczuwaniu siebie, a przywiązaniem do celów jako atrybucją roli otoczenia w realizacji siebie jako zintegrowanej osoby. Efektem tego konfliktu może być przestrzenna dezintegracja życia indywidualnego i zbiorowego, przejawiająca się atmosferą przestrzeni miejskiej jako „kamiennej pustyni" (Korpela, 1989; Uzzell i Moser, 2006; Relph, 1976).

Wymiar symboliczny ciągłości tożsamości indywidualnej i zbiorowej jest podstawowym czynnikiem zdrowia psychicznego (Korpela i in., 2001) i zapobiega wielu patologiom społecznym (Brown i in., 2004). Daje poczucie wartości życia i otwarcia na poszukiwanie i odkrywanie nowych wartości poprzez powściągliwość. Jest też odnawialnym źródłem afordancji sytuacyjnych, które z kolei są źródłem woli i siły życia indywidualnego oraz zbiorowego (Cantor, 2000; Cantor i in., 2002). Symbole jako widoczne znaki są niezbędnym składnikiem autorytetu miejsca, gdyż są milczącymi wskazówkami przestrzeni fizycznej (Bih, 1989; Belk, 1988; Aarts i Dijksterhuis, 2003). Symbole miejsca nadają sens najbardziej elementarnym ludzkim zachowaniom, stając się najbardziej skutecznym „nauczycielem" np. historii bez używania słów (Appleyard, 1969).

REALNE I WYMYŚLONE SYMBOLE MIEJSCA

Kontynuacja symboliczna tożsamości miejsca odwołująca się do pamięci miejsca możliwa jest na dwa podstawowe sposoby. Po pierwsze, pamięć miejsca może być przywoływana w celu budowania tożsamości jednostkowej i zbiorowej poprzez widoczne eksponowanie materialnych symboli miejsc (Eder, 2005). Po drugie, pamięć miejsca może być przywoływana w wyobraźni miejsca poprzez symbole .wyimaginowane lub fabularyzowane. Dzięki symbolom miejsca odbywamy podróże w wyobraźni na dwa sposoby. Pierwszym sposobem jest żywy kontakt z miejscem jako realną strukturą fizyczną i przestrzenną, którą wdrukowane są struktury widocznych symboli i zachowań (Fried, 2000). Wpatrując się w widoczne symbole tak rozumianego miejsca jako realnego milieau wskrzeszamy pamięć miejsca podróżując niejako w przeszłość i identyfikując się z nią (Devine-Wright i Lyons, 1997).

Drugim sposobem kontynuacji symbolicznej jest podróż w wyobraźnię (Giddens i in., 2009; Hobsbawm, 2008). Mogą to być podróże po miejscach fabularyzowanych, a nawet wykreowanych całkowicie sztucznie, czy to w formie dzieła literackiego, czy to w formie przedsięwzięcia komercyjnego jak w przypadku filmu. Pisarze kreując magię opisywanych miejsc w symbolice słowa, wskrzeszają miejsca, nawet historyczne, tak że stają się one zarówno symbolami samymi w sobie, jak i przewodnikami po miejscach realnych. Przykładem tak wykreowanej rzeczywistości symbolicznej jest Praga wg „Procesu" F.Kafki, w której turyści „szukają" na Złotej Uliczce śladów artysty.

Książki tak kreują magię opisywanych miejsc, że stają się one przewodnikami po nich. Romantyczni poeci przemierzali Europę, mając za przewodnika „Podróż sentymentalną" Lawrenc'a Sterne'a. Dziś turyści, jadąc do Włoch, wybierają też Cortonę, bo zachęciła ich do tego Frances Mayes – autorka amerykańska swoją powieścią „Pod słońcem Toskanii".

Ludzie żyją więc według faktów stanowiących część egzystencjalnej rzeczywistości, oraz według faktów stworzonych przez wyobraźnię (Hobsbawm, 2008). Kiedy fakty rzeczywistości nie są wypełnione znaczącymi symbolami jako nośnikami fascynującej autentyczności przeżycia więzi i ciągłości emocjonalnej w pamięci i realnym świecie, wtedy rzeczywistość jawi się jako nieznośna i pobudza umysł do relokacji przestrzennej (Hormuth, 1990). Czytelnicy książek żyjąc w nudnej atmosferze codzienności zwracają się ku literaturze, oczekują,

że ta będzie nośnikiem fascynujących faktów. Co więcej, domagają się od wyimaginowanego faktu autentyczności, jak i tego, aby owa autentyczność spełniała wymyślone przez nich wymogi fabularne.

Znaczące symbole miejsc, zarówno te autentyczne realnie, jak i te autentyczne w sferze faktów sfabularyzowanych, wymuszają działania uległe i bezwiedne. Większość turystów przyjeżdża do Werony nie tylko dla urody miasta, jego historii i zabytków, lecz dla legendy Julii i Romea, którzy za sprawą Williama Szekspira stali się symbolem miłości. Symbole Werony stał się m.in. dom *Casa di Giulietta* z balkonem będącym wytworem pomysłowości pokoleń twórców przygotowujących inscenizacje sztuki. William Szekspir stworzył Weronę, taką jaką ją dziś oglądamy i przeżywany nigdy w niej nie był, a ludzie i tak wierzą, że wstawiennictwo Julii im pomoże.

Fakty fabularyzowane i fakty autentyczne związane z miejscami wzajemnie się dopełniają i uzupełniają, tak jak realna rzeczywistość, rzeczywistość wyobraźni, a ostatnio rzeczywistość wirtualna. Również pisarze polscy, odpowiadając na zapotrzebowanie czytelników na podróżowanie w przeszłość, metafizykę i wyobraźnie miejsca, włączyli się w przywracanie czytelnikom klimatu minionych czasów współczesnych im miejsc. Nową modę na miejski kryminał retro zapoczątkował Marek Krajewski w cyklu powieści o Eberhardzie Mocku z niemieckiego miasta Breslau. Powodzenie literatury miejskich kryminałów w stylu retro zaczęło promieniować na inne miast, w tym Poznań. Za sprawą książki Sebastiana Koperskiego i Wojciecha Stamma pt. „Doktor Jeremias" odtwarzana jest atmosfera Poznania i Wielkopolski z okresu tuż przed wybuchem I wojny światowej.

Powód, dla którego tego typu książki znajdują wielbicieli jest prosty. Ludzie bezwiednie poszukują korzeni miejsca i pragną nawiązania zerwanej z nim ciągłości, jakby na przekór swojemu płytkiemu w nim zakorzenieniu (Erikson, 1964). Żyją w miejscach niby dobrze znanych z perspektywy codzienności, ale jednocześnie nieznanych z perspektywy sekwencji zdarzeń, które składają się na historię miejsca. W „Doktorze Jeremiasie" czytelnik poznaje szkice portretu wielokulturowego Poznania i relacji łączących nacje w tamtym czasie. Polska jest krajem o zerwanej ciągłości historycznej, toteż nowe pokolenia, które włączają się w tworzoną przez nich historię miejsc własnym życiem, różnymi sposobami dążą odkrycia na nowo ich korzeni i dziedzictwa.

ROLA MIEJSCA JAKO ZNACZĄCEGO SYMBOLU W PAMIĘCI RETROSPEKTYWNEJ I PROSPEKTYWNEJ

Najbardziej znaczącymi miejscami w życiu wspólnot są stolice, gdyż są one miejscami symbolami samymi w sobie. Na przykład Poznań i Nowy York to miasta bardzo odmienne, które na pozór nic nie łączy, a jednak jest coś, co je łączy. Pierwsze ma stołeczną przeszłość, lecz pozostającą w ogromnej części poza świadomością społeczną, co intrygowało i motywowało Floriana Znanieckiego do badań „Czym jest dla ciebie miasto Poznań?" (Znaniecki i Ziółkowski, 1988). Drugie z kolei nie ma statusu stołeczności de jure, ale ma de facto w świadomości swoich mieszkańców, której ekspansywność udziela się innym mieszkańcom globu. To w końcu ten genius locci spowodował zlokalizowanie siedziby Narodów Zjednoczonych w tym miejscu, a nie innym. Jak z tego wynika „opcja stołeczności" nie jest mierzona jedną miarą i nie jest faktem ani wyłącznie obiektywnym, ani wyłącznie subiektywnym. Jedno co nie ulega wątpliwości to to, że stołeczność to kwestia symboliki zarówno obiektywnie obserwowanej, jak i subiektywnie przeżywanej.

Stołeczność Poznania jako fakt historyczny choć nie ulega wątpliwości jest stosunkowo słabo podparty symbolami z zakresu historii materialnej. Czterema materialnymi znaczącymi symbolami powiązanymi ze stołecznością Poznania są Ostrów Tumski jako całość, Katedra mieszcząca nekropolię królewską Piastów, Stare Miasto i Zamek Przemysła II. O ile wyżej wymienione miejsca są w świadomości poznaniaków reprezentowane jako tako, to w świadomości Polaków są prawie nieobecne w wymiarze identyfikacji narodowej. O ile jeszcze na przykład niewielka część Poznaniaków wymieni kojarzy Katedrę na Ostrowie Tumskim ze Chrztem Polski, o tyle znakomita większość Polaków na w tej materii zerową świadomość tego, a już najmniej faktu iż ta Katedra jest nekropolią królewska porównywalną z tą z pod Wieży Srebrnych Dzwonów na Wawelu. Poznań jest więc przypadkiem utraconej pamięci miejsca w życiu zbiorowości przy czym pamięć i zapominanie w części procesem automatycznym, ale w części procesem intencjonalnie sterowanym (Ziółkowski, 2001). Oznacza to, że podnoszenie symboliki stołeczności tego miejsca dla większości społeczeństwa nie ma żadnego znaczenia, a dla części kojarzy się z niepotrzebnym odgrzebywaniem przeszłości, wywołując w skrajnych przypadkach uczucie politowania, złości a nawet agresji.

W przypadku Nowego Jorku jako miejsca symbolicznego samego w sobie rzecz się całkowicie odwrot-

nie. Jako niepisana stolica i to nie wiadomo czego jest obecna w świadomości zwykłych mieszkańców miasta, jak i w świadomości ludzi z całego świata jako miejsce niezwykłe. Symbolem miasta jest jego najnowsza historia i jego dynamiczna teraźniejszość, i nawet wtedy, gdy z pietyzmem jego mieszkańcy rekonstruują historię miejsca, to nie wywołuje to żadnych kontrowersji, nie mówiąc już o konfliktach.

Skąd się biorą zatem różnice w stosunku miejsca jako znaczącego symbolu samego w sobie. Otóż różnice te biorą się z faktu, iż ludzie funkcjonują w dwóch rodzajach pamięci, a mianowicie w pamięci retrospektywnej i prospektywnej (Logie i in., 2004). Pamięć retrospektywna dotyczy zdarzeń i rzeczy z przeszłości, natomiast pamięć prospektywna jest pamiętaniem zadań, jakie należy wykonać w przyszłości. Jednostki i społeczności mogą być zdominowane w relacji do miejsca jednym lub drugim typem pamięci, co prowadzić może do konfliktów międzygrupowych (Coser, 2009), jak i wewnątrzgrupowych (Liewin, 1940, 1947; Fried, 2000). Ludzie o nastawieniu prospektywnym myślą zadaniami jako celami umiejscowionymi w czasie przyszłym, a miejsce traktują jako „dom" gdzieś w świecie (Hill, 1996). Nie przywiązują się oni do miejsca jako korzenia swojej tożsamości, choć mogą sobie cenić związane z nim rzeczy jako swoje posiadłości, takie jak dobra materialne (Kleine i Baker, 2004). Z kolei ludzie o nastawieniu retrospektywnym myślą raczej w kategoriach przywiązania do miejsca a nie przywiązania do celów, ceniąc sobie związane z miejscem więzi społeczne (Mesch i Manor, 1998) oraz proces socjalizacji własnego Ja (Proshansky i in., 1983).

Różnica w nastawieniu do procesów pamięciowych związanych z miejscem tworzy podwaliny dla konfliktu społecznego wewnątrzgrupowego, który przyjmuje formę zastępczej wojny symbolicznej i kulturowej (Coser, 2009). Grupy i jednostki postrzegające i odczuwające swoją tożsamość w ścisłej relacji do miejsca kierują ku niemu o wiele większą uwagę, zainteresowanie i gotowość do angażowania się w jego sprawy (Hummon, 1992). Wizja miejsca i jego ewentualnego rozwoju jawi im się głównie przez pryzmat status quo oraz i swoich powinności względem niego (Vaske i Kobrin, 2001). Natomiast wizja miejsca dla osób nastawionych w swoim życiu na pamięć prospektywną traktuje miejsce instrumentalnie, a więc jako narzędzie realizacji celów. Dla tych ludzi miejsce w takim stanie, w jakim ono było i jest nie ma charakteru podtrzymującego rozwój osobisty, toteż zmiany w nim mogą podążać w każdym kierunku (Wallenius, 1999).

Według tego właśnie scenariusza rozegrał się w Poznaniu konflikt o restytucję Zamku Przemysła. Zwolennicy pamięci miejsca starli się ze zwolennikami prakseologicznej i modernizacyjnej wizji miejsca. Jedni traktują rozwój miejsca jako zachowanie i restytucję jego symboliki, drudzy – jako przekształcenie i transformację prospektywną.

Zwolennicy modernizacyjnej koncepcji ciągłości miejsca poprzez postulują przez zerwanie z tradycją jako balastem opóźniającym postęp, pochód „nowego", nowoczesność i autentyczność miejsca jako „dzieła sztuki". Ciągłość widzą poprzez rewolucję a nie ewolucję oraz przez pryzmat rozwiązania „nowego" bądź w kategoriach dzieła sztuki jako happeningu, bądź w kategoriach dzieła jako produktu kultury prakseologicznej i marketingowej oznaczającej wytwór lepszy wizerunkowo, wytwór w lepszym opakowaniu i wreszcie wytwór bez treści lub zamiast treści.

Argumentem zwolenników „pochodu nowego" przeciw kontynuacji symbolicznej w formie tradycyjnej jest w szczególności deprecjacja rekonstrukcji jako dzieła sztuki. Paradoksalnie jednak traktują oni „dzieło sztuki" w sposób przestarzały. W tym kontekście traktują „dzieło sztuki" jako rzecz historyczną z przeszłości, która ma wartość ponieważ jest rzadka, ma walor finansowy wynikający z rzadkości i oryginalności i jest przeliczalna na kapitał transferowy. Na tej zasadzie odbudowane miejsca, takie jak rynek we Frankfurcie nad Menem, Zamek Królewski w Warszawie czy *Casa di Giullietta* w Weronie nie spełniają wymogów dzieła sztuki.

Z kolei symboliczne spojrzenie na dzieło sztuki, odwołujące się do psychologii fenomenologicznej (Seamon, 1982, 1987), jego istotę upatrują w innej autentyczności niż prawda potwierdzana przez eksperta czy mitologia oryginalności. Jest to definicja dzieła jako materialnego nośnika autentycznych prawd – miłości, braterstwa, pochodzenia etc. Turystów ściągających do Verony nie interesuje oryginalność balkonu w kategoriach oryginalności tradycyjnej historii sztuki, ale oryginalność wytworu jako materialnego nośnika prawdziwych emocji i wyzwalacza pamięci prospektywnej dla przyszłych intencji – np. zakochania się. Prawdziwa nowoczesność rozgrywa się bardziej w „tradycyjnej" Veronie niż w postnowoczesnym Singapurze. Turyści przyklejający karteczki do ściany bramy prowadzącej do *Casa di Giullietta* są wyrazicielami nadziei i intencji lokowanej w przyszłości. Mieszkańcy Singapuru tymczasem dokonują jałowej ru-

minacji swojej opuszczonej tradycji jako jedynego nośnika autentyczności.

Co w istocie rzeczy oznacza więc idea wskrzeszenia miejsca jako przestrzeni symbolicznej? Przede wszystkim oznacza ona stymulowanie procesu apriopriacji tj. uwłaszczenia idei przestrzeni na poziomie indywidualnym i traktowania jej jako swojej na poziomie zbiorowym. Dokonać tego można, po pierwsze, poprzez odbudowę i dodawanie znaczących symboli w formie znaczących znaków materialnych takich jak Zamek oraz erygowaniu nowych zdarzeń. Po drugie, na przywracaniu ciągłości w wymiarze zarówno historycznym, jak i w wymiarze pamięci prospektywnej, czyli wyzwalacza intencji przyszłych zdarzeń. Innymi słowy, witalność miejsca jako znaczącego symbolu samego w sobie to stan mentalny, dzięki któremu ludzie dysponują wiedzą o przeszłości i intuicją przyszłości. Jest to stan witalności charakterystyczny dla mieszkańców Nowego Jorku. Materialny nośnik symboliki miejsca jest wyłącznie wyzwalaczem wyobraźni wędrującej do przeszłości i do przyszłości. Problem znaczącego symbolu jest więc kwestią zarówno odbioru tego co wielkie, jak i kwestią wyzwalania wizji, marzeń, intencji dotyczących się stanów przyszłych (Niedenthal i in., 2009; Oettingen i in., 2005).

Jednostki i grupy współodczuwające w ten sam sposób symbole są zdolne do tworzenia wielkich projektów swojej przestrzeni życia. Tożsamość otoczenia fizycznego i tożsamość psychiczna jednostek oraz grup tworzona jest przez środowisko miejsca działa jak niewidoczny portier, który pilnuje, by osoby niepasującego do określonej przestrzeni nie miały doń dostępu.

Możliwymi kryteriami dobrze wypełnionego czy też zaprojektowanego miejsca są: 1 – kryterium historyczne, czyli kontynuacja historyczna, „prawda" historyczna lub polityka historyczna; 2 – kryterium psychologiczne, czyli spełnienie warunku ciągłości tożsamości indywidualnej i zbiorowej; 3 – kryterium socjologiczne, czyli zapewnienie poczucia przynależności społecznej; 4 – kryterium planistyczne, czyli realizacja ważnego tj. obowiązującego planu miejscowego zabudowy. 5 – kryterium symboliczne, czyli wypełnienie miejsca rozpoznawalnymi konotacjami; 6 – kryterium prawne, czyli zgodność z literą i duchem prawa.; 7 – kryterium pedagogiczne, czyli wykorzystanie miejsca jako zbioru milczących wskazówek do nauczania np. historii lub generalnie do nauczania via autorytet przestrzeni; 8 – kryterium strukturalne, czyli np. tzw. „dobra architektura"

PODSUMOWANIE

Problematyka miejsca i jego symbolika pobudza ludzi do różnych działań naprawczych, zachowawczych, modernizacyjnych i projektowych z przyczyn, które różnią się od strony motywacyjnej. Osoby młode i nastawione do życia prospektywnie mają mniejszą skłonność do przykładania wagi dla ciągłości sfery symbolicznej miejsca, przedkładając ją nad prakseologiczną skuteczność i możliwość po prostu „bycia w świecie". Plany struktura działania ludzi młodych i nastawionych prospektywnie traktuje miejsce symboliczne bardziej w kategoriach nicnierobienia niż wzbogacania jej o nowe wartości. Ta najprostsza psychologia działania, choć sprawdza się w sytuacjach ekstremalnie skomplikowanych decyzji, w sytuacjach normalnych rodzi pasywność, obojętność i niezdolność do jakichkolwiek działań pozytywnych. W skrajnych wypadkach nicnierobienie dewastuje nie tylko sferę motywacyjną, ale także może prowadzić do zaniżania samooceny, a nawet poczucia skrajnej bezwartościowości. Egoistyczne inwestowanie w siebie, a nie w miejsce jako mianownik wspólnotowości, może być strategią przeciwskuteczną ponieważ odcina jednostki i grupy od zdarzeń zaprogramowanych w symbolach miejsca będących milczącymi retrospektywnymi wskazówkami dla działań zawartych w pamięci prospektywnej (Smith i in., 2007).

Dla ludzi, którzy zainwestowali w obecność w środowisko jako w swoją przestrzeń życia, brak znaczących symboli materialnych może powstrzymywać je od obcowania ze środowiskiem w wymiarze symbolicznym na rzecz wymiaru komercyjnego. Weźmy dla przykładu mieszkańców odwiedzających rynek w dzień upalny. Brak czynnika przyciągającego wzrok i uwagę, jakim jest dominanta np. wieży mimowolnie zatrzymuje ich na płycie placu nie pobudzając do eksploracji poznawczej. Symbol materialny przestaje pełnić rolę wyzwalacza gry wyobraźni i podróży w głąb wyobraźni. Zamiast aktywności skierowanej na konsumpcję afordancji wielce prawdopodobna jest łatwiejsza i bardziej dostępna aktywność poznawcza, jaką jest zwyczajna konsumpcja, jak np. picie piwa.

Dla osób które nie zainwestowały w obecność w określonym środowisku urbanistycznym jak turystów, brak znaczących symboli może powstrzymywać do obcowania z tym środowiskiem i poznawczego jego oswajania. Brak czynnika materialnego drażniącego wzrok i prowokującego uwagę nie budzi żadnych motywów eksploracyjnych. W czasach, w których brak jest nadającego sens pierwiastka

metafizycznego, a rzeczywistość rozmywa się w potoku kakafonii przepływających obrazów i znaków trzeba symboli materialnych i przestrzennych, które wychodzą od miejsca i do niego powracają.

LITERATURA

Aarts, H., Dijksterhuis, A. (2003). The silence of the library: Environment, situational norm, and social behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 18-28.

Aarts, H., Hassin, R, Gollwitzer, P.M. (2004). Goal contagion: Perceiving is for pursuing. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*, 23-37.

Anderson, B. (1983). *Imagined communities: reflections on the origin and spread of nationalism*. London: Verso.

Appleyard, D. (1969). Why buildings are known. *Environment and Behaviour, 1*, 131-156.

Assman, J. (2008). *Pamięć kulturowa. Pismo, zapamiętywanie i polityczna tożsamość w cywilizacjach starożytnych*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Bańka A. (2014). Trauma powojnia jako wyobcowanie transformowane w procesie definiowania dobrostanu marzeń i jakości życia. W: A. Wudarski (red.), *W poszukiwaniu jakości życia. Studium interdyscyplinarne* (s. 485-508). Wydawnictwo Naukowe Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa.

Bańka, A. (1997). *Architektura psychologicznej przestrzeni życia*. Poznań: Gemini.

Bańka, A. (2002). *Społeczna psychologia środowiskowa*. Warszawa: Scholar.

Bańka, A. (2009). Tożsamość w obliczu wyboru. *Czasopismo Psychologicznej, 15, 2*, 333-360.

Bańka, A. (2010). Konsumpcja afordancji środowiskowych a przestrzenna lokacja i relokacja tożsamości. W: M. Górnik-Derose, M. Zawadzka (red.), *Konsumpcja w życiu, życie w konsumpcji: psychologiczne ścieżki współzależności* (s. 86-105). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Bańka, A. (2011). Przywiązanie do miejsca i jego znaczenie w cyklu życia człowieka. W: A. Bańka, (red.), *Symbole, przemiany, oraz wizje przestrzeni życia* (s. 7-14), Poznań: SPiA – Komisja Urbanistyki i Planowania Przestrzennego PAN.

Bańka, A. (2011). Znaczące symbole. W: A. Bańka (red.), *Symbole, przemiany, oraz wizje przestrzeni życia* (s. 109-116), Poznań: SPA – Komisja Urbanistyki i Planowania Przestrzennego PAN.

Bańka, J. (2014). *Krytyka rozumu cyfrowego. Recentywizm i wielka metamorfoza XXI wieku*. Katowice: Śląsk.

Bartky, S.L. (1996). The pedagogy of shame. W: C. Luke (red.), *Feminism and pedagogies of everyday life* (s. 225-241). Albany: State University of New York.

Belk, R. (1988). Possessions and the extended self. *Journal of Consumer Research, 15*, 139-168.

Belk, R. (1992). Attachment to possessions. W: I. Altman, S. Low (red.), *Place attachment*. New York: Plenum Press.

Bell, D.S.A. (2003). Mythscapes: Memory, mythology and national identity. *British Journal of Sociology, 1*.

Bell, P.A., Greene, T.C., Fisher, J.D., Baum, A. (2004). *Psychologia środowiskowa*. Gdańsk: GWP.

Biela, A. (1989). Agora gathering: A new conception for collective behavior. *Journal for the Theory of Social Behavior, 19, 3*, 311-336.

Bih, H-D. (1992). The meaning of objects in environmental transitions: Experiences of Chinese students in the United States. *Journal of Environmental Psychology, 12, 2*, 135-147.

Billig M. (1990). Collective memory, ideology and the British royal family. W: D. Middleton, D. Edwards (red.), *Collective remembering*. London.

Breakwell, G. M. (1986). *Coping with threatened identities*. London: Methuen.

Brown, B.B., Perkins, D.D.; Brown, G. (2004). Incivilities, place attachment and crime: Block and individual effects. *Journal of Environmental Psychology, 24, 3*, 359-371.

Cantor, N. (2000). Life task problem solving: Situational affordances and personal needs. W: E.T. Higgins (red.), *Motivational science: Social and personality perspectives* (s. 100-110). New York: Psychology Press.

Cantor, N., Kemmelmeier, M., Basten, J., Prentice, D.A. (2002). Life task pursuit in social groups: Balancing self-exploration and social integration. *Self and Identity, 1*, 177-184.

Cantrill, J.C. (1998). The environment, self and a sense of place: Communicative foundations for regional ecosystem management. *Journal Applied Communication Research, 26*, 301-318.

Castels, M. (2010). *Społeczeństwo sieci*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Chartrand, T.L., John, A. Bargh (1996). Automatic activation of impression formation and memorization goals: Nonconscious goal priming reproduces effects of explicit task instructions. *Journal of Personality and Social Psychology, 71, 3*, 464-78.

Chartrand, T.L.; Fitzsimons, Gráinne M.; Fitzsimons, Gavan J. (2008a). Automatic effect of anthropomorphized objects on behavior. *Social Cognition, 26, 2*,198-209.

Chartrand, T.L., Huber. J., Shiv, S., Tanner, R.J. (2008b), Nonconscious goals and consumer choice. *Journal of Consumer Research, 35, 2*, 189-201.

Clark, C., Uzzell, D. (2002). The affordances of the home, neighborhood, school, and town center for adolescents. *Journal of Environmental Psychology, 22*, 95-108.

Cooper. C. (1992). Environmental memories. *Human Behavior & Environment: Advances in Theory & Research, 12*, 87-112.

Coser, L.A. (2009). *Funkcje konfliktu społecznego*. Kraków: NOMOS.

Coupland, J. (2009). Discourse, identity and change in mid-to-late life: interdisciplinary perspectives on language and ageing. *Ageing & Society, 29, 6*, 849-861.

Cress, D.M., McPherson, J.M., Rotolo, T. (1997). Competition and commitment in voluntary memberships: The paradox of persistence and participation. *Journal of Architectural and Planning Research, 40*, 61-79.

Devine-Wright, P., Lyons, E. (1997). Remembering pasts and representing places: the construction of national identities in Ireland. *Journal of Environmental Psychology, 17, 1*, 33-45.

Easthope, H.E. (2004). A place called home. *Husing, Theory and Society, 21, 3*, 128-138.

Eder, K., (2005). Remembering national memories together: The formation of a transnational identity in Europe. W: K. Eder, W. Spohn (red.), *Collective memory and European identity*. Berlin.

Eliade, M. (1970). *Sakrum, mit, historia*. Warszawa.

Erikson, E. (1964). Identity and uprootedness in our time. W: *Insight and responsibility*. New York: W.W. Norton.

Fried, M. (2000). Continuities and discontinuities of place. *Journal of Environmental Psychology, 20, 3*, 193-205.

Fukuyama, F. (1992). *The end of history and the last man*. Free Press.

Giddens, A. (2001). *Nowoczesność i tożsamość. „Ja" i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: PWN.

Giddesns, A., Beck, U., Lash, S. (2009). *Modernizacja refleksyjna. Polityka, tradycja i estetyka w porządku społecznym nowoczesności* (tłum. Konieczny Jacek). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Górnik-Derose, M., Zawadzka, M.A. (red.). (2010). *Konsumpcja w życiu, życie w konsumpcji: psychologiczne ścieżki współzależności*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Gustafson, P. (2000). Meanings of place: Everyday experience and theoretical conceptualizations. *Journal of Environmental Psychology, 21*, 5-16.

Gustafson, P. (2001). Roots and routes: Exploring the relationship between place attachment and mobility. *Environment & Behavior, 33, 5*, 667.

Hałas E. (2004). Konstruowanie tożsamości państwa-narodu. Konflikt symboliczny o preambułę do konstytucji, *Kultura i Społeczeństwo, 3*.

Halbwachs, M. (2008). *Społeczne ramy pamięci*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Harpham, G.G. (2002). Symbolic terror. *Critical Inquiry, 28, 2*, 573-579.

Hermans, H.J.M., Kempen, H.J.G. (1998). Moving cultures: The perilous problems of cultural dichotomies in a globalizing society. *American Psychologist, 53*, 1111-1120.

Hill, J. (1996). At home in the world. *Journal of Analytical Psychology, 41*, 575-598.

Hobsbawm, E.J. (2008). Wprowadzenie. Wynajdywanie tradycji. W: E. Hobsbawm, T. Ranger (red.), *Tradycja wynaleziona*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Hormuth, S.E. (1990). *The ecology of the self: relocation and self-concept change*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hummon, D.M. (1992) Community attachment: local sentiment and sense of place. W: I. Altman, S.M. Low (red.), *Place attachment* (s. 253-278). New York: Plenum Press.

Kleine, S.S., Baker, S.M. (2004). An integrative review of material possession attachment. *Academy of Marketing Science Review*: http://www.amsreview.org/aticles/kleine01-2004.pdf

Knez, I. (2005). Attachment and identity as related to a place and its perceived climate. *Journal of Environmental Psychology, 25*, 207-218.

Korpela, K.M. (1989). Place identity as a product of environmental self regulation. *Journal of Environmental Psychology, 9*, 241-256.

Korpela, K.M., Hartig T., Kaiser, F.G., Fuhrer, U. (2001). Restorative experience and self-regulation in favorite places. *Environment and Behaviour, 33*, 572-589.

Kyle, G.T., Mowen, A.J., Tarrant, M. (2004). Linking place preferences with place meaning: An examination of the relationship between place motivation and place attachment. *Journal of Environmental Psychology, 24, 4*, 439-454

Lawrence, D. (1992). Transcendence of place: The role of La Placetta in Valencia's Las Fallas. W: I. Altman, S. Low (red.), *Place attachment*. New York : Plenum Press.

Lawton, M.P., Moss, M.S., Winter, L. (2002). Motivation in later life: Personal projects and well-being. *Psychology and Aging, 17, 4*, 539-547.

Le Goff, J. (2005). *Historia i pamięć*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Lewin, K. (1940/1997). Self-hatred among Jews. W: K. Lewin (red.), *Resolving social conflicts and field theory in social science* (s. 133-142). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Logie, R.H., Maylor, E.A., Dell Sala, S. (2004). Working memory in event- and time-based prospective memory tasks: Effects of secondary demand and age. *European Journal of Cognitive Psychology, 16, 3*, 441-456.

Low, S. (1992). Symbolic ties that bind: Place attachment in the plaza. *Human Behavior & Environment: Advances in Theory & Research, 12*, 165-185.

Low, S. (2000). *On the plaza: the politics of public space and culture*. Austin. TX: University of Texas Press.

Macdonald, S. (2009). Reassembling Nuremberg reassembling heritage. *Journal of Cultural Economy, 2, 1/2*, 117-134.

Marcus Cooper. C. (1992). Environmental memories. *Human Behavior & Environment: Advances in Theory & Research, 12*, 87-112.

Markus, H., Nurius. P. (1986). Possible selves. *American Psychologist, 41, 9*, 954-969.

McAndrew, F.T. (1998). The measurement of 'rootedness' and the prediction of attachment to home-towns in college students. *Journal of Environmental Psychology, 18*, 409-417.

Melendy, B.D. (2006). Narratives, festivals, and reinvention: Defining the German postwar homeland in Waldkraiburg. *Journal of Popular Culture, 39, 6*, 1049-1076.

Mesch, G.S., Manor, O. (1998) Social ties, environmental perception, and local attachment. *Environment and Behaviour, 30*, 504-519.

Milligan, M.J. (1998) Interactional past and potential: the social construction of place attachment. *Symbolic Interaction, 21*, 1-33.

Niedenthal, P.M., Barsalou, L., Winkielman, P., Krauth-Gruber, S., Ric, F. (2005). Embodiment in attitudes, social perception, and emotion. *Personality and Social Psychology Review, 9*, 184-211.

Niedenthal, P.M.; Mondillon, L., Effron, D.A., Barsalou, L.W. (2009). Representing social concepts modally and amodally. W: F. Strack, J. Försters (red.), *Social cognition: The basis of human interaction* (s. 23-47). New York: Psychology Press.

Oettingen, G., Mayer, D., Thorpe, J. S., Janetzke, H., Lorenz, S. 2005). Turning fantasies about positive and negative futures into self-improvement goals. *Motivation and Emotion, 29, 4*, 237-267.

Pedersen, D.M (1999). Dimensions of environmental competence, Journal of Environmental Psychology, 19, 303-308.

Pollini, G. (2005). Socio-territorial belonging in a changing society. *International Review of Sociology, 15, 3*, 493-496.

Proshansky, H.M., Fabian, A.K., Kaminoff, R. (1983). Place identity: Physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology, 3*, 57-83.

Reid, A., Deaux, K. (1996). Relationship between social and personal identities: Segregation or integration? *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 1084-1091.
Relph, E. (1976). *Place and placelessness*. London: Pion Limited.
Ricoeur, P. (2006). *Pamięć, historia, zapomnienie*. Kraków: Universitas.
Rioux, L. (2005). The well-being of aging people living in their own homes. *Journal of Environmental Psychology, 25, 2*, 231-243.
Rissotto, A., Tonucci, F. (2002). Freedom of movement and environmental knowledge in elementary school children. *Journal of Environmental Psychology, 22, 1-2.*
Rowe, S. (1990). *Home place: Essays on ecology*. Edmonton, Alberta: New West Publishers.
Rowles, G.D. (1980). Growing old "inside": Aging and attachment to place in an Appalachian community. W: N. Datan, A. Lahmann (red.), *Transition of aging*. New York: Academic Press.
Rzegocki, A. (red.). (2011), *Polska czyli… Idee wspólnoty politycznej i tożsamości narodowej w polskiej tradycji intelektualnej*. Kraków: Ośrodek Myśli Politycznej.
Seamon, D. (1982). The phenomenological contribution to environmental psychology. *Journal of Environmental Psychology, 2*, 119-140.
Seamon, D. (1987). Phenomenology and environment-behavior research. W: E.H. Zube, G.T. Moore (red.), *Advances in environment, behavior and design* (t. I.). New York: Plenum Press.
Shileds, R. (2003). Intersections in cultural policy: geographic, socioeconomic and other markers of identity. *Canadian Ethnic Studies, 35, 3*, 150-164.
Smith, R.E., Hunt, R.R., McCay, J.C., McConnell, M.D. (2007). The cost of event-based prospective memory: Salient target events. *Journal of Experimental Psychology, 33, 4*, 734-746.
Spitzer, M. (2013). *Cyfrowa demencja. W jaki sposób pozbawiamy rozumu siebie i swoje dzieci*. Słupsk: Dobra Literatura.
Stedman, R.C. (2003). Is it really just a social construction? The contribution of the physical environment to sense of place. *Society and Natural Resources, 16*, 671-685.
Szacka, B. (2006). *Czas przeszły, pamięć, mit*. Warszawa: Wyd. Naukowe SCHOLAR.
Taylor, S., Perkins, A. (2001). Place identification and positive realities of aging. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 16, 1*, 5-21.
Topolski, J. (1988). *Dzieje Poznania*. Warszawa-Poznań: PWN.
Tuan, Y.F. (1974). *Topophilia: A study of environmental perception, attitudes, and values*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
Tuan, Y.F. (1977, 1987). *Space and place: The perspective of experience*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
Tuan, Y.F. (1980). Rottenness versus sense of place. *Landscape, 24*, 3-8.
Twigger-Ross, C.L., Uzzell, D.L. (1996) Place and identity processes. *Journal of Environmental Psychology, 16, 3*, 205-220.
Uzzell, D., Moser, G. (2006). Environment and quality of life. *European Review of Applied Psychology, 56, 1*, 1-4.
Vaske, J.J., Kobrin, K.C. (2001). Place attachment and environmentally responsible behavior. *Journal of Environmental Education, 32, 4*, 16-22.
Vignoles, V.L., Chryssochoou, X., Breakwell, G.M. (2000). The distinctiveness principles: identity, meaning, and the bounds of cultural relativity. *Personality and Social Psychology Review, 4, 4*, 337-354.
Vivero, V.N., Jenkins, S.R. (1999). Existential hazards of the multicultural individual: Defining and uderstanding „cultural homelessness". *Cultural Diversity and Ethinic Minority Psychology, 5, 1*, 6-26.
Wallenius, M (1999). Personal projects in everyday places: perceive supportiveness of the environment and psychological well-being. *Journal of Environmental Psychology, 19, 2*, 131-143.
Wells, N.M. (2005). Our housing, our selves: A longitudinal investigation of low-income women's participatory housing experiences. *Journal of Environmental Psychology, 25, 2*, 189-206.
Williams, D.R. (2002). Leisure identities, globalization, and politics of place. *Leisure Science, 14*, 29-46.
Zimbardo, P.G., Boyd, J.N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology, 23*, 1007-1023.
Ziółkowski M. (2001). Pamięć i zapominanie. Trupy w szafie polskiej zbiorowej pamięci. *Kultura i Społeczeństwo, 3-4.*
Znaniecki, F., Ziółkowski, J. (1984). *Czym jest dla ciebie miasto Poznań?* Warszawa-Poznań: PWN.

4. MANIPULACJE SPOŁECZNE JAKO ZAGROŻENIE CYWILIZACYJNE

Makiaweliści w sieci społecznych powiązań. Czy makiawelizm jest zagrożeniem*

Irena Pilch
Uniwersytet Śląski

WPROWADZENIE

W latach 60-tych XX wieku, gdy Richard Christie i jego współpracownicy prowadzili badania nad niedawno opisanym syndromem osobowości makiawelicznej, nie sądzili prawdopodobnie, że po latach badań, słowo makiawelizm nabierze nowych, negatywnych znaczeń, kojarząc się nie tylko z pozbawionym skrupułów działaniem, lecz także z różnego typu zaburzeniami osobowości i z szeregiem problemów w życiu osobistym i zawodowym. Christie uważał makiawelistów raczej za „urodzonych zwycięzców", których metody osiągania celów nie do końca, być może, zasługują na pochwałę, ale za to pragmatycznych, nastawionych zadaniowo i przede wszystkim skutecznych. Jedną z właściwości tej grupy ludzi był, jak wówczas zakładano, brak patologii. Przypisywany im brak konwencjonalnie pojmowanej moralności nie oznaczał, że są niemoralni, ale raczej „moralni inaczej" – moralność niekiedy ustępuje miejsca prawdziwie racjonalnemu myśleniu. Długo sądzono, że makiaweliści nie kłamią więcej, lecz jedynie skuteczniej, nie oszukują więcej, lecz może sensowniej, kiedy okoliczności temu sprzyjają. Przez kontrast, niemakiawelista, o którym pisano niewiele, był po prostu cech charakterystycznych makiawelisty pozbawiony. Nie umiał dostosować swego zachowania do wymogów sytuacji, być wystarczająco „elastycznym", czy to w sytuacji wyboru strategii zachowania, czy w sprawach moralności. W sytuacjach zadaniowych niepotrzebnie wikłał się w emocjonalne zachowania, nawiązywał głębszą relację z partnerem tam, gdzie wcale nie było to dla niego korzystne czy potrzebne, a gdy partner zawiódł jego oczekiwania, dziwił się i denerwował, pozwalając, by uczucia zaciemniały obraz sprawy. Słowem, makiawelista demonstrował przewagę w tych typach sytuacji, gdzie makiawelizm w ogóle miał szansę wpływać na zachowanie, zaś niemakiawelista był tym, który musi uznać jego wyższość.

Z czasem na tym wyidealizowanym nieco obrazie zaczęły pojawiać się rysy. Okazało się, że ta świetnie radząca sobie w laboratorium psychologicznym osoba, nie do końca potrafi wykorzystać swą przewagę, wynikającą chociażby z większego repertuaru dostępnych w każdej sytuacji środków (gdyż żaden nie jest, ze względów etycznych, zabroniony), czy też z umiejętności odcinania się od własnych emocji, gdy mogą one utrudniać osiągnięcie celu. Makiawelista w realnym życiu niekoniecznie wygrywa, mimo iż jego psychologiczny portret, z wyjątkiem związków z patologią, właściwie się nie zmienił. Przyjrzyjmy się makiawelistom w różnych perspektywach: z punktu widzenia dotkniętej nim osoby, jej partnerów, grupy do której należy, organizacji, której jest członkiem, i całego społeczeństwa. Sprawdźmy, czy w badaniach prowadzonych po wydaniu monografii Christiego i Geis (1970), a przede wszystkim w tych najnowszych, znajdziemy argumenty „przeciw" makiawelicznej osobowości i w ten sposób odpowiemy na pytanie, czy makiawelizm jest groźny ze społecznego punktu widzenia.

MAKIAWELIZM A DOBRO JEDNOSTKI

Związek makiawelizmu z licznymi patologiami znalazł potwierdzenie w wielu badaniach. Dotyczy to psychotyzmu, psychopatii, narcyzmu, aleksytymii i zaburzeń osobowości: osobowości pogranicznej, paranoidalnej, pasywno-agresywnej i antyspołecznej (Allsopp, Eysenck, Eysenck, 1991; Christoffersen, Stamp, 1995; Marušić, Bratko, Zarevski, 1995; McHoskey, Worzel i Szyarto, 1998; Paulhus, Williams, 2002; McHoskey, 2001; Lee, Ashton, 2005; Jakobwitz, Egan, 2006; Wastell, Booth, 2003).

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy w kontekście narastania zagrożeń,* pod red. K. Popiołek, A. Bańki, Poznań 2007 SPiA, s. 90–99.

Makiaweliści zgłaszają ponadto bardzo wiele problemów interpersonalnych, na przykład nadmierną mściwość, rywalizacyjność, zazdrość, trudność w uwzględnianiu potrzeb innej osoby, w zaufaniu, w wyrażaniu podziwu, wyrażaniu uczuć wprost, w cieszeniu się szczęściem innej osoby, w okazywaniu przywiązania i odczuwaniu bliskości (Gurtman, 1992). W tym samym badaniu niemakiaweliści nie zgłaszali trudności interpersonalnych, także tych, które związane są z łatwowiernością, naiwnością, brakiem asertywności, co świadczy o tym, że nie czuli się wykorzystywani przez innych. Choć powyższe zależności mają charakter statystyczny, pozwalają wnioskować o niższej jakości życia osób charakteryzujących się wysokim makiawelizmem.

Człowiek jest istotą społeczną, więc zaspokojenie części jego potrzeb jest możliwe jedynie poprzez związek z drugim człowiekiem. Niezależnie od kultury, w której wzrastają, jednostki są motywowane do nawiązywania i utrzymywania bliskich związków z innymi ludźmi (Baumeister, Leary, 1995). Makiawelista spostrzega, że inni ludzie są dla niego „dawcami" dóbr, więc nastawiony jest na szukanie sposobu, by dobra te od nich uzyskać. Pewien rodzaj dóbr jest jednak trudno osiągalny tą metodą – trudno jest „zdobyć", manipulując, czyjąś przyjaźń lub miłość, a jeszcze trudniej je utrzymać, nie rewanżując się wzajemnością. Potrzeby społeczne makiawelisty, związane z długotrwałymi, intymnymi relacjami, mogą nie być należycie zaspokajane (Wilson, Near, Miller, 1996; Pilch, 2006).

MAKIAWELISTA W ZWIĄZKU INTERPERSONALNYM

Makiawelista jest egocentryczny, skoncentrowany na własnych celach bardziej, niż na celach partnera czy na dobru relacji, nieskłonny lub niezdolny do przyjmowania perspektywy partnera. Makiawelizm koreluje ujemnie z właściwościami niezbędnymi dla satysfakcjonującego współżycia z innymi ludźmi: inteligencją emocjonalną, empatią, altruizmem i zainteresowaniem społecznym (Sjöberg, 2001; Sjöberg, Littorin, 2003; Rushton, Chrisjohn, Fekken, 1981). W badaniu Chen, Lee-Chai i Bragha (2001) makiawelizm korelował z kwestionariuszowo mierzonymi: orientacją na wymianę – dodatnio i z orientacją na wspólnotę – ujemnie. Makiawelista nie jest pożądanym towarzyszem – nie był preferowany jako współlokator, partner w biznesie, powiernik, przełożony i wierzyciel (Wilson, Near, Miller, 1998).

Osoba nawiązująca związek z makiawelistą nie powinna oczekiwać z jego strony lojalnego i uczciwego zachowania. Z badań Kashy i DePaulo (1996) wynika, że w codziennym życiu makiaweliści kłamią więcej a ich kłamstwa dostarczają korzyści głównie im samym. Kłamstwa niemakiawelistów są bardziej altruistyczne i skierowane na ochronę interesów innych ludzi. Makiaweliści byli świadomi tego, że kłamią więcej niż inni i uważali się za bardziej skutecznych kłamców niż niemakiaweliści. W innym badaniu (Gozna, Vrij, Bull, 2001) manipulanci odczuwali mniejszą winę z powodu kłamania, mówili, że kłamstwo jest dla nich łatwe, odczuwali większą radość z kłamania, uważali, że są dobrymi kłamcami i że ich kłamstwa są trudne do wykrycia. W niektórych badaniach makiawelizm był najmocniejszym predyktorem nieetycznych zachowań (Beu, Buckley, Harvey, 2003). W innych był powiązany z łagodniejszą oceną nieetycznych zachowań (Henik, 2005; Cyriac, Dharmaraj, 1994). Wrażliwość etyczna makiawelisty, dotycząca niesprawiedliwości i naruszania norm społecznych, okazała się niesymetryczna i dotyczyła wyłącznie tych sytuacji, gdzie on sam był osobą pokrzywdzoną (Schmitt, Gollwitzew, Maes, Arbach, 2005).

Co wiemy o życiu intymnym makiawelistów? W badaniach McHoskey'ego (2001) makiaweliczni mężczyźni byli wrodzy i promiskuityczni, wymuszający seks siłą i udający miłość w celu zdobycia partnerki, mieli wiele partnerek i byli skłonni do zdrady, zaś kobiety cechowało poczucie winy i brak satysfakcji. Z kolei w badaniach Figueredo i in. (2005) makiawelizm okazał się silnie związany ze strategią reprodukcyjną nastawioną na ilość potomstwa, cechującą się niskimi inwestycjami rodzicielskimi i związaną z większym zainteresowaniem aktywnością seksualną. Makiaweliczni mężczyźni wydają się, w świetle tych badań, mało atrakcyjni zarówno w roli romantycznego partnera, jak i kandydata na ojca.

Nieco inne spojrzenie na relacje makiawelistów w diadzie proponuje teoria gier. W eksperymencie z użyciem gry (Gunnthorsdottir, McCabe, Smith, 2002) niemakiaweliści odwzajemniali zaufanie częściej niż makiaweliści (a więc poziom makiawelizmu przewidywał wzajemność w tym zakresie). W innym eksperymencie (Burks, Carpenter, Verhoogen, 2003) makiawelizm przewidywał okazywanie zaufania. Te dwa badania ujawniły obie strony strategii makiawelicznej: brak wzajemności i brak zaufania. Oba te czynniki są koniecznymi składnikami każdego bliskiego związku. Natomiast niemakiaweliści łatwo wchodzą w relację z partnerem i aktywnie kooperują, gdy czują zachętę ze strony partnera, nie

zdradzają jako pierwsi, lecz stosują strategię „wet za wet", gdy są do tego zmuszani (Wilson i in., 1996).

Badanie Rusbult i in. (1991) dowodzą, że to samo, uważane za pożądane, zachowanie interpersonalne, może zmieniać swe znaczenie, gdy stosowane jest przez makiawelistę jedynie z powodów egocentrycznych. W badaniu tym, dotyczącym zachowań partnerów romantycznych w sytuacji konfliktowej, makiawelizm był co prawda skorelowany ujemnie, ale nieistotnie z akomodacją jako pożądaną reakcją na agresję partnera (polegającą na zatrzymaniu impulsu, by działać destrukcyjnie i angażowaniu się w konstruktywne zachowanie). Makiaweliście łatwiej jest zastosować akomodację niż oburzonemu nielojalnym zachowaniem partnera niemakiaweliście. Akomodacja może być dobrą metodą szybkiego uspokojenia partnera i na pewno jest najlepszą metodą osiągnięcia swego celu pomimo agresji partnera. Stąd przypuszczenie, że makiawelista będzie unikał akomodacji jest nietrafne, a sama akomodacja staje się techniką manipulacji parterem.

MAKIAWELISTA JAKO CZŁONEK GRUPY

Istotą zachowania makiawelisty w grupie jest niewybiórcza rywalizacja i przedkładanie własnych celów i potrzeb nad cele grupowe. Nastawienie na wymianę (Chen i in., 2001) sprawia, że w ograniczonym zakresie makiaweliści mogą pracować dla dobra grupy, dopóki wymiana wydaje im się korzystna. Jednak, podobnie jak w bliskim związku, trudno byłoby wymagać od nich lojalności. Makiaweliści rywalizują niezależnie od własnego nastroju i od sytuacji (Forgas, 1998). Teoretycznie, mogliby być dla grupy pożyteczni, gdyby tą ich właściwość wykorzystać przeciwko innym grupom. W badaniu Wilsona i in (1998) makiawelista był preferowany jedynie w roli członka zespołu negocjacyjnego, gdzie jego właściwości mogły być wykorzystane na zewnątrz grupy. Jednak w praktyce takie rozdzielenie ról wydaje się trudne, nawet w grupach formalnych. Grupa musiałaby zastosować strategię makiaweliczną wobec takiego członka, i „wykorzystywać" go dla dobra wspólnego, izolując go jednocześnie, by nie zaszkodził wspólnocie. Łatwiej jest rozpoznać makiawelistów i usunąć ich z grupy. Jeśli mechanizm takiej segregacji jest w danej grupie efektywny, makiaweliści zostają z niej wyeliminowani, co minimalizuje wewnątrzgrupową rywalizację (Wilson i in. 1996). Oczywiście, jak zauważa Mealey (1995) mogą zdarzać się sytuacje, gdy relacje długoterminowe, oparte na kooperacji i zaufaniu, będą niemożliwe i wtedy stosowana przez makiawelistów strategia bezosobowego, chłodnego i racjonalnego podejścia do partnerów może być najskuteczniejsza – z punktu widzenia makiawelisty, lecz nie jego partnerów.

Mimo iż negatywny wpływ makiawelizmu na procesy grupowe wydaje się oczywisty, można zastanawiać się nad ewentualnymi, pozytywnymi jego skutkami w sytuacji zadaniowej, gdy pragmatyczne i racjonalne nastawienie członków może zapewnić sukces grupie. W eksperymencie Jonesa i White'a (1983) makiawelizm członków rzeczywiście pozwalał skutecznie przewidywać sukces zespołu w długotreminowej grze biznesowej. Jednak w podobnych badaniach (Jaffe, Nebenzahl, Gotesdyner, 1989) makiawelizm nie wpłynął na wyniki. Dodatkowo, uczestnicy oceniali makiawelistów nieprzychylnie: ich zachowania wydawały się nieprzyjazne, nieprzyczyniające się do osiągnięcia celów grupowych, wprowadzające zamieszanie. Natomiast w eksperymencie Drory'ego i Gluskinosa (1980) rozwiązujące zadanie grupy, kierowane przez makiawelistów i niemakiawelistów, nie różniły się poziomem wykonania. Prawdopodobnie, w ściśle określonych warunkach i w krótszym odcinku czasu, makiawelizm członków grupy może wpływać pozytywnie na poziom wykonania zadań, tak jak niekiedy przyczynia się do osiągnięcia konkretnego celu przez jednostkę.

Czy makiawelistów, jako członków i liderów grupy, cechuje umiejętność elastycznego reagowania? Wyniki badań na pozór są sprzeczne. Sztywność makiawelistów ujawnia się na poziomie motywacyjnym – prawdopodobnie nie są oni w stanie działać wbrew wąsko pojmowanym, własnym interesom. Z tym wiąże się sztywne nastawienie rywalizacyjne. W ramach tej orientacji makiawelista szuka najlepszego dla siebie sposobu zachowania, i w tym znaczeniu jest elastyczny. Kooperację może on „stosować", gdy jest opłacalna, jednak jest to kooperacja pozorna, ponieważ u jej podłoża leży motywacja egocentryczna, nigdy dobro wspólne.

MAKIAWELIZM W ORGANIZACJI

Makiawelizm, nazywany czasem „osobowością polityczną", jest cechą prawdopodobnie często spotykaną na wyżynach władzy. Jaka jest przydatność makiawelisty w roli lidera? W swoim modelu przywództwa Ashkanasy i Dasborough uwzględniają dwa czynniki: inteligencję emocjonalną lidera oraz jego poziom makiawelizmu. Inteligencja emocjonalna, dzięki której lider rozumie emocje podwładnych i może nimi kierować, jest warunkiem budowania przywództwa transformacyjnego. Makiawelizm działa destrukcyjnie, co jest szczególnie groźne dla

organizacji, jeśli lider dysponuje wysoką emocjonalną inteligencją, dzięki czemu może maskować swoje rzeczywiste motywy. Lider taki może być przez podwładnych spostrzegany jako lider transformacyjny, choć w rzeczywistości jest pseudo-liderem, wykorzystującym swe umiejętności do realizacji egoistycznych celów. Sankar (2003), podobnie jak Ashkanasy i Dasborough, uważa makiawelizm za decydujący o przydatności do roli przywódcy osób, które są osobowościowo do sprawowania władzy predestynowane. Pożądany dla organizacji będzie lider o wysokiej potrzebie władzy, zrównoważonej przez wysoką samoocenę, niski autorytaryzm i niski makiawelizm. Lipman-Blumen (1997), poszukując nowego modelu przywództwa, próbuje wyrwać pojęcie makiawelizmu z negatywnego kontekstu. Uważa za możliwe wykorzystanie mądrości Machiavellego, pozbawionej cynizmu i nieufności, dla dobra wspólnoty. Ten „oświecony" i samoograniczający się makiawelista byłby w stanie dokonać syntezy współzawodnictwa i współpracy. Pomijając utopijny charakter tego pomysłu, pozbawiając makiawelizm jego motywacyjnej istoty, autor pozbawia go jednocześnie ustalonego wcześniej znaczenia.

Przydatność makiawelisty do roli lidera w organizacji wydaje się znikoma. Czy jednak makiawelista może być cenionym i usatysfakcjonowanym pracownikiem? Badania zwykle wykazują brak związku między makiawelizmem a osiąganymi w pracy wynikami (Graham,1996; Hollon, 1983). W badaniu Ricksa i Fraedricha (1999) sprzedawcy makiawelińści co prawda osiągali wyższe wyniki sprzedaży, jednak mimo to byli gorzej oceniani przez swoich przełożonych. Makiawelizm często wiąże się z niższą satysfakcją z pracy (Hunt, Chonko, 1984; Hollon, 1983). Becker i O'Hair (w druku) badali skłonność do podejmowania prospołecznych zachowań w organizacji, polegających na nastawieniu kooperatywnym, sumienności i pomaganiu, a motywowanych postawą obywatelskiej troski (OCB – *organizational citizenship behavior*). Makiawelińści byli motywowani przez cele związane z autoprezentacją, a nie przez wartości prospołeczne i wspólnotowe, a ponieważ nie interesuje ich dobro innych, w zachowania typu OCB angażowali się selektywnie, tylko wtedy, gdy się im to opłacało. Nelson i Gilbertson (1991) uważają, że niebezpieczni dla organizacji mogą być głównie ci makiawelińści, którzy obdarzeni są umiejętnością strategicznego planowania. Niezależnie od miejsca, jakie zajmują w strukturze organizacyjnej, będą oni sprawnie i bez skrupułów wykorzystywać zasoby organizacji dla własnego dobra. Natomiast pozbawieni tej cechy makiawelińści „łagodni" są niegroźni, a nawet mogą być pożyteczni, jeśli ich umiejętności są wykorzystywane dla dobra organizacji, na przykład poprzez pełnienie roli negocjatora.

MAKIAWELIZM A DOBRO SPOŁECZNE

Działanie makiawelisty w szerszym kontekście społecznym sprawia problemy analogiczne do spotykanych w relacjach osobistych czy zawodowych. W warunkach szkolnych makiawelińści oszukiwali więcej, jednak brali przy tym pod uwagę, czy to się opłaca (Cizek, 1999, Nathanson, Paulhus, Williams, 2006). W badaniach dotyczących oszukiwania w stosunkach klient – usługodawca, makiawelińści byli bardziej skłonni do wyłudzania nienależnych świadczeń (Wirtz, Kum, 2004). Zarówno makiawelińści, jaki i niemakiawelińści byli wrażliwi na wpływ zmiennych sytuacyjnych, jednak całkiem inne czynniki brali pod uwagę: niemakiawelińści ryzyko zepsucia stosunków z firmą, a makiawelińści wielkość zysku i ryzyko. W innych badaniach (Nathanson, Paulhus, Williams, w druku; za: Nathanson, Paulhus, Williams, 2006) makiawelizm przewidywał znęcanie się, przestępstwo i użycie narkotyków. Ponieważ makiawelista nie ma zamiaru uczestniczyć na równych prawach w społecznej wymianie, nie jest pożądanym członkiem społeczności.

ZAKOŃCZENIE

Z czasem modyfikujemy swoje poglądy. Przekonujemy się, że łatwe recepty nie zawsze prowadzą do sukcesu. Gdy dążymy do ważnych dla nas celów, jesteśmy w stanie zrezygnować z dróg na skróty, zaczynamy rozumieć, że sukces „przeciwko innym" może w ostateczności okazać się przegraną. Czujemy, że nagroda dzielona z innymi smakuje lepiej i w sumie bardziej się opłaca. Oprócz jednostek zdecydowanie psychopatycznych, niezdolnych do współodczuwania, makiaweliczna część populacji łagodnieje w swych opiniach na temat ludzi i ocenach sposobów skutecznego działania. Proces ten jest udokumentowany, przynajmniej dla populacji Amerykanów – z wiekiem poziom makiawelizmu systematycznie się obniża (Mudrack, 1989). Zaczynamy doceniać walory współpracy. Stajemy się niemakiaweliczni. Proces ten można przyspieszyć – nie każdy musi uczyć się na własnych błędach. Gdyby potraktować makiawelizm jako „dziecięcą chorobę", światopogląd, który wielu z nas przyswaja i wypróbowuje, pozytywną rolę w mini-

malizowaniu jego wpływu może odgrywać kształcenie psychologiczne – dostarczanie wiedzy i umiejętności, umożliwiających realizację osobistych celów niemakiawelicznymi sposobami. Nie może to być psychologia, obecna czasem w programach szkoleń dla kadry kierowniczej czy dla sprzedawców, których celem jest przyswojenie „technik" czy trików, mających, wręcz mechanicznie, zwiększyć szansę realizacji celów osób szkolonych niezależnie lub wbrew celom czy woli partnera. Chodzi o psychologię, która swe źródło ma raczej w tradycji grup spotkaniowych Rogersa niż w szkoleniu w technikach skutecznej sprzedaży. Naszą wiedzę możemy przekazywać w taki sposób, aby nie była później używana jako narzędzie przeciwko innym, lecz by do innych zbliżała, przybliżając nas jednocześnie do świata niemakiawelistów – gołębi, w którym, jak w grze o sumie niezerowej, wszystkie zaangażowane strony mają szansę jednoczesnego zwycięstwa. Taki światopogląd nie gwarantuje wygranej dla wszystkich, ale możliwość tej wygranej zdecydowanie przybliża.

LITERATURA

Allsopp, J., Eysenck, H.J., Eysenck, S.B.G. (1991). Machiavellianism as a component in psichoticism and extraversion. *Personality and Individual Differences, 12, 1*, 29–41.

Ashkanasy, N.M., Dasborough, M.T. (2003). *Emotional processes in military leadership*. The University of Queensland, Australia, unpublished manuscript.

Baumeister, R.F., Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*, 497–529.

Becker, J.A.H., O'Hair, H.D. (w druku). Machiavellians' motives in organizational citizenship behavior. *Journal of Applied Communication Research*.

Beu, D.S., Buckley, M.R., Harvey, M.G. (2003). Ethical decision-making: a multidimensional construct. *Business Ethics: A European Review, 12, 1*, 88–106.

Burks, S.V., Carpenter, J.P., Verhoogen, E. (2003). Playing both roles in the trust game. *Journal of Economic Behavior and Organization, 51*, 195–216.

Chen, S., Lee-Chai, A.Y., Bragh, J.A. (2001). Relationship orientation as a moderator of effects of social power. *Journal of Personality and Social Psychology, 80, 2*, 173–187.

Christie, R., Geis, F.L. (1970). *Studies in machiavellianism*. New York: Academic Press.

Christoffersen, D., Stamp, C. (1995). Examining the relationship between machiavellianism and paranoia. *Psychological Reports, 76*, 67–70.

Cizek, G.J. (1999). *Cheating on tests: How to do it, and prevent it*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Cyriac, K., Dharmaraj, R. (1994). Machiavellianism in Indian management. *Journal of Business Ethics, 13*, 281–286.

Drory, A., Gluskinos, U.M. (1980). Machiavellianism and leadership. *Journal of Applied Psychology, 65*, 81–86.

Figueredo, A.J., Vasquez, G., Brumbach, B.H., Sefcek, J.A., Kirsner, B.R., Jacobs, W.J. (2005). The K-factor: Individual differences in life history strategy. *Personality and Individual Differences, 39*, 1349–1360.

Forgas, J.P. (1998). On feeling good and getting your way: Mood effects on negotiator cognition and bargaining strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 565–577.

Gozna, L.F., Vrij, A., Bull, R. (2001). The impact of individual differences on perceptions of lying in everyday life and in a high stake situation. *Personality and Individual Differences, 31*, 1203–1216.

Graham, J.H. (1996). Machiavellian project managers: do they perform better? *International Journal of Project Management, 14, 2*, 67–74.

Gunnthorsdottir, A., McCabe, K., Smith, V. (2002). Using the Machiavellianism instrument to predict trustworthiness in a bargaining game. *Journal of Economic Psychology, 23*, 49–66.

Gurtman, M.B. (1992). Trust, distrust, and interpersonal problems: A circumplex analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 989–1002.

Henik E. (2005). *Ethical decision-making in the domain of whistle-blowing: How issue characteristics affect judgements and intentions*. Center for Responsible Business, Working Paper Series. Berkeley: University of California.

Hollon, C.J. (1983). Machiavellianism and managerial work attitudes and perceptions. *Psychological Reports, 52*, 432–434.

Hunt, S.D., Chonko, L.B. (1984). Machiavellianism and marketing. *Journal of Marketing, 48*, 30–42.

Jaffe, E.D., Nebenzahl, I.D., Gotesdyner, H. (1989). Machiavellianism, task orientation, and team effectiveness revisited. *Psychological Reports, 64*, 819–824.

Jakobwitz, S., Egan, V. (2006). The dark triad and normal personality traits. *Personality and Individual Differences, 40*, 331–339.

Jones, R.E., White, C.S. (1983). Relationships between Machiavellianism, task orientation and team effectiveness. *Psychological Reports, 53*, 859–866.

Kashy, D.A., DePaulo, B.M. (1996). Who lies? *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 1037–1051.

Lee, K., Ashton, M.C. (2005). Psychopathy, machiavellianism, and narcissism in the five-factor model and the HEXACO model of personality structure. *Personality and Individual Differences, 38*, 1571–1582.

Lipman-Blumen, J. (1997). *Connective leadership – a new paradigm*. Drucker Magazine, 1, 1, 12–19.

Marušić, I., Bratko, D., Zarevski, P. (1995). Self-reliance and some personality traits: sex differences. *Personality and Individual Differences, 19, 6*, 941–943.

McHoskey, J.W. (2001). Machiavellianism and personality dysfunction. *Personality and Individual Differences, 31*, 701–798.

McHoskey, J.W. (2001). Machiavellianism and sexuality: on the moderating role of biological sex. *Personality and Individual Differences, 31*, 779–789.

McHoskey, J.W., Worzel, W., Szyarto, C. (1998). Machiavellianism and psychopathy. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 192–210.

Mealey, L. (1995). The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutionary model. *Behavioral and Brain Sciences, 18*, 532–599.

Mudrack, P.E. (1989). Age-related differences in Machiavellianism in an adult sample. *Psychological Reports, 64*, 1047–1050.

Nathanson, C., Paulhus, D.L., Williams, K.M. (2006). Predictors of a behavioral measure of scholastic cheating: Personality and competence but not demographics. *Contemporary Educational Psychology, 31*, 97–122.

Nathanson, C., Paulhus, D.L.,Williams, K.M. (w druku). Personality predictors and misbehavior correlates of body modification: Markers or cultural deviance? *Journal of Research of Personality*.

Nelson, G., Gilbertson, D. (1991). Machiavellianism revisited. *Journal of Business Ethics, 10*, 633–639.

Paulhus, D.L., Williams, K.M (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism. Machiavellianism and psychopathy. *Journal of Research in Personality, 36*, 556–563.

Pilch, I. (2006). *Makiawelizm a bliskość, zadowolenie i wsparcie w bliskim związku interpersonalnym*. Nie opublikowany maszynopis. Katowice: Uniwersytet Śląski.

Ricks, J., Fraedrich, J. (1999). The Paradox of Machiavellianism: Machiavellianism May Make for Productive Sales but Poor Management Reviews. *Journal of Business Ethics, 20*, 197–205.

Rusbult, C.E., Verette, J., Whitney, G.A., Slovik, L.F., Lipkus, I. (1991). Accomodation processes in close relationships: Theory and preliminary empirical evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 60, 1*, 53–78.

Rushton, J.P., Chrisjohn, R.D., Fekken, G.C. (1981). The altruistic personality and the self-report altruism scale. *Personality and Individual Differences, 2*, 293–302.

Schmitt, M., Gollwitzew, M., Maes, J., Arbach, D. (2005). Justice sensitivity: Assessment and location in the personality space. *European Journal of Psychological Assessment, 21, 3*, 202–211.

Sjöberg, L. (2001). Emotional intelligence: A psychometric analysis. *European Psychologist, 6, 2*, 79–95.

Sjöberg, L., Littorin, P. (2003). *Emotional intelligence, personality and sales performance*, SSE/EFI Working Paper Series in Business Administration, no 2003:8, Center for Risk Research, Stockholm School of Economics.

Wastell, C., Booth, A. (2003). Machiavellianism: An alexithymic perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology. 22, 6*, 730–744.

Wilson, D.S., Near, D., Miller, R.R. (1996). Machiavellianism: A Synthesis of the Evolutionary and Psychological Literature. *Psychological Bulletin 119, 2*, 285–299.

Wilson, D.S., Near, D.C., Miller, R.R. (1998). Individual differences in Machiavellianism as a mix of cooperative and exploitative strategies. *Evolution and Human Behavior, 19*, 203–212.

Wirtz, J., Kum, D. (2004). Consumer cheating on service guarantees. *Journal of Academy of Marketing Science, 32, 2*, 159–175.

Ambiwalencja postaw wobec ofiar przemocy i jej związek z wykluczeniem społecznym*

Piotr Passowicz

Uniwersytet Jagielloński

Małgorzata Wysocka-Pleczyk

Uniwersytet Jagielloński

WPROWADZENIE

W artykule chcielibyśmy przedstawić opis empirycznej próby ujęcia ambiwalencji postaw wobec ofiar przemocy seksualnej. Zarówno bowiem analiza modeli opisujących podejmowanie działań pomocowych (np. modelu Latane'go i Darley'a – por np. Wojciszke, 2000), jak też analiza licznych przypadków z praktyki klinicznej i interwencyjnej, dostarczają wielu wskazówek pokazujących, iż można pomagać osobom poszkodowanym niekoniecznie darząc je sympatią, czy też obawiając się równocześnie o własne bezpieczeństwo. Jak postaramy się pokazać można równocześnie posiadać negatywne i pozytywne przekonania na temat danej osoby lub też pozytywne i negatywne emocje. Mogą się one ze sobą przeplatać tworząc dynamicznie ujmowaną ambiwalencję wobec przedmiotu postawy.

Tak ujmowana ambiwalencja może przejawiać się na trzy sposoby: 1) sądy i przekonania dotyczące obiektu postawy niespójne w swojej ewaluatywnej wymowie tworzą **ambiwalencję poznawczą** (*cognitve ambivalence*), 2) o **ambiwalencji afektywnej** mówimy w sytuacji, gdy myśląc o przedmiocie postawy odczuwamy tzw. mieszane uczucia (*affective ambiwalence*), 3) natomiast **ambiwalencja afektywno-poznawcza** (*affective-cognitve ambiwalence*) opisuje sytuację, w której pozytywnym sądom towarzyszą negatywne emocje dotyczące obiektu postawy lub też z pozytywnymi emocjami współwystępują negatywne sądy (Jonas, Broemer i Diehl, 2000).

POSTAWY WOBEC OFIAR GWAŁTU W ŚWIETLE BADAŃ WŁASNYCH

Prezentowane w niniejszym opracowaniu fragmenty badań poświęcone były postawom osób mogących mieć w przyszłości, z racji wykonywanego zawodu, bliski kontakt z ofiarami przemocy. Wstępnie przebadano 171 studentów I-go roku psychologii stosowanej. Wybór grupy podyktowany był, bliskim nam, rozumieniem interwencji kryzysowej, sformułowanym przez L.A. Hoff (1995), wedle którego każdy członek społeczności, a w szczególności, przedstawiciele zawodów pomocowych powinni być wyedukowani w przeprowadzeniu oceny kryzysu na tzw. pierwszym poziomie i podjęciu podstawowych kroków interwencyjnych.[1] Do dalszych badań zakwalifikowano jednak jedynie 161 osób – 10 osób wyeliminowano z grupy badawczej ze względu na zbyt wysoki poziom Lęku-Cechy (na poziomie 9–10 stena), mierzonym za pomocą kwestionariusza STAI Spielbergera (por. Wrześniewski i Sosnowski, 1987). Z udziału w badaniach wykluczono również osoby, które były w przeszłości ofiarami przestępstw o charakterze seksualnym, ze względu na ich urazowy charakter (sprawdzanych za pomocą specjalnie skonstruowanych pytań ankietowych).

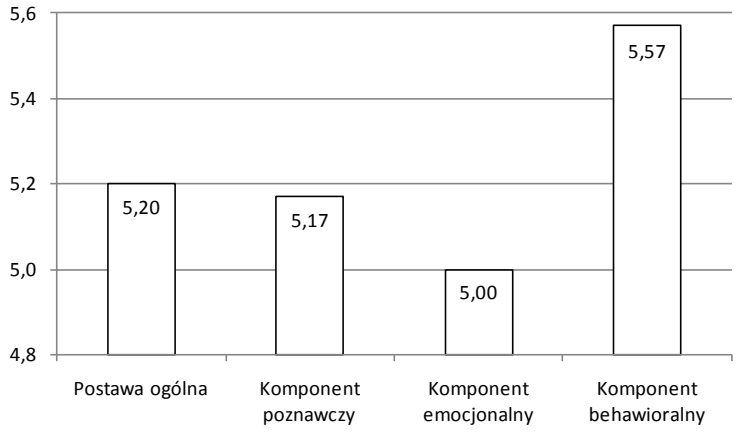
Postawę wobec ofiar gwałtów mierzono za pomocą specjalnie skonstruowanego kwestionariusza, opartego na klasycznej definicji postawy, zakładającej jej trójkomponentową strukturę, w myśl której postawa to „względnie trwała struktura procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek wobec danego przedmiotu" (Mika, 1982, s. 116). Kwestionariusz składa się z trzech skal, dotyczących poszczególnych

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy w perspektywie psychologicznej,* pod red. K. Popiołek, A. Bańki, Poznań 2010 SPiA, s. 96–103.

[1] Uważamy, ze taki dobór grupy, może sprzyjać również praktycznemu zastosowaniu uzyskanych wyników w edukacji zawodowej psychologów.

komponentów postawy. Osoby badane zapoznawano najpierw z krótką historyjką, w której opisano przychodzącą na komisariat policji 35-letnią zszokowaną kobietę, która zgłaszała dyżurującemu policjantowi, że została zgwałcona.[2] Następnie proszono badanych o wypełnienie kwestionariusza.

Uzyskane wyniki w poszczególnych skalach przedstawiono graficznie na Wykresie 1.



Wykres 1. Postawa osób badanych wobec ofiary zgwałcenia (wyniki mogły przybierać wartości w przedziale 1–7)

Uzyskane wyniki wskazują, że jawnie deklarowana przez studentów psychologii postawa wobec ofiar gwałtu jest umiarkowanie pozytywna, zarówno ogólnie, jak i we wszystkich komponentach. Najbardziej pozytywny jest deklarowany komponent behawioralny, czyli gotowość do niesienia pomocy ofiarom napaści.

Jeżeli jednak wyodrębni się pytania o najniższych i najwyższych średnich wartościach dla badanej grupy i dokona analizy ich zawartości treściowej, to obraz się komplikuje. Można bowiem stwierdzić, iż deklarowane sądy o najwyższych wartościach średniej potwierdzają, że postawa wobec ofiar gwałtu jest umiarkowanie pozytywna, w tym odzwierciedlają spostrzeżenie, iż najbardziej pozytywny jest deklarowany komponent behawioralny. Jednakże deklarowane sądy o najniższej wartości średnich pokazują tendencję, do niedoceniania lęku, który może towarzyszyć wchodzeniu w kontakt z ofiarą i wręcz może prowadzić do zaprzeczania niemożności wpływu przez ofiarę na dokonanie gwałtu, przy równoczesnej tendencji do chronienia się przed bliskością z ofiarą, co może sugerować bardzo subtelną, ale widoczną tendencję do pomniejszana wagi zdarzenia i dystansowania się wobec ofiary. Innymi słowy delikatnie zarysowuje się tu pewna ambiwalencja, która wcześniej nie była widoczna.

Wyniki poddano następnie eksploracyjnej analizie czynnikowej, w celu wyodrębnienia innych składowych strukturalnych postawy wobec ofiar gwałtu. Możliwość interpretacji wyników przeprowadzonej eksploracyjnej analizy czynnikowej wymagają daleko posuniętej ostrożności, przy zachowaniu świadomości, iż „interpretacja struktury czynnikowej wyodrębnionej za pomocą technik eksploracyjnych jest jedynie hipotezą" (Zakrzewska, 1994, s. 81). Tym niemniej jednak, pozostając w zgodzie z głównym zastosowaniem EFA, którym jest próba wyodrębnienia nowych wymiarów, czy aspektów zmiennych, można zaryzykować spostrzeżenie, iż **zestawienie poszczególnych itemów** w danym czynniku wskazuje na obecność specyficznej struktury poznawczej, która odzwierciedla uczucia i przekonania, jak i intencje zachowaniowe badanych. Ujmując to bardziej precyzyjnie owa struktura możliwa jest do dostrzeżenia jeżeli spróbuje się odczytać jako całość stwierdzenia poszczególnych itemów wchodzących w skład danego czynnika, a następnie, jeśli dokona się klaryfikacji treści itemów w kilku słowach. Taki zabieg wymaga połączenia wiedzy i intuicji i zawsze jest uznaniowy, ale równocześnie konieczny aby czynnik otrzymał, zgodnie z logiką samej procedury statystycznej, konkretną nazwę. Pamiętać jednocześnie należy, iż „obróbka treściowa" poszczególnego czynnika powinna być uzupełniona o interpretację

[2] Więcej na temat kwestionariusza można znaleźć w Wysocka-Pleczyk i Passowicz (2005).

zakładającą, iż czynniki stanowią pewną całość, odzwierciedlającą istotny wymiar postawy.

ZWIĄZEK POMIĘDZY POSZCZEGÓLNYMI CZYNNIKAMI POSTAWY A MOŻLIWYMI MECHANIZMAMI REAGOWANIA – OPERACJONALIZACJA MODELU WYKLUCZANIA OFIAR PRZEMOCY

Poniżej przedstawione są wyniki. Czynniki przedstawione są w kolejności właściwej, z podaniem nazwy ogniskującej jego treść, wraz z krótką charakterystyką. W nawiasach dopisano spodziewany mechanizm psychologiczny reagowania na kontakt z ofiarą gwałtu. Związek przyczynowy pomiędzy treścią czynnika a mechanizmem znajduje swoje merytoryczne uzasadnienie i rozwinięcie na poziomie teoretycznym w modelu prezentującym mechanizmy wykluczania ofiar przemocy, przedstawionym w artykule M. Wysocka-Pleczyk, P. Passowcz „Próba modelowego ujęcia mechanizmów wykluczania ofiar przemocy" zamieszczonym w niniejszym tomie. Opierając się na rozważaniach w nim zamieszczonym przyjęto, że w kontakcie z ofiarą zgwałcenia możliwe są trzy reakcje psychologiczne: 1) reinterpretacja zaistniałej sytuacji poprzez obwinianie ofiary, 2) uruchomienie procesów restytucji sprawiedliwości (zarówno poprzez pomaganie ofierze, jak i dążenie do ukarania sprawcy), 3) uruchomienie procesu odsuwania się od ofiary i jej izolacji. Należy przy tym zaznaczyć, że reakcje te nie muszą objawiać się w dostępnych bezpośredniej obserwacji zewnętrznych zachowaniach.

CZYNNIK I – **OBWINIANIE OFIARY** (a Cronbacha = 0,9) – przypisywane ofierze odpowiedzialności i winy za zaistniałą sytuację, wpływu na bieg zdarzeń, braku rozsądku, uznawanie, że to zachowanie ofiary sprowokowało przestępstwo; (sprzyja to reinterpretacji zaistniałej sytuacji poprzez obwinianie ofiary).

CZYNNIK II – **STYGMATYZACJA OFIARY** (a=0,9) – przypisywanie ofierze takich cech jak nieuczciwość, „krzykliwość", brak skromności, uznawanie, że ofiara nie była „porządną kobietą" i zasługiwała na to, co ją spotkało; czynnik ten odzwierciedla stereotyp, w myśl którego gwałcone są kobiety, mają tendencje do niemoralnych zachowań, między innymi poprzez odrzucenie społecznej konwencji represji swojej agresywności i popędowości; (sprzyja to reinterpretacji sytuacji poprzez odwołanie się do kulturowo obecnego seksistowskiego stereotypu „idealnej kobiecości").

CZYNNIK III – **AKCEPTACJA OFIARY** (α=0,92) – deklarowanie społecznej bliskości z ofiarą, akceptacja ofiary jako znajomego, kolegę, sąsiada; (stanowi to podłoże do uruchomienia procesów restytucji sprawiedliwości poprzez pomaganie ofierze lub dążenie do ukarania sprawcy).

CZYNNIK IV – **PODOBIEŃSTWO OFIARY** (α=0,89) – spostrzeganie ofiary jako podobnej pod względem światopoglądu, charakteru, przeżywanych emocji, wyglądu; (może to sprzyjać zarówno uruchomieniu procesów restytucji sprawiedliwości, jak też reinterpretacji zaistniałej sytuacji).

CZYNNIK V – **MARGINALIZACJA SPOŁECZNA OFIARY** (α=0,86) – społeczna marginalizacja ofiary poprzez spostrzeganie jej jako osoby niesamodzielnej i oczekującej pomocy, bezradnej, naiwnej i dziecinnej, samotnej; (również ten czynnik może sprzyjać zarówno uruchomieniu procesów restytucji sprawiedliwości, jak też reinterpretacji zaistniałej sytuacji).

CZYNNIK VI – **ZAANGAŻOWANIE NA RZECZ OFIARY** (α=0,83) – obejmuje deklarowane zaangażowanie w długotrwałe działania na rzecz ofiar poprzez wolontariat w organizacjach wspomagających ofiary, chęć płacenia dobrowolnych składek na rzecz ofiar, czy gotowość do płacenia stałego podatku na ich rzecz; (podłoże do uruchomienia procesów restytucji sprawiedliwości).

CZYNNIK VII – **WPŁYW TRAUMY** (α=0,76) – uznawanie, że zdarzenie miało na ofiarę wpływ społecznie inwalidujący poprzez spostrzeganie jej jako osoby bardziej nieszczęśliwej niż inni ludzie, nie potrafiącej cieszyć się życiem, mającej często kłopoty w sytuacjach towarzyskich; (może to stanowić podłoże do uruchomienia procesów odsuwania i izolacji ofiary lub reinterpretacji sytuacji).

CZYNNIK VIII – **LEKCEWAŻENIE OFIARY** (α=0,78) – pojawianie się u świadków takich zdarzeń uczuć lekceważenia dla ofiary, pogardy, niechęci, litości; (może to prowadzić do uruchomienia procesów odsuwania i izolacji ofiary).

CZYNNIK IX – **WROGOŚĆ WOBEC OFIARY** (α=0,77) – spostrzeganie ofiary jako osoby, na co dzień aroganckiej, odpychającej, agresywnej, pochodzącej z zaniedbanego środowiska; (może to stanowić podłoże do uruchomienia procesu odróżnoradniania).

CZYNNIK X – **ZROZUMIENIE OFIARY** (α=0,68) – spostrzeganie ofiary jako osoby oczeku-

jącej od swojego otoczenia akceptacji i wsparcia, pojawianie się u świadków takich zdarzeń uczucia lęku i bezradności; (daje to podłoże do uruchomienia procesów restytucji sprawiedliwości).

CZYNNIK XI – **SYMPATIA DO OFIARY** (a=0,79) – spostrzeganie ofiary jako osoby na co dzień miłej, sympatycznej, atrakcyjnej; (podłoże do uruchomienia procesów restytucji sprawiedliwości).

CZYNNIK XII – **ROSZCZENIOWOŚĆ OFIARY** (a=0,69) – spostrzeganie ofiary jako osoby oczekującej od swojego otoczenia litości i współczucia, osoby, która chce być traktowana w sposób uprzywilejowany; (może to prowadzić do uruchomienia procesów odsuwania i izolacji ofiary).

CZYNNIK XIII – **ŚWIADOMOŚĆ ZAGROŻENIA** (a=0,82) – spostrzeganie prawdopodobieństwa, że takie zdarzenie może przytrafić się każdemu, osobom bliskim lub samej osobie badanej; (może to sprzyjać zarówno uruchomieniu procesów restytucji sprawiedliwości, jak też reinterpretacji zaistniałej sytuacji).

CZYNNIK XIV – **UCIĄŻLIWOŚĆ KONTAKTU Z OFIARĄ** (a=0,71) – spostrzeganie kontaktu z ofiarą jako uciążliwego, a jej zachowania jako denerwującego; (podłoże do uruchomienia procesów odsuwania i izolacji ofiary).

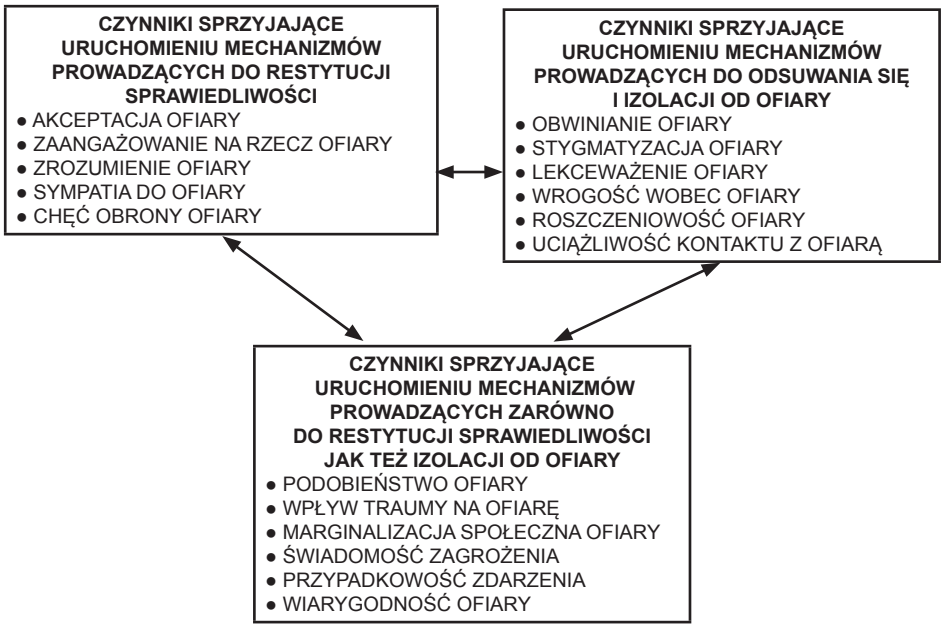
CZYNNIK XV – **CHĘĆ OBRONY OFIARY** (a=0,68) – chęć przyjścia z pomocą ofierze w sytuacji bycia bezpośrednim świadkiem przestępstwa, czynna bezpośrednia obrona ofiary w sytuacji zagrożenia; (może to stanowić podłoże do uruchomienia procesów restytucji sprawiedliwości).

CZYNNIK XVI – **PRZYPADKOWOŚĆ ZDARZENIA** (a=0,70) – spostrzeganie zdarzenia jako przypadkowego w życiu ofiary, jako zdarzenie w ogóle losowe; (może to sprzyjać zarówno uruchomieniu procesów restytucji sprawiedliwości, jak też reinterpretacji zaistniałej sytuacji).

CZYNNIK XVII – **WIARYGODNOŚĆ OFIARY** (a=0,54) – uznawanie relacji ofiary o przestępstwie jako zdarzenia, które rzeczywiście miało miejsce, spostrzeganie, że takie zdarzenia w rzeczywistości wydarzają się często; (może to sprzyjać zarówno uruchomieniu procesów restytucji sprawiedliwości, jak też reinterpretacji zaistniałej sytuacji).

POGLĄDOWE PRZEDSTAWIENIE POSTAWY WYRAŻONEJ CZYNNIKOWO ZE WZGLĘDU NA JEJ DOMNIEMYWANY WPŁYW NA URUCHOMIENIE MECHANIZMÓW WYKLUCZANIA

Rysunek 1 przedstawia postawę wobec ofiary gwałtu wyrażoną czynnikowo. Podział na trzy grupy poszczególnych czynników dokonany został w oparciu analizę ich związku treściowego z możliwymi kon-



Rys. 1. Podział czynników na trzy grupy w oparciu o ich związki z mechanizmami stanowiącymi podłoże do: 1) restytucji sprawiedliwości, 2) odsuwania się i izolacji ofiary, 3) uruchomienia procesów restytucji sprawiedliwości lub reinterpretacji sytuacji

sekwencjami. Wedle tego kryterium mamy trzy grupy czynników postawy: pierwszą – powiązaną z mechanizmami zapobiegającymi wykluczeniu, drugą – powiązaną z mechanizmami wykluczenia oraz trzecią, gdzie brak jednoznacznego związku pomiędzy treścią czynnika a rodzajem mechanizmów możliwych do uruchomienia przez niego. Innymi słowy grupa trzecia może wpłynąć zarówno hamująco jak i wzmacniająco na wystąpienie mechanizmów wykluczania. Wydaje się, iż jej rola jest kluczowa, ponieważ grupuje czynniki, z różną siłą konfrontujące człowieka z jego gotowością na przyjęcie ciężaru niezawinionego cierpienia ofiary, którą równie dobrze mógłby być on sam. W szczególnie drastycznych przypadkach wymagałoby to od osoby wchodzącej w kontakt z ofiarą jednoznacznego odrzucenia mitu o tym, iż nasz świat społeczny jest sprawiedliwy i bezpieczny.

Należy też szczególnie podkreślić, iż wymienione powyżej trzy grupy czynników prawdopodobnie pozostają we wzajemnym dynamicznym wpływie na siebie, jako grupy, wewnątrz każdej z grup oraz indywidualnie na siebie we wszystkich możliwych układach. Dopiero takie zastrzeżenie oddaje w pewien sposób dynamizm postawy oraz złożoność jej powiązań ze spodziewanym wykluczeniem ofiary przemocy.

PODSUMOWANIE

Niniejszy artykuł stanowi sprawozdanie ze wstępnego etapu procesu poszukiwań i nie może być spointowany kategorycznymi wnioskami. Jego zadaniem było przedstawienie określonego sposobu myślenia o problemie oraz wskazanie kierunku dalszych badań i dociekań. Dlatego na koniec ograniczymy się do kilku spostrzeżeń.

Kontakt (nawet symboliczny) z ofiarą przemocy (gwałtu) wywołuje napięcie emocjonalne przejawiające się w ambiwalencji emocjonalnej i poznawczej postawy mierzonej wprost w oparciu o trójkomponentową definicję postawy, jak i na poziomie czynników.

Analiza treściowa czynników analizy eksploracyjnej pozwala zauważyć, iż występująca ambiwalencja emocjonalna i poznawcza postawy mogłaby stanowić podłoże do wystąpienia zarówno procesu restytucji sprawiedliwości, jak i procesów: reinterpretacji, odsuwania i izolacji ofiary oraz odróżnoradniania, co w konsekwencji może prowadzić do uruchomienia procesu wykluczania społecznego.

Pozwala to na sformułowanie przypuszczenia, iż to jak postawa przełoży się na faktyczną marginalizację zależy od zmiennych, których schemat opisujący związek pomiędzy postawą wyrażoną czynnikowo, a wykluczeniem społecznym, nie uwzględnia, ale na które pośrednio wskazuje: są to wspomniany już wyżej egzystencjalny hart ducha świadka, indywidualne cechy ofiary, sytuacja w której doszło do kontaktu oraz przebieg relacji pomiędzy ofiarą a świadkiem, gdyż to, tak jak i postawa oraz jej związek z wykluczeniem, ma charakter dynamiczny i może ulegać zmianie.

LITERATURA

Hoffl, A. (1995). *People in crisis: Understanding and helping* (4 wyd.) Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Jonas, K., Broemer, Ph., Diehl, M. (2000). Attitudinal ambivalence. *European Review of Social Psychology, 11*, 35–74.

Mika, S. (1982). *Psychologia społeczna*. Warszawa: PWN.

Wrześniewski, K., Sosnowski, T. (1987). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku – polska adaptacja testu STAI. Podręcznik*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych PTP.

Wojciszke, B. (2000). Relacje interpersonalne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 147–186). Gdańsk: GWP.

Wysocka-Pleczyk, M., Passowcz, P. (2005). Jawne i ukryte aspekty postawy wobec ofiar gwałtu. W: D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby* (s. 129–153). Kraków: Wydawnictwo UJ.

Zakrzewska, M. (1994). *Analiza czynnikowa w budowaniu i sprawdzaniu modeli psychologicznych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

doi: 10.14691/spia.sps.2.196

Makiawelizm nauczycieli jako przyczyna i skutek kryzysu zawodowego oraz funkcjonalnego szkoły

Augustyn Bańka
SWPS Wydział Zamiejscowy w Katowicach

Karol Orłowski
Uniwersytet Mikołaja Kopernika

Makiawelizm to konstrukt psychologiczny, w ramach którego człowiek najczęściej definiowany jest jako osoba, przejawiająca w kontaktach z innymi wysoce egoistyczny, oparty na fałszu, oszustwie i manipulacji styl interpersonalny (Jones, Paulhus, 2009; Rauthmann, Will, 2011). Badania nad makiawelizmem rozwijały się w obrębie różnych dyscyplin naukowych, a więc w psychologii społecznej i osobowości, psychiatrii i psychologii klinicznej. Makiawelizm traktowany był jako wymiar, któremu nie przypisuje się związków z patologią, i dlatego też badany był w populacji ogólnej we wszystkich tych sytuacjach, w których zgodnie z ideą Nicollo Machiavelli'ego (1513/1998) znajduje zastosowanie pragmatyczne i racjonalne podejście utrzymywania władzy „opartej w całości na przesłankach praktycznych i wyzutych z tradycyjnych cnót honoru, zaufania i przyzwoitości.

Pojęcie „makiawelizm", określające syndrom osobowości, którego widocznym przejawem jest osiąganie celów drogą manipulacji interpersonalnej, wprowadzone zostało do psychologii przez Richarda Christiego. W klasycznej pracy Studies in machiavellianism (Christie, Geis, 1970) makiaweliści charakteryzowani są jako osoby, które wyróżnia uogólniona, negatywna ocena innych ludzi jako słabych i niegodnych zaufania, pragmatyczna moralność umożliwiająca stosowanie zasady „cel uświęca środki" oraz syndrom chłodu – brak emocjonalnego zaangażowania w relację i empatii, nieuwzględnianie potrzeb i celów partnera. Wczesne badania dowiodły, że makiawelistów łączy nie tylko system poglądów, lecz także skłonność do podejmowania manipulacji partnerem, stosowania kłamstwa, oszustwa i zdrady w sytuacjach, gdy jest to dla nich korzystne, gdyż może zwiększyć szansę osiągnięcia celu. Można więc powiedzieć, że makiawelista jest skłonny zachowywać się nieetycznie wtedy, gdy mu się to opłaca (Pilch, 2008, 2012).

Już Christie zwracał uwagę na fakt, że makiaweliści zyskują przewagę w pewnego typu sytuacjach: gdy możliwy jest bezpośredni kontakt z parterem, zachowana swoboda działania, a partner uwikłany jest w emocje. Stosowana przez makiawelistów strategia osiągania celów kosztem partnera może być zestawiana ze strategią prospołeczną niemakiawelistów, co pozwala na porównywanie ich skuteczności w różnego typu zadaniach i w różnych warunkach sytuacyjnych (Jones i Paulhus 2009; Kessler at all, 2010; Hsi-Sheng, Ji-Kang 2012).

Choć makiawelizm przez długie lata był traktowany jako wymiar nie mający wiele z patologią, to jednak zapoczątkowane pod wpływem Herveya Cleckleya (1982) badania nad „subklinicznymi" formami psychopatii w populacji ogólnej uwidoczniły podobieństwo obu konstruktów. Tendencja do poszukiwania punktów stycznych między makiawelizmem a subkliniczną psychopatią stawała się coraz bardziej popularna.

Nie ulega wątpliwości, że makiawelizm i psychopatia opisują jednostki wysoce egoistyczne, skłonne do zachowań nieetycznych i eksploatacji. Jednak założenie, że makiaweliści nigdy nie podejmą zachowań pomocowych i są niezdolni do kooperacji nie jest potwierdzenia w rzeczywistości (Bereczkei, Birkas, Kerekes, 2010). Makiaweliści są zdolni uczestniczyć w działaniach altruistycznych, lecz głównie wtedy, gdy ich „altruizm" jest decyzją ogłaszaną publicznie jako sposób podwyższenia swojego statusu w grupie, dla czerpania korzyści w przyszłości. Podobnie makiaweliści zdolni są do kooperacji, jeśli sytuacja tego wymaga (Lyons, Aitkena, 2008; Hawley, 2003). A zatem niejednoznaczność wyników badań w obrazie makiawelizmu w kontekście psychopatii staje

się zrozumiała, uwzględniając to, że jest to kategoria osobowości i postawy bardziej wieloaspektowa i bardziej kontekstualnie zdeterminowana, niż to dotychczas było przez badaczy uwzględniane (Kessler at all, 2010; Rauthmann, Will, 2011).

Celem niniejszego artykułu jest więc przedstawienie nowego modelu makiawelizmu ograniczonego do specyfiki zawodowego funkcjonowania nauczycieli w szkole, uwzględniającego specyficzne uwarunkowania personalne w środowiska szkolnego jako kontekstu przejawiania się skłonności makiawelistycznych.

MAKIAWELIZM U NAUCZYCIELI W INTERAKCJACH SPOŁECZNYCH W SZKOLE

Makiawelizm w interakcjach społecznych środowisku szkolnym jest typowym zjawiskiem psychologicznym i społecznym, którego wyjaśnienie i predykcja wymyka się tradycyjnym modelom makiawelizmu stosowanych do wyjaśniania skuteczności zachowań ludzi w populacjach ogólnych. Makiawelizm u nauczycieli wymaga uwzględnienia specyficznych czynników kontekstowych (*context-specific*), bowiem szkoła jest środowiskiem społecznym, w którym tworzy się specyficzny styl życia w pracy w interakcjach z uczniami oraz otoczeniem szkoły. Makiawelizm u nauczycieli jest „makiawelizmem organizacyjnym" (*organizational Machiavellianism*), a więc postawą i przekonaniem, że stosowanie manipulacji jest konieczne, aby osiągnąć pożądane cele w kontekście szkolnego środowiska pracy (Kessler i in., 2010). Makiaweliści organizacyjny są osobami czującymi się komfortowo w eksploatowaniu innych i czynią tak wtedy, gdy jest to dla nich korzystne. Istotą makiawelizmu organizacyjnego jest to, że stosowanie manipulacji i strategii oszukańczych następuje wtedy, kiedy wymaga tego sytuacja. Ten typ makiawelistów to niekoniecznie osoby bez serca, zimne i wyrachowane, bowiem w sytuacjach dla nich korzystnych mogą wykazywać się łagodnością i taktem.

Generalnie, makiawelizm u nauczycieli jako forma makiawelizmu organizacyjnego, jest wpisany w rolę zawodową nauczyciela. Pełnienie roli zawodowej nauczyciela zawsze wiąże się z mniejszą lub większą potrzebą manipulowania. Nauczyciel podejmując pracę w szkole rozgląda się za kimś, kto mógłby stać się dla niego mentorem umożliwiającym wtopienie się w nowe środowisko. Dopiero osiągniecie pewnego stopnia przynależności do organizacji daje mu możliwości wpływu społecznego wobec innych. Organizacyjne wejście utrwala tożsamość nauczyciela poprzez przejmowanie organizacyjnej ideologii wpływu na innych, uznanych pierwotnie za niepodobnych do siebie osób (Tuohy, 1999), Jednostki robią to z poczucia odpowiedzialności za idee i normy głoszone przez organizację, do której pragnie się zaliczać. Normami i ideami są jawne programy funkcjonowania szkoły, jak i normy oraz idee ukryte za podręcznikami czy za codziennością życia szkoły. W tym przypadku makiawelizm u nauczycieli jest postawą przejmowaną w ramach adaptacji do kultury organizacyjnej środowiska edukacyjnego oraz konkretnej instytucji szkolnej.

Drugim źródłem makiawelizmu u nauczycieli są strategie przetrwania (Tuohy, 1999), będące podstawą przystosowania do sytuacji szkolnych i zadań stojących przed nauczycielem. U podstaw wielu działań nauczycielskich znajduje się motyw własnego interesu, jak na przykład, zgodne z teorią dysonansu poznawczego, utrzymanie optymalnej wielkości rozbieżności między ja idealnym a pragmatycznym. Nauczyciel dążył będzie do minimalizacji stresu, unikania sytuacji do niego prowadzących, a maksymalizacji dobrego samopoczucia, niezależności i autonomii. Prężność (*resiliency*) jako cecha personalna pozwalająca na przetrwanie nauczyciela w środowisku szkolnym jest kategorią społecznie konstruowaną (Quing i Day, 2007), a makiawelizm jest jej częścią składową.

U źródeł postaw makiawelicznych mogą także znajdować się zinternalizowane programy skutecznego działania, obejmujące nieuświadomione uczucia, przekonania i postawy nauczycieli dotyczące natury ludzkiej, istoty władzy i skutecznego działania w postępowaniu z uczniami. Istnieją one w umysłach jednostek niezależnie od świadomych i zaakceptowanych poglądów oraz planów działania uczniów (Day, 1999). W tym przypadku makiawelizm u nauczycieli jest funkcją umysłowego obrazu uczniów jako partnerów interakcji.

Kolejnym źródłem przyjmowania przez nauczycieli postaw makiawelistycznych jest wszechobecny makiawelizm wśród uczniów jako głównych partnerów interakcji społecznych w szkole (Barry i in., 2011). Makiawelizm może objawiać się w dowolnym wieku. Adresatami makiawelizmu wśród uczniów są zarówno rówieśnicy (Andreou, 2004) jak i nauczyciele. Problemem makiawelizmu wśród dzieci zajęli się już R. Christie i F. Geis, a S. Nachamie (1970) skonstruował specjalną skalę makiawelizmu dzieci (*Kiddie Mach Scale*). Można ja stosować już u 11-latków. Strategie makiawelistyczne częściej stosują dzieci rodziców o wysokich wskaźnikach makiawelizmu niż dzieci rodziców o niskich wskaź-

nikach makiawelizmu (Krauta i Price, 1976). Nauczyciele o cechach makiawelicznych mogą z jednej strony „uczyć" tych zachowań swoich uczniów przez modelowanie, a z drugiej strony w makiawelizmie mogą upatrywać strategii zaradczej dla obrony przed zagrożeniem dla swojej roli w środowisku makiawelicznych uczniów. Makiaweliczne zachowania uczniów są spostrzegane przez nauczycieli jako czynnik ryzyka pracy w szkole.

Ostatnim potencjalnym źródłem makiawelizmu u nauczycieli mogą być reformy i zmiany w polityce edukacyjnej na poziomie narodowym (Kwieciński, 2000; Day, 2009; Day i in., 2007). Czynniki zmian edukacyjnych zachodzące w otoczeniu szkoły, choć z zasady mają poprawiać standardy nauczania (*teaching and learning*) oraz zwiększać osiągnięcia uczniów w coraz bardziej niestabilnych i turbulentnym środowisku ekonomicznym i społecznym, to w rzeczywistości mogą być postrzegane jako kontrproduktywne przez tych, na których spoczywa odpowiedzialność za ich wprowadzenie. W sytuacji permanentnych reform i zmian w polityce edukacyjnej na poziomie narodowym łatwo ujawniają się tendencje makiawelistyczne jako reakcja adaptacyjna nauczycieli do nowych wymagań, nowych obowiązków i odpowiedzialności. Zagrożenia poczucia profesjonalizmu przesuwa kryteria kompetencji profesjonalnych w kierunku biurokratycznym i makiawelistycznym.

ZNACZENIE I FUNKCJA MACHIAWELIZMU W RELACJACH NAUCZYCIEL–UCZEŃ

Nauczyciel, podejmując pracę w szkole, rozgląda się za kimś, kto mógłby stać się dla niego mentorem. Jedną z oczekiwanych ról takiego mentora jest pomoc we wtopieniu się w nowe środowisko. Dopiero osiągniecie pewnego stopnia przynależności do organizacji pozwala na podjęcie oddziaływań wobec innych. W tym momencie człowiek pragnie utrwalić swoją tożsamość poprzez wpływ na innych, uznanych pierwotnie za niepodobnych do siebie (Janowski, 1987; Tuochy, 2002). Robi to z poczucia odpowiedzialności za idee i normy głoszone przez organizację do której pragnie się zaliczać. Organizacją to jest szkoła, a normami i ideami są jawne i ukryte programy.

Strategie Woodsa, będące podstawą przystosowania do sytuacji szkolnych i zadań stojących przed nauczycielem zawierają ziarno, z którego może wykiełkować postawa makiawelistyczna. Pollard w swoich badaniach stwierdza, iż u podstaw wielu działań nauczycielskich znajduje się „motyw własnego interesu" (Janowski, 1989) . Takim motywem może być na przykład, zgodne z teorią dysonansu poznawczego, utrzymanie optymalnej wielkości rozbieżności między ja idealnym a pragmatycznym. Nauczyciel dążył będzie do minimalizacji stresu, unikania sytuacji do niego prowadzących, a maksymalizacji dobrego samopoczucia, niezależności i autonomii.

U źródeł zachowań makiawelicznych mogą także znajdować się ukryte programy. W wielu organizacjach występuje zjawisko manipulowania celami, które polega na czynieniu z kwestii pobocznych czegoś najważniejszego. W wielu sytuacjach nauczycielom zależy najbardziej na utrzymaniu porządku i dyscypliny. W wyniku takie podejścia „uczniowie zdolni otrzymują wykształcenie, średni nauczanie, słabi dyscyplinę" (Tuochy, 2002). Wiele szkół nastawionych jest też na pozyskiwanie uczniów o specyficznych cechach, na przykład dobrze zapowiadających się w sporcie. W innych z kolei plan zajęć oraz program konstruuje się pod posiadaną kadrę, a nie ze względu na potrzeby uczniów.

Makiawelizm po wtóre może wypływać z wizji przywództwa, posiadanej przez nauczyciela. McGregor w latach 60-tych stworzył dychotomiczną klasyfikację „przywódczych" założeń odnoszących się do natury ludzkiej. Model ten w literaturze określa się jako „teoria X – teoria Y". Założenia tego modelu precyzują jaka jest postawa menedżera – przywódcy w stosunku do podwładnych, oraz dlaczego się tak a nie inaczej zachowuje. Założenia tej teorii przedstawiono poniżej (Tuochy, 2002). Osoby z kategorii Y są najlepszym materiałem na przywódców.

Z zestawienia cech osób z kategorii X i Y wynika, że wśród osób kierujących innymi, a mającymi poglądy z grupy X, powinno być sporo osób z wysokimi wskaźnikami makiawelizmu. Cechy wymienione w tej grupie są bowiem konstytutywne również dla makiawelizmu.

Teoria X

- Ludzie kierują się własnym interesem i jeśli się ich nie kontroluje, będą działać przeciw organizacji.
- Ludzie są z natury leniwi i dlatego potrzebują motywacji zewnętrznej.
- Ludzie popadają w irracjonalne emocje, są niezdolni do samodyscypliny i samokontroli.

Teoria Y

- Ludzie są odpowiedzialni i jeśli mają odpowiednie zachęty, to będą twórczo i lojalnie pracować.
- Lodzie są motywowani wewnętrznie i negatywnie reagują na przejawy kontroli zewnętrznej.
- Ludzie identyfikują się z organizacją i integrują z nią swoje cele i zamiary.

POSTAWY UCZNIÓW WOBEC MACHIAWELIZMU NAUCZYCIELI

Uczeń, gdy rozpoczyna naukę w szkole szybko orientuje się, iż panujące tu relacje między uczniami a nauczycielami mają inny charakter niż te, do których przywykł wcześniej w domu lub przedszkolu. Nauczyciel sprawuje władzę nad uczniem w sposób różny od rodziców. Za Jacksonem można wymienić następujące różnice:

a. Układ relacji międzyosobowych w klasie jest pozapersonalny. Uczniowie maja przyjmować polecenia od dorosłych, którzy nie znają ich dobrze.
b. Na wcześniejszych etapach dzieci przyzwyczajone są, że mówi im się głównie czego nie mają robić – system zakazów – nauczyciele częściej odnoszą się do tego, co powinno się robić.
c. Głównym elementem władzy nauczycielskiej jest władza nad uwagą. Od ucznia wymagana jest uwaga w stosunku do tego, co nauczyciel przekazuje.
d. Uczeń musi szybko zorientować się, że plan działania przygotowany dla niego przez nauczyciela ma absolutny priorytet nad jego własnymi planami i pragnieniami.

W sumie powyższa sytuacja przypomina nieco relację pracownika i przełożonego, jednak uczeń ma zdecydowanie mniejsze pole manewru. Nie może na przykład porzucić szkoły ani wybrać innej (Janowski, 1989) .

Uczniowi najbardziej „opłaca" się dobre zachowanie oraz pokazywanie, że „się stara". I to jest podstawowa postawa w zakresie behawioralnym większości uczniów wobec nauczycieli, niezależnie od tego czy ci ostatni stosują strategie makiaweliczne, czy też nie. Uczniowie starają się osiągnąć równowagę w kontaktach z nauczycielami, nawet takimi wobec których stosunek emocjonalny jest zły. U ucznia, który gdy nie dostrzega u nauczyciela zachowań makiawelicznych, a zwłaszcza manipulacji, trudno mówić o postawie wobec makiawelizmu nauczyciela. Brakuje tu komponenty poznawczej i emocjonalnej.

U uczniów zdających sobie sprawę z manipulacji i innych działań o charakterze makiawelicznym przeważa często pojawia się agresja lub wygłupy jako forma „partyzanckiego" oporu. Według badań nad nauczycielami (Janowski, 1989), których kontekst wcale nie dotyczył makiawelizmu, nauczyciele dzielą się na dwie grupy w zależności od sposobu postrzegania swoich uczniów: pierwsza grupa „prowokuje" uczniów, dąży do spięć i konfrontacji. To ci, którzy w uczniach dostrzegają osobnika szukającego okazji, aby zrobić cos złego, uniknąć pracy itp. Większość tego typu nauczycieli to niewątpliwie makiaweliści. Druga grupa nauczycieli postrzega uczniów jako dobrych, sumiennych, a ich ewentualne złe zachowania jako skutek nie najlepiej układających się relacji uczeń–nauczyciel(Janowski, 1989) .

Ogólnie z badań wynika, że uczniowie lubią nauczycieli: miłych, przyjaznych, pogodnych, cierpliwych, uczciwych, z poczuciem humoru, rozumiejących uczniowskie problemy, dających swobodę poszukiwań i jednocześnie potrafiących utrzymać dyscyplinę. Nie lubiani zaś są: sarkastyczni, dominujący, mających swoich ulubieńców, stosujących kary dla utrzymania dyscypliny, nie dbających o potrzeby uczniów i posiadających nieprzyjemne cechy osobowości. Oczywiście takie zestawienie cech nie daje pewności, że w pierwszej grupie nie będzie makiawelistów. Ale jeśli będą oni w oczach dzieci posiadali te właśnie cechy, to i postawa wobec ich działań będzie pozytywna w sferze emocjonalnej a przez to i pewnie poznawczej i behawioralnej.

MAKIAWELIZM UCZNIÓW

Co jest celem ucznia w szkole? Według Holta wcale nie jest nim uczenie się. Uczeń przyjmuje strategię Dobrego Wojaka Szwejka, która sprowadza się do „odhaczenia" zadania tak, aby mieć spokój. Wszystko ma odbywać się przy minimum wkładanego wysiłku i jak najmniejszej przykrości. Jeśli jedyną metodą pozbycia się zadania jest wykonanie go – to zostanie ono wykonane. Jeśli jednak nauczyciel pozostawi inne możliwości, uczniowie na pewno je odnajdą i wykorzystają (Janowski, 1989) .

Czy uczniowie także wykazują zachowania makiaweliczne? Makiawelizm może objawiać się w dowolnym wieku. Wśród uczniów również da się zaobserwować zachowania makiaweliczne. Ich adresatami są zarówno rówieśnicy jak i nauczyciele. Problemem makiawelizmu wśród dzieci zajęci się już Christie i Geis, konstruując skalę makiawelizmu dzieci (*Kiddie Mach Scale*).

Jako najlepszy przykład próby sił pomiędzy uczniami i nauczycielem można uznać pierwsze spotkanie. Ball wyróżnił w tym pierwszym spotkaniu kilka faz.

Pierwsza faza to tak zwany „miesiąc miodowy", lub „iluzja dyscypliny". Uczniowie są grzeczni i cisi, bo jeszcze nie wiedzą co się będzie działo, jaki nauczyciel jest. W tym czasie nauczyciel jest dokładnie obserwowany.

Faza druga rozpoczyna się zwykle już od drugiej godziny lekcyjnej. W fazie tej uczniowie sprawdzają, na co mogą sobie wobec danego nauczyciela pozwolić. Pojawia się złe zachowanie, wygłupy, i tym podobne działania mające na celu sprawdzenie, czy i jak nauczyciel przystąpi do obrony swojego autorytetu. Często zachowania uczniów w tej fazie mają za zadanie „praktyczne" zweryfikowanie tego, co nauczyciel mówił o zasadach kontaktów i współpracy na początku. Długość tej fazy zależy ściśle od działań nauczyciela. Jeśli jest konsekwentny i wie co robić, faza ta zakończy się po kilku godzinach. W przeciwnym wypadku może trwać ona bardzo długo (Janowski, 1989) .

Jednym z podstawowych zachowań w arsenale uczniów są wygłupy. Wygłupy mają kilka możliwych zastosowań. Są to: sprawdzenie reakcji nauczyciela w sytuacji presji, rozładowanie nudy i monotonii, zwiększenie statusu i reputacji wygłupiającego się w oczach kolegów, mobilizacja reszty klasy do działań przeciw nauczycielowi. Wygłupy bazują na rozpoznaniu słabości i wykorzystaniu ich do wywołania pewnych zachowań. Jak widać, da się jest zaklasyfikować w kontekście manipulacji i makiawelizmu. Celem tych działań, przynajmniej na początku, jest umiejscowienie nauczyciela na wymiarze miękki--twardy. Paradoksalnie, to właśnie ci twardzi budzą więcej sympatii i szacunku u uczniów.

Eleni Andreou (2004), grecka badaczka, wykazała że dzieci znęcające się nad innymi mają więcej cech makiawelicznych . W swoich badaniach wykazała, że chłopców cechują nieco wyższe wyniki na skali makiawelizmu niż dziewczęta, i to właśnie chłopcy częściej stosują na przykład wygłupy. Wynik ten pojawił się także w wielu innych badaniach.

Zarówno u dzieci będących najczęściej agresorami – dręczycielami jak i u ich ofiar zauważono wysokie wyniki na podskalach zgrupowanych w czynniku „brak wiary w człowieczeństwo". U dziewcząt ponadto zauważono wysoki poziom aprobaty dla manipulacji w sytuacjach interpersonalnych. Autorka podsumowała to krótkim stwierdzeniem: „chłopcy walczą, dziewczęta manipulują".

Badając agresję w kontekście makiawelizmu, Andreou (2004) powiązała ją z teorią społecznego uczenia się Bandury. Bandura wprost w niej wskazywał, iż agresja nabywana jest przez modelowanie. Autorka zestawiła wyniki na skali makiawelizmu z wynikami na skali samoskuteczności agresji. Zgodnie z przypuszczeniami, dzieci o wysokich wynikach skali samoskuteczności agresji i jednocześnie należące do grupy „ofiar" poddane agresji reagują różnie w zależności od płci. U chłopców agresja ulega wyciszeniu, zaś u dziewcząt wzmocnieniu.

Kolejnymi dowodami na pojawianie się zachowań makiawelicznych są badania Szymona Draheima (2004) nad niepełnoletnimi świadkami przestępstw. Draheim skupił się zwłaszcza na przypadkach oskarżeń o molestowanie seksualne. W takich sytuacjach bardzo często oskarżenie oparte jest wyłącznie o zeznania małoletniego świadka, a brak jest dowodów materialnych.

We wspomnianych badaniach rozważano pojawianie się fantazjowania i kłamstwa u dzieci zeznających oraz metody wykrywania tychże. Znany jest szereg przypadków, głównie ze Skandynawii, gdzie dzieci fałszywie oskarżały swoich opiekunów o molestowanie seksualne, a fałsz zeznań zostawał ujawniony dopiero po wyroku skazującym. Autor stawia hipotezę, iż fałszywe oskarżenia, zaplanowanie i realizacja brzemiennego w skutki kłamstwa mogą być możliwe właśnie w przypadku osób o osobowości makiawelicznej. Powinien tam współwystępować syndrom chłodu i gotowość do zachowań anstyspołecznych.

Zachowania agresywne, choć typowe dla życia szkolnego oraz sprawy molestowania seksualnego, są jednak pewnego rodzaju przypadkami skrajnymi. Jednak makiawelizm u uczniów ma okazję pojawiać się też w codziennym szkolnym funkcjonowaniu.

Jednym z takich działań, które mogą wiązać się z makiawelizmem, jest ingracjacja. Termin ten oznacza „wkradanie się w łaski", „przymilanie się", czyli tendencję do wytworzenia w drugiej osobie pozytywnej postawy wobec siebie. Inaczej mówiąc, ma to doprowadzić do zwiększenia własnej atrakcyjności w oczach innej osoby. Postawa ta może z punktu widzenia podmiotu stanowić cel sam w sobie, lub służyć jako środek do uzyskania innego rodzaju korzyści, np. staramy się zdobyć czyjeś względy w nadziei, że osoba ta pomoże nam w załatwieniu ważnej sprawy. Ingracjacja, jak widać, należy do zachowań manipulacyjnych. Ingracjator to ktoś, kto nie jest w stanie lub nie chce realizować zasad wymiany pomiędzy partnerami interakcji. Stara się on osiągnąć swoje cele możliwie tanio, tzn. bez ponoszenia odpowiednich do ich wartości kosztów, na przykład pracownik chce uzyskać awans „nadskakując" zwierzchnikowi lub uczeń chce mieć lepszą ocenę przymilając się nauczycielowi.

Ingracjacja zasadza się bądź na realizowaniu celów odmiennych niż te, które sygnalizuje się partnerowi, bądź na zdobywaniu nagród z ominięciem zasad ekwiwalentnej wymiany. Obserwujemy tu-

taj trzy rodzaje zachowań: 1 – podnoszenie wartości partnera poprzez komplementy lub pochlebstwa. Skuteczne jest podawanie wysokiej oceny takich cech partnera, które chciałby on posiadać, ale w zakresie których nie czuje się pewnie. Dla ingracjatora oznacza to konieczność wcześniejszego rozpoznania „obszarów niepewności" partnera, będących zarazem obszarami o dużym dla niego znaczeniu; 2 – konformizm w zakresie opinii, ocen i zachowań. Przyrost aprobaty czy sympatii dla zachowującej się w sposób konformistyczny osoby powinien być szczególnie wysoki wówczas, gdy manifestowana zgodność dotyczy takich opinii czy postaw, które są istotne dla partnera interakcji, ale zarazem w zakresie których potrzebuje on poparcia i utwierdzenia.

Na wpływy za pomocą ingracjacji są bardzo podatni i ulegają jej w szczególności ludzie o negatywnym obrazie siebie, z kompleksami, naiwni oraz z poczuciem małej wartości. Uczniowie potrafią takie defekty dostrzegać nie tylko u rówieśników, ale także i u kadry pedagogicznej i za pomocą różnych technik autoprezentacji czy pochlebstw próbować uzyskiwać korzystne dla siebie postawy lub zachowania.

W warunkach presji niektóre z dzieci, nawiązując do strategii Szwejka, starają się ukryć swoją inteligencję i kreatywność. Gdy nie umieją powiedzieć „nie" w sposób zupełnie świadomy decydują się na udawanie głupszych niż są w rzeczywistości.

Jackson (Janowski, 1984) wymienia jeszcze trzy inne strategie dawania sobie rady przez uczniów z osobami mającymi nad nimi władzę, czyli przede wszystkim z nauczycielami. Są to:

1. Poszukiwanie specjalnych względów – jest to próba zbliżenia się do źródeł władzy i zdobycie jej przychylności. Może się to odbywać przez przymilanie się, płaszczenie się, fałszywe komplementy, różne formy społecznej nieuczciwości jak na przykład donosicielstwo.
2. Staranie się, aby „nie podpaść" – to właściwie przeciwieństwo pierwszej strategii. Wszystko, co może spotkać się z dezaprobatą nauczyciela, czyli poglądy, wypowiedzi, gesty są ukrywane. W pierwszej strategii uczeń stara się być takim, jakiego władza lubi, zaś w drugiej stara się nie być takim, jakiego władza nie lubi.
3. Wycofanie – mnóstwo sytuacji spotykanych w życiu szkolnym zmusza ucznia do rezygnacji z pewnych zachowań lub cierpliwego oczekiwania na stosowną okazję. Częste powstrzymywanie się może doprowadzić do permanentnego obniżenia zaangażowania i stłumienia cech osobowości. Wtedy zarówno sukcesy jak i porażki przestają być czymś istotnym, czy głęboko przeżywanym. Strategia ta zwykle jest rezultatem strachu.

Z punktu widzenia makiawelizmu uczniów, najlepiej będzie się on przejawiał w pierwszej z opisanych strategii. Jest ona do głębi manipulatorska. Dużo słabiej da się to zauważyć w drugiej i właściwie wcale w trzeciej ze strategii. Zwykle dany uczeń przyjmuje jedną z tych strategii jako wiodącą i najczęściej stosowaną. Wybór, która ze strategii to będzie, zależy zarówno od posiadanych cech osobowości jak i splotu warunków środowiskowych.

Przedstawiane w dalszej części artykułu badania mają na celu omówienie struktury makiawelizmu u nauczycieli polskich w interakcjach społecznych środowiska szkolnego na podstawie badań empirycznych przeprowadzonych w szkołach polskich. Opierają się one na trzech założeniach wyjściowych. Po pierwsze, istnieją specyficzne uwarunkowania osobowościowe i personalne nauczycieli, które w szczególny sposób wpływają na postawy makiawelistyczne w środowisku szkolnym. Po drugie, istnieją specyficzne uwarunkowania kontekstualne pracy i funkcjonowania zawodowego w szkole, które najsilniej kształtują postawy makiawelizmu. Po trzecie, w środowisku szkolnym występują zróżnicowane modele powstawania i oddziaływania makiawelizmu w interakcjach społecznych. Oczekiwanym efektem prezentowanych tutaj badań jest zaproponowanie nowego psychologicznego modelu makiawelizmu w szkole jako instytucji będącej tworem późnej nowoczesności.

MODEL TEORETYCZNY PREDYKTORÓW I KOMPONENTÓW MAKIAWELIZMU NAUCZYCIELI

W badaniach niniejszych poszukiwany był model zależności makiawelizmu u polskich nauczycieli w zależności od trzech grup zmiennych: 1 – charakterystyk personalnych (osobowościowych) nauczycieli, 2 – czynników kontekstualnych-środowiskowych związanych z zasobami posiadanymi przez jednostkę, oraz 3 – czynników mediujących – demograficznych.

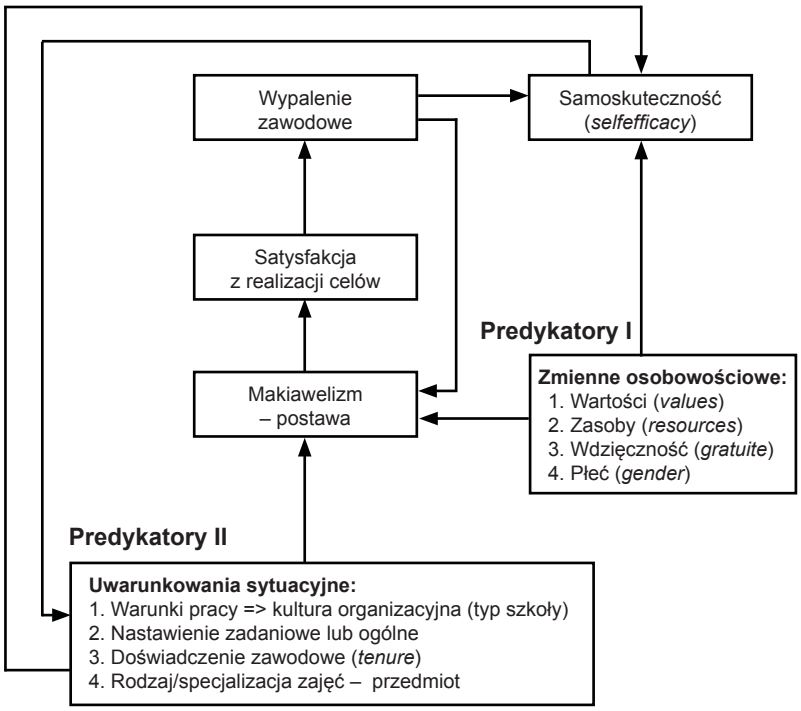
Na podstawie przesłanek teoretycznych w badaniach tych przyjęto, że najważniejszymi zmiennymi personalnymi, które są potencjalnie najsilniejszymi predyktorami makiawelizmu u nauczycieli, są: poczucie samoskuteczności (*self-efficacy*), wypalenie zawodowe (*burnt-out*), dyspozycja do wdzięczności, wartości uniwersalne i instrumentalne oraz satysfakcja z realizacji celów. Przyjęto założenie, że nauczyciel pełni swoją rolę bazując na posiadanej wiedzy wyniesionej z edukacji, oraz na posiadanej

koncepcji pełnienia tejże roli. Osobowość wyznacza sposoby realizowania tych poglądów, sposoby i intensywność reagowania na otaczający nas świat. Poczucie samoskuteczności to specyficzna wiara pozwalająca angażować się jednostce z sukcesem w różne sprawy. Przyjęto więc hipotezę, że osoby o niskim poczuciu samoskuteczności będą wykazywać silniejsze tendencje makiawelistyczne. Makiawelizm może pojawiać się zwłaszcza u osób czujących się mniej pewnie w swoich działaniach pedagogicznych jako pewnego rodzaju „pójście na łatwiznę".

Jeśli chodzi o wartości przyjęto, że mogą one być silny predyktorem makiawelizmu z uwagi na to, że osoby posiadające ustaloną strukturę wartości i często do nich się odwołujące powinny w interakcjach z uczniami być mniej podatne na różnego rodzaju problemy, takie jak chociażby makiawelizm uczniów. Ich działania są bardziej konsekwentnie ukierunkowane na wcześniej postawione cele. Poziom makiawelizmu w tym układzie powinien korelować ujemnie z wartościami ogólnymi. Na podstawie przesłanek teoretycznych przyjęto również, że ważnym predykorem makiawelizmu może być wypalenie zawodowe. Czynnik depersonalizacji w wypaleniu zawodowym powinien sprzyjać pojawianiu się zachowań makiawelistycznych, a osoby o skłonnościach makiawelicznych powinny, z teoretycznego punktu widzenia, być bardziej podatne na pojawianie się syndromu *burn-out*. Ostatnią zmienną personalną (*personal variable*) przyjętą jako istotną dla modelu wyjaśniania i predykcji makiawelizmu nauczycieli jest satysfakcja z realizacji celów zawodowych.

W przypadku czynników kontekstualnych-środowiskowych przyjęto założenie, że osoby o wysokim poziomie zasobów personalnych mają większą odporność na stres i problemy pracy zawodowej. Osoby dysponujące ograniczonymi zasobami powinny przejawiać silniejsze skłonności makiawelistyczne. W odniesieniu do innych zmiennych kontekstualno-środowiskowych na podstawie przesłanek teoretycznych, że makiawelizm rośnie wraz ze stopniem edukacji oraz w zależności o typu szkół (zawodowe vs. ogólne)

Innym czynnikiem mogącym wyjaśniać sposób powstawania i realizowania przez jednostkę tendencji makiawelistycznych jest doświadczenie zawodowe. Wiąże się ono zarówno z ilością lat pracy (*tenure*), jak i osiągniętym poziomem formalnego awansu zawodowego. Wraz z latami pracy zwięk-



Rys. 1. Model teoretyczny zależności między zmiennymi jako predyktorami makiawelizmu u nauczycieli w interakcjach społecznych w środowisku szkolnym.

sza się doświadczenie zawodowe, poszerza wachlarz znanych metod wychowawczych i powinno rosnąć poczucie samoskuteczności zawodowej, uwalniające jednostki od pokusy stosowania strategii makiawelistycznych.

W rezultacie przeprowadzonych analiz teoretycznych i przyjętych założeń sformułowano model hipotetyczny zależności między zmiennymi, który przedstawia Rysunek 1 i który w następnych etapach badań poddano weryfikacji empirycznej. Model ten prezentuje hipotetyczne związki pomiędzy makiawelizmem, wypaleniem zawodowym, satysfakcją z realizacji celów i poziomem samoskuteczności. Zarówno makiawelizm jak i poczucie samoskuteczności występują tu i jako predyktor i jako efekt (Frazier i in., 2004).

METODA

OSOBY BADANE I PROCEDURA

W doborze próby posłużono się metodą nielosową. W badaniach brali udział ochotnicy. Określono, jakie cechy ma populacja nauczycieli w Polsce i na takiej podstawie określono strukturę próby. Rozprowadzono ponad 400 ankiet, ale najprawdopodobniej ze względu na ich rozmiar i czas potrzebny do wypełnienia (ok. 45 minut) uzyskano stopień realizacji badania na poziomie 44% – udział w badaniu był w pełni dobrowolny. Ostatecznie W badaniu wzięło udział 179 nauczycieli. Wśród nich było 154 kobiety (86%), 24 mężczyzn (13,5%) i jedna osoba która nie podała płci (0,5%). Badani byli w wieku 22 do 60 lat. Średni wiek przebadanych osób to 37,8 lat (SD = 8,99). Staż pracy mieścił się w granicach od 1 roku do 40 lat (M = 13,8; SD = 9,25).

NARZĘDZIA BADAWCZE

Do pomiaru postawy machiawelicznej skonstruowano Skalę Makiawelizmu Nauczycieli (Orłowski, Bańka, 2006) składającej się z 3 czynników. Czynnik pierwszy to „Poglądy na naturę ludzką" i składa się nań z 9 stwierdzeń. Czynnik drugi to „Moralność", na który składają się 4 stwierdzenia. Czynnik trzeci to „Taktyka" i grupuje on 5 stwierdzeń. Rozwiązanie pod względem struktury czynnikowej jest podobne do klasycznych wyników ze skal MACH. Rzetelność skali mierzona współczynnikiem α-Cronbacha wynosi 0,78. W dodatkowej weryfikacji przeprowadzonej konfirmacyjną analizę czynnikową uzyskano Chi^2 = 274,58, df = 135 (p = 0,000); GFI = 0,86; $AGFI$ = 0,83.

Samoskuteczność nauczycieli mierzono skonstruowaną przez Karola Orłowskiego Skalą Samoskuteczności Nauczycieli. Składa się ona z czterech czynników. Czynnik 1 – składający się z 18 pozycji mierzy Ogólne Poczucie Kompetencji. Czynnik 2 – to Ogólne Zdolności Komunikacyjne i zawiera on 13 pozycji. Czynnik 3 – nazwany Radzeniem Sobie w Sytuacjach Trudnych zawiera 13 pozycji, a Czynnik 4 – Kompetencje eksperckie – obejmuje 16 pozycji. Ładunki czynnikowe zawierają się w przedziale <0,376; 0,733>. Rzetelność skali wyrażona współczynnikiem α-Cronbacha wynosi 0,85.

Dyspozycja do wdzięczności definiowana jako ogólna tendencja do rozpoznawania i odpowiadania emocją wdzięczności w stosunku do innych ludzi w zamian za otrzymane pozytywne wsparcie mierzona była polską wersją McCullough'a, Emmonsa i Tsanga (2002) *The Grateful Disposition Scale* – GQ-. Respondenci odpowiadali na skali siedmiopunktowej: 1 – całkowicie się nie zgadzam, 7 – całkowicie się zgadzam. Dla skali składającej się z 6 pozycji α-Cronbacha wynosi 0,795. Konfirmacyjna analiza czynnikowa wykazała wysokie wskaźniki zgodności modelu jednoczynnikowego (GFI = 0,97, $AGFI$ = 0,86, Chi^2 = 14,2, df = 2, p < 0,001).

Wartości mierzone były Rokeach'a klasyczną *Rokeach Value Survey* (RVS) obejmującą podskalę wartości instrumentalnych i ostatecznych (*terminal values*). Właściwości psychometryczne Skali Wartości Rokeacha były wielokrotnie analizowane (Debats, Bartelds, 2005).

Pomiar zasobów osobistych mierzony był skonstruowaną przez Eda Dienera i Franka Fujitę (1995) *Personal Resources Inventory* zawierający 21 zasobów rozumianych jako względnie stałe czynniki osobowe i społeczne, które wpływają na sposób, w jaki jednostka próbuje opanowywać kryzysy życiowe i transakcje stresowe. Zasoby te są trojakiego rodzaju: posiadane dobra materialne jak pieniądze, pełnione role społeczne jak przewodniczenie jakiejś organizacji, posiadane cechy osobowościowe jak np. inteligencji.

Do pomiaru *vocational burnt-out* użyto standardowego kwestionariusza MBI w wersji 22 itemowej w polskiej adaptacji H. Sęk (2004). Współczynnik α-Cronbacha przyjmuje wartości z przedziału <0,71 ;0,9>. Najniższe wskaźniki rzetelności ma podskala depersonalizacji. Poczucie satysfakcji z realizacji celów mierzone było 2 itemami (9 i 19) ze skali MBI.

WYNIKI BADAŃ

Dane empiryczne z wykorzystaniem wyżej wymienionych metod posłużyły do weryfikacji skonstru-

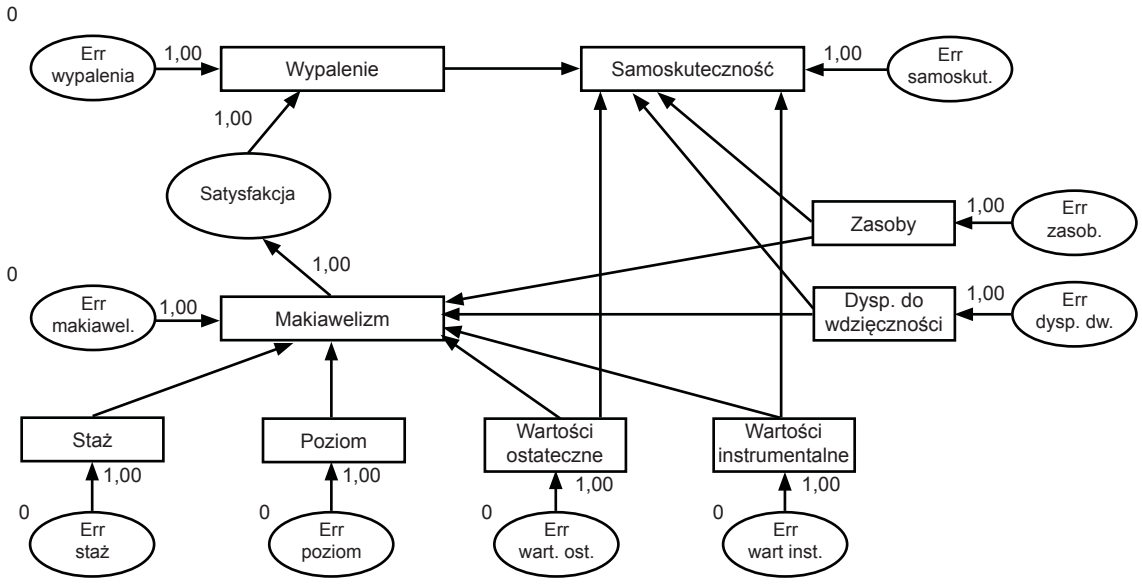
owanego na przesłankach teoretycznych modelu makiawelizmu u nauczycieli przedstawionego na Rysunku 1. Model ten ujmował relacje między wszystkimi zmiennymi oraz sposób ich oddziaływania na siebie. Głównymi zmiennymi modelu są: samoskuteczność, makiawelizm, wypalenie zawodowej oraz satysfakcja z realizacji celów. Pozostałe zmienne tj. typ szkoły, doświadczenie zawodowe rozumiane jako staż i poziom awansu zawodowego, preferowane wartości i posiadane zasoby personalne, dyspozycja do wdzięczności i płeć widziane są jako czynniki mające wpływ na zmienne główne. Aby sprawdzić model całościowo, analizując jednocześnie wszystkie zależności pomiędzy zmiennymi, została użyta technika analizy ścieżek oraz modelowanie równań strukturalnych (SEM) (Structural Euquatios Modeling). SEM pozwala badaczowi na równoczesne analizowanie całego zestawu równań regresji. Należy ono do najlepiej opracowanych technik z rodziny metod interpretacji przyczynowej. Do empirycznej weryfikacji modelu teoretycznego zastosowano AMOS, to jest jedną z najpopularniejszych aplikacji do analizy ścieżek, będący częścią SPSS. Możliwości analityczne, jakie daje modelowanie równań strukturalnych pozwala rzucić nowe światło na machiawelizm u nauczycieli.

Ponieważ w AMOSIE każda ze zmiennych musi być wyrażona jako osobny obiekt, zaproponowany wcześniej model należało nieco przetworzyć. W wyniku zastosowanych procedur model ten wygląda on obecnie sposób przedstawionym na Rysunku 2.

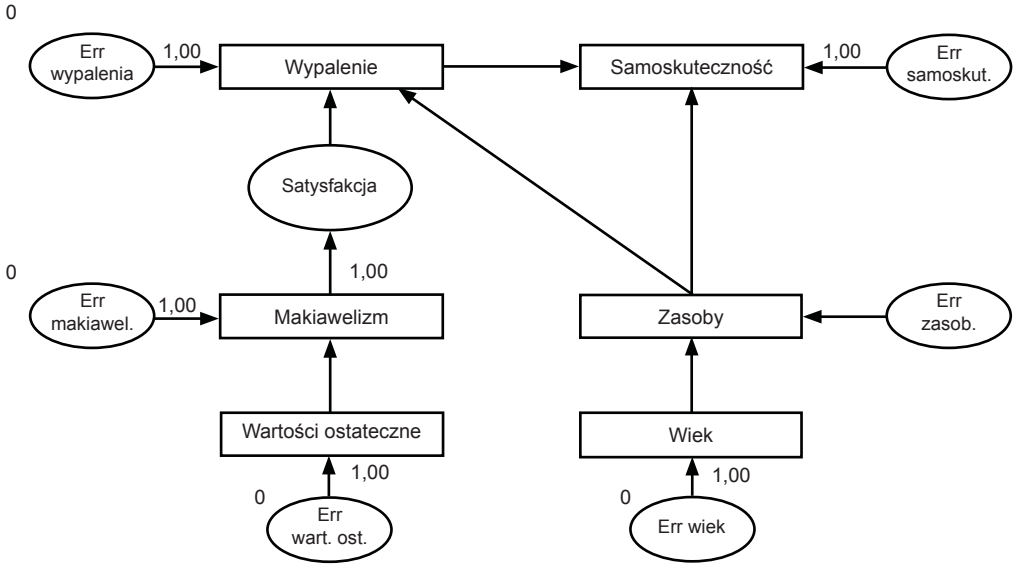
Nie wprowadzono wprost do modelu zmiennych jakościowych takich jak płeć lub typ szkoły. Są to bowiem zmienne mierzone na skali nominalnej i z tego względu znacznie skomplikowałoby to analizę. Aby jednak dokonać sprawdzenia ich wpływu na model dokonano selekcji danych według poszczególnych wartości tych zmiennych i ten sam model testowano np. raz dla kobiet a później dla mężczyzn i porównywano, czy między wynikami istnieją różnice.

Weryfikacja empiryczna pierwotnego modelu teoretycznego dowodzi, że model ten wykazuje niewielkie dopasowanie do uzyskanych danych empirycznych na badanej próbie nauczycieli. Wartości współczynników dopasowania modelu nie są wysokie: $Chi^2 = 168{,}82$ przy $p < 0{,}05$, $CFI = 0{,}329$, $RMSEA = 0{,}195$. Bazując na przedstawionym opisie możemy przyjąć, iż pierwotnie zaproponowany model nie potwierdził się. Rozpoczęto więc poszukiwanie takiego podmodelu, który można by uznać za satysfakcjonujący z punktu widzenia dobroci dopasowania.

Badanie drugie skoncentrowane na poszukiwaniu modelu lepiej dopasowanego do rzeczywistości empirycznej polegało na eliminowaniu zmiennych, których wpływ okazał się nieistotny. Nowy model teoretyczny, który przyjęto jako hipotetycznie lepiej dopasowany do warunków funkcjonowania nauczycieli w szkole przedstawiony został na Rysunku 3. Zostały z niego wyeliminowane następujące zmienne: wartości instrumentalne, dyspozycja do wdzięczności, staż pracy i poziom awansu zawodo-



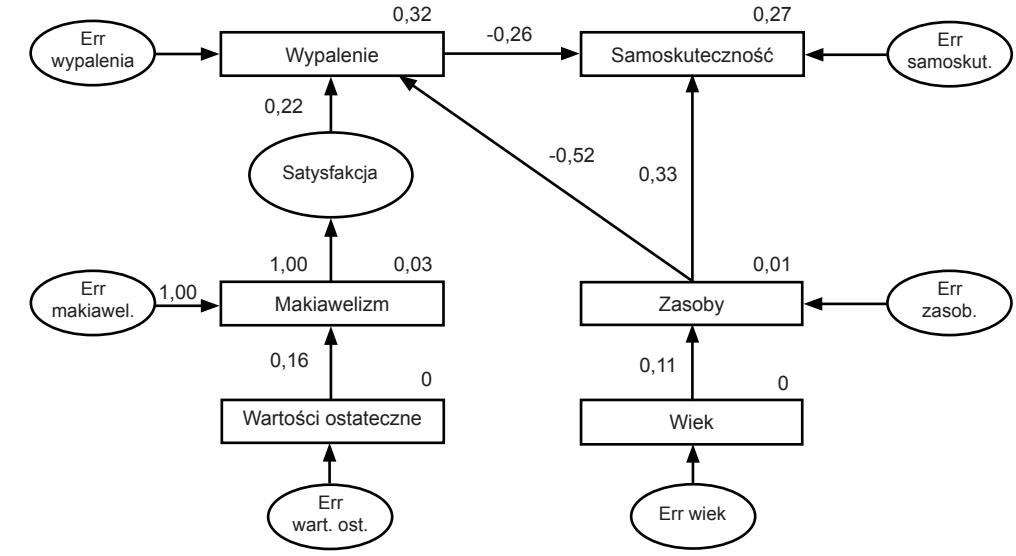
Rysunek 2. Model zależności między zmiennymi makiawelizmu u nauczycieli w analizie ścieżkowej.



Rys. 3. Zmodyfikowany model zależności między zmiennymi makiawelizmu u nauczycieli.

wego. Od tych ostatnich wymienionych zmiennych dużo lepszym wskaźnikiem dopasowania wykazał się wiek badanych nauczycieli. Spośród relacji między zmiennymi istotną okazała się zależność pomiędzy zasobami personalnymi a wypaleniem zawodowym.

W modelu zmodyfikowanym wszystkie wskaźniki dobroci dopasowania wskazują na dobre przystawanie otrzymanych danych empirycznych do zaproponowanego układu zależności: Chi^2 = 8,133 przy $p < 0,52$, *CFI*=0,93, a *RMSEA*= 0,08. Wynik testu Chi^2 jest nieistony statystycznie, co jest świadczy o braku różnic między danymi zebranymi w badaniu nauczycieli a teoretycznymi zależnościami narzuconymi przez SEM. Ten sam wykres zależności między zmiennymi modelu zmodyfikowane-



Rys. 4. Wyniki analizy ścieżek w zmodyfikowanym modelu zależności między zmiennymi makiawelizmu nauczycieli wyrażone we standaryzowanych współczynnikach regresji (wartości umieszczone nad prostokątami oznaczającymi zmienne zależne oznaczają współczynniki R^2).

go wyrażony we wskaźnikach standaryzowanych współczynników regresji przedstawia Rysunek 4.

Pomimo stosunkowo wysokich współczynników dobroci dopasowania, to wartości R^2 w modelu dla poszczególnych zmiennych nie są szczególnie wysokie. Wskazuje to na potrzebę znalezienia jeszcze innych predyktorów, których wpływ okazałby się istotny na najbardziej istotne zmienne modelu makiawelizmu. Wyniki otrzymane w analizie ścieżek wskazują, że zasoby oddziaływują zarówno na poczucie samoskuteczności (0,33) jak i poziom wypalenia zawodowego (-0,516). Im wyższe zasoby, tym wyższe też poczucie samoskuteczności. Odwrotny wpływ zasoby wywierają na wypalenie zawodowe, tzn. im więcej zasobów, tym niższy poziom wypalenia zawodowego. Jest to zgodne z jednym z teoretycznych określeń zasobów jako strategii radzenia sobie ze stresem. Zmienne wypalenia zawodowego oraz zasobów tłumaczą 27% wariancji poczucia samoskuteczności. Wpływ wieku na zasoby jest ze statystycznego punktu widzenia mało znaczący. Jednak współczynnik ścieżki jest dodatni, a usunięcie tej zmiennej pogarsza parametry modelu. W związku z tym można przyjąć, że wraz z wiekiem zasoby mają tendencję do wzrastania.

Spośród dwóch grup wartości, które testowano w modelu istotny wpływ ma grupa wartości ostatecznych. Zmienna ta składa się z sumy wyników z dziesięciu pozycji, które otrzymały najwyższą wagę wśród badanych. Według modelu przedstawionego na Rysunku 4 ich wpływ na makiawelizm jest niewielki (0,17) lecz istotny. Niestety, wartość R^2 jest bardzo niska i wynosi w tym przypadku jedynie 0,03. Makiawelizm rośnie, gdy najważniejszymi wartościami są wolność, szczęście i równowaga wewnętrzna, zaś maleje w przypadku wartości bezpieczeństwo narodowe i rodziny oraz dojrzałej miłości. Otrzymany wynik jest zgodny założeniem teoretycznym, iż makiaweliści respektują tylko te normy, które sprzyjają realizacji własnych celów, a celem często jest sukces w rozgrywkach z innymi ludźmi. Można zatem przypuszczać, że specyficzne pojęcie wolności oraz szczęścia jako swobody robienia tego, co się pragnie, z pominięciem interesów innych ludzi, mogą leżeć u podłoża otrzymanych wyników badań.

Kolejna część modelu obejmuje wpływ makiawelizmu na wypalenie zawodowe za pośrednictwem nieobserwowalnej zmiennej tj. satysfakcji z realizacji celów. Waga regresji wynosi tutaj 0,224 i jest istotna statystycznie. Potwierdza się więc hipoteza, iż wzrost makiawelizmu podnosi satysfakcję z realizacji celów i jednocześnie podnosi poziom wypalenia zawodowego. Potwierdzają to również bezpośrednio obliczone współczynniki korelacji.

Makiawelizm jest istotnie skorelowany z wypaleniem zawodowym (r = 0,267, p = 0,002), ale najsilniej skorelowany z jego podskalą tj. depersonalizacją (r = 0,433, p = 0,002). Wzrost makiawelizmu nasila depersonalizację, co jest zgodne z koncepcją makiawelizmu, z której wynika spostrzeganie innych jako obiektów, którymi można manipulować. Depersonalizacja jest więc czymś koniecznym i nieodłącznym w makiawelicznej manipulacji. Relacji do drugiej osoby towarzyszy minimum zaangażowania emocjonalnego, a właśnie depersonalizacja prowadzi do takiego stanu.

DYSKUSJA

Zebrane dane i model teoretyczny zależności między zmiennymi w świetle analizy ścieżek pasują do siebie. Uzyskane współczynniki nie nakazują odrzucenia analizowanego modelu. Oczywiście w świetle teoretycznych podstaw tej analizy może istnieć wiele alternatywnych modeli lepiej pasujących do danych, ale ten pasuje w wystarczającym stopniu, aby go przyjąć jako dopasowany.

Przedstawiane w niniejszym artykule wyniki badań potwierdzają przede wszystkim słuszność opinii tych badaczy (Kessler i in,, 2010), którzy uważają, że należy zaprzestać poszukiwań ogólnego modelu makiawelizmu wyjaśniającego to zjawisko jednocześnie we wszystkich populacjach nieklinicznych. Zamiast tego, wysiłki należy skierować na poszukiwanie optymalnych modeli wyjaśniających makiawelizm w interakcja społecznych mających miejsce w ograniczonych środowiskach społecznych, zawodowych i instytucjonalnych. Zasadność tej argumentacji opiera się na tym, iż makiawelizm jest zjawiskiem złożonym i silnie uwarunkowany kontekstowo (*context specific*). Zbudowanie spójnego i zgodnego z rzeczywistością empiryczną modelu makiawelizmu jest trudne nawet w przypadku tak ograniczonego interakcji społecznych, jaki tworzy środowisko szkoły i nauczycieli. Zaprezentowane badania potwierdzają to w całej rozciągłości. Mimo względnej prostoty wyjściowego modelu teoretycznego, okazało się, że i tak model ten (Badanie I) nie pracuje i nie przystaje do rzeczywistości, jaka zdiagnozowana została na wybranej próbie nauczycieli. Pracującym modelem makiawelizmu okazał się znacznie prostszy układ wzajemnie ze sobą powiązanych zmiennych personalnych i sytuacyjnych (Badanie II). Jednak mimo wypracowania prost-

szego od pierwotnego modelu układu zmiennych okazało się, że i tak jest on obarczony trudnymi do wytłumaczenia paradoksami.

Zastanawiający jest w tym kontekście rezultat dla zmiennej latentnej „satysfakcja z realizacji celów". Relacja wzrost makiawelizmu > wzrost satysfakcji > wzrost wypalenia (por. Rysunek 4) jest nielogiczna, chyba że przyjmie się, że obiekt nazwany satysfakcją w tym modelu reprezentuje „antysatysfakcję". W przypadku, gdyby była to zmienna o odwrotnym kierunku skali, wszystko byłoby logiczne i zgodne z podstawami teoretycznymi. Ponieważ jest to zmienna, której oddziaływanie w tym miejscu modelu jest jedynie domniemane, być może można by było uznać za racjonalne przyjąć wariant odwrócenia jej skali.

Gneralnie, zestawienie zmiennych makiawelizmu, poczucia samoskuteczności oraz wypalenia zawodowego uzupełnionych o zasoby i wartości w jednym modelu okazało się trafnym przypuszczeniem. Zgodnie z teorią, zasoby okazały się czynnikiem zapobiegającym syndromowi wypalenia. Im wyższy wynik na skali zasobów, tym niższe prawdopodobieństwo pojawienia się objawów syndromu wypalenia zawodowego (por. Rysunek 4). To z kolei w sposób przeciwstawny oddziałuje na poczucie samoskuteczności. Im wyższy poziom wypalenia, tym niższe poczucie samoskuteczności. Posiadane zasoby nie tylko chronią przed wypaleniem, ale dodatkowo stymulują samoskuteczność. Makiawelizm współwystępuje z syndromem wypalenia. Makiawelistyczne manipulacje sprzyjają depersonalizacji oraz emocjonalnemu wyczerpaniu. Pocieszający jest też brak korelacji pomiędzy makiawelizmem a wiekiem badanych. Poziom tej zmiennej więc nie nasila wraz z wiekiem i raczej zależy od posiadanych predyspozycji osobowościowych niż czynników środowiskowych.

Model wynikowy makiawelizmu (Badanie II) okazał się prostszy niż zakładano, gdyż ubyło z niego kilka zmiennych, które pierwotnie miały być istotne. Zastanawiające jest wypadnięcie z niego zmiennej poczucia dyspozycji do wdzięczności. Wprowadzając tę zmienną do modelu kierowano się jej związkiem z postrzeganiem sukcesów własnych jako związanych z wysiłkami innych ludzi. Poczucie samoskuteczności miało być budowane nie tylko na bazie własnych osiągnięć, ale i wypływać ze współpracy z innymi ludźmi przy rozwiązywaniu problemów zawodowych. Ogólnie można powiedzieć, że ludzie o wysokiej dyspozycji do wdzięczności są ukierunkowani na postrzeganie swojego życia jako mającego głębszy i szerszy sens wypływający z sił ponadludzkich takich jak szczęście, los, Bóg itp. Pewną sugestią, co do braku wpływu dyspozycji do wdzięczności jest konfiguracja preferowanych zasobów. Wynika z niej, że nauczyciele w miejscu pracy mogą w problemach liczyć przede wszystkim na siebie. Każdy z nich stając wobec uczniów na ogół jest sam i sam musi rozwiązywać problemy z uczniami, rodzicami i realizacją zadań. Nie ma wsparcia administracji, a koledzy są w podobnej sytuacji. Przyjaciele, rodzina i znajomi dają zaś głównie wsparcie emocjonalne. I dlatego sukcesy nie będą postrzegane jako zależne od innych, a jedynie jako wynikające z własnego wysiłku i zdolności.

Poza tym, nie potwierdziły się zakładane bezpośrednie zależności między istotnymi zmiennymi modelu, takie jak: między wartościami a makiawelizmem; makiawelizmem a samoskutecznością; makiawelizmem a stopniem awansu zawodowego (stażem – tenure); makiawelizmem osób o niskich i wysokich zasobach personalnych. Brak różnic w poziomie makiawelizmu a wymienionymi zmiennymi może pośrednio dowodzić, że makiawelizm nie jest zmienną nabytą na skutek funkcjonowania w danych warunkach, a jest jednak cechą osobowości posiadaną niezależnie od nich. Warunki mogą co prawda sprzyjać ujawnianiu się tej cechy, ale nie będą jej źródłem.

Tak czy inaczej dylemat ten, jak szereg innych wskazanych odstępstw uzyskanych rezultatów od zależności oczekiwanych, pozostaje bez rozstrzygnięcia, a przeprowadzone badania i uzyskane wyniki wskazują na potrzebę dalszych poszukiwań, eliminując chociażby ograniczenia przedstawionych badań. Pierwszym ograniczeniem jest m.in. trafność i rzetelność zastosowanych metod pomiaru, jak np. skali GQ-6. Drugim ograniczeniem jest niedostateczna, jak się wydaje, wielkość badanej próby, a w szczególności mężczyzn. To tym czynnikiem można tłumaczyć częściowo to, dlaczego nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie makiawelizmu u kobiet i mężczyzn. Ograniczenie to jest jednak trudne do wyeliminowania, gdyż w badanym zawodzie nadreprezentacja kobiet jest miażdżąca. Ważnym wnioskiem wynikającym z zaprezentowanych badań jest ten, iż metoda modelowania równań strukturalnych jest użytecznym narzędziem w badaniach nad makiawelizmem.

BIBLIOGRAFIA

Andreou, E. (2004). Buly/victim problems and their association with Machiavellianism and self-efficacy in Greek primary school children, *British Journal of Educational Psychology, 74*, 297-309.

Bańka, A., Orłowski, K. (2006) Makiawelizm jako czynnik wpływający na poczucie samoskuteczności nauczycieli w warunkach zmiany organizacyjnej w systemie edukacyjnym W: B. Rożnowski, A. Biela, A. Bańka (red.), *Praca i organizacja w procesie zmian*. Poznań: WSPiA.

Bańka, A., Orłowski, K. (2012). The structure of the teacher Machiavellianism model in social interactions in a school environment. *Polish Psychological Bulletin, 43, 4*, 215-222.

Barry, C.T., Kerig, P.K., Stellwagen, K.K., Barry, T.D. (red.). (2011). *Narcissism and Machiavellianism in youth: Implications for the development of adaptive and maladaptive behavior*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Bereczkei, B., Birkas, B., Kerekes, Z. (2010). The presence of others, prosocial traits, Machiavellianism. A personality x situation approach. *Social Psychology, 41, 4*, 238-245.

Christie, R., Geis, F. (1970). *Studies in Machiavellianism*. New York: Academic Press.

Cleckley, H. (1941/1982). *The mask of sanity*. ST.Louis, MO: Mosby.

Cookie, D.J., Michie, Ch., Hart, S.D. (2006). Facets of clinical psychopathy. Toward clearer measurement. W: Ch.J. Patrick (red.), *Handbook of psychopathy* (s. 91-106). New York/London: The Guilford Press.

Day, Ch. (1999). *Developing teacher: the challenges of lifelong learning*. London: Taylor and Francis.

Day, C., Flores, M.A., Viana, I. (2007). Effects of national policies on teachers' sense of professionalism: findings from an empirical study in Portugal and in England. *European Journal of Teacher Education, 30, 3*, 249-265.

Day, C., Lindsey, S. (2009). The effects of reform: have teachers really lost their sense of rofessionalism? *Journal of Educational Change, 10, 2-3*, 141-157.

Debats, D.L., Bartelds, B.F. (2005). *The structure of human values: a principal components analysis of the Rokeach Value Survey*.

Diener, E., Fujita, F. (1995). Resources, Personal Strivings, and Subjective Well-Being: A Nomothetic and Idiographic Approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 68, 5*, 926-935.

Frazier, P.A., Tix, A.P., Barron, K.E. (2004). Testing Moderator and Mediator Effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology, 51, 1*, 115-134.

Hare, R.D., Neumann, C.S. (2006). The PCL-R assessment of psychopathy. Development, structural properties and new directions (pp. 58-88). W: Ch.J. Patrick (red.), *Handbook of psychopathy*. New York/London: The Guilford Press.

Hawley, P.H. (2003). Prosocial and coercive configurations of resource control in early adolescence: A case of well-adapted Machiavellian. *Merrill-Palmer Quarterly, 49*, 279-309.

Hsi-Sheng, W., Ji-Kang, C. (2012). The moderating effect of Machiavellianism on the relationships between bullying, peer acceptance, and school adjustment in adolescents. *School Psychology International. 33, 3*, 345-363.

Jakobwitz, S., Egan, V. (2006). The dark triad and normal personality traits. *Personality and Individual Differences, 40*, 331–339.

Jonason, P.K., Kavanagh, P. (2010). The dark side of love: Love styles and the Dark Triad. *Personality and Individual Differences, 49*, 606-610.

Jonason, P.K., Koenig, B.L., Tost, J. (2010). Living a fast live. The dark triad and life history theory. *Human Nature, 21*, 428-442.

Jones, D.N., Paulhus, D.L. (2009). Machiavellianism. W: M.R. Leary, R.H. Hoyle (red.), *Individual differences in social behavior* (s. 93-108). New York: Guilford.

Kessler, S.R., Bandelli, A.C., Spector, P.E., Borman, W.C., Nelson, C.N., Penny, L.M. (2010). Re-examining Machiavelli: a three-dimensional model of Machiavellianism in the workplace. *Journal of Applied Social Psychology, 40, 8*, 1868-1896.

Kwieciński, Z. (2000). Zapętlenie kwestii edukacyjnej w sytuacji gwałtownej zmiany jej kontekstu. W: J. Brzeziński, Z. Kwieciński (red.), *Psychologiczno-edukacyjne aspekty przesilenia systemowego*. Toruń: Wydawnictwo UMK.

LeBreton, J.M., Binning, J.F., Adorno, A.J. (2006). Subclinical psychopaths. W: J.C. Thomas, D. Segal (red.), Comprehensive handbook of personality and psychopathology. Tom 1 *Personality and everyday functioning* (s. 388-412). New York: John Wiley and Sons.

Lykken, D.T. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, New York: Erlbaum.

Lyons, M.T., Aitken, S.J. (2008). Machiavellianism in strangers affects cooperation. *Journal of Evolutionary Psychology, 6, 3*, 173-185.

Machiavelli, N. (1998). *The prince*. Chicago: University of Chicago Press. (originał 1513).

McCullough, M.E., Emmons, R.A., Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology, 82, 1*, 112-127.

McHoskey, J.W., Worzel, W., Szyarto, G. (1998). Machiavellianism and psychopathy. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 192-210.

Orłowski, K., Bańka, A. (2006). Skala makiawelizmu nauczycieli – analiza wstępna struktury czynnikowej i własności psychometrycznych narzędzia. *Przegląd Badań Edukacyjnych, 2, 3*, 119-130.

Qing, G., Day, C. (2007). Teachers resilience: A necessary condition for effectiveness. *Teaching and Teacher Education, 23, 8*, 1302-1316.

Patrick, C.J., Fowles, D,C., Krueger, R.F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness and meanless. *Development and Psychopathology, 21*, 913-938.

Patterson, C.M., Newmann, J.P. (1993). Reflectivity and learning from aversive events: Towards a psychological mechanism for the syndromes of disinhibition. *Psychological Review, 100*, 716-736.

Paulhus, D.L., Williams, K.M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism and psychopathy. *Journal of Research in Personality, 36*, 391-404.

Pilch, I. (2008). *Osobowość makiawelisty i jego relacje z ludźmi*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Pilch, I. (2012). Machiawelizm a psychopatia. *Chowanna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.

Rauthmann, J.F.R., Will, T. (2011). Proposing a multidimensional Machiavellianism conceptualization. *Social Behavior and Personality, 30, 3*, 1260-1271.

Schumacker, Randall E., Lomax, R.G. (1996). *A beginners guide to structural equation modeling*. Readable introduction to use of EQS 5.0 or LISREL8-SIMPLIS, Hillsdale, New Jork: Erlbaum.

Simonson, D.K. (1988). Presidential style: personality, biography, and performance. *Journal of Personality and Individual Differences, 55, 6*, 928-936.

Sęk H. (red.). (2004). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Wydawnictwo Naukowe Warszawa: PWN.

Tuohy, D. (1999) *The inner world of teaching: exploring assumptions*. London: Falmer Press.

Dwa typy osobowości z tendencją do manipulacji interpersonalnej w okresie dorastania a zdolność rozpoznawania mikroekspresji mimicznych*

Szymon Emilia Draheim

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, SWPS Poznań

WPROWADZENIE

Ludzie różnią się między sobą pod względem skłonności i zdolności do posługiwania się manipulacją interpersonalną dla osiągnięcia korzyści własnych, często kosztem innych. Christie i Geis (1970) ten wymiar osobowości nazwali makiawelizmem, od nazwiska włoskiego polityka i pisarza Niccolo Machiavellego. Ich zdaniem różnice indywidualne na tym wymiarze osobowości są możliwe do uchwycenia metodą samoopisu co najmniej od 10 roku życia. W swojej pionierskiej monografii uwzględnili zagadnienie makiawelizmu dziecięcego, nad którym pierwsze badania przeprowadziły Susan Nachamie (Christie, Geis,1970) i Dorota Braginsky (1970a, 1970b). Jednak później uczestnikami kilkuset badań nad makiawelizmem byli niemal wyłącznie dorośli (patrz artykuły przeglądowe: Vleeming, 1979; Fehr i in., 1992; Wilson i in., 1996; McHoskey i in., 1998). Niewiele zebrano danych na temat genezy i rozwoju tego wymiaru osobowości oraz jego związku z różnymi zachowaniami u dzieci. Od 1970 roku nie nastąpił pod tym względem żaden postęp. O ile mi wiadomo, w tym okresie, tylko w siedmiu badaniach makiawelizmu uczestnikami były dzieci szkolne (O'Kelly, Sollar, 1971; Kraut, Price, 1976; Dien, Fujisawa, 1979; Barnett, Thompson, 1984; Poderico, 1987; Draheim, 2000a; Sutton, Keogh, 2001). Badań przeprowadzono nie tylko bardzo mało, ale ich wyniki często były ze sobą sprzeczne. Na przykład Kraut i Price (1976) nie uzyskali potwierdzenia wyniku badań przeprowadzonych przez Nachamie (Christie, Geis 1970), że dzieci z wysokim makiawelizmem (W-MACH) są bardziej sprawne w manipulowaniu innymi niż dzieci z niskim makiawelizmem (N-MACH). Z kolei O'Kelly i Solar (1971) oraz Kraut i Price (1976) stwierdzili, że makiawelizm u dzieci jest istotnie i pozytywnie skorelowany z makiawelizmem ich rodziców, czego nie udało się potwierdzić w badaniach Doroty Braginsky (1970a). Nie wiemy czy zależności, których szukano faktycznie nie występują czy też sprzeczne wyniki są konsekwencją uchybień natury metodologicznej, ponieważ narzędzie zastosowane do mierzenia makiawelizmu u dzieci nie wykazuje wystarczająco dobrych parametrów psychometrycznych[1].

SKALA KIDDIE MACH JAKO NARZĘDZIE BADANIA MAKIAWELIZMU U DZIECI

Po raz pierwszy skala ta została użyta przez Susan Nachamie (Christie, Geis 1970) do badania makiawelizmu u sześcioklasistów, ale rzetelność (*Spearman-Brown* = .50) była tak niska, że właściwie należałoby z niej zrezygnować. Tę samą wersję skali wykorzystali w swoich badaniach Kraut i Price (1976). Rzetelność wyrażona współczynnikiem *alfa* Cronbacha wyniosła zaledwie .48. Z kolei Braginsky (1970) posłużyła się skalą Kiddie Mach (skrócona do 16 pozycji) w badaniach pięcioklasistów i ponownie okazało się, że rzetelność (*Spearman-Brown* = .43) jest tak niska, że właściwie dyskwalifikuje to narzędzie. Jedynie współczynnik stałości skali (test-retest) był zadowalający i wyniósł .87. Rzetelność polskiej wersji Kiddie Mach – skróconej do 13 pozycji (Draheim 2000a) okazała się nieco lepsza od amerykańskich wersji i wyniosła *rtt* = .60. Podobnie (skrócona do 11 pozycji) Skala

* Artykuł pochodzi z: *Czasopismo Psychologiczne,* Tom 8 numer 2, Poznań 2002, SPiA, s. 143–157.

Badanie eksperymentalne wykonano w ramach kierowanego przez autora projektu badawczego KBN 1 H01F 041 18

[1] Drwal i Brzozowski (1993) wykazali, że MACH V nie jest rzetelną skalą badania makiawelizmu u osób dorosłych.

Kiddie Mach w badaniach Suttona i Keogha (2001) wykazała nieco lepszy współczynnik *alfa* Cronbacha = .63. Z wyjątkiem pierwszego zastosowania skali przez Susan Nachamie, we wszystkich pozostałych przypadkach konieczne okazało się istotne jej skrócenie – Sutton i Keogh odrzucili prawie połowę z dwudziestu oryginalnych pozycji Kiddie MACH. Co gorsze, w poszczególnych wersjach tej Skali usunięte zostały różne pozycje. Ponadto, dwie analizy czynnikowe Skali Kiddie MACH sugerują, że wymiar makiawelizmu u dzieci nie ma stałej struktury czynnikowej. Draheim (2000a) uzyskał 4 czynniki (taktyka manipulacji; nieuczciwość; brak zaufania do ludzi; brak wiary, że ludzie z natury są dobrzy). Sutton i Keogh (2001) otrzymali 3 podobne czynniki – nie wyłoniła się jako osobny czynnik taktyka manipulacji. Problem jednak polega na tym, że różne pozycje Skali Kiddie MACH pojawiają się w różnych czynnikach, z których większość składa się z trzech pozycji, co przesądza o bardzo niskiej ich rzetelności. Sutton i Keogh (2001) podają współczynnik *alfa Cronbacha* = .30 dla podskali „brak zaufania do ludzi". Z tych względów w analizach nie można uwzględniać osobno wyników w poszczególnych podskalach, jak czynią to Sutton i Keogh (*op. cit.*). O ile skala MACH IV służąca do badania makiawelizmu u dorosłych jest krytykowana ze względu na sprzeczne wyniki dotyczące jej struktury czynnikowej, to jednak wykazuje ona w większości badań akceptowalną rzetelność. Wydaje się, że do mierzenia makiawelizmu u dzieci trzeba skonstruować nowe narzędzie, którego założenia powinny brać pod uwagę wyniki ponad 30 lat dociekań empirycznych nad makiawelizmem u dorosłych.

CZY U MAKIAWELISTÓW WYSTĘPUJE SYNDROM CHŁODU?

Przeprowadzono setki badań, w których analizowano osobowościowe korelaty makiawelizmu oraz różnice w zachowaniach osób z niską i wysoką skłonnością[2] do manipulowania innymi. Ogólnie rzecz biorąc wyniki tych badań są w dużej mierze zgodne z koncepcją Christiego i Geis, ale pojawiły się również rozbieżności. Uzyskane dane empiryczne są raczej sprzeczne z postulowanym przez nich tzw. „syndromem chłodu". Ich zdaniem N-MACH liczą się z potrzebami innych i traktują je jak swoje własne, są emocjonalnie otwarci na innych, natomiast W-MACH znają oczekiwania innych, ale nie przejmują się nimi. „Zarówno W-MACH jak i N-MACH są ‚wrażliwi na innych' – ale na dwa róże sposoby. Ci pierwsi wydają się być wrażliwi na informację o drugiej osobie. Reagują oni na poznawcze, występujące explicite wskazówki, szczególnie te, które są ważne dla strategii planowania w danej sytuacji. Drudzy wydają się być bardziej wrażliwi na osobę jako osobę, uwzględniają jej punkt widzenia oraz jej uczucia, pragnienia i oczekiwania." (Christie, Geis, *op. cit.*, s. 305). Sukcesy odnoszone przez W-MACH w zadaniach polegających na targowaniu się z innymi lub perswadowaniu, Christie i Geis objaśniali tym, że prawdopodobnie nie przeżywali oni w takich sytuacjach napięcia emocjonalnego lub odczuwali je, ale potrafili nad nim zapanować, ignorując relacje międzyludzkie, wartości społeczne czy też zasady etyczne.

O pierwszych rozbieżnościach między empirią a syndromem chłodu informował sam Christie (1970). Trudne do pogodzenia z jego koncepcją były stwierdzone w badaniach umiarkowanie pozytywne korelacje między W-MACH a lękiem. Christie wyjaśniał to wpływem takich czynników jak zmienna aprobaty społecznej, z którą – jego zdaniem – nie radzi sobie zastosowana w tych badaniach skala MACH IV. Jednakże później Jones i in. (1979) stosując inną skalę wykazali ponownie, że w W-MACH lęk jest silniejszy niż u N-MACH. Nigro i Galli (1985) oraz Lerner (1990) również uzyskali pozytywną korelację między makiawelizmem a lękiem jako cechą oraz lękiem jako stanem, a Poderico (1987) potwierdziła istnienie takiego samego związku u dzieci. Również u dzieci Sutton i Keogh (2001) potwierdzili występowanie niskiej, ale istotnej pozytywnej korelacji między ogólnym wynikiem w Skali Kiddie MACH a neurotycznością.

Podobnie rzecz się przedstawia jeśli chodzi o przejawianie wrogości. Christie (1970) znał pierwsze wyniki badań, które świadczyły o współwystępowaniu makiawelizmu i jawnej wrogości wobec innych, co również nie bardzo przystaje do „syndromu chłodu". Jednakże wyjaśniał tę niezgodność tym, że u makiawelistów okazywanie wrogości ma charakter instrumentalny a nie impulsywny, nie przeprowadzając żadnych badań, które potwierdzałyby to przypuszczenie. Później jeszcze Touhey (1971) stwierdził istnienie umiarkowanej, pozytywnej korelacji między agresywnością a wysokim makiawelizmem u mężczyzn oraz słabą samokontrolą a wysokim makiawelizmem u kobiet. Jones i in. (1979) powtórzyli wynik świadczący o tym, że W-MACH wykazują większą wrogość niż N-MACH. Christie

[2] Wynik uzyskany w skali MACH IV, MACH V lub Kiddie MACH.

przywiązywał jednak większą wagę do bezpośredniej obserwacji zachowań W-MACH i utrzymywał, że nie byli oni bardziej agresywni od N-MACH. Jednakże z drugiej strony twierdził, że syndrom chłodu może być u makiawelistów bardzo powierzchowny i obecny tylko w „oczach obserwatora", na co wskazywały znane mu badania psychofizjologiczne, w których aktywność elektrodermalna pozwalała na wykrycie kłamstwa w takim samym stopniu w W-MACH jak i N-MACH. W jednym badaniu przeprowadzonym później (Bradley, Klohn, 1987) kłamstwa W-MACH były nawet łatwiej wykrywane na podstawie GSR niż kłamstwa N-MACH. Jak pogodzić wyniki tych badań z syndromem chłodu?

Sugerowane przez Christiego wyjaśnienia owych rozbieżności są nadal podzielane przez część psychologów zajmujących się tą problematyką. Np. Fehr i in. (1992) stwierdzają, że przejawiane w badaniach kwestionariuszowych uczucia wrogości i lęku są rezultatem tego, że W-MACH bez żadnych zahamowań przyznają się do tego rodzaju emocji i zachowań w przeciwieństwie do N-MACH, którzy kierując się motywem aprobaty społecznej, robią to niechętnie. Ich zdaniem jeśli nawet przyjąć, że lęk jako cecha jest pozytywnie powiązany z W-MACH, to obserwacje makiawelistów w czasie gdy manipulowali innymi, nie potwierdziły występowania u nich wskazówek świadczących o przeżywaniu lęku. Jednak w takich badaniach oceny zachowań makiawelistów dokonywali „ludzie z ulicy", najczęściej studenci. Zachowania niewerbalne, główne źródło informacji o przeżywanych emocjach, nie były do tej pory przedmiotem systematycznej analizy z zastosowaniem precyzyjnych narzędzi pomiaru. Natomiast stwierdzane w badaniach osobowościowe korelaty makiawelizmu takie jak lęk czy neurotyczność można jednak wyjaśnić w inny sposób. Wydaje mi się, że przekonywającą propozycją rozwiązania tego problemu, popartą wynikami badań empirycznych, jest na nowo podjęta próba integrowania pojęć makiawelizmu i psychopatii.

DWA TYPY MAKIAWELIZMU

McHoskey i in. (1998) podstawę owej integracji widzą w Karpmana (1948) teoretycznym zróżnicowaniu psychopatów na pierwotnych („zimnych", patologicznie kłamiących, oszukujących i wykorzystujących innych, skrajnie egoistycznych) i wtórnych (bardzo impulsywnych, słabo kontrolujących swoje zachowania). Stosując Levensona i in. (1995) skalę do badania cech psychopatycznych w populacji ogólnej, McHoskey i in. (1998) wykazali, że makiawelizm koreluje pozytywnie zarówno z pierwotną jak i wtórną psychopatią, co sugeruje, że osoby wyselekcjonowane na podstawie skali MACH IV jako W-MACH, mogą przejawiać cechy charakterystyczne dla psychopatii zarówno pierwotnej (podobne do syndromu chłodu) jak i psychopatii wtórnej. Stwierdzili, że korelacje lęku, agresji i wrogości z psychopatią wtórną są pozytywne i istotne statystycznie natomiast z psychopatią pierwotną korelacje te nie są istotne. McHoskey i in. uważają, że skala MACH IV mierzy łącznie psychopatię pierwotną i wtórną w populacji ogólnej (najczęściej u studentów), w której W-MACH (nazywają ich „psychopatami, którym się powiodło", *op. cit*., s. 207) zajmują środkowy zakres kontinuum psychopatii. Ich zdaniem psychopatia i makiawelizm w istocie rzeczy opisują ten sam wymiar osobowości, a główną przeszkodą na drodze do integracji tych dwóch pojęć były nie tyle różnice teoretyczne, ale fakt, że pojawiły się one i były badane w dwóch różnych subdyscyplinach o całkowicie odmiennych tradycjach: psychologii społecznej i psychologii klinicznej.

W jednym z ostatnio przeprowadzonych badań McHoskey (2000) zidentyfikował wśród studentów z W-MACH dwa typy osobowości. Jeden podobny do psychopatii pierwotnej (*primary-like Machs*) z niskim poziomem neurotyczności i lęku oraz istotnie wyższą odpornością na stres. Drugi podobny do psychopatii wtórnej (*secondary-like Machs*) z istotnie wyższym poziomem neurotyczności i lęku oraz niższą odpornością na stres. Wyniki tych badań sugerują, że makiawelizm jako wymiar osobowości nie jest jednorodny. Pociąga to za sobą konieczność skonstruowania nowych narzędzi pomiarowych, przy pomocy których można by bezpośrednio identyfikować dwa typy osobowości makiawelicznej. O ile w odniesieniu do dorosłych można zastosować Levensona skalę do badania dwóch typów psychopatii w populacji ogólnej, o tyle w odniesieniu do ogólnej populacji dzieci nie ma takiego narzędzia. Nie wiemy czy u dzieci można również zidentyfikować dwa typy makiawelizmu, a jeśli tak, kiedy one się pojawiają. Nie wiemy czy charakteryzują się podobnymi cechami jak te u dorosłych czy też różnią się od nich.

SKALA DO BADANIA DWÓCH TYPÓW OSOBOWOŚCI MAKIAWELICZNEJ U STARSZYCH DZIECI

U podstaw przyjętej tu koncepcji makiawelizmu dziecięcego leży podobne teoretyczne założenie do tego, które McHoskey i in. (1998) przedstawili w odniesieniu do ogólnej populacji osób dorosłych. Jednakże ze względu na silnie negatywne konotacje terminu „psychopatia", nie będę posługiwał się

określeniami makiawelizmu podobnego do pierwotnej i wtórnej psychopatii, ale pojęciami odpowiednio *zimnego* i *gorącego* makiawelizmu. Psychologiczne cechy *zimnego* makiawelizmu (ZIMACH) zostały wywiedzione z koncepcji pierwotnej psychopatii u dorosłych z populacji ogólnej (Levenson i in., 1995), oraz u dzieci z populacji klinicznej [typ zimny/bez emocji (*callous/unemotional*), Frick i in., 1994, 1999], ale również z koncepcji syndromu chłodu (Christie, Geis, 1970; Geis 1978) natomiast pojęcie gorącego makiawelizmu (GOMACH) nawiązuje do Levensona i in. (1995) koncepcji psychopatii wtórnej w populacji ogólnej oraz u dzieci z zaburzeniami zachowania [typ impulsywny/z problemami w zachowaniu (*impulsive/conduct-problems*) Frick i in., 1994, 1999].

ZIMACH to typ osobowości, który dąży do realizacji swoich własnych celów nie oglądając się na potrzeby innych; jest cyniczny i wyrafinowany w swoim działaniu; nie obchodzi go co czują inni; zdobywanie dóbr materialnych jest dla niego ważniejsze niż głos sumienia; nie występuje u niego poczucie winy z powodu stosowania manipulacji interpersonalnej; dominuje u niego orientacja poznawcza nad emocjonalną. GOMACH to typ osobowości, który stosuje tak samo manipulację w stosunkach z innymi, ale jednocześnie silnie przeżywa konflikty wewnętrzne, jest impulsywny; dominuje u niego orientacja emocjonalna nad poznawczą, skłonny do złośliwego reagowania wobec innych, mało wytrwały w dążeniu do realizacji celu. Ponadto przyjęto założenie, że chociaż jedni i drudzy są skłonni stosować manipulację interpersonalną, to jednak mogą być takie jej odmiany, które bardziej preferowane są przez GOMACH i inne preferowane przez ZIMACH.

Przygotowano pulę pozycji, które treściowo były zgodne z jednym bądź drugim typem makiawelizmu. Wykorzystane zostały (po przystosowaniu treści poszczególnych stwierdzeń tak, aby nie były zbyt drastyczne dla dzieci w wieku szkolnym) niektóre pozycje ze skali Levensona i in. (1995) oraz niektóre pozycje z narzędzia do badania psychopatii u dzieci (*Psychopathy Screening Device*, Frick i in. 1994; Frick, 1998). Do analizy zostały też włączone niektóre pozycje z Allsoppa i in. (1991) skali do badania makiawelizmu u dorosłych. Ostatecznie wstępna pula zawierała 70 pozycji. Badania przeprowadzono na próbie 281 uczniów (128 chłopców, 153 dziewcząt) w wieku 13 do 14 lat. Z wyjątkiem 40 uczniów którzy przebywali w państwowym ośrodku wychowawczym, wszyscy pozostali uczniowie uczęszczali do szkół publicznych. Na podstawie analizy współczynnika *alfa* Cronbacha wyselekcjonowano 20 pozycji, które następnie poddano eksploracyjnej (metoda głównych składowych z rotacją ukośną OBLIMIN) analizie czynnikowej. Stosując wymuszone rozwiązanie dwuczynnikowe, pozycje te utworzyły dwa minimalnie skorelowane czynniki, które wyjaśniały 34% wariancji. Następnie przeprowadzono konfirmacyjną (LISREL) analizę czynnikową (*Chi kwadrat* = 229,29; *df* = 134; *p* = 0,000; GOF = 0,914; AGOF = 0,890), w wyniku której powstała dwuczynnikowa skala osobowości makiawelicznej u starszych dzieci – ZGMACH-18. Dwie pozycje po analizie konfirmacyjnej zostały odrzucone ze względu na niskie ładunki czynnikowe. W pierwszym czynniku (GOMACH) znalazło się 9 pozycji (np.: „Często ‚wybucham', gdy sprawy nie idą po mojej myśli", „Często robię coś na złość innym", „Od czasu do czasu popadam w te same kłopoty") z ładunkami czynnikowymi (LISREL) od najmniejszego 0,43 do największego 0,73 – mediana .46. W drugim czynniku (ZIMACH) znalazło się również 9 pozycji (np.: „Mało jest rzeczy, którymi się wzruszam – raczej nie przeżywam emocji"; „Lepiej mieć wszystkiego pod dostatkiem niż żyć zgodnie z własnym sumieniem"; „Większym zmartwieniem jest zgubienie dużej sumy pieniędzy niż strata przyjaciela") z ładunkami czynnikowymi od najmniejszego 0,38 do największego 0,55 – mediana 0,43. Okazało się również, że typ ZIMACH skłonny jest stosować inną formę manipulacji „Czasami wybieram sobie kolegów/koleżanki z myślą o tym, co oni mogliby dla mnie zrobić" z ładunkiem czynnikowym 0,45, a typ GOMACH preferuje raczej takie manipulacje jak „Czasami obwiniam innych za popełnione przeze mnie błędy" z ładunkiem 0,47 oraz „Czasami udaję chorego, żeby czegoś nie robić" z ładunkiem 0,45. Rzetelność mierzona współczynnikiem *alfa* Chronbacha dla całej skali ZGMACH-18 wyniosła 0,78; dla podskali GOMACH – 0,77; a dla ZIMACH – 0,69.

Przeprowadzono również pilotażowe badania, których celem była wstępna weryfikacja rzetelności i trafności ZGMACH-18. Przebadano 56 innych uczniów w tym samym wieku (26 chłopców, 30 dziewcząt). Ponadto zastosowano 11 pozycji z Drwala i Wilczyńskiej (1980) Kwestionariusza Aprobaty Społecznej (KAS), Kwestionariusz Reaktywności Interpersonalnej i Polską Wersję Skali Kiddie MACH (Draheim, 2000a). Jeśli założymy, że skala Kiddie Mach mierzy u dzieci łącznie dwa rodzaje makiawelizmu, to należało oczekiwać, że będzie ona pozytywnie korelowała zarówno z typem ZIMACH jak i typem GOMACH. Z kolei empatia mierzona tutaj Davisa

(1999) Kwestionariuszem Reaktywności Interpersonalnej powinna być znacznie silniej negatywnie skorelowana z makiawelizmem *zimnym* niż *gorącym*. Oczekiwano też, że aprobata społeczna będzie negatywnie korelować z ZGMACH-18, podobnie jak z Kiddie MACH PL (Draheim, 2000a), ale nie stawiano żadnych przewidywań co do związku tendencji do przedstawiania się w pozytywnym świetle z typami ZIMACH i GOMACH. Wyniki przedstawione zostały w Tabeli 1.

Tabela 1
Korelacje R Pearsona między zmiennymi w pilotażowym badaniu trafności

	ZGMACH-18	ZIMACH	GOMACH	Kiddie MACH PL
ZGMACH-18				
alfa Cronbacha 0,75				
ZIMACH	0,831			
alfa Cronbacha 0,68	*p* = 0,000			
GOMACH	0,829	0,377		
alfa Cronbacha 0,70	*p* = 0,000	*p* = 0,005		
Kiddie MACH PL	0,627	0,491	0,553	
alfa Cronbacha 0,61	*p* = 0,000	*p* = 0,000	*p* = 0,000	
EMPATIA	-0,508	-0,597	-0,264	0,301
alfa Cronbacha 0,77	*p* = 0,001	*p* = 0,000	*p* = 0,051	*p* = 0,024
KAS	-0,408	-0,139	-0,553	-0,389
alfa Cronbacha 0,64	*p* = 0,002	*p* = 0,306	*p* = 0,000	*p* = 0,003

Potwierdzona została zadowalająca rzetelność skali ZGMACH-18 (*alfa* = 0,75), podskali GOMACH (*alfa* = 0,70) oraz podskali ZIMACH (*alfa* = 0,68). Skala Kiddie MACH PL (*alfa* = 0,75), która powstała na bazie koncepcji makiawelizmu zaproponowanej przez Christiego i Geis, koreluje w zasadzie tak samo silnie (na poziomie R = 0,5) zarówno z typem GOMACH jak i ZIMACH. Możliwe zatem jest, że Kiddie MACH PL mierzy, podobnie jak MACH IV w ogólnej populacji dorosłych, łącznie dwa typy makiawelizmu.

Potwierdzona też została odwrotna zależność między empatią a typem ZIMACH. Ujemna korelacja między tymi zmiennymi jest prawie jeszcze raz tak silna jak – również ujemna, ale nieistotna statystycznie – korelacja empatii z typem GOMACH.

Również w przypadku aprobaty społecznej zależności są odmienne dla *gorącego* i *zimnego* makiawelizmu. W badaniach globalnego makiawelizmu Skala MACH IV oraz Kiddie MACH najczęściej korelują ujemnie z różnymi skalami kłamstwa i aprobaty społecznej (Fehr i in., 1992) chociaż czasami korelacje te są bardzo słabe i nie osiągają progu istotności. Jak już była o tym mowa, może to świadczyć o tym, że makiaweliści przyznają się w swoich samoopisach do postaw i zachowań uważanych raczej za negatywne. Oznacza to, że przynajmniej niektóre osoby uzyskujące niskie wyniki w Skali MACH IV mogą odpowiadać na pytania tak, aby „odpowiednio" się zaprezentować, dlatego szczególnie w ich przypadku należałoby kontrolować zmienną aprobaty społecznej. Jeśli ta interpretacja jest poprawna, to mielibyśmy w istocie dwie grupy makiawelistów – takich, którzy bez oporów ujawniają swoje negatywne cechy i zachowania oraz takich, którzy faktycznie są tak samo skłonni stosować manipulację interpersonalną, ale nie przyznają się do tego wypełniając Skalę MACH IV lub Kiddie MACH. W tym kontekście wyniki tego badania pilotażowego z użyciem skróconej wersji kwestionariusza KAS są bardzo interesujące. Tylko jeden typ makiawelizmu (GOMACH) jest silnie negatywnie skorelowany z chęcią ukazania siebie w pozytywnym świetle. Korelacja kwestionariusza KAS z ZIMACH jest co prawda również ujemna, ale bardzo słaba i nieistotna statystycznie. Zatem problem możliwości ukrywania się pod niskim wynikiem faktycznie silnego makiawelizmu, dotyczy przede wszystkim podskali GOMACH. Jest to zgodne z powyżej nakreśloną koncepcją tego typu osobowości, dla którego motyw aprobaty społecznej, to co myślą o nim inni, jest ważną dla niego sprawą. Prawdopodobnie cynizm charakterystyczny dla typu ZIMACH, sprawia, że nie przejmuje się on tak bardzo swoim wizerunkiem społecznym.

Zwróćmy uwagę, że pod ogólną zależnością między aprobatą społeczną a całą skalą ZGMACH-18 (korelacja między KAS a Kiddie MACH PL jest w istocie taka sama: R = -0,389), ukrywają się odmienne związki z typem ZIMACH i GOMACH. To samo można powiedzieć o zależności między empatią a ZGMACH-18. Wyraźnie potwierdzona została zasadność odróżnienia dwóch typów osobowości makiawelicznej u starszych dzieci.

W kolejnym kroku podjęto próbę udzielenia odpowiedzi na pytanie czy typ ZIMACH i GOMACH różnią się pod względem wrażliwości niewerbalnej. Tym razem trafność skali ZGMACH-18 była sprawdzana nie przy użyciu metody kwestionariuszowej, ale testu mierzącego zdolność do rozpoznawania mimicznych wyrazów emocji.

DWA TYPY MAKIAWELIZMU A TRAFNOŚĆ ROZPOZNAWANIA MIKROEKSPRESJI MIMICZNYCH

Bardzo ważnym źródłem informacji o emocjach przeżywanych przez innych ludzi jest mimika (Ekman, 1982). Umiejętność trafnego interpretowania tego rodzaju zachowań niewerbalnych powinna ułatwiać osobom z wysokim makiawelizmem stosowanie interpersonalnych strategii manipulacyjnych, zatem można by oczekiwać, że ta zdolność będzie u nich bardziej rozwinięta niż u osób z niskim makiawelizmem. Wiedza o tym, jaką emocję przeżywa partner interakcji może być ważną wskazówką ułatwiającą wybór najbardziej skutecznej w danym przypadku manipulacji. Jednakże Christie i Geis (1970) argumentowali, że osoby z W-MACH skutecznie posługują się manipulacją w stosunkach z innymi nie dlatego, że tak dobrze odczytują przeżywane przez innych emocje, ale przeciwnie, dlatego, że są mniej wrażliwi na zachowania niewerbalne i w konsekwencji nie angażują się aż tak bardzo emocjonalnie w interakcje interpersonalne jak osoby bardziej czułe na wskazówki niewerbalne. Na potwierdzenie swojego stanowiska powołali się na wyniki badań, w których W-MACH tylko w 50% trafnie rozpoznali osoby, które albo kłamały albo mówiły prawdę. Istotnie lepszy wynik uzyskali natomiast N-MACH, u których poziom trafności osiągnął 67%.

Rosenthal i in. (1979) zbadali makiawelistów testem zwanym Profilem Wrażliwości Niewerbalnej (*Profile of Nonverbal Sensitivity* – PONS). Test składa się z 20 bardzo krótkich, zarejestrowanych na filmie scen, w których młoda kobieta w swoim zachowaniu niewerbalnym wyraża sytuacje o różnym zabarwieniu emocjonalnym. Słowa zostały całkowicie usunięte, żeby można było odczytywać tylko wskazówki niewerbalne. Każda scena prezentowana jest w 11 różnych „kanałach" np. tylko twarz kobiety bez głosu; albo tylko ciało od szyi do kolan bez twarzy i głosu; albo twarz i ciało bez głosu itd. PONS składa się zatem z 220 pozycji testowych z wymuszonym wyborem jednej odpowiedzi z dwóch możliwych.

Rosenthal i in. (1979) badając uczniów liceum i studentów stwierdzili, że ogólny wynik w teście PONS w czterech grupach badawczych był negatywnie skorelowany z makiawelizmem mierzonym skalą MACH IV. Jednak mediana współczynników korelacji w tych grupach była bliska zera i wyniosła tylko r = -0,08.

Z kolei DePaulo i Rosenthal (1979) skonstruowali na bazie PONS Test Sprzeczności Niewerbalnych (*Nonverbal Discrepancy Test* – NDT) służący do badania zdolności do wykrywania wzajemnie sprzecznych wskazówek niewerbalnych. Przebadano nim jedną grupę licealistów i trzy grupy studentów. We wszystkich czterech grupach korelacja NDT z wynikiem w skali MACH IV ponownie była negatywna. Mediana współczynników korelacji okazała się nieco wyższa r = -0,18 i istotna statystycznie.

Wreszcie trafność rozpoznawania przez makiawelistów ekspresji mimicznych badali Simon i in. (1990). Studentom eksponowano losowo 110 fotografii, każdą w czasie 2 sekund, z mimicznymi ekspresjami radości, smutku, strachu, złości, wstrętu, zaskoczenia oraz z neutralnymi wyrazami twarzy. Trafność rozpoznawania ekspresji mimicznych była istotnie negatywnie skorelowana z makiawelizmem r = -0,23, tym razem mierzonym skalą MACH V.

We wszystkich powyższych badaniach, makiaweliści zgodnie uzyskali wyniki świadczące o ich słabej wrażliwości niewerbalnej. Powstaje pytanie czy i jak ta zdolność jest powiązana z *zimnym* i *gorącym* typem makiawelizmu. Z jednej strony można przypuszczać, że gorzej wskazówki niewerbalne powinien odczytywać typ GOMACH (Draheim, 1999), ponieważ takie jego cechy jak impulsywność, wybuchowość, emocjonalność sugerują wysoki poziom lęku i neurotyczności. Osoby z zawyżoną neurotycznością łatwo reagują silnymi emocjami negatywnymi, dlatego można sądzić, że raczej unikają odczytywania emocji u innych i w konsekwencji pozbawiają się jednego z istotnych źródeł kształtowania trafnego odczytywania komunikatów niewerbalnych. Empiryczne potwierdzenie hipotezy, że neurotyczność jest powiązana z mniej trafnym odczytywaniem emocji, uzyskali Matsumo-

to i in. (2000), stosując nowy test (JACBART – *Japanese and Caucasion Brief Affect Recognition Test*) do mierzenia zdolności rozpoznawania mikroekspresji mimicznych. W grupie studentów ogólny wynik w tym teście był istotnie negatywny (r = -.45) skorelowany z neurotycznością mierzoną Eysencka Kwestionariuszem Osobowości. Z drugiej strony, są też podstawy, aby przewidywać że słabą wrażliwością niewerbalną charakteryzuje się typ ZIMACH (Draheim, 2000b), którego cechy są zgodne z syndromem chłodu i który koreluje ujemnie z empatią. W niektórych badaniach z użyciem testu PONS a także z zadaniem rozpoznawania mimicznych ekspresji emocji (Riggio i in., 1989), pewne wymiary empatii okazały się istotnie pozytywnie powiązane z wrażliwością niewerbalną. Zatem można również oczekiwać, że *zimny* makiawelizm z obniżoną empatią będzie negatywnie powiązany ze zdolnością trafnego odczytywania emocji u innych. Nie jest również wykluczone, że jeden i drugi typ makiawelizmu może wykazać słabą wrażliwość niewerbalną, chociaż z innego powodu ZIMACH a z innego GOMACH.

OSOBY BADANE

W badaniu wzięło udział 137 uczniów dwóch szkół publicznych, wybranych przypadkowo spośród tych, w których wcześniej przeprowadzono badania kwestionariuszowe dwóch typów makiawelizmu. Uczniowie byli w wieku 14 lat (74 chłopców i 63 dziewczęta).

METODA I PROCEDURA BADANIA

Zdolność trafnego odczytywania emocji badana była testem rozpoznawania mikroekspresji mimicznych TMM-32. Mikroekspresje są to krótkotrwałe [trwające mniej niż 1/3 sekundy (Ekman, 1997)], ale zawierające wszystkie cechy charakterystyczne dla mimicznego wyrazu jednej emocji. Wykorzystano 28 pełnych obrazów ekspresji emocji na twarzach typu kaukaskiego z zestawu slajdów opracowanych przez Ekmanai Matsumoto (1988). Siedem podstawowych emocji (strach, zaskoczenie, złość, wstręt, pogarda, smutek, radość) eksponowano 4 razy na twarzach różnych osób, każda z nich demonstrowała tylko jedną emocję. Do testu włączono również 4 fotografie z neutralnymi wyrazami twarzy. Były to losowo wybrane osoby z zestawu slajdów neutralnych. Test zatem składał się z 32 fotografii, które były eksponowane losowo na ekranie monitora przez 41 milisekund przy pomocy programu komputerowego Rubens 5.00. Użyto komputera Pentium MMX, 200 MHZ, rozdzielczość 640 × 480. Uczeń naciskając odpowiedni klawisz sam decydował o tym, kiedy ma nastąpić ekspozycja mimicznej ekspresji. Zaraz po niej pojawiała się na ekranie przez 10 sekund plansza z nazwami 7 emocji i wyrazu neutralnego. W tym czasie uczeń musiał wybrać jedną z 8 możliwych odpowiedzi. Badania odbywały się w szkołach, w specjalnie wydzielonych do tego celu klasach. Uczniowie byli badani indywidualnie przy jednym komputerze w obecności osoby dorosłej. Na końcu testu każdy uczeń decydował czy chce dowiedzieć się w ilu procentach udało mu się poprawnie rozpoznać ekspresje mimiczne.

WYNIKI

ANALIZA KORELACJI

Rzetelność TMM-32 wyrażona współczynnikiem *Spearmana-Browna* (patrz Tabela 2) nie jest wysoka, ale akceptowalna.

Ponieważ dwa typy makiawelizmu są ze sobą istotnie skorelowane, dlatego obliczone zostały nie tylko korelacje rzędu zerowego, ale również korelacje cząstkowe między wymiarami ZIMACH i GOMACH a trafnością rozpoznawania mikroekspresji. Widzimy w Tabeli 3, że nie ma związku między wynikiem w TMM-32 a wynikiem łącznym w Skali ZGMACH-18. Jednakże ten brak związku ukrywa odmienne korelacje z typami ZIMACH i GOMACH.

Trafność rozpoznawania mikroekspresji jest istotnie negatywnie powiązana z *zimnym* makiawelizmem i najsilniej zaznacza się w korelacji cząstkowej, gdy kontrolowano GOMACH i płeć (r = -0,311). Z *gorącym* makiawelizmem korelacja jest dodatnia i istotna (r = 0,187), ale na tyle słaba, że obliczona osobno dla dziewcząt i chłopców jest poniżej progu istotności. Natomiast istotnie negatywne korelacje cząstkowe z typem ZIMACH występują zarówno u dziewcząt jak i u chłopców.

Tabela 2
Statystyki opisowe i rzetelność TMM-32

	Płeć	Średnia	O.S.	Rtt	*N*
Test	Ogółem	50,10	11,62	**0,63**	136
Mikroekspresji	DZ	50,04	11,41	**0,62**	73
Mimicznych	CH	50,17	11,94	**0,61**	63

Tabela 3
Korelacje między typami osobowości makiawelicznej a trafnością rozpoznawania mikroekspresji emocji. Korelacje cząstkowe bez ukośnika lub przed ukośnikiem obliczone zostały, gdy kontrolowano odpowiednio GOMACH bądź ZIMACH / przy obliczaniu korelacji cząstkowych po ukośniku dodatkowo kontrolowano płeć. Pearsona (test dwustronny)

		Korelacje rzędu zerowego			Korelacje cząstkowe	
		ZGMACH-18	**ZIMACH**	**GOMACH**	**ZIMACH**	**GOMACH**
Test Mikroekspresji Mimicznych	Ogółem	-0,083	**-0,257**	0,102	**-0,293 / -0,311**	**0,177 / 0,187**
		p = 0,338	*p* = 0,003	*p* = 0,238	*p* = 0,001 / 0,000	*p* = 0,040 / 0,031
		N = 136	*N* = 136	*N* = 136	*N* = 133 / 132	*N* = 133 / 132
	DZ	-0,111	**-0,312**	0,106	**-0,358**	0,211
		p = 0,349	*p* = 0,007	*p* = 0,373	*p* = 0,002	*p* = 0,076
		N = 73	*N* = 73	*N* = 73	*N* = 70	*N* = 70
	CH	-0,083	-0,221	0,097	**-0,254**	0,160
		p = 0,338	*p* = 0,081	*p* = 0,447	*p* = 0,047	*p* = 0,214
		N = 63	*N* = 63	*N* = 63	*N* = 60	*N* = 60

ANALIZA WARIANCJI

We wszystkich znanych mi badaniach wrażliwości niewerbalnej u makiawelistów podane zostały jedynie współczynniki korelacji. Nie przedstawiono do tej pory żadnych danych wskazujących na istnienie istotnych różnic między grupą wysokich i niskich makiawelistów.

Ponieważ Skala ZGMACH-18 zawiera dwa czynniki ZIMACH i GOMACH, dlatego zastosowaliśmy analizę skupień metodą *k*-średnich w celu sprawdzenia czy zostaną zidentyfikowane cztery możliwe kombinacje dwóch wymiarów osobowości makiawelicznej: „niski-niski", „wysoki-niski", „niski-wysoki" i „wysoki-wysoki". Występowanie istotnych różnic płciowych na wymiarze zimnego makiawelizmu jak i w ogólnym wyniku Skali ZGMACH-18, spowodowało, że analizę skupień z uwzględnieniem zmiennych ZIMACH i GOMACH wykonaliśmy osobno dla chłopców i dziewcząt. W ten sposób zostali oni przyporządkowani do czterech skupień.

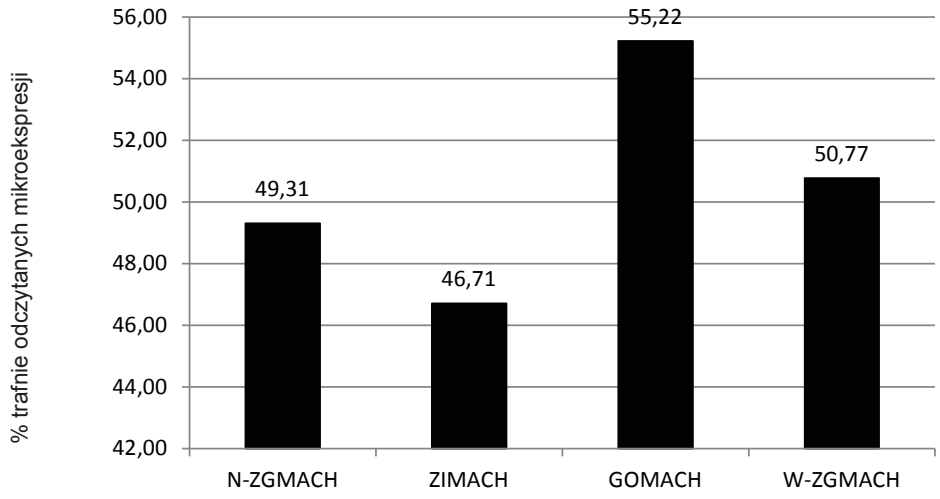
W Tabeli 4 zostały podane średnie dla wymiaru GOMACH i ZIMACH łącznie dla chłopców i dziewcząt. Pierwsze skupienie charakteryzuje się niskim wynikiem w obu wymiarach makiawelizmu i dalej będzie określane jako N-ZGMACH. To skupienie będzie pełnić funkcję grupy kontrolnej. Drugie skupienie można opisać jako niski wynik na wymiarze *gorącego* makiawelizmu i wysoki na wymiarze *zimnego* makiawelizmu – będziemy określać je jako czysty ZIMACH. Trzecie skupienie ma odwrotne wyniki do drugiego i będzie to czysty GOMACH. Czwarte skupienie ma wysokie wyniki w obu wymiarach i jest to mieszany typ osobowości makiawelicznej, który dalej określać będziemy jako W-ZGMACH. Analiza wariancji potwierdziła istotność różnic między grupami na wymiarze ZIMACH [$F(3,133) = 64{,}957$; $p = 0{,}000$] oraz na wymiarze GOMACH [$F(3,133) = 128{,}733$; $p = 0{,}000$]

Tabela 4
Ostateczne centra skupień

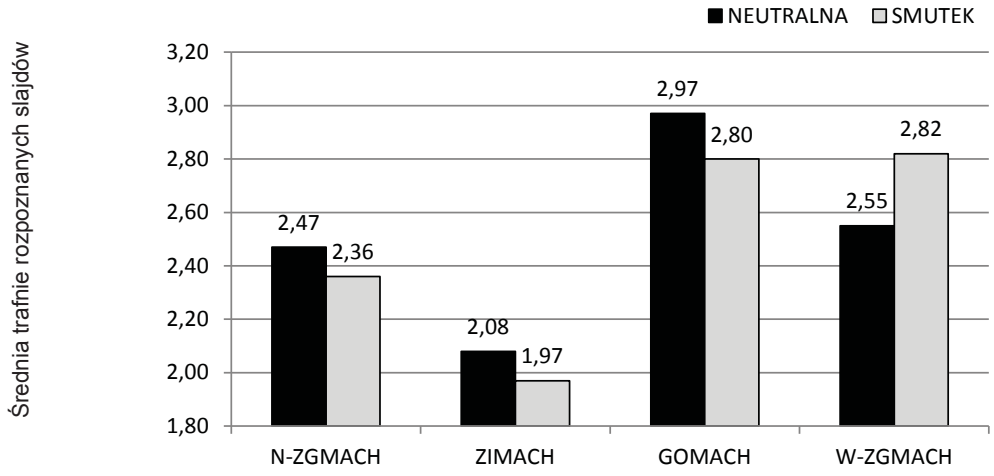
	Skupienia			
	1	**2**	**3**	**4**
GOMACH	16,69	21,90	24,50	32,86
ZIMACH	17,89	26,73	17,53	25,18

Na Rycinie 1 widzimy wykres przedstawiający średnie (wyrażone w procentach) dla czterech grup wyłonionych drogą analizy skupień. Jednoczynnikowa analiza wariancji potwierdziła istotność różnic w trafnym rozpoznawaniu mikroekspresji [$F(3,132) = 3{,}30$; $p = 0{,}022$]. Test porównań wielokrotnych Tukeya wykazał, że istotna różnica występuje tylko między czystym typem ZIMACH, który ma najniższy poziom trafnie odczytanych mikroekspresji a czystym typem GOMACH ($p = 0{,}011$), który odczytuje wyrazy mimiczne najlepiej. Analiza wariancji (typy makiawelizmu × płeć) potwierdziła, że różnica między ZIMACH i GOMACH w ogólnym wyniku TMM-32 jest istotna [$F(3,128) = 3{,}48$; $p = 0{,}018$] bez względu na płeć, interakcja płeć × typy [$F(3,1280 = 0{,}69$; $p = 0{,}562$].

Sprawdzono również istotność różnic między czterema grupami pod względem wyników cząstkowych dla siedmiu kategorii emocji i neutralnych wyrazów twarzy. Okazało się, że typ ZIMACH istotnie



Rycina 1. Trafność rozpoznawania mikroekspresji mimicznych a typy osobowości makiawelicznej



Rycina 2. Trafność rozpoznawania mikroekspresji smutku i wyrazów neutralnych a typy makiawelizmu

mniej trafnie rozpoznawał mikroekspresje smutku [$F(3,132) = 3.22$; $p = .025$; test Tukeya $p = .012$] oraz wyrazy neutralne [$F(3,132) = 3.54$; $p = .017$; test Tukeya $p = .006$] w obu przypadkach w stosunku do typu GOMACH. Rycina 2 przedstawia wykres ukazujący tę zależność. Analiza odpowiedzi udzielanych przez zimnych makiawelistów wskazuje, że mieli oni wyraźnie problem z odróżnieniem ekspresji smutku i twarzy neutralnej. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami w trafnym rozpoznawaniu pozostałych sześciu kategorii emocji.

DYSKUSJA

Średni wynik w TMM-32 dla chłopców i dziewcząt jest prawie identyczny i wynosi 50% trafnie rozpoznanych mikroekspresji, co wskazuje, że ten test może być dobrym narzędziem identyfikowania różnic indywidualnych u starszych dzieci. Na przykład Simon i in. (1990) uzyskali średnią w grupie studentów aż 82% trafnie odczytanych ekspresji. Oczywiście różnica średnich spowodowana jest tym, że w badaniu Simona i in. czas ekspozycji fotografii wynosił aż 2 sekundy, ale prawdopodobnie

również istotnym czynnikiem jest tutaj wiek osób badanych. Grupa 56 studentów psychologii (51 kobiet, 5 mężczyzn) w wieku 20 do 25 lat uzyskała w TMM-32 średnio 55.36% trafnych odpowiedzi co jest wynikiem istotnie lepszym od uczniów w wieku 14 lat [$F(1,190) = 8.64$; $p = .004$]. Jednakże potwierdzenie ewentualnego trendu rozwojowego w zakresie rozpoznawania mikroekspresji wymagałoby przeprowadzenia badań podłużnych.

Spośród trzech hipotez weryfikowanych w tym badaniu potwierdzona została ta, która zakładała mniej trafne odczytywanie mikroekspresji przez typ ZIMACH, jednak nie w stosunku do grupy N-ZGMACH , ale w porównaniu z typem GOMACH. Ten ostatni uzyskał prawie identyczny poziom wykonania testu jak grupa studentów psychologii. Ważną kwestią do zbadania pozostaje to, czy typ GOMACH istotnie charakteryzuje się wyższym natężeniem lęku, neurotyczności czy reaktywności emocjonalnej. Problem ten powinien być rozstrzygnięty przed przystąpieniem do próby powtórzenia wyniku uzyskanego w tym badaniu. Bardzo interesujące jest to, że typ ZIMACH, silnie negatywnie skorelowany z empatią w badaniach z użyciem metody kwestionariuszowej, okazał się istotnie gorzej rozpoznawać od typu GOMACH tylko jedną kategorię emocji, mianowicie smutek. Jest to emocja, której gorsze odczytywanie może świadczyć o pewnym deficycie w zakresie zdolności do empatii, szczególnie jeśli chodzi o odbieranie mimicznych wskazówek świadczących o stanie dyskomfortu u drugiej osoby. Wynik uzyskany w tym badaniu potwierdza, że w przypadku typu ZIMACH można mówić o występowaniu syndromu chłodu w sensie obniżonej wrażliwości interpersonalnej, czego nie stwierdzono w przypadku typu GOMACH, chociaż wykazuje on w badaniach kwestionariuszowych, tak samo silną tendencję do manipulacji interpersonalnej jak zimny typ osobowości makiawelicznej.

Warto podkreślić, że w większości badań empirycznych, pomimo, że były w nich stosowane różne metody, stwierdzono zgodnie występowanie negatywnej korelacji między makiawelizmem a wrażliwością niewerbalną. Nie da się tego powiedzieć o innych wymiarach osobowości, co do których oczekiwano, że będą istotnie pozytywnie skorelowane z trafnym odczytywaniem komunikatów niewerbalnych, takich jak na przykład obserwacyjna samokontrola (DePaulo, Rosenthal, 1979), która w jednych badaniach koreluje dodatnio a w innych ujemnie. Wbrew oczekiwaniom nie udało się też potwierdzić empirycznie, że ekstrawertycy lepiej odczytują komunikaty niewerbalne niż introwertycy (Lieberman, Rosenthal, 2001). We wszystkich tych badaniach (podobnie jak w teście rozpoznawania mikroekspresji mimicznych) ich uczestnicy mają do wykonania tylko jedno zadanie – trafnie odczytać komunikaty niewerbalne. Lieberman i Rosenthal (2001) wprowadzili nowy paradygmat badania różnic między ekstrawertykami a introwertykami. Wysunęli oni hipotezę i empirycznie ją potwierdzili, że jeśli odczytywanie komunikatów niewerbalnych pojawia się jako zadanie drugoplanowe wobec innych celów, to introwertycy mniej trafnie odczytują takie komunikaty niż ekstrawertycy, prawdopodobnie dlatego, że mniej efektywnie działa u nich pamięć robocza (operacyjna) odpowiedzialna za jednoczesne realizowanie kilku zadań. Jeśli natomiast odczytywanie komunikatów niewerbalnych pojawiało się poza kontekstem wielu zadań lub gdy było celem pierwszoplanowym w kontekście innych drugoplanowych celów, to introwertycy tak samo trafnie odczytywali komunikaty niewerbalne jak ekstrawertycy. Sytuacja eksperymentalna stworzona przez Liebermana i Rosenthala (*op. cit.*) na pewno jest bardziej reprezentatywna dla rzeczywistych interakcji społecznych, w których najczęściej odczytywanie komunikatów niewerbalnych występuje raczej jako zadanie drugoplanowe wobec innych zadań takich jak na przykład formułowanie własnych wypowiedzi. Test rozpoznawania mikroekspresji mimicznych jest sytuacją, w której trafne odczytywanie komunikatów niewerbalnych jest jedynym zadaniem, na którym skupiona jest cała uwaga osób badanych. Zatem test taki nie może oczywiście wykryć różnic w zakresie operacyjnego wykorzystania posiadanych kompetencji odczytywania wyrazów mimicznych, ale bada indywidualne różnice w poziomie samych kompetencji. Z tego punktu widzenia jest interesujące, że w przeciwieństwie do braku istotnych różnic między ekstrawertykami i introwertykami pod względem posiadanych kompetencji odczytywania komunikatów niewerbalnych, dwa typy osobowości makiawelicznej różnią się istotnie właśnie pod tym względem. Co więcej, można przewidywać, że pewien deficyt tych kompetencji, charakterystyczny dla typu ZIMACH, będzie powodował jego gorsze odczytywanie komunikatów niewerbalnych również w sytuacji wielu zadań, nawet jeśli jego pamięć operacyjna nie funkcjonuje mniej efektywnie, tak jak u introwertyków. Jego mniejsze kompetencje w rozpoznawaniu np. mimicznej

ekspresji smutku powinny ograniczać jego zdolność „odebrania" komunikatu, że ktoś inny doświadcza tej emocji. Są to jednak tylko przypuszczenia, które zweryfikować może badanie empiryczne, w którym odczytywanie mikroekspresji mimicznych nie będzie pierwszoplanowym, ale drugoplanowym zadaniem. Wydaje się, że jeśli introwertycy zwykle nie potrafią powiedzieć, kto ich lubi, jak to ujęli w tytule swojego artykułu Lieberman i Rosenthal (*op. cit.*), to *zimni* makiaweliści nie bardzo wiedzą, kiedy komuś jest przykro, chociaż przyczyna tych trudności może być inna w przypadku introwertyków a inna w przypadku makiawelistów.

PODSUMOWANIE

Wstępne wyniki badań wydają się potwierdzać występowanie u dzieci w starszym wieku szkolnym dwóch rodzajów osobowości makiawelicznej – typu ZIMACH i GOMACH. Dwuczynnikowa Skala ZGMACH-18 wykazuje akceptowalną rzetelność i może służyć jako narzędzie pomiaru tych dwóch typów osobowości z tendencją do manipulacji interpersonalnej, ale potrzebne są dalsze badania w celu zweryfikowania jej struktury czynnikowej a także przewidywań co do powiązania z lękiem i neurotycznością. Zarówno ZIMACH jak i GOMACH są jednakowo silnie skorelowane z globalnym makiawelizmem mierzonym Skalą Kiddie MACH PL. *Zimny* typ osobowości makiawelicznej, który – jak tutaj zakładamy – faktycznie charakteryzuje się syndromem chłodu, wykazuje zgodnie z oczekiwaniami silnie negatywną korelację z empatią mierzoną Indeksem Reaktywności Interpersonalnej, a także, w porównaniu z typem *gorącym* mniejszą zdolność do trafnego rozpoznawania mikroekspresji mimicznych, zwłaszcza emocji smutku, co można uznać za potwierdzenie (przy użyciu metody innej niż kwestionariusz) jego obniżonej wrażliwości interpersonalnej.

LITERATURA

Allsopp, J., Eysenck, H.J., Eysenck, S.B. (1991). Machiavellianism as a component in Psychoticism and Extraversion. *Personality and Individual Differences, 12*, 29-41.

Barnet, M.A., Thompson, S. (1984). The role of perspective taking and empathy in children's Machiavellianism, prosocial behavior, and motive for helping. *The Journal of Genetic Psychology*, 146, 295-305.

Bradley, M., Klohn, K. (1987). Machiavellianism, the Control Question Test and the detection of deception. *Perceptual and Motor Skills, 64*, 747-757.

Braginsky, D.D. (1970a). Parent-child correlates of Machiavellianism and manipulative behavior. *Psychological Reports, 27*, 927-932.

Braginsky, D.D. (1970b). Machiavellianism and manipulative interpersonal behavior in children. *Journal of Experimental Social Psychology, 6*, 77-99.

Christie, R., Geis, F.L. (1970). *Studies in Machiavellianism*. New York: Academic Press.

Davis, M. (1999). *Empatia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

DePaulo, B., Rosenthal, R. (1979), Ambivalence, discrepancy and deception in nonverbal communication. W: R. Rosenthal (red.), *Skill in nonverbal communication: individual differences* (s. 204-248). Cambridge, MA: Oelgeschlager, Gunn and Hain.

Dien, D., Fujisawa, S. (1979). Machiavellianism in Japan: A longitudinal study. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 10*, 508-516.

Draheim, S.E. (1999). *Nowy makiawelizm a mimiczne i werbalne oznaki manipulacji interpersonalnej u dzieci w starszym wieku szkolnym*. Nie opublikowany projekt badawczy KBN.

Draheim, S.E. (2000a). First step on rocky way to reliable measure of Machiavellianism in Polish children. W: A. Czeredecka, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, J. Wójcikiewicz (red.), *Forensic psychology and law* (s. 250-255). Kraków: Institute of Forensic Research Publishers.

Draheim, S.E. (2000b). *Ability to recognize facial microexpressions and two types of Machiavellianism: Are manipulators poor decoders of emotion?* Referat wygłoszony na 10 Konferencji Europejskiego Towarzystwa Psychologii i Prawa. Limassol, Cypr.

Drwal, R., Brzozowski, P. (1993). Problemy rzetelności i trafności skali makiawelizmu (MACH V). W: E. Aranowska (red.), *Psychologia Matematyczna V: Wybrane zagadnienia metodologii badań w psychologii* (s. 98-115). Kraków: Uniwersytet Jagielloński.

Drwal, R., Wilczynska, J. (1980). Opracowanie kwestionariusza aprobaty społecznej. *Przegląd Psychologiczny, 23*, 569-583.

Ekman, P. (1982). *Emotion in human face*. Cambridge University Press.

Ekman, P. (1997). *Kłamstwo i jego wykrywanie*. Warszawa: PWN.

Ekman, P. Matsumoto, D. (1988). *Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotions (JACFEE) and Neutral Faces (JACNeuF)*. Zestaw slajdów.

Fehr, B., Samson, D., Paulhus, D. (1992). The construct of Machiavellianism: Twenty years later. W: Ch.D. Spielberger, J.N. Butcher (red.), *Advances in personality assessment* (s. 77-116). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Frick, P. (1998). Callous-unemotional traits and conduct problems: Applying the two factor-model of psychopathy to children. W: D. Cooke (red.), *Psychopathy: Theory, research and implicationsfor society* (s. 161-187). Amsterdam: Kluwer Academic Press.

Frick, P., O'Brien, B., Wooton, J., McBurnett, K. (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 700-707.

Geis, F. (1978). Machiavellianism. W: H. London, J. Exner Jr. (red.), *Dimensions of Personality* (s. 305–363). New York: John Wiley & Sons.

Jones, W., Nickel, T., Schmidt, A. (1979). Machiavellianism and self-disclosure. *Journal of Psychology, 102*, 33-41.

Karpman, B. (1948). The myth of the psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry, 104*, 523-534.

Kraut, R.E., Price, J.D. (1976). Machiavellianism in parents and their children. *Journal of Personality and Social Psychology, 33*, 782-786.

Lerner, A.W. (1990). *The Manipulators: Personality and politics in multiple perspectives*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Levenson, M., Kiehl, K., Fitzpatrick, C. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology, 68, 1*, 151-158.

Lieberman, M.D., Rosenthal, R. (2001). Why introverts can't always tell who likes them: Multitasking and nonverbal decoding. *Journal of Personality and Social Psychology, 80, 2*, 294-310.

Matsumoto, D., LeRoux, J., Wilson-Cohn, C., Raroque, J., i in. (2000). A new test to measure emotion recognition ability: Matsumoto and Ekman's Japanese and Caucasian Brief Affect Recognition Test (JACBART). *Journal of Nonverbal Behavior, 24, 3*, 179-209.

McHoskey, J., Worzel, W., Szyarto, Ch. (1998). Machiavellianism and psychopathy. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 192-210.

McHoskey, J. (2000). *Machiavellianism and psychopathy redux: cluster analytically derived Machiavellian subtypes mimic the primery versus secondary psychopathy distinction*. Maszynopis.

Nigro, G., Galli, I. (1985). On the relationship between Machiavellianism and anxiety among Italian undergraduates. *Psychological Reports, 56*, 37-38.

O'Kelly, V., Solar, D. (1971). Machiavellianism in parents and children. *Psychological Reports, 29*, 265–266.

Poderico, C. (1987). Machiavellianism and anxiety among Italian children. *Psychological Reports, 60*, 1041-1042.

Rosenthal, R., Hall, J., DiMatteo, R., Rogers, P., Archer, D. (1979). *Sensivity to Nonverbal Communication. The PONS test*. Baltimore and London: The John Hopkins University Press.

Riggio, R.E., Tucker, J., Coffaro, D. (1989). Social skills and empathy. *Personality and Individual Differences, 10*, 93-99.

Simon, L., Francis, P., Lombardo, J. (1990). Sex, sex-role and Machiavellianism as correlates of decoding ability. *Perceptual and Motor Skills, 71*, 243-247.

Sutton, J., Keogh, E. (2001). Components of Machiavellian beliefs in children: relationships with personality. *Personality and Individual Differences, 30*, 137-148.

Touhey, J.C. (1973). Child-rearing antecedents and the emergence of Machiavellianism. *Sociometry, 36*, 194-206.

Vleeming, R.G. (1979). Machiavellianism: A preliminary review. *PsychologicalReports, 44*, 295-310.

Wilson, D.S., Near, D., Miller, R.R. (1996). Machiavellianism: A synthesis of the evolutionary and psychological literatures. *Psychological Bulletin, 119*, 285-299.

5. ZASOBY OSOBISTE I SPOŁECZNE A RADZENIE SOBIE Z ZAGROŻENIAMI CYWILIZACYJNYMI

Kryzysy emocjonalne w przebiegu stresu chronicznego*

Iwona Kubacka-Jasiecka

Uniwersytet Jagielloński

Opracowanie podejmuje problematykę kryzysów emocjonalnych nawracających, powtarzających się w przebiegu zmagania się z obciążeniem stresu długotrwałego, nieprecyzyjnie zwanych kryzysami „chronicznymi". Nawiązując do autorskiej propozycji ujmowania kryzysu emocjonalnego jako szczególnego stanu stresu zagrażającego Ja i tożsamości (Kubacka-Jasiecka, 2002) opracowanie charakteryzuje kryzysy emocjonalne w przebiegu stresu chronicznego, a także proponuje rozróżnienie rodzajów kryzysów powiązanych ze stresem chronicznym o odmiennej etiologii.

OD STRESU DO KRYZYSU

Kryzys emocjonalny to szczególny rozstrój emocjonalny, stan utraty równowagi narastający w trakcie interakcji stresowej (Kubacka-Jasiecka, 1997a, 2002). Kryzys rozwijający się w przebiegu procesów zmagania ze stresem nie może być z nim jednak utożsamiany, posiada on bowiem specyficzne, charakterystyczne dla stanu kryzysu następujące jakości:

- wydarzenie, sytuacja krytyczna zostają odniesione i zinterpretowane jako zagrażające egzystencji jednostki, przede wszystkim koncepcji własnego Ja i poczucia tożsamości. Istotną rolę w inicjowaniu kryzysu odgrywa nadanie określonego znaczenia interakcji stresowej; znaczenie zostaje określone poprzez spojrzenie z perspektywy dążenia do podtrzymania osobistych wartości oraz dotychczasowego sensu życia, natomiast ich zagrożenie otwiera drogę kryzysowi emocjonalnemu;
- interpretacja sytuacji – wydarzenia krytycznego jako podważającego, naruszającego indywidualny system wartości, sposób doświadczania Ja oraz poczucie sensu swojego życia. Interpretacja w takich kategoriach wyzwala poczucie naglącej konieczności zmiany sytuacji oraz własnej egzystencji, a co za tym idzie także tożsamości jako warunku przywrócenia równowagi. Zjawisko to opisywane jest w piśmiennictwie jako poczucie znalezienia się w punkcie zwrotnym, przełomowym, krytycznym dotychczasowego życia (por. Sęk, 1991,1993);
- kryzysy emocjonalne w porównaniu z interakcjami stresowymi cechuje samolimitujący, samoograniczający, skończony czas trwania; przeciętnie wymienia się okres około 6 tygodni. Po tym czasie kryzys zanika, kończy się stan ostrej nierównowagi, co nie musi oznaczać powrotu do stanu równowagi przedkryzysowej, ani tym bardziej rozwiązania kryzysu.

Kryzysy emocjonalne mogą się rozwijać w trakcie każdego typu stresu. Podstawowe warianty relacji między stresem a kryzysem przedstawione obszerniej w cytowanym już opracowaniu (Kubacka-Jasiecka, 2002) można sprowadzić do:

- nakładania się stresu i kryzysu – równoległego ich występowania i przebiegu reakcji na znaczące wydarzenia krytyczne, względnie traumatyczne;
- rozwijania się kryzysu pod koniec drugiej i w trzeciej fazie interakcji stresowej skutkiem wyczerpania, względnie zablokowania zasobów i środków zmagania się;
- wielokrotnej aktywizacji nierozwiązanych kryzysów w toku interakcji stresu chronicznego. Kryzysy – rozwijające się na tle stresowych przebiegów chronicznych wyczerpują zasoby zmagania, nie zawsze obiecując zakończenie ani rozwiązanie kryzysu.

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy zjawiska współczesnej cywilizacji,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2004 SPiA, s. 97–112.

Podjęcie rozważań nad problematyką kryzysów emocjonalnych występujących na tle stresu chronicznego oraz ich długofalowych skutków winno uwzględniać następujące zagadnienia:

- możliwości i jakości rozwiązywania kryzysów emocjonalnych wraz ze zjawiskiem tzw. dwuwartościowości kryzysu;
- odporności na stres, szczególnie skrajny, predyktorów rozwoju kryzysu emocjonalnego oraz warunków nawracania stanów kryzysowych;
- różnicowanie typów kryzysu w przebiegu stresu chronicznego;
- specyfikę stresu skrajnego, traumatycznego w kontekście teorii kryzysu;
- radzenia sobie z chronicznymi przebiegami stresowymi i kryzysem poprzez zachowania adaptacyjno-obronne;
- problematykę zagrożenia i dezintegracji koncepcji Ja oraz tożsamości w przebiegu kryzysów stresu chronicznego.

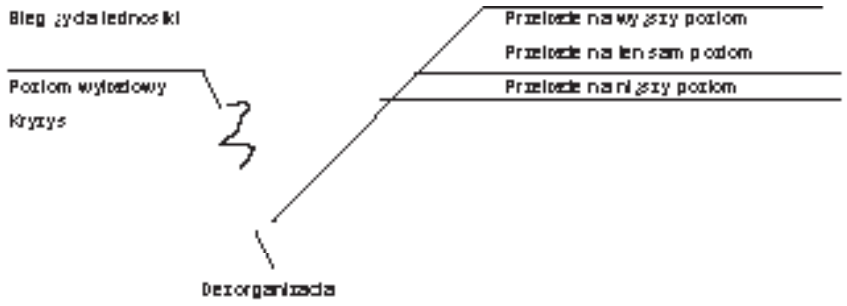
W dalszej części opracowania ograniczę się do przybliżenia i ukazania szerszego kontekstu niektórych z wymienionych zagadnień.

TAK ZWANE KRYZYSY „CHRONICZNE" – KRYZYSY NIEROZWIĄZANE?

Określenie kryzysu jako „chronicznego" jest, jak już wspomniano, podobnie jak znaczna część używanej w tej dziedzinie terminologii -nie tylko nieprecyzyjne, ale przede wszystkim podważa jedno z podstawowych założeń psychologii kryzysu, charakteryzujące kryzys jako stan emocjonalny samolimitujący się. Każdy kryzys, bez względu na jego intensywność oraz głębokość charakteryzuje się właściwością samolimitowania, samoograniczania; ze względu na wysoki poziom napięcia i towarzyszącego mu cierpienia ludzie nie są w stanie pozostawać dłużej w stanie nierównowagi psychofizjologicznej znamionującej stan kryzysu. Przyjmuje się, że zazwyczaj równowaga zostaje przywrócona w czasie kilku, zazwyczaj około 6 tygodni; jeżeli po tym okresie stan załamania psychicznego trwa nadal, nie można już mówić o kryzysie, ale o długotrwałych jego konsekwencjach w postaci dysfunkcjonalnego funkcjonowania z symptomami zaburzeń psychosomatycznych włącznie (Puryear, 1979; Hoff, 1995). Jakie zjawiska określa się zatem mianem kryzysu „chronicznego"?

Płużek (1977) zauważa, że tendencja do nawracania, do powolnego kumulowania się napięcia otwierająca drogę kryzysowi pojawia się wówczas, gdy kryzysy uprzednie nie zostały pozytywnie rozwiązane: „każdy kryzys jest reakcją nie tylko na aktualną sytuację, ale też jest reakcją na inne kryzysy, które pozostawiły po sobie jakiś uraz" (op. cit., s. 35). Zawsze istnieje prawdopodobieństwo, że aktualne wydarzenie krytyczne może aktualizować, reaktywować nierozwiązane lub połowicznie rozwiązane nieświadome konflikty symbolicznie powiązane z aktualnymi (Rapaport, 1965). Uprzednie, błędne, nieadaptacyjne rozwiązania problemów to dodatkowe brzemię w aktualnym kryzysie. Równocze¬śnie każdy kolejny kryzys z jego mobilizacją energii stanowi „drugą szansę" poprawienia wcześniejszych, dysfunkcjonalnych rozwiązań.

Problematyka rozwiązywania kryzysu zasadniczo wiąże się ze znaczącą charakterystyką tzw. dwuwartościowości kryzysu emocjonalnego, oznaczająca, że wpływ utraty równowagi emocjonalnej w kryzysie na dalsze losy jednostki – pozytywny lub negatywny -nie jest z góry jednoznacznie przesądzony. Możliwość nie tylko korzystnego rozwiązania patowej, konstytuującej kryzys sytuacji, a nawet potencjalność dalszego wzrostu psychicznego jednostki, funkcjonowania na rozwojowo wyższym od dotychczasowego poziomie, jest jakby wpisana w stan kryzysu (Hoff, 1995).



Ryc. 1. Kryzys a mechanizm psychologiczny dezintegracji pozytywnej (za: Terelak, 2001)

Potencjalność rozwoju w wyniku wydarzeń przełomowych, krytycznych jest szczególnie podkreślana w rozwojowych teoriach kryzysów, widzących w nich siłę napędową procesów wzrostu i rozwoju Caplana (1963,1964), Eriksona (1968) czy koncepcji dezintegracji pozytywnej Dąbrowskiego (1964).

Ogólnie rzecz biorąc rozwojowe koncepcje kryzysu podkreślają pozytywną rolę kryzysu jako czynnika wzrostu i dojrzewania osobowości człowieka. Zdaniem Caplana, nawiązującego do Eriksona, osobowość kształtuje się raczej skokowo niż stopniowo, a rozwój przebiega poprzez sprzeczności i kryzysy stanowiące jego „kamienie milowe". To pozytywne, oparte na przekonaniu o szerokich adaptacyjnych możliwościach człowieka założenie, było charakterystyczne dla optymizmu ideologicznego psychiatrii amerykańskiej lat powojennych starającej się uporać z patologicznym obrazem ofiar dramatycznych przeżyć II wojny światowej. Wyrażano przekonanie, że występujące symptomy i zaburzenia mają znaczący sens w jednostkowym życiu człowieka, stanowią naturalną fazę procesu adaptacji do nowych warunków środowiskowych. Caplan zdając sobie sprawę, że wyjściem z kryzysu może być również przewlekła choroba, a nawet śmierć skutkiem np. zamachu samobójczego podkreślał, iż znacznie częściej występują rozwiązania pozytywne, wprowadzające człowieka na drogę rozwoju. Niezależnie od przesłanek ideologicznych przyświecających rozważaniom nad adaptacyjnymi możliwościami natury ludzkiej, myśl, że dezadaptacyjne, niefunkcjonalne struktury muszą zostać zanegowane, unieważnione, rozbite, aby dać miejsce nowym, rozwojowo wyższym, a poprzez to lepiej służącym realizacji zadań życiowych znajduje potwierdzenie w badaniach naukowych.

Przekonanie to leży u podstaw zazwyczaj nie łączonej z problematyką kryzysową teorii dezintegracji pozytywnej Dąbrowskiego (1964). Koncepcja nawiązuje do poświęconych „ewolucji i dyssolucji funkcji psychicznych" rozważań Jacksona, zgodnie z którymi ewolucja polega na przechodzeniu od dobrze zorganizowanych, prostych i bardziej zautomatyzowanych mechanizmów do układów o gorszym stopniu organizacji, bardziej złożonych i niezautomatyzowanych; dyssolucja natomiast jako proces przeciwstawny prowadzi do zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego i psychiki. Dąbrowski nadaje obu pojęciom nowy sens, ewolucję psychiczną rozumie jako proces rozluźnienia pierwotnie spoistej całości (pierwotnej integracji), a następnie scalania jej elementów na poziomie wyższym. Proces ten nazywa dezintegracją pozytywną z uwagi na fakt, iż ostatecznie wiedzie on ku integracji wtórnej, pozytywnej, będącej formą organizacyjnie i rozwojowo wyższą.

U ludzi zrównoważonych, tzw. normalnych na co dzień przeważają struktury integracyjne, a momenty dezintegracji są względnie krótkotrwale, grają rolę drugorzędną i szybko przemijają. Krócej lub dłużej trwające załamanie dotąd zintegrowanego, zrównoważonego funkcjonowania może wystąpić skutkiem krytycznych wydarzeń życiowych, przekraczających codzienne doświadczenia jednostki, bądź skutkiem kumulacji napięcia związanego z niemożnością przeciwstawienia się chronicznemu naporowi stresu. „W takich właśnie warunkach przeżycia psychiczne zintegrowanej jednostki wykraczają poza granice teraźniejszych przeżyć, sięgając przeszłości i przyszłości, osłabiają przystosowanie do chwili obecnej, prowadząc tym samym do procesów dezintegracyjnych" (Dąbrowski, op. cit., s. 17). Podobnym stanom dezintegracji sprzyjają okresy dojrzewania czy przekwitania, poważne stany chorobowe występujące u osób skądinąd zintegrowanych, stosunkowo łatwo powracających do równowagi i ponownie osiągających właściwy im poziom rozwoju.

Kryzys emocjonalny prowadzący do dezintegracji nie musi oznaczać wystąpienia, ani tym bardziej utrwalenia się nieprzystosowawczych czy wręcz patologicznych wzorów funkcjonowania – zawiera równocześnie „ziarna rozwoju" – może stać się zaczynem procesów wzrostu i możliwości przejścia na wyższe poziomy funkcjonowania.

Teoretycznie, uwzględniając samolimitujący się, czasowo ograniczony charakter zjawisk kryzysowych, zwykle wymienia się następujące możliwości wyjścia z kryzysu, jego zakończenia:

- przejście na wyższy poziom rozwoju – wzór progresyjny,
- przejście na niższy poziom rozwoju – oznaczający patologizację i rozwój dysfunkcjonalnych form funkcjonowania – wzór regresyjny,
- powrót po przejściu kryzysu do poprzedniego, przedkryzysowego poziomu funkcjonowania – wzór stagnacyjny (Ryc. 1).

Dla rozważań nad tzw. kryzysami „chronicznymi" istotne znaczenie posiadają dwie ostatnie możliwości. Przejście na poziom wyższy funkcjonowania w stosunku do przedkryzysowego może dokonać się na następujących drogach, poprzez:

- nowe spojrzenie na swoją sytuację – adaptację skutkiem uzyskania dystansu emocjonalnego, zwiększenia odporności, czy wykorzystania po-

tencjału rozwojowego zawartego w sytuacji, co wymaga czasu i rzadko zachodzi bez pomocy interwencyjnej, uzyskanie efektywnego wsparcia społecznego ze strony bliskich lub wsparcia profesjonalnego, które zmniejsza impet dystresu, redukuje napięcie odblokowując adekwatne mechanizmy radzenia sobie z zagrażającymi wydarzeniami;
– zmianę sytuacji krytycznej – przywrócenie lub uzyskanie, jeżeli jest to możliwe, rekompensaty tego, co zostało utracone, np. znalezienie korzystnego miejsca pracy dla bezrobotnego, uzyskanie zapomogi czy kredytu przez ofiary klęsk żywiołowych, przywrócenie zerwanej lub nawiązanie nowej emocjonalnej więzi z osobą znaczącą, odbudowę, ogólnie mówiąc przemianę zagrożonej, ewentualnie rekonstrukcję utraconej tożsamości, wzmocnienie swego obrazu jako osoby wartościowej.

Osiągnięcie rozwoju poprzez doświadczenie kryzysu zawdzięcza jednostka odkryciu nowych możliwości i nowych dla niej, konstruktywnych sposobów rozwiązywania problemów.

Wystąpienie wzoru stagnacyjnego – przywrócenie po kryzysie poziomu równowagi sprzed kryzysu, wymieniane jako stosunkowo częste wyjście z kryzysu może dotyczyć zarówno kryzysów rozwiązanych jak i nierozwiązanych. Rozwiązanie problemu w oparciu o siłę wewnętrzną, osobistą skalę wartości i wsparcie społeczne niekoniecznie wiąże się z osiągnięciem wyższego poziomu rozwoju psychologicznego w wyniku doświadczenia kryzysu. Również po zniknięciu objawów ostrego kryzysu emocjonalnego, jednostka może powrócić po prostu do swego zwykłego, przedkryzysowego poziomu funkcjonowania; problem leżący u podstaw kryzysu może pozostać nierozwiązany przysparzając nadal wielu trosk i cierpienia, które stanowić mogą podłoże rozwoju przyszłego kryzysu. Możliwość powrotu dosłownie do stanu przedkryzysowego należy uznać za raczej teoretyczną konstrukcję, jako że nikt po przejściu kryzysu emocjonalnego nie może pozostać taki sam. Kryzys emocjonalny wstrząsając podstawami życia człowieka, stwarzając zagrożenie jego tożsamości i sensu dotychczasowego biegu życia nie może nie mieć wpływu na jakość życia dotkniętego nim człowieka. Kryzys może pozostać nierozwiązany, dylematy i sprzeczności przez niego stworzone – nierozwikłane, okoliczności życiowe, które do niego doprowadziły – niezmienione i nadal aktualne – każdorazowe doświadczenie kryzysu pozostawia swój ślad w psychice człowieka, który nie sprostał tworzącemu kryzys wyzwaniu. Po przejściu kryzysu, redukcji związanego z nim napięcia i ogromu cierpienia pozostaje nadal w dyskomfortowej sytuacji uboższy o pewną sumę:
– wiary i nadziei, że rozwiązanie problemu będzie proste, o ile w ogóle możliwe;
– przekonań o własnej mocy, sile i wartości a także zdolności zmagania się z określonym problemem;
– możliwości konstruktywnego rozwiązania sytuacji nadal pogarszającej się skutkiem korzystania z nieadekwatnych i nieadaptacyjnych środków obrony.

Powrót do przedkryzysowej równowagi emocjonalnej i psychicznej pomimo niemożności zadowalającego rozwiązania kryzysu, ponowne znalezienie się w punkcie wyjścia – w orbicie oddziaływania problemu leżącego u podstaw kryzysu, stanowi potencjalne zarzewie kolejnych trudności, następnych kryzysów.

Tym samym wzór stagnacyjny staje się w praktyce równoznaczny ze wzorcem regresywnym – dalszym obniżaniem się możliwości konstruktywnego rozwiązania problemu kryzysowego na drodze pozapatologicznej. „Osoba przeżywająca kryzys reaguje na swe problemy popadając w neurotyczne lub destruktywne wzorce zachowania. Może (...) przejawiać rezygnację, podejrzliwość lub przygnębienie, (...) niesłusznie obwiniać innych o spowodowanie własnego nieszczęścia" (Hoff, *op. cit.*). Osoby w kryzysie mogą nadużywać alkoholu lub leków, prowadzić wyniszczający tryb życia, mogą usiłować popełnić samobójstwo, stosować przemoc wobec innych osób, posuwając się niekiedy aż do zabójstwa. Wszystkie te negatywne i destrukcyjne skutki kryzysu mogą wystąpić, gdy jednostce brakuje konstruktywnych sposobów redukowania niedającego się znieść niepokoju oraz umiejętności rozwiązywania problemów życiowych.

W świetle przedstawionych rozważań kryzysy „chroniczne" to nawracające kryzysy nierozwiązane, lub też (z subiektywnego punktu widzenia jednostki) niezadowalająco rozwiązane, pozostawiające poczucie udaremnienia dążeń i napięcie, mogące stać się zarzewiem przyszłych stanów kryzysowych. Chroniczne pozostają nierozstrzygnięte problemy, bolesne doświadczenia, tlący się nadal niepokój.

Kolejne przebyte kryzysy, których nie udało się pozytywnie rozwiązać zwiększają ryzyko patologizacji zachowania, zmniejszając równocześnie szanse na przywrócenie, bądź osiągnięcie nowego stanu adaptacji. Rozważania nad kryzysami „chro-

nicznymi" nasuwają zatem dwa powiązane ze sobą pytania:

- dlaczego osoba nie jest zdolna do poradzenia sobie z kolejno rozwijającymi się kryzysami?
- czy nierozstrzygnięte kryzysu to jedyna przesłanka nawracających, powtarzających się stanów kryzysowych?

Pytania dotyczą w pewnym sensie dwu stron tego samego medalu, dotykając istoty „chroniczności" kryzysów. Poszukiwanie odpowiedzi musi uwzględniać bliższą charakterystykę oraz mechanizmy psychologiczne stresu długotrwałego.

OBCIĄŻENIE STRESEM CHRONICZNYM

Odniesienie kryzysów emocjonalnych nazywanych w piśmiennictwie kryzysowym „chronicznymi" do zjawiska stresu chronicznego wymaga nawiązania do psychologicznej problematyki stresu chronicznego, inaczej zwanego długotrwałym czy przewlekłym. Problematyka stresu chronicznego jest na tle piśmiennictwa stresu stosunkowo słabo reprezentowana i konceptualizowana (por. przykładowo w piśmiennictwie polskim Heszen-Nie-jodek, Ratajczak, 1996, Terelak, 2001). Wśród wielości teorii i koncepcji stresu opisujących mechanizmy powstawania stresu, jego rodzaje czy przebieg interakcji stresowej brakuje teoretycznych rozważań rozwijających pojęcie stresu chronicznego. Stosunkowo największe osiągnięcia w tym obszarze odnotować można w naukach medycznych, np. dorobek Dohrenwendów (1974) oraz model stres-choroba Sely'ego (1963,1979), zgodnie z którym w trójfazowym modelu ogólnej adaptacji do stresu w momencie załamania się dotychczasowego poziomu przystosowania i odporności, nieodwracalnego wyczerpania się możliwości adaptacyjnych organizmu, możemy się liczyć, szczególnie w stresie chronicznym z występowaniem patologicznych form zmagania się ze stresem. Jedną z nich jest możliwość pojawienia się poważnej choroby z ewentualnością zgonu włącznie. Pojęcie choroby używane jest w szerokim znaczeniu – obejmuje wszelkie objawy utraty równowagi, dezadaptacji, załamania się funkcjonowania człowieka w wyniku niepowodzenia zmagania się ze stresem; potencjalnie dysfunkcjonalne objawy pochodzić mogą z każdego poziomu funkcjonowania człowieka – somatycznego, psychicznego, jak i społecznego.

Stres chroniczny bywa wiązany z charakterystyką czasową stresorów, ewentualnie konsekwencjami natężenia siły stresu utrudniającymi efektywne poradzenie sobie ze stresem. Stres chroniczny, inaczej długotrwały, przeciwstawiany stresowi wydarzeń nagłych, krytycznych wiązać się może ze stresorami:

- periodycznie, cyklicznie powtarzającymi się;
- chronicznymi, ciągłymi, działającymi permanentnie;
- wydarzeniami o właściwościach sekwencyjnych, składających się na ciąg powiązanych ze sobą wydarzeń stresowych, w których stresor inicjujący oraz wywołana przezeń interakcja stresowa pociągają za sobą kolejne wydarzenia krytyczne (np. jak w sytuacji bezrobocia, rozwodu, itp.) (Strelau, 2000).

W piśmiennictwie stresu długotrwałego przewijają się wątki utrzymującego się napięcia, powiązanych z nim specyficznych fizjologicznych reakcji, czy wręcz zaburzeń funkcjonowania występujących skutkiem tzw. skrajnego, katastroficznego, względnie traumatycznego stresu. Odmienne jakości wiążą się ze stresem długotrwałym, przewlekłym, oddziaływującym w dłuższych przebiegach czasowych. W tym wypadku wydarzenia stresowe zazwyczaj nie przekraczające progu stresu kumulują się, doprowadzając z czasem do zmęczenia i przeciążenia, obnażając problematyczność wysiłku adaptacyjnego aż do wystąpienia ostrego stanu dystresu. Stres długotrwały bywa w tym wypadku określany jako stres wydarzeń życia codziennego, czy utrapień życiowych (Lazarus, 1983).

Zazwyczaj wymienia się zebrane poniżej przejawy stresu chronicznego jako rezultat długotrwałego obciążenia (przeciążenia) stresem – utrzymywania się podwyższonego poziomu napięcia prowadzącego do stałego poczucia zmęczenia (wywoływanego zarówno przez czynniki fizyczne jak i psychiczne stresu), które stanowi reakcję człowieka na skojarzone działanie ogółu czynników stresogennych. Występujące wówczas zaburzenia desynchronizacji w zakresie wykorzystywanych zasobów prowadzą do ograniczenia ich dostępności, a niekiedy wręcz uszkodzenia czy wyczerpania (Fąfrowicz, Marek, 1999). Sytuacje permanentnie stresorodne prowadzą do stanów określanych w psychiatrii jako astenia czy nerwica, a charakteryzujących się:

- zaburzeniami funkcji fizjologicznych;
- wrażliwością na bodźce emocjonalne, podwyższoną drażliwością
- obniżeniem nastroju;
- pogorszeniem kontaktów z otoczeniem;
- reakcjami niepokoju i lęku, obecnością lęku nerwicowego;

– poczuciem winy i obniżaniem się poczucia własnej wartości;
– obecnością licznych symptomów „małej" psychopatologii.

Część badaczy, co istotne z punktu widzenia tematyki opracowania podkreśla obniżanie się samooceny i poczucia własnej wartości jako konsekwencji stresu przewlekłego (cytowani przez Terelaka: Miller i in., 1976; Pahkala, 1990; Hill i Kemp-Wheeler, 1986). Obniżenie poczucia własnej wartości bywa wiązane z pogarszaniem nastroju, depresją, jak również labilnością emocjonalną i lękiem (np. Brzezińska, Kofta, 1973; Siek, Tere-lak, 1988), jak również zagrożeniem Ja i poczucia tożsamości (Epstein, 1983; Kubacka-Jasiecka, 2002).

Zgodnie z psychospołeczną koncepcją stresu Perkina (1982, cyt. za Wheaton, 1996, s. 45) stres chroniczny to „trwające w czasie problemy, konflikty i zagrożenia", które wielu ludzi napotyka w swoim codziennym życiu, nie mogą być one jednak odnoszone wyłącznie do jednej roli, jednego nurtu funkcjonowania psychospołecznego. Utrapienia codziennego życia to „irytujące, frustrujące, dystresujące wymagania, które do pewnego stopnia charakteryzują relacje z otoczeniem rodzinnym, jak przepracowanie, hałasy, sprzeczki, niezgoda małżeńska, itp." Najczęściej pochodzą one z nadmiernych wymagań roli, ponadnormatywnych zadań, ich złożoności, niepewności, konfliktu, ograniczenia wyboru czy też wreszcie braku pozytywnych wzmocnień.

Istotne stresorodne znaczenie może mieć wiele sytuacji związanych z pełnieniem roli jak: zgeneralizowana presja czasu, samotność, lęk przed przekroczeniem zasad, itp. Szczególną rolę jako predyktory kryzysu odgrywają nieobsadzone role normatywne dla płci i wieku (jak brak potomstwa, randek czy propozycji matrymonialnych). Oczekiwanie upragnionych wydarzeń, które się nie pojawiają, a także podejmowanie nowych, często nieokreślonych bliżej ról, konieczności adaptacji do wymuszonych skutkiem krytycznych wydarzeń ról inwalidy, obłożnie chorego czy innych podobnych weryfikujących i podważających dotychczasową koncepcję Ja i tożsamości jednostki, bądź wręcz negujących jej dotychczas uznany kształt, sens i znaczenie. Tym samym stają się poważnymi czynnikami ryzyka rozwoju kryzysu. Dla Hoff (1995) problemy powiązane z pełnieniem roli oraz naturalną zmianą ról, zmianą wyglądu zewnętrznego, stosunku do siebie i świata mogą wywoływać wewnętrzne podniecenie i niepokój, zwiększające podatność na stres i rozwój kryzysów.

W kontekście stresu chronicznego w piśmiennictwie przedmiotu rozpatruje się bardzo różne zjawiska – od znudzenia towarzyszącego monotonii niektórych zajęć zarobkowych, poprzez stres wywołujący przejściowe zaburzenia zachowania u tzw. polarników czy członków różnych ekspedycji naukowych zmuszonych do przebywania w warunkach ekstremalnych i niezwykłych aż do skutków uwięzienia, wieloletniego cierpienia ofiar przemocy i maltretowania w rodzinie. Łączonym pod terminem stresu chronicznego zjawiskom rzadko towarzyszą usiłowania objęcia tej wielości pogłębioną refleksję teoretyczną. Wyniki badań, dotyczące tej tak bardzo zróżnicowanej problematyki o nieporównywalnej jakości i wartości metodologicznej, nie sprzyjają tworzeniu bardziej uniwersalnych koncepcji.

Wśród dotychczasowych wyników badań nad stresem chronicznym można wyróżnić badania eksperymentalne „twarde", w pełni kontrolowane (np. badania nad tzw. deprywacją sensoryczną, czy wydajnością pracy przy obciążeniu hałasem, pracą zmianową, naruszającą rytm okołodobowy, itp.), badania eksperymentalne częściowo kontrolowane, prowadzone w warunkach naturalnych (np. badania polarników i zimowników, więźniów, osób bezrobotnych itp.), ale także doniesienia klinicystów i terapeutów, oparte na obserwacjach i pracy klinicznej z osobami maltretowanymi w warunkach rodzinnych, więźniami obozów koncentracyjnych, jeńcami i weteranami wojen, opierające się na obserwacji zachowania oraz subiektywnych relacjach retrospektywnych, dotyczących w znacznej mierze mniej lub bardziej odległej przeszłości.

Biorąc pod uwagę istotne zróżnicowanie jakościowe, odmienność psychologicznego znaczenia, „wagi" wymienionych sytuacji można się zastanawiać, czy na pewno wnioski z konkretnych badań odnoszą się do tych samych zjawisk? Czy istotnie wszystkie wymienione zachowania i w jakim zakresie można, zacierając ich odrębność, łączyć z mechanizmami stresu chronicznego?

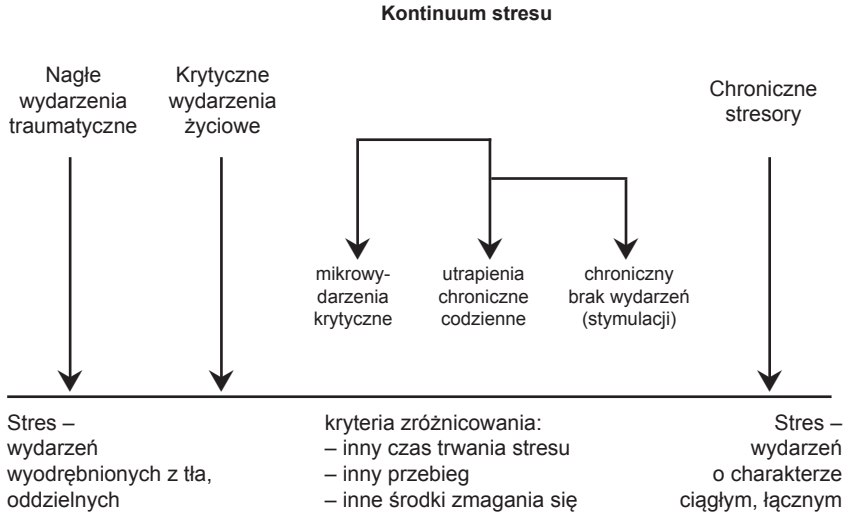
STRES CHRONICZNY CIĄGŁY A STRES ZŁOŻONYCH MIKROURAZÓW

Piśmiennictwo stresu długotrwałego podkreśla negatywny wpływ pozostawania w sytuacji niekontrolowanej w dłuższych okresach czasu oraz wyczerpywania się zasobów zwalczania stresu. Utrzymujące się pobudzenie emocjonalne o charakterze negatywnym, prowadzi do pobudliwości i utraty równowagi emocjonalnej. Stany te mogą się stać podstawą zachowań agresywnych, irytacji, wybuchów wście-

kłości i innych z pozoru nieuzasadnionych silnych reakcji emocjonalnych, które możemy obserwować w różnego typu zachowaniach o charakterze destrukcyjnym. Wzór narastania bezradności bądź przeplata się z wyżej opisanym, bądź poczucie bezradności rozwija się na późniejszych etapach daremnego zmagania. Obserwujemy wówczas nasilanie się poczucia beznadziejności, zanik poczucia sprawstwa, potęgowanie się objawów depresji, wypalenia, symptomów zespołu „zmęczenia walką", wycofywania się i innych patologicznych zachowań.

Istotną rolę w przebiegu stresu chronicznego odgrywa dynamika narastania odporności i przystosowania przeciwstawiająca się naporowi stresu, obejmująca przyzwyczajenie do życia z obciążeniem, znajomość stresujących wydarzeń, ich przebiegu i konsekwencji, możliwość wypracowania bardziej adekwatnych środków zmagania się zmniejszających obciążenie stresem. Narastanie stresu chronicznego jako podłoża rozwoju kryzysów jest funkcją wzajemnych relacji pomiędzy wymienionymi czynnikami i ich intensywności.

Przyjrzyjmy się bliżej interesującej koncepcji Wheatona (1996), która dzięki wprowadzeniu pewnego uporządkowania zjawisk stresowych na tzw. kontinuum stresu daje teoretyczne podstawy wykierowane innymi mechanizmami proponuje rozpatrywanie zjawisk stresowych na kontinuum rozciągającym się od stresu nagłych wydarzeń traumatycznych jak również krytycznych, wyodrębniających się z tła, z których każde oddzielnie jest zdolne wywołać kryzys, poprzez różne szczeble pośrednie do stresu chronicznego, o charakterze ciągłym, wywołanego przez wydarzenia dnia codziennego działające poniżej progu stresu, które dopiero łącznie, sumując się wywołują stan stresu (ze stresem braku znaczących, ważnych wydarzeń – deprywacji stymulacji i zjawiska nudy włącznie). Chroniczne stresory charakteryzuje Wheaton jako trwające w czasie problemy, konflikty i zagrożenia, o charakterze ciągłym, regularnym, długoterminowym, które napotyka w swoim życiu wielu ludzi. Należą do nich chroniczne, codzienne utrapienia – drobne, irytujące, frustrujące interakcje czy wymagania cechujące w pewnym stopniu wszelkie regularnie powtarzające się relacje ze środowiskiem, jak i chronicznie się utrzymujący niepokój braku oczekiwanych wydarzeń. Chroniczne stresory mogą mieć charakter mikro-wydarzeń krytycznych zbliżających się do traumatycznego krańca kontinuum lub życiowych utrapień, raczej przynależnych do stresu przedłużonego, ciągłego (Rycina 2).



Ryc. 2. Kontinuum stresu (wg schematu B. Wheatona, 1996)

różnienia typów kryzysów powiązanych ze stresem chronicznym.

Wheaton uznając stres chroniczny za zjawisko całkowicie odrębne od stresu wydarzeń krytycznych,

W stresie chronicznym na próżno byłoby szukać początku problemów, zaczynających się zazwyczaj wydarzeniami niewiele znaczącymi, pozostającymi częstokroć poza świadomością, mogących nato-

miast dać impuls rozwojowi stresu; ocena źródła przeciążenia wymaga znajomości kontekstu, który pozwoliłby na obiektywną ocenę znaczenia stresu chronicznego dla jednostki.

Wprowadzenie za Wheatonem wyraźnego rozgraniczenia pomiędzy mechanizmami stresu psychologicznego wydarzeń krytycznych a stresu chronicznego przeciwstawia nagłą utratę równowagi emocjonalnej i zagrożenie tożsamości dolegliwym konsekwencjom stałej presji i czujności, utrwalonym konsekwencjom pełnionych ról społecznych, gorzkiej frustracji niespełnienia. Jako kryteria różnicujące jakościowo oba rodzaje stresu Wheaton podaje: czas trwania stresu, jego zróżnicowany przebieg, przede wszystkim konieczność zastosowania innych, właściwie przeciwstawnych strategii i środków zmagania niezbędnych do opanowania stresu. Stres wydarzeń traumatycznych wymaga zdolności do natychmiastowej, intensywnej, choć krótkotrwałej mobilizacji zasobów; stres wydarzeń ciągłych, chronicznych, nie żąda od nas ani natychmiastowego, ani intensywnego przeciwstawiania się stresowi, natomiast drenuje nasze zasoby, również energetyczne, oczekując stałej czujności, zdolności zmagania się przez dłuższy okres czasu, nieugiętej siły, wytrwałości i cierpliwości.

Zdaniem Wheatona można również mówić o chroniczności traumy (w odróżnieniu od traumy skrajnej, nieoczekiwanej, pojawiającej się nagle) – charakter taki mają na przykład regularnie powtarzające się akty wykorzystywania seksualnego czy maltretowania fizycznego (Herman, 1998; Kubacka-Jasiecka, Lipowska-Teutsch, 1997b).

KRYZYSY W PRZEBIEGU STRESU CHRONICZNEGO

Konceptualizacja kryzysów w kategoriach stresu chronicznego wymaga na wstępie uwzględnienia, w jakim kontekście występują do jakiej konceptualizacji stresu odnoszą się rozważania i tezy dotyczące stresu chronicznego (por. Heszen-Niejodek, 1991; He-szen-Niejodek, Ratajczak, 1996; Terelak, 2001): tradycyjnej, klasycznej, utożsamiającej stres z zewnętrzną sytuacją stresową, sprowadzającej stres do stanu wewnętrznego organizmu – doświadczania, względnie przeżywania stanu stresu, relacyjnej, ujmującej stres jako interakcję, a nawet, jak chce Lazarus transakcję pomiędzy sytuacją, sposobem jej oceny i doświadczania.

Chroniczność, a właściwie długotrwałość stresu może tym samym odnosić się do charakterystyki:

- sytuacji stresowej oddziaływującej w dłuższym odcinku czasu na poziomie pod-progowym, poziomie powyżej progu pobudzenia czy nawet traumatycznym, jak w koncepcjśroiir-traumatycznycznych wydarzeń chronicznych Wheatona (1996) czy chronicznego stresu ekstremalnego (Terelak, 1989);
- subiektywnego doświadczania czy przeżywania niepokoju, dystresu czy cierpienia, wykraczającego poza bezpośrednie oddziaływanie i skutki wydarzeń krytycznych czy urazowych; doświadczenia mającego formę „podźwięku" traumy – chronicznie utrzymującego się napięcia bądź wręcz tzw. stresu pourazowego (Brown, Scott, Pullen, 1994; Figley, 1985).

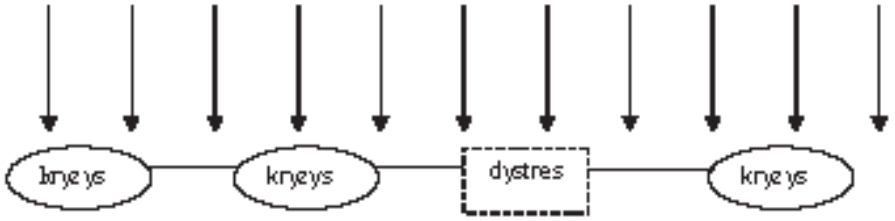
Emocjonalne następstwa stresu – zarówno w formie wydarzeń krytycznych i traumatycznych czy też ciągłego, ewentualnie periodycznego powtarzania się utrapień życiowych rozgrywających się poniżej progu świadomości mają tendencje do długotrwałego utrzymywania się, a z czasem narastania symptomów stresu chronicznego. Jakie mogą być skutki nakładania się zachowań będących odpowiedzią na aktualny stres na chroniczne, przedłużające się stany napięcia, reakcje powiązane z wydarzeniami należącymi już, przynajmniej realnie, do przeszłości?

Współwystępowanie dwu rodzajów stresu – utrzymywanie się przez dłuższy czas skojarzonego działania stresu ostrego i chronicznego było charakterystyczne dla traumy więźnia obozu koncentracyjnego i jej następstw opisanych przez Kępińskiego (1978) jako „KZ-syndrom". Podobne doświadczenia określane przez Godorowskiego (1985) jako „syndrom przeżycia" często przekształcały się z czasem w zaburzenia osobowości, nerwice, stany pograniczne, a nawet psychozy. Z podobnymi wzorami doświadczenia traumy spotykamy się również w wypadku dzieci wychowywanych w warunkach molestowania seksualnego, terroru i przemocy (Herman, 1998). Jeszcze inne, szczególne połączenie obu wariantów stanowić może stres chroniczny typu sekwencji, w którym znaczące wydarzenie krytyczne pociąga za sobą sekwencję kolejnych, wzajemnie z sobą powiązanych dalszych wydarzeń krytycznych, a także towarzyszących im ciągłych kłopotów i utrapień.

Podjęcie wszystkich zasygnalizowanych kwestii i nierozstrzygniętych pytań, przekracza oczywiście ramy niniejszego opracowania, jednakże pewne uporządkowanie, choćby niewielkiej części tego obszaru rozważań przysłużyć się może rozwojowi psychologii kryzysu, bowiem postawione pytania i nierozwiązane kwestie aktualizują się w psychologicznych rozważaniach nad kryzysami emocjonalnymi w przebiegu stresu chronicznego.

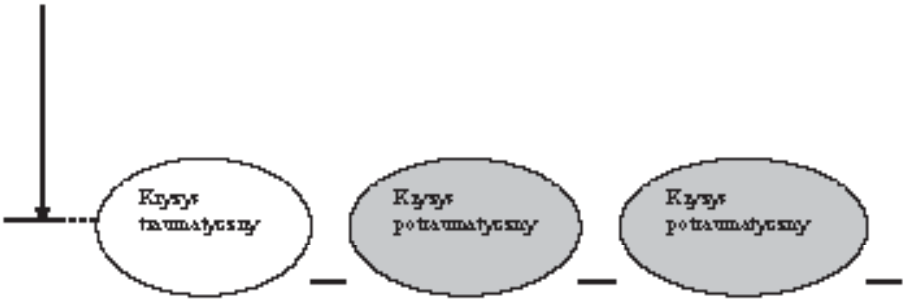
Dla psychologa kryzysu istotne znaczenie ma różnicowanie pomiędzy zaostrzeniami w przebiegu stresu chronicznego (ostre stany dystresu) akrzysami emocjonalnymi. Podstawowym kryterium rozpoznania kryzysu jest identyfikacja krytycznego, niebezpiecznego wydarzenia oraz tzw. czynnika przyspieszającego. Niebezpieczne wydarzenie uruchamia ciąg reakcji, którego kulminacyjny punkt jest kryzysem; czynnik przyspieszający to najczęściej drobny incydent rozstrzygającym wystąpieniu kryzysu. Rozróżnienie w praktyce pomiędzy jednym a drugim czynnikiem może być trudne, stwierdzenie jednak ich wspólnej obecności pozwala na różnicowanie pomiędzy stresem chronicznym a ostrym stanem kryzysu. W ciągu kryzysów doświadczanych przez jednostkę w przebiegu stresu chronicznego czynnik przyspieszający jednego epizodu kryzysowego może odgrywać rolę wydarzenia krytycznego wobec kolejnego epizodu, powodując jakby wzajemne „nakładanie" się kolejnych procesów kryzysowych, o różnych fazach zaawansowania i rozwoju (Hoff, 1995). Pomimo jej znacze-

Model D
Stres chroniczny oddziaływań zewnętrznych

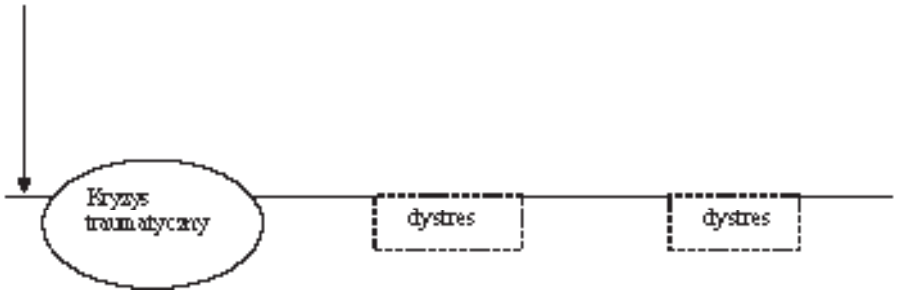


Występujące kryzysy mogą przybierać formę kryzysów złożonych wydarzeń ciągłych (D1) lub złożonych mikrourazów (D2).

Model E/1
Trauma
Stan stresu pourazowego (ciągłość sytuacji wewnętrznej)



Model E/2
Trauma
Stan stresu pourazowego (ciągłość sytuacji wewnętrznej)



Ryc. 3. Modele kryzysu w przebiegu stresu chronicznego

nia problematyka chronicznego kryzysu zajmuje skromne miejsce w psychologicznym piśmiennictwie kryzysu i interwencji kryzysowej; obserwuje się również niedostateczne różnicowanie rodzajów kryzysów, pomijanie odrębności kryzysów niosących odmienne zagrożenie dla Ja kryzysów związanych z nieoczekiwanymi, krytycznymi wydarzeniami oraz rozwijających się i nawracających na tle stanów spiętrzającego się napięcia – problemów rozgrywających się w tej czy innej formie, już od dłuższego czasu. Graficzne przedstawienie występujących możliwości i wariantów rozwijania się kryzysów emocjonalnych na podłożu stresu chronicznego przedstawia Rycina 3.

Analizę zacznijmy od stresu chronicznego zakładającego ciągłość stresowej sytuacji zewnętrznej, jej trwanie w czasie wraz z regularnie powtarzającymi się bodźcami być może podprogowymi czy nawet mikrowydarzeniami (np. stres życia codziennego, bytowanie w warunkach ekstremalnych). Kryzysy, które rozwijają się w przebiegu aktualnego stresu chronicznego, skutkiem kumulacji napięcia jak również obniżenia obronności proponuję nazywać kryzysami złożonych wydarzeń ciągłych, a kryzysy powodowane mikrowydarzeniami traumatycznymi dla rozróżnienia proponuję nazywać kryzysami złożonych mikrourazów. Kryzysy takie ilustruje model D w załączonej ilustracji.

W innym przypadku stres chroniczny można sprowadzić do stresu pourazowego po-traumatycznego, będącego bezpośrednią konsekwencją traumy, urazu (kryzysu traumatycznego), trwającego w czasie, nawet latami. Występujące w przebiegu stresu pourazowego stany załamania czy zaostrzenia objawów mogą mieć charakter przejściowego dystresu (Model E/2) czy rozwiniętego, pełnego kryzysu, który proponowałabym nazywać kryzysem potraumatycznym (Model E/l).

Kryzysy oznaczone jako D1 – rozwijające się na tle stresu chronicznych wydarzeń życia codziennego, nazywane potocznie „chronicznymi" są łagodne, mają tendencję do rozciągania się w czasie – opisany przebieg mają tzw. kryzysy rodzinne oraz kryzysy „życia codziennego". Natomiast kryzysy wywołane obecnością przemocy czy nadużyciami seksualnymi w rodzinie, pozostawaniem w dysfunkcjonalnych, „toksycznych" warunkach rodzinnych czy instytucjonalnych, powinno się traktować raczej jako kryzysy mini traumatycznych wydarzeń życiowych (oznaczone jako D2). Brak wsparcia emocjonalnego w najbliższym otoczeniu, niemożność wycofania się z najczęściej intymnych relacji oraz podwyższony stan czujności – oczekiwania na urazowe incydenty określa drenujący energię i zasoby obronne charakter stresu chronicznego będącego podłożem kryzysów złożonych minitraumatycznych wydarzeń życiowych.

Puryear (1979) zwraca uwagę na powszechność występowania utrwalonych stanów dystresu o charakterze dysfunkcjonalnym będących równocześnie stanami adaptacyjnej równowagi, jedynej, jaką jednostka jest w stanie w danym okresie życia osiągnąć (por. charakterystyki funkcjonowania w związkach dorosłych maltretowanych w dzieciństwie). Stanowią one jakby „podźwięk" po kryzysie, a niekiedy są mylnie traktowane jako rzeczywiste kryzysy, pomimo ich trwania w czasie bez większych zmian, często przez wiele lat. Stany te należy odróżniać od rzeczywistych kryzysów ze względu na konieczność podejmowania zróżnicowanych oddziaływań interwencyjnych, uwzględniających mecha¬nizmy patologicznej adaptacji.

Podsumowując, w przebiegu stresu chronicznego mogą rozwijać się następujące rodzaje kryzysów o odrębnych mechanizmach powstawania i rozwoju, stawiających zróżnicowane zadania oddziaływaniom interwencyjnym:

- Kryzysy złożonych wydarzeń ciągłych, występujące, gdy – nastąpi kumulacja stresu chronicznego; b) wyczerpią się zasoby zmagania się; c) znaczenie stresu zostanie odniesione do Ja i ocenione jako zagrażające tożsamości oraz dotychczasowemu poczuciu sensu życia
- Kryzysy złożonych mikrourazów rozwijające się w wyniku chronicznie powtarzających się mikrowydarzeń krytycznych (mikrourazów)
- Kryzysy potraumatyczne nawracające, podłożem rozwoju których i ich powtarzania jest utrzymywanie się stresu pourazowego wywołanego w przeszłości przez traumę.

KRYZYSY STRESU POTRAUMATYCZNEGO

Ciągły i chroniczny charakter stresowej sytuacji zewnętrznej może prowadzić do rozwoju kryzysów nazwanych: kryzysami złożonych powtarzających się wydarzeń ciągłych oraz kryzysów złożonych mikrourazów. Oba typy kryzysu rozwijająsiępod wpływem aktualnej Stymulacji Środowiskowej o charakterze ciągłym, która (a nie kryzysy) ma charakter chroniczny. Rozwój każdego kolejnego kryzysu, niezależnie od rozwiązania poprzedniego jest efektem powtarzającej się, złożonej, negatywnej stymulacji ze strony otoczenia jednostki aktywizującej stany kryzysu. Opisany wzorzec nie

zakłada ani tożsamości ani podobieństwa problematyki rozwijających się kolejno kryzysów.

Inny wzorzec realizują kryzysy powiązane z doświadczeniem traumy – określane jako traumatyczne i potraumatyczne, przy czym te ostatnie rozgrywają się na tle stresu pourazowego, a ich podłoże stanowi chronicznie się utrzymujący stan podwyższonego napięcia, niepokoju oraz cierpienia emocjonalnego.

Doznanie nagłego, poważnego, częstokroć skrajnego urazu może skutkować rozwojem ostrego kryzysu traumatycznego, natomiast pozostawione przez traumę rozległe spustoszenia -utrwalone, psychopatologiczne przejawy i doznania zwane stresem pourazowym tworzą wewnętrzne podłoże rozwoju potencj alnych kryzysów nazwanych potraumatycznymi, które mogą wielokrotnie się aktywizować i powtarzać. Kolejne kryzysy łączy wspólna, szeroko rozumiana problematyka traumy, wciąż aktualna, nieprzepracowana i niepodlegająca kontroli. Bolesne symptomy stresu potraumatycznego wraz z nierozstrzygniętymi problemami tworzą zarzewie nawracających stanów dystresu i kryzysów emocjonalnych. Dla celów praktycznych, interwencyjnych może być istotne różnicowanie pomiędzy stanami dystresu i zaostrzenia stanu stresu pourazowego, szczególnie przybierających formę patologicznej adaptacji a rozwojem rzeczywistego kryzysu potraumatycznego. Właśnie do potraumatycznych, nawracających stanów kryzysowych odnoszą się rozważania piśmiennictwa, podejmującego tematykę „chroniczności" kryzysu.

Mimo, iż samo wydarzenie traumatyczne (krytyczne) należy już do przeszłości, wewnętrzny stan reakcji potraumatycznej wraz ze zburzonym obrazem własnej osoby i świata najczęściej ma charakter chroniczny – trwa nadal, często latami, bez większych zmian i stanowić może podłoże rozwoju kolejnych kryzysów potraumatycznych. Stan stresu pourazowego i związana z nim symptomatologia utrudnia zmaganie się z bieżącymi sytuacjami stresowymi, obniżając jednocześnie odporność na stres i wyczerpując zasoby zmagania się.

Dramatyczny wymiar stresu pourazowego stanowi konsekwencję zranienia przez traumę. Stany potraumatyczne w świetle danych piśmiennictwa charakteryzują się występowaniem (Figley, 1985; Lis-Turlejska, 1998):

- cierpienia emocjonalnego i trudności adaptacyjnych skutkiem doznanej krzywdy,
- dysfunkcjonalnym charakterem wysiłków adaptacyjno-obronnych wobec traumy i jej skutków wtórnie nasilających poziom nieprzystosowania,
- zaburzeń względnie całkowitej dezintegracji koncepcji własnej osoby, dotychczasowej tożsamości oraz koncepcji świata otaczającego, jako bezpiecznego i przewidywalnego, a także opartych na zaufaniu relacji z bliskimi i otoczeniem społecznym.

Na bardziej lub mniej bezpośrednie powiązania stresu pourazowego ze zranieniem i dysfunkcjami w zakresie koncepcji własnej osoby i tożsamości zwracają uwagę rozważania Figley'a (*op. cit.*), Herman (op. cit.), Lis-Turlejskiej (*op. cit.*) czy Mellibrudy (1995). Jednoznacznie określa rolę chronicznie powtarzających się kryzysów traumatycznych jako wręcz druzgoczących przeżywanie własnej osoby Ringel (1987), stwierdzając: „Po pojedynczym zdarzeniu traumatycznym człowiek nieraz ma wrażenie, że nie jest sobą, natomiast ofiara kryzysu chronicznego może odczuć, że jej Ja uległo nieodwracalnym zmianom, albo, że w ogóle nie ma ona żadnego Ja".

Powstaje pytanie o czynniki sprzyjające rozwijaniu się stresu pourazowego, określające indywidualną podatność na jego wystąpienie, a następnie na utrzymywanie się. Odpowiedź sięga historii uprzednich, często wczesnodziecięcych doświadczeń traumatycznych, kształtujących strukturę osobowości oraz określających poziom przystosowania i zdrowia sprzed urazu, pośrednio decydujących o znaczeniu traumy dla jednostki, a także zdolności zmagania się z jej konsekwencjami. Mówiąc o konsekwencjach, winniśmy uwzględniać cierpienie emocjonalne z jednej oraz poziom dezintegracji przekonań dotyczących Ja, świata, naszego w nim miejsca i poczucia sensu zmagania się ze stresem życia z drugiej strony. Cierpienie emocjonalne to wyraz głębokich zmian i zaburzeń w przebiegu neurofizjologicznych procesów centralnego i autonomicznego układu nerwowego. Symptomy reaktywne przeplatają się z przejawami wysiłku zmagania z obciążeniem przeżyć traumatycznych, ukierunkowanych zasadniczo na unikanie bodźców związanych z traumą. Unikanie konfrontacji z traumatycznymi doznaniami poprzez ucieczkę od rzeczywistości może wtórnie nasilać poziom dezintegracji Ja i poczucia tożsamości.

Opisy przejawów stresu pourazowego od czasów Freuda szczególną uwagę zwracają na jakby odwrotne zjawisko – przymusu ponownego przeżywania urazu (Herman, *op. cit.*). Niezależnie od kontrowersji wokół wyjaśnień obserwowanych zachowań

i doznań ofiar wydarzeń traumatycznych wielokrotnie, w różnych formach aktywizujących przeżycia urazowe powodują one tzw. „ugrzęźnięcie" w urazowej przeszłości, trauma pozostaje punktem odniesienia dla aktualnego życia – „dla ofiar czas zatrzymał się w chwili urazu" – pisze Herman.

Jak dochodzi do rozwoju kryzysów emocjonalnych w przebiegu stresu potraumatycznego? Na postawione pytanie Hoff odpowiada, stwierdzając: „Jak długo potrafimy radzić sobie z traumatycznymi wydarzeniami, tak długo nie doświadczamy kryzysu.

Jeżeli stres nas pokona, nie jesteśmy w stanie znaleźć wyjścia z trudnej sytuacji, wówczas może dojść do kryzysu" (1995, s. 18). Generalnie ludzie przeżywający chroniczne problemy są bardziej narażeni na przeżywanie epizodów kryzysowych, zwiększają one bowiem ich wrażliwość i podatność na stany rozstroju emocjonalnego.

Rozważmy bardziej szczegółowo omawianą kwestię – z perspektywy przyjętej w opracowaniu teorii kryzysu utrwalony, chroniczny stres pourazowy staje się podłożem rozwoju kolejnych kryzysów emocjonalnych. Charakterystyczne dlań spustoszenia w zakresie przeżywania własnej osoby i otaczającej rzeczywistości:

- utrudniają i uniemożliwiają skuteczną obronę przed skutkami doznanej traumy – bólem i cierpieniem,
- utrudniają zmaganie się z bieżącymi wydarzeniami krytycznymi,
- sprzyjająpowstawaniu nowych problemów i konfliktów,
- modyfikują przebieg i pogłębiają rozwijające się kryzysy potraumatyczne,
- utrudniają lub wręcz uniemożliwiają rozwiązanie kolejno występujących kryzysów.

Wewnętrzne mechanizmy zjawisk potraumatycznych, takie jak niewypowiedziane cierpienie wraz z aktywizowanymi przezeń dysfunkcjonalnymi obronami, przewaga przeszłości nad aktualną rzeczywistością z dominacją znaczących doświadczeń urazowych, przede wszystkim tzw. dialektyka urazu oraz dezintegracja własnego Ja i obrazu świata podtrzymują trwanie stanu traumatycznego z jego zaostrzeniami, załamaniami nerwowymi i kolejnymi, nawracającymi, nie przynoszącymi jednak w tym stanie rzeczy rozstrzygnięć ani ulgi kryzysami. Doznana w przeszłości trauma jest nadal obecna i boleśnie rzeczywista: „działa na zasadzie samonapędzającego się mechanizmu. ... Przerażenie, gniew i nienawiść doznane w chwili urazu żyją nadal w sprzecznościach dialektyki urazu" pisze Herman (*op. cit*., s. 58, 61). Dialektyka urazu – najbardziej charakterystyczny rys pourazowego zespołu stresu wraz z cyklicznym nawracaniem przeciwstawnych przeżyć: wtargnięcia – zawężenia, ponownego przezywania urazu – niepamięci i wypierania, przytłoczenia emocjami – stanu „zamrożenia uczuć" czy „pustyni obojętności" jednakowo uniemożliwiającymi integrację traumatycznego wydarzenia z całokształtem doświadczeń utrwalonych w strukturach poznawczych. Ponawiane wciąż zmagania z traumatycznymi doznaniami, podejmowane próby rozwiązania czy też rozprawienia się z konsekwencjami urazu leżą u podstaw nawracania, powtarzania się kryzysów potraumatycznych. W tym ujęciu powracające kryzysy potraumatyczne to rezultat kolejnych wysiłków integracyjnych objęcia świadomą kontrolą wstrząsających wydarzeń i przeżyć, ich zrozumienia oraz przezwyciężania, stanowią szansę ostatecznego wyzwolenia Ja jednostki spod władzy traumy.

BIBLIOGRAFIA

Brown, T.M., Scott, A.I.F., Pullen, I.M. (1994). *Stany nagłe w psychiatrii*. Warszawa: PZWL.

Brzezińska, A., Kofta, M. (1973). Stadialność obrazu własnej osoby, odporność na stres i lęk przedegzaminacyjny. *Psychologia Wychowawcza, 5*.

Caplan, G. (1963). Emotional crisis. W: M. Dentsch, H. Fishbein (red.), *The encyclopedic of mental health* (t. 2, s. 521-532). New York: Basic Books.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Dąbrowski, K. (1964). *O dezintegracji pozytywnej: Szkice teorii rozwoju psychicznego człowieka poprzez nierównowagę psychiczną, nerwowość, nerwice i psychonerwice*. Warszawa: PZWL.

Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P. (1974). *Stressful live events: Their nature and effects*. New York: John Wiley and Sons.

Erikson, E.H. (1968). *Identity: youth, and crisis*. New York: Norton.

Epstein, S. (1983). Unconscious, preconscious and the self-concept. W: J. Suls, A. Greenwald (red.), *Psychological perspectives in an individuals self-system* (s. 219-246). New Jersey: Lawrence Erlbaum Association.

Fąfrowicz, M., Marek, T. (1999). Werońska koncepcja źródeł stresu. W: J.F. Terelak (red.), Źródła stresu: teoria i badania (s. 13-22). Warszawa: Wyd. ATK.

Figley, Ch.R. (red.). (1989). Trauma and its wake, t. 1, *The study and treatment of posttraumatic stress disorder*. New York: Bruiuier-Mazel.

Godorowski, K. (1985). *Psychologia i psychopatologia hitlerowskich obozów koncentracyjnych. Próba analizy postaw i zachowań w warunkach ekstremalnych obciążeń*. Warszawa: ATK.

Herman, J. (1998). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: GWP.

Heszen-Niejodek, I. (1991). Radzenie sobie z konfrontacją stresową (wybrane zagadnienia). *Nowiny Psychologiczne, 1-2*, 13-26.

Heszen-Niejodek, I. (red.). (2002). *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*. Poznań: SPiA.

Heszen-Niejodek, I., Ratajczak, Z. (red.). (1996). *Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wyd. UŚ1.

Hoff, L.A. (1995). *People in crisis. Understanding and helping*. San Francisco: Jossey-Buss Publishers.

Kępiński, A. (1978). *Rytm życia*. Kraków: Wyd. Literackie.

Kubacka-Jasiecka, D. (1978). Z psychologii kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Liptowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 12-29). Kraków: Wyd. ALL.

Kubacka-Jasiecka, D. (2002). Od stresu do kryzysu – kryzys emocjonalny jako zagrożenie tożsamości. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem* (s. 77-105). Poznań: SPiA.

Kubacka-Jasiecka, D., Lipowska-Teutsch, A. (1997a). Z psychologii kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 12-29). Kraków: Wyd. ALL.

Kubacka-Jasiecka, D., Lipowska-Teutsch, A. (red.). (1997b). *Wobec przemocy*. Kraków: Wyd. ALL.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stresss and the coping processes*. New York: McGraw Hill Books.

Lazarus, R.S. (1983). Utrapienia życiowe mogą być niebezpieczne dla zdrowia. *Nowiny Psychologiczne, 1*, 8.

Mellibruda, J. (1995). Pułapka niewybaczonej krzywdy. Warszawa: Inst Psych. Zdrowia i Trzeźwości.

Płużek, Z. (1997). Kryzysy psychologiczne i rodzaje kryzysów osobowościowych. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 31-43). Kraków: Wyd. ALL.

Puryear, D.A. (1979). *Helping people in crisis*. San Francisco: Josey-Bss Publishers.

Rapaport, L. (1965). The state of crisis: Some theoretical considerations. W: H.J. Parad (red.), *Crisis intervention, selected readings* (s. 22-31). New York: Family Service Association of America.

Selye, H. (1963). *Stres życia*. Warszawa: PZWL.

Selye, H. (1979). *Stress in health and disease*. Roading: Butterworths.

Sęk, H. (1991). Wybrane zagadnienia psy choprofilaktyki. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (s. 472-503). Warszawa: PWN.

Sęk, H. (1993). Kryzys. W: H. Sęk (red.), *Leksykon psychiatrii* (s. 199-200). Warszawa: PZWL.

Siek, S., Terelak, J. (1988). Obciążenie stresem a lęk i obraz siebie u mężczyzn w wieku 45–50 lat. *Postępy Astronautyki, 21*, 91-92.

Strelau, J. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3). Gdańsk: GWP.

Terelak, J.F. (1989). Koszt adaptacji człowieka do sytuacji deprywacji percepcyjnej i izolacji socjalnej. W: A. Biela, Z. Uchnast, T. Witkowski (red.), *Wykłady z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Katolickim w roku akademickim 1986-87* (s. 11-26). Lublin: Wyd. KUL.

Terelak, J.F. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.

Wheaton, B. (1996). The domains and boundaries of stress concepts. W: H.B. Kaplan (red.), *Psychological stresss, perspectives on structure, theory, life-course, and methods* (s. 29-68). San Diego, New York: Academic Press.

Ucieczka w paranauki jako swoista strategia przetrwania*

Iwona Butmanowicz-Dębicka

Politechnika Krakowska

WIEDZA NAUKOWA A WIEDZA POTOCZNA

Na sposób postrzegania i rozumienia społecznego świata wpływają nie tylko cechy jednostek, warunki ich egzystencji czy ukształtowana przez różnorodne czynniki mentalność, ale także zasoby zgromadzonej przez nie wiedzy lub tych informacji, które w praktyce codziennego życia pełnią funkcję wiedzy i wydają się mieć wyjątkowe walory praktyczne. Nie bez znaczenia jest również czynnik, który nazywam stopniem społecznej pewności, a który – pomijając zasadniczy warunek, jakim jest poczucie bezpieczeństwa – wyraża się przede wszystkim:

- w sposobie postrzegania siebie na tle rzeczywistych i wyimaginowanych grup społecznych,
- w sposobie kreowania obrazów własnej przyszłości,
- w dynamizmie społecznym popychającym jednostkę nie tylko do poszukiwania zaplecza społecznego wzmacniającego jej poczucie bezpieczeństwa, ale także nakazującym tworzenie własnych efektywnych strategii życiowych.

W społecznych mechanizmach poznawania świata, rozumienia go, budowania obrazów rzeczywistości i tworzenia – wypełniających społeczne zasoby wiedzy – zbiorów informacji na temat jej poszczególnych fragmentów czy poziomów, dość wyraźnie zarysowana jest pewna dwoistość. Ilustruje się ją najczęściej prezentując genezę i treść społecznych zasobów wiedzy poprzez podkreślanie zawartych w nich dychotomii i przeciwieństw. Tak więc wiedza naukowa przeciwstawiana jest wiedzy potocznej, a modele poznawania świata dzielone z uwagi na stopień racjonalności metodologii stosowanej przy ich konstruowaniu. W ten sposób wyróżnia się dwie różne techniki poznawcze, a mianowicie analityczno-logiczną i intuicyjno-uczuciową (Pawełczyńska, 1984). W ich charakterystykach szczególnie uwypuklone zostają odmienne uwarunkowania intelektualne i emocjonalne jednostek lub grup społecznych, a więc wskazuje się na ich zasadniczo różne predyspozycje, niekiedy wywodząc je z kultury, a niekiedy z biologii (Banaszczyk, 1989, s. 14–40). Zakłada się, iż indywidualne obrazy świata, tworzone w oparciu o analityczno-logiczny model poznania, opierają się na całości wiedzy zgromadzonej przez jednostki i usystematyzowanej w logiczny sposób. Ciągłe doskonalenie procedur badawczych i metod segregowania wiedzy (np. poprzez sprecyzowanie parametrów czasowo-przestrzennych) prowadzi do intersubiektywnych opisów świata (Pawełczyńska, 1984, s. 298). Na sposób przetwarzania informacji wpływa posiadany przez jednostki, a niekiedy także podzielany przez całe kategorie społeczne, obraz świata. Jest to konstrukcja zwarta wewnętrznie i zarazem dość dynamiczna, ponieważ dokonują się w niej dwa antagonistyczne procesy: akomodacji i asymilacji. W pierwszym, nowe informacje dołączane są do wiedzy wcześniej uzyskanej, a w drugim, pod wpływem nowej wiedzy, obrazy świata ulegają powolnej lub gwałtownej transformacji (Tomaszewski, 1966, s. 271–283).

Analityczna i racjonalna metodologia determinuje widzenie rzeczywistości poprzez pryzmat schematów logicznych. Inaczej wygląda proces poznawczy oparty o model intuicyjno-uczuciowy, albowiem tutaj gromadzenie informacji podobne jest do odkrywania tajemnicy, ponieważ poznanie staje się bardziej dynamiczne i w dużym stopniu pozaintelektualne. Dzięki emocjom, empatii, wyobraźni, stosowaniu analogii, intuicji racjonalnej i irracjonalnej człowiek poznaje świat, jego porządek i podstawowe zasady (Tomaszewski, 1966, s. 271–283).

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy zjawiska współczesnej cywilizacji,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2004 SPiA, s. 215–222.

Tak uzyskana wiedza, oprócz doznań mistycznych, może również mieć charakter intersubiektywny, wówczas gdy jej ustalenia można sformułować w sposób przekonujący, w oparciu o akceptowane kryteria dowodzenia (Pawełczyńska, 1984, s. 298). Niekiedy ustalenia tego typu wiedzy odzwierciedlają specyficzne potrzeby jednostek, informują o ich próbach odszukania jednoznacznych imponderabiliów kierujących życiem społecznym.

Przy dość skomplikowanych próbach oddzielenia wiedzy potocznej od wiedzy naukowej stopień intersubiektywności traci swe wyjaśniające i porządkujące znaczenie. Jeżeli definiować wiedzę naukową jako „... zbiór zawierający: zgeneralizowane przekonania na temat danego fragmentu rzeczywistości, odpowiadające im opisy konkretnych przypadków i reguł przejścia od poziomu «danych empirycznych» do «poziomu zmiennych»" (Morody, 1987, s. 176), to zasięg tak zorganizowanego systemu informacji staje się kwestią drugorzędną. Weryfikacją wiedzy naukowej w przeciwieństwie do wiedzy potocznej nie są ani przekonania jednostek, ani powszechność czy oczywistość twierdzeń. Negując zasadność wyłącznie racjonalnego sposobu poznawania świata wskazuje się czasami, że wiedza naukowa upraszcza, a niekiedy wręcz ignoruje niektóre aspekty rzeczywistości i w rezultacie świat postrzegany przez pryzmat uproszczonego szablonu istnieje obok lub zamiast rzeczywistości naturalnej (Kotlarski, 1990, s. 110).

Informacje tworzące wiedzę potoczną są bardzo zróżnicowane – tak z uwagi na ich genezę, zasięg, znaczenie jak i techniki weryfikacyjne – a jej struktura znacznie bardziej skomplikowana i wielopoziomowa. Tworzą ją zarówno poglądy oparte na wiedzy naukowej jak i przekonania nadbudowane na autorytetach, intuicji, przesądach i emocjach. Te właśnie twierdzenia i sądy cechujące się różnym stopniem ogólności, falsyfikowalne bądź nie, tworzą deskryptywne obrazy świata i w oparciu o nie budowane są społeczne strategie postępowania (Berger, Luckmann, 1983, s. 56).

Przeważnie suma wiedzy, jaką ludzie dysponują umożliwia im sprawne funkcjonowanie w znanych i powtarzających się sytuacjach społecznych oraz ułatwia rozumienie sensu zachowań innych osób (Schutz, 1971, według: Wódz, 1988, s. 40). Przyjmuje się, że wiedza potoczna nabywana jest przede wszystkim w procesach socjalizacyjnych (Ziółkowski, 1989, s. 184 i nast.), ale warunkują ją także predyspozycje jednostkowe i ta część podłoża kulturowego, która najsilniej wpływa na sposób percypowania świata (Koralewicz, Ziółkowski, 1990, s. 138 i nast.).

Wskazuje się także na znaczenie, jakie w tym procesie odgrywają role i pozycje społeczne, choć – jak się wydaje – ich wpływ bywa niekiedy wyolbrzymiany (Marody, 1987, s. 183) ponieważ wspólnota przekonań na temat świata obejmować może jednostki zajmujące różne miejsca w hierarchii społecznej. Tak dzieje się np. w sferze poglądów składających się na aksjologiczne obrazy rzeczywistości (Koralewicz, 1987, s. 166).

Wiedza alternatywna, czy bardziej pejoratywnie, wiedza irracjonalna, najsilniej zdaje się łączyć z intuicyjno-uczuciowym modelem poznania, choć często pełni funkcję wiedzy naukowej, upodabnia się do niej lub nawet ją zastępuje tworząc podobnie zorganizowany system oraz posługując się podobnym słownictwem, zbliżonymi technikami i uzasadnieniami. Instytucje reprezentujące i rozpowszechniające wiedzę alternatywną silnie wrosły w strukturę społeczną, doskonale prosperują i, jak pokazują badania, zyskują ciągle nowych zwolenników.[1] Ich polski sukces rozpoczął się w chwili przemian społecznych, kiedy to w odpowiedzi na nowe społeczne potrzeby weszły dynamicznie na rynek instytucje świadczące usługi związane z wiedzą irracjonalną i pojawiła się na półkach księgarskich literatura popularyzująca wiedzę alternatywną. Gabinety wróżbiarskie, kluby ezoteryczne, punkty bioenergoterapii, jasnowidzenia, centra medytacji i leczenia siłą woli, warsztaty psychotroniczne, studia astropsychologii, szkoły Reiki, medycyna alternatywna, punkty pomiaru biopola i doboru amuletów, i ogromna związana z nimi literatura, stały się trwałym elementem rzeczywistości społecznej. W genezie ich popularności, w zaspokajanych przez nie potrzebach ukryte są te fenomeny czy procesy społeczne, które w niewielkim stopniu uwzględniane są w socjologicznych wizerunkach rzeczywistości. Zapotrzebowanie na pozaracjonalną wiedzę jest, jak sądzę, sygnałem istotnych przeobrażeń dokonujących się w świadomości społecznej, dowodem aktywizacji specyficznej mentalności, zmian w sposobach adaptacji w świecie, który wzbudza lęk, ale także stymuluje do działań. Jest także świadectwem niekiedy dość dramatycznego poszukiwania sposobu na życie, czyli takiej strategii, która pozwoli na optymalne dopasowanie się do zmiennej i niepokojącej rzeczywistości i ułatwi zni-

[1] Bazy empirycznej dla formułowanych w tekście stwierdzeń dostarczyły wyniki badań prowadzonych przez autorkę w ramach KBN „GR -390" i badań własnych.

welowanie lęku przed przyszłością. W zafascynowaniu wiedzą alternatywną widoczne są też postawy eskapistyczne, wyrażające się w pragnieniach odszukania azylu, w którym można by było schronić się przed trudną codziennością i bez przymusu dopasowywania się do niej odzyskać wiarę w swoje siły i przychylność losu.

Masowe zainteresowanie paranaukami, opieranie się na ich ustaleniach i wiara w ich możliwości różnie bywa interpretowane. Niekiedy patrzy się na ten proces jak na świadectwo braku społecznej wiary w możliwości nauki i poszukiwanie potężniejszego i mistycznego zarazem erzacu (Rosney, 1982, s. 239).

Czasami obok wskazywania na osłabienie prestiżu nauki, podkreśla się również uwstecznienie procesu rozwoju intelektualnego (Grodzinski, 1985, s. 154) i rosnącą lukę edukacyjną. Inny typ wyjaśnień koncentruje się na potrzebie o cechach imperatywu skłaniającej do podejmowania prób uporządkowania chaotycznego świata i znalezienia metody umożliwiającej człowiekowi choćby częściowe panowanie nad nim (Rony, 1993, s. 121). Bielicki uważa, że zafascynowanie nauką jest jedynie epizodem w rozwoju ludzkości (Bielicki, 1984, s. 213–214), a Deikman sądzi, że ludzie intuicyjnie czują, że człowiek jest zdolny do korzystania z dwu modalności: modalności działania i modalności receptywnej (Deikman, 1990, s. 231–236). Ta druga pozwala niektórym na wykorzystywanie wyjątkowych zdolności psychicznych i odrzucenie barier racjonalnego poznania. Badacze wywodzący się z kręgów szkoły Junga podkreślają raczej rolę tzw. procesów synchronicznych łączących psychiczne i fizyczne strony zjawisk, które można i należy interpretować wielorako, ponieważ w genezie każdego zdarzenia tkwią różnorodne i niekiedy równoważne czynniki. Przy pomocy „zwykłych" racjonalnych metod nie sposób do nich dotrzeć. W niektórych próbach wyjaśniania ciągle odżywającej skłonności do poszukiwania u wróżbitów wiedzy pewnej i skutecznej, założono, że w każdym z nas tkwi jego pierwotny przodek potrzebujący prostych sposobów na obłaskawienie rzeczywistości i odwrócenie losu (Franz, 1994, s. 9–11).

„... mogę więc zaoszczędzić energię i spróbować przechytrzyć los w jakiś inny sposób. (...) można po pierwsze zaoszczędzić energię, po drugie zaś spróbować zacząć kontrolować ten mroczny fragment rzeczywistości, gdzie przyszło nam żyć. Taki prawdopodobnie był początek bardzo wielu technik wróżbiarskich istniejących do dziś na całym świecie." (Franz, *op. cit.*, s. 45–46).

K. Obuchowski sformułował pojęcie tzw. nadwyżki wiedzy, odnosząc je co prawda nie do paranauk, lecz do pozornie nieinstrumentalnego dążenia do poznawania czegoś z czystej ciekawości. Dostrzegł w tym procesie specyficzną potrzebę gromadzenia wiedzy jakby „na zapas". Taka nadwyżka informacji może przydać się w przyszłości, w sytuacjach nieoczekiwanych i nieprzewidywalnych. A takie po części wypełniają nasze doświadczenia życiowe. Owa specyficzna, strategiczna zapobiegliwość, czyli chęć poznania czegoś, co może nas w przyszłości ochronić przed zagrożeniami i porażkami lub przydać się w sytuacjach, które dopiero przewidujemy, to – jak sadzę – jedna z częstych motywacji skłaniających do korzystania z niekonwencjonalnych źródeł wiedzy.

PRZYCZYNY POPULARNOŚCI WIEDZY ALTERNATYWNEJ

Coraz więcej osób skłonnych jest opierać swoje działania na ustaleniach wiedzy alternatywnej, a spora część z nich poprzez jej pryzmat postrzega rzeczywistość. Różne koncepcje wyjaśniające okresowy wzrost popularności tego rodzaju wiedzy i udostępniających ją instytucji, a także szukające motywacji do korzystania z niej, najczęściej wskazują na dwie główne przyczyny tego stanu:

1. Cechy struktury społecznej ułatwiające rozpowszechnianie się wiedzy irracjonalnej, takie jak: silne rozwarstwienie społeczne, bieda, luka edukacyjna, upośledzenie etniczne, anomia społeczna lub – jak to wynika z prowadzonych przeze mnie badań – zbliżony do anomii swoisty brak jasnych społecznych „reguł gry" określających zasady rozwoju indywidualnego i wyboru strategii prowadzących do sukcesu lub jedynie warunkujących radzenie sobie w życiu.
2. Specyficzną mentalność społeczną (Rony, *op. cit.* s. 71–72) i cechy umysłowości szczególnie podatnej na formułę i treściową zawartość wiedzy alternatywnej.

Choć wydaje się, że oba te wyjaśnienia są po części prawdziwe i wzajemnie się dopełniają, to jednak większy nacisk należy – jak sądzę – położyć na cechy struktury społecznej oraz na trwałe sposoby percepcji tejże struktury. Te ostatnie tak dalece wkomponowują się we wzory społecznego życia, że nie tylko znacząco wpływają na jakość egzystencji, ale zaczynają tworzyć coś na kształt quasi struktury społecznej utrwalającej obawy i pesymistycz-

ne nastawienia społeczne. Porządek społeczny postrzegany jako niejasny, niesprawiedliwy bądź wykluczający, potęguje pesymizm społeczny, fatalizm wizerunków przyszłości indywidualnej i zbiorowej, marginalizację niektórych kategorii społecznych (Frieske i in., 1995, maszynopis, s. 20–23), pogłębia niemożność zrozumienia świata instytucji oraz związane z tym poczucie bezradności, wzmaga samoświadomość deprecjacji niektórych kategorii społecznych. A te nastawienia z kolei dołączają się do siatki percepcyjnej poprzez którą postrzegana jest rzeczywistość, sama z pewnością generująca część lęku społecznego. Lękotwórcze cechy struktury społecznej najwyraźniej widoczne są w sferze tzw. „rzeczywistości podstawowej" (Berger, Luckmann, 1983, s. 52).

Kiedy funkcjonowanie w niej staje się coraz bardziej skomplikowane, a stosowane dotąd techniki działań zawodzą lub jedynie przewiduje się, że wkrótce przestaną być efektywne, to życiu zaczyna towarzyszyć poczucie lęku lub niepewności. Świat, w którym wszystko wydaje się być względne i niestabilne, a przyszłość trudna do przewidzenia, budzi silny, niekiedy prawie neurotyczny niepokój. (Kępiński, 1987, s. 175). Wysoki poziom lęku aktywizuje ukryte założenia normatywne i wówczas uwidoczniają się niektóre cechy mentalnościowe, skłaniające do szukania poczucia bezpieczeństwa w autorytetach, przeszłości, elitarnej wiedzy, sile, grupach kontestacyjnych, czy przesadnym konformizmie. Uczucie lęku popycha człowieka do przyjmowania postawy obronnej w kontaktach ze światem społecznym, a postawa obronna w sytuacji zagrożenia może prowadzić do regresji zachowań jednostkowych i traumatycznego zwracania się w kierunku działań magicznych lub irracjonalnych technik wspomagających obłaskawianie rzeczywistości. Jak się wydaje, z tej przyczyny tak wiele osób o różnych cechach demograficzno-społecznych właśnie w wiedzy irracjonalnej szuka skutecznej recepty na życie, czyli na odnalezienie własnej strategii przetrwania. Poczucie zagrożenia bytu, zdrowia, bezpieczeństwa socjalnego rodziny, lęk przed pauperyzacją, degradacją społeczną, marginalizacją lub jedynie postrzeganiem siebie jako nieudacznika życiowego – niezależnie od tego czy rodzi się w oparciu o realne przesłanki czy też jest jedynie antycypacją przyszłości – popycha ludzi do różnorodnych działań zapobiegawczych i obronnych.

Trudności w rozwiązywaniu problemów tłumaczone są najogólniej trzema czynnikami: ograniczonymi możliwościami jednostki, cząstkową bądź nieprawdziwą wiedzą na temat samego problemu lub wyborem niewłaściwej strategii. (Baron, 1978, Passim). W praktyce często poszczególne ograniczenia czy niemożności nakładają się na siebie. Ludzie próbujący nieskutecznie poradzić sobie z różnego typu zagrożeniami, najczęściej własne niepowodzenia objaśniają – co wydaje się być zrozumiałe – albo opieraniem się na fałszywej bądź niepełnej wiedzy, albo też stosowaniem złej strategii. Poprawa ich losu wydaje się więc być zależna od uzupełniania wiedzy, czyli poznania zdobycia wiedzy „adekwatnej" i wyboru dopasowanej do niej skutecznej metody działania. Równolegle z budowaniem własnej strategii życiowej zmienia się sposób postrzegania świata i oceniania go, bowiem techniki zbierania i segregowania informacji uzależnione są od szeregu założeń normatywnych. Część z nich o zasadniczym znaczeniu dla sposobu interpretowania świata, to założenia ukryte, ujawniające się dopiero w działaniu. Na nich opiera się również społeczna postawa bliska tzw. strategii animizmu, prowadzącej do mało analitycznego i instrumentalnego traktowania wszystkich rodzajów wiedzy, jeżeli ułatwiają one zaspokojenie potrzeb, w tym przede wszystkim potrzeby bezpieczeństwa i potrzeby złudzeń koniecznej do tworzenia obrazów optymistycznej przyszłości.

Wiedza irracjonalna, obecna także w społeczeństwach zasobnych, dynamicznych i akceptujących różnorodność zachowań społecznych, ujawnia swą siłę oddziaływania szczególnie w momentach kryzysów społecznych, zmian strukturalnych, niepewności aksjologicznej, w świecie szybko zmieniających się wartości, w atmosferze anomii społecznej, wówczas gdy sukces ekonomiczny staje się specyficznym kodeksem etycznym i coraz mniej jest w społeczeństwach miejsca dla ludzi słabych (starych, mało uzdolnionych, chorych, zmarginalizowanych, odmiennych, itp.).Wówczas wzmożone zainteresowanie ludzi wiedzą alternatywną obrazuje ich niepokoje i rozczarowania, poczucie zagrożenia, lęk egzystencjalny, zagubienie, poszukiwania i dążenie do odkrywania czytelnych drogowskazów życiowych.

ZWOLENNICY WIEDZY ALTERNATYWNEJ

Nauki alternatywne przyciągają ludzi bardzo różnych. Nie tylko odmienne są ich charakterystyki demograficzno-społeczne, szeroko rozumiane sytuacje życiowe, ale też i potrzeby, których zaspokojenia szukają na tym dość ekscytującym terenie i – wreszcie – stosunek do alternatywnych źródeł wiedzy. Spora część osób odwiedzających gabinety

wróżbiarskie, traktuje te miejsca jak jeszcze jedną, choć wyjątkowo skuteczną instytucję usługową. Słucha porad, bada swoje biopole, kupuje amulety, powtarza mantry, radzi się astrologa, uczy się zasad tarota, trenuje możliwości swego umysłu, medytuje przy hologramach, uczęszcza do stowarzyszeń ezoterycznych, unika osób spod określonego znaku zodiaku, podpisuje kontrakty wówczas, gdy jest korzystny układ planet, wykonuje różnego typu zabiegi i całą w ten sposób uzyskaną wiedzę dołącza do informacji czerpanych z innych źródeł. Tak wykorzystują ją różnego typu biznesmeni, których można spotkać w poczekalniach u wróżbitów. Wiedza irracjonalna łagodzi ich lęk, daje wizję optymistycznej przyszłości, a niekiedy wypełnia lukę edukacyjną. Świat wiedzy niekonwencjonalnej staje się natomiast prawdziwym azylem dla części swoich zwolenników, azylem a jednocześnie miejscem oferującym im nową, skuteczną technikę przetrwania. Dla tej znacznie liczebniejszej kategorii osób wiedza irracjonalna zdaje się być, w ich przekonaniu, wyjątkową szansą na poprawienie swego losu.

Generalizując można stwierdzić, że w obszar wiedzy alternatywnej uciekają 2 kategorie osób: pierwsza to jednostki dynamicznie poszukujące jeszcze jednej skutecznej strategii życiowej, recepty na „poradzenie sobie ze światem" i druga, do której przede wszystkim zaliczam bezradnych, ubogich, chorych, zagubionych w świecie instytucji, zdesperowanych, mających wrażenie, że „w normalny sposób"[2] już sobie nie poradzą. Kiedy ci pierwsi sięgają do nauk alternatywnych z zapobiegliwości, potrzeby ekscytacji lub dlatego, że nie chcą się zgodzić na życie byle jakie, zajęcie gorszych pozycji na drabinie stratyfikacji społecznej, to ci drudzy szukają jakiegokolwiek sposobu na przetrwanie, nadziei na lepszą przyszłość i odzyskanie wiary w siebie. Techniki postępowania, czy podstawowe zasady nowej strategii życiowej jakie podsuwają im alternatywne źródła wiedzy, nabierają nie tylko praktycznego znaczenia, ale umożliwiają odbudowanie pozytywnego obrazu samego siebie. Ludzie zaczynają wierzyć, że i w nich tkwią niezbadane lub dotąd nie odkryte możliwości, a to pozwala im zniwelować poczucie deprecjacji. Zmienia się ich stosunek do świata i tym samym zredukowany zostaje lęk, zaczynają dostrzegać w swej egzystencji jakiś nowy sens. Dlatego czasami chorzy próbują sami uzdrawiać, a ci którzy chodzili na zabiegi do bioenergoterapeuty odkrywają u siebie podobne zdolności.

Niekiedy w próbach czerpania z wiedzy alternatywnej widoczna jest postawa, którą można nazwać swoistym kontraformizmem (Sztompka, 1967). Jednostki odrzucają pewne społecznie akceptowane zasady postępowania, bowiem są one częścią systemu normatywnego, którego faktycznie nie akceptują. Otóż coraz wyraźniej, jak sądzę, wyłaniają się całe kategorie społeczne, których wspólną cechą jest nie tylko podobna – najczęściej niezadowalająca – sytuacja społeczno-ekonomiczna, ale również przekonanie, że próba zmienienia swego losu w sposób konwencjonalny, w oparciu o to co tradycyjnie oferują instytucje uosabiające strukturę społeczną, nie jest możliwa. Te jednostki także podzielić można na dwie nieco różniące się grupy. Pierwsza to osoby, które sobie w życiu nie radzą i nie wiedzą gdzie szukać pomocy, a zarazem zdają sobie sprawę z własnych niemożności. Ich niekiedy demonstracyjny brak akceptacji dla porządku społecznego jest jedynie postawą obronną, destruktywną próbą zachowania poczucia godności. Drudzy natomiast to ci, którzy co prawda też nie odnoszą sukcesów i ich sytuacja życiowa jest bardzo trudna, ale mają wysoką samoocenę, a za swe porażki winą obarczają państwo lub społeczeństwo. Choć bardzo krytycznie oceniają swoją szansę na zajęcie dobrego miejsca na drabinie stratyfikacji społecznej, to nie dlatego, że postrzegają siebie jako obiektywnie słabszych czy gorszych, ale dlatego, że ich sposób oceniania struktury społecznej i możliwości działania jednostki w jej ramach jest pełen krytycyzmu i uprzedzeń, właściwie blokujących dynamizm życiowy. Świat społeczny nie jest postrzegany przez tę kategorię osób jak przestrzeń, gdzie można realizować różnorodne talenty i rozwijać odmienne predyspozycje, lecz jak rynek, na którym jest co prawda ogromny popyt, ale niewielki asortyment towarów. Ludzie nie obdarzeni owymi rynkowymi cechami nie mogą znaleźć w nim swojego miejsca, a przecież nie wszyscy z tego powodu obwinią siebie i zgodzą się na poczucie i etykietę drugorzędności. Mniej lub bardziej świadoma negacja struktury społecznej, czy tylko krytyczny stosunek do niej zamieniają się niekiedy w negację konwencjonalnych wzorów postępowania, w tym także w negację silnie związanej przecież z nimi racjonalności.

Schronienie się w obszarze wiedzy alternatywnej bywa przejawem lęku, bezradności i poszukiwania sposobu na społeczne i emocjonalne przetrwanie. Bywa też logicznym następstwem odrzucenia ofert

[2] Terminologia ta została zaczerpnięta z wywiadów.

konwencjonalnego świata, niezależnie od tego, jaka jest geneza takiej postawy. Obszar wiedzy irracjonalnej i paranauk staje się terenem poszukiwania nowych możliwości, skutecznego sposobu na życie, poprawienia swego losu lub jedynie chwilowym azylem, w którym można odzyskać wiarę we własne siły, pokonać lęk przed rzeczywistością, zmniejszyć własne słabości. Jednak jest spora kategoria osób, dla której paranauki stają się zarazem światem alternatywnym. W nim realizowana jest większa część ich życiowej aktywności. Ludzie są przekonani, że po długich poszukiwaniach odnaleźli tutaj cele życiowe i potwierdzenie własnej jednostkowej niepowtarzalności, niezwykłej intuicji, bioenergii. Tutaj nawiązują nowe kontakty społeczne, odrzucają dotychczasową strategię życiową, zmieniają styl życia i tym samym budują sobie zastępczą rzeczywistość znacznie bardziej satysfakcjonującą aniżeli ta, od której próbują uciec.

Wszyscy, niezależnie od motywacji jaka skierowała ich do wróżbity, jasnowidza, uzdrawiacza, tarocisty czy też innego przedstawiciela wiedzy alternatywnej, pytają o to co robić by poradzić sobie z problemami, klęskami życiowymi, bezradnością lub niepokojącą przyszłością, czyli pytają o to jak przetrwać[3]. Wiedza alternatywna nigdy nie pozostawia tych pytań bez odpowiedzi, dostosowując swoje oferty do możliwości i pragnień pytającego.

BIBLIOGRAFIA

Banaszczyk, T. (1989). *Studia o przedstawieniach zbiorowych czasu i przestrzeni w durkheimowskiej szkole socjologicznej* (s. 20–21). Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź: Wydawnictwo PAN.

Baron, J. (1978). *Intelligence and general strategies. W: Strategies of information processing*. (Passim). London.

Berger, P.L, Luckman, T. (1983). *Społeczne tworzenie rzeczywistości* (s. 52). Warszawa: PWN.

Bielicki, T. (1984). Światopogląd naukowy i naczelne wartości ludzkiego życia. W: S. Nowak (red.), *Wizje człowieka i społeczeństwa w teoriach i badaniach naukowych* (s. 213–214). Warszawa: PWN.

Cantor, N. Mitschel, W. (1986). Prototypy w postrzeganiu osób. W: *Poznanie i zachowanie. Rozważania z pogranicza psychologii społecznej, psychologii ogólnej i psychologii osobowości* (s. 14–40). Poznań.

Deikman, A. (1990). Bimodalna świadomość i doświadczenie mistyczne. W: *Psychologia wierzeń religijnych* (s. 213–236). Warszawa: Czytelnik.

Franz, M.L. (1994). *Wróżenie a zjawisko synchroniczności* (s. 9–11, 24 i nast.). Warszawa: Wydawnictwo Sen.

Frieske, K.W., Latała, A., Okłot, M., Sikorska, J. (1995). *Marginalizacja-partycypacja: Mit społeczeństwa obywatelskiego* (s. 20–23). Warszawa: Instytut Socjologii UW (nie opublikowany maszynopis).

Grodziński, E. (1985). Racjonalizm, irracjonalizm a nauka współczesna. *Kultura i Społeczeństwo, 1*, 140. Warszawa: PAN.

Kępiński, A. (1987). *Lęk* (s. 175). Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich.

Kohn, M.L., Schooler, C. (1986). *Praca a osobowość. Studium współzależności* (s. 64). Warszawa: PWN.

Kotlarski, G. (1990), Racjonalizm – irracjonalizm w myśli Bergsona. W: *Człowiek i społeczeństwo Zagadnienia kultury* (t. 3, s. 110). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Koralewicz, J. (1987). *Autorytaryzm, lęk, konformizm. Analiza społeczeństwa polskiego końca lat siedemdziesiątych* (s. 186). Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź: Wydawnictwo PAN.

Koralewicz, J., Ziółkowski, M. (1990). *Mentalność Polaków. Sposoby myślenia o polityce, gospodarce i życiu społecznym w końcu lat osiemdziesiątych* (s. 138 i kol.). Poznań: Wyd. Nakom.

Kozłowski, R. (1986). Charakterystyka irracjonalizmu. W: *Człowiek i społeczeństwo* (t. III, s. 9–11). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Marody, M. (1987). *Technologie intelektu* (s. 176). Warszawa: PWN.

Metzger, U. (1973). *Magie und Gesellschaft. Einfluss okkuler Phänomene auf soziale Beziehungen*. Hamburg.

Pawełczyńska, A. (1984). Czas i przestrzeń a formy poznania świata. W: S. Nowak (red.), *Wizje człowieka i społeczeństwa w teoriach i badaniach naukowych* (s. 282–293). Warszawa: PWN.

Rosney, J. (1982). *Makroskop. Próba wizji globalnej* (s. 239). Warszawa.

Rony, J.A. (1993). *Magia* (s. 121). Wrocław.

Schutz, A. (1988). Tiresias, or our knowledge of future enents. W: A. Schutz (1971). *Collected papers*. Według: J. Wódz, Patologia społeczna w życiu codziennym miasta (s. 40). Katowice.

Sztompka, P. (1967). Jednostka a normy społeczne. *Studia Socjologiczne, 2*, 29.

Tomaszewski, T. (1966). Czynności świadome. W: M. Maruszewski, T. Tomaszewski (red.), *Psychologia jako nauka o człowieku* (s. 271–283). Warszawa.

Staub, E. (1990). Wartości indywidualne i społeczne w pomaganiu i krzywdzeniu. W: *Indywidualne i społeczne wyznaczniki wartościowania* (s. 60–63). Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź: Wydawnictwo PAN.

Ziółkowski, M. (1989). *Wiedza. Jednostka. Społeczeństwo* (s. 184 i nast.). Warszawa.

[3] Osobną kategorię tworzą ludzie chorzy, szukający w medycynie niekonwencjonalnej, takiej pomocy, jakiej nie uzyskali w konwencjonalnym lecznictwie oraz osoby niewierzące w skuteczność klasycznego leczenia. W tej grupie znajdują się też jednostki, które nie potrafią korzystać z tradycyjnego leczenia, bowiem nie radzą sobie z jego skomplikowaną strukturą instytucjonalną, nie rozumieją jej zasad, nie potrafią dotrzeć do specjalisty, itp. Dla wielu zdesperowanych medycyna niekonwencjonalna, zwana czasami dość zwodniczo naturalną, wydaje się być ostatnią szansą na uleczenie. Spora grupa osób (ok. 20%) szuka w takich terapiach sposobu na wzmocnienie energii życiowej, bowiem sądzą, że tylko ludzie silni, zdrowi, atrakcyjni, „tryskający energią" mają szansę na odniesienie sukcesu i poradzenie sobie z różnego typu społecznymi zagrożeniami.

Pamięć autobiograficzna po traumie*

Tomasz Maruszewski

SWPS Sopot

Anna Maria Stawiska

SWPS Sopot

Pamięć jest jak strych mroczny. Zastojem i ciszą
w kątach pełnych starzyzny nasiąkają cienie.
Przypomnień nietoperze pod belkami wiszą,
czekając na żałosne zmierzchu przebudzenie.
Beata Obertyńska – *Liryki najpiękniejsze*

Badania nad pamięcią ofiar traumy wykazały, że występuje u nich tendencja zarówno do bardzo dokładnego pamiętania sytuacji traumatycznej, jak też tendencja do usuwania pewnych informacji z pamięci (Ścigała i Maruszewski, 1999). U niektórych ofiar traumy występują dynamiczne zmiany przechowywanych informacji: po wyjściu z sytuacji traumatycznej dostępne są tylko pewne informacje, inne zaś są niedostępne. Po pewnym czasie mogą ujawnić się informacje wcześniej niedostępne, natomiast dane, które jednostka przypominała sobie wcześniej, mogą stać się niedostępne. Do takich wniosków prowadzą między innymi badania Southwicka (1997) nad weteranami wojny w Zatoce Perskiej. We wcześniejszej pracy (Ścigała i Maruszewski, 1999) staraliśmy się wyjaśnić specyfikę kodowania informacji traumatycznych, zmiany siły śladów pamięciowych, a także to, jakie czynniki warunkują pojawienie się spadku dostępności danych pamięciowych, a jakie warunkują trwałe utrzymywanie się tych śladów.

W niniejszej pracy chcielibyśmy skoncentrować się na wpływie traumatycznych zdarzeń życiowych na pamięć autobiograficzną. Nie chodzi tu tylko o kodowanie treści związanych z samym urazem, ale o wpływ urazu na całą pamięć. Wpływ tego urazu można analizować na trzech poziomach:

1. Zaburzenia na poziomie neurochemicznym. Liczne badania pokazały, że u ludzi po traumie występują zmiany poziomu neuroprzekaźników i hormonów. Obejmowały one między innymi podwyższony poziom nordrenanaliny (Southwick, i in., 1993; Kosten, in., 1987), zmiany poziomu kortyzolu (Mason, Giller i Kosten, 1988), obniżenie poziomu serotoniny (Lewis, 1992) oraz wystąpienie opiatów endogennych (Pitnam i in., 1990). Zainteresowanych czytelników odsyłamy do obszernej pracy van der Kolka (1994).
2. Zaburzenia na poziomie zmian strukturalnych. William James w 19 wieku pisał o bliznach, jakie pozostawiają w psychice różne urazy. Blizny te mogą zaburzać rejestrowanie późniejszych informacji. I choć początkowo jego hipotezy traktowano z przymrużeniem oka, to ostatnio uzyskano eksperymentalne potwierdzenie jego przypuszczeń w badaniach na ludziach. Badania Bremnera i jego współpracowników (1997) przy użyciu techniki rezonansu magnetycznego wykazały, że u dzieci, które podły ofiarą traumy fizycznej lub seksualnej zmniejsza się w sposób statystycznie istotny objętość lewego hipokampa. Nie stwierdzono natomiast różnic w objętości prawego hipokampa ani też w objętości płatów skroniowych, ciała migdałowatego i jądra ogoniastego. Z kolei w drugim badaniu nad weteranami wojny w Wietnamie okazało się, że zmniejszyła się u nich objętość prawego hipokampa. Wynika więc stąd, że odmienne rodzaje traumy mogą powodować uszkodzenia tej samej struktury, tyle tylko, że w drugiej półkuli (Bremner, i in., 1995).
3. Zaburzenia na poziomie psychologicznym. Zmiany w funkcjonowaniu hipokampa i to lewego hipokampa opisane przez Bremnera i wsp. (1997), pozwalają zrozumieć, dlaczego ludzie po traumie mogą mieć problemy w

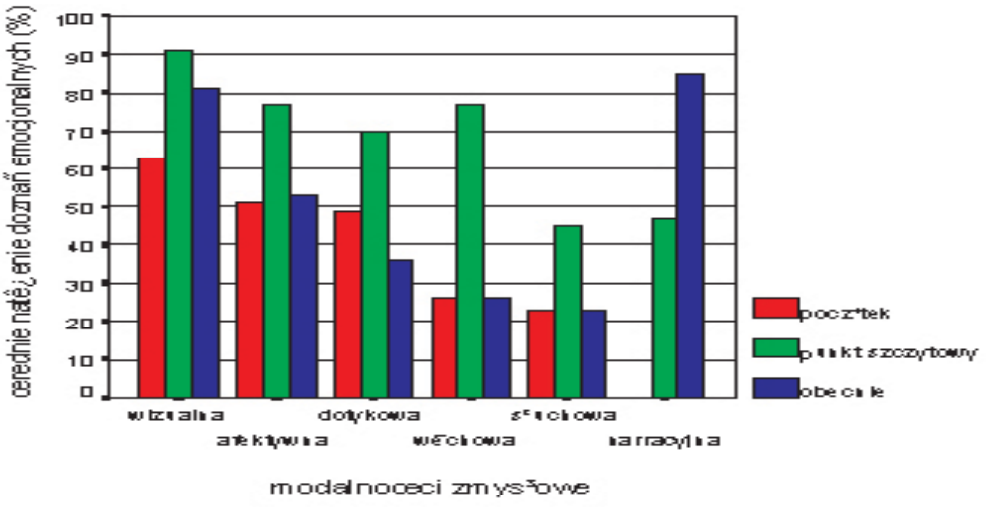
* Artykuł pochodzi z: *Człowiek w sytuacji zagrożenia kryzysy katastrofy kataklizmy,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2001 SPiA, s. 271–288.

rejestrowaniu informacji pamięciowych. Hipokamp odpowiedzialny jest za procesy kategoryzacji napływających danych oraz ich przechowanie, a także za pamięć deklaratywną (Zola-Morgan i Squire, 1990). Ponieważ w jednym z opisywanych wyżej przypadków mamy do czynienia z lewym hipokampem współpracującym z „abstrakcyjną" lewą półkulą mózgu, możemy przypuszczać, że do kory nie docierają informacje, które pozwalają na zrozumienie sytuacji. Wskazują na to dane cytowane przez van der Kolka i Fisler (1995).

Na rycinie 1 przedstawiono informacje na temat modalności sensorycznych rejestrowanych w śladach pamięciowych dotyczących zdarzeń traumatycznych.

nie pamięci, ponieważ pojawia się reprezentacja całego zdarzenia, ale jednocześnie nadal występuje wiele elementów sensorycznych. Można zatem przypuszczać, że ludzie budując reprezentację jakiegoś zdarzenia używają jako materiału danych sensorycznych i po wykorzystaniu elementy te są nadal dostępne. Można jednak sądzić, że są inaczej dostępne niż w fazie początkowej odtwarzania zdarzenia traumatycznego. Tam stanowiły pojedyncze, niepowiązane ze sobą elementy, tu zaś stają się fragmentem większej, sensownej dla jednostki całości. Do bardzo podobnych wniosków dochodzi Herman (1999) na podstawie danych klinicznych.

Jest to zgodne z ogólną koncepcją struktury pamięci autobiograficznej zaproponowaną przez Conwaya (1996). Twierdzi on mianowicie, że w pamięci



Ryc. 1. Modalności sensoryczne ujawniane przez badanych, kiedy po raz pierwszy uświadomili sobie traumę, w okresie, kiedy wspomnienia zdarzenia traumatycznego były najbardziej intensywne oraz w chwili obecnej. Źródło: dane van der Kolka i Fisler (1995).

Z danych przedstawionych na rycinie 1 wynika wyraźnie, że początkowo reprezentacja zdarzenia traumatycznego ma niemal wyłącznie charakter sensoryczny. Po pierwszym przypomnieniu dominują informacje o charakterze wzrokowym i dotykowym, a także informacje afektywne (reakcje autonomicznego układu nerwowego rejestrowane przez intero- i proprioceptory). Brakuje całkowicie pamięci narracyjnej, czyli mówiąc inaczej, poszczególne fragmenty sensoryczne nie tworzą jednolitej reprezentacji całego zdarzenia. W miarę upływu czasu coraz wyraźniej widać organizujące działa-

autobiograficznej można wyróżnić 3 jej odmiany: pamięć okresów życia, która ma wybitnie schematowy charakter (np. pamięć okresu nauki w szkole średniej), pamięć zdarzeń ogólnych, które mogą być zdarzeniami cyklicznymi albo jednorazowymi (np. pamięć klasówek z matematyki) oraz pamięć zdarzeń specyficznych. Ta ostatnia, jak powiada Conway, jest najbogatsza od strony sensoryczno-percepcyjnej, zawiera najwięcej szczegółów, choć brak jej spoiwa, które pozwoliłoby przekształcić ją w pewną historię. Proces tworzenia reprezentacji zdarzeń ogólnych polega nie tylko na wychwyty-

waniu powtarzających się elementów zdarzeń specyficznych, i tworzeniu reprezentacji „zdarzenia rodzajowego", lecz także na znajdowaniu sensu i celu tych zdarzeń. Właśnie sens i cel są tym, co pozwala traktować nasze życie jako uporządkowaną historię (Bruner, 1992). Przy braku informacji tego typu pojawia się tendencja do zamykania się w sobie, selektywnego kodowania danych, czy wręcz do cynizmu. Dwa badania Bremnera, o których wspominano wyżej, rzucają pewne światło na proces konstruowania tej historii. Uszkodzenie lewego hipokampa pojawiało się w wyniku nadużyć seksualnych, natomiast uszkodzenia prawego hipokampa następowało w wyniku traum na polu walki. Relatywnie większe okazały się uszkodzenia lewego hipokampa. Może to wynikać z faktu, że pojawiały się one we wcześniejszym okresie rozwoju, ale może mieć także swoje źródło w tym, że dzieciom całkowicie brakuje struktur poznawczych, za pomocą których mogłyby zakodować własne doświadczenia. Ludzie dorośli, biorący udział w walkach na froncie, mają już pewne ogólne schematy dotyczące tego, co im się może zdarzyć, stąd też występuje u nich raczej modyfikacja schematów (i to raczej schematów związanych z reakcjami emocjonalnymi) niż całkowity chaos emocjonalny i informacyjny, pojawiający się w wyniku nadużycia (sprawcami nadużycia są najczęściej członkowie najbliższej rodziny).

W niniejszej pracy nie zamierzamy traktować informacji na temat zdarzenia traumatycznego jako zasadniczego przedmiotu naszych analiz. Będzie nas interesowało to, w jaki sposób trauma wpływa na całą pamięć autobiograficzną w przeciągu pewnego czasu. Mówiąc inaczej, podejmujemy problem wpływu jednego zdarzenia na całą funkcję psychiczną. Van der Kolk i Fisler (1995) zwracają uwagę na to, że po traumie może wystąpić uogólnione zaburzenie pamięci, ale uważają, że zaburzenie takie występuje wyłącznie u osób, które doświadczyły wielu traum w dzieciństwie. Perry (1999) uważa, że pamięć zdarzeń traumatycznych przejawia tendencję do generalizowania się i wpływa na pamięć innych zdarzeń. Jest to zgodne zarówno z danymi klinicznymi jak i z wynikami badań eksperymentalnych, w których stwierdzono, że u osób depresyjnych pojawia się tendencja do nadmiernej generalizacji (Williams, 1996). Zmienia się u nich też tzw. poznanie prospektywne, tj. zdolność do myślenia o różnych zdarzeniach w przyszłości (MacLeod, Byrne i Valentine, 1996). Rzeczą ciekawą jest to, że wynik taki występuje zarówno wśród osób depresyjnych w populacji studenckiej, jak i w grupach klinicznych (MacLeod, Pankhania, Lee i Mitchell, 1997).

Teoretycznym punktem wyjścia dla naszych poszukiwań jest koncepcja określana metaforycznie jako koncepcja „czarnej dziury" w życiu psychicznym. Koncepcja ta została zaproponowana przez Pitmana i Orra (1990). Wychodzą oni od obserwacji dotyczących nawrotów wspomnień zdarzenia traumatycznego w formie koszmarów sennych czy pojawiania się w świadomości żywych scen z przeszłości. Sceny te powodują podobne konsekwencje psychologiczne i fizjologiczne jak pierwotna trauma. Uruchamiają one mechanizm samonapędzającego się dodatniego sprzężenia zwrotnego. Na bazie tego mechanizmu powstaje tendencja do wsysania wszelkich nowych informacji do kręgu danych związanych z traumą. Informacje te są formowane przez potężne siły w taki sposób, że stają się one podobne pod względem znaku i treści do zdarzenia traumatycznego albo też przywołują poprzez sieć skojarzeń wspomnienie traumy. Na istnienie podobnego mechanizmu zwracał uwagę Maruszewski (1971) w swoich badaniach nad sztywnością emocjonalną. Stwierdził, że ludzie przeżywający określony stan emocjonalny interpretują zróżnicowane bodźce emotogenne w jednolity sposób jako bodźce wywołujące tylko tę jedną, aktualnie przeżywaną emocję. Ludzie po traumie mogą ulegać myślom intruzywnym, wyzwalanym bądź przez bodźce zewnętrzne bądź też poprzez inne nieukierunkowane procesy myślowe. Myśli te „wdzierają" się do świadomości i zaburzają normalne funkcjonowanie (Tallis, 1999). Przy założeniu działania owej „czarnej dziury emocjonalnej" jednostka może przeżywać bardzo silne pobudzenie fizjologiczne nawet w obliczu bodźców, które są niezwiązane z traumą, ale które są nowe albo zaskakujące. Van der Kolk (1994) cytuje wiele badań potwierdzających powyższą tezę.

Wzmożone pobudzenie fizjologiczne albo hiperczujność jest traktowane jako jeden ze wskaźników diagnostycznych PTSD w DSM-IV (APA, 1994). Można zatem stwierdzić, że osobom po traumie brakuje markerów somatycznych, które pozwoliłyby, jak powiada Damasio (1999) odrzucić z pola widzenia pewne opcje działania. To z kolei pozwala lepiej rozpatrzyć pozostałe opcje. „Czarna dziura" sprawia, że zbyt wiele sytuacji wywołuje poczucie zagrożenia, a jednocześnie uniemożliwia dostrzeżenie danych zapewniających poczucia bezpieczeństwa. Skoro pojawia się wzmożone pobudzenie

emocjonalne i fizjologiczne, to można oczekiwać, że pojawią się specyficzne zmiany w zakresie zapamiętywania innych zdarzeń. Zmiany te mogą dotyczyć następujących sfer:

a) tonu afektywnego zdarzeń, w obliczu których staje jednostka; można oczekiwać, że wcześniejsze zdarzenie o znaku negatywnym spowoduje pewną tendencję do oceniania bieżących zdarzeń jako negatywnych; w miarę upływu czasu od momentu zdarzenia traumatycznego wpływ ten winien stopniowo się zmniejszać;
b) zdolności do różnicowania zdarzeń na różnych wymiarach. Ponieważ „emocjonalna czarna dziura" ujednolica reprezentacje

różnych zdarzeń, w związku z tym stają się one bardziej do siebie podobne. Jest to zgodne z hipotezą nadmiernej generalizacji wysuniętą przez Williams (1996). Williams zauważył, że ta tendencja dotyczy zarówno zdarzeń o znaku pozytywnym jak i negatywnym.

c) zdolności do tworzenia spójnych narracji dotyczących różnych zdarzeń. Zjawisko opisywane wyżej przez van der Kolka i Fisler (1995) może odnosić się nie tylko do pamięci zdarzeń traumatycznych, lecz także do innych rodzajów pamięci. W związku z tym różne zdarzenia będą ujmowane w sposób sfragmentaryzowany. Im więcej czasu upłynie od chwili traumy, tym mniejsze będą różnice w sposobach strukturalizacji danych pamięciowych między osobą po traumie a osobą, która nie przeżyła traumy.
d) zdolności do lokalizacji różnych zdarzeń w czasie. Wiele danych wskazuje na to, że ludzie posługują się przy lokalizacji zdarzeń w czasie schematami czasu, które nawiązują do pewnych cykli pojawiających się w życiu jednostki. Ponieważ jednak cykle te mogą powtarzać się wielokrotnie, tracą one swoje znaczenie orientacyjne (czwartkowe wyjście do kina powtarza się co tydzień). Dlatego też przy dokładnym lokalizowaniu zdarzeń w czasie ludzie mogą posługiwać się zdarzeniami, które wyróżniają się pod pewnym względem (Larsen, Thompson i Hansen, 1996). Na przykład, Auriat (1992) stwierdził, że rodzice posługują się datą narodzin dziecka przy lokalizowaniu zdarzeń w odległej przeszłości. Takim punktem orientacyjnym może być także zdarzenie o charakterze traumatycznym. Ludzie mogą oceniać moment wystąpienia jakiegoś innego zdarzenia poprzez stwierdzenie, czy pojawiło się ono przed czy po zdarzeniu traumatycznym. Inna strategia może polegać na tym, że ocenia się odległość pomiędzy zdarzeniem traumatycznym a jakimś innym zdarzeniem. W takim przypadku zdarzenie traumatyczne nie „wsysa" innych informacji, ale pozwala na lepsze różnicowanie lokalizacji w czasie tych informacji.

METODA BADANIA

Badanie polegało na codziennym zapisywaniu dwóch wydarzeń, które miały miejsce danego dnia i które osoba badana uznała za subiektywnie ważne. Karteczki te wrzucane były do pudełka, które otrzymywała osoba badana. Na jednaj stronie karteczki zapisywano treść zdarzenia, a na jej odwrocie datę tego wydarzenia i ocenę tego wydarzenia na pięciu skalach:

1. pobudzenie emocjonalne na skali pięciostopniowej (od 1 do 5), gdzie 1 oznacza słabe emocje, a 5 silne emocje;
2. znak emocji, gdzie 5 oznacza zdarzenie bardzo przyjemne, 4 przyjemne, 3 neutralne, 2 nieprzyjemne, 1 bardzo nieprzyjemne;
3. ważność zdarzenia, gdzie 5 oznacza zdarzenie bardzo ważne, 4 ważne, 3 neutralne, 2 nieważne, 1 bardzo mało ważne;
4. prawdopodobieństwo subiektywnego przypominania czyli prawdopodobieństwo tego, że będzie się myślało o tym zdarzeniu w przyszłości; prawdopodobieństwo to oceniano na pięciostopniowej skali gdzie 5 oznaczało bardzo wysokie prawdopodobieństwo, 4 wysokie, 3 średnie, 2 niskie i 1 bardzo niskie;
5. długość sekwencji zdarzeń w skład której może wchodzić dane zdarzenie.

Badanie zaplanowano na trzy miesiące. Po upływie miesiąca (później dwóch miesięcy i trzech miesięcy) od daty pierwszego zapisu następowało badanie właściwe. W niniejszej pracy prezentujemy dane z dwóch pierwszych miesięcy. Celem badania było sprawdzenie, czy pamiętana jest lokalizacja czasowa zarejestrowanych na karteczkach zdarzeń.

Wszystkie karteczki z pudełka były tasowane i dzielone losowo na dwa zbiory. Następnie osobie badanej pokazywano parę karteczek (po pierwszym miesiącu trzydzieści par, po drugim sześćdziesiąt, itd.) i proszono o odpowiedź na pytania „Które wydarzenie miało miejsce wcześniej?" a następnie „Kiedy te zdarzenie miały miejsce" (podanie dokładnej daty wydarzenia).

Badania objęły okres od 9 lutego 2000 roku do 9 kwietnia tego samego roku. W niniejszej pracy nie referujemy wyników obejmujących pełen okres

trzymiesięczny z uwagi na to, że nie została zakończona ich analiza.

Zastosowana procedura badawcza okazała się bardzo wymagająca. Osobom badanym nie zawsze udawało się zapisać dwa zdarzenia z danego dnia. Nie analizowano kartek zawierających braki danych. Procedura sprawdzania zawartości pamięci była bardzo żmudna i wyczerpująca dla osób badanych Dotyczyło to kolejnych miesięcy badań. Porównanie 30 par kartek po pierwszym miesiącu było jeszcze aprobowane przez osoby badane, natomiast porównanie 60 par wymagało dużej cierpliwości i odporności na zmęczenie.

OSOBY BADANE

Osobami badanymi były dwie dorosłe kobiety w wieku 38 i 42 lat. Pracują w Przychodni Rejonowej jako pielęgniarki. Jedna z nich w sierpniu ubiegłego roku straciła w wypadku samochodowym męża i syna. W literaturze przedmiotu spotykamy występuje prace poświęcone adaptacji do straty bliskich, w szczególności straty wynikającej z wypadków komunikacyjnych (Cleiren, 1993; Znoj, 1997), jednak w żadnej z nich nie interesowano się zmianami pamięci innych zdarzeń niż samo zdarzenie traumatyczne.

W instrukcji, jakie otrzymały osoby badane nie było mowy o przypominaniu sobie jakiś specyficznych wydarzeń (w szczególności instrukcja nie zawierała żadnych odniesień do tragedii, jaką niedawnO przeżyła jedna z osób badanych). Nie chcieliśmy bowiem uruchamiać raz jeszcze bolesnych wspomnień, które mogłyby dodatkowo pogorszyć stan psychiczny jednej z osób badanych.

WYNIKI

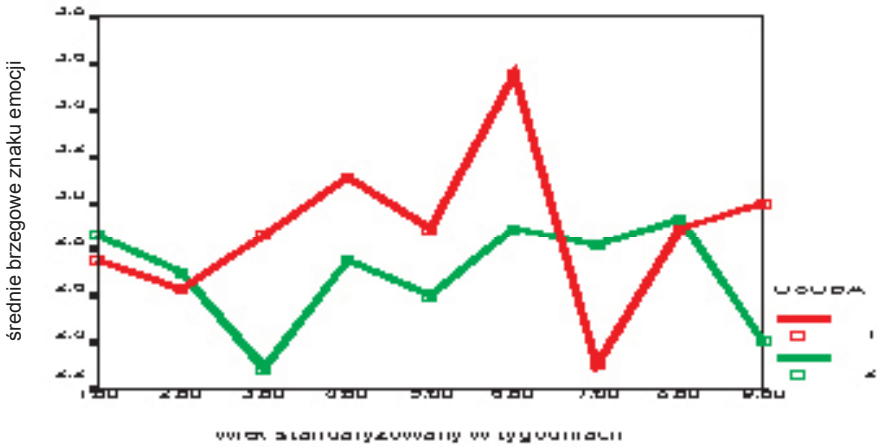
Analizy objęły tylko te dane dotyczące tych zdarzeń, które w opinii badanych posiadały pozytywny lub negatywny znak afektywny. Wyeliminowano zdarzenia, które badani uznali za neutralne.

1. Porównanie tonu afektywnego zdarzeń w różnych okresach czasu. Hipoteza nasza zakładała, że u osoby po traumie będą dominowały zdarzenia oceniane jako negatywne, przy czym im bardziej będziemy oddalali się od traumy, tym bardziej ocena znaku emocjonalnego zdarzeń osoby po traumie będzie się zbliżała do ocen osoby, która nie przeżyła traumy. W celu weryfikacji tej hipotezy przeprowadziliśmy analizę wariancji w klasyfikacji podwójnej dla zmiennej zależnej *ocena znaku emocjonalnego zdarzenia*. Zmiennymi niezależnymi były *wiek zdarzenia w tygodniach* oraz *osoba*. Żaden z efektów głównych nie osiągnął poziomu istotności statystycznej, choć w większości tygodni niższą walencję miały zdarzenia zarejestrowane przez osobę po traumie. Nieistotna jest również interakcja obu zmiennych niezależnych. Jednak pewne interesujące dane dają się zaobserwować w analizie jakościowej. Na ryc. 2 przedstawiono średnie poziomu znaku emocjonalnego w kolejnych tygodniach u obu badanych osób.

Wykresy dla obu osób są w większej części równoległe do siebie. Odchylenia od równoległości pojawiają się w 3 i 9 tygodniu. Obie osoby pracują w tym samym miejscu, stąd też bierze się zapewne podobna dynamika ocen zdarzeń z poszczególnych dni. W tej części wykresu, która dotyczy zdarzeń najświeższych (wiek 1 i 2 tygodnie) linie dla obu osób biegną na tym samym poziomie. Warto też zwrócić uwagę na to, że wykres dla osoby 1 cechuje znacznie większa zmienność aniżeli wykres dla osoby 2 czyli dla osoby po traumie. Porównanie wariancji ocen znaku emocjonalnego u obu osób wskazuje, że ta różnica zmienności osiąga wysoką istotność statystyczną (F=10,44; p=0,02). Zmienność ocen u osoby po traumie jest zdecydowanie mniejsza, co wskazuje na istnienie u tej osoby zjawiska odrętwienia emocjonalnego. Dominują u niej także emocje o znaku ujemnym, aczkolwiek ta różnica nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej.

2. Zdolność do różnicowania zdarzeń na różnych wymiarach. Koncepcja czarnej dziury emocjonalnej zakłada, że ludzie po traumie tracą zdolność do różnicowania zdarzeń. W przeprowadzonym badaniu interesowała nas zdolność do różnicowania lokalizacji zdarzeń w czasie, a dokładniej, zdolność do określenia, które z dwóch zdarzeń było wcześniejsze. Zdolność ta była oceniana na podstawie wielkości błędu popełnianego przez badanych przy określaniu lokalizacji zdarzenia w czasie. W prezentowanej tu analizie odniesiemy się tylko do bezwzględnej wielkości błędu, tj. nie będziemy brali pod uwagę tego, czy badane osoby oceniały dane zdarzenie jako późniejsze lub wcześniejsze niż było to w rzeczywistości.

Dla przewidywania bezwzględnej i względnej wielkości błędu istotne były dwa predyktory. Dla wartości bezwzględnych istotne były dwa następujące predyktory: wiek zdarzenia (t=4,218; p<0,0001; *beta*=0,325) oraz znak emocjonalny zdarzenia (t=-2,559; p<0,012; *beta*=-0,212). Dopasowanie modelu do danych jest wprawdzie statystycznie istotne (R=0,402), ale model wyjaśnia niezbyt dużą proporcję wariancji (16%). Zaskoczeniem było dla nas to, że taki predyktor jak osoba okazał się nieistotny.



Ryc. 2. Znaki emocjonalne zdarzeń zapamiętanych przez osobę „kontrolną" osoba 1) i osobę po traumie (osoba 2)

Analogiczny układ wyników wystąpił w przypadku zastosowania regresji krokowej.

Pomimo braku różnic między osobami przeprowadziliśmy osobne analizy regresji dla osoby kontrolnej i osoby po traumie. I tu okazało się, że predyktory wartości bezwzględnej błędu są nieco inne. W przypadku osoby kontrolnej istotnymi predyktorami były wiek zdarzenia (t=2,379; p=0,020; *beta*=0,276) oraz znak emocji (t=-1,98; p=0,052; *beta*=-0,233). Oznacza to, że im większy wiek zdarzenia oraz im niższy znak emocji (czyli zdarzenia oceniane były jako wywołujące emocje o znaku ujemnym), tym większa była bezwzględna wartość błędu. Dopasowanie tego modelu do danych w regresji jest umiarkowane R=0,442, czyli wyjaśnione jest 19% wariancji. Natomiast w przypadku osoby po traumie istotnym predyktorem okazał się jedynie wiek zdarzenia (t=3,335; p=0,002; *beta*=0,372). Nieistotny okazał się natomiast znak emocjonalny zdarzenia. Dopasowanie modelu w analizie regresji było podobne jak poprzednio: R=0,396, co oznacza, że wyjaśnione zostało prawie 16% wariancji.

Spróbujmy zinterpretować tę różnicę. Zgodnie z hipotezą „emocjonalnej czarnej dziury" osoba po traumie ma ograniczoną zdolność do różnicowania zdarzeń. Dominują w jej doświadczeniach zdarzenia oceniane negatywnie i ta jednolitość emocjonalna powoduje, że osoba ta nie potrafi wykorzystywać znaku emocjonalnego zdarzenia jako wskaźnika pomagającego w przywołaniu informacji. Dla osoby, która nie przeżyła traumy, znak emocjonalny jest dodatkowym wskaźnikiem pozwalającym przywołać potrzebne informacje. Sądzimy, że zależność przez nas wykryta może być bardziej wyrazista bezpośrednio po traumie.

Dodatkowego poparcia dla interpretacji o zaburzonej zdolności do różnicowania zdarzeń dostarcza analiza korelacji. U osoby „kontrolnej" nie wystąpiła istotna korelacja między wielkością pobudzenia emocjonalnego wywoływanego przez dane zdarzenie a znakiem emocji, natomiast u osoby po traumie korelacja ta była ujemna i wysoce istotna (r=-0,465; p=0,001). Oznacza to, że im silniejsze było pobudzenie emocjonalne, tym bardziej negatywna była emocja związana z tym pobudzeniem. Osoba „kontrolna" potrafiła zatem różnicować zdarzenia w oparciu o dwa niezależne wskaźniki – znak emocji i siłę emocji, natomiast dla osoby po traumie wskaźniki te były powiązane ze sobą i wartość jednego w znacznym stopniu wyznaczała wartość drugiego.

3. Zdolność do tworzenia spójnych narracji dotyczących różnych zdarzeń. Zdolności tej nie zmierzyliśmy bezpośrednio, ale mogliśmy oceniać ją pośrednio na podstawie przewidywanej długości sekwencji, której elementem było przypominane zdarzenie. Im większa długość sekwencji, tym większe prawdopodobieństwo tego, że jednostka potrafi stworzyć spójną narrację. Okazało się, że między naszymi osobami badanymi nie występują różnice istotne (t=-1,471; p=0,144). Natomiast okazało się, że osoba „kontrolna" znacznie wyżej ocenia prawdopodobieństwo spontanicznego przypominania sobie danego zdarzenia niż osoba po traumie (t =

2,921; p = 0,004). Oznacza to, że osoba „kontrolna" ma znacznie większe zaufanie do własnej pamięci i sądzi, że potrafi wykorzystywać istniejące sieci skojarzeniowe przy przywoływaniu różnych zdarzeń. Jednak wynik przytoczony niżej nie uzasadnia tego zaufania. Faktycznie uzyskała ona mniej trafnych odpowiedzi aniżeli osoba po traumie. Osoba „kontrolna" sądzi także, że różne zdarzenia wywołują u niej silniejsze pobudzenie emocjonalne aniżeli osoba po traumie (t= 2,680; p=0,008). Mamy tu więc do czynienia z jeszcze jednym wskaźnikiem „odrętwienia" u osoby, która przeżyła stratę bliskich. Przeanalizowane przez nas dane wskazują także na nieco gorszą sprawność metapamięci osoby kontrolnej. Ma ona mniej trafną orientację w zakresie możliwości własnej pamięci.

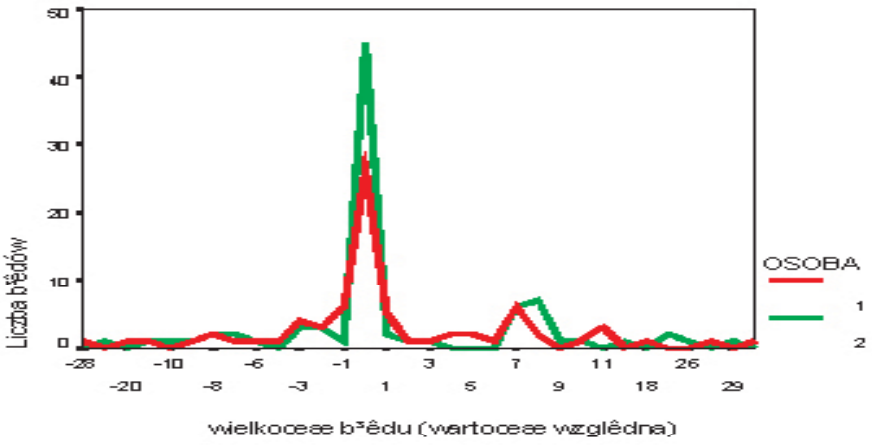
4. Zdolność do lokalizacji różnych zdarzeń w czasie w oparciu o istniejące schematy czasowe. Dane przytoczone przez Larsena, Thompsona i Hansen (1996) wskazują, że w przypadku zdarzeń z życia codziennego ludzie kodują lokalizację czasową odwołując się do dnia tygodnia wystąpienia jakiegoś zdarzenia. Jeśli tak, to przy popełnieniu błędu powinny stosunkowo często występować wartości błędu będące wielokrotnościami liczby 7. Człowiek pamięta, że dane zdarzenie miało miejsce w środę, ale nie wie, czy było to np. 17 lutego czy 24 lutego.

Na ryc. 3 przedstawiamy dane potwierdzające to przypuszczenie. Rzeczywiście dominują wśród błędów takie, które są wynikiem posługiwania się „tygodniowym schematem czasowym". Ciekawe jest jednak to, że w jednym przypadku wystąpiło wyraźne odchylenie od schematu tygodniowego u osoby po traumie – często popełniała ona błędy o 8 dni. Schemat ten być może ulegał pewnemu zakłóceniu. Dopiero po zakończeniu badań będziemy mogli powiedzieć, na ile zakłócenie te było trwałe.

Wykres ten ujawnia lepszą zdolność do lokalizacji w czasie zdarzeń przez osobę po traumie. Występuje u niej więcej poprawnych lokalizacji – wierzchołek odpowiadający „zerowej" wielkości błędu jest wyższy. Można to tłumaczyć tym, że nastrój negatywny sprzyja stosowaniu analitycznych strategii przetwarzania informacji (Lewicka, 1985). Poza tym osoba po traumie jest bardziej skoncentrowana na własnych przeżyciach aniżeli na tym, co dzieje się w świecie poza nią, stąd też może dysponować lepszymi wskaźnikami umożliwiającymi lokalizowanie w czasie różnych zdarzeń. Obserwacja zachowania tej osoby w czasie wykonywania zadania stosowanego w naszym badaniu wskazywała na to, że dysponowała ona wyrazistymi punktami orientacyjnymi, które pozwalały jej formułować bardziej precyzyjne odpowiedzi. Przykładowo, takim punktem orientacyjnym było załatwianie różnych spraw związanych ze śmiercią męża i syna; zastanawiała się np., czy pewne zdarzenie miało miejsce przed czy po wizycie u kamieniarza.

DYSKUSJA

Przedstawione przez nas wyniki nie dają jeszcze jasnego obrazu wpływu traumy na pamięć. Wbrew temu, co oczekiwaliśmy, pojawia się tendencja do nieco lepszego pamiętania różnych zdarzeń z życia codziennego przez osobę po traumie. Tenden-



Ryc. 3. Porównanie dokładności lokalizacji zdarzeń w czasie przez osobę „kontrolną" (osoba 1) i osobę po traumie (osoba 2)

cja ta jest zbyt słaba, by osiągnęła poziom istotności statystycznej. Dane jakościowe wskazują, że śmierć bliskich osób może powodować „czarną dziurę emocjonalną", ale w okresie przez nas badanym ujawniają się również rozmaite mechanizmy adaptacyjne. Zdarzenia oceniane jako ujemne są gorzej pamiętane przez osobę kontrolną, natomiast analogiczna zależność nie występuje u osoby po traumie. Sugerowałoby to, że osoba „kontrolna" posiada zdolność do szybszego eliminowania z własnej pamięci zdarzeń nieprzyjemnych, co pozwala zachować dodatni bilans emocjonalny własnego życia. Trudno w tej chwili stwierdzić, czy jest to mechanizm wypierania treści nieprzyjemnych, czy też coś innego. Natomiast u osoby po traumie na dokładność pamięci wpływa jedynie wiek zapamiętanych informacji. Osoba ta zatem „zapomina" zarówno zdarzenia o znaku dodatnim jak i zdarzenia o znaku ujemnym tak samo łatwo.

Stwierdziliśmy także, że osoba ta może oceniać znak emocjonalny zdarzenia na podstawie intensywności pobudzenia emocjonalnego związanego z tym zdarzeniem. Zdarzenia o wyrazistym znaku ujemnym mogą być wykorzystywane przez osobę po traumie jako punkty orientacyjne, pozwalające dotrzeć do poszukiwanych informacji.

Interesująca jest również dynamika oceny emocjonalnej zdarzeń pojawiających się w różnych tygodniach badania. Na początku badania występowały duże różnice w ocenie znaku emocjonalnego zdarzeń (por. ryc. 2), natomiast w części końcowej następuje stopniowe wyrównywanie się znaków.

Wyniki cechuje duża powtarzalność – niezależnie od tego, w jaki sposób określano dokładność pamięci oraz od tego, jak analizowano te zmiany w analizie regresji (metoda wprowadzania albo metoda krokowa) zawsze istotny okazywał się jeden czynnik – wiek zdarzenia (czyli odległość zdarzenia w czasie). Ten wynik jest dość trywialny z punktu widzenia teorii pamięci. Nietrywialne natomiast jest to, że znak emocjonalny zdarzenia wpływa na pamięć tylko u osoby kontrolnej. Fakt, że osoba ta nieco gorzej zapamiętywała zdarzenia o znaku ujemnym, byłby jakimś potwierdzeniem hipotezy wyparcia.

Wynik ten nabiera dodatkowego znaczenia, kiedy uwzględnimy fakt, że osoba ta popełniła więcej błędów lokalizacji w czasie. Wiele przemawia za tym, że występowało u niej selektywne kodowanie informacji (por. Ścigała i Maruszewski, 1999, Maruszewski, w druku). U osoby po traumie występują zmiany siły śladu pamięciowego wyłącznie związane z wiekiem informacji. U osoby tej dominują emocje o znaku ujemnym, które mają charakter niespecyficzny. A zatem znak emocji związanej z jakimś zdarzeniem nie może być wskaźnikiem wykorzystywanym przy przywoływaniu tego zdarzenia. „Czarna dziura emocjonalna" może być innym specyficznym przypadkiem selektywnego kodowania informacji. Można przypuszczać, że „czarna dziura" jest próbą uporządkowania posiadanych informacji. Porządek, jaki wyłania się z owej struktury, jest początkowo porządkiem sztywnym i jednowymiarowym. Dopiero po upływie pewnego czasu porządek ten będzie się rozbudowywał i nabierał złożoności. Nowym czynnikiem porządkującym informacje mogą stać się zróżnicowane emocje, zarówno pozytywne, jak i negatywne, wskazujące raz na jasne, raz na ciemne strony życia. Dopiero wtedy zacznie się pojawiać możliwość nowego spojrzenia na własną przeszłość i możliwość bardziej złożonego kodowania nowych informacji.

Warte uwagi są pewne obserwacje dotyczące metapamięci u obu badanych osób. Wprawdzie osoba po traumie może korzystać z nieco mniejszej liczby wskaźników metapamięciowych, ale jej metapamięć cechuje się znacznie lepszą organizacją wewnętrzną – korelacje między ocenami różnych wymiarów zarejestrowanego w pamięci zdarzenia są zdecydowanie wyższe aniżeli u osoby kontrolnej. Z uwagi na brak miejsca nie przedstawiamy tu tych danych.

Wszyscy badacze, którzy prowadzili badania pamięci autobiograficznej przy użyciu metody pamiętników (Linton, 1975; White, 1982; Wagenaar, 1986) wykorzystywali siebie jako osoby badane. Rodzi to pewne trudności interpretacyjne, ponieważ posiadali oni dużą wiedzę na temat pamięci, co mogło wpływać na uzyskane przez nich wyniki. Zwracali oni także uwagę na konieczność powtarzania badań na większych grupach osób. Ich postulat udało się nam zrealizować w pewnym stopniu, aczkolwiek wymagania zastosowanej procedury uniemożliwiają badanie dużych grup.

Pamięć autobiograficzna naszych osób badanych funkcjonowała w zróżnicowany sposób. Zapewne nie wszystkie zależności zostały przez nas wykryte i zinterpretowane, ale zebrane dotychczas dane zachęcają do kontynuowania poszukiwań. W szczególności należałoby dokonać jakościowej analizy wspomnień, a także sprawdzić, czy wskaźniki subiektywne – takie bowiem tylko rejestrowano w badaniu – są oceniane analogicznie przez zewnętrznych obserwatorów. Podejmowane obecnie analizy

dotyczą np. tego, czy obserwatorzy oceniają analogicznie znak emocjonalny różnych zdarzeń jak osoby badane. Prezentacja tych wyników wykracza jednak poza ramy niniejszej pracy.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition.

Auriat, N., (1992): Autobiographical memory and survey methodology: Furthering the bridge between the two disciplines. W: M.A. Conway, D.C. Rubin, H. Spinnler, W.A. Wagenaar (red.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (s. 295-312). Dordrecht: Kluver Academic.

Bremner, J.D., Randall, P., Tammy, M., Bronen, R.A., (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in combat related posttraumatic stress. *American Journal of Psychiatry, 152*, 973-981.

Bremner, J.D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R.A., Mazure, C., Capelli, S., McCarthy, G., Innis, R. B., Charney, M. D. (1997). MRI-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: A preliminary report. *Biological Psychiatry, 41*, 23-32.

Bruner, J. E. (1992). Życie jako narracja. Kwartalnik Pedagogiczny, 37, 3-17.

Cleiren, M.P. (1993). *Bereavment and adaptation: A comparative study of the aftermath of death*. Washington: Hemisphere Publishing Co.

Conway, M. A. (1996). Autobiographical knowledge and autobiographical memories. W: D.C. Rubin (red.), *Remembering our past. Studies in autobiographical memory* (s. 67-93). Cambridge: Cambridge University Press.

Damasio, A. (1999). Błąd Kartezjusza. Poznań: Rebis.

Herman, J. L., (1999). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Kosten, T. R., Mason, J.W., Giller, E.L., Ostroff, R. B., Harkness, L. (1987). Sustained urinary norepinephrine and epinephrine elevation in PTSD. *Psychoneuroendocrinology, 12*, 13-20.

Larsen, S. F., Thompson, C. P., Hansen, T. (1996). Time in autobiographical memory. W: D. C. Rubin (red.), *Remembering our past* (s. 129-156). Cambridge: Cambridge University Press.

Lewicka, M. (1985). *Aktor czy obserwator*. Olsztyn: Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Lewis, D.O. (1992). From abuse to violence: Psychophysiological consequences of maltreatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 383-391.

Linton, M. (1975). Memory for real-world events. W: D.A. Norman, D.E. Rumelhart (red.), *Explorations in cognition* (s. 376-404). San Francisco: Freeman.

MacLeod, A.K., Byrne, A., Valentine, J. D. (1996). Affect, emotional disorder, and future directed thinking. *Cognition and Emotion, 10*, 69-86.

MacLeod, A.K., Pankhania, B., Lee, M., Mitchell, D. (1997). Parasuicide, depression and the anticipation of positive and negative future experiences. Psychological Medicine, 27, 973-977.

Maruszewski, T. (1971). Eksperymentalne badania nad sztywnością emocjonalną. *Przegląd Psychologiczny, 22*, 67-79.

Maruszewski, T. (w druku): *Inflacja wyobraźni jako technika psychomanipulacji*.

Mason, J., Giller, E.L., Kosten, T.L. (1988). Elevated norepinephrine/epinephrine ratio in PTSD. *Journal of Mental and Nervous Disease, 176*, 498-502.

Perry, B. D. (1999). Memories of fear. (w:) J. Goodwin, R. Attias (red.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma*. New York: Basic Books.

Pitman, R.K., Orr, S. P. (1991). The black hole of trauma. *Biological Psychiatry, 26*, 221-223.

Pitnam, R.K., van der Kolk B., Orr S.P., Greenberg M.S., (1990): Naloxone reversible stress induced analgesia in post traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 47*, 541-547.

Southwick, S.M., Krystal, J.H., Morgan, A., Nagy, L., Morgan, A., Johnson, D., Nagy, L., Nicolau, A., Henninger, C.R., Charney, D. S. (1993). Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 50*, 266-274.

Southwick, S.M., Morgan, A.M., Nicolau, A.L., Charney, D.S. (1997). Consistency of memory for combat-relevant traumatic events in veterans of Operation Desert Storm. *American Journal of Psychiatry, 154*, 173-177.

Ścigała, E., Maruszewski, T. (1999). Kodowanie i przechowanie zdarzeń traumatycznych. *Kolokwia Psychologiczne, 7*, 107-134.

Tallis, F., (1999): Unintented thoughts and images. W: T. Dalgleish, M. Power (red.), *Handbook of cognition and emotion* (s. 281-300). Chichester: Wiley.

van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry, 5*, 253-265.

van der Kolk, B., Fisler R. (1995). Dissociation and fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 505-525.

Wagenaar, W. A. (1986). My memory: A study of autobiographical memory over six years. *Cognitive Psychology, 18*, 225-252.

White, R.T. (1982). Memory for personal events. *Human Learning, 1*, 171-185.

Williams, J.M.G. (1996): The specificity of autobiographical memory in depression. W: D.C. Rubin (red.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (s. 244-267). Cambridge: Cambridge University Press.

Znoj, H.J., (1997): When remembering lost spouse hurts too much: First results with a newly developed observer measure for tears and crying related coping behavior. W: A. Vingerhoets, F. von Bussel, J. Boelhouver (red;), *The (Non) Expression of emotions in health and disease* (s. 337-352). Tilburg: Tilburg University Press.

Zola-Morgan, S.M., Squire L.R. (1990). The primate hipocampal formation. Evidence for a time-limited role in memory storage. *Science, 250*, 228-230.

Zespół wypalenia u matek wychowujących niepełnosprawne dziecko*

Maria John-Borys

Uniwersytet Śląski

POJĘCIE ZESPOŁU WYPALENIA SIĘ SIŁ

Wypalenie się sił (*burnout*) pojawia się u osób znajdujących się w sytuacji przewlekłego stresu (Maslach, 1982, 1993; Sęk, 1996, 2006).

Wypalanie się sił ma charakter narastającego procesu, przebiegającego w trzech etapach, określanych jako:

Emocjonalne wyczerpanie – poczucie nadmiernego zmęczenia, brak energii i zapału do działania, brak radości życia, podwyższona drażliwość i impulsywność. Często towarzyszą temu objawy psychosomatyczne – bóle głowy, problemy ze snem, zaburzenia łaknienia.

Depersonalizacja – oznacza specyficzny stosunek jednostki do innych, wyrażający się nadmiernym dystansowaniem się wobec innych osób, przeżywaniem negatywnych uczuć w stosunku do ludzi. Relacje z innymi tracą podmiotowy charakter, kontakty z bliskimi lub podopiecznymi są traktowane jako zadania lub powinności, którym z reguły nie towarzyszy pozytywne emocjonalne zaangażowanie. Depersonalizacja jest pochodna od nadmiernego wyczerpania emocjonalnego.

Obniżenie satysfakcji z pracy zawodowej (lub innej ważnej życiowo działalności) przejawiającej się spadkiem poczucia kompetencji, poczucia własnej skuteczności i efektywności działania. Często pojawiają się symptomy depresyjne: poczucie nieudolności i małej wartości, chęć, aby wycofać się z pełnionej roli (Maslach, 1982).

Kluczowe znaczenie ma nagromadzenie negatywnych emocji (bezradność, złość, lęk, przygnębienie) potęgujących stres wynikający z rozbieżności między zasobami jednostki a wymaganiami, jakie stawia określona sytuacja życiowa. Strategie zaradcze, jakie stosuje jednostka mają ważne znaczenie. Konstruktywne sposoby radzenia sobie prowadzą do spadku napięcia i powrotu do równowagi, defesywne strategie zaradcze pogłębiają dyskomfort i utratę sił. Znaczącą rolę w przeciwdziałaniu wypaleniu odgrywa poczucie własnej skuteczności (*self-efficacy*) definiowane jako przekonanie człowieka o możliwości kontrolowania zdarzeń życiowych i skutecznego wpływania na ich przebieg. Osoby o dobrze ugruntowanym poczuciu własnej skuteczności pozytywnie oceniają swoje umiejętności radzenia sobie z zadaniami i w mniejszym stopniu ulegają działaniu stresu (Cherniss, za Tucholska, 1999).

ZJAWISKO WYPALENIA SIĘ SIŁ U RODZICÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH DZIECI

Zespół wypalenia się sił to: wyczerpanie sił fizycznych i psychicznych będące wynikiem przeciążenia długotrwałą, intensywną opieką nad dzieckiem. Niektórzy autorzy traktują fakt urodzenia się niepełnosprawnego dziecka jako symboliczną utratę, która dla rodziców dziecka oraz innych członków rodziny jest trudna do zaakceptowania. Szczególnie rodzice niepełnosprawnego dziecka mogą przeżywać poczucie krzywdy, niesprawiedliwości losu lub obwiniać się, reagować obniżeniem poczucia własnej wartości rodzicielskiej, smutkiem, brakiem zainteresowania kontaktami społecznymi z bliskimi dotąd osobami. Namysłowska (1996) i de Barbarbaro (1999), mówią tu o trudnościach w adaptacji do nowej sytuacji, porównując je do przeżywania żałoby. Cechami charakterystycznymi dla tego zespołu są: poczucie braku energii, rezygnacja, rozproszenie sił, a w sytuacjach skrajnych całkowite wyczerpanie. Towarzyszy im poczucie osamotnienia, nieefektywności wysiłków podejmowanych dla usprawnienia dziecka, prowadzące do przeżywania swoich starań jako beznadziejne (Sullivan, 1979, za: Gancarz-Podlasko, W: Gałkow-

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy w kontekście narastania zagrożeń,* pod red. K. Popiołek, A. Bańki, Poznań 2007 SPiA, s. 160–168.

ski, Kossewska, 2001). Najważniejsze przyczyny zespołu wypalenia się sił to:

- ➔ Konieczność ustawicznego zajmowania się dzieckiem, bez możliwości bycia zastąpioną, brak odpoczynku, brak rozrywki, niemożność podjęcia pracy zawodowej.
- ➔ Brak pomocy ze stronny innych, osamotnienie i poczucie wyłącznej odpowiedzialności za los dziecka.
- ➔ Poczucie braku odpowiednich umiejętności radzenia sobie w opiece nad dzieckiem.
- ➔ Frustracja wynikająca ze stawiania sobie nieosiągalnego celu (całkowite usprawnienie lub wyleczenie dziecka).
- ➔ Utrata dobrych kontaktów interpersonalnych i więzi rodzinnych.
- ➔ Nadmierna pobudliwość, drażliwość (Hagamen, 1979; Marcus, 1983, za: Pisula, 1994).
- ➔ Poważne deficyty w zaspokojeniu potrzeb psychicznych: fizjologicznych, bezpieczeństwa, przynależności i miłości, prestiżu i uznania (Kamińska-Reyman, 1995).

PROBLEM

Przedmiotem badań jest ukazanie rozmiaru i zasięgu zespołu wypalenia się sił u matek dzieci z poważnymi zaburzeniami rozwoju (zespół Downa, autyzm, zespół Aspargera, porażenie mózgowe) oraz analiza zależności między stopniem nasilenia wypalenia się sił u matek a zasobami osobistymi i zasobami środowiska społecznego, takimi jak: poczucie koherencji, styl radzenia sobie ze stresem, wielkość i rodzaj wsparcia społecznego otrzymywanego z różnych źródeł. Hipotetycznie założono, że wymienione zmienne będą modyfikowały rozmiar i zasięg wypalania się sił u matek wychowujących niepełnosprawne dzieci.

GRUPA

60 matek posiadających niepełnosprawne dzieci (15 matek dzieci autystycznych, 20 matek dzieci z zespołem Downa, 20 matek dzieci z porażeniem mózgowym, 5 matek dzieci z zespołem Aspargera). Wiek dzieci mieścił się w przedziale 3–11 lat. Zdecydowana większość niepełnosprawnych dzieci posiadała rodzeństwo. Średnia wieku badanych matek wynosiła 34 lata.

Większość badanych matek posiadała wykształcenie średnie (66%), wykształcenie wyższe (18%), zawodowe (13%), podstawowe (3%). Pracowało zawodowo 40% badanych matek, nie pracowało zawodowo 60%.

Badania były prowadzone w latach 2004/2005 na terenie województwa śląskiego w dwu przedszkolach integracyjnych oraz Ośrodku Edukacyjno-Wychowawczym. Udział w badaniach był dobrowolny.

METODY BADAŃ

Kwestionariusz Wypalenia się Sił (własne opracowanie wzorowane na koncepcji Maslach, w którym w stosunku do wersji oryginalnej została dodana podskala kontroli emocjonalnej) zawierający cztery podskale: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, poczucia kompetencji, kontroli emocji.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC) Antonovsky'ego (1995), Skala Wsparcia Społecznego autorstwa Kmiecik-Baran (1995), Kwestionariusz CISS określający styl radzenia sobie ze stresem.

WYNIKI BADAŃ[1]

CHARAKTERYSTYKA WYNIKÓW KWESTIONARIUSZA WYPALENIA SIĘ SIŁ

Określenie miary	Wynik ogólny	Wyczerpanie emocjonalne	Depersonalizacja	Poczucie kompetencji	Kontrola emocjonalna
Średnia	60,68	26,80	11,06	25,33	27,27
Odchylenie standardowe	24,01	7,33	3,93	6,45	9,18
Rozrzut	45–119	13–37	5–19	11–37	12–35
Możliwy wynik	28–140	8–40	5–25	8–40	7–35

[1] Badania zostały przeprowadzone przez Dominikę Wieczorek, w ramach pracy magisterskiej, realizowanej pod kierunkiem autorki, w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w latach 2004/ 2005.

Analiza jakościowa wypowiedzi udzielanych przez badane matki w podskalach Kwestionariusza Wypalenia się Sił

Stwierdzenia	Bardzo często/często	Czasami	Rzadko/nigdy
WYCZERPANIE EMOCJONALNE			
Moje codzienne obowiązki sprawiają, że czuję się wypalona	79%	6,5%	14,5%
Na koniec dnia czuję się zużyta	76%	14%	10%
Całodzienne zajmowanie się dzieckiem powoduje, że czuję się emocjonalnie wyczerpana	53%	34%	13%
Codzienne zajęcia i poświęcenie bardzo mnie stresuje	52%	35%	13%
DEPERSONALIZACJA			
Mam wrażenie, że niekiedy traktuję dziecko przedmiotowo	24%	5%	71%
Mam wrażenie, że rodzina i inni ludzie obwiniają mnie za chorobę dziecka	23%	29%	48%
Stałam się bardziej obojętna wobec ludzi	19%	24%	57%
Zajmowanie się chorym dzieckiem czyni mnie mniej współczującą	19%	13%	68%
POCZUCIE KOMPETENCJI			
Łatwo mi wczuć się w potrzeby i myśli dziecka	19%	15%	66%
Nie mam trudności w pomaganiu dziecku w przezwyciężaniu jego problemów i trudności	19%	24%	57%
Z łatwością przychodzi mi wytworzenie rozluźnionej atmosfery	26%	22%	53%
Czuję w sobie duże pokłady energii	19%	34%	47%
KONTROLA EMOCJI			
Zdarza mi się, że nie mam ochoty na realizowanie własnych zainteresowań i spotkania z przyjaciółmi	84%	5%	11%
Czuję się osamotniona w zmaganiu się z codziennymi obowiązkami	68%	24%	8%
Drobne nieporozumienia wywołują u mnie irytację i złość	63%	31%	6%
Zdarzają mi się chwile, w których opanowuje mnie uczucie smutku i przygnębienia	61%	5%	34%
Fakt urodzenia niepełnosprawnego dziecka spostrzegam jako niesprawiedliwość ze strony losu	60%	5%	35%

POCZUCIE KOHERENCJI A POZIOM WYPALENIA SIĘ SIŁ

Wyniki Kwestionariusza Orientacji Życiowej

Miary	Poziom ogólny	Poczucie zrozumiałości	Poczucie zaradności	Poczucie sensowności
Średnia	111,18	34,16	40,21	36,81
Wynik najniższy	82	15	19	11
Wynik najwyższy	167	65	66	52
Odchylenie standardowe	26,36	10,85	11,57	9,03

Istotne zależności zachodzą między globalnym poziomem poczucia koherencji i jego komponentami a ogólnym poziomem wypalenia się sił[2].

Globalny poziom poczucia koherencji wyjaśnia 69% zmienności wyników ogólnego poziomu wypalenia się sił u badanych matek. Współczynnik regresji wynosi (-0,835), co oznacza, że wyższy poziom poczucia koherencji powoduje zmniejszenie objawów wypalenia.

Istotne zależności zachodzą również między:
poczuciem zaradności – 0,768
poczuciem zrozumiałości – 0,688
poczuciem sensowności – 0,627 a ogólnym poziomem wypalenia.

Przedstawione wartości współczynników regresji skazują, że im większe u badanych matek po-

[2] Zastosowano model regresji liniowej. Obliczenia statystyczne wykonano w programie SPSS.

czucie zaradności, zrozumiałości i sensowności tym mniej nasilone objawy wypalenia się sił.

STYLE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM – ZALEŻNOŚCI Z OBJAWAMI ZESPOŁU WYPALENIA SIĘ SIŁ

Wyniki w Kwestionariuszu CISS

Miary	Skoncentrowany na zadaniu	Skoncentrowany na emocjach	Skoncentrowany na unikaniu	Angażowanie w czynności zastępcze	Poszukiwanie towarzystwa
Średnia	49,00	50,50	47,31	20,89	13,19
Rozrzut	29–71	22–72	19–69	8–38	6–23
Możliwy wynik	16–80	16–18	16–80	8–40	5–25

Wyniki dowodzą istnienia zależności między poszczególnymi stylami radzenia sobie a poziomem wypalenia się sił.

Procentowy udział stylów radzenia sobie w wyjaśnianiu zmiennej poziomu wypalenia się sił jest następujący:

Styl skoncentrowany na zadaniu	74	-0,863
Styl skoncentrowany na emocjach	88	0,938
Poszukiwanie towarzystwa	52	-0,729
Angażowanie się w czynności zastępcze	25	0,509
Styl skoncentrowany na unikaniu	6	0,269

Przedstawione wartości współczynników regresji mówią, że styl skoncentrowany na zadaniu i poszukiwanie towarzystwa obniża istotnie negatywne objawy zespołu wypalenia się sił.

Styl skoncentrowany na emocjach i angażowanie się w czynności zastępcze zwiększa niebezpieczeństwo nasilenia objawów wypalenia się sił. Styl skoncentrowany na unikaniu w małym stopniu wyjaśnia zależność między analizowanymi zmiennymi.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ WSPARCIA OTRZYMYWANEGO Z RÓŻNYCH ŹRÓDEŁ – ZESTAWIENIE ŚREDNICH WYNIKÓW[3]

Wyniki w Skali Wsparcia Społecznego

Rodzaj wsparcia	Mąż	Przyjaciółka/przyjaciel	Instytucja
Informacyjne	17,80	15,55	9,82
Instrumentalne	16,37	15,21	14,27
Wartościujące	14,87	12,06	11,68
Emocjonalne	16,05	11,16	12,02

[3] Ze względu na sposób opracowania oceny twierdzeń Skali Wsparcia, niższy wynik oznacza większe wsparcie.

Najwięcej wsparcia informacyjnego badane matki uzyskują od instytucji i specjalistów. Osoby pracujące w instytucjach przodują również w udzielaniu wsparcia wartościującego i instrumentalnego. Przyjaciele udzielają najwięcej wsparcia emocjonalnego. Wyprzedzają też mężów w dostarczaniu pozostałych rodzajów wsparcia. Wielkość wsparcia otrzymywanego od mężów, w spostrzeganiu badanych kobiet, plasuje się najniżej.

Zależności między ilością wsparcia otrzymywanego z różnych źródeł a poziomem wypalenia

Źródło wsparcia	Procent	Współczynnik regresji
Mąż	58	0,584
Przyjaciółka/przyjaciel	10	0,333
Instytucje	2	0,005

Procentowy udział wsparcia otrzymywanego z różnych źródeł wyjaśniający zmienność poziomu wypalenia oraz istotność zależności poziomu wypalenia się sił i wsparcia przedstawia się następująco:

Przedstawione wyżej wyniki pokazują, że poziom wypalenia się sił jest zależny od wsparcia otrzymywanego od męża, w niewielkim stopniu zależy od wsparcia otrzymywanego od przyjaciół, natomiast nie zależy od wsparcia instytucjonalnego.

Pogłębiona analiza zależności między podskalami zespołu wypalenia się sił a wsparciem męża pokazuje, że ma ono istotne znaczenie dla poczucia kompetencji, wyczerpania emocjonalnego, kontroli emocjonalnej oraz depersonalizacji. Analiza potwierdza, że im wyższy poziom wsparcia otrzymywanego od męża, tym mniej nasilone są objawy wypalenia u badanych matek we wszystkich podskalach. Mało istotne okazały się zależności między wsparciem otrzymywanym od przyjaciół a poszczególnymi komponentami zespołu wypalenia się sił. Nie znaczące okazało się wsparcie otrzymywane od instytucji dla wyników wszystkich podskal zespołu wypalenia się sił.

DYSKUSJA NAD WYNIKAMI BADAŃ

Poziom nasilenia się objawów zespołu wypalenia się sił u matek wychowujących niepełnosprawne dzieci jest zróżnicowany pod względem nasilenia i zakresu. Najbardziej nasilone objawy wypalenia zaobserwowano w podskalach wyczerpania emocjonalnego i kontroli emocji, które mówią o tym, że życie emocjonalne zostało zdominowane przez przeżycia negatywne i trudno jest zapanować nad poczuciem krzywdy, niesprawiedliwości i gniewu. Negatywne uczucia są pogłębiane przez poczucie osamotnienia i rezygnację z własnego życia zawodowego i kontaktów towarzyskich. Większość badanych matek ma również poczucie niewystarczających kompetencji aby zrozumieć swoje niepełnosprawne dziecko i konstruktywnie wspierać jego rozwój. Najniższe wyniki odnotowano w skali badającej stopień depersonalizacji, co oznacza, że mimo trudności i niepowodzeń matki starają się być w kontakcie emocjonalnym ze swoim dzieckiem. Więcej zobojętnienia i mniej współczucia okazują natomiast innym ludziom. Wynik globalny w Kwestionariuszu Wypalenia się Sił oraz wyniki podskal wyczerpania emocjonalnego, kontroli emocjonalnej i poczucia kompetencji charakteryzuje duży rozrzut, co wskazuje, że badane matki przejawiają zróżnicowany poziom objawów wypalenia się sił. Okazał się on zależny od uwzględnionych w badaniach zasobów, tzn. wielkości poczucia koherencji, stylu radzenia sobie ze stresem oraz wielkości wsparcia społecznego otrzymywanego z różnych źródeł. Największe znaczenie wśród czynników mających wpływ na poziom wypalenia się sił miał styl radzenia sobie ze stresem, najbardziej sprawcze znaczenie, dla zniwelowania wypalenia, miały style: skoncentrowany na zadaniu i poszukiwaniu towarzystwa. Natomiast styl skoncentrowany na emocjach i angażowanie się w czynności zastępcze zaostrzały negatywne stany emocjonalne, przyczyniając się do pogłębienia wypalenia.

Jeśli chodzi o zależności między poziomem wypalenia się sił a wsparciem to najbardziej istotnym źródłem wsparcia, przeciwdziałającym wypaleniu okazało się wspierające zachowanie mężów, którzy zdaniem badanych matek, dostarczali go jednak najmniej w porównaniu z przyjaciółmi i instytucjami, w stosunku do ich oczekiwań. Wysokość wszystkich rodzajów wsparcia otrzymywanego od instytucji jest oceniana przez badane matki jako znacząca, jednak akurat wsparcie z tego źródła okazało się mieć najmniejsze znaczenie dla wyjaśniania poziomu wypalenia się sił.

Istotna okazała się zależność między poziomem wypalenia się sił a globalnym poczuciem koherencji i jego poszczególnymi komponentami. Im wyższe globalne poczucie koherencji i jego składowych części tym mniej są nasilone objawy wypalenia. Poczucie koherencji odgrywa także znaczącą rolę w wyjaśnianiu wyboru stylu radzenia sobie ze stresem i pozytywnie koreluje z otrzymywaniem większej ilości wsparcia społecznego. Matki o wyższym poczuciu koherencji częściej stosują strategię skoncentrowaną na rozwiązaniu problemu i częściej otwarcie proszą o wsparcie i otrzymują go więcej.

WNIOSKI

1. Badane matki przejawiają zróżnicowane natężenie objawów zespołu wypalenia się sił, zależne od zmiennych objętych badaniami, tzn. poczucia koherencji, stylu radzenia sobie ze stresem i niektórych źródeł wsparcia.
2. Najbardziej nasilone objawy występują w podskalach: wyczerpania emocjonalnego, kontroli emocji i poczucia własnych kompetencji. Najniższe wyniki dotyczą podskali depersonalizacji.
3. Wysokie poczucie koherencji i styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu i poszukiwaniu towarzystwa zapobiegają rozwojowi objawów wypalenia.
4. Wsparcie męża, w porównaniu ze wsparciem przyjaciół i otrzymywanym od instytucji, ma najważniejsze znaczenie dla wyjaśnienia poziomu wypalenia się sił u matek wychowujących niepełnosprawne dzieci.

LITERATURA

Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Barbaro de, B. (1999). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Gancarz-Podlasko, A. (2001). Sytuacja psychospołeczna rodziców dzieci autystycznych w kontekście zespołu wypalenia się sił. W: T. Gałkowski, J. Kosewska (red.), *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademi Pedagogicznej.

Kamińska-Reyman, J. (1995). Rodzice zagubieni w rzeczywistości. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Kmiecik-Baran, K. (1995). Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Nowiny Psychologiczne, 1–2.*

Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. W: B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (red.), *Pro-*

fessional burnout: Recent developments in theory and research (s. 9–32). Washington, DC.: Taylor & Francis.
Maslach, C. (1982). *Burnout – the cost of caring*. Engelwood Cliffs, NY.: Prentice Hall.
Namysłowska, I. (1997). *Terapia rodzin*. Warszawa: Wydawnictwo Springer PWN.
Pisula, E. (1994). Zespół wypalenia się sił u rodziców dzieci autystycznych. *Nowiny Psychologiczne, 3.*
Sęk H. (2006). Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie* (s. 83–112). Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke.

PTSD u dzieci i młodzieży a więzi emocjonalne i postawy rodzicielskie w rodzinie*

Martyna Głuszek-Osuch

Uniwersytet Warszawski

WPROWADZENIE DO BADAŃ W ŚWIETLE PRZEGLĄDU LITERATURY

ZABURZENIE PO STRESIE TRAUMATYCZNYM (***POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER***, PTSD)

Badania prowadzone od trzech ostatnich dekadach nad stresem traumatycznym wskazują, że traumatyczne zdarzenia są powszechnym doświadczeniem w życiu wielu ludzi. Wiele badań wskazuje na to, że PTSD jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń psychiatrycznych (Breslau, 2001; Kessler i in., 1995). Pogląd, że stres traumatyczny może powodować głębokie i trwałe zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym i fizjologicznym jest aktualnie poparty licznymi badaniami empirycznymi (Lis-Turlejska, 2002).

Zaburzenie stresowe pourazowe jest zaburzeniem powodującym cierpienie i zaburzenie w różnych obszarach funkcjonowania człowieka (Popiel, Staniaszek, 2005). Rozpoznaje się je wówczas, gdy dana osoba w wyniku sytuacji zagrażającej życiu lub fizycznej integralności – reaguje intensywnym strachem, poczuciem przerażenia lub bezradnością. Wyróżnia się trzy grupy charakterystycznych objawów zaburzenia stresowego pourazowego. Objawy te pojawiają się po przeżyciu traumatycznego wydarzenia. Przeżyte zdarzenie może uporczywie wracać (w myślach, snach, iluzjach, wspomnieniach typu flashback), czemu towarzyszą fizjologiczne objawy stresu (kryterium B). Występuje uporczywe unikanie bodźców związanych z traumą i ogólne odrętwienie psychiczne (kryterium C). Utrzymują się symptomy wzmożonego pobudzenia przejawiające się w dysforii, problemach ze snem, gwałtownych wybuchach gniewu czy podwyższonej czujności (kryterium D). Wszystkie wyżej wymienione objawy PTSD prowadzą do gorszego funkcjonowania człowieka w wielu sferach życia. Zdaniem wielu autorów (McFarlane i Yehuda, 1996; Lis-Turlejska, 2002) PTSD nie rozwija się jako bezpośrednie następstwo traumatycznego zdarzenia, lecz wyłania się raczej z dystresu, ostrej reakcji pourazowej, uruchamianej przez zdarzenie traumatyczne.

Warto podkreślić, iż wcześniejsza ekspozycja na traumę może wpływać na reakcje na kolejne zdarzenie (np. Resnick i in., 1993), zaś konsekwencje wielokrotnej traumy mogą być skumulowane (Folette, Polusny, Bechtle i Naugle, 1996). Traumatyczne zdarzenia można uznać za czynnik etiologiczny wielu zaburzeń psychicznych np.: nadużywania substancji psychoaktywnych, depresji, zaburzeń osobowości typu borderline i zaburzeń lękowych poza PTSD (Flannery i in., 2001) oraz niektórych chorób somatycznych (por. np.: Schmeidler i Siever, 2001).

KATASTROFY NATURALNE A FUNKCJONOWANIE DZIECI I MŁODZIEŻY

Katastrofy naturalne, powodzie, klęski żywiołowe zwykle następują nagle i trwają bardzo krótko, jednak stres wywoływany przez nie bywa długotrwały i chroniczny. Utrata zasobów (np.: ekonomicznych, psychologicznych: energii, zdolności umysłowych) jest istotą doświadczenia i odczucia stresu (Heszen-Niejodek, 2000). Problematyka utraty zdrowia przez dzieci i młodzież podejmowana jest przez badaczy z różnych krajów (Delamater i Applegate, 1999; Galante i Foa, 1986; McFarlane, 1987a; Goenijan, Steinberg, Najarian, Fairbanks i Pynoos, 2000). Z przeglądu badań nad dynamiką PTSD wynika, iż objawy stresu same ustępują i większość dzieci wraca do zdrowia w okresie do 3 lat (por. Vogel i Vernberg, 1993). Są również badania świadczące o tym, iż stresory działające podczas katastrofy mają wpływ na utrzymywanie się objawów

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy w perspektywie psychologicznej,* pod red. K. Popiołek, A. Bańki, Poznań 2010 SPiA, s. 203–216.

szkodliwych dla zdrowia dzieci i młodzieży przez okres nawet ponad trzy lata po wydarzeniu (Terr, 1983). Szkodliwe efekty traumatycznych przeżyć u dzieci mogą przejawiać się w relacjach z innymi ludźmi, w złym nastroju, w problemach z pamięcią i uczeniem się oraz w wielu innych zachowaniach (Udwin, 1993). Następstwami przeżyć związanymi z kataklizmami mogą być zmiany w postawach dzieci i młodzieży wobec ludzi, życia i przyszłości (Schwarz i Kowalski, 1991). Wyniki badań nad dorosłymi ludźmi wskazują, iż katastrofy i klęski odbierają ludziom poczucie satysfakcji i przyjemności z życia oraz wiarę w sprawiedliwy i życzliwy świat, a także naruszają poczucie szczęścia jednostki (Kaniasty, 1998).

CZYNNIKI PRZEDTRAUMATYCZNE, OKOŁOTRAUMATYCZNE I POTRAUMATYCZNE JAKO WARUNKUJĄCE POWSTAWANIE PTSD

PTSD rozwija się tylko u części osób, które przeżyły traumatyczne doświadczenie, zaś większość osób dobrze radzi sobie z traumą i szybko powraca do zdrowia (Bonnano, 2004). Można mówić o trzech grupach czynników warunkujących powstawanie zaburzenia po stresie traumatycznym: przedtraumatycznych, towarzyszących traumie (okołotraumatycznych) oraz potraumatycznych.

Czynniki przedtraumatyczne to cechy i stanu jednostki z okresu przedtraumatycznego, czyli: zmienne społeczno-demograficzne (płeć, wiek, stan cywilny), cechy osobowości, temperament, specyficzne doświadczenia jednostki z okresu młodości, stan fizyczny i psychiczny, w jakim jednostka doświadczyła traumy, występowanie wcześniejszych traum, istniejące zaburzenia psychiczne u ofiary i członków jej rodziny (Brewin, 2000; Norris, i in., 2002). Dane empiryczne wskazują, że takie cechy jak: neurotyczność, unikanie szkody (harm avoidance), introwersja, lęk-cecha oraz poszukiwanie doznań wiążą się z patologicznymi skutkami doświadczeń silnie stresujących zarówno u dorosłych jak i u dzieci (Dekel, i in., 2004). Dane z polskich badań ofiar powodzi (Strelau i in., 2004; Strelau, Kaczmarek i Zawadzki, 2006) sugerują, że żwawość i perseweratywność – cechy temperamentu określające aspekt czasowy zachowania oraz dwie cechy energetyczne – wytrzymałość i reaktywność emocjonalna, są związane z intensywnością objawów PTSD. Istotnymi czynnikami ryzyka rozwoju PTSD mogą być specyficzne doświadczenia jednostki z okresu młodości, np.: przeżycie traumy w wyniku agresji i przemocy ze strony rodziców (Bromet, 1998).

Kolejna grupa czynników to czynniki okołotraumatyczne, którymi są: siła oddziaływania traumy na jednostkę, rodzaj traumy (treść zdarzenia), postrzegane zagrożenie życia ofiary i innych osób (członków rodziny), doznane urazy ciała, silne emocje negatywne towarzyszące zdarzeniu oraz wystąpienie okołotraumatycznych objawów dysocjacyjnych (Ozer i in., 2003). W przypadku kataklizmów naturalnych duże znaczenie ma wielkość straty materialnych rodziny oraz całej społeczności dotkniętej kataklizmem (Norris i in., 2002). Poza obiektywnymi wskaźnikami wydarzenia traumatycznego, także subiektywne odczuwanie dystresu okołotraumatycznego (strachu, poczucia bezradności i przerażenia – kryterium A2 zaburzenia PTSD) wiąże się z późniejszą symptomatologią.

Ostatnią grupą czynników są czynniki potraumatyczne. Norris (*ibid.*) na podstawie badań 160 niezależnych prób (61 003 osób badanych) wyróżniła 6 grup zmiennych zależnych w badaniach konsekwencji katastrof: a) konkretne zaburzenia psychiczne; b) niespecyficzne poczucie dystresu, c) problemy i dolegliwości zdrowotne; d) chroniczne trudności życiowe; e) straty w zasobach psychospołecznych oraz f) problemy specyficzne dzieci i młodzieży. W grupie czynników potraumatycznych szczególną rolę zajmują zmienne o charakterze społecznym: niedostateczne wsparcie społeczne ze strony rodziny i całej społeczności dotkniętej kataklizmem (ibid.). Wskazuje się także na istnienie występujących zaburzeń, szczególnie PTSD u innych członków rodziny oraz konfliktowej atmosfery w rodzinie (Norris i in., 2002). W przypadku kataklizmów istotną rolę przypisuję się wtórnym stresorom: problemom mieszkaniowym i finansowym, występującym w następstwie traumatycznego zdarzenia (ibidem). Wśród wielu czynników, które mogą wpłynąć na ostrość rekcji stresowej dziecka po przeżytym traumatycznym doświadczeniu badacze problematyki przypisują wielkości i rodzajowi strat, jakie dziecko ponosi (Bokszczanin, 2000).

Warto podkreślić fakt, iż dzieci w porównaniu z dorosłymi mają mniejsze możliwości radzenia sobie z traumatyczną sytuacją, mają większe trudności w późniejszej adaptacji i ich funkcjonowanie jest bardziej zależne od otoczenia społecznego (Kaczmarek, 2006). W swoich badaniach McFarlane (1987b) oraz Green i inni (1991) stwierdzili, iż niekorzystna atmosfera rodzinna (depresyjna, pełna irytacji i wycofania) jest pozytywnie skorelowana z objawami PTSD u dziecka.

ŚRODOWISKO RODZINNE: POSTAWY RODZICIELSKIE I KLIMAT RODZINNY

Podstawowym źródłem pomocy i wsparcia społecznego dla dorastających są przede wszystkim rodzice, którzy służą za wzorzec do naśladowania w radzeniu sobie z problemami, zaspokajają podstawowe potrzeby dzieci i dostarczają poczucia bezpieczeństwa (Green i in., 1991; Khoury i in., 1997; La Greca, Silverman, Vernberg i Prinstein, 1996; McFarlane, 1987b; Warheit, Zimmerman, Khoury, Vega i Gil, 1996). W świetle wielu badań psychologicznych istotna jest rola środowiska rodzinnego (np.: Punamäki i Quota, 1997; Kiliç i in., 2003), postaw rodzicielskich (McFarlane, 1987a), zdrowia psychicznego rodziców (Green i Solomon, 1995; McFarlane, 1995; Rustermli i Karanci, 1996; Laor i in., 2001; Bryce, i in., 1989) – dla zdrowia dziecka po przeżytej powodzi.

Ziemska (1969) postawę rodzicielską określa jako tendencję do zachowania się w pewien specyficzny sposób w stosunku do dziecka. Podstawową typologią postaw rodzicielskich dla niniejszej pracy będzie typologia postaw rodzicielskich według Anny Roe (1963). Roe wyróżniła pięć postaw rodzicielskich: postawę kochającą (*loving*), postawę odrzucającą (*rejecting*), postawą liberalna (*casual*) postawą wymagającą (*demanding*), postawę ochraniającą (*protecting*). Postawy rodzicielskie warunkują styl wychowywania w rodzinie oraz wpływają na kształtowanie się więzi uczuciowej pomiędzy jej członkami, od której zależy ogólna atmosfera życia rodzinnego.

Atmosfera życia rodzinnego jest zjawiskiem trudnym do zdefiniowania, ponieważ składa się na nią wiele czynników: czynniki wewnętrzne: (osobowość matki i ojca, wzajemne współżycie rodziców, układ stosunków pomiędzy członkami rodziny) oraz czynniki strukturalne (wielkość rodziny, status społeczno-ekonomiczny, kolejność urodzin dzieci, powiązania rodziny z innymi grupami społecznymi) (Przetacznik-Gierowska i Włodarski, 1994).

Istotnym terminem z punktu widzenia niniejszej pracy są postawy rodzicielskie oraz więzi pomiędzy rodzicami rozumiane jako: bliskość, intymność, czas wspólny, ciepło oraz troska wzajemnie okazywane. W analizie więzi młodzieży z rodzicami ważnymi terminami będą bliskość i identyfikacja z rodzicem.

METODA BADAŃ

OSOBY BADANE

Osoby badane były ofiarami powodzi z terenów Zagórza, Zebrzydowic, Andrychowa, Piechowic oraz Jasła. Badania osób poszkodowanych odbyły się w 2–3 miesiące po powodzi. Zbadano 80 dzieci (48 dziewczynek i 32 chłopców) w wieku od 6 do 13 lat (M = 8,78, SD = 2,16) oraz 124 młode osoby (63 dziewczęta oraz 61 chłopców) w wieku od 14 do 25 lat (M = 17,79, SD = 3,3).

SCHEMAT BADAŃ

Niniejsze badania są wycinkiem badań wykonanych do mojej pracy doktorskiej. Zostały przeprowadzone w ramach Grantu MNiI/H01F06727/2004 koordynowanego przez Interdyscyplinarne Centrum Genetyki Zachowania UW: „Psychologiczne następstwa kataklizmu powodzi u dzieci i młodzieży: kontynuacja badań dotyczących wpływu traumatycznych doświadczeń na funkcjonowanie człowieka".

Badania prowadzono w domach powodzian, przy czym w przypadku rodzin ze starszymi dziećmi – pakiet kwestionariuszy wypełniał samodzielnie każdy z członków rodziny (matka – ojciec – dziecko), zaś w przypadku rodzin z młodszymi dziećmi – rodzice obok wypełniania pakietu swoich kwestionariuszy, dokonywali także oszacowania cech dziecka. Rodziny otrzymywały wynagrodzenie finansowe za udział w każdej z dwóch tur badania. Badania przeprowadzali ankieterzy: psychologowie oraz studenci psychologii. Rodziny wytypowane do badań zostały wskazane przez MOPS jako najbardziej dotknięte stratami materialnymi w wyniku powodzi. Rodzinom, które zdecydowały się wypełnić ankiety zostawiano kwestionariusze, po wypełnieniu odbierali je ankieterzy. Osoby badane miały prawo odmówić udziału w badaniu.

Pytania badawcze

1. Jakie cechy temperamentu są związane z powstawaniem i utrzymywaniem się objawów PTSD u dzieci i młodzieży?
2. Czy zmienne te odgrywają tę samą rolę w powstawaniu i utrzymywaniu się objawów PTSD niezależnie od wieku (dzieci i młodzież)?
3. Czy więzi emocjonalne pomiędzy rodzicami oraz postawy rodzicielskie mają wpływ na powstawanie i utrzymywanie się objawów PTSD u dzieci i młodzieży?

Hipotezy

1. Wśród zmiennych osobowych czynnikiem warunkującym PTSD u dzieci i młodzieży jest wysoki poziom reaktywności emocjonalnej.
2. Negatywne postawy rodzicielskie (odrzucenie) korelują dodatnio z PTSD u dzieci i młodzieży.
3. Relacje rodzinne pozytywne (troska, bliskość, intymność, czas wspólny, ciepło) oraz postawy rodzicielskie (miłość, ochranianie) korelują ujemnie z PTSD u dzieci i u młodzieży.

Narzędzia pomiaru zmiennych

Zestaw do opisu (szacowania) młodszego dziecka przez obojga rodziców zawierał:

1. **Kwestionariusz Stosunków między Rodzicami i Dziećmi** (PCR; wersja dla rodziców), rodzice sami opisują swoje postawy wobec wybranego dziecka.
2. **Kwestionariusz Temperamentu dla Dzieci** (KTD; Oniszczenko i Radomska, 2002) – Kwestionariusz jest oparty na Regulacyjnej Teorii Temperamentu i mierzy 6 postulowanych przez nią cech temperamentu. Jest przeznaczony dla dzieci w wieku szkolnym (7 – 12 lat). Kwestionariusz służy szacowaniu i jest wypełniany przez obojga rodziców. Składa się z 30 pozycji testowych, po pięć dla każdej skali.
3. **Kwestionariusz PTSD** – wersja do opisu dziecka przez rodziców (PTSD-K-D, Kaczmarek i Zawadzki, 2005) – Pierwsza część kwestionariusza zawiera pytania dotyczące poczucia zagrożenia odczuwanego przez dziecko (skala „Traumy") oraz przeżywanych emocji w czasie wydarzenia traumatycznego (skala „Emocji"). Część kwestionariusza, służąca do pomiaru nasilenia objawów PTSD posiada skale odpowiadające opisom poszczególnych 17 kryteriów diagnostycznych PTSD zawartych w DSM IV (APA, 1994). Nasilenie objawów PTSD u dziecka jest oceniane poprzez szacowanie reakcji i zachowań dziecka przez dorosłych, stałych opiekunów dziecka.
4. **Kwestionariusz PTSD-K** (Zawadzki i in., 2002)
5. **Kwestionariusz Stosunków między Rodzicami i Dziećmi** – wersja zrewidowana (PCR; w wersji dla rodzica) (*The Parent-Child Relations Questionnaire* – PCR; Roe i Siegelman, 1963);
6. **Kwestionariusz Relacji w Rodzinie** (KRR) – wersja dla rodziców – mąż oraz żona oceniają wzajemne relacje małżeńskie: ciepło, intymność, czas wspólny, troskę, które tworzą razem skalę ogólną – bliskość. Na każdą skalę składa się 10 pozycji testowych (w sumie 40 pozycji).

W zestawie do samoopisu dla młodzieży znalazł się komplet następujących narzędzi:

1. **Kwestionariusz PTSD-K** (Zawadzki i in., 2002) – Kwestionariusz służy do pomiarów nasilenia objawów PTSD w oparciu o kliniczne objawy PTSD sklasyfikowane w DSM-IV (APA, 1994) i zawiera pozycje odnoszące się do trzech kryteriów objawowych i symptomów tego zaburzenia. Wynik ogólny to zatem suma punktów 32 pozycji.
2. **Ankieta demograficzna** – ankieta zawiera pytania o płeć oraz wiek, oraz dwie podskale. Skala „Traumy" zawiera 9 pytań, dotyczących doświadczenia bezpośredniego zagrożenie życia i zdrowia własnego, członków rodziny lub innych znanych osób w czasie katastrofy oraz poniesione straty. Skala „Emocji" zawiera pytania dotyczą 4 emocji (przerażenie, bezradność, horror oraz wstręt lub obrzydzenie), które osoba badana mogła odczuwać w czasie wydarzenia traumatycznego (kryterium diagnostyczne A2).
3. **Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu** (FCZ-KT; Zawadzki i Strelau, 1997) – narzędzie umożliwia pomiar nasilenia sześciu cech temperamentu, które określają czasowe (żwawość i perseweratywność) i energetyczne (aktywność, reaktywność emocjonalna, wytrzymałość i wrażliwość sensoryczna) własności zachowania.
4. **Kwestionariusz Stosunków między Rodzicami i Dziećmi** – wersja zrewidowana (PCR; w wersji dla dziecka) (*The Parent-Child Relations Questionnaire* – PCR; Roe i Siegelman, 1963); polskie tłumaczenie formy III: Włodzimierz Kowalski, 1984). Narzędzie to przeznaczone jest do pomiaru zachowania rodziców (matki i ojca oddzielnie) w stosunku do ich małych dzieci (Roe i Siegelman, 1963) ocenianego z perspektywy czasu. Oceny tych zachowań dokonuje młodzież lub osoby dorosłe w odniesieniu do zachowań rodziców wobec nich zanim ukończyli 12 rok życia. Kwestionariusz mierzy postawy: kochającą, wymagającą, ochraniającą, odrzucającą i liberalną.

5. **Kwestionariusz Relacji w Rodzinie** (KRR) – wersja dla młodzieży – (wersja pilotażowa autorstwa Barbary Tryjarskiej) przeznaczona jest dla młodzieży od 12 roku życia. Dzieci oceniają bliskość i identyfikację z ojcem (I-B O) oraz z matką (I-B M). Kwestionariusz składa się z dwóch skal: identyfikacji z rodzicem i bliskości uczuciowej wobec niego. Kwestionariusz zawiera 40 pozycji (po 20 na skalę).

WYNIKI BADAŃ

Związki pomiędzy PTSD a temperamentem u dzieci przedstawiają Tabela 1 i młodzieży Tabela 2.

Przeanalizowano związek pomiędzy temperamentem u dzieci i młodzieży a nasileniem objawów PTSD. Cechą wyznaczającą poziom PTSD w grupie dzieci jest reaktywność emocjonalna oraz perseweratywność (dodatnie, istotne statystycznie korelacje). U młodzieży cechami wyznaczającymi nasilenie PTSD jest duża reaktywność emocjonalna, niskie: aktywność i wytrzymałość. Wyniki potwierdziły hipotezę mówiącą o pozytywnym związku reaktywności emocjonalnej z PTSD. Kolejnymi analizami objęto postawy rodzicielskie matki i ojca oraz objawy PTSD u dzieci i młodzieży.

Wyniki potwierdziły częściowo hipotezę drugą mówiącą o związku negatywnych postaw rodziciel-

Tabela 1
PTSD a temperament u dzieci

PTSD/Temp.	ŻW	PS	WE	RE	WT	AK
B	-0,08	**0,26***	0,02	**0,35****	-0,04	0,04
C	-0,16	0,14	-0,04	0,18	-0,07	0,07
D	-0,14	**0,26***	-0,03	**0,34****	**-0,27***	0,06
PTSD diagnoza	-0,10	**0,23***	-0,02	**0,31****	-0,14	0,07

Współczynniki korelacji *r*-Pearsona: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;
ZW – Żwawość, PS – Perseweratywność, WE – Wrażliwość Emocjonalna, RE – Reaktywność Emocjonalna, WT – Wytrzymałość, AK – Aktywność

Tabela 2
PTSD a temperament u młodzieży

PTSD/Temp.	ŻW	PS	WE	RE	WT	AK
B	-0,10	0,13	0,03	**0,18***	-0,18	-0,06
C	**-0,21****	0,17	-0,03	**0,30****	-0,17	**-0,28****
D	-0,16	0,13	0,12	**0,25****	**-0,19***	-0,16
PTSD diagnoza	-0,17	0,16	0,05	**0,27****	**-0,21***	**-0,18***

Współczynniki korelacji *r*-Pearsona: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$
ZW – Żwawość, PS – Perseweratywność, WE – Wrażliwość Emocjonalna, RE – Reaktywność Emocjonalna, WT – Wytrzymałość, AK – Aktywność

Tabela 3
Postawy rodzicielskie matki a PTSD u dzieci

PTSD	Kochająca	Wymagająca	Ochraniająca	Odrzucająca	Liberalna
B	0,05	-0,10	0,05	-0,05	0,01
C	-0,02	-0,00	0,10	-0,01	-0,06
D	0,04	-0,17	0,03	-0,06	-0,01
Diagnoza PTSD	0,03	-0,11	0,07	-0,05	-0,02

Współczynniki korelacji *r*-Pearsona: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 4
Postawy rodzicielskie matki a PTSD u młodzieży

PTSD	Kochająca	Wymagająca	Ochraniająca	Odrzucająca	Liberalna
B	0,05	-0,10	0,05	-0,05	0,01
C	-0,02	-0,00	0,10	-0,01	-0,06
D	0,04	-0,17	0,03	-0,06	-0,01
Diagnoza PTSD	0,03	-0,11	0,07	-0,05	-0,02

Współczynniki korelacji *r*-Pearsona: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 5
Postawy rodzicielskie ojca a PTSD u dzieci

PTSD	Kochająca	Wymagająca	Ochraniająca	Odrzucająca	Liberalna
B	-0,10	0,19	-0,14	0,16	-0,06
C	-0,20	0,11	-0,13	**0,28***	0,02
D	-0,22	0,11	-0,06	**0,28***	-0,05
Diagnoza PTSD	-0,19	0,15	-0,12	**0,26***	-0,03

Współczynniki korelacji *r*-Pearsona: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 6
Postawy rodzicielskie ojca a PTSD u młodzieży

PTSD	Kochająca	Wymagająca	Ochraniająca	Odrzucająca	Liberalna
B	0,04	-0,12	0,08	-0,11	-0,00
C	-0,07	-0,01	-0,04	0,06	0,02
D	-0,05	-0,09	-0,02	-0,07	-0,06
Diagnoza PTSD	-0,02	-0,09	-0,01	-0,05	-0,02

Współczynniki korelacji *r*-Pearsona: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

skich z PTSD u dzieci i młodzieży – potwierdzono takie związki jedynie w grupie dzieci. Obraz zależności PTSD od postaw rodzicielskich jest dokładnie odwrotny dla dzieci i młodzieży. W grupie dzieci postawy rodzicielskie rodziców mają generalnie wpływ na PTSD dzieci. Postawa wymagająca i odrzucająca matek oraz postawa odrzucająca ojców wydaje się przy tym nasilać objawy PTSD u dzieci. W grupie młodzieży nie uzyskano żadnych istotnych statystycznie zależności pomiędzy postawami rodzicielskimi a PTSD, być może jest to efekt kształtującej się niezależności młodych osób od rodziców.

Kolejnymi analizami objęto więzi rodzinne w percepcji matki a PTSD u dzieci – Tabela 7 oraz więzi w percepcji ojca a PTSD u dzieci – Tabela 8. Zanalizowano także więzi rodzinne oraz PTSD u młodzieży (Tabela 9).

Wyniki powyższych analiz potwierdziły hipotezę trzecią jedynie w grupie dzieci. Okazało się, że objawy PTSD u dzieci w percepcji rodziców są zależne od jakości więzi rodzinnych między małżonkami. Więzi pomiędzy rodzicami są ujemnie skorelowane z objawami PTSD u dzieci (w większości są to zależności istotne statystycznie). Objawy PTSD u młodzieży okazały się być niezależne od jakości więzi emocjonalnych panujących w rodzinie. Wykonano analizy regresji liniowej metodą krokową.

Analiza regresji na grupie młodzieży wykazała, iż model wyjaśnia 33% wariancji w grupie chłopców oraz 26% wariancji w grupie dziewcząt. Dla młodych dziewcząt predyktorami istotnymi statystycznie okazały się być: charakterystyka traumatycznego wydarzenia oraz reaktywność. Dla młodych chłopców najbardziej istotne okazały się być

Tabela 7
Więzi rodzinne (pomiędzy rodzicami) a PTSD u dzieci (percepcja matki)

PTSD/Więzi	Ciepło	Troska	Intymność	Czas wspólny	Bliskość
B	-0,19	-0,18	**-0,23***	-0,19	**-0,23***
C	**-0,31***	**-0,29***	**-0,29***	**-0,30****	**-0,34****
D	**-0,24***	-0,19	**-0,24***	-0,22*	**-0,25***
Diagnoza PTSD	**-0,27***	**-0,24***	**-0,27***	**-0,26***	**-0,29***

Współczynniki korelacji *r*-Pearsona: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 8
Więzi rodzinne(pomiędzy rodzicami) a PTSD u dzieci (percepcja ojca)

PTSD/Więzi	Ciepło	Troska	Intymność	Czas wspólny	Bliskość
B	**-0,27***	**-0,25***	-0,18	-0,16	**-0,24**
C	**-0,38*****	**-0,37****	**-0,28***	**-0,32****	**-0,38*****
D	**-0,33****	**-0,29***	-0,20	-0,22	**-0,29***
Diagnoza PTSD	**-0,36****	**-0,33****	**-0,24***	**-0,26***	**-0,33****

Współczynniki korelacji *r*-Pearsona: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 9
Więzi z rodzicami a PTSD u młodzieży

PTSD/Więzi	Identyfikacja z ojcem	Bliskość z ojcem	Identyfikacja z matką	Bliskość z matką
B	0,12	0,13	0,17	0,09
C	-0,05	0,04	0,01	0,03
D	0,04	0,15	0,12	0,07
Suma objawów PTSD	0,05	0,13	0,12	0,07

Współczynniki korelacji *r*-Pearsona: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 10
Predyktory PTSD u młodzieży. Korelacje semicząstkowe oraz współczynniki korelacji wielokrotnej predykatorów PTSD (regresja liniowa – metoda krokowa)

Predyktory PTSD	Chłopcy	Dziewczęta
Trauma	**0,26***	**0,40****
Emocje	**0,33****	
RE	**0,32***	**0,35****
R	**0,57**	**0,51**
R2	**0,33**	**0,26**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; RE – reaktywność emocjonalna

Tabela 11
Predyktory PTSD u dzieci. Korelacje semicząstkowe oraz współczynniki korelacji wielokrotnej predykatorów PTSD (regresja liniowa – metoda krokowa)

Predyktory PTSD	Chłopcy	Dziewczęta
Trauma	**0,39****	
Emocje		**0,33***
PE	**0,32****	
Kochający ojciec		**-0,30***
Ochraniający ojciec	0,23#	**-0,29**
Odrzucająca matka		**0,36****
R	**0,81**	**0,65**
R2	**0,66**	**0,42**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; RE – reaktywność emocjonalna

emocje doświadczone w trakcie traumy, charakterystyka traumy oraz reaktywność.

W grupie chłopców u dzieci okazało się, że opis traumy i perseweratywność są predyktorami istotnymi statystycznie. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy postawami rodzicielskimi a PTSD, jedynie postawa ochraniająca ojca wykazuje zależność na poziomie tendencji. Model wyjaśnia 66% wariancji w grupie chłopców. Dla dziewczynek najbardziej pozytywnie skorelowana z PTSD okazała się być postawa odrzucająca matki. Uzyskano także negatywne korelacje pomiędzy kochającym i ochraniającym ojcem a PTSD u dziewczynek. W grupie dziewczynek model wyjaśnia 42% wariancji.

WNIOSKI

Powyższe dane wskazują, że więzi rodzinne i postawy rodzicielskie są jednym z podstawowych wyznaczników zaburzeń potraumatycznych w grupie dzieci w wieku 6–14 lat. Reaktywność jako swoista „skaza na stres" jest czynnikiem temperamentalnym predysponującym zarówno dzieci jak i młodzież do zaburzeń potraumatycznych.

Postawy rodzicielskie wydają się także stanowić czynnik ryzyka jak i czynnik działający ochronnie na powstawanie PTSD u dzieci i młodzieży. Dzieci są bardziej zależne od postaw rodzicielskich i więzi pomiędzy rodzicami. Młodzież wykazuje dużą niezależność PTSD od postaw rodzicielskich i więzi z rodzicami, co wynika z kształtującej się niezależności od rodziców. Odmienne znaczenie mają postawy rodzicielskie, zależnie od płci dziecka i rodzica oraz wieku dziecka.

Istotną rolę predykcji PTSD w grupie młodzieży odgrywają zmienne związane z charakterystyką traumy oraz reaktywnością. Dla grupy dzieci predyktorami PTSD są postawy rodzicielskie oraz opis wydarzenia traumatycznego. Wyniki te wydają się stanowić ważny wkład w rozumienie uwarunkowań PTSD u dzieci i młodzieży, wskazując na istotne znaczenie środowiska rodzinnego w grupie dzieci.

Podsumowując można stwierdzić, że uzyskane związki są w dużym stopniu zgodne z wynikami badań Bokszczanin (2000, 2003) na grupie powodzian oraz danymi z badań światowych np.: McFarlane (1987b) oraz Green i inni (1991).

Implikacje praktyczne pracy

Celem głównym pracy jest zidentyfikowanie czynników warunkujących powstawanie PTSD u dzieci i młodzieży z uwzględnieniem środowiska rodzinnego. Pozwoli to na adekwatne zaplanowanie pomocy psychologicznej dziecku i jego rodzinie po przeżytej traumie. Uzyskanie obrazu środowiska rodzinnego jest niezwykle istotne w przypadku małych dzieci, które są zależne od członków rodziny, więzi rodzinnych i postaw rodzicielskich.

LITERATURA

American Psychiatric Association (2000). *DSM IV TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Text revision*. Washington, DC: Autor.

Bokszczanin, A. (2000). Psychologiczne konsekwencje powodzi u dzieci i młodzieży. *Psychologia Wychowawcza, 2–3*, 172–182.

Bokszczanin, A. (2003). *Społeczne i psychiczne reakcje dzieci i młodzieży na powódź 1997 roku*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Bonnano, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20–28.

Breslau, N.C. (2001). The epidemiology of Posttraumatic Stress Disorder: what is the extent of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry, 62, 17*, 16–22.

Bromet, E., Sonnega, A., Kessler, R.C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology, 147, 4*, 353–361.

Dekel, R., Solomon, Z., Ginzburg, K., Neria, Y., Zakin, G. (2004). Radzenie sobie w sytuacji niewoli wojennej. Wpływ osobowości na zespół stresu pourazowego. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s. 264–280). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Flannery D.J., Singer M.I., Wester, K. (2001). Violence exposure, psychological trauma, and suicide risk in a community sample of dangerously violent adolescent. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry, 40*, 435–442.

Folette, V.M., Polusny, M., Bechtle, A.E., Naugle, A.E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 25–35.

Green, B., Solomon, S. (1995). The mental health impact of natural and technological disasters. W: J.R. Freedy, S.E. Hobfoll (red.), *Traumatic stress: From theory to practise* (s. 163–180). New York: Plenum Press.

Heszen-Niejodek, I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelaua (red.), Psychologia: Podręcznik akademicki (tom 3), *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 465–492). Gdańsk: GWP.

Kaczmarek, M. (2006). Dziecko w obliczu katastrofy naturalnej: temperament i charakterystyki środowiska rodzinnego a nasilenie objawów PTSD. *Psychologia Rozwojowa, 11, 1*, 99–111.

Kaczmarek, M., Zawadzki, B. (2005). Pomiar symptomów zespołu stresu pourazowego u dzieci w wieku szkolnym: adaptacja „UCLA PTSD Index for DSM IV" oraz konstrukcja Kwestionariusza symptomów PTSD u dzieci w wersjach czynnikowej i klinicznej. *Psychologia, Edukacja i Społeczeństwo, 2*, 281–304

Kaniasty, K. (1998). Dynamika wsparcia społecznego w kontekście stresu społeczności. W: K. Lachowicz-Tabaczek (red.), *Psychologia środka. Pomiędzy teorią a praktyką psychologiczną* (s. 43–82). Wrocław: Alta 2.

Kinzie, J.D., Sack, W.H., Angell, R.H., Manson, S., Rath, B. (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children. *Journal of American Academy. Child Adolescent Psychiatry, 36, 3*, 349–356.

Kowalski, W. (1984). *Kwestionariusz stosunków między rodzicami a dziećmi A. Roe i M. Siegelmana*. Warszawa: Wydawnictwa Radia i Telewizji.

Lis-Turlejska, M. (2002). *Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak".

McFarlane, A.C., Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability and the course of posttraumatic reactions. W: B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (red.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (s. 155–181). New York: The Guilford Press.

McFarlane, A.C. (1987a). Posttraumatic phenomena in longitudinal study of children following a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child and Adolsecent Psychiatry, 26*, 764–769.

McFarlane, A.C. (1987b). Family functioning and overprotection following a natural disaster: The longitudinal effects of posttraumatic morbidity. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 21*, 210–218.

McFarlane, A.C. (1995). Stress and disaster. W: S. E.Hobfoll, M. W. deVries (red.), *Extreme stress and communities: impact and intervention* (s. 247–266). Dodrecht, the Netherlands: Kluwer.

Norris, F.H., Friedman, M.J., Byrne, C.M., Diaz, E., Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak Część I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry, 65*, 207–239.

Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.I., Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults; A meta- analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52–73.

Popiel, A., Staniaszek, K. (2005). Zaburzenie stresowe pourazowe a zaburzenia osobowości. Psychologia. *Edukacja i Społeczeństwo, 2*, 199–220.

Przetacznik-Gierowska, M., Włodarski, Z. (1994). *Psychologia wychowawcza*. Warszawa: PWN.

Resnick, H., Kilpatric, D., Dansky, B., Saunders, B., Best, C. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 984–991.

Roe, A., Siegelman, M. (1963). *A Parent-Child Relations Questionnaire*. Child Development, 36, 413–424.

Schwartz, E.D., Kowalski, J.M. (1991). Posttraumatic stress disorder after a school shooting; Effects of symptom threshold selection and diagnosis by DSM-II, DSM-III-R, or proposed DSM-IV. *American Journal of Psychiatry, 148*, 592–597.

Schmeidler, J., Siever, L.J. (2001).Variability and severity of depression and anxiety in Post Traumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder. *Depression and Anxiety, 2, 13*, 97–100.

Strelau, J., Kaczmarek, M., Zawadzki, B. (2006). Temperament as a predictor of maladaptive behavior under extreme stress The Polish studies of natural disasters. W: Q. Jing, M.R. Rosenzweig, G. d'Ydewalle, H. Zhang, H-C Che, K. Zhang (red.). Progress in psychological sciences around the world: Tom 2. *Social and applied issues* (s. 139–158). Hove, UK: Psychology Press.

Strelau, J., Zawadzki, B., Oniszczenko, W., Sobolewski, A., Pawłowski, P. (2004). Temperament i style radzenia sobie ze stresem jako moderatory zespołu stresu pourazowego następstwie przeżytej katastrofy. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s. 48–64). Gdańsk: GWP.

Terr, L.C. (1983). Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after school – bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry, 34*, 1543–1550.

Udwin, O. (1993). Annotation: childrens reactions to traumatic events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34, 2*, 115–127.

Vernberg, E. M., La Greca, A. M., Silverman, W. K., Prinstein, M. J. (1996). Prediction o f posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 237–248.

Vogel, J. M., Vernberg, E. M., (1993). Part 1: Childrens psychological responses to disasters, Task Force Report. *Journal of Clinical Child Psychology, 22, 4*, 464–484.

Ziemska, M. (1969). *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: Wiedza Powszechna.

Osobowościowe i psychospołeczne wyznaczniki wychodzenia z kryzysu psychologicznego u osób doświadczających przemocy w rodzinie*

Iwona Habuz

Uniwersytet Śląski

WPROWADZENIE

Przemoc w relacjach między osobami spokrewnionymi istniała od zawsze, mimo to mówiono o niej niewiele, jakby nie postrzegając jej jako poważnego problemu i zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny. Dopiero niecałe ćwierć wieku temu ogromna fala artykułów w prasie, telewizyjnych programów dokumentalnych, oraz informacji dotyczących przemocy w rodzinie we wszystkich mediach wstrząsnęła sumieniami wielu odbiorców, zmieniając ich perspektywę i ustosunkowanie się do tego problemu. Ujawniono jedynie bardzo okrutne, budzące sprzeciw. społeczeństwa pojedyncze, tragiczne zdarzenia z historii rodzin, zapominając, o tym, że dla ogromnej liczby osób dom jest miejscem lęku, zagrożenia, rozpaczy, bólu, cierpienia, a tragedie, które przedostały się do publicznej wiadomości, są tylko uwieńczeniem wieloletnich cierpień, tym bardziej dramatycznych i boleśniejszych, że rozgrywane były w tle społecznego przyzwolenia (Sasal, 2005).

Przemoc w rodzinie jest szczególnie drastycznym problemem w naszym kraju. Sprzyja jej bierność obywateli i częsta bezsilność służb publicznych. Doświadczanie przemocy w rodzinie nigdy nie jest jednorazowym incydentem, lecz długotrwałym procesem, powodującym pewne zmiany w psychice ofiar, które stopniowo kumulują się, powodując psychologiczny kryzys (Mazur, 2002).

Kryzysy psychologiczne mogą być skutkiem naruszenia równowagi, przez tzw. wydarzenia krytyczne, które charakteryzują się gwałtownością, dramatycznością, stwarzają wyzwanie dotychczasowym mechanizmom radzenia sobie jednostki i odnoszą się do istotnych dla niej wartości, dążeń. W przypadku kryzysu doświadczanego przez ofiary przemocy wewnątrzrodzinnej, wydarzenia te, nie tyle są uciążliwe poprzez swoją wielką siłę, lecz poprzez wyczerpującą długotrwałość, zmuszającą do funkcjonowania przez długi czas w stresie, pod ogromną presją, w warunkach ograniczonej kontroli osobistej (Kubacka-Jasiecka i Lipowska-Teutsch, 1997). Zdaniem B. Wheaton przyczynami kryzysu zwykle nie są nagłe, odrębne, niespodziewane wydarzenia ale relatywnie stałe, od dłuższego już czasu funkcjonujące trudności, których dynamika pozostaje w sprzeczności z pojęciem „wydarzenie" (Sęk, 2005). Zdaniem D. Kubackiej-Jasieckiej i K. Mudyń podstawową zasadą interwencji kryzysowej wobec osób borykających się z problemem przemocy domowej, odróżniającą ją od innych pomocowych form oddziaływania jest konieczność niesienia pomocy w trybie natychmiastowym. Podjęcie takiej interwencji wobec osoby w kryzysie pozwala wykorzystać jeszcze nie wyczerpane zasoby do radzenia sobie z sytuacją trudną jak i zapobiec rozwojowi dalszej patologii, a tym samym daje szansę wzrostu i rozwoju (Kubacka-Jasiecka i Mudyń, 2003).

Jedną z form pomocy osobom doświadczającym nadużyć ze strony najbliższych są grupy wsparcia. Intensywny rozwój ruchu takich grup obserwuje się od lat osiemdziesiątych (Riessman i Carroll, 2000). Różne terminy określają ten fenomen – grupa wsparcia, grupa wzajemnej pomocy, grupa samopomocowa. Jedynym warunkiem wstąpienia do niej jest przekonanie, że dzieli się problem, wokół którego grupa się zawiązała. Miliony ludzi uczestnicząc w takich spotkaniach uzyskuje tam wiedzę na temat swojego problemu, znajduje akceptację swojego cierpienia, poczucie bezpieczeństwa, wyzwala się od negatywnych uczuć, odkrywa wspól-

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy z perspektywie psychologicznej,* pod red. K. Popiołek, A. Bańki, Poznań 2010 SPiA, s. 139–154.

notę ludzi o podobnym doświadczeniu życiowym i dzięki temu wychodzi z kryzysu psychologicznego. Kluczową rolę w osiąganiu celów w grupie samopomocowej, jak również w całej interwencji kryzysowej wobec osób doświadczających przemocy w rodzinie, odgrywa uzyskanie wsparcia emocjonalnego. Zgodnie z hipotezą tzw. efektu bezpośredniego, wsparcie pełni korzystną rolę dla zdrowia, gdyż mimo stresu zapewnia człowiekowi poczucie przynależności. Osoby posiadające oparcie w innych są w mniejszym stopniu narażone na wydarzenia stresowe, lub spostrzegają niższy poziom stresu (Sęk, 2005). Jednym z czynników leczących w grupie wsparcia jest dzielenie się własnymi doświadczeniami (Badura-Madej i Dobrzańska-Mesterhazy, 2000). Osoba doświadczająca przemocy w rodzinie, przysłuchując się wypowiedziom uczestników grupy wsparcia uświadamia sobie, że nie tylko ona znalazła się w takiej sytuacji. Tam może zastanowić się, co robić dalej, by powstrzymać przemoc w jej rodzinie. Częścią procesu wychodzenia z kryzysu i wprowadzania pozytywnych zmian w swoje życie jest uświadomienie sobie przez ofiarę, jaki wpływ ma przemoc domowa na nią, na jej życie oraz na pozostałych uczestników domowego dramatu np. jej dzieci. Przedmiotem moich zainteresowań badawczych jest odkrycie od czego ten proces wychodzenia z kryzysu zależy. Jednym z pierwszych kroków w stronę jego pokonania jest rozpoznanie przez ofiary rodzajów nadużyć, które doświadczają (Ackerman i Pickering, 2004).

L. Walker stwierdziła, że grupa wsparcia przywraca uczestnikom - w tym wypadku ofiarom przemocy – poczucie bezpieczeństwa, pomaga w wyjściu z izolacji i w zhierarchizowaniu na nowo – zaburzonego systemu wartości, oraz pomaga odbudowywać więzi z innymi ludźmi co skutkuje obniżeniem subiektywnego poczucia samotności, a to wszystko składa się na proces wychodzenia z kryzysu psychologicznego (Badura-Madej i Dobrzańska-Mesterhazy, 2000).

CEL, PROBLEMATYKA BADAŃ

Problematyka badań własnych była zogniskowana na wyznacznikach wychodzenia z kryzysu psychologicznego ofiar przemocy wewnątrzrodzinnej. Osoby te, żyjąc w chronicznym stresie, lęku, napięciu, samotności, doświadczając mnóstwa negatywnych emocji i zniekształceń poznawczych przeżywają swoisty stan kryzysu psychologicznego, podczas którego załamują się dotychczasowe sposoby radzenia sobie.

Grupę badawczą stanowiło 40 kobiet uczestniczących w grupie wsparcia dla osób doświadczających przemocy w rodzinie. W celu porównania wyników, przy uwzględnieniu cech osobowości osób badanych materiał badawczy został zebrany dwukrotnie. Pierwszy pomiar był prowadzony na jednym z początkowych spotkań grupy wsparcia dla osób doświadczających przemocy w rodzinie, drugi zaś na jednym z ostatnich takich spotkań. Materiał badawczy stanowią wyniki w zastosowanych metodach badawczych osób z grup dobranych celowo.

W badaniach przyjęłam, że uczestnictwo w grupie wsparcia wpływa na sposób myślenia o sobie, o świecie, o problemie doświadczanej przemocy, na własne przekonania, uznawane wartości, odczuwane emocje, a tym samym generuje zmiany w psychice ofiar. Zmiany te inicjują przywracanie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a tym samym umożliwiają proces wychodzenia z kryzysu psychologicznego, który według Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (2005) jest celem interwencji kryzysowej, a jego osiągnięcie powinno „zapobiegać przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej".

Osoby zajmujące się tą problematyką są zgodni, w kwestii, że intensywność, czas trwania, przebieg procesu przeżywania i wychodzenia z kryzysu psychologicznego w dużej mierze zależy od indywidualnych właściwości psychicznych człowieka. Takimi właściwościami są między innymi cechy osobowości, które zostały uwzględnione w badaniach własnych. Cechy te zostały zbadane Kwestionariuszem NEO-FFI (Paul T. Costa, Robert R. McCrae w polskiej adaptacji: P. Szczepaniaka, M. Śliwińskiej, J. Stealaua, B. Zawadzkiego) (Zawadzki, Strelau i Szczepaniak, 1995). W przeciwieństwie do pozostałych testów, zastosowanych w tych badaniach, osoby badane wypełniały Kwestionariusz NEO-FFI tylko raz, gdyż zgodnie z autorami tej metody badawczej, natężenia mierzonych cech osobowości są względnie stałe. Pozostałe testy psychologiczne, zastosowane w tych badaniach, w celu porównania ich wyników, każda osoba badana wypełniała dwa razy. Odstęp czasowy miedzy pierwszym a drugim badaniem wynosił około trzech miesięcy. W badaniach czynniki wewnętrzne – osobowościowe pełniły funkcję zmiennych pośredniczących, wpływających na proces wychodzenia z kryzysu, aczkolwiek zdaje sobie sprawę, że nie tylko od nich to zależy. Literatura przedmiotu podkreśla, że w wychodzeniu z kryzysu psychologicz-

nego znaczenie mają jeszcze inne zmienne pośredniczące takie jak poczucie kontroli, subiektywna ocena znaczenia sytuacji i jej przyczyn. Spostrzegane subiektywne przyczyny wydarzeń pozwalają przewidywać konkretne formy zachowania osoby w kryzysie np. gdy upatruje ona przyczyny kryzysu w czynnikach stałych, wewnętrznych, ogólnych, prowadzi to do większej bezradności i większych deficytów przystosowania, a tym samym utrudnia proces wychodzenia z kryzysu psychologicznego (Kubacka-Jasiecka i Lipowska-Teutsch, 1997). Nie uwzględniłam innych zmiennych pośredniczących, ze względu na główny cel moich badań jakim jest zbadanie zależności między poszczególnymi cechami osobowości osób doświadczających przemocy w rodzinie, uczestniczących w grupie wsparcia, a procesem wychodzenia z kryzysu psychologicznego. Proces o którym mowa pełni funkcję zmiennej zależnej. Po zapoznaniu się z fachową literaturą dotyczącą problematyki kryzysu psychologicznego i na potrzeby przeprowadzenia własnych badań, dokonałam jej operacjonalizacji.

Wychodzenie z kryzysu psychologicznego to pewien proces charakteryzujący się m.in.:

- zmianą w wartościowaniu, polegającą na znacznym zmniejszeniu lub całkowitym zniwelowaniu występowania poważnych trudności lub zaburzeń w tym procesie,
- zmianą w stopniu nasilenia odczuwanego lęku, rozumianego jako stan, polegającą na jego znacznym obniżeniu się,
- zmianą w stopniu nasilenia odczuwanej samotności, polegającą na jej znacznym osłabieniu.

Jednocześnie zdaję sobie sprawę, że w procesie wychodzenia z kryzysu psychologicznego zmianie ulega o wiele więcej właściwości psychologicznych m.in. obraz siebie, poczucie własnej wartości, bezradności, samoocena itp., jednak w swoich badaniach ze względu na pewne ograniczenia czasowe uwzględniłam tylko niektóre spośród nich. Moje założenie co do szybkości zmian wartości właściwości psychicznych w procesie wychodzenia z kryzysu psychologicznego, implikujące wybór tylko niektórych spośród nich (kryzysu w wartościowaniu, lęku jako stanu, samotności), jest również poparte rozważaniami w literaturze na ten temat.

Na występowanie u ofiar przemocy domowej kryzysu w wartościowaniu, polegającego na występowaniu poważnych trudności lub zaburzeń w procesie wartościowania (rozumianego jako wszystkie procesy emocjonalne, poznawcze, oraz motywacyjne związane z przeżywaniem wartości), z którymi łączy się stan zwiększonego niepokoju zwraca uwagę m.in. P. Oleś (1989). Podobnie J. Mellibruda (1997) wskazuje, że jednym z czynników zniewalających, które utrudniają wydostanie się z pułapki przemocy w rodzinie jest zaburzony system wartości u osób jej doświadczających, jednocześnie podkreśla, że odbudowywanie i uporządkowanie systemu wartości to jeden z celów pomocy psychologicznej ofiarom przemocy15. Przeżywanie kryzysu psychologicznego wiąże się ze zmianami w myśleniu, spostrzeganiu, odczuwaniu, i działaniu, stanowiącymi często wyraz „przejściowej patologii", która choć nie jest chorobą, może powodować cierpienie i negatywne uczucia, gdyż uderza w cenione wartości (Kubacka-Jasiecka i Mudyń, 2003). Na powiązania kryzysu psychologicznego z podstawowymi wartościami jednostki wskazuje również H. Sęk (2005). Zdaniem autorki te okresowe, przejściowe zaburzenia równowagi psychicznej, określane mianem kryzysu, są spowodowane zagrożeniem wartości powiązanych z sensem życia, w toku konfrontacji z ważnym problemem życiowym, do jakich niewątpliwie należy doświadczanie przemocy wewnątrzrodzinnej. Podobnie D. Kubacka-Jasiecka i A. Lipowska-Teutsch (1997) podkreślają, że kryzys psychologiczny bywa skutkiem nagłej utraty lub zagrożenia utratą wartości, uważanej przez osobę za ważną, podstawową dla jej egzystencji18. W związku z tym jednym z celów badawczych jest sprawdzenie za pomocą Kwestionariusza do Badania Kryzysu w Wartościowaniu (KKW), P. Olesia jak zmienia się system wartości u osób doświadczających przemocy domowej, uczęszczających na grupę wsparcia i czy rzeczywiście u ofiar przemocy występuje pewnego rodzaju kryzys w wartościowaniu oraz czy i jak oddziaływanie grupy wsparcia pomaga go pokonać i uporządkować hierarchię wartości?

Wielu autorów, pisząc o stanach emocjonalnych, jakie przeżywają osoby doświadczające przemocy domowej obligatoryjnie wymieniają lęk. W przyjętej w badaniach koncepcji Ch.D. Spielbergera charakteryzuje się on, od strony subiektywnej jako przeżywanie obawy i napięcia i towarzyszy mu wzmożona aktywność autonomicznego układu nerwowego (Siek, 1983). Zdaniem RJ. Ackerman i S.E Pickering (2004) lęk u ofiar nadużyć w rodzinie jest silnym czynnikiem powstrzymującym ich opór wobec przemocy lub szukania innych rozwiązań i jednym z najważniejszych powodów trwania w krzywdzącym związku20. Może on hamować dążenie osób doświadczających przemocy

w rodzinie do zmian, szczególnie wtedy, gdy przyszłość jest niepewna. W rodzinach, w których dochodzi do aktów przemocy, lęk ciągle narasta, utrudnia racjonalne myślenie podejmowanie ważnych decyzji. Wiele z maltretowanych kobiet często odczuwa lęk przed pozostaniem, lecz jeszcze częściej przed odejściem. Trwanie w związku jest sytuacją bardziej przewidywalną niż rozstanie, bo wiadomo czego można się obawiać. Odejście czy szukanie innych rozwiązań zawsze zawiera w sobie pewną niewiadomą, która może przynieść coś, czego się ofiara przemocy nie spodziewa i czego nie chce. Lęk może nie tylko trzymać ofiarę w związku z maltretującym tyranem, lecz również powstrzymywać ją od szukania jakichkolwiek rozwiązań, szczególnie wtedy, gdy sprawca ją zastrasza. Jego groźby czasem mogą się spełnić, czego przykładami są zabójstwa kobiet, przez rozwścieczonych mężów. Zdarza się również, że owładnięta ogromnym lękiem ofiara, nie widząc innego ratunku zabija sprawcę. W moich badaniach przyjęłam koncepcję lęku rozumianego jako stan, a nie jako cecha, ponieważ poziom natężenia lęku rozumianego jako stan może się zmieniać. Za pomocą Kwestionariusza Samooceny STAI Ch.D. Spielberger, J. Strelau, M. Tesarczyk, K. Wrześniewski badałam wpływ uczestnictwa w grupie wsparcia na poziom lęku, rozumianego jako stan.

Kolejnym psychospołecznym czynnikiem, który wybrałam, wpływającym na proces wychodzenia z kryzysu osób doświadczających przemocy domowej jest samotność. Wiele osób wierzy, że są wokół nich ludzie którzy w trudnej chwili przyjdą im z pomocą. Niebezpieczeństwem jest odkrycie braku możliwości uzyskania od innych pomocy w sytuacji, gdy się jej potrzebuje i gdy wierzyło się w jej otrzymanie. Gdy ofiara przemocy dokonuje takiego odkrycia w sytuacji kryzysu psychologicznego, jej stan psychiczny tylko się pogarsza, wzmaga się poczucie samotności i obezwładniającej pustki. Maltretujący tyran poprzez kontrolowanie i ograniczanie ofierze kontaktów z innymi, znaczącymi dla niej osobami, stara się doprowadzić ją do izolacji społecznej. Ośmieszanie, wyzywanie, poniżanie, krytykowanie ofiary przez sprawcę w obecności jej bliskich czy znajomych jeszcze bardziej pogłębia poczucie wstydu i osamotnienia. Osoba krzywdzona może zacząć wierzyć, że zasłużyła sobie na złe traktowanie, że w gruncie rzeczy jest dokładnie taka, jak mówi o niej sprawca, wyolbrzymiający jej wady i błędy. Czując się złą, mało wartościową i nieatrakcyjną kobietą, przypuszcza, że utrzymanie związku ze sprawcą to jedyna szansa by nie być samotną (Mellibruda, 2006). Sprawca utwierdza ofiarę w przekonaniu, że nie może ona liczyć na pomoc swych bliskich czy dotychczasowych przyjaciół. To wzmaga tylko poczucie samotności i zmusza osobę krzywdzoną, przeżywającą kryzys do oparcia się wyłącznie na własnych siłach i możliwościach działania, a to często, ze względu na jej stan psychiczny nie jest możliwe (Badura-Madej, 1999). Ważnym aspektem przemocy w rodzinie i związaną z tym samotnością jest to, że często nie ma świadków. Krzywdziciel skutecznie i w łatwy sposób może odizolować ofiary od potencjalnych źródeł pomocy, nakłonić je do milczenia. Jeśli nawet ktoś dowie się, lub domyśli się czegoś i zechce podjąć interwencję, może zostać skutecznie zastraszony przez sprawcę (Sasal, 2005). W związku z tym w swych badaniach za pomocą Skali Do Badania Samotności Z. Dołęgi (2003), porównałam poziom samotności ofiar przemocy domowej na jednym z początkowych spotkań w grupie wsparcia z poziomem samotności na jednym z końcowych spotkań, weryfikując jednocześnie hipotezę o wpływie uczestnictwa w tej grupie na obniżenie poziomu poczucia samotności u osób w niej uczestniczących.

PYTANIA BADAWCZE

W pracy tej podstawowym pytaniem ogólnym jest to, czy uczestnictwo w grupie wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie wpływa na proces wychodzenia z kryzysu psychologicznego. Pytania szczegółowe natomiast dotyczą psychospołecznych wyznaczników wychodzenia z kryzysu psychologicznego u osób doświadczających przemocy w rodzinie uczestniczących w grupie wsparcia. Chodzi tu przede wszystkim o zbadanie czy uczestnictwo w grupie wsparcia dla ofiar przemocy wywołuje zmiany w ich procesie wartościowania, w nasileniu lęku, poziomie samotności. A jeśli tak, to czy i jak zmiany te zależą od cech osobowości?

METODY BADAWCZE

- Kwestionariusz NEO-FFI (Paul T. Costa, Robert R. McCrae w polskiej adaptacji: P. Szczepaniaka, M. Śliwińskiej, J. Stealaua, B. Zawadzkiego)
- Kwestionariusz do Badania Kryzysu w Wartościowaniu KKW, P. Oleś
- Kwestionariusz Samooceny STAI Ch.D. Spielberger, J. Strelau, M. Tesarczyk, K. Wrześniewski
- Skala Do Badania Samotności SBS Z. Dołęga

DOBÓR ZMIENNYCH I ICH OPERACJONALIZACJA

W moich badaniach zmiennymi zależnymi (wyjaśnianymi) będą:

1. Kryzys w wartościowaniu:
   – Trudność uporządkowania systemu wartości w hierarchię
   – Poczucie zagubienia wartości
   – Dezintegracja wartościowania
   – Poczucie niezrealizowania wartości
2. Lęk jako stan.
3. Samotność:
   – Samotność społeczna
   – Samotność emocjonalna
   – Samotność egzystencjalna
   – Samotność globalna

Każda ze zmiennych zależnych jest w skali przedziałowej i była mierzona dwukrotnie (pierwszy pomiar dokonany był na jednym z pierwszych spotkań danej grupy wsparcia dla osób doświadczających przemocy w rodzinie, natomiast drugi pomiar na jednym z ostatnich takich spotkań).

Funkcję zmiennej niezależnej będzie spełniać:
– Uczestnictwo w grupie wsparcia dla osób doświadczających przemocy w rodzinie

Zmiennymi pośredniczącymi natomiast będą:

1. Cechy osobowości „Wielkiej Piątki"
2. Neurotyczność
3. Ekstrawersja
4. Otwartość
5. Ugodowość
6. Sumienność

Operacjonalizacja wymienionych zmiennych:

– Kryzys w wartościowaniu – występowanie poważnych trudności lub zaburzeń w procesie wartościowania (rozumianego jako wszystkie procesy poznawcze, emocjonalne oraz motywacyjne związane z przeżywaniem wartości, a w szczególności: ocenianie, wybieranie, realizowanie wartości), z którymi łączy się stan zwiększonego niepokoju (Oleś, 1989).

Wskaźnik: wynik ogólny uzyskany w Kwestionariuszu do Badania Kryzysu w Wartościowaniu (KKW), P. Oleś:

7–10 sten – wynik wysoki, świadczący o występowaniu poważnego kryzysu w wartościowaniu,

5–6 sten – wynik przeciętny, mówiący o występowaniu niewielkich trudności w procesie wartościowania,

1–4 sten – wynik niski, wskazujący na brak trudności i zaburzeń w procesie wartościowania.

W zakresie każdego z procesów składającego się na proces wartościowania mogą występować następujące specyficzne trudności lub zaburzenia:

– Trudność uporządkowania systemu wartości w hierarchię – liczne wątpliwości co do wartości życiowych, trudności w określeniu wartości głównej, w zhierarchizowaniu ich, z powodu konfliktu wartości lub niewystarczającej refleksji nad wartościami.

Wskaźnik: wynik uzyskany w Skali H

– Poczucie zagubienia wartości – poczucie braku cenionych wartości, ideałów i wzorców życia jako standardów do realizacji, poczucie odchodzenia oraz utraty znaczenia wartości, z czym łączy się poczucie zawodu, przekonanie o niewłaściwie wybieranych celach życiowych.

Wskaźnik: wynik uzyskany w Skali Z

– Dezintegracja wartościowania – rozbieżność między wartościami odczuwanymi, uznawanymi i motywacją do ich realizacji, brak satysfakcji z posiadanego systemu wartości, własnych ocen, wyborów, spostrzeganie własnego postępowania jako przypadkowego, w małym stopniu związanego z posiadanym systemem wartości, mała motywacja do realizacji celów

Wskaźnik: wynik uzyskany w Skali D

– Poczucie niezrealizowania wartości – spostrzeganie swojego postępowania jako niezgodnego z systemem wartości, moc regulacyjna wartości spostrzegana jest jako zbyt mała, co powoduje niepokój podczas myślenia o wartościach, poczucie niespełnienia ważnych zadań życiowych, bycia nie na swoim miejscu; może występować poczucie winy i ocena własnego postępowania jako niewłaściwego.

Wskaźnik: wynik uzyskany w Skali R

– Lęk jako stan – w koncepcji Spielbergera rozumiany jako zmienny stan emocjonalny jednostki, charakteryzujący się od strony subiektywnej jako przeżywanie obawy i napięcia, któremu towarzyszy wzmożona aktywność autonomicznego układu nerwowego (Siek, 1983, s. 303).

Wskaźnik: wynik uzyskany w Kwestionariuszu Samooceny STAI Ch. D. Spielberger, J. Strelau, M. Tesarczyk, K. Wrześniewski (Arkusz Xl)

8–10 sten – wynik wysoki – wskazuje na aktualne istnienie intensywnych reakcji lękowych świadczących o znacznym nasileniu lęku,

4–7 sten – wynik średni – wskazuje na istnienie niektórych reakcji lękowych, sugerujących średni poziom nasilenia lęku,

1–3 sten – wynik niski – niski poziom nasilenia lęku.

– Samotność – nie jest jednorodną zmienną psychologiczną i może ujawniać się w różnych obszarach podmiotowych przeżyć.

Wskaźnik: Wynik w skali SBS/globalna mierzony Skalą Do Badania Samotności SBS Z. Dołęga

Samotność charakteryzują następujące wymiary (Dołęga, 2003)25:

– Samotność emocjonalna – zwana emocjonalnym osamotnieniem, dotyczy dokonywania przez badanych samooceny, formułowania atrybucji na temat przyczyn samotności leżących po stronie podmiotu i opisu emocji i nastojów przeżywanych przez osobę samotną. Polega na negatywnej ocenie siebie jako partnera relacji społecznych oraz ujawnianiu dystresu polegającego na obniżonym nastroju i innych negatywnych emocji.

Wskaźnik: wynik w skali SBS/se

– Samotność społeczna – zwana percepcją izolacji interpersonalnej wiąże się z przebiegiem i oceną aktualnych relacji społecznych, sądami atrybucyjnymi wskazującymi na przyczyny samotności związane z sytuacją i otoczeniem społecznym. Odnosi się do przeżywania izolacji, marginalizacji, braku możliwości zidentyfikowania swej roli w określonym układzie społecznym oraz pewności swego znaczenia dla partnerów interakcji.

Wskaźnik: wynik w skali SBS/sp

– Samotność egzystencjalna – łączy się z generalną oceną osobistego położenia życiowego, sądami atrybucyjnymi wskazującymi na przyczyny samotności leżące po stronie sytuacji lub otoczenia społecznego. Jest poczuciem braku identyfikacji z wartościami, normami i celami życiowymi, brakiem zakotwiczenia się w świecie czy szerszym kontekście społecznym i przeżywaniem braku integracji z ludźmi.

Wskaźnik: wynik w skali SBS/seg

7–10 sten – wynik wysoki, oznacza wysoki stopień poczucie samotności

5–6 sten – wynik średni, oznacza średnie nasilenie poczucia samotności

1–4 sten – wynik niski, wskazuje na niski stopień poczucia samotności

– Wychodzenie z kryzysu psychologicznego – pewien proces charakteryzujący się:

1. zmianą w wartościowaniu, polegającą na znacznym zmniejszeniu lub całkowitym zniwelowaniu występowania poważnych trudności lub zaburzeń w tym procesie,

Wskaźnik: Istotna różnica miedzy sumą punktów uzyskanych w pierwszym pomiarze, a sumą punktów uzyskanych w drugim pomiarze Kwestionariuszem do Badania Kryzysu w Wartościowaniu (KKW). Wyniki uzyskane w drugim pomiarze będą znacznie niższe od wyników uzyskanych w pomiarze pierwszym.

2. zmianą w stopniu nasilenia odczuwanego lęku, rozumianego jako stan, polegającą na jego znacznym obniżeniu się,

Wskaźnik: Istotna różnica między wynikami pierwszego drugiego pomiaru Kwestionariuszem Samooceny STAI. Poziom nasilenia lęku rozumianego jako stan w pomiarze pierwszym, będzie znacznie wyższy, niż w pomiarze drugim.

3. zmianą w stopniu nasilenia odczuwanej samotności, polegającą na jego znacznym osłabieniu.

Wskaźnik: Istotna różnica między wynikami uzyskanymi w pierwszym i drugim pomiarze Skalą Do Badania Samotności SBS. Poziom nasilenia samotności ulegnie osłabieniu, wyniki w pierwszym badaniu, będą znacznie wyższym niż w pierwszym.

W swoim modelu badawczym zakładam również, że o efektywności wychodzenia z kryzysu psychologicznego będzie decydować wielkość zmiany wartości poszczególnych zmiennych zależnych między pierwszym a drugim pomiarem, co oznacza, że im większy nastąpi spadek natężenia kryzysu w wartościowaniu, leku i samotności pod wpływem uczestnictwa w grupie wsparcia, tym efektywniejszy będzie proces wychodzenia z kryzysu psychologicznego.

– Uczestnictwo w grupie wsparcia dla osób doświadczających przemocy w rodzinie – udział we wszystkich spotkaniach w danej grupie wsparcia.
– Cechy osobowości.

Metodą badawczą, jaką posłużyłam się w badaniach, do pomiaru zmiennych pośredniczących był Kwestionariusz NEO-FFI Paul T. Costa, Robert R. McCrae w polskiej adaptacji P. Szczepaniaka, M. Śliwińskiej. J. Stealaua, B. Zawadzkiego.

Zgodnie z teorią twórców kwestionariusza bazę osobowości tworzy tzw. „wielka piątka" obejmująca dwubiegunowe wymiary osobowości:

– neurotyczność-zrównoważenie emocjonalne
– ekstrawersja-introwersja
– duża otwartość na doświadczenie – mała otwartość na doświadczenie
– ugodowość-nieustępliwość
– sumienność-chaotycznosc

MODEL BADAŃ

Graficzne przedstawienie modelu badawczego przedstawia Rysunek 1.

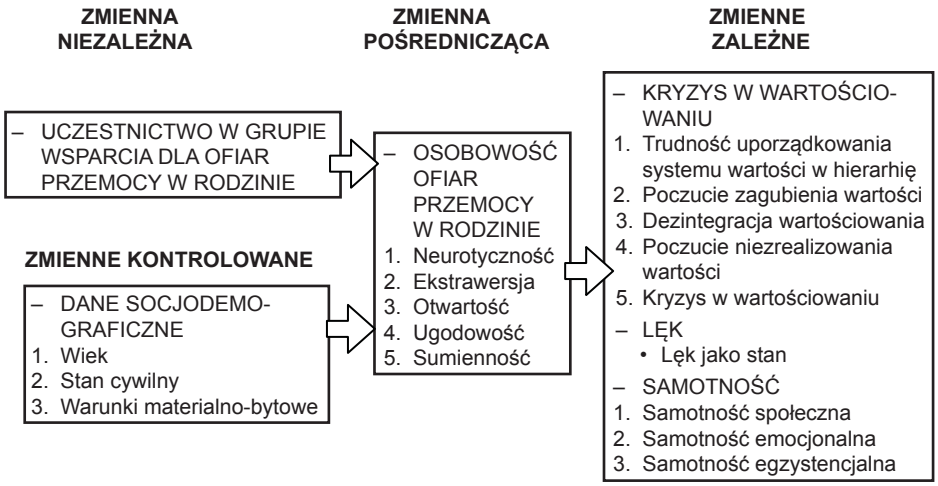
rystyczny dla różnych grup wpływa na wielkość zmian w natężeniu kryzysu w wartościowaniu, lęku, poczucia samotności, a tym samym wyznacza proces wychodzenia z kryzysu w trakcie uczestniczenia w grupie wsparcia.

Analiza skupień pozwoliła wyodrębnić trzy grupy w zależności od nasilenia poszczególnych cech osobowości mierzonych NEO-FFI:

Grupa I – pierwsza charakteryzuje się wysokimi wskaźnikami w skali neurotyczności i sumienności, niskimi w ekstrawersji i otwartości, średnimi w ugodowości.

Grupa II – w drugiej grupie natężenie poszczególnych wymiarów osobowości utrzymuje się na poziomie średnim.

Grupa III – trzecia charakteryzuje się wysokim stopniem nasilenia ekstrawersji i otwartości, średnim w ugodowości i sumienności, natomiast niskim w neurotyczności.



Rys. 1. Graficzne przedstawienie modelu badan własnych

WYNIKI I DYSKUSJA

Uzyskane wyniki badań wykazują, że uczestnictwo w grupie wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie wpływa na proces wychodzenia z kryzysu psychologicznego. Uczestnictwo w grupie wsparcia dla ofiar przemocy wywołuje zmiany w ich procesie wartościowania, w poziomie lęku i samotności, polegające na jego istotnym obniżeniu. Spadek ten jednak nie był taki sam dla poszczególnych osób i zależał od nasilenia poszczególnych cech osobowości ofiar. Oznacza to, że układ cech osobowości, charakte-

We wszystkich grupach po uczestnictwie w grupie wsparcia nastąpił istotny spadek natężenia lęku, samotności i kryzysu w wartościowaniu, jednak u ofiar o określonym układzie cech osobowości charakterystycznym dla grupy trzeciej, przebieg procesu wychodzenia z kryzysu psychologicznego okazał się najbardziej efektywny. W tej grupie zaobserwowano największe istotnie statystycznie spadki poziomu lęku, samotności i kryzysu w wartościowaniu. Najmniejsze zaś różnice pomiędzy średnimi wartościami wyników otrzymanych w poszczególnych testach

w pomiarze pierwszym i drugim pojawiły się pod wpływem uczestnictwa w grupie wsparcia u osób należących do pierwszego skupienia. Przebieg procesu wychodzenia z kryzysu psychologicznego w tej grupie był więc najmniej efektywny. Zastanawiając się, dlaczego akurat układ cech osobowości charakterystyczny dla grupy trzeciej, predysponował osoby badane do efektywniejszego wyjścia z kryzysu psychologicznego, wydaje się, że największe znaczenie miało tu wysokie natężenie ekstrawersji a niskie neurotyczności. Takie cechy osobowości, występujące u badanych kobiet, z pewnością ułatwiają im radzenie sobie w sytuacji trudnej, jaką jest doświadczanie przemocy. Dzięki ich towarzyskości, zdolności do utrzymywania bliskich kontaktów z innymi, pod wpływem uczestnictwa w grupie wsparcia, w porównaniu z osobami należącymi do pozostałych skupień zachodzi największy spadek poczucia samotności. Ich życiowa aktywność i tendencja do reagowania pozytywnymi emocjami, np. radością, poczuciem szczęścia, mogły mieć znaczący wpływ na największy spośród wszystkich grup spadek natężenia lęku rozumianego jako stan. Natomiast umiejętności w zakresie asertywności, optymizm życiowy i zrównoważenie emocjonalne mogły decydować o największym spadku natężenia kryzysu w wartościowaniu. Ważną rolę w najefektowniejszym wychodzeniu z kryzysu psychologicznego w tej grupie, a szczególnie na duży spadek kryzysu w wartościowaniu, mógł również mieć wysoki poziom otwartości na doświadczenie wiążący się z tendencją do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, z ciekawością intelektualną, gotowością do analizy wartości społecznych, politycznych czy religijnych (Kopańska, 2006).

Proces wychodzenia z kryzysu psychologicznego przebiegał najmniej efektywnie w grupie pierwszej. Tu nastąpiły najmniejsze różnice pomiędzy natężeniem kryzysu w wartościowaniu, lęku i samotności mierzonych przed i po uczestnictwie w grupie wsparcia. Osoby do niej należące charakteryzowały się wysokimi wynikami w skali neurotyczności i sumienności, niskimi w ekstrawersji i otwartości, średnimi w ugodowości. Z przeprowadzonej analizy statystycznej wynika, ze taki układ cech niekorzystnie wpływał, a właściwie niejako utrudniał wychodzenie z kryzysu psychologicznego. Największe znaczenie wydaje się tu odgrywać wysoki poziom neurotyzmu i introwersji. Zdaniem M. Lis-Turlejskiej utrudnieniem wyjścia z kryzysu psychologicznego, u osób, które doświadczały traumy, jest istniejąca uprzednio neurotyczna struktura osobowości – prowadząca do konfliktu w procesie przewartościowania (Lis-Turlejska, 2002). Stąd niewielkie zmiany w natężeniu kryzysu w wartościowaniu w tej grupie. Tendencje do reagowania napięciem lękowym, mogły mieć wpływ na nieznaczne tylko obniżenie się lęku rozumianego jako stan pod wpływem uczestnictwa w grupie wsparcia. Autorka zwraca uwagę, że przetwarzanie wspomnień traumatycznych prowadzi do obniżenia emocji negatywnych, a w szczególności tych związanych z lękiem. Jednak osoby neurotyczne w porównaniu z osobami zrównoważonymi emocjonalnie, ze względu na intensywne przeżywanie tego typu emocji, kierują swoją uwagę na negatywne aspekty wydarzenia traumatycznego i mają problemy ze zintegrowaniem przykrych wspomnień. To prowadzi do dłuższego utrzymywania się symptomów stresu pourazowego i może przyczyniać się do niewielkich zmian w natężeniu samotności, kryzysu w wartościowaniu czy lęku.

K. Horney (2002) uważa, że wszystko co robi człowiek zdrowy, robi dla przyjemności, neurotyk zaś robi po to aby uwolnić się od lęku, by obniżyć przykry stan napięcia emocjonalnego. Neurotycy chcą kochać i być kochanymi, lecz ta potrzeba miłości jak każda inna potrzeba niezaspokojona – jest u neurotyka wzmożona. Nie potrafią jej zaspokoić, gdyż są niezdolni do miłości. Nieśmiałość, lęk społeczny, niskie poczucie wartości, poczucie winy, smutku, bezsilności, wstydu i zmieszania w obecności innych kobiet mogły utrudniać spadek poczucia samotności. Takie doświadczenia emocjonalne sprawiają, że ludzie mają nie tylko poczucie niezaspokojenia ważnych dla nich potrzeb, ale czują się bez wartościowi, bezradni, bezsilni i wyalienowani. Osoby badane będące neurotykami odczuwają silny lęk przed otoczeniem społecznym, posiadają nadmiernie rozwinięty system kontroli, co utrudnia im nawiązywanie kontaktów społecznych, a tym samym wpływa na poczucie samotności.

Neurotyczność osób badanych decyduje o sprawności w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi, jaką jest doświadczanie przemocy domowej, o podatności na doświadczanie „trudnych" emocji takich jak: lęk, smutek, wrogość, sprzyja trudnościom adaptacyjnym, utrudnia radzenie sobie ze stresem, zwiększa podatność na doświadczanie lęku, agresji, depresji. Osoby neurotyczne przejawiają skłonności do irracjonalnych pomysłów, mają małą zdolność do kontroli własnych popędów. Wynika to z faktu, że negatywne emocje rzutują na adaptację jednost-

ki do środowiska (Bąbel, 2005)29. To przyczynia się do małej efektywności wychodzenia z kryzysu psychologicznego właśnie w tej grupie.

Wysoki stopień introwersji mógł wpływać na dystansowanie się, unikanie wyrażania swojego zdania w obecności innych kobiet, małe zaangażowanie w dyskusje podczas spotkań w grupie wsparcia, w związku z czym, uczestnictwo w nich mogło w najmniejszym stopniu oddziaływać na osoby należące do pierwszego skupienia. Być może osoby te, z powodu zamknięcia w sobie, skłonności do unikania kontaktów społecznych, do izolowania się od grona ofiar uczestniczących w grupie samopomocy, złego spostrzegania swej pozycji i niedoceniania swej atrakcyjności w tej grupie oraz nadmiernej wrażliwości na odtrącenie, nie umiały w pełni skorzystać z udzielanego im wsparcia społecznego i pomocy psychologicznej. Istotny wpływ na zmiany natężenia poszczególnych zmiennych psychologicznych w grupie pierwszej mógł mieć również niski poziom otwartości na doświadczenie. Osoby odznaczające się tą cechą wolą trzymać się znanych, konwencjonalnych sposobów, pomysłów, postępują według swych zasad, są konserwatywne w poglądach, cenią sobie tradycyjne wartości, preferują uznane społecznie sposoby działania i są konwencjonalne w zachowaniu. W związku z tym zmiany w natężeniu kryzysu w wartościowaniu u tych osób były niewielkie.

Mogło to być związane również z wysokim natężeniem sumienności, jakim charakteryzują się osoby należące do tego skupienia, obejmującym wytrwałość, konsekwencje w działaniu, wywiązywanie się z przyjętych zobowiązań (Strelau, 2002)30.

Konkludując, określony układ cech osobowości istniejący w poszczególnych grupach wpływał na efektywność procesu wychodzenia z kryzysu psychologicznego u kobiet doświadczających przemocy w rodzinie, uczęszczających na grupę wsparcia. Dzięki uczestnictwu w niej u badanych kobiet zaszły zmiany w wielkości zmiennych zależnych, polegające na spadku ich natężenia. W grupie trzeciej były one największe a w grupie pierwszej najmniejsze. Istnieją więc cechy osobowości, które w większym stopniu niż pozostałe decydują o wyjściu z kryzysu psychologicznego. Analizując wpływ natężenia poszczególnych cech osobowości na efektywność wychodzenia z kryzysu psychologicznego największe znaczenie wydaje się mieć poziom ekstrawersji i neurotyczności, ponieważ natężeniem tych cech różniły się osoby z grupy pierwszej i trzeciej. Wyniki wysokie w skali ekstrawersji oraz wyniki niskie w skali neurotyzmu w największym stopniu predysponują osoby doświadczające przemocy do wyjścia z kryzysu psychologicznego, natomiast przeciwne natężenie tych cech utrudnia ten proces.

PODSUMOWANIE, WNIOSKI

Podsumowując, można dojść do konkluzji, ze uczestnictwo w grupie wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie wywiera bardzo korzystny wpływ na ich psychikę. Dzięki uczestnictwu w spotkaniach w takiej grupie, przebiegających w atmosferze empatii, zrozumienia, aktywnej akceptacji i solidarności, podczas których osoby badane skupiały się na własnych postawach, emocjach, zachowaniach, co aktywizowało je do własnych przemyśleń i refleksji na temat swojego życia, jakimi mogą podzielić się z innymi kobietami w podobnej sytuacji, od których otrzymują wsparcie, u osób badanych znacznie zmniejszyły się trudności w wartościowaniu, stopniowo następowała obudowa i uporządkowywanie systemu wartości, wraz z jego realizacją, znacznie spadło natężenie lęku rozumianego jako stan, poprzez zmniejszanie się przeżywania negatywnych, emocji, obaw, napięć, obniżył się poziom odczuwanej samotności. Wszystkie te zmiany są wskaźnikiem procesu wychodzenia z kryzysu psychologicznego. Proces ten okazał się zależny od natężenia cech osobowości. U ekstrawertyków, zrównoważonych emocjonalnie, w przeciwieństwie do osób introwertywnych, sumiennych i o dużym nasileniu neurotyzmu proces wychodzenia z kryzysu psychologicznego był najbardziej efektywny, co ułatwiało osobom krzywdzonym przez najbliższych bardziej racjonalne myślenie, podejmowanie przemyślanych i skutecznych działań mogących przerwać raz na zawsze błędne koło przemocy domowej.

LITERATURA

Ackerrnan, R.J., Pickering, S.E. (2004). *Zanim będzie za późno. Przemoc i kontrola w rodzinie*. Gdańsk: GWP.

Badura-Madej, W. (1999). *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*. Katowice: Biblioteka Pracownika Socjalnego.

Badura-Madej, W., Dobrzańska-Mesterhazy, A. (2000). *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Bąbel, P. (2005). Między ekstrawersją a introwersją. *Charaktery, l*, 13–19.

Dołęga, Z. (2003). *Samotność młodzieży – analiza teoretyczna i studia empiryczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Horney, K. (2002). *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. Kraków: REBIS.

Kopańska, M. (2006). *Osobowość Z perspektywy praktyki doboru i oceny personelu w świetle dotychczasowych badań*. Szczecin: Wyższa Szkoła Humanistyczna TWP w Szczecinie.

Kubacka-Jasiecka, D., Lipowska-Teutsch, A. (red.). (1997). *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków: Wydawnictwo ALL.

Kubacka-Jasiecka, D., Mudyń, K. (red.). (2003). *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Lipowska-Teutsch, A. (1993). *Ofiary istnieją. Antologia*. Kraków: Ośrodek Pomocy i Interwencji Psychologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego i Akademii Medycznej im. Kopernika.

Lis-Turlejska, M. (2002). *Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Madanes, C. (2003). *Przemoc w rodzinie*. Psychoterapia sprawców i ofiar. Gdańsk: GWP.

Mazur, J. (2002). *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Mellibruda, J. (1997). Przemoc domowa. *Charaktery, 10*, 12–23.

Mellibruda, J. (2006). *Mapa problemów przemocy w rodzinie. Materiały szkoleniowe*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Studium Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie.

Oleś, P. (1989). *Kwestionariusz do Badania Kryzysu w Wartościowaniu – podręcznik*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Riessman F., Carroll,D. (2000). *Nowa definicja samopomocy. Polityka i praktyka*. Warszawa: PARPA.

Sasal, D. (2005). *Przewodnik do procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie*. Warszawa: PARPA.

Sęk, H. (red.). (2005). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.

Siek, S. (1983). *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.

Strelau, J. (red.). (2002). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: GWP.

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005, Dz. U. z 2005 r. nr 180, poz. 1493.

Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P. (1995). Diagnoza psychometryczna pięciu wielkich czynników osobowości – adaptacja kwestionariusza NEO-FFI Costy i McCrae do warunków polskich. *Studia Psychologiczne, 33*, 189–195.

Percepcja wsparcia społecznego a uczestnictwo w terapii poznawczo-behawioralnej u kobiet z rakiem piersi*

Ewa Wojtyna

Uniwersytet Śląski

Patrycja Stawiarska

Uniwersytet Śląski

WPROWADZENIE

Rak piersi zagraża nie tylko sferze fizycznej chorych kobiet, ale wpływa również na zmiany w obszarze psychospołecznym – diagnoza wiąże się z koniecznością przyjęcia roli chorego, zapowiada niekorzystne następstwa zdrowotne, a także inwazyjne, długotrwałe i często bolesne leczenie.

Mastektomia, chemioterapia i radioterapia stosowane w leczeniu raka sutka także powodują swoistego rodzaju stres fizyczny oraz psychiczny. Oddziaływania te, podobnie jak sama choroba podstawowa, prowadzą do istotnych zmian w dotychczasowym funkcjonowaniu kobiety, do utraty jej ról społecznych oraz zwiększonego ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresji i lęku (Razavi, Delvaux i de Brier, 2002; Trzebiatowska, 2000). Rak sutka i jego leczenie mogą zatem istotnie wpłynąć na obniżenie się jakości życia i samooceny kobiety, zarówno w fizycznym, jak i psychicznym oraz społecznym wymiarze (por. Wojtyna, Życińska i Stawiarska, 2007).

Warto także zwrócić uwagę, iż nowotwór piersi wywiera wpływ nie tylko na funkcjonowanie chorej kobiety, ale także na jej najbliższe otoczenie, w tym partnera życiowego. Choroba staje się zatem źródłem stresu dla całego systemu rodzinnego (Sergin, Badger, Sieger, Meek i Lopez, 2006).

Diagnoza nowotworu, przebieg choroby a także trudny proces leczenia mogą powodować istotne zmiany w dotychczasowej sieci wsparcia u kobiet chorujących na nowotwór piersi. Warto tu podkreślić, że sytuacja ta sprzyja powstawaniu błędów poznawczych w percepcji posiadanego wsparcia. Oznacza to, iż ocena otrzymywanego wsparcia może być nieadekwatna w stosunku do rzeczywiście uzyskiwanego wsparcia z tendencją do jej zaniżenia w porównaniu ze stanem faktycznym (Waxler-Morrison, Hislop, Mars i Kan, 1991). Wsparcie społeczne niewątpliwie może być traktowane jako zasób w konstruktywnym radzeniu sobie z chorobą nowotworową w każdej jej fazie (por. O'Mahony, 2001; Woodward i Webb, 2001, Drageset i Lindstrom, 2005). Wsparcie wydaje się w tym wypadku być skorelowane z zadaniowym radzeniem sobie z sytuacją stresującą, jaką jest choroba. Radzenie zadaniowe z kolei zwrotnie wpływa na podtrzymywanie i korzystanie z posiadanej sieci wsparcia, a także umożliwia bardziej adekwatną jego percepcję (Drageset i Lindstorm, 2005). Wiele badań empirycznych potwierdza, iż wsparcie społeczne poprawia adaptację do chorób somatycznych (Parker, Baile, de Moor i Cohen, 2003; Carlsson i Hamrin, 1994) i jest predyktorem wyższej jakości życia związanej ze stanem zdrowia u chorych na nowotwory (Northouse i in., 2002; Parker i in., 2003). W sytuacji kobiet z rakiem piersi szczególnie istotnym prognostykiem konstruktywnej adaptacji do choroby wydaje się być wparcie uzyskiwane od partnera (por. Pistrang i Barker, 1995; Giese-Davis, Hermanson, Koopman, Weibel i Spiegel, 2000; Carver, Lehman i Michael, 2003). Mimo iż stosunkowo rzadko bada się dwoje partnerów w sytuacji choroby kobiety (zwłaszcza dotyczy to adekwatności oceny dawcy i biorcy wsparcia, a także potrzeby w zakresie uzy-

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy z perspektywie psychologicznej,* pod red. K. Popiołek, A. Bańki, Poznań 2010 SPiA, s. 305–316.

skania konkretnych form wsparcia w konkretnych sytuacjach) istnieją badania sugerujące, iż to właśnie postawy wspierające ze strony partnera życiowego odgrywają decydującą rolę w emocjonalnej adaptacji do choroby i jej leczenia (por. Bultz, Speca, Brasher, Geggie i Page, 2000). Gustavsson-Lilius, Julkunen i Hietanen (2007) w swoich badaniach dotyczących chorych onkologicznie wykazali, że wsparcie od partnera było związane z wyższym optymizmem i mniejszym poczuciem beznadziejności u chorych oraz warunkowało ich wyższą jakość życia. Warto tu zaznaczyć, że wsparcie od partnera było silniejszym predyktorem jakości życia u chorych kobiet niż u chorych mężczyzn.

Tymczasem kobiety często oceniają wsparcie ze strony partnerów jako mało satysfakcjonujące, nawet w sytuacji, kiedy ich ocena związku małżeńskiego jest wysoka (Carter i Carter, 1994; Bultz i in., 2000). W przypadku kobiet z nowotworem piersi badania podkreślają specyficzne zapotrzebowanie na zróżnicowane formy wsparcia. Bloom i Spiegel (1984) zauważyli, że wsparcie emocjonalne zdecydowanie poprawia społeczne funkcjonowanie chorych kobiet. Natomiast Pistrang i Barker (1995) zauważyli, iż wsparcie informacyjne ze strony partnera życiowego jest wyznacznikiem dobrego samopoczucia i wysokiej jakości życia w chorobie oraz daje poczucie efektywnej pomocy wynikającej z sieci wsparcia w tego typu sytuacji stresującej. Spostrzeżenie jest o tyle ciekawe, iż w wielu wypadkach zwraca się uwagę na potrzebę wsparcia emocjonalnego ze strony osób najbliższych, natomiast efektywne źródła wsparcia informacyjnego raczej utożsamia się z profesjonalistami (np. lekarze, pielęgniarki). Powyższe wyniki wskazują, że partner życiowy w sytuacji ciężkiej choroby może być postrzegany jako wspierający efektywnie nie tylko na poziomie emocjonalnym, ale także informacyjnym. To z kolei rodzi potrzebę obejmowania ewentualną pomocą psychologiczną najbliższego otoczenia pacjentki oraz angażowania go w proces leczenia. Korzyści wydają się tutaj być obustronne. Warto bowiem zwrócić uwagę, iż partnerzy chorych kobiet, oceniający swoją sieć wsparcia pozytywnie, zdecydowanie lepiej przystosowują się do sytuacji choroby partnerek. Być może dzieje się tak dlatego, iż sami otrzymując wsparcie, są w stanie wspierać dalej (por. Sergin i in., 2006)[1]. W kontekście powyższych rozważań ciekawym pozostaje jednak fakt, iż według niektórych autorów (por. Northouse, 1988) w okresie około dwóch miesięcy od diagnozy nowotworu, zaznacza się u zdrowych partnerów istotne pogorszenie w zakresie spostrzeganej sieci wsparcia. Prawdopodobnie wynika to z faktu, iż osoby te są postrzegane przez swoje otoczenie jako dawcy, a nie biorcy wsparcia. Deterioracja sieci wsparcia, jaką dysponują zdrowi partnerzy, oznacza utratę cennego zasobu sprzyjającego radzeniu sobie z trudną sytuacją. W związku z tym wsparcie ze strony zdrowych bliskich może także okazać się mniej efektywne.

Zaniżona czy też nieadekwatna ocena wsparcia dokonywana przez chore kobiety może wynikać zarówno z trudnej sytuacji, jaką jest choroba, jak i z towarzyszących jej zaburzeń psychicznych i adaptacyjnych czy też ze zniekształconego poprzez proces choroby obrazu siebie (por. Lewis i in., 2001). Nad tym ostatnim warto się bliżej zastanowić.

Obraz siebie jako podstawowa struktura poznawcza osobowości w istotny sposób wpływa na emocje i zachowanie ludzi. Odgrywa znaczącą rolę w procesie doświadczania choroby i radzenia sobie z nią, a także w jej leczeniu. Determinuje określone działania oraz ich wartościowanie. Pogorszenie obrazu siebie jest powszechnym doświadczeniem kobiet z chorobą nowotworową piersi (Berterö, 2002), powoduje ono tym samym obniżenie się poziomu jakości życia. Przekłada się to także na zaburzone relacje społeczne, błędną ocenę otrzymywanego wsparcia, utrudniając w ten sposób proces leczenia i komunikację z najbliższym otoczeniem.

Rezultaty badań nad rolą obrazu siebie w procesie zmagania się z ciężką chorobą, jaką jest nowotwór piersi, są obiecujące w kontekście dotychczasowych danych empirycznych. Obraz siebie wpływa na ocenę sytuacji stresowej – im jest on lepszy, tym częściej pacjentka ocenia sytuację choroby w kategoriach wyzwania. To z kolei prowadzi do doświadczenia emocji pozytywnych np. nadziei (Ebright i Lyon, 2002), do pozytywnego przewartościowania sytuacji choroby (Carpenter, Brockopp i Andrykowski, 1999), a tym samym do konstruktywnej adaptacji do samego faktu bycia chorą (Holly, Kennedy, Taylor i Beedie, 2003). Co istotne z punktu widzenia niniejszych rozważań, im bardziej pozytywny obraz siebie kobiety, tym bardziej adekwatna ocena posiadanego przez nią wsparcia (por. Lewis i in., 2001).

Warto się zatem zastanowić, w jaki sposób można pomóc obojgu partnerom w radzeniu sobie z sytuacją choroby tak, aby poprawiać ich funkcjonowanie

[1] Za sieć wsparcia można by w tej sytuacji uznać także lekarzy i innych pracowników służb medycznych (np. pielęgniarki) w kwestii przede wszystkim informacyjnej.

społeczne, wzajemne relacje wspierające i percepcję uzyskiwanego wsparcia. W pracy z pacjentami onkologicznymi i ich najbliższymi stosuje się różne formy pomocy psychologicznej (por. Fawzy, Fawzy, Arndt i Pasnau, 1995). Wymienić należy tutaj przede wszystkim terapię poznawczo-behawioralną (TPB)[2], psychoedukację, psychoterapię indywidualną i grupową[3], hipnozę, relaksację czy wizualizację. Często podejścia te są ze sobą łączone w zależności od indywidualnych potrzeb klientów.

Terapia poznawczo-behawioralna jest rodzajem psychoterapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązywaniu aktualnych problemów zgłaszanych przez pacjenta (por. Reinecke i Clark, 2005). Ten nurt terapeutyczny opiera się na założeniu, że przewlekłe zaburzenia stanu psychicznego oraz powtarzające się dysfunkcyjne i nieadaptacyjne zachowania są przejawem niezdrowych nawyków myślowych, wchodzących w skład struktury obrazu siebie i nabytych przez pacjenta w ciągu jego życia. Częstymi przykładami dysfunkcyjnych przekonań dotyczących choroby nowotworowej i jej leczenia są myśli: „Wkrótce umrę w cierpieniach" czy „Chemioterapia mnie truje". Rola terapii polega na identyfikacji tego typu negatywnych automatyzmów myślowych, ich przekształceniu i następnie utrwalaniu bardziej adaptacyjnych przekonań. W wyniku przekształcenia treści myślenia dochodzi do zmiany zachowań i emocji z nimi skojarzonych (Reinecke i Clark, 2005; Maultsby, 1992).

Uczestnictwo w grupowej terapii poznawczo-behawioralnej wpływa także pozytywnie na obraz własnej osoby kobiet z rakiem piersi. W badaniach Wojtyny i współpracowników (2007) wykazano, że dotyczy to przede wszystkim wymiaru poznawczego i emocjonalnego samooceny. Nie stwierdzono natomiast zmian w zakresie wymiaru społecznego obrazu siebie.

Z przeprowadzonych dotychczas badań wynika, że uczestnictwo w grupach terapeutycznych pozwala partnerom lepiej radzić sobie z emocjami związanymi z chorobą oraz zwiększa komunikatywność partnerów zwłaszcza w zakresie uczuć. Partnerzy uczestniczący w terapii wykazują niższy poziom depresji i lęku, co wpływa na zdecydowaną poprawę wzajemnych stosunków (także w zakresie kontaktów seksualnych) (por. Christensen, 1998). Badania wskazują, iż pomoc terapeutyczna wpływa na wzrost efektywności i oceny uzyskiwanego wsparcia, wpływa także na satysfakcję partnerów ze związku (por. Bultz i in., 2000; Toseland, Blanchard i McCallion, 1995). Można zatem uznać iż pomoc psychologiczna dla zdrowych partnerów skutkuje swoistym efektem ochronnym w sensie ich dalszego efektywnego funkcjonowania w czasie trwania choroby osoby bliskiej.

CEL BADANIA

Celem pracy było zbadanie percepcji wsparcia otrzymywanego przez kobiety chore na raka piersi, porównanie ocen wsparcia dokonywanych przez oboje partnerów, a także zbadanie funkcjonowania pacjentek w wymiarze społecznym. W pracy podjęto także próbę określenia wpływu oddziaływań poznawczo-behawioralnych na percepcję wsparcia u chorych kobiet.

MATERIAŁ I METODY

OSOBY BADANE I PRZEBIEG BADAŃ

Badaniem objęto 82 kobiety po mastektomii, będące w trakcie chemioterapii, oraz ich stałych partnerów życiowych. W grupie eksperymentalnej (n=42 pary) wprowadzono terapię poznawczo-behawioralną opartą o Program Simontona. Grupę porównawczą (n=40 par) stanowiły osoby oczekujące na możliwość psychoterapii. Udział w terapii był dobrowolny, a włączenie do badań następowało po wyrażeniu zgody przez pacjentki i ich partnerów. Pozostałe kryteria włączenia pacjentek do badań to brak istotnych zaburzeń funkcji poznawczych oraz brak czynnych zaburzeń psychotycznych. Żadna z objętych badaniem pacjentek nie była wcześniej leczona psychiatrycznie i nie korzystała z profesjonalnej pomocy psychoterapeutycznej.

Badanie miało charakter podłużny z dwukrotnym pomiarem – początkowym i bezpośrednio po zakończeniu psychoterapii (po 10 tygodniach od pomiaru początkowego).

METODA ODDZIAŁYWANIA – OPIS TERAPII

Stosowana w badaniu terapia miała charakter grupowy i obejmowała dziesięć dwugodzinnych cotygodniowych sesji terapeutycznych, odbywających się na terenie Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej. W skład 10-12-osobowych grup wchodziły pacjentki wraz ze swoimi partnerami. Wykorzystano poznawczo-behawioralny schemat Programu Simontona (Simonton, Matthews-Simonton i Sparks, 1980; Wirga, Nawara, Malec, Wirga i Działa, 2002), w którym oddziaływania ukierunkowane są na zmiany w sferze

[2] Warto podkreślić, że obecnie TPB traktowana jest jako jeden z najistotniejszych elementów interwencji psychologicznej stosowanej wobec pacjentów onkologicznych (por. Edelmn, Lemon, Bell i Kidman, 1999).

[3] Tutaj przede wszystkim w pracy z pacjentem onkologicznym istotne wydają się działania wykorzystujące procesy wsparcia społecznego.

poznawczej, emocjonalnej i społecznej uczestników terapii. W trakcie sesji przepracowuje się następujące tematy: elementy Racjonalnej Terapii Zachowania (Maultsby, 2008) – mającej na celu zmianę dysfunkcjonalnych przekonań, praca z wyobraźnią (nauka technik wizualizacyjnych), trening radzenia sobie z chorobą i ze stresem, udoskonalanie systemu wsparcia i komunikacji interpersonalnej, praca nad lękiem przed śmiercią oraz praca nad sensem życia.

NARZĘDZIA

W celu zbadania wsparcia społecznego wykorzystano skalę aktualnie otrzymywanego wsparcia (kwestionariusz wypełniany przez kobiety) oraz skalę aktualnie udzielanego wsparcia (kwestionariusz wypełniany przez partnerów) pochodzące z Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (The Berlin Social Support Scales, BSSS) (Schwarzer i Schulz, 2006). W skład tych skal wchodzi 14 itemów opisujących te same zachowania, przez co istnieje możliwość porównania ocen dokonywanych przez osoby wspierane i wspierające. Im wyższy uzyskany wynik w kwestionariuszu, tym wyższa ocena wsparcia.

Do badania struktury obrazu siebie posłużono się Arkuszem Samooceny skonstruowanym przez R. Cibora (1988). Kwestionariusz ten składa się z dwóch wersji narzędzia: „Jaka jesteś teraz" (Arkusz Samooceny nr 1) i „Jaka chciałabyś być" (Arkusz Samooceny nr 2). Każda wersja składa się z 18 pozycji reprezentujących sześć kategorii właściwości obrazu siebie, są to: właściwości fizyczne, umysłowe, emocjonalne, interpersonalne, w działaniu oraz pozycja społeczna. W analizie wyników wykorzystano skalę samooceny ogólnej oraz podskale właściwości interpersonalnych i pozycji społecznej. Suma wyników surowych wersji 1 („Jaka jesteś teraz") stanowi wskaźnik ja realnego, a wersji 2 („Jaka chciałabyś być") – wskaźnik posiadanego ja idealnego. Ich różnica jest wskaźnikiem samooceny, co oznacza, że im niższy wynik różnicy, tym wyższa samoocena. Arkusz Samooceny uzyskał zadowalające wskaźniki psychometryczne w badaniach kobiet po mastektomii (Życińska, 2005).

W badaniu wykorzystano także skalę funkcjonowania społecznego pochodzącą z Kwestionariusza Jakości Życia EORTC QLQ-C30, który jest powszechnie stosowanym na świecie narzędziem do badania jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową (EORTC, 1995; Aaronson, Cull, Kaasa i Sprangers, 1997). Wysoki wynik uzyskiwany w skali oznacza wysoki (pożądany) poziom funkcjonowania chorych. Kontrolowano także poziom nasilenia objawów depresyjnych. W tym celu zastosowano Inwentarz Depresji Becka (Beck, Steer i Garbin, 1988; Parnowski i Jernajczyk, 1977).

Zastosowane narzędzia są wrażliwe na zmiany pojawiające się w czasie, co oznacza, że można używać je do wielokrotnych pomiarów.

ANALIZA WYNIKÓW

Badane grupy były homogeniczne pod względem wykształcenia oraz wieku (najmłodsza kobieta ukończyła 32 lata, a najstarsza – 67). Wśród osób badanych przeważały osoby z wykształceniem zawodowym.

Przed rozpoczęciem oddziaływań psychoterapeutycznych oceny otrzymywanego wsparcia u kobiet z obu grup nie różniły się między sobą (Tabela 1). Zauważono natomiast istotne różnice w ocenie wsparcia dokonywanej przez kobiety i ich partnerów. Chore w obu grupach oceniały wsparcie udzielane im przez partnerów znacznie niżej, niż widzieli to mężowie.

Interesujące wyniki zaobserwowano natomiast po 10 tygodniach, w pomiarze drugim. Mężczyźni nadal podobnie oceniali wsparcie udzielane swoim

Tabela 1
Porównanie średnich ocen wsparcia dokonywanych przez kobiety i ich partnerów

Grupa	Ocena wsparcia otrzymywanego (K) i udzielanego (M)					
	Pomiar I			Pomiar II		
	K	M	*t*	K	M	*t*
TPB	33,89	42,63	-5,43***	43,09	45,11	ns
Kontrolna	34,50	43,31	-5,01***	29,84	42,72	-8,76***
t	ns	ns		-8,95***	ns	

Uwagi: *** $p < 0{,}001$; TPB – terapia poznawczo-behawioralna; K – kobiety; M – partnerzy; ns – nieistotne statystycznie

partnerkom. Natomiast zaobserwowano zmiany w percepcji wsparcia u kobiet. U pacjentek uczestniczących w TPB doszło do znacznego podniesienia oceny wsparcia otrzymywanego, przez co ich oceny sileniem depresji. Otrzymane wartości statystyki F dla oceny wsparcia otrzymywanego, samooceny oraz jakości życia w zakresie funkcjonowania społecznego zamieszczono w Tabeli 2.

Tabela 2

Analiza wariancji dla powtarzanych pomiarów w grupie TPB i grupie kontrolnej

Czynnik	Grupa	Ocena otrzymywanego wsparcia)						
		Pomiar I		Pomiar II		Źródło zmienności		
		M	*SD*	*M*	*SD*	Grupa $F(\eta)^2$	Pomiar $F(\eta)^2$	Interakcja $F(\eta)^2$
Ocena wsparcia	TPB	33,89	7,00	43,09	6,14	15,16***	38,10***	354,70***
	Kontrolna	34,50	7,96	29,84	5,95	(0,19)	(0,37)	(0,84)
Samoocena ogólna	TPB	29,98	13,51	26,72	11,46	ns	ns	4,46* (0,06)
	Kontrolna	30,41	11,37	30,98	10,43			
Funkcjonowanie społeczne	TPB	56,76	26,03	63,12	22,52	ns	ns	3,27* (0,04)

Uwagi: * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$; TPB – terapia poznawczo-behawioralna; ns – nieistotne statystycznie

Tabela 3

Porównanie średnich wyników w zakresie Ja realnego i Ja idealnego w obu pomiarach

Grupa	Obraz siebie			
	Ja realne		Ja idealne	
	Pomiar I	Pomiar II	Pomiar I	Pomiar II
TPB (N = 42)	87,64	91,23	118,22	118,97
t(df = 41)	-3,81***		ns	
Kontrolna (N = 40)	89,01	87,82	121,15	119,13
t(df = 39)	2,32*		3,18**	

Uwagi: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; TPB – terapia poznawczo-behawioralna; ns – nieistotne statystycznie

przestały się różnić w istotny statystycznie sposób od ocen partnerów. Natomiast w grupie kontrolnej kobiety oceniały otrzymywane wsparcie gorzej niż w pomiarze początkowym.

W celu wykazania różnic wynikających z udziału w terapii poznawczo-behawioralnej wśród badanych kobiet wykorzystano analizę wariancji dla powtarzanych pomiarów w oparciu o model III (efektów mieszanych) ANOVA. Wyróżniono trzy źródła zmienności: grupa (efekty międzygrupowe), pomiar (efekty wewnątrzgrupowe) oraz ich interakcję. Do modelu wprowadzono wiek i depresję jako kowarianty[4], ponieważ zaobserwowano zależność pomiędzy wielkością wsparcia a wiekiem i na-

[4] Oznacza to, że kontrolowano wpływ tych zmiennych, czyli uzyskane wyniki są oddzielone od ich wpływu.

Wartości statystyki F dla źródła zmienności interakcja są istotne statystycznie w odniesieniu do każdego badanego czynnika i wskazują na zmianę percepcji wsparcia oraz samooceny i jakości życia związanej z funkcjonowaniem społecznym w zależności od uczestnictwa w psychoterapii. TPB wpływa na większe nasilenie pożądanych zmian. Wielkość efektu interakcji dla oceny wsparcia jest wysoka i wynosi 84%, natomiast dla samooceny i funkcjonowania społecznego jest mała i wynosi odpowiednio 6 i 4%.

Nie odnotowano natomiast różnic pomiędzy badanymi grupami w zakresie takich właściwości obrazu siebie, jak: umiejętności interpersonalne i pozycja w grupie (Tabela 4). Można tu wysunąć hipotezę, że osiągnięcie zmian w tych obszarach

Tabela 4
Efekty interakcji udziału w terapii z obrazem siebie w wymiarze społecznym u chorych kobiet

Grupa	Obraz siebie w wymiarze społecznym							
	Samoocena Właściwości interpersonalne				Samoocena Pozycja w grupie			
	Pomiar I		Pomiar II		Pomiar I		Pomiar II	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
TPB	4,29	1,62	4,15	1,78	6,17	2,95	5,51	3,02
Kontrolna	4,11	1,89	4,31	2,01	6,08	2,64	5,98	2,55
F	ns				ns			

Uwagi: ns – nieistotne statystycznie; TPB – terapia poznawczo-behawioralna

wymaga dłuższego czasu oddziaływania niż w pozostałych wymiarach funkcjonowania.

Analiza wyników w zakresie ja realnego i ja idealnego pozwoliła na wyjaśnienie przyczyn zmiany poziomu samooceny badanych kobiet. Grupa TPB i kontrolna różniły się istotnie statystycznie poziomem ja realnego w pomiarze końcowym (t = -2,26; df = 80; p < 0,05), natomiast nie uzyskano takiej różnicy w odniesieniu do ja idealnego. Analiza powyższych zależności wskazuje na to, że źródłem podwyższenia samooceny w grupie kobiet uczestniczących w terapii było utrzymanie oceny ja idealnego na stałym poziomie oraz wzrost ja realnego w czasie trwania terapii (Tabela 3). Oznacza to, że kobiety formułowały realistyczne (adekwatne) wymagania wobec siebie i potrafiły odnaleźć obszary lepszego funkcjonowania w porównaniu z okresem przed podjęciem terapii.

DYSKUSJA

Uzyskane wyniki potwierdziły tendencję kobiet chorych na raka piersi do zaniżania oceny otrzymywanego wsparcia od partnerów (Waxler-Morrison i in., 1991). Pozostaje w zgodzie z doniesieniami innych autorów (por. Berterö, 2002; Hughes, 1987) i może być związane ze swoistymi przekonaniami kobiet z rakiem piersi na temat stygmatyzacji, mniejszej własnej wartości społecznej czy też niewłaściwej interpretacji intencji partnerów i znajomych. Prowadzi to do specyficznych zachowań kobiet, jak np. ukrywanie swojej choroby, wycofywanie się z kontaktów towarzyskich czy też do zachowań prowokujących reakcje otoczenia zgodną z negatywnymi przekonaniami pacjentek. Berterö (2002) wskazuje, że nawet pozytywna reakcja partnerów może być interpretowana przez pacjentki jako przejaw litości lub oszukiwania pacjentki celem oszczędzenia jej przykrych emocji. Wówczas właśnie możemy mówić o nieadekwatnej percepcji wsparcia i zachowań ze strony partnera.

W badaniu potwierdzono także pozytywny wpływ terapii poznawczo-behawioralnej na poprawę zgodności ocen wsparcia dokonywanych przez partnerów, a także na jakość życia i kształtowanie się obrazu siebie, co jest zgodne z doniesieniami innych badaczy (Edelman, Bell i Kidman, 1999; Bottomley, 1997). Wyniki te zachęcają do dalszych badań nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w odniesieniu do funkcjonowania społecznego chorych onkologicznie.

Obecne badanie potwierdziło wcześniej uzyskane wyniki (Wojtyna i in., 2007) dotyczące braku zmiany w wymiarze społecznym obrazu siebie. Warto tutaj zaznaczyć, że w poprzednim badaniu grupę badaną stanowiły kobiety korzystające regularnie z grupy wsparcia (Amazonki). W obecnym badaniu żadna z kobiet nie uczęszczała na spotkania Amazonek, poza sporadycznymi spotkaniami na terenie oddziałów onkologicznych. Uzyskane wyniki można tłumaczyć odmiennością wymiaru społecznego obrazu siebie w stosunku do pozostałych. Jest to jedyny wymiar, który nie dotyczy wyłącznie jednostki, ale obejmuje także jej otoczenie i wzajemną interakcję. Zatem uzyskanie poprawy w tym wymiarze wymaga zmiany również w otoczeniu, nie tylko najbliższym, ale także zmian w świadomości społecznej. Choroba nowotworowa nadal jest otoczona szeregiem mitów i często pozostaje tematem tabu. Stąd konieczne wydają się makrooddziaływania podnoszące świadomość społeczeństwa w zakresie istoty choroby nowotworowej, możliwości jej leczenia i pomocy pozamedycznej, jak np. wiedza na temat istniejących grup wsparcia czy pomocy psychologicznej.

WNIOSKI

Przeprowadzone badanie upoważnia do stwierdzenia, iż rak piersi sprzyja błędom poznawczym polegającym na nieadekwatnej percepcji wsparcia otrzymywanego ze strony partnera życiowego oraz przyczynia się do gorszego funkcjonowania społecznego chorych kobiet.

Na podstawie przedstawionych wyników badań można stwierdzić, iż oddziaływania poznawczo-behawioralne mogą stać się cennym narzędziem służącym poprawie relacji partnerskich, co nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji ogólnej deterioracji wsparcia społecznego u chorych onkologicznie.

LITERATURA

Aaronson, N.K., Cull, A., Kaasa, S., Sprangers, M.A.G. (1997). Modułowe postępowanie Europejskiej Organizacji do Badań i Leczenia Raka (EORTC) do oceny jakości życia chorych na nowotwory. Modyfikacja. W: J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia* (s. 11–35). Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. M. Curie-Skłodowskiej.

Beck, A.T., Steer R.A., Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77–100.

Berterö, C. M. (2002). Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and QoL. *Psycho-Oncology, 11*, 356–364.

Bloom, J., Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science Medicine, 19*, 831–837.

Bottomley, A. (1997). Synthesizing cancer group interventions – a cancer group intervention in need of testing. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 1*, 51–61.

Bultz, B., Speca, M., Brasher, P.M., Geggie, P.H.S., Page, S.A. (2000). A randomized controled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology, 9*, 303–313.

Carlsson, M., Hamrin, E. (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. A literature review. *Cancer Nursing, 5*, 418–428.

Carpenter, J.S., Brockopp, D.Y., Andrykowski, M.A. (1999). Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing, 29*, 1402–1411.

Carter, C.A., Carter, R.E. (1994). Some observations on individual and marital therapy with breast cancer patients and spouses. *Journal of Psychosocial Oncology, 12*, 65–81.

Carver, C.S., Lehman, J.M., Michael, H.A. (2003). Dispositional pessimism predicts illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology, 4*, 813–821.

Christensen, D.N (1998). Post-mastectomy couples counseling: an outcome study of a structure treatment protocol. *Journal of Sex & Marital Therapy, 9*, 266–279.

Cibor, R. (1988). *„Struktura ja" a motywy podejmowania leczenia odwykowego i jego przebieg w warunkach szpitalnych u osób uzależnionych od alkoholu*. Nie opublikowana praca doktorska. Katowice: Uniwersytet Śląski.

Drageset, S., Lindstrom, T.C. (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *Issues and Innovations in Nursing Practice, 3*, 217–226.

Ebright, P.R., Lyon, B. (2002). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 29*, 561–568.

Edelman, S., Bell, D.R., Kidman, A.D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. Psycho-Oncology, 8, 295–305.

Edelman, S., Lemon, J., Bell, D.R., Kidman, A.D. (1999). Effects of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology, 8*, 474–481.

EORTC Study Group on Quality of Life. (1995). Scoring manual. Brussels: EORTC

Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Arndt, L.A., Pasnau, R. (1995). Critical review of psychosocial intervention in cancer care. *Archives of General Psychiatry, 52*, 100–113.

Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., Spiegel, D. (2000). Quality of couples relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology, 14*, 251–266.

Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Hietanen, P. (2007). Quality of life in cancer patients: The role of optimism, hopelessness and partner support. *Quality of Life Research, 16*, 75–87.

Holly, P., Kennedy, P., Taylor, A., Beedie, A. (2003). Immediate breast reconstruction and psychological adjustment in women who have undergone surgery for breast cancer: a preliminary study. *Psychology, Health & Medicine, 4*, 441–452.

Hughes, J.E. (1987). Psychological and social consequences of cancer. *Cancer Surveys, 6*, 455–475.

Lewis, J.A., Manne, S.C., DuHammel, K.N., Johnson, S.M., Bovbjerg, D.H., Currie, V., Winkel, G., Redd, W.H. (2001). Social support, intrusive thoughts, and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine, 3*, 231–245.

Maultsby, M.C. (2008). *Racjonalna terapia zachowania*. Żnin: Wydawnictwo Dominika Księskiego „Wulkan".

Northouse, L.L. (1988). Social support in patients'and husbands' adjustment to breast cancer. *Nursing Research, 37*, 91–95.

Northouse, L.L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., Galvin, E., Decker, V. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical Oncology, 19*, 4050–64.

O'Mahony, M. (2001). Women's lived experience of breast biopsy: a phenomenological study. *Journal at Clinical Nursing, 10*, 512–520.

Parker, P.A., Baile, W.F., de Moor, C., Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology, 2*, 183–193.

Parnowski, T., Jernajczyk, W. (1977). Inwentarz Depresji Beck'a w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska, 4*, 415–421.

Pistrang, N., Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science and Medicine, 40*, 789–797.

Razavi, D., Delvaux, N., de Brier, F. (2002). Adaptation et troubles psychiatriques. W: D. Razavi, N. Delvaux (red.), *Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille* (s. 134–157). Paris: Masson.

Reinecke, M.A., Clark, D.A. (2005). Terapia poznawcza przez całe życie: ramy pojęciowe. W: M.A. Reinecke, D.A. Clark (red.), *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce* (s. 13–24). Gdańsk: GWP.

Schwarzer, R., Schulz, U. (Zaczerpnięte 23 marca 2006). *Berlin Social Support Scales (BSSS)*. Strona internetowa: http://www.coping.de

Sergin, C., Badger, T., Sieger, A., Meek, P., Lopez, A.M. (2006). Interpersonal well-being and mental health among male partners of women with breast cancer. *Issues in Mental Health Nursing, 27*, 371–389.

Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., Sparks, T.F. (1980). Psychological intervention in the treatment of cancer. *Psychosomatics, 21*, 226–7, 231–3.

Toseland, R.W., Blanchard, C.G., McCallion, P. (1995). A problem-solving intervention for caregivers of cancer patients. *Social Science and Medicine, 40*, 517–528.

Trzebiatowska, I. (2000). Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej. W: K. de Walden-Gałuszko, (red.), *Psychoonkologia* (s. 71–82). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.

Waxler-Morrison, N., Hislop, G.T., Mears, B., Kan, L. (1991). Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: a prospective study. *Social Science and Medicine, 33*, 177–83.

Wirga, M., Nawara, I., Malec, A., Wirga, A., Działa, A. (2002). Poznawcze i emocjonalne aspekty choroby nowotworowej – model terapeutycznej interwencji w kryzysie emocjonalnym, duchowym i egzystencjalnym. *Psychoonkologia, 3*, 53–64.

Wojtyna, E., Życińska, J., Stawiarska, P. (2007). The influence of cognitive-behaviour therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy, 2*, 109–117.

Woodward, V., Webb, C. (2001). Women's anxietes surrounding breast disorders: a systematic review of literature. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 29–41.

Życińska, J. (2005). Znaczenie poczucia własnej skuteczności w kształtowaniu obrazu siebie i jakości związku małżeńskiego przez kobiety po mastektomii. W: D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby* (s. 221–239). Kraków: Wydawnictwo UJ.

Poznawczo-behawioralna psychoterapia zaburzeń osobowości *bordeline**

Piotr Szałek

SWPS Wydział Zamiejscowy w Katowicach

WPROWADZENIE

Dyskusje dotyczące zaburzeń osobowości *borderline* świadczą dobitnie o tym, że ich terapia stwarza ogromne problemy na wszystkich swych etapach, przez co należy rozumieć: ustalanie etiologii, diagnozę, terapię i katamnezę. Co najgorsze jednak terapia ta jest ułomna w punkcie wyjścia, gdyż cierpi na brak podstawowej ontologii, przez którą rozumiem implikującą wszak wszelkie poczynania lecznicze koncepcję życia psychicznego człowieka. W tym sensie problemy terapii *borderline* odzwierciedlają problemy zastosowań psychologii w ogóle.

Procedury terapeutyczne, o ile mają być naukowe, muszą stanowić element procesu konstruowana i empirycznej weryfikacji teorii. Przebiega on według schematu: sformułowanie koncepcji, jej empiryczne sprawdzenie, zastosowania (Paszkiewicz, 1968), które w przypadku nauk społecznych są również empiryczną weryfikacją teorii. Ostatecznie, na gruncie psychologii za naukowe uważam ustalenia zgodne z dyrektywami empiryzmu logicznego.

Zacznijmy od tego, co wiadomo w kwestii zaburzeń z pogranicza. Raczej „podstawową formą pomocy jest psychoterapia" (Popiel, 2008, s. 66), raczej z terapeutą empatyzującym, i raczej długoterminowa, chociaż jej większa skuteczność w innych przypadkach nie jest potwierdzona empirycznie (Bhar, Thombs i in., 2010, s. 208-216). Jednocześnie pacjenci z zaburzeniami *borderline* charakteryzują się silnymi oporami na zmiany terapeutyczne, co przy występującej u nich dużej zmienności objawów i często pojawiających się zachowaniach agresywnych w stosunku do psychoterapeutów sprawia, że wielu z nich nie może podołać trudom leczenia.

Co więcej „badania nad skutecznością różnych form psychoterapii w leczeniu zaburzeń osobowości z pogranicza wskazują na porównywalną skuteczność terapii wywodzących się z modelu poznawczo-behawioralnego (np. dialektyczna terapia behawioralna opracowana przez M. Linehan, terapia poznawcza A.T. Becka lub J. Younga) i terapii psychoanalitycznych (np. zorientowana na przeniesienie terapia O. Kernberga) (Popiel, 2008, s. 66). Okazuje się, że w stosunku do jednego zaburzenia możemy skutecznie stosować psychoterapie ugruntowane w zupełnie odmiennych ontologiach. Na tym jednak nie koniec. Oto określony rodzaj terapii, w tym wypadku dynamicznej, może być uzasadniany wieloma modelami klinicznymi, które „oferują praktykowi oszałamiającą gamę sprzecznych możliwości" (Goldstein, 2003, s. 21). Opinia ta, w której sens, wszystkich użytych pojęć ulega zatarciu świadczy źle o wyrastającej z psychoanalizy psychoterapii dynamicznej.

Obszar chronicznie kontrowersyjny dotyczący terapii *borderline* to część wspólna wielu problemów w tym diagnozy, skuteczności stosowanych technik, czy etiologii (patogenu). Jeżeli w badaniach zaburzeń z pogranicza dyskutujemy tę skuteczność w tym przypadku technik terapii poznawczo – behawioralnej (*Cognitive Behavioral Therapy* – CBT)[1], to musimy jednocześnie podejmować w dyskusji zagadnienia diagnozy i etiologii. W celu uproszczenia niniejszych rozważań za podstawę czynności rozpoznawania przyjmuję kryteria zawarte w DSM IV pamiętając o ich nieustalonym do końca statusie teoretycznym.

ZABURZENIA *BORDERLINE* – MODEL

Podstawowym teoretycznym założeniem terapeutów CBT jest teza, że zaburzenie psychiczne wywodzi się z nieadaptacyjnych form myślenia ukształtowanych w dzieciństwie. Formy te są pierwotne

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy w perspektywie jednostkowej i społecznej,* pod red. K. Popiołek, A. Bańki, Poznań 2011 SPiA, s. 173–188.

[1] W literaturze polskiej utrwalił się osobliwy zwyczaj używania skrótów od nazw angielskich.

względem zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych. Zniekształcają one obraz świata, własnej osoby i przyszłości osoby zaburzonej. (Beck, 1967) Jak ujął to zwięźle A. Kołakowski: myśl jest pierwsza (Kołakowski, 2005). Terapeuta poznawczo-behawioralny używając technik specyficznych dla określonych chorób koryguje te patogenne myśli.

Na ich podstawie w obrębie funkcji psychicznych jednostki powstaje wiele relatywnie sztywnych, trwałych a dysfunkcjonalnych przekonań dotyczących siebie, innych i świata. Wywołują one zniekształcenie poznawcze w postaci myślenia dychotomicznego. Stąd jednostka z zaburzeniami z pogranicza obawia się całkowitego odrzucenia i broni się przed nim żądając całkowitej akceptacji. Przekonania te wzbudzone przez różne okoliczności prowadzą do zachowań, które je dodatkowo wzmacniają. Na przykład: obawiając się odrzucenia osoba z zaburzeniami z pogranicza kieruje ku innym coraz silniejszą agresję, która w istocie rzeczy wywołuje odrzucenie.

Dysfunkcja przekonań leży u podstaw sztywnej percepcji wywołującej z kolei gwałtowne i wrogie wybuchy, zachowania impulsywne, silne i nagłe erupcje lęku i depresji. Osoby z zaburzeniami *borderline* nie wierzą w to, że mogą być ani akceptowane ani wiarygodne. Wszystko to sprawia, że „konieczne jest rozwinięcie konceptualnej mapy drogowej, która zapewni sens całości, zrozumiałość i kierunek" [terapii P.S.] (Wenzel i in., 2006, s. 511).

Psychoterapeuta poznawczy zakłada, że przekonania rdzenne ograniczają elastyczne przetwarzanie informacji. Człowiekowi dorosłemu przekonania te uniemożliwiają rozwiązywanie sprzecznych wyzwań. Trwałość tych przekonań sprawia, że przy ich pomocy pacjent tworzy trudne do podważenia, nieadaptacyjne interpretacje rzeczywistości. W obrębie procesów poznawczych pacjenta *borderline* istnieją dwa lub więcej sprzeczne zestawy przekonań, co ujawnia się w procesie terapii w gwałtownym następstwie dychotomicznych interpretacji, podwyższonym lęku, depresji, frustracji, wstydzie, przymusie reagowania w skrajny sposób i dążeniu do redukcji wynikającego z tych antagonizmów napięcia.

Psychoterapeuci CBT zapewniają jednocześnie, że przy całej różnorodności, przecinających objawy osi drugiej z nozologii DSM IV, symptomów *borderline*, pacjenci cierpiący na te zaburzenia wygłaszają pewne sądy niezależnie od nastroju a identyfikacja przekonań dostarcza teoretycznych ram do rozumienia pozornie sprzecznych reakcji emocjonalnych. W wyniku zaburzenia procesów uczenia się repertuar zachowań emocjonalnych osób z zaburzeniami z pogranicza bywa bardzo ubogi a ich przekonania zmniejszają prawdopodobieństwo reakcji adekwatnej do wymogów sytuacji. Terapeuta poznawczy identyfikując przekonania kluczowe rozumie zasady i założenia, które kształtują doświadczenie pacjenta.

W czasie terapii zaburzeń *borderline* impulsywne reakcje pacjenta bywają traumatyczne zarówno dla niego, jak i terapeuty, który jednak powinien pamiętać o tym, że pacjent ten wygłaszając udramatyzowane sądy chce często rozładować napięcie i uwolnić się od bólu emocjonalnego. Te strategia kompensująca przynosi wprawdzie chwilową ulgę, ale w sumie pogarsza sytuację pacjenta. W rezultacie w procesie terapii pojawia się błędne koło: dysfunkcjonalne przekonania→zniekształcone procesy poznawcze→negatywne afekty→nieadaptacyjne zachowania wzmacniające dysfunkcjonalne przekonania kluczowe. Napięcie, z którym pacjenci podchodzą do relacji społecznych w ogóle a terapeutycznych w szczególności wzmacnia ich niewiarę w to, że można ich kochać, potęguje u nich poczucie niekompetencji i przekonanie o tym, że są opuszczeni. W rezultacie pacjent przestaje wierzyć w to, że jest w stanie skutecznie kształtować własne życie, czyli uczestniczyć w normalnych relacjach społecznych, co wywołuje u niego lęk przed odrzuceniem i traumy w relacjach międzyludzkich.

Założenie o wpływie przekonań kluczowych na powstanie zaburzeń psychicznych implikuje tezę, że przekonania te ujawniają się w bieżących, trudnych doświadczeniach życiowych pacjenta, w których uruchamia on, wzmacniające przyczyny zaburzenia, myśli automatyczne. Po zastosowaniu terapii kognitywnej w leczeniu depresji odnotowano zmniejszenie się ilości i nasilenia tych przekonań oraz znaczącą statystycznie redukcję przekonań charakterystycznych dla zaburzeń, *borderline*, takich, jak: „jeśli dopuszczę ludzi bliżej siebie odkryją prawdziwego «mnie» i odrzucą mnie", czy „muszę być zawsze czujny". Zasadniczym niedostatkiem cytowanych tu badań skuteczności modyfikacji przekonań był brak grupy kontrolnej, co w efekcie nie pozwalało rozpoznać czynników zmian specyficznych dla terapii kognitywnej (Wenzel i in., 2006, s. 507).

Marsha Linehan, chociaż podtytuł jej sążnistego opracowania Zaburzenie osobowości z pogranicza brzmi Terapia poznawczo-behawioralna, proponuje stosowanie nowego rodzaju terapii, którą określa mianem Dialektyczno-Behawioralnej (*Dialectic-Behavioral Therapy*, DBT). Linehan zwraca uwagę na to, że pacjenci z osobowością z pogranicza charak-

teryzują się tak silnymi dysfunkcjami, że terapeuci nie posiadają równie silnych czynników leczących. Charakterystyczne dla osób z tą dolegliwością jest wywoływanie u terapeutów uczuć silnej złości i bezradności. Sami chorzy charakteryzują się dysregulacją poznawczą a ich choroba to „całościowe zaburzenie zarówno regulacji, jak i przeżywania Ja […]„ (Linehan, 2007, s. 14). Autorka zwraca uwagę na to, że zaburzenia *borderline* skojarzone są w psychopatologii zarówno z negatywnymi postawami pacjentów wobec terapii, jak i pejoratywnymi określeniami zaburzenia przez terapeutów. Linehan dyskutuje na przykład z tezą, że parasamobójcze zachowania pacjentek z tymi zaburzeniami mają charakter manipulacyjny. Podobne opinie formułują inni autorzy, stwierdzając, że prawdopodobieństwo samobójstwa osób z zaburzeniami *borderline* jest porównywalne z szacunkami dotyczącymi pacjentów chorych na wielką depresję oraz schizofrenię i podkreślając wagę terapii zaburzeń z pogranicza (Brown, Newman i in., 2004 s. 258). Linehan zapewnia, że siła jej terapii jest adekwatna do siły zaburzenia.

W DBT Linehan kładzie nacisk na dialektykę, to znaczy „na godzenie przeciwieństw w ciągłym procesie syntezy" (Linehan, 2007, s. 20). W terapii tej czynniki kognitywne są mniej istotne niż w procedurze typowo poznawczej, ale stosuje się je zarówno w „bieżącej analizie behawioralnej, jak i nakłanianiu do zmiany" (*ibid*., s. 21). Cała DBT wymaga skupienia uwagi na procesach dialektycznych. Rozumienie dialektyki przez Linehan ilustrują dwa zjawiska. Pierwsze to uzyskiwanie przez dwie osoby równowagi na huśtawce dokonujące się poprzez nieustanne wzajemne przystosowanie długości każdej z dźwigni huśtawki. Proces ten odpowiada powstawaniu tezy i antytezy a osiągnięcie równowagi jest oczywiście syntezą. Drugi przykład jest dużo poważniejszy i pochodzi z fizyki, w obrębie, której naukowcy „zawsze dochodzą do elementu, który można zredukować do jeszcze mniejszych części" w atomie odnajdziemy zaś „ładunek ujemny i dodatni". Ponadto „każdej sile odpowiada siła przeciwstawna", co pozwala Linehan sformułować śmiałą myśl, że „nawet najmniejszy składnik materii ma swoją przeciwwagę w postaci antymaterii" (ibid., s. 32).

W praktyce terapeutycznej stosować należy perswazję dialektyczną a występujące u pacjentów „myślenie dychotomiczne lub rozszczepianie można ujmować jako tendencję do zatrzymywania się na tezie lub antytezie, bez możliwości przejścia do syntezy" (ibid., s. 35). Zachowanie autorka definiuje jako „każdą czynność, włącznie z celowymi aktami i reakcjami na bodźce" (*ibid*., s. 36). Terapeuta DBT nie uznaje tego, że dysregulacja emocjonalna jest koniecznym skutkiem zaburzenia procesów poznawczych. Koncepcja Linehan oprócz dialektyki zawiera wątki wielu innych teorii na przykład: behawioralnej, poznawczej, transakcyjnej, relacyjnej, biospołecznej (por. Arens i in., 2011) i konstruktywistycznej. Dialektyka życia psychicznego polega z grubsza na tym, że wiele mentalnych funkcji człowieka ma charakter wymiarów na przykład: wymiar aktywnej bierności i pozornej kompetencji.

MECHANIZMY ZMIAN

Terapeuci CBT stwierdzają zgodnie, że trudno ocenić możliwości wyleczenia zaburzenia z pogranicza, można jednak przyjąć pewien program minimum, zgodnie z którym realistyczna ocena przekonań przez pacjenta złagodzi siłę jego cierpienia. Należy zbadać empirycznie skuteczność CBT, czyli opisać mechanizmy jej oddziaływania na zaburzenia *borderline*.

IDENTYFIKACJA I MODYFIKACJA PRZEKONAŃ

Terapeuci poznawczo-behawioralni zakładają, że w określonych jednostkach chorobowych ujawniane są specyficzne przekonania, które należy zidentyfikować. Oznacza to, że w trakcie leczenia terapeuta dyskutuje z pacjentem o zdarzeniach krytycznych z jego przeszłości, ujawniając specyficzne treści jego myślenia. Gdy w czasie sesji terapeutycznej omawiana jest (lub występuje) reakcja emocjonalna, to w postaci myśli automatycznych pojawiają się zasadnicze dla czynności poznawczych pacjenta przekonania kluczowe. W tej sytuacji można je zidentyfikować. Ponadto w celu ujawnienia przekonań psychoterapeuta poznaczy stosować może wiele różnych technik na przykład: szukanie wspólnego sensu myśli automatycznych i sytuacji, pytanie pacjenta o przekonania wprost i wiele innych.

Celem terapeuty kognitywnego jest ułatwienie pacjentowi dokonanie trafnej oceny zniekształceń poznawczych wywołujących dysfunkcjonalne zachowania. Chociaż z początku trudno je w procesie terapii ujawnić, to w miarę jej trwania pacjent zaczyna obserwować wątki tematyczne towarzyszące myślom automatycznym i poznaje przekonania, które leżą u podstaw tych myśli. Procesowi temu mogą towarzyszyć zmiany zachowania.

Na każdym etapie pracy z przekonaniami psychoterapeuta CBT realizować może i inne cele na przykład: polepszenie umiejętności pacjenta radzenia sobie w realnych sytuacjach społecznych, reduk-

cję beznadziejności czy ukształtowanie pozytywnej postawy wobec leczenia. Czynnikiem leczącym w CBT jest już sama konceptualizacja przypadku. Terapeuta wprowadza dzięki niej zrozumiały dla pacjenta model jego przeszłości, przekonań, założeń i strategii kompensacyjnych, model, który wyjaśnia problemy emocjonalne i behawioralne pacjenta oraz identyfikuje specyficzne interwencje terapeutyczne. W rezultacie proces konceptualizacji wprowadza w sferę przekonań pewien porządek, szczególnie ważny w chaotycznym świecie jednostki cierpiącej na zaburzenia z pogranicza.

Następnie terapeuta i pacjent decydują wspólnie o tym, które z przekonań należy zmodyfikować. Można je uporządkować zgodnie ze stopniem ważności dla pacjenta i modyfikować te, które są dlań najtrudniejsze do zaakceptowania. Istnieje wiele strategii modyfikacji przekonań. Na przykład techniki wyobrażeniowe stosujemy tam, gdzie w przekonania te uwikłany jest obraz. Psychoterapeuta modyfikuje wtedy obronną interpretację wyobrażanych zdarzeń w wyniku, czego pacjent w większym stopniu rozumie ich wpływ na swoje reakcje emocjonalne (Brown i in., 2004, s. 257-261).

REDUKCJA ZMIENNOŚCI NASTROJU I POCZUCIA BEZNADZIEJNOŚCI

Według terapeutów kognitywnych leczenie powoduje, że pacjent wybiera w określonej sytuacji najlepsze sposoby reagowania, wykorzystuje posiadane już umiejętności społeczne, skutecznie negocjuje w przypadku konfliktu interpersonalnego i jest w stanie pokonać nieprzyjemne uczucia związane z traumą. W celu skonsolidowania tych umiejętności w psychice pacjenta przeprowadzane są eksperymenty behawioralne, w trakcie których terapeuta formułuje dające się sprawdzić hipotezy o zachowaniach i ocenia leżące u ich podstaw przekonania. W rezultacie zwiększa się efektywność poznawczych umiejętności pacjenta do: formułowania celu działania, oceny strategii alternatywnych, radzenia sobie z gniewem, komunikacji zachowań asertywnych. Wszystko to sprzyja opanowaniu charakterystycznego dla *borderline* zmienności nastroju.

Jak twierdzą terapeuci kognitywni osiągana dzięki procedurom poznawczym redukcja poczucia beznadziejności jest zjawiskiem dowiedzionym empirycznie. Ich terapia jest skuteczniejsza niż interwencje farmakologiczne a jej skutek – oznaką zdrowienia. Dotyczy to na przykład pacjentów z leczoną skutecznie depresją, w której obrazie poczucie beznadziejności bywa sygnałem tendencji samobójczych. Powinno ono stanowić główny temat sesji, po której terapeuta wraz z pacjentem pracują nad praktycznym rozwiązywaniem problemów.

TRENING UMIEJĘTNOŚCI BEHAWIORALNYCH

Zgodnie z poglądami psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych umiejętności behawioralne pomagają pacjentowi w radzeniu sobie z myślami samobójczymi, z niewłaściwą regulacją emocjonalną zachowania i z towarzyszącemu temu zjawisku cierpieniu. Umiejętności te umożliwiają pacjentowi układanie bezpiecznych planów i relaksują go.

WSPÓŁPRACA PACJENTA, JAKO MECHANIZM ZMIANY W TERAPII POZNAWCZEJ ZABURZEŃ *BORDERLINE*

Psychoterapia poznawcza w większym stopniu niż inne systemy terapeutyczne angażuje w proces leczenia pacjenta, gdyż jego negatywny stosunek do terapii bywa trwałym elementem obrazu zaburzenia borderline. Element ten terapeuta poznawczy redukuje przez edukację i prace domowe. Współpracując z pacjentem ustala porządek sesji, uzyskuje od niego informacje o tym, które tematy poruszane na sesji były użyteczne, a które nie. Odkrywszy negatywne nastawienie do terapii terapeuta wprowadza techniki restrukturyzujące je (Brown i in., 2004, s. 258).

PRZYKŁADOWA TECHNIKA DIALEKTYCZNEJ TERAPII BEHAWIORALNEJ

Cele DBT nie zawsze są jasno sprecyzowane przez jej twórczynię. W terapii Linehan niewątpliwie dużą rolę odgrywają poznawcze przeformułowania oceny zachowań dokonywane przez pacjentów. Przykładem techniki dialektycznej jest komunikacja bezceremonialna. Stosując ją terapeuta chce pacjentkę (Linehan leczyła kobiety) zdestabilizować i ponownie przywrócić do równowagi. Technika ta pozwala skupić uwagę pacjentki na zmianie afektywnej i pokazać jej całkiem nowy punkt widzenia.

W trakcie stosowania tej niekonwencjonalnej metody terapeuta „«oplata» pacjentkę siecią logiki, z której nie może się ona wydostać" (Linehan, 2007, s. 391). Aby ta bezceremonialna taktyka była skuteczna terapeuta musi odczuwać współczucie i serdeczność w stosunku do pacjentki. W wielu przypadkach komunikacja bezceremonialna wymaga od terapeuty pozbawionego emocji stylu mówienia. Gdy z kolei pacjentka nie wykazuje objawów pobudzenia emocjonalnego, większą intensywność uczuć musi okazać psychoterapeuta. Swoją dialektyczną taktykę ilustruje autorka przykładem bezceremonialnego potraktowania samobójczej myśli pacjentki (*ibid.*, s. 391-392).

BADANIA TERAPII ZABURZEŃ *BORDERLINE* – RZECZYWISTOŚĆ

W nielicznych publikacjach dotyczących skuteczności leczenia zaburzeń *borderline* koncentrowano się na badaniach próby losowej (*ibid*., s. 516) lub kontrolowanej próby klinicznej (Brown i in., 2004, s. 258) . W drugim przypadku zbadano trzydziestu dwóch pacjentów z myślami samobójczymi bądź z samouszkodzeniami. Tygodniowa terapia poznawcza spowodowała u nich zmniejszenie się natężenia myśli samobójczych, poczucia beznadziejności, depresji, ilości symptomów granicznych i przekonań dysfunkcjonalnych. Badania terapii poznawczo-behawioralnej zestawiano z innymi rodzajami leczenia np. interwencjami farmakologicznymi i terapią dynamiczną. Niektóre procedury tej terapii zostały skonstruowane specjalnie na użytek leczenia zaburzeń *borderline*. W wyniku ich stosowania odnotowano na przykład spadek ilości samouszkodzeń, czy zmniejszony czas hospitalizacji pacjentów.

DIAGNOZA UŁOMNA

Kryteria diagnostyczne z DSM – IV i ICD 10 dla zaburzeń z pogranicza muszą być oceniane pod kątem ich nasilenia i stanowią mniej lub bardziej jawną ocenę wymiarów. W związku z tym osoba z zaburzeniami granicznymi przy mniejszym nasileniu pewnych symptomów może być oceniona jak zdrowa, przy większym, jako chora[2]. Przykładowo kryterium zgodnie, z którym pacjent „niechętne angażuje się w kontakt z ludźmi dopóki nie ma pewności, że jest lubiana" (Wciórka, 2008, s. 234) rodzi natychmiast pytanie: jak niechętnie? Można też założyć z dużym prawdopodobieństwem, że osoba spełniająca to kryterium w niewysokim stopniu jest całkiem zdrowa. Pewną pomoc w diagnozowaniu stanowić mogą w podobnych przypadkach ustrukturowane kwestionariusze osobowości, ale nie rozwiązują one problemów diagnozy klinicznej (Stemplewska-Żakowicz, 2009, s. 89 i nast.)

Jak zauważa Linehan termin *borderline* „przez wiele kolejnych był używany potocznie przez psychoanalityków w odniesieniu do pacjentów, którzy choć ujawniali poważne problemy w funkcjonowaniu, nie pasowali do innych kategorii diagnostycznych" (Linehan, 2007, s. 5) Mimo dużej ilości prac dotyczących omawianego zaburzenia „metody selekcji nowych kryteriów nie są jasne". Co więcej „ani teoretycy o orientacji behawioralnej, ani o orientacji poznawczej nie zaproponowali definicyjnych czy diagnostycznych kategorii zachowań dysfunkcjonalnych (zaburzenia *borderline*, P.S.), które byłyby porównywalne z dotychczas opisanymi" (*ibid*., s. 9).

Ułomności diagnozy nie przeszkadzają jednak formułowaniu teorii terapii ułomnie diagnozowanego zaburzenia. Optymizm psychoterapeutyczny prowadzi do sytuacji, w której mamy dobre metody leczenia zaburzenia, którego nie możemy zdiagnozować. Ponieważ psychoterapeuci nie posiadają teorii, która pozwalałaby precyzyjnie przewidywać nasilenia symptomów u pacjentów, przeto ich decyzja o tym, czy dana osoba cierpi na to zaburzenie, czy nie zależy od ich postaw, wiedzy, intuicji i czego by jeszcze. To psychoterapeuci decydują o tym, czy dane zaangażowanie jest chętne, tak sobie niechętne czy niechętne. Pomijam tu logiczny sens sformułowania „zaangażowanie niechętne".

Problem jest jeszcze bardziej zawikłany przez to, że wiele kryteriów diagnostycznych *borderline* wywodzi się z chaosu postpsychoanalitycznych teorii self i relacji, stwarzając nazbyt pojemną kategorię nozologiczną. Próby oparcia CBT na klarownym modelu medycznym powinny zmierzać w kierunku ustalania swoistości rodzajów terapii dla określonych zaburzeń tak, jak ustalana jest swoistość leku w medycynie. W krótkiej historii psychoterapii mamy do czynienia z procesem przebiegającym w kierunku przeciwnym i tendencją do traktowania systemów psychoterapeutycznych, jako narzędzi gumowych, które z uwagi na ich rozciągliwość leczyć mogą wszelkie jednostki chorobowe.

W ślad za tym idą zapewnienia o niebywale wysokiej skuteczności danej terapii w leczeniu zaburzeń, których dotychczas tą terapią nie leczono. Jak zapewnia Linehan taką niebywale skuteczną terapią poznawczo-behawioralną jest jej terapia dialektyczno-behawioralna? Mniej zrozumiałe niż sama deklaracja jest jej wsparte dobrym samopoczuciem psychoterapeutycznym uzasadnienie. Oto w badaniach katamnestycznych dotyczących rocznej terapii DBT pojawiły się znaczące korzyści. Jednak „nasze (Linehan, P.S.) dane nie potwierdzają tezy, że jeden rok leczenia jest wystarczający dla tych pacjentów […] po drugie jedno badanie to bardzo wątła podstawa do uznania skuteczności leczenia".

[2] Diagnoza *borderline* znajduje się w centrum dyskusji dotyczącej wymiarowego bądź kategorialnego obrazu psychiki. W odpowiedzi na list Skodola, który proponuje zmianę sposobu diagnozowania zaburzeń z drugiej osi w DSM IV, (zob. A. Skodol psychiatryonline.org/cgi/content/full/168/1/97) autorzy różnych orientacji teoretycznych podkreślają znaczenie diagnozy kategorialnej dla praktyki klinicznej (Shedler, J., Beck, A.T., Fonagy, P., Gabbard, G.O., Kernberg, O., Michels, R., Westen, D. (2011). Response to Skodol letter. *The American Journal of Psychiatry, 168, 1*, 97-98. Por. Zawadzki, B. (1970). *Wstęp do teorii osobowości*. Warszawa: PWN.

Na tym jednak nie koniec. Oto autorka stwierdza z przesadną skromnością, że „danych, które wskazywałyby, że inne metody leczenia nie (podkreślenie Linehan, P.S.) są skuteczne, jest niewiele lub zgoła brak". Otóż „niewiele" i „brak" to terminy sprzeczne a stronę wcześniej czytelnik jest zapewniany, iż w terapii niezliczonych zaburzeń psychicznych „DBT była skuteczniejsza niż leczenie rutynowe" (Linehan, 2007, s. 26). Konia z rzędem temu, kto potrafi zrozumieć te zawiłości dialektycznej logiki.

Sprawa tymczasem jest bardzo prosta. Linehan i inni terapeuci, którzy twierdzą, że ich terapia jest legitymizowana autorytetem nauki przede wszystkim powinni przedstawić jasne procedury, które pozwoliły im obalić hipotezę, że terapia ta jest nieskuteczna w leczeniu zaburzeń z pogranicza, po drugie zaś zauważyć, że „za podstawę porównania powinny służyć wyniki leczenia przy pomocy *placebo*, a nie brak leczenia" (Crews, 1995, s. 116). Zamiast tego w publikacjach dotyczących kwestii skuteczności terapii poznawczej nieustannie pojawiają się mniej lub bardziej dziwne kryteria, które trudno znaleźć w wykazach nozologii, a którym towarzyszą oświadczenia o zbyt małych grupach, o braku grup kontrolnych etc. Pacjenci z zaburzeniami z pogranicza wbrew temu, co twierdzą psychoterapeuci CBT nie wygłaszają przekonań niezależnie od nastroju. Stałość przekonań może się oczywiście przypadkowo w czasie sesji pojawić, może jednak równie szybko zniknąć a nie potrafimy odpowiedzieć na pytanie, które przekonanie i jak długo utrzyma się.

O ile koniec dziewiętnastego stulecia zdominowało wprowadzenie w obręb psychopatologii schizofrenii, której diagnoza dokonywana jest dziś często na podstawie wyczucia przez lekarza schizofrenicznej obcości pacjenta, o tyle u schyłku wieku dwudziestego coraz częściej rozpoznawane są zaburzenia b*orderline*. Podstawą tej diagnozy jest intuicja diagnosty dotycząca tym razem tego, czy na przykład ambiwalencja graniczna jest silna czy słaba. Z jednej strony diagnoza *borderline* wyraża jakąś tendencję w obrębie kultury europejskiej, z drugiej jest wygodną kategorią psychopatologiczną pozwalającą zaklasyfikować zaburzenie niespełniające żadnych jednoznacznych kryteriów.

Osoba z zaburzeniami *borderline* może w stosunkowo niedługim czasie wytworzyć kilka spójnych nozologicznie grup symptomów. W jednym ze znanych mi przypadków były to: anoreksja, zaburzenia tożsamości seksualnej, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Paradoksalnie u pacjentów tych spójność objawów jest skojarzona z ich zmiennością. Świadczy to o tym, że u podstaw zaburzeń z pogranicza istnieje mechanizm dający impuls wielu zaburzeniom z osi I, gdy równocześnie ich suma jest klasyfikowana na osi II. W rezultacie diagnoza *borderline* jest wymuszona nadmiarem symptomów. Psychoterapeuta leczący pacjenta ze zdiagnozowanym uzależnieniem powinien odrzucić tę diagnozę, gdy jego pacjent niespodziewanie przestaje pić, powinien też porzucić myśl o szybkim sukcesie terapeutycznym. Oczywiście stawia to pod znakiem zapytania wszelkie zaplanowane interwencje psychoterapeutyczne.

Korzystający z nozologii DSM IV terapeuci poznawczo-behawioralni mają do dyspozycji tak ogólnikowy zestaw symptomów, że pozwala on przyjąć, jako teoretyczną podstawę poczynań diagnostycznych, jeśli nie wszystkie, to większość znanych etiologii *borderline*. Jeśli spojrzeć na etiologie te od strony leżących u ich podstaw koncepcji człowieka, to okaże się, że dają one podstawy do zupełnie odmiennych przewidywań. W prywatnej ze mną rozmowie pewien psychoterapeuta powiedział „nie kłopoczę się diagnozą, mamy przecież *borderline*".

NIEKTÓRE PROBLEMY TRAFNOŚCI TEORETYCZNEJ

Mimo wielu ograniczeń leczenie poznawczo-behawioralne jest jednym z nielicznych, jeśli nie jedynym systemem terapeutycznym, który zbudowany jest na podstawach naukowych. Co więcej, stosowane w CBT procedury często też walidowane są naukowo. Linehan w sposób dość niejasny wprowadza w obręb tej terapii nowe techniki. Warto jednak zastanowić się nad tym, w jakim sensie jest to leczenie poznawczo-behawioralne a w jakim dialektyczne, gdyż refleksja ta jest istotna dla rozumienia problemów leczenia zaburzeń z pogranicza.

Pojęcie terapii poznawczej rozumieć można w sensie szerokim i wąskim, czyli właściwym. W sensie szerokim każda terapia, która jakoś odwołuje się do procesów poznawczych jest poznawcza. W uproszczeniu wymuszonym rozmiarami tekstu można przyjąć, że większość terapeutów posługuje się w swych poczynaniach leczniczych mową (myśleniem), przeto wszystkich ich powinniśmy nazwać terapeutami poznawczymi. W sensie właściwym, nadanym jej przez Becka (1967) psychoterapia poznawcza oznacza pracę z przekonaniami pacjentów. Tymczasem poznawcza terapia Linehan to praca nad poznawczym opanowaniem behawiorystycznych oznak dysfunkcjonalnych emocji, która może, ale nie musi być częścią terapii poznawczej.

Terapię proponowaną przez Linehan można uznać za posiadającą podstawy naukowe, co więcej, może ona być jakoś skuteczna, ale nie, dlatego, że czynnikiem zmiany jest w niej przeformułowywanie podstawowych treści poznawczych, czyli przekonań.

Czy jest to terapia dialektyczna? Słowo „dialektyczny" autorka rozumie mniej więcej tak, jak Fryderyk Engels, którego wykładnia jest przedmiotem raczej pobłażliwej krytyki filozofów (Kołakowski, 1989, s. 316-354). Trochę szkoda, że przy okazji mówienia o tezie, antytezie i syntezie Marsha Linehan nie wymienia Hegla. Wykładnia jej sprowadza się do tego, że rzeczywistość składa się z całości, które mają różne części (przykład atomu) i, że części te na siebie oddziaływają (przykład huśtawki). Idąc śladem tej myśli rozpatrzmy Ziemię, jako element A (teza) pozostałe ciała niebieskie naszego układu słonecznego, jako nie-A (antyteza) a cały nasz układ słoneczny, jako syntezę. Według tej formuły za dialektyczny możemy uznać w zasadzie każdy byt, możemy też uznać ten byt za niedialektyczny. Gdyby jednak tezy Linehan były przypadkowo trafną egzemplifikacją jakiegoś rozumienia dialektyki to nadal nie stanowiłyby logicznego dowodu jej istnienia. Linehan w jednej tezie zawierającej się implicite w jej opracowaniu ma rację: logika nie rozwiąże trudności pacjenta z *borderline*, niestety nie rozwiąże ich także dialektyczny brak logiki. Cytowany przykład techniki dialektycznej jest już kompletną bzdurą.

Pozwolę sobie nieśmiało zasugerować autorce, aby po prostu nazwała inaczej swoją terapię, na przykład: Multidimensional Behavioral Therapy (MBT). Nazwa i jej skrót brzmią równie naukawo jak DBT, ale nie sugerują bałamutnie, że Marsha Linehan rozumie pojęcie dialektyki. Oczywiście nie należy żywić iluzji, co do arbitralności używania nazw w nauce. Jeśli terapia Linehan nie wykorzystuje zjawisk dialektycznych i kognitywnych, jeśli, innymi słowy, pojęcia „dialektyczny" i „poznawczy" nie są desygnatami proponowanej przez nią procedury, to badania skuteczności terapii, w której nazwie pojawiają się te terminy w jakiejkolwiek koniunkcji (np. dialektyczno-behawioralna) nie mają oczywiście żadnego sensu. Badania te nie badają po prostu zjawisk, które miały zbadać, czyli są nietrafne teoretycznie. Tezy Linehan wskazują jednak trafny kierunek myślenia, wynika z nich, bowiem, że CBT do leczenia zaburzeń z pogranicza zastosować się nie da. Aby zaaplikować jakieś leczenie oparte na procesach poznawczych trzeba przedefiniować terminy, *borderline* i/lub CBT. Czyni to w istocie Linehan.

Opinia terapeutów CBT o tym, że procesy poznawcze są podstawą czynności psychicznych człowieka, jest trafne. Przekonania jednostki poprzedzają emocje i stanowią ich treść. Jednak w przypadku *borderline* sprzeczne przekonania pobudzają sprzeczne emocje a te kolejne sprzeczne myśli. Materiał, na którym pracuje terapeuta CBT – uformowana dwuwartościową logiką treść procesów poznawczych pacjenta nie istnieje, gdyż pacjent ten jest gotów zaprzeczyć każdej myśli automatycznej, zasadzie rządzące życiem i przekonaniu, zwłaszcza wtedy, gdy przekonanie to jest wyartykułowane przez psychoterapeutę Czasami wraca on do tego, czemu zaprzeczył, czasami nie czyni tego. Żadną miarą nie można opleść go siecią logiki, a modyfikacja przekonania najczęściej nie ma w jego przypadku sensu. Jest on głęboko przekonany, że najpierw musi coś lubić robić, aby to robić i bezwzględnie odrzuca zasadę, że można polubić to, co się już robi. W związku z tym techniki behawioralne, skuteczne w innych zaburzeniach a pozwalające na habituację lęków, nabywanie nowych umiejętności, modulowanie emocji są przez pacjentów takich odrzucane (Rienecke i in., 2005, s. 272-274). Chyba, że mamy do czynienia z łagodną postacią *borderline*, czyli „prawie" normą.

Zgodnie z tezami psychoterapeutów CBT myślenie osoby z zaburzeniami z pogranicza ma charakter dychotomiczny, należy dodać, że ujawniający się we wszystkich wypowiedziach pacjenta. To zniekształcenie poznawcze bywa różnie, czasami źle, nazywane (rozszczepienie, dialektyka, sprzeczność motywów) a wskazuje na jakąś ogólną niejednolitość doświadczenia jednostki. Pacjent niekiedy poprawnie ocenia znaczenie poszczególnych sytuacji w swojej biografii, ale nie potrafi znaleźć oceny syntetyzującej, znaczenia poszczególnych znaczeń. Na przykład pojawiające się w terapii twierdzenia „moja matka była dla mnie bardzo czuła" i „moja matka czasami rzucała mną o ścianę" implikują wniosek „miałam bardzo dobrą matkę". Nieuwzględnianie sprzeczności logicznej wygłaszanych zdań idzie w słowach pacjentki w parze z dużą łatwością ich tolerowania i maskowania w dużej ilości innych twierdzeń. W rezultacie człowiek o strukturze osobowości z pogranicza nie umie skonstruować nowych doświadczeń i wyjść poza dane, uczenia się. Co więcej osoba z tymi zaburzeniami nie odczuwa normalnego dla poczucia sprzeczności logicznej dysonansu poznawczego? Co za tym idzie pojawienie się w obrębie jej myślenia tej sprzeczności nie wywołuje w niej typowych emocji?

Udowadniający wszechskuteczność technik CBT terapeuci piszą o ogromnej ilości symptomów, które ich terapia likwiduje. Problem w tym, że poczucie beznadziejności może, ale nie musi być składnikiem depresji, która może, ale nie musi być składnikiem *borderline*, które może, ale nie musi być długotrwałym zaburzeniem osobowości, może, ale nie musi być reakcją na ostry stres etc. (Lewis i in., 2009, s. 322-328; Woodward i in., 2009, s. 282-290). Tak to w sytuacji słabej, niepozwalającej na przewidywania zachowań teorii powstaje chaos w sferze zastosowań, które przecież teorię mają tę sprawdzać. Co więcej niedookreśloność teoretyczna zaburzenia sprawia, że w zasadzie nie można odróżnić normy od patologii.

PRÓBA REINTERPRETACJI POZNAWCZEJ

Dające się obserwować w procesie psychoterapii zjawiska charakterystyczne dla zaburzenia *borderline* skłaniają do wniosku, że u osób, u których ono występuje zawodzi całościowe przetwarzanie informacji, a zwłaszcza jeden z jego aspektów – jego interakcja z emocjami. Oznacza to zaburzenie funkcji centralnego, syntetyzującego systemu semantycznego, zaburzenie, które skutkuje nieustannym odtwarzaniem przez jednostkę sprzecznych aktów. Można też powiedzieć, że *borderline* oznacza zaburzenie intencjonalności.

Pacjenci z zaburzeniami z pogranicza ujawniają często epizody podobne do psychotycznych badając jednocześnie w sposób realistyczny otaczającą ich rzeczywistość i nie wykazując urojeń dziwacznych. Te ostatnie mieszczą się w innym obrazie, bądź, używając języka Ludwika Binswangera, w innym byciu. Dziwaczny świat osoby chorej na schizofrenię wynika z zaburzonego, lecz konsekwentnego w swej dziwaczności przetwarzania informacji. Jestestwo z zaburzeniami z pogranicza tworzy symptomy dziwaczne, ale dziwaczność ta nieustannie konfrontowana z rzeczywistością ustępuje miejsca innemu zbiorowi objawów i innej dziwaczności.

Podstawę opisu mechanizmu leżącego u podstaw fenomenologii *borderline* stanowić może artykuł Czesława Nosala Umysł rozbity i integrowany – w poszukiwaniu holonu (Nosal, 2009, s. 110-131). Autor stwierdza w nim, że u podstaw umysłu działa funkcja nadrzędnego systemu przetwarzania semantycznego. Ma ona charakter nieformalny i asemantyczny a jej składnikiem jest pamięć proceduralna, która zapewnia łączność mechanizmów kształtowania sensu i rezultatów funkcjonowania pamięci roboczej. Umysł ma charakter holonu, czyli systemu „o wysoce zmiennej organizacji, który stosownie do zadań adaptacyjnych modyfikuje swoją strukturę i pozostając funkcjonalną całością. System ten wyłania się, stabilizuje i rozpada, stwarzając możliwość pojawiania się nowych form swojej organizacji" (*ibid*., s. 111). Holon ten jest zmienny, ale nieustannie utrzymuje swoją granicę i funkcjonalną autonomię w stosunku do innych struktur.

Dyskutując z komputerowymi teoriami umysłu autor zauważa, że nie bierze się w nich pod uwagę możliwości przetwarzania zachodzącego pod jednoczesną kontrolą kilku różnych kodów: emocji i procesów poznawczych, procesów świadomych i nieświadomych. Programy komputerowe nie funkcjonują na zasadach przetwarzania semantycznego. Tylko w ramach pola mentalnego możliwe jest zidentyfikowanie struktur ich tworzenie i przełączanie czynności poznawczych.

Przetwarzanie poznawcze podporządkowane jest zadaniom adaptacyjnym, u zwierząt zachodzi wraz z tworzeniem się pojęć. Człowiek przetwarza z perspektywy „Ja". Jest to czynność sekwencyjna, gdy to informacja przetwarzana jest w wąskim zakresie uprzednio wykrytej struktury i konfiguracyjna (całościowa) gdy wykorzystuje nowe doświadczenia. Te dwa rodzaje przetwarzania łączy pamięć operacyjna. W umyśle ludzkim funkcjonuje mały umysł, kierujący się nadrzędnym mechanizmem sensowności i znaczenia, scalający asocjacyjny komponent pamięci roboczej. Organizacji tego umysłu nie da się sprowadzić do odizolowanych od siebie zdolności. Obok innych procesów przetwarzania informacji Nosal pisze o specyficznym systemie nadrzędnego przetwarzania centralnego, który integruje na bieżąco otrzymywane rezultaty przetwarzania z zasobami pamięci trwałej.

W obrębie umysłu funkcjonują pola mentalne, które wykorzystywane są do konfrontowania bieżących rezultatów przetwarzania informacji z całym nabytym doświadczeniem. Na przykład pamięć proceduralna, działająca na semantyczną i autobiograficzną, warunkuje spójność psychiki i zapewnia stałą łączność mechanizmów kształtowania sensu i rezultatów pamięci roboczej. Umysł na różnych poziomach swej organizacji tworzy pola mentalne o różnym zakresie, a następnie te globalne reprezentacje, wykorzystuje do regulacji zachowania lub do tworzenia reprezentacji wyższego rzędu. Powstanie określonego w danej chwili całościowego pola mentalnego – holonu to wspólna część wszystkich pobudzeń pochodzących z różnych przedziałów całkowitego spektrum pobudzenia na przykład: uwagi, pamięci roboczej etc. Ta podstawa

pola mentalnego pozwala jednostce przetwarzać w sposób wykraczający poza doświadczenia własne i informacje sytuacji, umożliwia zatem przetwarzanie elastyczne i twórcze[3].

Zaburzenie tej centralnej funkcji umysłu stanowić może przyczynę wielu objawów zaburzeń *borderline*: myślenia dychotomiczno-sprzecznego, niezbornego doświadczenia, pojawiających się sekwencyjnie symptomów różnych zaburzeń, braku poczucia sensu etc. Jednocześnie nie sądzę aby psychoterapia poznawczo-behawioralna mogła uporać się z zaburzeniami z pogranicza. Jest ona wszak tylko psychoterapią, a wykorzystuje się w niej treści procesów poznawczych. Tymczasem przyczyny, o których piszę mają podstawowy, ontologiczny i formalny charakter.

LITERATURA

Arens, E.A., Grabe, H., Spitzer, C., Barnow, S. (2011). Testing the biosocial model of *borderline* personality disorder: Results of a prospective 5-year longitudinal study. *Personality and Mental Health, 5, 1*, 29-42.

Bateman, A.W. (2011). Commentary on 'Minding the difficult patient': Mentalizing and the use of formulation in patients with *borderline* personality disorder comorbid with antisocial personality disorder. *Personality and Mental Health, 5, 1*, 85-90.

Beck, A.T. (2004). A cognitive model of schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 18, 3*, 281–88.

Beck, A.T., Butler, A.C., Brown, G.K., Dahlagaard, K.K., Newman, C.F., Beck, J.S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy, 39, 10*, 1213-1225.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, Harper & Row.

Bhar, S.S., Thombs, B.D., Pignotti, M., Bassel, M., Lisa Jewett Coyne; J.C., Beck, A.T. (2010). Is longer-term psychodynamic psychotherapy more effective than shorter-term therapies? Review and critique of the evidence. *Psychotherapy & Psychosomatics, 79, 4*, 208-216.

Brown, G.K., Newman, C.F., Charlesworth, S.E., Crits-Christop, P., Beck A.T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for *borderline* personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 18, 3*, 257-271.

Case, W.M., Dubey, Bankey, L. (2011). Childhood PTSD roots of *borderline* personality disorder-emotionally unstable personality disorder. *Journal of Projective Psychology & Mental Health, 18, 1*, 4-13.

Chanen, A.M., Jovey, M., Jackson, H.J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with *borderline* personality disorder. Chanen, *Journal of Clinical Psychiatry, 68, 2*, 297-306.

Chen, E.Y., Brown, M.Z., Harned, M.S., Linehan, M.M. (2009). A comparison of *borderline* personality disorder with and without eating disorders. *Psychiatry Research, 170, 1*, 86-90.

Chen, E.Y., Brown, M.Z., Lo, T.T.Y., Linehan, M.M. (2007). Sexually transmitted desease rates and high-risk sexual behaviors in *borderline* personality disorder versus borderline personality disorder with substance use disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195, 2*, 125-129. `

Crews, F. (1995). *Wojna o pamięć. Spór o dziedzictwo Freuda* (red. naukowy J. Siuta). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Critchfield, K.L., Levy, K.N., Clarkin, J.F., (2007). The personality disorders institute/*borderline* personality disorder research foundation randomized control trial for *borderline* personality disorder: Reliability of axis I and II diagnoses. *Psychiatric Quarterly, 78, 1*, 15-24.

Ferrer, M., Andión, Ó., Matalí, J., Valero, S., Navarro, J. A., Ramos-Quiroga, J.A., Torrubia, R., Casas, M. (2010). Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in *borderline* patients defines an impulsive subtype of *borderline* personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 24, 6*, 812-822.

Fischer-Kern, M., Schuster, P., Kapusta, N.D., Tmej, A., Buchheim, A., Rentrop, M., Buchheim, P., Hörz, S., Doering, S., Taubner, S., Fonagy, P., (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in *borderline* personality disorder. *Psychoanalytic Psychology, 27, 4*, 395-409.

Franzen, N., Hagenhoff, M., Baer, N., Schmidt, A., Mier, D., Sammer, G., Gallhofer, B., Kirsch, P., Lis, S. (2011). Superior 'theory of mind' in *borderline* personality disorder: An analysis of interaction behavior in a virtual trust game. *Psychiatry Research, 187, 1-2*, 224-233.

Galione, J.G., Zimmerman, M. (2010). A comparison of depressed patients with and without *borderline* personality disorder: Implications for interpreting studies of the validity of the bipolar spectrum. *Journal of Personality Disorders, 24, 6*, 763-772.

Goldstein E.D. (2003). *Zaburzenia z pogranicza*. Gdańsk: GWP.

Groot de, E.R., Verheul, R., Trijsburg, R.W. (2008). An integrative perspective on psychotherapeutic treatments for *borderline* personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 22, 4*, 332-352.

Gunderson, J.G. (2011). Borderline personality disorder. *The New England Journal of Medicine, 364, 21*, 2037-2042.

Gunderson, J.G., Weinberg, I., Daversa, M.T., Kueppenbender, K.D., Zanarini, M.C., Shea, M.T., Skodol, A.E., Sanislow, Ch.A., Yen, S., Morey, L.C., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Stout, R.L., Dyck, I. (2006). Descriptive and longitudinal observations on the relationship of *borderline* personality disorder and bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry, 163, 7*, 1173-1178.

Jacob, G.A., Arendt, J., Kolley, L., Scheel, C.N., Bader, K., Lieb, K., Arntz, A., Tüscher, O. (2011). Comparison of different strategies to decrease negative affect and increase positive affect in women with *borderline* personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 49, 1*, 68-73.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD – 10. Pużyński, S., Wciórka, J. (2000). (redakcja przekładu), tłum. zbiorowe. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius".

[3] Nie mam pewności, czy trafnie odczytuję myśl Nosala. Jego artykuł pisany jest jednak językiem trudnym i właściwie cierpi na brak egzemplifikacji. Wydaje mi się jednak, że tekst jest na tyle odkrywczy (żeby nie używać wyświechtanego dziś terminu „heurystyczny") i prospektywny, że trzeba podjąć ryzyko szukania dlań zastosowań, w tym przypadku klinicznych.

Klein, D.A., Miller, A.L. (2011). Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with *borderline* personality disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 20, 2*, 205-216.

Kołakowski, A. (2005). *Szkolenie w ramach kursu terapii behawioralnej*. Warszawa: Ośrodek CBT.

Lee, H., Bagge, C.L., Schumacher, J.A., Coffey, S.F. (2010). Does comorbid substance use disorder exacerbate *borderline* personality features? A comparison of *borderline* personality disorder individuals with vs. without current substance dependence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 1, 4*, 239-249.

Lewis, K.L.; Grenyer, B.F.S. (2009). *Borderline* personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard Review of Psychiatry, 17, 5*, 322-328.

Linehan, M.M. (2007). *Zaburzenia osobowości z pogranicza. Psychoterapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Nosal, Cz. (2009). Umysł rozbity i integrowany – w poszukiwaniu holonu. W: J. Kozielecki (red.), *Nowe idee w psychologii. Psychologia XXI wieku* (s. 110-131). Gdańsk: GWP.

Paszkiewicz, E. (1983). *Struktura teorii psychologicznych*. Warszawa: PWN.

Philipsen, A., Limberger, M.F., Lieb, K., Feige, B., Kleindienst, N., Ebner-Priemer, U., Barth, J., Schmahl, Ch., Bohus, M. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in *borderline* personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 192, 2*, 118-123.

Popiel, A. (2008). Stabilnie niestabilni. *Charaktery, 4, 135*, 58-66.

Reinecke, A., Clark, D.A. (2005). *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: GWP.

Shedler, J., Beck, A.T., Fonagy, P., Gabbard, G.O., Kernberg, O., Michels, R., Westen, D. (2011). Response to Skodol letter. *The American Journal of Psychiatry, 168, 1*, 97-98.

Sar, V., Akyuz, G., Kugu, N., Ozturk, E., Ertem-Vehid, H. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in *borderline* personality disorder and reports of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry, 67, 10*, 1583-1590.

Skodol, A. (2011). ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/168/1/97.

Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie, jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP.

Wciórka, J. (red.). (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM –IV- TR*. Wrocław: Elsevier Urban and Partner.

Wenzel, A., Chapman, J.G., Newman, C.F., Beck, A.T., Brown, G.K. (2006). Hypothesized mechanisms of change in cognitive therapy for *borderline* personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology, 62, 4*, 503-516.

Woodward, H.E., Taft, C.T., Gordon, R.A.; Meis, L.A., (2009). Clinician bias in the diagnosis of posttraumatic stress disorder and *borderline* personality disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1, 4*, 282-290.

Zawadzki, B. (1970). *Wstęp do teorii osobowości*. Warszawa: PWN.

6. ZAGROŻENIA CYWILIZACYJNE I ICH SKUTKI JAKO WYZWANIE DLA PSYCHOLOGICZNEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Przyszli interwenci wobec ryzyka sytuacji trudnej – postawy deklarowane bezpośrednio po usłyszeniu informacji o dokonaniu gwałtu*

Piotr Passowicz

Uniwersytet Jagielloński

WPROWADZENIE

Mając na uwadze trudności i złożoność problemu relacji interwentów do ofiar, częsty rozziew pomiędzy deklaracjami a realnością codziennej praktyki wydaje się słuszne spojrzeć na to zjawisko przez pryzmat definicji określającej obszar badań psychologii klinicznej. Według niej psychologia kliniczna „jest dziedziną nauki o zaburzeniach zachowania, to znaczy nauki o zaburzeniach czynności ukierunkowanych na cel i posiadających wewnętrzny mechanizm regulacyjny. Zachowanie człowieka jest zaburzone wtedy, gdy nie spełnia co najmniej jednej spośród dwóch definicji regulacyjnych: nie zaspokaja potrzeb człowieka zwłaszcza potrzeby rozwoju, nie służy wypełnieniu zadań życiowych wynikających z wymagań otoczenia – uspołecznionej kultury" (Lewicki, 1978).

Dookreślając drugie kryterium A. Lewicki zwraca uwagę na kontekst wartości „uspołecznionej kultury", w której do naczelnych norm należy dobro ludzi. Podkreśla to uniwersalne stwierdzenie należące do bazowych i fundamentalnych zasad regulujących relacje interpersonalne „by nie czynić drugiemu to, co tobie niemiłe". Jest ono mimo swej jednoznacznej religijnej konotacji szeroko akceptowane i przynależy do kanonu ogólnych humanistycznych zasad.

Można powiedzieć, iż w relacji interwenta wobec ofiary uwidacznia się często specyficzny rodzaj zaburzeń zachowania, który pozostaje w sprzeczności z jednym z naczelnych wymagań kultury domagającej się od ludzi szczególnego rodzaju odpowiedzialności wobec siebie i przed sobą nawzajem, która powinna znaleźć swój konkretny wyraz zwłaszcza wobec tych, którzy zostali dotknięci nagłym, niespodziewanym cierpieniem.

Wydaje się, iż szukanie źródeł owego zaburzenia przy uwzględnieniu jedynie perspektywy indywidualnej patologii jest tropem niewłaściwym, gdyż odwracającym uwagę od wpływu określonego kontekstu społecznego. Dlatego też przy analizie tego zjawiska pomocny może być dorobek psychologii społecznej, który za Heleną Sęk „można potraktować jako pewnego rodzaju ofertę dotyczącą rozpatrywania rzeczywistości społecznej, możliwą do wykorzystania przez inne dyscypliny naukowe, w tym przez psychologię kliniczną" (Sęk, 2000). Autorka kontynuując ten wątek zwraca uwagę, iż mogłoby to wpłynąć na lepsze poznanie obszaru klinicznego badań poszerzając i zmieniając tradycyjne ujmowanie jego obiektu (ibidem).

Działem społecznej psychologii klinicznej, który stara się wypełnić wspomniane wyżej postulaty jest psychologiczna interwencja kryzysowa. Ona też koncentrując się na zjawisku relacji interwenta wobec ofiary, jako przynależnym do psychologii klinicznej stara się poznać ją od strony aspektów społeczno-kulturowych, wykorzystując aparat pojęciowy psychologii społecznej.

SPOŁECZNO-KULTUROWY KONTEKST I PODŁOŻE ZJAWISKA GWAŁTU

Zgodnie z teoretycznym założeniami psychologicznej interwencji kryzysowej przy omawianiu jakiegoś zjawiska, które odpowiedzialne jest za powstawanie kryzysów, traum, urazów a niewątpliwie do takowych należy gwałt, należy przyjrzeć się społeczno-kulturowemu podłożu, w którym to zjawisko jest zakorzenione. Według Kubackiej-Jasieckiej (1997) „kryzysy mają swe źródło w czynnikach

* Artykuł pochodzi z: *Kryzysy katastrofy kataklizmy zjawiska współczesnej cywilizacji,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2004 SPiA, s. 200–214.

kulturowo-społecznych (kompleksowo wzajemnie powiązanych). Są bardzo złożone, w sposób mniej lub bardziej bezpośredni powiązane z funkcjonującymi w społeczności wartościami (na przykład rasistowskimi, seksistowskimi, nietolerancją, itp.), poziomem socjalizacji norm i wartości (na przykład niemożności otrzymania pracy ze względów rasowych, bicie kobiet jako norma zwyczajowa norma podkulturowa kontroli partnerki), rozpowszechnianiem zjawisk dewiacyjnych, które łamią akceptowane normy społeczne (takich jak przemoc, uzależnienia, gwałt, zdrada małżeńska, itp.)".

SZCZEGÓLNY STATUS OFIARY PRZEMOCY W ODBIORZE SPOŁECZNYM I JEGO KONSEKWENCJE DLA POSTAWY INTERWENTA

Mimo, iż celem artykułu nie jest analiza szczególnej roli ofiary przemocy w odbiorze społecznym uwzględniająca różnorodność podnoszonych przez wielu autorów często, z odmiennych perspektyw teoretycznych mechanizmów i źródeł takiego stanu rzeczy. Należy jednak zasygnalizować, tę problematykę w celu zwrócenia uwagi na złożoność aspektów wpływających na postawę interwenta.

PROBLEMY EPISTEMOLOGICZNE ZWIĄZANE Z FENOMENEM PRZEMOCY

Aby tego dokonać, należy zatrzymać się na początku przy samym pojęciu „przemoc" a konkretnie na kulturowym sensie przemocy fizycznej i odwołać się do spostrzeżenia Hanny Arendt, że „działanie przemocą i mozół pracy fizycznej podobne są w tym, iż nie potrzebują mowy dla swojej skuteczności" (Arendt, 1998). Dopełnia to spostrzeżenie uwaga Emanuela Levinasa „Mówić to poznawać, mówić do kogoś to go poznawać a zarazem dać mu się poznać samemu (...). Nie tylko poznaję, lecz się też z tym Kimś stowarzyszam (...). Przemoc zaś dotyka rzeczy. Rozporządza nią, ma ją w garści. Rzeczy dają się wziąć w posiadanie, lecz nie nadstawiają twarzy. Są to istności bez twarzy" (Levinas, 1989).

Reasumując te spostrzeżenia, przemocy towarzyszy milczenie i uprzedmiotowienie osoby, instrumentalne jej potraktowanie. Wiadomo natomiast, iż im mniejszy udział języka, który nazywa i wyjaśnia, tym większa sfera oczywistości, znoszącej refleksję, wszelki namysł i tym większa groźba przemocy dokonującej się mimochodem, związanej z naznaczaniem i marginalizacją, tych którzy nie mieszczą się jakoś w tej sferze i są przez to spostrzegani jako inni. Nie mają prawa głosu, nie znajdują języka, w którym mogli by zaprotestować, bowiem spójność i trwałość tego, co przedrefleksyjne i niepodważalne zbudowana jest na zmuszeniu ich do milczenia. Milczenie i milczące przyzwolenie na zdefiniowanie ich roli w społeczności, staje się ceną, jaką płacą za pozostawanie wewnątrz wspólnoty (przykładem mogą być dzieci i kobiety w społeczeństwach patriarchalnych, mniejszości religijne i narodowościowe). Idąc dalej w tych rozważaniach można zaryzykować spostrzeżenie, iż rola tego, co „milcząco oczywiste" wzrasta wprost proporcjonalnie do wagi egzystencjalnej założenia, które pod milczeniem dana społeczność skrywa. Jednym z takich pewników jest mityczne przekonanie o przewidywalnym i kontrolowalnym świecie. Zjawisko to opisuje Melvin Lerner, który zakłada, iż ludzie mają potrzebę wiary w to, że żyjące w świecie osoby zwykle dostają to, na co zasługują i zasługują na to, co je spotyka. Faktem jest, iż nie do uniknięcia są sytuacje stykania się z różnymi przejawami niesprawiedliwości. W takich okolicznościach podmiot podejmuje „działania restytuujące sprawiedliwość, opuszcza pole będące obszarem niesprawiedliwości, lub dokonuje różnych poznawczych zabiegów reinterpretacyjnych" (Doliński, 1989). Im większa niesprawiedliwość i możliwość ingerowania w bieg wydarzeń i przywracanie sprawiedliwości tym bardziej świadek – obserwator „będzie skłonny do doszukiwania się związku między zachowaniem ofiary, lub jej dyspozycjami personalnymi a niepożądanym wynikiem. Efektem pojawiającego się przekonania, że dana osoba musiała w jakiś sposób wywołać zdarzenie, lub zasłużyć na nie złą osobowością jest behawioralne lub charakterologiczne obwinianie ofiary" (ibidem). Sytuacja ofiary jest więc według tej teorii paradoksalna, im bardziej jest pokrzywdzona i dotknięta cierpieniem, tym budzi większą niechęć i sprzeciw, tym bardziej spodziewać się może odrzucenia i wykluczenia. Staje się mimochodem demaskatorem mitu, podważającym jego prawomocność, stanowi wyzwanie, na które można odpowiedzieć różnorako: wyprowadzając ze sfery milczenia i oczywistości, przekonanie o „sprawiedliwym i przewidywalnym świecie tak by je zakwestionować i poddać krytycznemu osądowi, lub uruchomić mechanizm ofiarniczy zmuszający ofiarę do wzięcia na siebie winy za zaistniałą sytuację. Rozwiązanie pierwsze jest trudne i wymaga od obserwatora – świadka poniesienia dużych kosztów osobistych. Dlatego też rzadko, kiedy decyduje się on na tak ryzykowny krok stając wobec ofiary. Najczęściej stosuje mechanizmy reinterpretacyjne, których funkcją jest wyjaśnienie zdarzenia bez naruszania głównego przekonania. Może też stosować

mechanizmy zaprzeczenia, tłumienia, wyparcia, aby przywrócić pierwotne, niosące spokój milczenie wokół stereotypu «bezpiecznego i sprawiedliwego świata»".

Teorią, która akcentuje na pierwszym miejscu instrumentalne potraktowanie osoby ludzkiej a milczenie uważa za konieczny środek zamaskowania tego procederu jest koncepcja Rene Girarda. Uczony ten w świetle oryginalnego odczytania tekstów biblijnych traktowanych jako narracje kluczowe do zrozumienia i interpretację kultury, konstruuje wiedzę na temat kozła ofiarnego i w oparciu o nią tworzy własną teorię antropologii. Jednym ze słów kluczy koniecznych do jej zrozumienia jest pożądliwość mimetyczna, stanowiąca źródłową siłę rozwoju cywilizacji, niestety rozwoju zakładającego dyskretne funkcjonowanie mechanizmów ofiarniczych. „Przyczyną pożądania nie jest wartość obiektu cokolwiek czy ktokolwiek by nim nie był, lecz wystąpienie pożądania Innego, które warunkuje pojawienie albo zanik tego uczucia. A więc pożądanie jest funkcją skłonności naśladowczych człowieka, zaś jego obustronna eskalacja funkcją rywalizacji (...). Rywal budzi w pożądającym szybko odwzajemnione, dwustronne uczucie fascynacji, zawiści, wrogości, nawet podziwu" (Girard, 1987, s. 310). Nie bezzasadnym będzie spostrzeżenie, iż taki mechanizm mimo swego dynamizmu niesie ze sobą ogromne zarzewie konfliktu. Aby zapobiec totalnej katastrofie – walki wszystkich ze wszystkimi o wszystko, w trakcie jakiegoś wyjątkowo groźnego sporu wyzwolił się spontaniczny, typowy dla człowiek mechanizm, który Girard nazwał mechanizmem kozła ofiarnego. „Mechanizm ów wynika ze skądinąd powszechnie znanego faktu, iż ludzie przejawiają nieuświadomioną skłonność do obciążania winą za wszelkie przeciwności losu, za nękające ich konflikty i nieszczęścia, kogokolwiek, tylko nie siebie samych. Niszczące działanie tego mechanizmu polega na skoncentrowaniu całej nienawiści żywionej przez wszystkich do wszystkich na jednej osobie i kolektywnym jej zamordowaniu. Oczywiście ofiara jest niewinna, gdyż z obiektywnego punktu widzenia niedorzecznością jest za całe zło we wspólnocie oskarżać jednego człowieka. Konsekwencją mordu jest spokój, przywrócenie elementarnego ładu, poczucie, iż uczestniczyło się w rytuale, w który ingerowały siły nadprzyrodzone pragnące ratować świat przed chaosem. Ofiarę postrzega się jako kogoś, kto oddał swoje życie za zło, przez co wybawił innych od śmierci. Tym samym łączy ona w sobie cechy dobroczynne i zbrodnicze i staje się według Girarda źródłem narodzin złowrogiego i dobroczynnego sacrum" (ibidem). Idąc dalej tym tropem Girard wyprowadza z wyniesionej ponad wszystkie obiekty ofiary podstawowe, kluczowe pojęcia kultury, takie jak transcendencja, pokój, walka, dobro, zło, przedtem, potem, zakaz, rytuał.

Logicznym jest więc spostrzeżenie, iż narracja mitów tworzących podwaliny kultury dokonywana jest z perspektywy sprawców. Ofiarom daje się do wyboru możliwość zaakceptowania ich losu w milczeniu albo dokonanie sankcjonującej przemoc krytyki w imię zasady, iż są one winne losu, który je spotyka. Na tym tle wyjątkową perspektywą odmienną od powszechnie przyjętych jest dla Girarda perspektywa biblijna, albowiem od początku staje ona po stronie mordowanych ofiar a także odsłania założycielski, kulturotwórczy efekt morderstw. Ten kontrast pomiędzy dwoma konkurencyjnymi perspektywami spojrzenia na tragedię i ofiarę uwidacznia się przy porównaniu dwóch pod pewnymi względami podobnych mitów: o Edypie i Hiobie. Jeden i drugi robi karierę dzięki przychylności ludu i równie szybko popada w niełaskę. Są to dwa klasyczne przykłady przekształcenia idola w kozła ofiarnego. Jednakże istnieje pomiędzy nimi zasadnicza różnica. W przypadku Hioba, inaczej niż w przypadku Edypa wypowiedziane przeciwko niemu oskarżenia idą w zapomnienie równie szybko jak zostały wygłoszone. Dzieje się tak dlatego, iż Hiob od początku do końca woła o swojej niewinności. Mimo wysiłków „przyjaciół" – oprawców którzy są poniekąd delegatami społeczności zainteresowanej w jednomyślnym uznaniu go za kozła ofiarnego, nie wierzymy im, lecz wierzymy Hiobowi, bo Hiob się broni. Zgoła odmiennie rzeczy się mają z Edypem o którym możemy tylko powiedzieć, iż „rzeczywiście" zabił ojca i poślubił matkę. Tu do głosu dochodzi tylko punkt widzenia społeczności, nie znamy osobistej wersji Edypa, jego słowa, jego perspektywa na zawsze pozostanie niewypowiedziana.

Edyp reprezentuje typ ofiary, której nie dane było przemówić swoim głosem – Hiob podtrzymując swój punkt widzenia wbrew przerażającej, zamykającej go w kręgu jednomyślności, burzy mitologię, która usiłuje go wchłonąć. Pozostając wiernym osobistej perspektywie, wbrew wszystkiemu i wszystkim staje się wzorem heroicznej walki o poznanie i zachowanie prawdy na temat ofiar.

Z zasygnalizowanych powyżej dwóch punktów widzenia – psychologicznego M. Lernera i antropologicznego R. Girarda można wysnuć pewne wnioski, co do specyfiki statusu ofiary przemocy w społeczeństwie: sam fakt wskazywania na istnienie ofiary przemocy narusza kulturowe tabu, zagrażając po-

czuciu bezpieczeństwa i przewidywalności świata. Obrona tabu polega na stosowaniu dwóch strategii zaradczych:

- poprzez stosowanie milczenia pierwotnego, nie nazywania pewnych zjawisk – na poziomie psychologicznym adekwatnym mechanizmem obronnym byłoby tu zaprzeczenie;
- poprzez stosowanie milczenia wtórnego, połączonego z bagatelizowaniem i zniekształcaniem faktów – na poziomie psychologicznym odpowiednimi mechanizmami obronnymi byłyby tu wyparcie i racjonalizacja,

Obwinianie ofiary związane jest z mechanizmem przyjmowania perspektywy sprawców przy interpretacji wydarzeń. Pierwotny obecny w kulturze wzorzec roli świadka takich zdarzeń w świetle zaprezentowanych teorii, jest nastawiony na obronę status quo a nie na obronę ofiary.

W związku z powyższymi uwagami nasuwają się pewne praktyczne wskazówki, co do sposobu przezwyciężenia opisanego powyżej stanu rzeczy. Istotna rola w tym układzie przypada świadkowi. Dobrze byłoby, gdyby zdobyłby się on na życzliwość wobec ofiary, to jest byłby w stanie ją wysłuchać i pomóc wypowiedzieć jej historię. Wymagałoby to od niego:

- wysokiego stopnia refleksyjności i krytycyzmu,
- zdolności do dokonywania transgresji polegającej na kwestionowaniu utartych kodów kulturowych,
- dużej wrażliwości moralnej,
- osadzenia w teorii antropologicznej przyjmującej pierwotność ontologiczną osoby ludzkiej wobec konstruktów społecznych.

SPECYFIKA POSTAWY WOBEC OFIARY GWAŁTU

W przypadku postaw wobec ofiar gwałtu wydaję się, iż należy zasygnalizować ich specyfikę:

1) Obiektem postawy jest ofiara gwałtu, a gwałt, jest reprezentatywny dla zjawiska przemocy, co wiąże się z wystąpieniem społecznych procesów obronnych.

2) Zakres postawy bezpośrednio powiązany jest z definiowaniem zjawiska gwałtu i jego typowości dla przemocy, stąd, aby ustalić wspólne cechy wszystkich „obiektów" należałoby przyjąć, iż kryterium przynależności do zbioru określa definicja gwałtu. Należy liczyć się wtedy zawsze z kategoriami, które nie wypełniają definicji w kategoriach 0–1, np. psychiczny przymus, nękanie, prowadzące kobietę do współżycia wbrew jej chęciom. Część autorów klasyfikuje takie zjawisko jako gwałt (Mufson, Kranz, 1996). Aby uniknąć niejednoznaczności w opisanym w artykule eksperymencie, jako bodziec wywoławczy została użyta historia opisująca gwałt spełniający definicję w 100%.

3) Szczególnie ciekawym zjawiskiem jest stopień powiązania postawy, czyli postawa w określonym kontekście. Spodziewać się można, iż odpowiednio do rangi kulturowej zjawiska postawa wobec ofiary gwałtu powinna być zintegrowana z innymi postawami (chociażby z postawą wobec sprawcy, i postawy wobec fundamentalnych zjawisk egzystencjalnych – por. zasygnalizowanie istoty „teorii sprawiedliwego świata" M. Lernera).

W przypadku złożoności postawy spodziewać się można szczególnie rozwiniętych struktur poznawczych i ewaluatywnych, co stanowi kolejny element specyfiki postawy wobec ofiar gwałtu. Wynikać to może ze szczególnej roli jaką w naszej kulturze pełni gwałt, o czym wypowiada się szerzej L. Herman w pracy pt. Przemoc (1998). Wg. niej istnieją dwa rodzaje brutalnej, aczkolwiek wstydliwie ukrywanej inicjacji w dorosłość, a są to w zależność od płci: dla mężczyzn wojsko z „falą", wojna, uczestnictwo w gangach, dla kobiet różnorakie formy presji o charakterze *quasi*-seksualnym z gwałtem na czele. Taki punkt widzenia akcentuje dwie kwestie: powszechność tych zjawisk i ich społeczne, poznawcze i ewaluatywne neutralizowanie, co z kolei potwierdza przedstawione wyżej oczekiwanie.

MODELOWA POSTAWA INTERWENTKI WOBEC OFIARY GWAŁTU

Postulowana postawa nie jest idealną, ponieważ uwzględnia istnienie kontekstu społecznego, w którym ukształtowała się interwentka. Ma ona zazwyczaj swoje własne obawy i ograniczenia, ale powinna mieć ich świadomość i intencjonalnie starać się wypełnić wymogi „wystarczająco dobrej postawy wobec ofiary". Postawę tę można określić jako gotowość do działań prospołecznych (por. Reykowski, 1986). Oznacza to, iż celem takich działań jest korzyść innych ludzi, zaspokojenie potrzeb drugiego człowieka, jego dobro lub spowodowanie zmiany w kierunku dla niego korzystnym. Do składników formalnych tej gotowości należy:

- zdolność spostrzegania potrzeb i emocji; jest to tzw. składnik percepcyjny zwany też często trafnością spostrzegania społecznego (por. Sęk, 1985a). Jeżeli chodzi o zawartość treściową, to uwzględniając specyfikę gwałtu jako „niewidzialnego przestępstwa" ważną kwestią jest samo nazwanie zdarzenia i dostrze-

żenie jego traumatycznego wpływu na kobiety;
- umiejętność programowania czynności mających na celu korzyści innych ludzi (składnik operacyjny);
- chęć podejmowania działań na rzecz innych ludzi (składnik motywacyjny) (Sęk 2000, s. 366).

Autorka omawiając tą specyficzną postawę zwraca uwagę, iż fundamentalne znaczenie ma tu motywacja do pomocowych czynności prospołecznych. Może ona być oparta na pierwotnych, wrodzonych mechanizmach popędowo-emocjonalnych, może wyrastać z motywów syntonicznych będących generalizacją własnych standardów związanych z psychologiczną bliskością Ja osoby pomagającej do wspomaganej. Czasem ten typ motywacji określano jako empatię uwarunkowaną własnym doświadczeniem. Motywacja empatyczna ma jednak charakter ograniczony, warunkuje bowiem w zasadzie tylko pomaganie osobom pod jakimś względem podobnym do własnego Ja. Z kolei motywacja normocentryczna (endocentryczna) jest motorem pomagania dlatego, że wynika to z poczucia obowiązku i przyjemności z jego spełnienia, oraz z lęku przed wyrzutami sumienia w przypadku niespełnienia tych norm. Egzocentryczne motywy zachowań pomocowych są uniezależnione od Ja. Motywy te zwane też autotelicznymi wyznaczają spostrzeganie człowieka jako osoby samodzielnej, zdolnej do podejmowania celów, godnej bezwarunkowo pozytywnego osobowego potraktowania. Autoteliczne motywy prospołeczne warunkują interakcję partnerską (por. op. cit.).

Z punktu widzenia problematyki gwałtu i wszelkiej innej przemocy najkorzystniejszą motywacją interwenta jest motywacja autoteliczna, ponieważ skłania ona ku uważnemu i wnikliwemu wysłuchaniu historii osoby poszkodowanej, uznaniu jej racji i wiarygodności oraz przyjęciu jej perspektywy narracji zgodnie z postulatem R. Girarda. Napisał on analizując postać Hioba jako jedną z figur ofiarniczych: „nie wystarcza rozpoznać przedmiot debaty, przemoc, która szykuje się do ataku na Hioba i go dosięga, trzeba dostrzec dwie perspektywy w spojrzeniu na tą sama przemoc, przede wszystkim należy wybrać jedną z nich. Trzeba uniknąć stronniczości i naiwności. Wszelka przesadna niewzruszoność pod jakimkolwiek pretekstem, stoicyzm filozofii nauki, utrwala status quo, przedłuża zatajenie kozła ofiarnego (...) Namiętna identyfikacja z ofiarą nie będąc w żadnym przypadku źródłem ignorancji, jest autentycznym źródłem wiedzy, jak również tego co z niej wynika. Prawdziwa nauka o człowieku nie jest beznamiętna" (Girard, 1992).

„Namiętna" identyfikacja z ofiarą oznaczałaby w przypadku interwenta, warto to jeszcze raz zaznaczyć, silną emocjonalną ewaluację ofiary jako osoby, bytu odrębnego, nieredukowalnego do samego kontekstu społecznego, do żadnej z pełnionej w nim ról, osoby, która ma prawo mówić „swoim głosem" o własnych traumatycznych doświadczeniach. Rolą interwenta byłoby stworzyć taką niszę społeczną, gdzie ta ekspresja mogłaby swobodnie dojść do skutku.

PRZEBIEG EKSPERYMENTU

Analizowana w artykule część wyników ma charakter jakościowy. Uzyskano je poprzez pomiar o charakterze projekcyjnym w trakcie trwania oddziaływania dramowego. W sekwencji trzeciej warsztatów, po grupowym zbudowaniu postaci i wprowadzeniu informacji o dokonaniu gwałtu na bohaterce, uczestnicy spontanicznie zapisywali na kartkach swoje emocje, myśli i intencje działań które chcieli by podjąć. Dla lepszego zrozumienia istoty eksperymentu poniżej podano plan przebiegu warsztatów. Polecenie aktywizujące materiał analizowany w artykule zaznaczono wytłuszczonym drukiem.

W dramie uczestniczyło 80 osób, studentek i studentów, losowo przydzielonych do czterech podgrup po 20 osób, nie różniących się istotnie między sobą ze względu na rozkład płci uczestników. Jeden blok pracy z 20 osobową grupą trwał 12 godzin. Pracę z każdą z podgrup przeprowadzono dzień po dniu.

PLAN ODDZIAŁYWANIA DRAMOWEGO ZASTOSOWANEGO W EKSPERYMENCIE

SEKWENCJA PIERWSZA – wprowadzająca

Formy pracy:
- gry i zabawy grupowe,
- ćwiczenia dramowe,
- krótkie etiudy dramowe w konwencji „reportażu".

Działania:
1. Przedstawienie się uczestników i prowadzącego, ustalenie norm grupowych.
2. Imiona z piłką (Jedna z osób ma w ręku piłkę. Rzuca ją do kogoś wymieniając jego imię. Osoba „łapiąca" z kolei, ma szybko wypowiedzieć imię osoby od której piłkę otrzymała, itd.).
3. Enkanter – poznawanie się w ruchu (przebieg zależnie od inwencji prowadzącego).

4. Działania z wyimaginowanymi przedmiotami:
   a) stojąc w kręgu grupa puszcza w ruch wyimaginowane przedmioty – np. ciężka walizka, lepka kula toffi, garść piasku, zapalona zapałka itp.;
   b) zabawy ruchowe (indywidualnie lub w parach – wyimaginowane czynności (zabawa z wyobrażoną piłką, tenis, kopanie rowu itp. – w zależności od inwencji prowadzącego).
5. Rzeźbimy emocje – partner w parze jest tworzywem, potem odgadywanie na forum, co dana rzeźba przedstawia.
6. Reportaż foto pt. „Prawa człowieka moimi prawami":
   – praca w podgrupach, zadaniem których jest stworzenie reportażu składającego się z trzech zdjęć pt. „Prawa człowieka moimi prawami";
   – do statycznego obrazu dodajemy elementy ruchu;
   – dodajemy dźwięk.
7. Rozmowa na forum pod hasłem: „Czym prawa człowieka, są wskazówką i oparciem dla ciebie w egzekwowaniu twoich praw?"

SEKWENCJA DRUGA – budowanie postaci

Formy pracy:
– rysunek, praca z rekwizytem,
– zapis refleksji grupy na dużych arkuszach papieru.

Działania:
1. Grupa siedzi w kręgu z zamkniętymi oczami, prowadzący umieszcza rekwizyt w dłoni pierwszej siedzącej z brzegu osoby:
   – prosi o uważne zapamiętanie wszelkich doznań dotykowych, zapachowych;
   – prosi o wyobrażenie sobie, iż przedmiot ten należy do młodej dziewczyny, 20 letniej studentki pedagogiki na U.J., jej obydwoje rodzice żyją;
   – pyta jakie jeszcze informacje można uzyskać o jej wyglądzie, sposobie ubierania się charakterze, bazując na skojarzeniach z rekwizytem.
2. Wspólny rysunek postaci.
3. Praca w czterech podgrupach wokół stwarzania poszczególnych elementów postaci. Zadaniem podgrup jest uporządkowanie i dalsze do określenie jej charakterystyki w następujących sferach:
   – historia osobista, osobiste zasoby (mocne strony, talenty, sposób kontaktowania się z ludźmi, itp.);
   – tęsknoty, marzenia, plany, sfera „cienia" – to co niechciane, lęki, „ciemna" strona osobowości;
   – autoprezentacja, sposób wyrażania samej siebie, maski – mechanizmy obronne, pozy, sposoby „ukrywania się" przed sobą i ludźmi;
   – zasady, wartości, emocje, pragnienia, dążenia.
5. Wymiana i doprecyzowanie informacji na temat postaci (praca na forum), pytania naprowadzające ze strony prowadzącego.
6. Stworzone przez uczestników plansze prowadzący wiesza na widocznym miejscu.

SEKWENCJA TRZECIA – budowanie sytuacji

Formy pracy:
– praca w roli,
– pełna drama.

Działania:
1. Prowadzący udziela grupie informację, która ma być początkiem akcji dramatycznej: bohaterka stworzona przez grupę została ubiegłego wieczora napadnięta i zgwałcona. Stało się to około godziny 22, w małym parku, dzielącym przystanek autobusowy od jej miejsca zamieszkania. Obecnie dziewczyna znajduje się w szpitalu – jest w szoku i posiniaczona, ale jej życiu nie zagraża niebezpieczeństwo.
2. Na małych karteczkach uczestniczy piszą pierwszą myśl jaka im w związku z tą informacją przychodzi do głowy, emocję jaka w nich powstała i co chcieli by w tym momencie zrobić. Karteczki zostają naklejone na płachty papieru, które prowadzący dołącza do pozostałych.
3. „Wywiady" – pełna drama – prowadzący wchodzą w rolę dziennikarzy, grupa przyjmuje role z kręgu pierwotnej sieci wsparcia dziewczyny: członków rodziny, przyjaciół dziewczyny, najbliższych sąsiadów – „przyjaciół rodziny". Dziennikarze zostawiają do autoryzacji, przemyślenia i przedyskutowania pytania wywiadu. Kiedy grupki ustalą swoje wersje odpowiedzi na pytania, prowadzący na forum zbierają informacje zapisując je na planszach tworzą zręb wywiadu (zwracają uwagę na ewentualne stereotypy, uprzedzenia).

Praca w podgrupach – pełna drama: (inne ćwiczenie = inna rola dla każdego)

4. Aranżowane i odgrywane są równolegle scenki w podgrupach:
   a) „odwiedziny bliskich", nikt nie wchodzi w rolę poszkodowanej, jej obecność jest zaznaczona symbolicznie przez kawałek szarego papieru.
   b) ćwiczenie: „kartka z dziennika", każdy uczestnik znajduje sobie miejsce, w którym może wygodnie usiąść z zamkniętymi oczami, prowadzący rozdaje kartki z zeszytu każdej z osób. Po rozdaniu przekazuje instrukcję:
   Wyobraź sobie, iż trzymasz w ręku kartkę z dziennika bohaterki. Pamiętasz swoją rolę którą przed chwilą grałeś. Spróbuj popatrzeć na tę rolę „oczami bohaterki". Co X myślała w relacji z tą osobą, którą odgrywałeś, co czuła, jakby się zachowała? Kiedy będziesz gotów otwórz oczy i zapisz to na podanej ci kartce, to co mogłaby napisać bohaterka. Nie ograniczaj żadnych skojarzeń, wszystkie są dobre.
5. Dyskusja i podsumowanie pracy grup.

UZYSKANE WYNIKI

POSTAWA DEKLAROWANA BEZPOŚREDNIO PO USŁYSZENIU INFORMACJI O DOKONANIU GWAŁTU

Informacja o zgwałceniu bohaterki dramy, wykreowanej wcześniej przez uczestników, stanowiła bodziec wywoławczy dla wszelkich pojawiających się po usłyszeniu informacji skojarzeń. Dla wprowadzenia pewnego porządku poproszono uczestników, by odpowiadali po chwili zastanowienia na przy pytania: co czuję, co myślę, co chciałbym zrobić? Uzyskane wyniki zebrano i posegregowano w ramach trzech grup na podkategorie.

W kategorii emocji powstałych w grupie po otrzymaniu informacji o gwałcie pojawiło się 100 wypowiedzi. Najczęściej wymieniane było współczucie wobec ofiary. Pojawiło się ono 34 razy, co stanowiło 34% spośród wszystkich odpowiedzi. Drugą co do liczebności kategorię stanowiła grupa emocji wskazująca na doświadczenie dyskomfortu psychicznego po usłyszeniu informacji (26 wypowiedzi – 26%). Znalazły się tu takie emocje, jak: strach, przykrość, bezsilność, ból, zaskoczenie, poczucie niesprawie-

Tabela 1
Kategorie emocji powstałe w grupie po otrzymaniu informacji o gwałcie

Kategoria emocji	Obiekt emocji	Liczebność	
		N	%
I. Współczucie	Ofiara	34	34
II. Doświadczanie dyskomfortu	„Ja"	26	26
psychicznego	„Ja"	8	8
strach	„Ja"	5	5
przykrość	„Ja"	2	5
bezsilność	„Ja"	2	2
ból	„Ja"	2	2
zaskoczenie	„Ja"	2	2
poczucie niesprawiedliwości	„Ja"	2	2
wstyd			
III. Agresja	Sprawca	21	21
IV. Żal/smutek	Ofiara	16	16
V. Litość	Ofiara	2	2
VI. Złość	Ofiara	1	1
		Σ = 100	Σ = 100

Tabela 2
Kategorie poznawcze powstałe w grupie po otrzymaniu informacji o gwałcie

Kategoria poznawcza	Liczebność	
	N	%
I. Dotycząca ofiary	43	53,75
1. Podkreślająca traumę gwałtu	26	32,50
2. Nastawiona na potrzeby ofiary	9	11,25
3. Nastawiona na obwinianie ofiary	8	10,00
II. Próby poznawczej asymilacji informacji o gwałcie	22	27,50
1. Sądy dotyczące sensu zdarzenia i świata	19	23,75
2. Pytania o przyczynę i sens	13	16,25
III. Dotycząca sprawcy. Restytucja sprawiedliwości przez karę	7	8,25
IV. Zaprzeczanie	2	2,50
V. Koncentracja na „Ja"	2	2,50
VI. Inne	2	2,50
VII. „Nie wiem"	2	2,50
	Σ = 80	Σ = 100

dliwości, wstyd. O włączeniu ich do wspólnej podkategorii zadecydowało silne akcentowanie w wypowiedzi perspektywy Ja. Innymi słowy wynikało z zapisu, iż osoby podkreślały i zwracały uwagę, iż te emocje są dla nich źródłem dyskomfortu, np. „czuję strach o siebie", „boję się", „to wielka przykrość, tak, że aż mnie rozkłada", „ta informacja mnie boli", „czuję się zaskoczona", „jak to słyszę, przeżywam duże poczucie niesprawiedliwości", „to mnie paraliżuje". Na trzecim co do liczebności miejscu (21 wypowiedzi – 21%) znalazła się podkategoria grupująca emocje o różnym stopniu nasilenia agresywności („czuję złość do sprawcy", „jestem wściekła na niego", „jestem głęboko oburzona na tego, kto to zrobił"). Do kolejnej podkategorii zaszeregowane zostały wypowiedzi opisujące żal i smutek (16 wypowiedzi – 16%). Emocje te wskazywały na przyjmowanie perspektywy ofiary („to smutne i przerażające, gdy się o niej pomyśli", „bardzo mi jej żal, gdy pomyślę, co to oznacza w jej życiu, to straszna utrata radości i niewinności, wzbudza mój żal i smutek"). Dwie ostatnie podkategorie z emocji to: litość (dwie wypowiedzi – 2% – „ta dziewczyna wzbudza we mnie politowanie", „ktoś, kto tak nierozważnie postępuje wzbudza moją litość") i złość na ofiarę (1 wypowiedź – 1% – „ta dziewczyna mnie złości").

Wypowiedzi, udzielonych na pytanie o myśl i refleksje, które pojawiają się po otrzymaniu informacji o gwałcie było 80. Spośród nich 43 (53,75%) odnosiło się do ofiary. 26 wypowiedzi z tej podkategorii (32,5% z całości) w różny sposób podkreślało traumę, jaką niósł za sobą gwałt, koncentrując się na sile urazu i jego negatywnych konsekwencjach („musiało to być straszne, na pewno bardzo bolało fizycznie i psychicznie", „będzie miała uraz do mężczyzn", „dziewczyna ma dość ludzi i samej siebie", „pewnie zamknie się w sobie"). 9 wypowiedzi (11,5%) wyraźnie koncentrowało się na potrzebach ofiary („potrzebuje przyjaciół", „chyba potrzeba jej teraz wsparcia", „chciałaby pewnie mieć obok siebie kogoś bliskiego"). Natomiast w kontraście do wcześniejszych wypowiedzi ostatnie 8 z tej podkategorii (10% z całości) nastawione było na obwinianie ofiary („mogła się staranniej zachowywać", „trzeba na siebie było uważać", „to całkowity brak wyobraźni ze strony tej dziewczyny, kto chodzi przez park o 22:00"). Na kolejną podkategorię złożyły się wypowiedzi o charakterze egzystencjalnym, które stanowiły próbę poznawczej asymilacji informacji o gwałcie poprzez umieszczenie jej w jakimś ogólniej-

Tabela 3
Kategorie intencji zachowaniowych powstałe w grupie po otrzymaniu informacji o gwałcie

Kategoria intencji zachowaniowej	Adresat intencji zachowaniowej	Liczebność	
		N	%
I. Intencje pomocowe	Ofiara	48	60
1. Dialog	Ofiara	21	26,35
2. Bliżej nieokreślone	Ofiara	17	21,35
3. Kontakt przez towarzyszenie	Ofiara	9	11,35
4. Powierzanie pod opiekę	Ofiara	1	1,25
III. Intencje przywracania sprawiedliwości	Sprawca	10	12,5
IV. Intencje prewencyjne	Kobiety (możliwe ofiary)	1	1,25
V. Brak odpowiedzi	–	1	1,25
II. Brak inwencji		20	25
		Σ = 80	Σ = 80

szym kontekście „prywatnej filozofii życiowej" (22 wypowiedzi – 27,5% z całości). Częściowo były to sądy dotyczące sensu zdarzenia (gwałtu i świata), 19 wypowiedzi – 23,75% („to się zdarza", „świat już taki jest", „ten świat nigdy nie był i nie będzie sprawiedliwy", „takie nieszczęście może spotkać każdego, dobrego i złego", „świat jest pełen zła, każdego może spotkać nieszczęście"). W drugiej części znalazły się pytania o przyczynę i sens (13 sądów – 16,25% całości) – „dlaczego to właśnie ją spotkało", „dlaczego właśnie ona", „zaskakujące, to ostatnia osoba, którą mogłoby to spotkać", „dlaczego", „dlaczego to musiało się wydarzyć, przecież ona nie zasługiwała na to". Trzecią w kolejności, co do liczebności wypowiedzi, podkategorię stanowiły zdania dotyczące sprawcy, składające się na restytucję sprawiedliwości przez karę: „powinno się surowiej karać gwałcicieli", „należałoby przykładnie ukarać tego gwałciciela, żeby sam doświadczył, co to znaczy cierpienie". Na każdą z kolejnych czterech podkategorii złożyły się po dwa sądy, przykładowo do zaprzeczenia przyporządkowane zostały zdania: „nie dowierzam temu, co się stało", „czy to możliwe, czy to prawda?"; zaś dla koncentracji na Ja przyporządkowano wypowiedzi: „to mogło spotkać mnie", „coś takiego mogło sie przytrafic mnie i moim bliskim".

Ostatnia z trzech wyróżnionych kategorii obejmowała intencje zachowaniowe powstałe w grupie po otrzymaniu informacji o gwałcie. Na najliczniejszą podkategorię złożyły się wypowiedzi wyrażające chęć pomocy ofierze (48 zdań – 60%). Z tego 21 wypowiedzi (26,35%) koncentrowało się na szeroko rozumianym dialogu, który miał „podnieść na duchu ofiarę, dodać jej otuchy, stanowić wsparcie, ale też oferować uważne wysłuchanie i powierzenie bólu i wszystkiego, co nosi w sobie po tym zdarzeniu". 17 wypowiedzi z tej podkategorii (21,25%) zawierało bardziej lakoniczną informację o chęci udzielenia pomocy ofierze bez precyzowania, na czym pomoc ta miałaby polegać „chciałabym jej w jakikolwiek sposób pomóc, to co mogłabym dla niej zrobić to jakoś jej pomóc, myślę o udzieleniu jej jakiejś pomocy". 9 wypowiedzi z tej podkategorii (11,25%) wyrażało wolę udzielenia pomocy zgwałconej dziewczynie poprzez towarzyszenie jej, poprzez obecność, kontakt pozawerbalny: „chciałabym tu po prostu przy niej być, mogłabym z nią posiedzieć i potrzymać ją za rękę". Chęć powierzenia osobie trzeciej wystąpiła tylko u jednej osoby (1,25%). 20 wypowiedzi (25%) złożyło się na drugą co do liczebności podkategorię, którą ugrupowała zdania typu: „nie wiem", „nie mam pomysłu", „nic mi nie przychodzi do głowy". Trzecia podkategoria (10 wypowiedzi – 12,5%) składała się

z wypowiedzi wyrażających intencję przywracania sprawiedliwości poprzez samodzielne ukaranie sprawcy, co stanowiło rodzaj samosądu o wyraźnym charakterze zemsty za gwałt: „chciałabym zemścić

się na nim za to co zrobił, żeby poczuł jak to boli, dopaść go i wykastrować, to byłoby sprawiedliwe"; bądź uczestniczenia w jego pojmaniu: „chciałabym pomóc w ujęciu sprawcy i zamknięciu go w więzieniu". Tylko jedna osoba (1,25%) deklarowała działania o charakterze prewencyjnym, adresowane do kobiet – potencjalnych ofiar. Jedna natomiast nie wyraziła ani intencji, ani nie ustosunkowała się w jakikolwiek sposób do pytania, zostawiając czyste pole.

DYSKUSJA I WNIOSKI

Uzyskane wyniki można interpretować jako reakcję na informację o dokonaniu gwałtu. Jeżeli popatrzeć na ową reakcję pod kątem obiektów, do których adresowane zostały emocje, sądy i intencje zachowaniowe, to okaże się, że jest ich trzy: Ja, ofiara i sprawca. Należy podkreślić, iż spośród 100 ujawnionych różnych emocji 1/5 odnosiła się do Ja. Do Ja odnosiły się emocje odzwierciedlające doświadczenie dyskomfortu. Próby poznawczej asymilacji informacji o gwałcie można w tym kontekście rozumieć jako radzenie sobie z doznanym dyskomfortem poprzez zastosowanie racjonalizacji. Godne uwagi jest, iż treść sądów, jak i ich pytań wskazuje wyraźnie, iż istnieje z jednej strony duże zapotrzebowanie na asymilację tego zdarzenia poprzez umieszczenie go w kontekście jakiejś określonej, prywatnej filozofii życiowej, odpowiadającej na pytanie, dlaczego przydarzają się rzeczy złe, dlaczego jest cierpienie etc. i równocześnie istnieje zapotrzebowanie na nadanie temu zdarzeniu sensu; natomiast z drugiej strony zwraca uwagę silnie akcentowane przekonanie o świecie zdominowanym przez zło. Funkcję poznawczego łagodzenia dyskomfortu psychicznego można przypisać również zaprzeczeniom, jak

i poznawczej koncentracji na Ja, co w tym kontekście rozumieć należy jako formę dojrzałej konfrontacji z faktem, iż można było znaleźć się na miejscu ofiary, czyli jest to równoznaczne z dopuszczeniem do świadomości wiedzy o kruchości i przygodności poczucia bezpieczeństwa.

Również prawie 1/5 wypowiedzi o emocjach odnosiła się do sprawcy. W przeciwieństwie do zróżnicowania tych skierowanych na Ja, do napastnika skierowana była tylko złość. Zaznaczyć w tym miejscu należy zgodność całej grupy co do wyboru emocji i ich powszechność w całej grupie. W logicznym związku z ujawnioną złością pozostają wypowiedzi domagające się ukarania gwałciciela. Kara byłaby tu rozumiana jako forma odpłaty i zarazem restytucji sprawiedliwości. Godne uwagi jest, iż wypowiedzi dotyczące ukarania sprawcy cechowały się znacznym stopniem restrykcyjności, miejscami nawet brutalizmu, i równocześnie akcentowały potrzebę przywrócenia sprawiedliwości. Jest prawdopodobne, iż siła tej restrykcyjności powiązana była z ujawnionym wcześniej przekonaniem o zdominowaniu świata przez zło. Innymi słowy, stopień radykalizmu i restrykcyjności postulowanej kary był wprost proporcjonalny do stopnia postrzeganego zdominowania świata przez zło i zarazem stanowiło to próbę przywrócenia sprawiedliwości choćby o własnych siłach. Należy podkreślić, iż uwidacznia się tym samym motywacja tych zabiegów, wyraźnie powiązana z potrzebą potwierdzenia wiary w to, że sprawiedliwy świat jest możliwy i zarazem z potrzebą posiadania takiego świata. To co może niepokoić, to przekonanie, iż jest to możliwe do osiągnięcia tylko poprzez odpowiedź przemocą na przemoc, złem na zło, bowiem tylko jedna osoba zgłosiła chęć działań prewencyjnych w pracy z kobietami zagrożonymi gwałtem.

Trzecim obiektem postawy była ofiara. 34 emocji na 100 wskazywało na współczucie do ofiary, natomiast 19 związanych było z emocjami takimi jak żal, smutek, litość i złość. Tym niemniej godne uwagi jest, iż ponad 50% wszystkich deklarowanych emocji związanych było jednak z ofiarą gwałtu. Współczucie, żal, smutek, można potraktować jako wskaźniki pozytywnego nastawienia do ofiary, natomiast litość i złość należy potraktować jako wskaźniki i predyktory negatywnego odniesienia do ofiary. Chociaż te emocje stanowią zaledwie 3% ogółu, to w świetle wyników uzyskanych z analizy itemów najbardziej i najmniej akceptowanych z Kwestionariusza przy pomiarze postawy wobec ofiary dokonanej zbiorczo należy zwrócić uwagę, iż może to być rozumiane jako przejaw pewnej ambiwalencji grupy wobec ofiary. Taką hipotezę zdaje się potwierdzać tendencja, która wystąpiła na poziomie poznawczym, gdzie większość sądów podkreślało traumę gwałtu i nastawionych było na potrzeby ofiary, jednakże prawie 1 z wszystkich sądów, które odnosiły się do pokrzywdzonej, nastawiona była jednak na obwinianie. Fakt ten łagodzi charakter oskarżeń, które piętnowały zachowania, a nie osobę. Na poziomie intencji zachowaniowych dominowały konstruktywne formy pomocowe, jak dialog, kontakt czy towarzyszenie, chęć powierzenia pokrzywdzonej pod opiekę. Wymieniając etymologię słowa emocja (*emoteve*, co oznacza wprawiać w ruch) należy zauważyć, iż powstała emocja

jest zawsze odzwierciedleniem chęci i gotowości do podjęcia określonego działania (por. Lowen 1995). W związku z tym, jeżeli w grupie została ujawniona do pokrzywdzonej złość i litość, należałoby oczekiwać jakiejś wspólnej z nimi intencji zachowaniowej. Mogła by nią być chęć powierzenia ofiary osobie trzeciej, brak jednak przesłanek do sformułowania takiego wniosku.

Podsumowując dyskutowany powyżej fragment wyników z projekcyjnego pomiaru reakcji na informację o gwałcie należy podkreślić, iż informacja ta była zagrażająca dla psychicznego komfortu świadków, wzbudzając ich koncentrację na sobie i próbę poradzenia z nią poprzez nadanie zdarzeniu sensu. Warunek taki jednakże był utrudniony, ponieważ informacja uruchomiła przekonania kwestionujące przewidywalność i bezpieczeństwo świata, w którym przyszło świadkom żyć. Tą wybraną przez grupę strategią odzyskania tego przekonania było ukaranie sprawcy przez brutalny samosąd.

W sumie można powiedzieć, iż powstała tutaj agresja pełniła rolę służebną wobec odzyskania własnej równowagi i bezpieczeństwa psychicznego. Zwraca to uwagę na koszty, jakie ponosić mogą interwenci, stykający się z taką problematyką w realności i na konsekwencje dla postawy interwenta wobec ofiary. Spodziewać się można w związku z tym pewnego zawężenia pola poznawczego (co wynika z koncentracji na sobie) w relacji z ofiarą. Pociągać to z kolei może schematyzm w działaniu (np. brak uwzględnienia szerszej perspektywy w myśleniu o problemie – tylko jedna osoba zasugerowała chęć działań prewencyjnych). Spodziewać się również można w sytuacji kontaktu tendencji do uruchomienia mechanizmu przeniesienia agresji ze sprawcy na obiekt dostępny i bezpieczniejszy na ofiarę, co wiąże się z prawidłowością, że raz powstałe emocje i związane z nimi napięcie domagają się adekwatnego do charakteru emocji rozładowania. Z drugiej strony obowiązujące normy kulturowe i nakładające się na nie specyficzne normy grupy, z której rekrutują się przyszli interwenci, stają w wyraźnym konflikcie z możliwością wyrażenia agresji wprost.

Przypominając tutaj możliwą interpretację o służebnej roli agresji wobec sprawcy w odzyskiwaniu własnego komfortu psychicznego przez świadków za pomocą przywrócenia wiary w sprawiedliwy świat, spodziewać się można, iż agresja wobec ofiary będzie dalej istnieć w służbie swojej pierwotnej funkcji i przybierze formę klasycznej racjonalizacji, czyli mechanizmu obronnego. Polega on na „uzasadnieniu postaw, przekonań i zachowań, które byłyby nieakceptowane pozornymi powodami i usprawiedliwieniami" (Kokoszka, Drozdowski, 1993, s. 80).

Korzyści dla Ja obserwatora byłyby przy takim rozwiązaniu dwojakiego rodzaju. Po pierwsze, zostałaby odzyskana wiara w sprawiedliwy świat, poprzez mniej lub bardziej zawoalowaną formę obwiniania ofiary. Po drugie, zamiast doświadczania przykrości, bezsilności, strachu, można by przeżywać złość, co pozwoliłoby odzyskać poczucie siły i kontroli nad sytuacją.

Powyższe wnioski prowadzą do konstatacji, iż w kształceniu przyszłych interwentów nieodzowne wydaje się stosowanie aktywnych metod dydaktycznych, umożliwiających nie tylko diagnozę posiadanej postawy, ale i jej przebudowę.

Z drugiej strony wskazuje to na konieczność stworzenia poszerzonej o zagadnienia antropologiczne i filozoficzne oferty edukacyjnej, która zachęcałaby do stawiania fundamentalnych pytań egzystencjalnych obejmujących zagadnienie istnienia zła, dynamikę lęków, sposobów ujawniania się ich w społeczności na przestrzeni czasu, oraz strategii radzenia sobie z nimi.

BIBLIOGRAFIA

Arendt, H. (1998). *Tradycje i epoki nowożytne*. Res Publica, 9.

Buber, M. (1992). *Ja i ty. Wybór pism filozoficznych*. Warszawa: PAX.

Corey, M.S., Corey, G. (1995). *Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa: PTP.

Doliński, D. (1989a). Krytyczne spojrzenie na Melvina Lernera koncepcję wiary w sprawiedliwy świat. *Przegląd Psychologiczny, 1.*

Doliński, D. (1989b). Melvina Lernera koncepcja wiary w sprawiedliwy świat. *Przegląd Psychologiczny, 1.*

Doliński, D. (1989c). Krytyczne spojrzenie na Melvina Lernera. Koncepcja .... w sprawiedliwy świat. *Przegląd Psychologiczny, 1.*

Doliński, D., Łukaszewski W. (red.). (1999). *Opresja i pomoc*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Girard, R. (1992). *Dawna droga, którą kroczyli ludzie niegodziwi*. Warszawa: Wyd. SPACJA.

Girard, R. (1987). *Kozioł ofiarny*. Łódź: Wydawnictwo Łódzkie.

Herman, J.L. (1998). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: GWP.

Kokoszka, A., Drozdowski, P. (1999). *Wprowadzenie do psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo A.M.

Kubacka-Jasiecka, D. (1997). Z psychologii kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 21). Kraków: Wydawnictwo ALL.

Kubacka-Jasiecka, D. (red.). (2002). *Człowiek wobec zmiany. Rozważania psychologiczne*. Kraków: Wyd. UJ.

Kubacka-Jasiecka, D., Lipowska-Teutsch, A. (red.). (1997). *Wobec przemocy*. Kraków: Wydawnictwo ALL.

Lewicki, A. (1978). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.

Levinas, E. (1999). Etycznie i religijnie. *Twórczość, 8*.
Lowen, A. (1995). *Narcyzm. Zaprzeczenie prawdziwemu ja*. Warszawa: Jacek Santorski.
Mufson, S., Krantz, R. (1996). *Gwałt na randce*. Warszawa: Elma Books.
Pankowska, K. (1984). Funkcje dramy na gruncie psychiatrii, psychologii i pedagogiki. *Kwartalnik Pedagogiczny, 3*.
Pankowska, K. (1986). Angielski teatr edukacyjny. *Scena, 10*.
Pankowska, K.(1987). Czym jest drama. *Plastyka w szkole, 2*.
Pankowska, K. (1988). Drama w nauczaniu i wychowaniu. *Oświata i Wychowanie, 40*.
Pankowska, K. (1990). *Drama – zabawa i myślenie*. Warszawa: COMUK.
Pankowska, K. (2000). *Pedagogika dramy*. Warszawa: Wyd. Akademickie Żak.
Powszechna Deklaracja Praw Człowieka. (1996). Prawa kobiet w dokumentach ONZ. Warszawa.
Reykowski, J. (1986). *Motywacja, postawy społeczne a osobowość*. Warszawa: PWN.
Roine, E. (1984). *Psychodrama. O tym jak grać główną rolę w swoim życiu*. Opole: Wydawnictwo Kontakt.
Sęk, H. (red.). (1985). Personal determinants of social perception accuracy. *Polish Psychological Bulletin, 1*, 16.
Sęk, H. (red.). (1991). *Zagadnienia psychologii prewencyjnej*. Poznań: Wyd. Naukowe UAM.
Sęk, H. (2000). *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
Sęk, H. (1980). *Orientacja w sytuacjach społecznych*. Poznań: Wyd. UAM.
Way, B. (1990). *Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży*. Warszawa: WSIP.

doi: 10.14691/spia.sps.2.311

Konflikt paradygmatów – problemy związane z wyborem dostępnych na rynku sposobów leczenia*

Igor Pietkiewicz

SWPS Wydział Zamiejscowy w Katowicach

WSTĘP

Starzenie się organizmu, choroba i śmierć są zjawiskami uniwersalnymi oraz wpisanymi w sposób naturalny w życie ludzkie. Aby radzić sobie z niedyspozycjami ciała i umysłu, większość kultur wytwarzała na przestrzeni dziejów różne systemy nastawione na ratowanie i przywracanie zdrowia oraz poprawę jakości życia. Wśród mnogości rozwiązań terapeutycznych dostępnych obecnie w kulturze zachodniej, medycyna akademicka zajmuje dominującą pozycję. Jej hegemonię na rynku gwarantują układy społeczne, rozwijający się przemysł medyczno-farmaceutyczny, jak również fakt, że w wielu krajach jest to jedyny model ochrony zdrowa legitymizowany przez ustrój państwowy i agencje rządowe (np. refundacja leczenia). Relacje zachodzące między tym i pozostałymi modelami (szczególnie w kontekście dominujących ideologii oraz polityki społecznej) są szczególnym przedmiotem zainteresowana krytycznej antropologii medycznej (Bear i wsp., 2003). W samej medycynie zachodniej przez długi okres dominowało podejście patogenetyczne, które koncentrowało się przede wszystkim na czynnikach chorobotwórczych (patogenach), oddziałujących na organizm i funkcjonowanie człowieka oraz prowadzących do dysfunkcji. Z czasem, coraz większą popularność zdobywała salutogeneza rozwijająca się od lat siedemdziesiątych i poszukująca odpowiedzi na pytanie, dlaczego niektóre jednostki zachowują zdrowie fizyczne i psychiczne pomimo narażenia na silne stresory lub w razie choroby szybciej powracają do zdrowia (Sęk, 2005). Coraz więcej badań skupiało się na analizie czynników sprzyjających zdrowiu, jak również tworzeniu i ocenie programów profilaktyki zdrowia. Jednocześnie, zaobserwowano rosnące zainteresowanie specyficznymi metodami terapii, zaliczanymi do kategorii medycyny naturalnej. O ile wcześniej, świat akademicki ignorował istnienie innych modalności terapii, które odbiegały od powszechnie przyjętego i usankcjonowanego modelu leczenia, oraz postrzegał je jako zjawisko marginalne, to z wielkim zaskoczeniem przyjęto raport z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych przez Davida Eisenberga nad popularnością tzw. medycyny komplementarnej i alternatywnej – w skrócie CAM (*Complementary Alternative Medicine*), opublikowany w 1993 roku *New England Journal of Medicine*. Z raportu tego wynika, że aż trzydzieści procent Amerykanów wykorzystywało jakąś formę CAM. Ponadto, amerykańskie społeczeństwo wydało na medycynę naturalną w 1990 roku około czternaście bilionów dolarów (z czego około dziesięć i pół biliona z własnych kieszeni) w porównaniu z dwunastoma bilionami dolarów wydanymi w tymże roku z własnej kieszeni na hospitalizację (Davis-Floyd and St. John, 1998). Nie można było zaprzeczyć faktom, że metody komplementarne i alternatywne były powszechnie stosowane w celu profilaktyki i wspomagania leczenia, bez względu na to, jak były oceniane przez środowisko medyczne. Dostrzeżono natomiast potrzebę badań w tym obszarze, aby zrozumieć, dlaczego pacjenci sięgają po te rozwiązania, zrozumieć terapeutyczny potencjał tych metod oraz ewentualne ryzyko związane z ich stosowaniem. W Polsce, postawę wobec terapii komplementarnych i alternatywnych charakteryzuje często rezerwa, a nawet wrogość ze strony świata naukowego i medycznego. Zgłaszane są wątpliwości dotyczące nie tylko samych metod, ale

* Artykuł pochodzi z: *Człowiek w sytuacji zagrożenia: kryzysy, katastrofy, kataklizmy,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2001 SPiA, s. 200–214.

też przygotowania merytorycznego, poziomu profesjonalizmu i etyki adeptów świadczących usługi w tej dziedzinie. Obawy rodzi też czasem postawa samych pacjentów wobec metod naturalnych – czy są one traktowane jako wspomagające (komplementarne), czy mają zastąpić zalecaną przez lekarzy terapię, stanowiąc jej alternatywę. To drugie podejście budzi jeszcze większy sceptycyzm i frustrację profesjonalistów w zakresie ochrony zdrowia, którzy są świadomi potencjalnego ryzyka i skutków związanych w niektórych przypadkach z odstąpieniem od zabiegów diagnostycznych lub proponowanego leczenia. Trudności w zaakceptowaniu przez personel medyczny różnych modalności CAM, jak również odwzajemniana rezerwa lub nieufność wśród zwolenników medycyny naturalnej w stosunku do systemu opieki zdrowotnej może być spowodowana różnymi czynnikami, które omówię później. Aby zrozumieć te zróżnicowany postawy usługodawców i usługobiorców, należy najpierw poznać filozofię leczenia, na której opierają się zarówno terapie proponowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również modalności CAM oferowane głównie w gabinetach prywatnych. Filozofia ta wyznacza sposób postrzegania człowieka, zdrowia, choroby, a także leczenia i wyraża się poprzez różne paradygmaty lub modele medyczne. Dla potrzeb niniejszej pracy przedstawione zostaną trzy modele: biomedyczny, humanistyczny i holistyczny.

BIOMEDYCYNA

Model biomedyczny jest najbardziej popularny i wykorzystywany w naukach medycznych. Nawiązuje do modernistycznej tradycji filozoficznej, w której wiedza postrzegana jest jako coś stałego i obiektywnego. Język natomiast stanowi reprezentację obiektywnej prawdy i rzeczywistości. Lekarze są autorytetami władnymi podejmowania ważnych decyzji, a od pacjenta oczekuje się dużego stopnia podporządkowania (Larivaara, Kiuttu i Taanila 2001). W razie wątpliwości lub niezgody na proponowany sposób leczenia, pacjentowi groziła odmowa dalszej opieki. W niektórych przypadkach, uprzedmiotowienie pacjenta było tak dalece posunięte, że nie informowano go o jego stanie zdrowia ani nie omawiano z nim szczegółów dotyczących planowanych procedur medycznych, diagnostyki i leczenia. Biomedycynę określa się często jako naukową, materialistyczną i opartą na założeniu, że nauka ma na celu wyjaśnić i opisać różne złożone procesy zachodzące w ciele ludzkim oraz sformułować określone zasady. Davis-Floyd i St. John (1998) nazywają ten model technokratycznym, odwołując się do określonych cech społeczeństwa zachodniego, takich jak hierarchiczność, biurokracja i zorganizowanie wokół ideologii postępu technologicznego. Uprawianie medycyny w ramach tego modelu wiąże się z rozwijaniem wysoce specjalistycznej wiedzy i procedur technicznych. Autorki wyróżniają dwanaście głównych charakterystyk tego modelu, t.j.:

1. oddzielenie umysłu od ciała,
2. postrzeganie ciała ludzkiego na podobieństwo maszyny,
3. pacjent jako obiekt oddziaływań medycznych,
4. wycofanie się i dystans terapeuty od pacjenta,
5. diagnoza i terapia od zewnątrz do środka (leczenie choroby, naprawianie dysfunkcji),
6. hierarchiczna organizacja i standaryzacja opieki,
7. autorytet i odpowiedzialność przypisana terapeucie,
8. przypisywanie dużej wartości nauce i technologii,
9. agresywne lub intruzywne interwencje i dążenie do osiągnięcia szybkich efektów,
10. postrzeganie śmierci w kategoriach porażki,
11. system ukierunkowany na generowanie zysków,
12. hegemonia techniczna brak tolerancji dla innych modalności.

Podsumowując, u podstawy modelu biomedycznego tkwi założenie, że umysł i ciało to dwa oddzielne i niezależne obszary. Ciało – reprezentacja fizyczna człowieka – jest płaszczyzną zainteresowania lekarzy, podczas gdy psyche jest domeną lekarzy dusz – psychologów lub duszpasterzy. Organizm ludzki jest postrzegany jako mechaniczny w swojej istocie lub dający się przyrównać do mniej lub bardziej skomplikowanej maszyny. Maszynę taką można rozkładać na części składowe (systemy, podsystemy i ich najdrobniejsze elementy), studiować i naprawiać. Dlatego, model biomedyczny opisuje się czasem, jako redukcjonistyczny, ponieważ traktuje cały organizm jako sumę organów, funkcji lub podsystemów oraz kładzie nacisk na rozwój specyficznych dziedzin medycyny, które koncentrują się na wybranym obszarze (np. okulistyka, pulmonologia, nefrologia, itd.). Dzięki temu zachodzi z kolei szybki postęp wysoce specjalistycznej wiedzy medycznej. Zdrowie było definiowane w tym modelu jako stan, w którym organizm biologiczny może funkcjonować właściwie. Zaburzenia funkcjonowania mogły być spowodowane czynnikami we-

wnętrznymi (np. wirusy, bakterie, genetyka) lub zewnętrznymi (np. uszkodzenia ciała lub trudności związane ze środowiskiem zewnętrznym). Rola lekarza polegała na przywróceniu lub zastąpieniu utraconych funkcji biologicznych. W biomedycynie ważne jest również pojęcie normy, które określa, czy stan pacjenta zostanie oceniony w kategoriach zaburzenia lub choroby, czy nie. Umysł i życie duchowe nie traktowano jako znaczące dla zdrowia, a więc ignorowano ten aspekt funkcjonowania. Takie mechanicystyczne ujęcie zwalniało terapeutów biomedycznych (lub technokratycznych) od poczucia odpowiedzialności za samopoczucie pacjenta. Podopieczni mogli być często postrzegani w kategorii „ciekawych przypadków". Wywiady medyczne w tym modelu zawierały zazwyczaj pytania zamknięte, mające na celu uzyskanie informacji niezbędnych do potwierdzenia hipotez tworzonych przez klinicystę w celu diagnozy. Stan emocjonalny pacjenta, przeżycia towarzyszące chorobie, jej znaczenie w życiu rodziny oraz wpływ na role społeczne nie było przedmiotem zainteresowania. Podejście takie stoi w opozycji do praktyk inspirowanych rozwojem myśli postmodernistycznych, promujących wywiad o charakterze otwartym, skupionym na pacjencie i jego przeżyciach. Z drugiej strony, słusznie zauważa się, że ten rodzaj postawy skoncentrowanej na lekarzu jest przydatny i pomocny w czasie interwencji w stanach nagłych i ostrych, kiedy zagrożone jest życie pacjenta i należy podjąć natychmiastowe decyzje. W takich przypadkach, klinicysta prowadzi rozmowę w sposób dyrektywny, zadaje sekwencję pytań zamkniętych i ogranicza pacjenta skłonnego do tworzenia dygresji (Larivaara, Kiuttu i Taanila, 2001).

W środowisku klinicznym funkcjonującym w oparciu o model biomedyczny, często zauważa się spory dystans emocjonalny pomiędzy lekarzem i pacjentem. Już w trakcie w szkolenia zawodowego uczono młodych adeptów sztuki lekarskiej, jak chronić siebie poprzez unikanie zaangażowania emocjonalnego i radzenia sobie z przeciwprzeniesieniem[1]. „Diagnoza i terapia od zewnątrz do środka" stoi w opozycji do podejścia, w którym przyjmuje się, że właściwa terapia polega na wzmocnieniu naturalnych sił organizmu oraz zdolności do samo-leczenia poprzez poprawę nawyków żywieniowych, ćwiczenia fizyczne i zmianę stylu życia. Z kolei hierarchia i uległość w technomedycynie przejawia się w relacji pomiędzy jednostką a instytucją. W wielu ośrodkach medycznych harmonogram dnia (włączając w to wizyty lekarskie, zabiegi pielęgnacyjne, diagnostyczne i terapeutyczne, posiłki, odwiedziny bliskich, itd.) podporządkowany jest raczej interesom i wygodzie personelu oraz instytucji, aniżeli pacjenta (Davis-Floyd i St. John, 1998). Ponadto, biorąc pod uwagę swoją postawę wobec pacjenta i pozostałych członków zespołu oraz sposób komunikacji, personel medyczny zaznacza często i wzmacnia istniejącą sztywną hierarchię panującą w danej instytucji. W hierarchii tej dokonuje się często podziału na personel wyższy, średni i niższy, gdzie określone są kompetencje, uprawnienia i obowiązki reprezentantów poszczególnych szczebli. Lekarz na przykład, zajmuje pozycję nadrzędną wobec pozostałych członków zespołu, jak również innych pracowników sektora zdrowia publicznego, tj. pielęgniarek, psychologów, techników, diagnostów laboratoryjnych, asystentów oraz osób świadczących usługi w ramach innych systemów leczenia).

Kolejną kwestią jest nacisk położony na specjalizację. Lekarze ogólni mają najwyraźniej inny status i wynagrodzenie, niż kardiolog lub neurochirurg. Chociaż specjalizacja umożliwia intensywny rozwój badań w danej dziedzinie, w konsekwencji sprawia, że lekarze koncentrują na dość wąskim

[1] Pojęcie przeciwprzeniesienia wiąże się z inną kategorią, tj. przeniesienia. Przeniesienie (*transference*) dotyczy nieświadomego lokowania w kimś uczuć, pragnień i oczekiwań, które pierwotnie adresowane były do innej ważnej osoby w przeszłości. Z kolei przeciwprzeniesienie (*countertransference*) określa nieświadomą reakcję lub odpowiedź na przeniesienie. Dobrym tego przykładem jest sytuacja kliniczna, w której pacjent przeżywający niegdyś swoich rodziców jako mało troskliwych, obojętnych, opuszczających lub nawet wrogich, rozwija podobną postawę w stosunku do personelu medycznego, reprezentującego postaci opiekunów. Może snuć fantazje, że lekarzowi nie zależy na jego zdrowiu, jest niewrażliwy wobec cierpienia pacjenta i najchętniej pozbyłby się jego z oddziału. Poprzez swoją postawę, może wzbudzać w klinicyście niechęć, lęk przed wrogością pacjenta oraz próby unikania kontaktu z chorym. (Należy wykluczyć oczywiście sytuacje, w których podobne zachowania są typową postawą danego klinicysty wobec większości pacjentów i wyrażają jego osobiste trudności, aniżeli stanowią nieświadomą odpowiedź na przeżycia lub konstrukcję psychiczną pacjenta.) Hospitalizacja wiąże się z wejściem w ogromną zależność od personelu medycznego i powierzenia mu swojego zdrowia i życia. Wymaga to od pacjenta pewnej dozy zaufania, że uzyska właściwą opiekę. Wielu pacjentów będzie przejawiać skłonność do regresji w sposobie funkcjonowania, przeżywania i prezentowanych oczekiwaniach lub pragnieniach do wcześniejszych etapów życia. Niektórzy z nich, mogą w dziecięcy sposób przypisywać lekarzowi ogromną moc, wszechwiedzę, omnipotencję, podobnie jak małe dziecko przeżywa swojego rodzica. Należy jednak zwrócić uwagę, że pacjenci nie muszą wyrażać tych postaw *expressis verbis*. Ponadto, niektórzy z nich oczekują specjalnego zainteresowania i opieki. Czasami w sposób skryty, a czasami bardziej wprost ujawniają swoje pragnienia, aby być dla lekarza szczególnym pacjentem, jedynym lub wyjątkowym. Mogą starać się zadowolić terapeutę oferując prezenty lub zachowując się w sposób, w jaki myślą, że klinicysta tego oczekuje. Kiedy ich dziecięce oczekiwania zostaną sfrustrowane i pozostają nieuświadomione, pacjent może poczuć się odrzucony, nie zaopiekowany, nieważny, niekochany, a nawet bezwartościowy. Jest rzeczą oczywistą, że dla klinicystów niemożliwe jest zaspokajanie niedojrzałych, dziecięcych pragnień – aby stać się doskonałym rodzicem dla swoich pacjentów. Poza tym, ich rola nie na tym polega. Większy problem pojawia się jednak w chwili, kiedy wpadną w pułapkę tych oczekiwań i starają się je spełnić, abstrahując od realności sytuacji. Kiedy klinicysta reaguje nieświadomie na tego typu przeniesieniowe postawy pacjenta, możemy mówić o przeciwprzeniesieniu. Dopóki nie zostanie ono uświadomione i zrozumiane, w nieuchronny sposób będzie prowadzić do frustracji, pomieszania ról i napięcia emocjonalnego. Wielu klinicystów ma naturalnie lęk przed tym.

zakresie ludzkiego funkcjonowania. Natomiast im bardziej niszową specjalizację posiada klinicysta, tym mniejsze są wobec niego oczekiwania, że będzie posiadał odpowiednie kompetencje interpersonalne, włączając w to empatię, nawiązywanie więzi i zaufania, umiejętne komunikowanie się. Davis-Floyd i St. John (1988) zwracają też uwagę na posiadaną przez pacjentów trudność w ocenie wartości poszczególnych procedur diagnostycznych i sposobów terapii, jeżeli w przypadku złożonych problemów lub braku efektów leczenia są odsyłani od jednego specjalisty do drugiego. Specjalizacja w medycynie prowadzi również do standaryzacji. Jednostki posiadające władzę określają zasady postępowania dla innych, na przykład, jakie procedury diagnostyczne, techniki i metody leczenia są właściwe w określonym przypadku. Ustala się standardy i normy, nierzadko wzmacniane przez politykę danej instytucji lub firm ubezpieczeniowych. W modelu biomedycznym lekarz jest postrzegany jako ekspert, a jego autorytet podkreślają określone symbole, takie jak tytuł naukowy, biały fartuch lub stetoskop. Podobną funkcję może pełnić używanie żargonu medycznego, niezrozumiałego dla większości pacjentów, kiedy używa się go w celu zaznaczenia dystansu pomiędzy lekarzem a pacjentem oraz zaznaczenia swojej pozycji, autorytetu i kontroli. W konsekwencji, pacjent czuje się mniej odpowiedzialny za swoje leczenie i staje się biernym odbiorcą usług leczniczych.

Jedną z ostatnich wymienionych tutaj cech jest szczególny stosunek do śmierci, jaki obserwuje się w tym modelu. Charakteryzuje się on podejmowaniem ogromnego wysiłku celem opóźnienia momentu śmierci tak dalece, jak to tylko możliwe oraz uzyskania iluzorycznego poczucia kontroli nad prawami natury. W obliczu śmierci pacjenta, wielu lekarzy doświadcza uczuć porażki. W swojej książce pt. „Jak umieramy?" Sherwin Nuland (1996) podaje przykłady klinicystów, którzy nawet w przypadku pacjentów umierających w sędziwym wieku z powodu naturalnych zmian związanych z procesem starzenia się, nie potrafili zaakceptować tego faktu i pragnęli reanimować pacjenta lub wydłużać jego cierpienie.

Opisałem powyżej cechy modelu biomedycznego – skrajny biegun na kontinuum pomiędzy technokratycznym i holistycznym podejściem do człowieka i jego leczenia. Przejdę następnie do środkowej części spektrum – modelu będącego pod wpływem nauk humanistycznych, określanego często humanistycznym lub biopsychospołecznym.

MODEL HUMANISTYCZNY

Paradygmat ten znajduje się pomiędzy biomedycyną, a modelem holistycznym. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że istnieją cienkie granice pomiędzy tymi modelami. Można znaleźć na przykład lekarzy zatrudnionych w technokratycznych instytucjach medycznych, wykorzystujących wysoce skomplikowane technologie, a jednocześnie prezentujących szczególną postawę wobec pacjenta i filozofię leczenia bliską modelowi humanistycznemu. Według Davis-Floyd i St. John (1988) może mieć to związek z osobowością lekarza, jego systemem wartości i podejściem do życia. Z drugiej strony, istnieją praktycy metod holistycznych, którzy koncentrują się na objawach choroby i chcą je usunąć za pomocą technik medycyny naturalnej – wyrażając tym samym postawę charakterystyczną dla podejścia patogenetycznego, typowego dla biomedycyny. Co jest jednak charakterystyczne dla modelu humanistycznego, to postawa wobec pacjenta. Powinna być pełna ciepłych uczuć, współczucia i szacunku dla autonomii pacjenta oraz akceptacji jego praw do bycia czynnym partnerem w procesie diagnozy i leczenia. Model humanistyczny lub biopsychospołeczny bierze pod uwagę różne aspekty funkcjonowania człowieka – płaszczyznę biologiczną, psychologiczną oraz środowiskową. W diagnozie i planowanym leczeniu uwzględnia się więc nie tylko procesy organiczne, ale także stan psychiki, potrzeby duchowe, wpływ objawów na pełnione role społeczne, itd. Analizuje się czynniki indywidualne, jak również uwarunkowania środowiskowe i kulturowe. Więcej uwagi poświęca się narracji pacjenta na temat swojej choroby. Innymi słowy, tworzy się pacjentowi przestrzeń, aby mógł on podzielić się własną historią, sposobem rozumienia objawów i reakcją na nie. Utrzymuje się nadal podział pomiędzy ciałem i psychiką, lecz w odróżnieniu do biomedycyny, więcej szacunku i uwagi poświęca się przeżyciom jednostki. Zwolennicy tego podejścia są świadomi wpływu psychiki na ciało i vice versa oraz uważają, że należy uwzględnić oba te obszary w procesie leczenia. Pogląd taki był wzmacniany poprzez wyniki badań w dziedzinie psychoneuroimmunologii lub neuronauki. Mając to na uwadze, klinicyści powinni rozumieć i szanować naturalne potrzeby pacjentów (np. potrzebę prywatności, intymności i ochrony w czasie choroby). Ponadto, powinni mieć na względzie fakt, że większość osób pozytywnie reaguje na czułość, przyjazny dotyk i uwagę, natomiast nastawia się awersyjnie w stosunku do ludzi prezentujących

postawę wyższościową, niemiłych, krytycznych. W modelu humanistycznym podkreśla się, jak istotne jest zbudowanie pozytywnej więzi pomiędzy lekarzem i pacjentem, co wpływa na proces leczenia, zaangażowanie pacjenta w terapię, zaufanie i chęć współpracy. Aby spełnić ten warunek, klinicysta musi być bardziej świadomy swoich własnych cech charakteru, sposobu wyrażania emocji, posiadanych trudności i nierozwiązanych konfliktów, umiejętności komunikacyjnych (język ciała, sposób tworzenia wypowiedzi, używany język). Od klinicysty zorientowanego humanistycznie oczekuje się otwartości (a przynajmniej neutralności i szacunku) w stosunku do pacjenta, akceptowania dokonywanych przez chorego wyborów i stosowanych przez niego strategii radzenia sobie z problemem (np. szukanie pomocy w praktykach religijnych albo korzystanie z metod medycyny komplementarnej). Nie oznacza to, że lekarz musi być zwolennikiem tych metod, ale wskazana jest ogólna wiedza o nich (szczególnie, kiedy pacjent nawiązuje do nich, pyta o ewentualne przeciwwskazania lub interakcje z proponowanym leczeniem) oraz rozumienie znaczenia, jakie sposoby te odgrywają dla pacjenta. W przeciwnym razie, pacjent zachowa informacje o stosowaniu tych metod w tajemnicy, co może się wiązać z lękiem przed niezrozumieniem, krytyką, a nawet ośmieszeniem ze strony klinicysty. Otwartość klinicysty na rozmowę dotyczącą innych sposobów radzenia sobie z chorobą, aniżeli proponowane przez medycynę akademicką terapie, umożliwia lekarzowi dokonanie oceny ich przydatności i znaczenia, jakie mają dla pacjenta. Niektóre ze stosowanych modalności są postrzegane przez lekarzy jako neutralne lub ograniczające się do działania pro psyche. Patrząc z perspektywy psychologicznej, można je wtedy uznać za znaczące strategie copingu (ukierunkowane zarówno na radzenie sobie z problemem lub na emocje). Mogą na przykład budować w pacjencie poczucie kontroli nad sytuacją i przyczynić się do większego zaangażowania w proces leczenia poprzez stosowanie określonych środków, zmianę stylu życia, itp. Z drugiej strony istnieje ryzyko, że poczucie iluzorycznej kontroli będzie nasilać mechanizmy zaprzeczenia i doprowadzi do znacznego zniekształcenia obrazu rzeczywistości. W takim stanie, pacjent może odrzucić proponowany przez lekarza program terapii. Dobrym tego przykładem jest pacjentka z rozsiewem komórek nowotworowych, która nie zgadza się na chemioterapię, ponieważ wierzy, że może zniszczyć raka stosując ćwiczenia jogi i afirmacje (np. powtarzając sobie, że jest zdrowa, silna i zadowolona w swoim życiu). Bez zrozumienia psychologicznych mechanizmów odpowiedzialnych za tego typu postawą, wielu lekarzy może przeżywać bezsilność i złość wobec pacjenta odmawiającego leczenia.

Otwartość na pacjenta i szacunek dla jego autonomii u humanistycznie zorientowanego klinicysty wiąże się również z podejściem, które zakłada, że chory jest partnerem w procesie leczenia, a nie tylko obiektem interwencji medycznych (co jest charakterystyczne dla biomedycyny). Lekarz pozostaje niewątpliwie ekspertem, ale wymaga się od niego, aby udzielał pacjentowi w zrozumiały dla niego sposób informacji o stanie zdrowia, przedstawił propozycje leczenia i uzyskał zgodę na zastosowanie określonej terapii. Praktyki tego typu są obecnie wymagane w środowisku klinicznym, gdzie dochodzi nawet do wielu wypaczeń, aby chronić instytucję i personel medyczny przed ewentualnymi pozwami sądowymi (dla wielu procedur pacjent musi wyrażać pisemną zgodę lub odmowę). W modelu tym nieco inaczej może wyglądać rozmowa diagnostyczna. Laarivaara, Kiuttu i Taanila (2001) podają przykład wywiadu skoncentrowanego na pacjencie, w którym lekarz zachęca chorego, aby opowiadał o tych elementach swojego funkcjonowania, które są według niego najistotniejsze. Wymaga to z kolei więcej czasu i wysiłku ze strony klinicysty, który koncentruje się raczej na budowaniu dobrej relacji z pacjentem. Chociaż wydaje się to możliwe w przypadku niektórych lekarzy pierwszego kontaktu, wywiad tego typu nie sprawdziłby się z oczywistych względów w większości oddziałów somatycznych. Wywiad zorientowany na pacjencie wymagałby bowiem zmiany roli lekarza, od którego by oczekiwano zaspokajania potrzeb, które adresuje się najczęściej do psychologa, psychoterapeuty albo duszpasterza. Ponadto, przeprowadzanie tego typu wywiadu w technokratycznym kontekście klinicznym, w którym ilość czasu klinicysty przypadająca na jednego pacjenta jest niewielka, wydaje się wysoce niemożliwe. Z drugiej strony, postulaty tego typu wyrażają tęsknotę i pragnienie opieki bardziej czułej, pełnej uwagi i życzliwości, utożsamianej z hipokratejskim etosem lekarza-uzdrowiciela, jako osoby obdarzonej mądrością, szczerej, posiadającej umiejętności leczenia ciała, uzdrawiania psychiki i przynoszącej ukojenie dla duszy osoby cierpiącej.

W modelu humanistycznym, klinicysta jest świadomy potrzeby towarzyszenia choremu w cierpieniu nawet, jeżeli nie ma szans na jego wyleczenie. Amerykański psychiatra kulturowy Artur Klein-

man (1980) podkreśla, jak duże znaczenie ma tutaj rozróżnienie pomiędzy dwoma pojęciami, a mianowicie *disease* i *illness*. W przekładzie na język polski, oba oznaczają „chorobę", natomiast „disease" odwołuje się do aspektu nozologicznego (np. nazw zespołów i jednostek chorobowych diagnozowanych według międzynarodowych klasyfikacjach chorób ICD-10 lub DSM-IV-TR), a „illness" do całokształtu doświadczeń towarzyszącym cierpieniu w wymiarze jednostkowym i społecznym, z uwzględnieniem czynników psychologicznych, socjo-kulturowych. Kleinman (1980) zwraca uwagę, że w wielu sytuacjach, kiedy nie można wyleczyć choroby (*cure the disease*) nadal możliwe jest uzdrawianie cierpień chorego (*healing the illness*). Przykładem tego może być przypadek chorego na AIDS albo z rozsiewem komórek nowotworowych, u którego leczenie nie przyniosło oczekiwanych efektów. Nadal jednak, klinicysta może przynosić choremu ulgę poprzez towarzyszenie mu w chorobie i starania w kierunku zwiększenia komfortu chorego w ostatnich chwilach jego życia. Służy temu dynamiczny rozwój opieki paliatywnej w ostatnich latach, dzięki któremu wzrósł standard usług świadczonych pacjentom umierającym. Problematyce opieki nad umierającymi poświęciła swoją pracę psychiatra szwajcarskiego pochodzenia – Elizabeth Kübler-Ross. W książce pt. „Rozmowy o śmierci i umieraniu" (1998) zwraca uwagę na fakt zaniedbywania tego obszaru w biomedycynie, gdzie śmierć bywa traktowana w kategorii porażki klinicysty. Medycyna oparta na modelu humanistycznym w znacznie większym stopniu uwzględnia indywidualne doświadczenia pacjenta. Umożliwia to na odwołanie się w procesie terapii do potrzeb, przeżyć i przekonań religijno-duchowych chorego. Czytelników zainteresowanych tym zagadnieniem kierują do artykułu „Strategie copingu religijnego w sytuacji utraty – implikacje do terapii" (Pietkiewicz, 2011).

W sektorze zdrowia publicznego coraz częściej podkreśla się potrzebę uwzględniania omówionych powyżej przesłanek modelu humanistycznego. Dzieje się tak nie tylko pod wpływem wzrostu wiedzy dotyczącej wpływu czynników psychologicznych na leczenie, ale również wskutek rosnącej konkurencji na rynku płatnych usług medycznych. W sytuacji, kiedy pacjent ma do wyboru dwóch klinicystów specjalizujących się w określonej dziedzinie, w swoim wyborze może kierować się oceną dodatkowych czynników, takich jak uprzejmość i otwartość ze strony lekarza, stopień okazywania troski i zainteresowania pacjentem, itd. Ponadto, coraz częściej instytucje umożliwiają pacjentowi dokonanie ewaluacji świadczonych przez nie usług, aby ocenić zadowolenie pacjenta z kontaktu z personelem, sposobu informowania o stanie zdrowia, przeprowadzania zabiegów, jak również warunki sanitarne, wyżywienie. Wobec komercjalizacji usług i rosnących oczekiwań co do jakości opieki, instytucje i klinicyści prezentujący podejście technokratyczne mogą notować spadek liczby pacjentów zgłaszających się po pomoc, chyba że oferowane zabiegi diagnostyczne i leczenie należą do niszowych, co gwarantuje zachowanie bezpiecznej pozycji na rynku.

MODEL HOLISTYCZNY

Pojęcia holistyki używa się często do opisu terapii związanych z medycyną alternatywną i komplementarną lub filozofii leczenia zakorzenionej w myśli hipokratejskiej. Człowieka – w tym ujęciu – traktuje się jako jedność tego co cielesne i duchowe, włączając w to jego doświadczenia, uczucia, emocje, myśli. Jest on także postrzegany, jako cząstka ekosystemu. W modelu holistycznym, podkreśla się odpowiedzialność jednostki za utrzymywanie swojego organizmu w zdrowiu i angażowanie się w proces leczenia. Natomiast terapia powinna brać pod uwagę cechy podmiotu oraz wszystkie czynniki pochodzące ze środowiska, sfery społecznej i kulturowej. Dużą uwagę poświęca się czynnikom salutogennym związanym ze stylem życia, takim jak odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, umiejętne radzenie sobie ze stresem, itp. Holistyczna wizja człowieka różni się dalece od paradygmatu biomedycznego, gdzie ciało porównuje się do skomplikowanej maszyny, w której różne systemy i podsystemy współpracują ze sobą. Według przedstawicieli różnych modalności opartych na modelu holistycznym, organizm złożony jest z żywiołów (ziemia, powietrze, ogień, woda)[2], przenika go i otacza swoiste pole energii (nazywane czasem *aurą*). Owa życiowa energia (określana w różnych systemach etnomedycyny jako *prana*, *ch'i*, *mana*) krąży poprzez system kanałów energetycznych (*meridianów*) i koncentruje się w określonych obszarach (*czakrach*). Nie tylko ciało posiada swoje pole energetyczne, również myśli i emocje są postrzegane jako rodzaj wibracji energetycznych (Brennan, 1988; Myss, 1996). Stany psychiczne takie jak złość, zazdrość, smutek, lęk itp. są w ten sposób kojarzone z negatywną energią, natomiast miłość, współczucie, radość – z energią pozytywną.

Uważa się, że zdrowie i choroba są ściśle związane z nagromadzeniem i przepływem subtelnej

[2] W systemie tradycyjnej medycyny tybetańskiej wyróżnia się jeszcze piąty element, tj. przestrzeń.

energii. Jej nadmiar lub niedobór może bowiem prowadzić do dysfunkcji określonych organów lub systemów. Wyrazem zdrowia jest wewnętrzna równowaga, uczucie spełnienia i samorealizacji, natomiast choroba wyraża brak równowagi lub blokadę energetyczną. Jeden z bardziej znanych na świecie terapeutów holistycznych – Edward Bach (1886-1936), który rozpoczął swoją karierę jako lekarz i po długoletnich badaniach stworzył nowy system medycyny komplementarnej twierdził, że przyczyna wielu chorób leży w ludzkiej psychice. W jednym ze swoich esejów, pt. „Free Thyself" pisał: „Tak długo winiliśmy za nasze choroby zarazki, pogodę i pokarm, który spożywamy. Jednak wielu z nas zachowuje odporność podczas epidemii grypy, wielu lubi ożywczy powiew zimnego powietrza i wielu może zjeść na noc kawałek sera, popijając czarną kawą, bez uszczerbku na zdrowiu. Nic w przyrodzie nie może nas zranić, kiedy jesteśmy w harmonii i czujemy się szczęśliwi. Wprost przeciwnie: przyroda jest po to, aby nam służyć i przynosić radość. Kiedy tylko pozwolimy, aby wtargnął w nas brak wiary, depresja, niezdecydowanie lub strach, stajemy się wrażliwi na wpływy zewnętrzne" (Pietkiewicz, 2001, s. 196). Podobnie jak wielu terapeutów holistycznych, uważał że jego rola polega na tym, by pomagać choremu w zdobywaniu lepszego rozumienia dynamiki objawów, rozpoznawaniu czynników mających wpływ na stan zdrowia (w tym własnych cech charakteru i skłonności), uaktywnieniu zasobów. Holistyczny terapeuta przyjmuje więc bardziej funkcję doradcy, który uczy większej autonomii, umiejętności obserwowania własnego organizmu i jego potrzeb oraz zaspokajania ich w rozsądny sposób. Pacjent natomiast powinien czuć się współodpowiedzialny za własne zdrowie i aktywnie angażować w proces terapii – podejmowanie decyzji dotyczących leczenia i stosowanie zalecanych metod. Aby pobudzić naturalne siły lecznicze organizmu, wielu terapeutów holistycznych zaleca zmianę nawyków żywieniowych, stosowanie suplementów, produktów ziołowych, ćwiczeń, technik relaksacyjnych lub medytacyjnych, a nawet psychoterapii. Ostateczna odpowiedzialność leży jednak w rękach chorego, który musi podejmować własne wybory i realizować zmiany (np. rzucić palenie, zaprzestać spożywania szkodliwych produktów, zmienić pracę na mniej wymagającą, zawalczyć o swoje prawa, itp). Wiele z działań profilaktycznych w systemie opieki publicznej jest więc bliskich myśleniu holistycznemu[3]. Jednak użycie tych wszystkich środków celem przywrócenia równowagi może być dla niektórych zbyt wielkim wyzwaniem. Wielu pacjentów wychowanych w kulturze, w której leczenie opiera się o model biomedyczny, będzie wolało zażycie tabletki lub poddanie się zabiegowi medycznemu, aby osiągnąć natychmiastowy efekt – nawet, jeżeli problem miałby wkrótce powrócić. W modelu holistycznym, kładzie się za to nacisk na zmianę stylu życia, aniżeli redukcję objawów. Weźmy dla przykładu pacjenta z alergicznymi zmianami skóry. O ile lekarz praktykujący według modelu biomedycznego zaleci być może leki antyhistaminowe oraz maść lub środki sterydowe, aby wyeliminować objawy, o tyle terapeuta holistyczny skupi się na diecie, ogólnym zmęczeniu, stresie zawodowym lub innych czynnikach, które wzmacniają według niego objawy. Ponadto, terapeuci holistyczni analizują często zyski zewnętrzne z posiadanych objawów. Na przykład, mały chłopiec uskarżający się na swędzącą wysypkę na rękach od tygodni odwiedza różnych specjalistów. Niejednokrotnie udaje się wraz z rodzicami na konsultacje od odległych miast. Ma dzięki temu okazję, aby spędzić z nimi więcej czasu, gdyż są oni zazwyczaj bardzo zapracowani. Dostaje przy tym sporo uwagi i zainteresowania. Zignorowanie tego faktu w procesie diagnozy i leczenia mogłoby być niekorzystne.

Terapeuci holistyczni mówią często o "leczeniu chorego, a nie choroby", co podkreśla wagę, jaką przykłada się do różnych aspektów ludzkiego funkcjonowania. Uważa się bowiem, że w diagnozie i terapii należy uwzględnić różne płaszczyzny funkcjonowania chorego (społeczną, zawodową, intymną, itp), jego aspiracje i potrzeby oraz źródła napięć i frustracji. Terapeuci holistyczni uwzględniają tym samym kontekstualizującą rolę kultury.

Inną ważną cechą modelu holistycznego jest nacisk na tzw. wewnętrzną mądrość, mądrość ciała lub intuicję, jako istotne źródło informacji i natchnienia do rozwiązania wielu problemów. Korzystanie z intuicji dotyczy zarówno pacjentów, jak również terapeutów. O ile kształcenie kliniczne w modelu biomedycznym skupia się na analizie podręczników, wynikach testów diagnostycznych, technologii i podążaniu za ekspercką wiedzą wykładowców, w modelu holistycznym większą wagę przykłada się doświadczeń, opisywanych w kategorii bezpośredniego, intuicyjnego wglądu, podążania ze wewnętrznym głosem. Założenie dotyczące wzajemnych relacji pomiędzy ciałem, umysłem i duchem

[3] Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że nie wszystkie formy profilaktyki z biomedycznego punktu widzenia, są akceptowane przez ludzi, których rozumienie zdrowia i choroby opiera się na modelu holistycznym. Dobrym przykładem są szczepienia ochronne, które przez wielu lekarzy homeopatów uważane są za szkodliwe na dłuższą metę.

(lub jedności psycho-fizycznej) wiąże się także z przekonaniem o istnieniu pewnego rodzaju synergii pomiędzy terapeutą, a osobą cierpiącą. Chociaż praktycy różnych modalności mogą mieć jasno wytyczone granice osobowe, zaleca się je czasem poluźnić, aby „poczuć" klienta lub zsynchronizować się z jego rytmem. Wymaga to pewnej otwartości, elastyczności, jak również empatii ze strony terapeuty. Jest to oczywiście obszar trudny do operacjonalizacji i badań.

Davis-Floyd i St. John (1998) podkreślają, że większość praktykujących w oparciu o model holistyczny dzieli przekonanie, że poza fizycznością istnieje świat niematerialny, duch lub dusza, która istnieje nadal, nawet kiedy ciało ulegnie rozpadowi. Jest to jedyny moment, kiedy mówi się o dualizmie lub rozdzieleniu tego co fizyczne i duchowe.

Terapeuci holistyczni specjalizują się zazwyczaj w jednej lub dwóch modalnościach. Oficjalnie, świadczą oni usługi wspomagające leczenie i kiedy widzą taką potrzebę, kierują swoich klientów do specjalistów medycyny. Stoi za tym przekonanie, że uzdrowiciele powinni starać się pomagać swoim klientom najlepiej jak potrafią, ale równocześnie powinni znać własne ograniczenia i umożliwić klientowi dokonywanie wyboru oraz korzystanie z całej gamy dostępnych metod terapii. W praktyce może wyglądać to różnie i zależy od poziomu kompetencji usługodawcy. Paradoks polega na tym, że aby uznać potrzebę konsultacji ze specjalistą medycyny (np., lekarzem pierwszego kontaktu, psychiatrą, itd.) potrzebna jest podstawowa wiedza i umiejętność rozpoznawania faktów istotnych klinicznie. Szkolenia w tym paradygmacie bardzo rzadko przygotowują w tym zakresie.

Niektórzy praktycy metod holistycznych biorą udział w intensywnych programach szkoleniowych, które prowadzone są przez instytucje specjalizujące się w określonej modalności. Wiedza i umiejętności adepta są poddawane weryfikacji, a następnie mogą oni otrzymać odpowiednie certyfikaty. Ponieważ sytuacja terapii naturalnych w Polsce jest słabo regulowania prawnie, brakuje nadzoru nad instytucjami szkolącymi i trudno ocenić ich poziom, jak również przygotowanie merytoryczne wykładowców, etykę, itd. Również uzyskane dyplomy, zaświadczające o kompetencjach w wybranym zakresie nie dają jakichkolwiek uprawnień. Ponadto, spotka się przypadki osób bez wykształcenia lub z wykształceniem w zawodzie niezwiązanym z ochroną zdrowia (np. technik elektryk), które kończą dwudniowe kursy i rozpoczynają własną działalność, oferując usługi uzdrawiania. Fenomen ten dotyczy healerów i szamanów we wszystkich szerokościach geograficznych, bowiem tylko w niektórych modalnościach (np. Tradycyjna Medycyna Tybetańska, Tradycyjna Medycyna Chińska, Ayurveda, itp.) obowiązuje wieloletni system szkoleń pod okiem wykwalifikowanego specjalisty w tym zakresie. Podobnie jak indonezyjski *balian* lub hawajski *kahuna* okrywali własne powołanie do pracy uzdrowiciela w przypływie natchnienia i symbolicznych snów albo też obserwując przez lata swojego mistrza, również na zachodzie niektórzy pragną podjąć podobną ścieżkę. Motywy takich zachowań są bardzo złożone i zostaną pominięte, ponieważ nie są przedmiotu niniejszej pracy.

Opisano powyżej charakterystyczne cechy trzech paradygmatów leczenia: biomedycyny, humanistycznego i holistycznego. Należy zwrócić jednak uwagę na to, że chociaż podejście biomedyczne (lub technokratyczne) i holistyczne znajdują się na przeciwległych biegunach, to granice pomiędzy poszczególnymi modelami mogą się czasem zacierać. Wielu klinicystów biomedycznych określa się mianem holistycznych tylko dlatego, że uwzględniają w obrazie patogenetycznym i w leczeniu czynniki pochodzące z obszaru społecznego lub psychologicznego. Chociaż aprobują systemowe podejście do leczenia, to nigdy nie stosują ani nie polecają metod komplementarnych. Davis-Floyd i St. John (1988) określa ich mianem humanistycznych lekarzy biomedycyny. Są też przypadki klinicystów pracujących w kontekście wysoce technokratycznym, którzy wykazują mimo wszystko ogromne ciepło, współczucie i cierpliwość wobec pacjenta, poświęcają odpowiednio dużo czasu, aby wytłumaczyć pacjentowi jego sytuację i planowane procedury oraz szanują podjęte przez niego decyzje, nawet jeśli są niezgodne z tym, co lekarz uznaje za słuszne. Wskutek rosnącego ciśnienia, aby zhumanizować opiekę medyczną i podwyższyć standard świadczonych usług, coraz bardziej uznaje się zasadność interdyscyplinarnego podejścia do leczenia oraz poszanowania indywidualnych potrzeb i praw pacjenta. Wpływa na to również coraz większa konkurencja w sektorze usług medycznych. Rozwiązania dostępne w oficjalnym systemie opieki opierają się zarówno o model biomedyczny, jak również humanistyczny. Niemniej, zauważa się też w krajach zachodnich, że niektóre instytucje medyczne wprowadzają do pakietów usług wybrane metody komplementarne. Rosnące zainteresowanie medycyną komplementarną i alternatywną wyraża się również w liczbie nowopowstałych ośrodków tera-

peutycznych i rehabilitacyjnych oferujących usługi w tym zakresie, festiwali i targów medycyny naturalnej, czasopism oraz ogłoszeń, gdzie proponuje się te modalności. Większość z nich osadza się na opisywanym paradygmacie holistycznym.

MEDYCYNA KOMPLEMENTARNA I ALTERNATYWNA (CAM)

Medycyna komplementarna i alternatywna (*Complementary and Alternative Medicine* – CAM) jest dość szeroką i ulegającą zmianom kategorią, która zawiera różne formy medycyny naturalnej, ludowej (etnomedycyny), jak również środki lecznicze oraz praktyki wypracowane przez przedstawicieli określonych społeczności. *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (2011) definiuje CAM jako „grupę różnorodnych systemów medycyny i opieki zdrowotnej, praktyk oraz produktów, które nie są ogólnie traktowane jako część medycyny konwencjonalnej[4]". Medycyną konwencjonalną (zwaną również zachodnią lub alopatyczną) określa się w USA system praktykowany przez osoby posiadające tytuł lekarza medycyny lub dyplom kręgarza (*doctor of osteopathy*), a także pokrewne profesje, na przykład fizjoterapeutów, psychologów, wykwalifikowane pielęgniarki. Komplementarność zakłada stosowanie określonych technik w celu wspomagania procesu leczenia i rehabilitacji prowadzonej w ramach oficjalnie dostępnego modelu leczenia (tj. medycyny konwencjonalnej), natomiast alternatywność wiąże się z zastąpieniem medycyny zachodniej innymi rozwiązaniami. Coraz częściej używa się także pojęcia zintegrowanej medycyny (*integrative medicine*), w odniesieniu do praktyk mających na celu połączenie CAM z medycyną konwencjonalną. Doskonałym *exemplum* jest system opieki w rozwijających się w Indiach w osadach tybetańskich, gdzie równolegle promuje się i dofinansowuje kliniki medycyny zachodniej i tradycyjnej medycyny tybetańskiej (Pietkiewicz, 2008). Podobne przykłady można znaleźć w Chinach, gdzie łączy się alopatię z ziołolecznictwem chińskim oraz ćwiczeniami Qi Gong.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że granice pomiędzy CAM i medycyną konwencjonalną nie są ostateczne, natomiast ulegają przemianom. W niektórych sytuacjach, metody i techniki stosowane w ramach CAM mogą być zaakceptowane, a nawet inkorporowane przez medycynę zachodnią. Przykładem odzwierciedlającym taką dyfuzję kultur jest wykorzystywanie akupunktury, wywodzącej się z etnomedycyny, przez przedstawicieli biomedycyny. Akupunktura polega na nakłuwaniu określonych punktów na ciele (meridianów) specjalnymi igłami w celu stymulacji przepływu lub równoważenia energii i była powszechnie stosowana w systemach Tradycyjnej Medycyny Chińskiej i Tradycyjnej Medycyny Tybetańskiej. Z czasem, spotkała się z zainteresowaniem profesji medycznej i wykorzystuje się ją celem leczenia wielu schorzeń układu oddechowego, chorób oczu, jamy ustnej, układu krążenia, żołądka i jelit, chorób neurologicznych i ortopedycznych, w położnictwie, ginekologii, urologii oraz medycynie sportowej. Co ciekawe, obserwuje się próby zawłaszczenia tej modalności CAM przez profesję medyczną. Według informacji na stronie Polskiego Towarzystwa Akupunktury, założonego przez prof. dr hab. n. med. Zbigniewa Garnuszewskiego: „W Polsce zgodnie z decyzją zarządu głównego PTA (organizator szkoleń) zabiegi akupunktury może wykonywać wyłącznie lekarz posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza w Polsce" (PTA 2011).

W kategorii medycyny komplementarnej i alternatywnej można wyróżnić różne modalności reprezentowane przez praktyków danej metody. Niektóre z nich posiadają bardziej lub mniej sformalizowany system szkoleń, kodeks etyczny, organizacje zrzeszające praktyków, wydające certyfikaty oraz nadzorujące pracę praktyków. National Center for Complementary and Alternative Medicine (2011) wyróżnia pięć głównych działów w obrębie tego paradygmatu:

1. Alternatywne systemy medyczne, których przykładem może być rozwinięta na Zachodzie homeopatia i naturoterapia, jak również wschodnie systemy etnomedycyny (np. Tradycyjna Medycyna Chińska, Tradycyjna Medycyna Tybetańska, Ayurveda).
2. Techniki umysłowe (*mind-body interventions*) mające na celu rozluźnienie ciała i stymulowanie jego naturalnych sił leczniczych organizmu. Zalicza się do nich takie formy, jak medytacja, modlitwa, techniki wyobrażeniowe oraz terapie wykorzystujące dźwięk, muzykę, sztukę, taniec.
3. Terapie wykorzystujące substancje naturalne, takie jak zioła, suplementy diety lub witaminy.
4. Techniki pracy z ciałem, włączając w to chiropraktykę, kręgarstwo i masaże.
5. Terapie energetyczne mające na celu oczyszczenie, stymulację i przywrócenie równowa-

[4] Tłumaczenie autora.

gi w polu energii[5] otaczającym i przenikającym żywy organizm. Do kategorii tej można zaliczyć qi gong, Reiki, bioterapię, esencje kwiatowe, jak również terapie oparte na wykorzystaniu pola elektromagnetycznego (np. materacy magnetycznych).

Niektóre z metod, zaliczanych niegdyś do medycyny komplementarnej, budzi szczególne zainteresowanie zachodnich profesjonalistów opieki zdrowotnej, którzy włączają je do praktyki terapeutycznej (np. treningi relaksacyjne, arteterapia). Istnieją kliniki zachodnie, w których zaleca się refleksoterapię, wybrane ćwiczenia jogi lub qi gong. Psycholodzy i psychoterapeuci coraz częściej wykorzystują także praktykę uważnej obecności (*mindfullness*) inspirowaną buddyjską psychologią lub zgłębiają tajniki stanów transowych oraz możliwością wykorzystania ich w terapii za pomocą indukcji hipnotycznej, relaksacji, itp.

WSPÓŁISTNIENIE RÓŻNYCH MODELI NA RYNKU

Wspomniałem już, że dominującym systemem terapii w większości krajów jest medycyna zachodnia. Obok niej rozwijają się różne formy medycyny alternatywnej i komplementarnej. Niektóre z nich są bardziej akceptowane przez przedstawicieli medycyny konwencjonalnej, a inne mniej. Są też takie modalności, do których lekarze podchodzą ze szczególną rezerwą, a nawet wrogością. Dlaczego tak się dzieje?

Mechanizmy odpowiedzialne za postawy jednostek wobec określonych metod leczenia są złożone i związane z wieloma czynnikami (np. rywalizacja na rynku usług medycznych, czynniki finansowe lub posiadane modele wyjaśniające). Skupię się tutaj na ostatnim z wymienionych, który jest prawdopodobnie najistotniejszym z czynników. Modele wyjaśniające (*explanatory models*) to pojęcie używane w psychiatrii kulturowej dla określenia postaw w stosunku do konkretnego epizodu choroby i sposobów jej leczenia u wszystkich, którzy są zaangażowani w sytuację kliniczną (tj. pacjenta, rodziny, personelu medycznego i innych osób zaangażowanych w ten proces). Modele wyjaśniające stanowią próbę odpowiedzi na pytania dotyczące etiologii, symptomatologii, patofizjologii, przebiegu choroby (włączając w to stopień zaawansowania i wpływu na role społeczne chorego, np. ostra, chroniczna, upośledzenie, inwalidztwo) oraz jej terapii. Kleinman (1981) wyróżnił osiem takich pytań, które zadaje sobie pacjent. Podobnie czyni każdy członek personelu medycznego, rodziny lub znajomi, z którymi chory ma kontakt.

1. Co według ciebie spowodowało problem?
2. Dlaczego problem pojawił się wtedy, kiedy się pojawił?
3. Jaki wpływ ma na ciebie choroba? Jak działa?
4. Jak ciężka jest twoja przypadłość? Czy będzie trwać krótko czy długo?
5. Jaki rodzaj terapii powinieneś/powinnaś uzyskać?
6. Jakie są najważniejsze rezultaty/efekty, których się spodziewasz po tym leczeniu?
7. Jakie są najważniejsze problemy, jakie spowodowała twoja choroba?
8. Czego się obawiasz najbardziej w związku z chorobą?

W zależności od wzorców kulturowych i przebiegu socjalizacji (wychowanie w domu, uzyskane wykształcenie i trening zawodowo-społeczny), w szukaniu odpowiedzi na powyższe pytania, ludzie odwołują się zazwyczaj do któregoś z opisywanych wcześniej paradygmatów. Na przykład, w kwestii etiologii, jedna osoba przyjmie naturalne sprawstwo i przypisze chorobę zmianom organicznym, infekcji bakteryjnej, długotrwałym skutkom stresu lub innym czynnikom urazowym. Ktoś inny będzie tłumaczył powstałe symptomy brakiem równowagi pomiędzy żywiołami lub zaburzeniem energii w organizmie. Jeszcze ktoś inny, przypisze problemy zdrowotne aktywnemu działaniu obcych sił (np. wiedźmy, czarownika, duchów lub innych istot niematerialnych). To z kolei, wpłynie zasadniczo na ocenę, które metody są skuteczne w walce z chorobą, a które nie. Czemu bowiem brać antybiotyk, jeśli uważamy, że przyczyną problemu jest utrata energii?

Co się więc dzieje, kiedy dyskutuje internista z homeopatą? Każdy z nich buduje sądy na temat danej przypadłości w oparciu o inny model medycyny. Modele te różnią się nie tylko filozofią leczenia, ale też posługują się odmiennym aparatem pojęciowym. W zawodowym słowniku internisty wychowanego na modelu biomedycznym nie istnieje pojęcie energii witalnej, która krąży w organizmie i utrzymuje go przy życiu. Natomiast podawanie choremu leku zawierającego „ślad lub informację energetyczną" trąci szarlatanerią i budzi silne emocje. Według homeopaty z kolei, wykorzystywanie różnych leków alopatycznych w celu złagodzenia ob-

[5] Jak już wspomniano, pojęcie energii krążącej w organizmie i otaczającej żywy organizm jest powszechne w wielu systemach etnomedycyny. Większość technik medycyny wschodniej (włączając w to dietetykę, ziołolecznictwo, akupunkturę, itd.) miało na celu stymulowanie określonych energii w organizmie.

jawów może być ze szkodą dla pacjenta, ponieważ stłumi jedynie symptomy, które wkrótce powrócą nasilone lub w innej postaci. Chociaż jeden i drugi specjalista odwołują się do swojej bogatej wiedzy i doświadczenia, mogą ponieść klęskę w próbie uzyskaniu konsensusu, ze względu na ograniczenia w dyskursie pomiędzy odmiennymi paradygmatami.

Jakie są zatem możliwości współistnienia różnych modeli terapii? Aby odpowiedzieć na to pytanie, odniosę się do psychologii akulturacji. Akulturacja jest zjawiskiem określającym procesy powstałe wtedy, kiedy dochodzi do spotkania różnych kultur (np. wskutek migracji). Opisane wcześniej modele medyczne, w tym filozofia, na której się opiera każdy z nich, język oraz praktyki, można uznać za takie swoiste systemy kulturowe. W klasycznym modelu akulturacji wyróżnia się cztery charakterystyczne postawy: asymilacja, integracja, separacja i marginalizacja (Berry, 2001). Określają one stopień, w jakim ludzie dążą do kontaktu lub unikają przedstawicieli spoza swojej grupy oraz zachowują lub porzucają swoją spuściznę kulturową. Asymilacja odnosi się do sytuacji, w której osoba porzuca własną kulturę na rzecz obcej kultury, szuka kontaktu i chce się utożsamić z przedstawicielami tej kultury. Integracja dotyczy próby zachowania własnej kultury, przy jednoczesnym angażowaniu się w kulturę obcą i zapożyczaniu od niej różnych elementów. Separacja opisuje blokadę na różne przejawy obcej kultury i zamknięcie we własnej kulturze. Może się wiązać z silnymi cechami nacjonalistycznymi lub etnocentryzmem. Marginalizacja z kolei dotyczy osób, którym ani nie zależy na zachowaniu rodzimej kultury, ani nawiązywaniu więzi z obcą kulturą. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że ludzie mogą przejawiać różne style akulturacji, w zależności od kontekstu lub obszaru funkcjonowania (np. mogą dążyć do asymilacji w zakresie zachowań i praktyk w miejscu pracy, ale separować w kwestii przekonań dotyczących religii, małżeństwa albo wychowywania dziecka). Taką złożoność postaw adresuje model RAEM autorstwa Navas'a i wsp. (2005). Podczas gdy niektóre wymiary kultury ulegają zmianom w procesie akulturacji relatywnie szybko – np. zewnętrzne przejawy kultury, takie jak strój, zachowania, dieta, itp. – inne bardziej opierają się transformacji – np. wartości i przekonania na temat życia. Jaki ma to związek z terapiami różnych modalności? Tak jak można wyróżnić zewnętrzne i wewnętrzne przejawy kultury, podobnie można wyróżnić zewnętrzne aspekty modelu leczenia (zachowania, język, narzędzia i inne artefakty) oraz jego warstwę wewnętrzną – etos zawodowy, tj. wartości i filozofię na której opiera się dany system terapii. Zewnętrzna warstwa może łatwiej podlegać dyfuzji kulturowej – dzięki temu, można było wprowadzić do zachodniej medycyny na przykład zabiegi akupunktury, masaż refleksologiczny stóp albo jogę leczniczą. Innymi słowy, możliwa była integracja na poziomie praktyk (technik) i częściowo na poziomie języka. Jeżeli chodzi o warstwę wewnętrzną (tj. filozofia i podstawowe założenia, na których opiera się leczenie) jest ona bardziej oporna na zmianę. Dlatego, możemy znaleźć przykłady inkorporacji wybranych technik wschodnich do zachodniej medycyny, ale wykorzystujący je lekarze odrzucają to, co określają czasem „otoczką kulturową". Mogą nakłuwać, na przykład, pacjenta igłami akupunkturowymi, ale odrzucać interpretacje zaburzeń przez pryzmat zaburzeń energii chi lub braku równowagi pomiędzy żywiołami. W głębszych wymiarach może więc dominować styl, opisywany jako separacja. Pośrednio wiąże się z opisywaną wcześniej trudnością w pogodzeniu sprzecznych ze sobą paradygmatów. Inną przyczyną silnych postaw separatystycznych może być niedostateczny trening w zakresie różnic kulturowych, a co za tym idzie, brak wiedzy o metodach, ich potencjale, ale też możliwych przeciwwskazaniach, interakcjach.

Ciekawy przykład integracji różnych modeli leczenia opisałem na przykładzie diaspory Tybetańskiej. Przebywający na uchodźctwie w Indiach Tybetańczycy, mają do wyboru medycynę alopatyczną dostępną w klinikach i gabinetach prywatnych, tradycyjną medycynę tybetańską oferowaną przez Instytut TMAI i niezależnie pracujących lekarzy oraz ayurwedę i inne metody niekonwencjonalne. Zarówno medycyna zachodnia i tybetańska są promowane przez politykę społeczną. Pacjenci mogą wybrać jedną z metod w zależności od posiadanych przypadłości, albo stosować oba systemy równolegle. Taki rodzaj podwójnego systemu opieki (*dual healthcare system*) jest dość popularny w wielu społecznościach Azji, w których przyjęto medycynę zachodu, a jednocześnie utrzymano się medycyna indygeniczną (etnomedycynę).

W kulturze zachodniej dominuje medycyna akademicka, która jest jedyną modalnością powszechnie uznaną przez system ochrony zdrowia, a czego wyrazem jest refundacja usług medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Chociaż w niektórych rejonach wiejskich można jeszcze usłyszeć o metodach ludowych, wiedza o nich jest zagrożona wskutek migracji ludności, industrializacji i procesów globalizacyjnych. Jednocześnie odnotowuje się zainteresowa-

nie metodami niekonwencjonalnymi pochodzącymi z różnych kultur. Wiele z nich wydaje się warte uwagi, ze względu na ich możliwości w zakresie profilaktyki i wspomagania leczenia.

LITERATURA

Baer, H.A., Singer, M., Susser, I. (2003). *Medical anthropology and the word system*. London: Praeger, Westport, Connecticut.

Berry, J.W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of Social Issues, 57, 3*, 615–631.

Brennan, B. (1998). *Hands of light: A guide to healing through the human energy field*. New York: Bantam.

Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture*. London: University of California Press.

Kübler-Ross (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina of Poznań.

Laarivaara, P., Kiuttu, J., Taanila, A. (2001). The patient-centered interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 19, 1*, 8–13.

Myss, C. (1996). *Anatomy of the spirit*. New York: Random House.

National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2011). *What is complementary and alternative medicine (CAM)?* Uzyskano 27.05.2011 ze strony: http://www.nccam.nih.gov/health/whatiscam/

Navas, M., Garcia, M.C., Sanchez, J., Rojas, A.J., Pumares, P., Fernandez, J.S. (2005). Relative Acculturation Extended Model (RAEM): New contributions with regard to the study of acculturation. *International Journal of Intercultural Relations, 29*, 21–37.

Nuland, S.B. (1996). *Jak umieramy*. Warszawa: Świat Książki.

Extended Model (RAEM): The perspectives of natives versus immigrants'. *International Journal of Intercultural Relations, 31*, 67–86.

Pietkiewicz, I (2008). *Culture, religion, and ethnomedicine – The Tibetan diaspora in India*. Lanhan: University Press of America.

Pietkiewicz, I. (2001). *Medycyna nowej ery*. Koszalin: Centrum Terapii Bacha.

Pietkiewicz, I. (2010). Strategie copingu religijnego w sytuacji utraty – implikacje do terapii. *Czasopismo Psychologiczne, 16, 2*, 289–299.

Polskie Towarzystwa Akupunktury (2011). *Główne wskazania do stosowania akupunktury* (według Światowej Organizacji Zdrowia – WHO). Pobrano z serwisu internetowego: www.akupunktura.org

Sęk, H. (2005). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.

Konflikt paradygmatów – problemy związane z wyborem dostępnych na rynku sposobów leczenia*

Igor Pietkiewicz

SWPS Wydział Zamiejscowy w Katowicach

WSTĘP

Starzenie się organizmu, choroba i śmierć są zjawiskami uniwersalnymi oraz wpisanymi w sposób naturalny w życie ludzkie. Aby radzić sobie z niedyspozycjami ciała i umysłu, większość kultur wytwarzała na przestrzeni dziejów różne systemy nastawione na ratowanie i przywracanie zdrowia oraz poprawę jakości życia. Wśród mnogości rozwiązań terapeutycznych dostępnych obecnie w kulturze zachodniej, medycyna akademicka zajmuje dominującą pozycję. Jej hegemonię na rynku gwarantują układy społeczne, rozwijający się przemysł medyczno-farmaceutyczny, jak również fakt, że w wielu krajach jest to jedyny model ochrony zdrowa legitymizowany przez ustrój państwowy i agencje rządowe (np. refundacja leczenia). Relacje zachodzące między tym i pozostałymi modelami (szczególnie w kontekście dominujących ideologii oraz polityki społecznej) są szczególnym przedmiotem zainteresowana krytycznej antropologii medycznej (Bear i wsp., 2003). W samej medycynie zachodniej przez długi okres dominowało podejście patogenetyczne, które koncentrowało się przede wszystkim na czynnikach chorobotwórczych (patogenach), oddziałujących na organizm i funkcjonowanie człowieka oraz prowadzących do dysfunkcji. Z czasem, coraz większą popularność zdobywała salutogeneza rozwijająca się od lat siedemdziesiątych i poszukująca odpowiedzi na pytanie, dlaczego niektóre jednostki zachowują zdrowie fizyczne i psychiczne pomimo narażenia na silne stresory lub w razie choroby szybciej powracają do zdrowia (Sęk, 2005). Coraz więcej badań skupiało się na analizie czynników sprzyjających zdrowiu, jak również tworzeniu i ocenie programów profilaktyki zdrowia. Jednocześnie, zaobserwowano rosnące zainteresowanie specyficznymi metodami terapii, zaliczanymi do kategorii medycyny naturalnej. O ile wcześniej, świat akademicki ignorował istnienie innych modalności terapii, które odbiegały od powszechnie przyjętego i usankcjonowanego modelu leczenia, oraz postrzegał je jako zjawisko marginalne, to z wielkim zaskoczeniem przyjęto raport z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych przez Davida Eisenberga nad popularnością tzw. medycyny komplementarnej i alternatywnej – w skrócie CAM (*Complementary Alternative Medicine*), opublikowany w 1993 roku *New England Journal of Medicine*. Z raportu tego wynika, że aż trzydzieści procent Amerykanów wykorzystywało jakąś formę CAM. Ponadto, amerykańskie społeczeństwo wydało na medycynę naturalną w 1990 roku około czternaście bilionów dolarów (z czego około dziesięć i pół biliona z własnych kieszeni) w porównaniu z dwunastoma bilionami dolarów wydanymi w tymże roku z własnej kieszeni na hospitalizację (Davis-Floyd and St. John, 1998). Nie można było zaprzeczyć faktom, że metody komplementarne i alternatywne były powszechnie stosowane w celu profilaktyki i wspomagania leczenia, bez względu na to, jak były oceniane przez środowisko medyczne. Dostrzeżono natomiast potrzebę badań w tym obszarze, aby zrozumieć, dlaczego pacjenci sięgają po te rozwiązania, zrozumieć terapeutyczny potencjał tych metod oraz ewentualne ryzyko związane z ich stosowaniem. W Polsce, postawę wobec terapii komplementarnych i alternatywnych charakteryzuje często rezerwa, a nawet wrogość ze strony świata naukowego i medycznego. Zgłaszane są wątpliwości dotyczące nie tylko samych metod, ale

* Artykuł pochodzi z: *Człowiek w sytuacji zagrożenia: kryzysy, katastrofy, kataklizmy,* pod red. K. Popiołek, Poznań 2001 SPiA, s. 200–214.

też przygotowania merytorycznego, poziomu profesjonalizmu i etyki adeptów świadczących usługi w tej dziedzinie. Obawy rodzi też czasem postawa samych pacjentów wobec metod naturalnych – czy są one traktowane jako wspomagające (komplementarne), czy mają zastąpić zalecaną przez lekarzy terapię, stanowiąc jej alternatywę. To drugie podejście budzi jeszcze większy sceptycyzm i frustrację profesjonalistów w zakresie ochrony zdrowia, którzy są świadomi potencjalnego ryzyka i skutków związanych w niektórych przypadkach z odstąpieniem od zabiegów diagnostycznych lub proponowanego leczenia. Trudności w zaakceptowaniu przez personel medyczny różnych modalności CAM, jak również odwzajemniana rezerwa lub nieufność wśród zwolenników medycyny naturalnej w stosunku do systemu opieki zdrowotnej może być spowodowana różnymi czynnikami, które omówię później. Aby zrozumieć te zróżnicowany postawy usługodawców i usługobiorców, należy najpierw poznać filozofię leczenia, na której opierają się zarówno terapie proponowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również modalności CAM oferowane głównie w gabinetach prywatnych. Filozofia ta wyznacza sposób postrzegania człowieka, zdrowia, choroby, a także leczenia i wyraża się poprzez różne paradygmaty lub modele medyczne. Dla potrzeb niniejszej pracy przedstawione zostaną trzy modele: biomedyczny, humanistyczny i holistyczny.

BIOMEDYCYNA

Model biomedyczny jest najbardziej popularny i wykorzystywany w naukach medycznych. Nawiązuje do modernistycznej tradycji filozoficznej, w której wiedza postrzegana jest jako coś stałego i obiektywnego. Język natomiast stanowi reprezentację obiektywnej prawdy i rzeczywistości. Lekarze są autorytetami władnymi podejmowania ważnych decyzji, a od pacjenta oczekuje się dużego stopnia podporządkowania (Larivaara, Kiuttu i Taanila 2001). W razie wątpliwości lub niezgody na proponowany sposób leczenia, pacjentowi groziła odmowa dalszej opieki. W niektórych przypadkach, uprzedmiotowienie pacjenta było tak dalece posunięte, że nie informowano go o jego stanie zdrowia ani nie omawiano z nim szczegółów dotyczących planowanych procedur medycznych, diagnostyki i leczenia. Biomedycynę określa się często jako naukową, materialistyczną i opartą na założeniu, że nauka ma na celu wyjaśnić i opisać różne złożone procesy zachodzące w ciele ludzkim oraz sformułować określone zasady. Davis-Floyd i St. John (1998) nazywają ten model technokratycznym, odwołując się do określonych cech społeczeństwa zachodniego, takich jak hierarchiczność, biurokracja i zorganizowanie wokół ideologii postępu technologicznego. Uprawianie medycyny w ramach tego modelu wiąże się z rozwijaniem wysoce specjalistycznej wiedzy i procedur technicznych. Autorki wyróżniają dwanaście głównych charakterystyk tego modelu, t.j.:

1. oddzielenie umysłu od ciała,
2. postrzeganie ciała ludzkiego na podobieństwo maszyny,
3. pacjent jako obiekt oddziaływań medycznych,
4. wycofanie się i dystans terapeuty od pacjenta,
5. diagnoza i terapia od zewnątrz do środka (leczenie choroby, naprawianie dysfunkcji),
6. hierarchiczna organizacja i standaryzacja opieki,
7. autorytet i odpowiedzialność przypisana terapeucie,
8. przypisywanie dużej wartości nauce i technologii,
9. agresywne lub intruzywne interwencje i dążenie do osiągnięcia szybkich efektów,
10. postrzeganie śmierci w kategoriach porażki,
11. system ukierunkowany na generowanie zysków,
12. hegemonia techniczna brak tolerancji dla innych modalności.

Podsumowując, u podstawy modelu biomedycznego tkwi założenie, że umysł i ciało to dwa oddzielne i niezależne obszary. Ciało – reprezentacja fizyczna człowieka – jest płaszczyzną zainteresowania lekarzy, podczas gdy psyche jest domeną lekarzy dusz – psychologów lub duszpasterzy. Organizm ludzki jest postrzegany jako mechaniczny w swojej istocie lub dający się przyrównać do mniej lub bardziej skomplikowanej maszyny. Maszynę taką można rozkładać na części składowe (systemy, podsystemy i ich najdrobniejsze elementy), studiować i naprawiać. Dlatego, model biomedyczny opisuje się czasem, jako redukcjonistyczny, ponieważ traktuje cały organizm jako sumę organów, funkcji lub podsystemów oraz kładzie nacisk na rozwój specyficznych dziedzin medycyny, które koncentrują się na wybranym obszarze (np. okulistyka, pulmonologia, nefrologia, itd.). Dzięki temu zachodzi z kolei szybki postęp wysoce specjalistycznej wiedzy medycznej. Zdrowie było definiowane w tym modelu jako stan, w którym organizm biologiczny może funkcjonować właściwie. Zaburzenia funkcjonowania mogły być spowodowane czynnikami we-

wnętrznymi (np. wirusy, bakterie, genetyka) lub zewnętrznymi (np. uszkodzenia ciała lub trudności związane ze środowiskiem zewnętrznym). Rola lekarza polegała na przywróceniu lub zastąpieniu utraconych funkcji biologicznych. W biomedycynie ważne jest również pojęcie normy, które określa, czy stan pacjenta zostanie oceniony w kategoriach zaburzenia lub choroby, czy nie. Umysł i życie duchowe nie traktowano jako znaczące dla zdrowia, a więc ignorowano ten aspekt funkcjonowania. Takie mechanicystyczne ujęcie zwalniało terapeutów biomedycznych (lub technokratycznych) od poczucia odpowiedzialności za samopoczucie pacjenta. Podopieczni mogli być często postrzegani w kategorii „ciekawych przypadków". Wywiady medyczne w tym modelu zawierały zazwyczaj pytania zamknięte, mające na celu uzyskanie informacji niezbędnych do potwierdzenia hipotez tworzonych przez klinicystę w celu diagnozy. Stan emocjonalny pacjenta, przeżycia towarzyszące chorobie, jej znaczenie w życiu rodziny oraz wpływ na role społeczne nie było przedmiotem zainteresowania. Podejście takie stoi w opozycji do praktyk inspirowanych rozwojem myśli postmodernistycznych, promujących wywiad o charakterze otwartym, skupionym na pacjencie i jego przeżyciach. Z drugiej strony, słusznie zauważa się, że ten rodzaj postawy skoncentrowanej na lekarzu jest przydatny i pomocny w czasie interwencji w stanach nagłych i ostrych, kiedy zagrożone jest życie pacjenta i należy podjąć natychmiastowe decyzje. W takich przypadkach, klinicysta prowadzi rozmowę w sposób dyrektywny, zadaje sekwencję pytań zamkniętych i ogranicza pacjenta skłonnego do tworzenia dygresji (Larivaara, Kiuttu i Taanila, 2001).

W środowisku klinicznym funkcjonującym w oparciu o model biomedyczny, często zauważa się spory dystans emocjonalny pomiędzy lekarzem i pacjentem. Już w trakcie w szkolenia zawodowego uczono młodych adeptów sztuki lekarskiej, jak chronić siebie poprzez unikanie zaangażowania emocjonalnego i radzenia sobie z przeciwprzeniesieniem[1]. „Diagnoza i terapia od zewnątrz do środka" stoi w opozycji do podejścia, w którym przyjmuje się, że właściwa terapia polega na wzmocnieniu naturalnych sił organizmu oraz zdolności do samo-leczenia poprzez poprawę nawyków żywieniowych, ćwiczenia fizyczne i zmianę stylu życia. Z kolei hierarchia i uległość w technomedycynie przejawia się w relacji pomiędzy jednostką a instytucją. W wielu ośrodkach medycznych harmonogram dnia (włączając w to wizyty lekarskie, zabiegi pielęgnacyjne, diagnostyczne i terapeutyczne, posiłki, odwiedziny bliskich, itd.) podporządkowany jest raczej interesom i wygodzie personelu oraz instytucji, aniżeli pacjenta (Davis-Floyd i St. John, 1998). Ponadto, biorąc pod uwagę swoją postawę wobec pacjenta i pozostałych członków zespołu oraz sposób komunikacji, personel medyczny zaznacza często i wzmacnia istniejącą sztywną hierarchię panującą w danej instytucji. W hierarchii tej dokonuje się często podziału na personel wyższy, średni i niższy, gdzie określone są kompetencje, uprawnienia i obowiązki reprezentantów poszczególnych szczebli. Lekarz na przykład, zajmuje pozycję nadrzędną wobec pozostałych członków zespołu, jak również innych pracowników sektora zdrowia publicznego, tj. pielęgniarek, psychologów, techników, diagnostów laboratoryjnych, asystentów oraz osób świadczących usługi w ramach innych systemów leczenia).

Kolejną kwestią jest nacisk położony na specjalizację. Lekarze ogólni mają najwyraźniej inny status i wynagrodzenie, niż kardiolog lub neurochirurg. Chociaż specjalizacja umożliwia intensywny rozwój badań w danej dziedzinie, w konsekwencji sprawia, że lekarze koncentrują na dość wąskim

[1] Pojęcie przeciwprzeniesienia wiąże się z inną kategorią, tj. przeniesienia. Przeniesienie (*transference*) dotyczy nieświadomego lokowania w kimś uczuć, pragnień i oczekiwań, które pierwotnie adresowane były do innej ważnej osoby w przeszłości. Z kolei przeciwprzeniesienie (*countertransference*) określa nieświadomą reakcję lub odpowiedź na przeniesienie. Dobrym tego przykładem jest sytuacja kliniczna, w której pacjent przeżywający niegdyś swoich rodziców jako mało troskliwych, obojętnych, opuszczających lub nawet wrogich, rozwija podobną postawę w stosunku do personelu medycznego, reprezentującego postaci opiekunów. Może snuć fantazje, że lekarzowi nie zależy na jego zdrowiu, jest niewrażliwy wobec cierpienia pacjenta i najchętniej pozbyłby się jego z oddziału. Poprzez swoją postawę, może wzbudzać w klinicyście niechęć, lęk przed wrogością pacjenta oraz próby unikania kontaktu z chorym. (Należy wykluczyć oczywiście sytuacje, w których podobne zachowania są typową postawą danego klinicysty wobec większości pacjentów i wyrażają jego osobiste trudności, aniżeli stanowią nieświadomą odpowiedź na przeżycia lub konstrukcję psychiczną pacjenta.) Hospitalizacja wiąże się z wejściem w ogromną zależność od personelu medycznego i powierzenia mu swojego zdrowia i życia. Wymaga to od pacjenta pewnej dozy zaufania, że uzyska właściwą opiekę. Wielu pacjentów będzie przejawiać skłonność do regresji w sposobie funkcjonowania, przeżywania i prezentowanych oczekiwaniach lub pragnieniach do wcześniejszych etapów życia. Niektórzy z nich, mogą w dziecięcy sposób przypisywać lekarzowi ogromną moc, wszechwiedzę, omnipotencję, podobnie jak małe dziecko przeżywa swojego rodzica. Należy jednak zwrócić uwagę, że pacjenci nie muszą wyrażać tych postaw *expressis verbis*. Ponadto, niektórzy z nich oczekują specjalnego zainteresowania i opieki. Czasami w sposób skryty, a czasami bardziej wprost ujawniają swoje pragnienia, aby być dla lekarza szczególnym pacjentem, jedynym lub wyjątkowym. Mogą starać się zadowolić terapeutę oferując prezenty lub zachowując się w sposób, w jaki myślą, że klinicysta tego oczekuje. Kiedy ich dziecięce oczekiwania zostaną sfrustrowane i pozostają nieuświadomione, pacjent może poczuć się odrzucony, nie zaopiekowany, nieważny, niekochany, a nawet bezwartościowy. Jest rzeczą oczywistą, że dla klinicystów niemożliwe jest zaspokajanie niedojrzałych, dziecięcych pragnień – aby stać się doskonałym rodzicem dla swoich pacjentów. Poza tym, ich rola nie na tym polega. Większy problem pojawia się jednak w chwili, kiedy wpadną w pułapkę tych oczekiwań i starają się je spełnić, abstrahując od realności sytuacji. Kiedy klinicysta reaguje nieświadomie na tego typu przeniesieniowe postawy pacjenta, możemy mówić o przeciwprzeniesieniu. Dopóki nie zostanie ono uświadomione i zrozumiane, w nieuchronny sposób będzie prowadzić do frustracji, pomieszania ról i napięcia emocjonalnego. Wielu klinicystów ma naturalnie lęk przed tym.

zakresie ludzkiego funkcjonowania. Natomiast im bardziej niszową specjalizację posiada klinicysta, tym mniejsze są wobec niego oczekiwania, że będzie posiadał odpowiednie kompetencje interpersonalne, włączając w to empatię, nawiązywanie więzi i zaufania, umiejętne komunikowanie się. Davis-Floyd i St. John (1988) zwracają też uwagę na posiadaną przez pacjentów trudność w ocenie wartości poszczególnych procedur diagnostycznych i sposobów terapii, jeżeli w przypadku złożonych problemów lub braku efektów leczenia są odsyłani od jednego specjalisty do drugiego. Specjalizacja w medycynie prowadzi również do standaryzacji. Jednostki posiadające władzę określają zasady postępowania dla innych, na przykład, jakie procedury diagnostyczne, techniki i metody leczenia są właściwe w określonym przypadku. Ustala się standardy i normy, nierzadko wzmacniane przez politykę danej instytucji lub firm ubezpieczeniowych. W modelu biomedycznym lekarz jest postrzegany jako ekspert, a jego autorytet podkreślają określone symbole, takie jak tytuł naukowy, biały fartuch lub stetoskop. Podobną funkcję może pełnić używanie żargonu medycznego, niezrozumiałego dla większości pacjentów, kiedy używa się go w celu zaznaczenia dystansu pomiędzy lekarzem a pacjentem oraz zaznaczenia swojej pozycji, autorytetu i kontroli. W konsekwencji, pacjent czuje się mniej odpowiedzialny za swoje leczenie i staje się biernym odbiorcą usług leczniczych.

Jedną z ostatnich wymienionych tutaj cech jest szczególny stosunek do śmierci, jaki obserwuje się w tym modelu. Charakteryzuje się on podejmowaniem ogromnego wysiłku celem opóźnienia momentu śmierci tak dalece, jak to tylko możliwe oraz uzyskania iluzorycznego poczucia kontroli nad prawami natury. W obliczu śmierci pacjenta, wielu lekarzy doświadcza uczuć porażki. W swojej książce pt. „Jak umieramy?" Sherwin Nuland (1996) podaje przykłady klinicystów, którzy nawet w przypadku pacjentów umierających w sędziwym wieku z powodu naturalnych zmian związanych z procesem starzenia się, nie potrafili zaakceptować tego faktu i pragnęli reanimować pacjenta lub wydłużać jego cierpienie.

Opisałem powyżej cechy modelu biomedycznego – skrajny biegun na kontinuum pomiędzy technokratycznym i holistycznym podejściem do człowieka i jego leczenia. Przejdę następnie do środkowej części spektrum – modelu będącego pod wpływem nauk humanistycznych, określanego często humanistycznym lub biopsychospołecznym.

MODEL HUMANISTYCZNY

Paradygmat ten znajduje się pomiędzy biomedycyną, a modelem holistycznym. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że istnieją cienkie granice pomiędzy tymi modelami. Można znaleźć na przykład lekarzy zatrudnionych w technokratycznych instytucjach medycznych, wykorzystujących wysoce skomplikowane technologie, a jednocześnie prezentujących szczególną postawę wobec pacjenta i filozofię leczenia bliską modelowi humanistycznemu. Według Davis-Floyd i St. John (1988) może mieć to związek z osobowością lekarza, jego systemem wartości i podejściem do życia. Z drugiej strony, istnieją praktycy metod holistycznych, którzy koncentrują się na objawach choroby i chcą je usunąć za pomocą technik medycyny naturalnej – wyrażając tym samym postawę charakterystyczną dla podejścia patogenetycznego, typowego dla biomedycyny. Co jest jednak charakterystyczne dla modelu humanistycznego, to postawa wobec pacjenta. Powinna być pełna ciepłych uczuć, współczucia i szacunku dla autonomii pacjenta oraz akceptacji jego praw do bycia czynnym partnerem w procesie diagnozy i leczenia. Model humanistyczny lub biopsychospołeczny bierze pod uwagę różne aspekty funkcjonowania człowieka – płaszczyznę biologiczną, psychologiczną oraz środowiskową. W diagnozie i planowanym leczeniu uwzględnia się więc nie tylko procesy organiczne, ale także stan psychiki, potrzeby duchowe, wpływ objawów na pełnione role społeczne, itd. Analizuje się czynniki indywidualne, jak również uwarunkowania środowiskowe i kulturowe. Więcej uwagi poświęca się narracji pacjenta na temat swojej choroby. Innymi słowy, tworzy się pacjentowi przestrzeń, aby mógł on podzielić się własną historią, sposobem rozumienia objawów i reakcją na nie. Utrzymuje się nadal podział pomiędzy ciałem i psychiką, lecz w odróżnieniu do biomedycyny, więcej szacunku i uwagi poświęca się przeżyciom jednostki. Zwolennicy tego podejścia są świadomi wpływu psychiki na ciało i vice versa oraz uważają, że należy uwzględnić oba te obszary w procesie leczenia. Pogląd taki był wzmacniany poprzez wyniki badań w dziedzinie psychoneuroimmunologii lub neuronauki. Mając to na uwadze, klinicyści powinni rozumieć i szanować naturalne potrzeby pacjentów (np. potrzebę prywatności, intymności i ochrony w czasie choroby). Ponadto, powinni mieć na względzie fakt, że większość osób pozytywnie reaguje na czułość, przyjazny dotyk i uwagę, natomiast nastawia się awersyjnie w stosunku do ludzi prezentujących

postawę wyższościową, niemiłych, krytycznych. W modelu humanistycznym podkreśla się, jak istotne jest zbudowanie pozytywnej więzi pomiędzy lekarzem i pacjentem, co wpływa na proces leczenia, zaangażowanie pacjenta w terapię, zaufanie i chęć współpracy. Aby spełnić ten warunek, klinicysta musi być bardziej świadomy swoich własnych cech charakteru, sposobu wyrażania emocji, posiadanych trudności i nierozwiązanych konfliktów, umiejętności komunikacyjnych (język ciała, sposób tworzenia wypowiedzi, używany język). Od klinicysty zorientowanego humanistycznie oczekuje się otwartości (a przynajmniej neutralności i szacunku) w stosunku do pacjenta, akceptowania dokonywanych przez chorego wyborów i stosowanych przez niego strategii radzenia sobie z problemem (np. szukanie pomocy w praktykach religijnych albo korzystanie z metod medycyny komplementarnej). Nie oznacza to, że lekarz musi być zwolennikiem tych metod, ale wskazana jest ogólna wiedza o nich (szczególnie, kiedy pacjent nawiązuje do nich, pyta o ewentualne przeciwwskazania lub interakcje z proponowanym leczeniem) oraz rozumienie znaczenia, jakie sposoby te odgrywają dla pacjenta. W przeciwnym razie, pacjent zachowa informacje o stosowaniu tych metod w tajemnicy, co może się wiązać z lękiem przed niezrozumieniem, krytyką, a nawet ośmieszeniem ze strony klinicysty. Otwartość klinicysty na rozmowę dotyczącą innych sposobów radzenia sobie z chorobą, aniżeli proponowane przez medycynę akademicką terapie, umożliwia lekarzowi dokonanie oceny ich przydatności i znaczenia, jakie mają dla pacjenta. Niektóre ze stosowanych modalności są postrzegane przez lekarzy jako neutralne lub ograniczające się do działania pro psyche. Patrząc z perspektywy psychologicznej, można je wtedy uznać za znaczące strategie copingu (ukierunkowane zarówno na radzenie sobie z problemem lub na emocje). Mogą na przykład budować w pacjencie poczucie kontroli nad sytuacją i przyczynić się do większego zaangażowania w proces leczenia poprzez stosowanie określonych środków, zmianę stylu życia, itp. Z drugiej strony istnieje ryzyko, że poczucie iluzorycznej kontroli będzie nasilać mechanizmy zaprzeczenia i doprowadzi do znacznego zniekształcenia obrazu rzeczywistości. W takim stanie, pacjent może odrzucić proponowany przez lekarza program terapii. Dobrym tego przykładem jest pacjentka z rozsiewem komórek nowotworowych, która nie zgadza się na chemioterapię, ponieważ wierzy, że może zniszczyć raka stosując ćwiczenia jogi i afirmacje (np. powtarzając sobie, że jest zdrowa, silna i zadowolona w swoim życiu). Bez zrozumienia psychologicznych mechanizmów odpowiedzialnych za tego typu postawą, wielu lekarzy może przeżywać bezsilność i złość wobec pacjenta odmawiającego leczenia.

Otwartość na pacjenta i szacunek dla jego autonomii u humanistycznie zorientowanego klinicysty wiąże się również z podejściem, które zakłada, że chory jest partnerem w procesie leczenia, a nie tylko obiektem interwencji medycznych (co jest charakterystyczne dla biomedycyny). Lekarz pozostaje niewątpliwie ekspertem, ale wymaga się od niego, aby udzielał pacjentowi w zrozumiały dla niego sposób informacji o stanie zdrowia, przedstawił propozycje leczenia i uzyskał zgodę na zastosowanie określonej terapii. Praktyki tego typu są obecnie wymagane w środowisku klinicznym, gdzie dochodzi nawet do wielu wypaczeń, aby chronić instytucję i personel medyczny przed ewentualnymi pozwami sądowymi (dla wielu procedur pacjent musi wyrażać pisemną zgodę lub odmowę). W modelu tym nieco inaczej może wyglądać rozmowa diagnostyczna. Laarivaara, Kiuttu i Taanila (2001) podają przykład wywiadu skoncentrowanego na pacjencie, w którym lekarz zachęca chorego, aby opowiadał o tych elementach swojego funkcjonowania, które są według niego najistotniejsze. Wymaga to z kolei więcej czasu i wysiłku ze strony klinicysty, który koncentruje się raczej na budowaniu dobrej relacji z pacjentem. Chociaż wydaje się to możliwe w przypadku niektórych lekarzy pierwszego kontaktu, wywiad tego typu nie sprawdziłby się z oczywistych względów w większości oddziałów somatycznych. Wywiad zorientowany na pacjencie wymagałby bowiem zmiany roli lekarza, od którego by oczekiwano zaspokajania potrzeb, które adresuje się najczęściej do psychologa, psychoterapeuty albo duszpasterza. Ponadto, przeprowadzanie tego typu wywiadu w technokratycznym kontekście klinicznym, w którym ilość czasu klinicysty przypadająca na jednego pacjenta jest niewielka, wydaje się wysoce niemożliwe. Z drugiej strony, postulaty tego typu wyrażają tęsknotę i pragnienie opieki bardziej czułej, pełnej uwagi i życzliwości, utożsamianej z hipokratejskim etosem lekarza-uzdrowiciela, jako osoby obdarzonej mądrością, szczerej, posiadającej umiejętności leczenia ciała, uzdrawiania psychiki i przynoszącej ukojenie dla duszy osoby cierpiącej.

W modelu humanistycznym, klinicysta jest świadomy potrzeby towarzyszenia choremu w cierpieniu nawet, jeżeli nie ma szans na jego wyleczenie. Amerykański psychiatra kulturowy Artur Klein-

man (1980) podkreśla, jak duże znaczenie ma tutaj rozróżnienie pomiędzy dwoma pojęciami, a mianowicie *disease* i *illness*. W przekładzie na język polski, oba oznaczają „chorobę", natomiast „disease" odwołuje się do aspektu nozologicznego (np. nazw zespołów i jednostek chorobowych diagnozowanych według międzynarodowych klasyfikacjach chorób ICD-10 lub DSM-IV-TR), a „illness" do całokształtu doświadczeń towarzyszącym cierpieniu w wymiarze jednostkowym i społecznym, z uwzględnieniem czynników psychologicznych, socjo-kulturowych. Kleinman (1980) zwraca uwagę, że w wielu sytuacjach, kiedy nie można wyleczyć choroby (*cure the disease*) nadal możliwe jest uzdrawianie cierpień chorego (*healing the illness*). Przykładem tego może być przypadek chorego na AIDS albo z rozsiewem komórek nowotworowych, u którego leczenie nie przyniosło oczekiwanych efektów. Nadal jednak, klinicysta może przynosić choremu ulgę poprzez towarzyszenie mu w chorobie i starania w kierunku zwiększenia komfortu chorego w ostatnich chwilach jego życia. Służy temu dynamiczny rozwój opieki paliatywnej w ostatnich latach, dzięki któremu wzrósł standard usług świadczonych pacjentom umierającym. Problematyce opieki nad umierającymi poświęciła swoją pracę psychiatra szwajcarskiego pochodzenia – Elizabeth Kübler-Ross. W książce pt. „Rozmowy o śmierci i umieraniu" (1998) zwraca uwagę na fakt zaniedbywania tego obszaru w biomedycynie, gdzie śmierć bywa traktowana w kategorii porażki klinicysty. Medycyna oparta na modelu humanistycznym w znacznie większym stopniu uwzględnia indywidualne doświadczenia pacjenta. Umożliwia to na odwołanie się w procesie terapii do potrzeb, przeżyć i przekonań religijno-duchowych chorego. Czytelników zainteresowanych tym zagadnieniem kierują do artykułu „Strategie copingu religijnego w sytuacji utraty – implikacje do terapii" (Pietkiewicz, 2011).

W sektorze zdrowia publicznego coraz częściej podkreśla się potrzebę uwzględniania omówionych powyżej przesłanek modelu humanistycznego. Dzieje się tak nie tylko pod wpływem wzrostu wiedzy dotyczącej wpływu czynników psychologicznych na leczenie, ale również wskutek rosnącej konkurencji na rynku płatnych usług medycznych. W sytuacji, kiedy pacjent ma do wyboru dwóch klinicystów specjalizujących się w określonej dziedzinie, w swoim wyborze może kierować się oceną dodatkowych czynników, takich jak uprzejmość i otwartość ze strony lekarza, stopień okazywania troski i zainteresowania pacjentem, itd. Ponadto, coraz częściej instytucje umożliwiają pacjentowi dokonanie ewaluacji świadczonych przez nie usług, aby ocenić zadowolenie pacjenta z kontaktu z personelem, sposobu informowania o stanie zdrowia, przeprowadzania zabiegów, jak również warunki sanitarne, wyżywienie. Wobec komercjalizacji usług i rosnących oczekiwań co do jakości opieki, instytucje i klinicyści prezentujący podejście technokratyczne mogą notować spadek liczby pacjentów zgłaszających się po pomoc, chyba że oferowane zabiegi diagnostyczne i leczenie należą do niszowych, co gwarantuje zachowanie bezpiecznej pozycji na rynku.

MODEL HOLISTYCZNY

Pojęcia holistyki używa się często do opisu terapii związanych z medycyną alternatywną i komplementarną lub filozofii leczenia zakorzenionej w myśli hipokratejskiej. Człowieka – w tym ujęciu – traktuje się jako jedność tego co cielesne i duchowe, włączając w to jego doświadczenia, uczucia, emocje, myśli. Jest on także postrzegany, jako cząstka ekosystemu. W modelu holistycznym, podkreśla się odpowiedzialność jednostki za utrzymywanie swojego organizmu w zdrowiu i angażowanie się w proces leczenia. Natomiast terapia powinna brać pod uwagę cechy podmiotu oraz wszystkie czynniki pochodzące ze środowiska, sfery społecznej i kulturowej. Dużą uwagę poświęca się czynnikom salutogennym związanym ze stylem życia, takim jak odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, umiejętne radzenie sobie ze stresem, itp. Holistyczna wizja człowieka różni się dalece od paradygmatu biomedycznego, gdzie ciało porównuje się do skomplikowanej maszyny, w której różne systemy i podsystemy współpracują ze sobą. Według przedstawicieli różnych modalności opartych na modelu holistycznym, organizm złożony jest z żywiołów (ziemia, powietrze, ogień, woda)[2], przenika go i otacza swoiste pole energii (nazywane czasem *aurą*). Owa życiowa energia (określana w różnych systemach etnomedycyny jako *prana*, *ch'i*, *mana*) krąży poprzez system kanałów energetycznych (*meridianów*) i koncentruje się w określonych obszarach (*czakrach*). Nie tylko ciało posiada swoje pole energetyczne, również myśli i emocje są postrzegane jako rodzaj wibracji energetycznych (Brennan, 1988; Myss, 1996). Stany psychiczne takie jak złość, zazdrość, smutek, lęk itp. są w ten sposób kojarzone z negatywną energią, natomiast miłość, współczucie, radość – z energią pozytywną.

Uważa się, że zdrowie i choroba są ściśle związane z nagromadzeniem i przepływem subtelnej

[2] W systemie tradycyjnej medycyny tybetańskiej wyróżnia się jeszcze piąty element, tj. przestrzeń.

energii. Jej nadmiar lub niedobór może bowiem prowadzić do dysfunkcji określonych organów lub systemów. Wyrazem zdrowia jest wewnętrzna równowaga, uczucie spełnienia i samorealizacji, natomiast choroba wyraża brak równowagi lub blokadę energetyczną. Jeden z bardziej znanych na świecie terapeutów holistycznych – Edward Bach (1886-1936), który rozpoczął swoją karierę jako lekarz i po długoletnich badaniach stworzył nowy system medycyny komplementarnej twierdził, że przyczyna wielu chorób leży w ludzkiej psychice. W jednym ze swoich esejów, pt. „Free Thyself" pisał: „Tak długo winiliśmy za nasze choroby zarazki, pogodę i pokarm, który spożywamy. Jednak wielu z nas zachowuje odporność podczas epidemii grypy, wielu lubi ożywczy powiew zimnego powietrza i wielu może zjeść na noc kawałek sera, popijając czarną kawą, bez uszczerbku na zdrowiu. Nic w przyrodzie nie może nas zranić, kiedy jesteśmy w harmonii i czujemy się szczęśliwi. Wprost przeciwnie: przyroda jest po to, aby nam służyć i przynosić radość. Kiedy tylko pozwolimy, aby wtargnął w nas brak wiary, depresja, niezdecydowanie lub strach, stajemy się wrażliwi na wpływy zewnętrzne" (Pietkiewicz, 2001, s. 196). Podobnie jak wielu terapeutów holistycznych, uważał że jego rola polega na tym, by pomagać choremu w zdobywaniu lepszego rozumienia dynamiki objawów, rozpoznawaniu czynników mających wpływ na stan zdrowia (w tym własnych cech charakteru i skłonności), uaktywnieniu zasobów. Holistyczny terapeuta przyjmuje więc bardziej funkcję doradcy, który uczy większej autonomii, umiejętności obserwowania własnego organizmu i jego potrzeb oraz zaspokajania ich w rozsądny sposób. Pacjent natomiast powinien czuć się współodpowiedzialny za własne zdrowie i aktywnie angażować w proces terapii – podejmowanie decyzji dotyczących leczenia i stosowanie zalecanych metod. Aby pobudzić naturalne siły lecznicze organizmu, wielu terapeutów holistycznych zaleca zmianę nawyków żywieniowych, stosowanie suplementów, produktów ziołowych, ćwiczeń, technik relaksacyjnych lub medytacyjnych, a nawet psychoterapii. Ostateczna odpowiedzialność leży jednak w rękach chorego, który musi podejmować własne wybory i realizować zmiany (np. rzucić palenie, zaprzestać spożywania szkodliwych produktów, zmienić pracę na mniej wymagającą, zawalczyć o swoje prawa, itp). Wiele z działań profilaktycznych w systemie opieki publicznej jest więc bliskich myśleniu holistycznemu[3]. Jednak użycie tych wszystkich środków celem przywrócenia równowagi może być dla niektórych zbyt wielkim wyzwaniem. Wielu pacjentów wychowanych w kulturze, w której leczenie opiera się o model biomedyczny, będzie wolało zażycie tabletki lub poddanie się zabiegowi medycznemu, aby osiągnąć natychmiastowy efekt – nawet, jeżeli problem miałby wkrótce powrócić. W modelu holistycznym, kładzie się za to nacisk na zmianę stylu życia, aniżeli redukcję objawów. Weźmy dla przykładu pacjenta z alergicznymi zmianami skóry. O ile lekarz praktykujący według modelu biomedycznego zaleci być może leki antyhistaminowe oraz maść lub środki sterydowe, aby wyeliminować objawy, o tyle terapeuta holistyczny skupi się na diecie, ogólnym zmęczeniu, stresie zawodowym lub innych czynnikach, które wzmacniają według niego objawy. Ponadto, terapeuci holistyczni analizują często zyski zewnętrzne z posiadanych objawów. Na przykład, mały chłopiec uskarżający się na swędzącą wysypkę na rękach od tygodni odwiedza różnych specjalistów. Niejednokrotnie udaje się wraz z rodzicami na konsultacje od odległych miast. Ma dzięki temu okazję, aby spędzić z nimi więcej czasu, gdyż są oni zazwyczaj bardzo zapracowani. Dostaje przy tym sporo uwagi i zainteresowania. Zignorowanie tego faktu w procesie diagnozy i leczenia mogłoby być niekorzystne.

Terapeuci holistyczni mówią często o "leczeniu chorego, a nie choroby", co podkreśla wagę, jaką przykłada się do różnych aspektów ludzkiego funkcjonowania. Uważa się bowiem, że w diagnozie i terapii należy uwzględnić różne płaszczyzny funkcjonowania chorego (społeczną, zawodową, intymną, itp), jego aspiracje i potrzeby oraz źródła napięć i frustracji. Terapeuci holistyczni uwzględniają tym samym kontekstualizującą rolę kultury.

Inną ważną cechą modelu holistycznego jest nacisk na tzw. wewnętrzną mądrość, mądrość ciała lub intuicję, jako istotne źródło informacji i natchnienia do rozwiązania wielu problemów. Korzystanie z intuicji dotyczy zarówno pacjentów, jak również terapeutów. O ile kształcenie kliniczne w modelu biomedycznym skupia się na analizie podręczników, wynikach testów diagnostycznych, technologii i podążaniu za ekspercką wiedzą wykładowców, w modelu holistycznym większą wagę przykłada się doświadczeń, opisywanych w kategorii bezpośredniego, intuicyjnego wglądu, podążania ze wewnętrznym głosem. Założenie dotyczące wzajemnych relacji pomiędzy ciałem, umysłem i duchem

[3] Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że nie wszystkie formy profilaktyki z biomedycznego punktu widzenia, są akceptowane przez ludzi, których rozumienie zdrowia i choroby opiera się na modelu holistycznym. Dobrym przykładem są szczepienia ochronne, które przez wielu lekarzy homeopatów uważane są za szkodliwe na dłuższą metę.

(lub jedności psycho-fizycznej) wiąże się także z przekonaniem o istnieniu pewnego rodzaju synergii pomiędzy terapeutą, a osobą cierpiącą. Chociaż praktycy różnych modalności mogą mieć jasno wytyczone granice osobowe, zaleca się je czasem poluźnić, aby „poczuć" klienta lub zsynchronizować się z jego rytmem. Wymaga to pewnej otwartości, elastyczności, jak również empatii ze strony terapeuty. Jest to oczywiście obszar trudny do operacjonalizacji i badań.

Davis-Floyd i St. John (1998) podkreślają, że większość praktykujących w oparciu o model holistyczny dzieli przekonanie, że poza fizycznością istnieje świat niematerialny, duch lub dusza, która istnieje nadal, nawet kiedy ciało ulegnie rozpadowi. Jest to jedyny moment, kiedy mówi się o dualizmie lub rozdzieleniu tego co fizyczne i duchowe.

Terapeuci holistyczni specjalizują się zazwyczaj w jednej lub dwóch modalnościach. Oficjalnie, świadczą oni usługi wspomagające leczenie i kiedy widzą taką potrzebę, kierują swoich klientów do specjalistów medycyny. Stoi za tym przekonanie, że uzdrowiciele powinni starać się pomagać swoim klientom najlepiej jak potrafią, ale równocześnie powinni znać własne ograniczenia i umożliwić klientowi dokonywanie wyboru oraz korzystanie z całej gamy dostępnych metod terapii. W praktyce może wyglądać to różnie i zależy od poziomu kompetencji usługodawcy. Paradoks polega na tym, że aby uznać potrzebę konsultacji ze specjalistą medycyny (np., lekarzem pierwszego kontaktu, psychiatrą, itd.) potrzebna jest podstawowa wiedza i umiejętność rozpoznawania faktów istotnych klinicznie. Szkolenia w tym paradygmacie bardzo rzadko przygotowują w tym zakresie.

Niektórzy praktycy metod holistycznych biorą udział w intensywnych programach szkoleniowych, które prowadzone są przez instytucje specjalizujące się w określonej modalności. Wiedza i umiejętności adepta są poddawane weryfikacji, a następnie mogą oni otrzymać odpowiednie certyfikaty. Ponieważ sytuacja terapii naturalnych w Polsce jest słabo regulowania prawnie, brakuje nadzoru nad instytucjami szkolącymi i trudno ocenić ich poziom, jak również przygotowanie merytoryczne wykładowców, etykę, itd. Również uzyskane dyplomy, zaświadczające o kompetencjach w wybranym zakresie nie dają jakichkolwiek uprawnień. Ponadto, spotka się przypadki osób bez wykształcenia lub z wykształceniem w zawodzie niezwiązanym z ochroną zdrowia (np. technik elektryk), które kończą dwudniowe kursy i rozpoczynają własną działalność, oferując usługi uzdrawiania. Fenomen ten dotyczy healerów i szamanów we wszystkich szerokościach geograficznych, bowiem tylko w niektórych modalnościach (np. Tradycyjna Medycyna Tybetańska, Tradycyjna Medycyna Chińska, Ayurveda, itp.) obowiązuje wieloletni system szkoleń pod okiem wykwalifikowanego specjalisty w tym zakresie. Podobnie jak indonezyjski *balian* lub hawajski *kahuna* okrywali własne powołanie do pracy uzdrowiciela w przypływie natchnienia i symbolicznych snów albo też obserwując przez lata swojego mistrza, również na zachodzie niektórzy pragną podjąć podobną ścieżkę. Motywy takich zachowań są bardzo złożone i zostaną pominięte, ponieważ nie są przedmiotu niniejszej pracy.

Opisano powyżej charakterystyczne cechy trzech paradygmatów leczenia: biomedycyny, humanistycznego i holistycznego. Należy zwrócić jednak uwagę na to, że chociaż podejście biomedyczne (lub technokratyczne) i holistyczne znajdują się na przeciwległych biegunach, to granice pomiędzy poszczególnymi modelami mogą się czasem zacierać. Wielu klinicystów biomedycznych określa się mianem holistycznych tylko dlatego, że uwzględniają w obrazie patogenetycznym i w leczeniu czynniki pochodzące z obszaru społecznego lub psychologicznego. Chociaż aprobują systemowe podejście do leczenia, to nigdy nie stosują ani nie polecają metod komplementarnych. Davis-Floyd i St. John (1988) określa ich mianem humanistycznych lekarzy biomedycyny. Są też przypadki klinicystów pracujących w kontekście wysoce technokratycznym, którzy wykazują mimo wszystko ogromne ciepło, współczucie i cierpliwość wobec pacjenta, poświęcają odpowiednio dużo czasu, aby wytłumaczyć pacjentowi jego sytuację i planowane procedury oraz szanują podjęte przez niego decyzje, nawet jeśli są niezgodne z tym, co lekarz uznaje za słuszne. Wskutek rosnącego ciśnienia, aby zhumanizować opiekę medyczną i podwyższyć standard świadczonych usług, coraz bardziej uznaje się zasadność interdyscyplinarnego podejścia do leczenia oraz poszanowania indywidualnych potrzeb i praw pacjenta. Wpływa na to również coraz większa konkurencja w sektorze usług medycznych. Rozwiązania dostępne w oficjalnym systemie opieki opierają się zarówno o model biomedyczny, jak również humanistyczny. Niemniej, zauważa się też w krajach zachodnich, że niektóre instytucje medyczne wprowadzają do pakietów usług wybrane metody komplementarne. Rosnące zainteresowanie medycyną komplementarną i alternatywną wyraża się również w liczbie nowopowstałych ośrodków tera-

peutycznych i rehabilitacyjnych oferujących usługi w tym zakresie, festiwali i targów medycyny naturalnej, czasopism oraz ogłoszeń, gdzie proponuje się te modalności. Większość z nich osadza się na opisywanym paradygmacie holistycznym.

MEDYCYNA KOMPLEMENTARNA I ALTERNATYWNA (CAM)

Medycyna komplementarna i alternatywna (*Complementary and Alternative Medicine* – CAM) jest dość szeroką i ulegającą zmianom kategorią, która zawiera różne formy medycyny naturalnej, ludowej (etnomedycyny), jak również środki lecznicze oraz praktyki wypracowane przez przedstawicieli określonych społeczności. *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (2011) definiuje CAM jako „grupę różnorodnych systemów medycyny i opieki zdrowotnej, praktyk oraz produktów, które nie są ogólnie traktowane jako część medycyny konwencjonalnej[4]". Medycyną konwencjonalną (zwaną również zachodnią lub alopatyczną) określa się w USA system praktykowany przez osoby posiadające tytuł lekarza medycyny lub dyplom kręgarza (*doctor of osteopathy*), a także pokrewne profesje, na przykład fizjoterapeutów, psychologów, wykwalifikowane pielęgniarki. Komplementarność zakłada stosowanie określonych technik w celu wspomagania procesu leczenia i rehabilitacji prowadzonej w ramach oficjalnie dostępnego modelu leczenia (tj. medycyny konwencjonalnej), natomiast alternatywność wiąże się z zastąpieniem medycyny zachodniej innymi rozwiązaniami. Coraz częściej używa się także pojęcia zintegrowanej medycyny (*integrative medicine*), w odniesieniu do praktyk mających na celu połączenie CAM z medycyną konwencjonalną. Doskonałym *exemplum* jest system opieki w rozwijających się w Indiach w osadach tybetańskich, gdzie równolegle promuje się i dofinansowuje kliniki medycyny zachodniej i tradycyjnej medycyny tybetańskiej (Pietkiewicz, 2008). Podobne przykłady można znaleźć w Chinach, gdzie łączy się alopatię z ziołolecznictwem chińskim oraz ćwiczeniami Qi Gong.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że granice pomiędzy CAM i medycyną konwencjonalną nie są ostateczne, natomiast ulegają przemianom. W niektórych sytuacjach, metody i techniki stosowane w ramach CAM mogą być zaakceptowane, a nawet inkorporowane przez medycynę zachodnią. Przykładem odzwierciedlającym taką dyfuzję kultur jest wykorzystywanie akupunktury, wywodzącej się z etnomedycyny, przez przedstawicieli biomedycyny. Akupunktura polega na nakłuwaniu określonych punktów na ciele (meridianów) specjalnymi igłami w celu stymulacji przepływu lub równoważenia energii i była powszechnie stosowana w systemach Tradycyjnej Medycyny Chińskiej i Tradycyjnej Medycyny Tybetańskiej. Z czasem, spotkała się z zainteresowaniem profesji medycznej i wykorzystuje się ją celem leczenia wielu schorzeń układu oddechowego, chorób oczu, jamy ustnej, układu krążenia, żołądka i jelit, chorób neurologicznych i ortopedycznych, w położnictwie, ginekologii, urologii oraz medycynie sportowej. Co ciekawe, obserwuje się próby zawłaszczenia tej modalności CAM przez profesję medyczną. Według informacji na stronie Polskiego Towarzystwa Akupunktury, założonego przez prof. dr hab. n. med. Zbigniewa Garnuszewskiego: „W Polsce zgodnie z decyzją zarządu głównego PTA (organizator szkoleń) zabiegi akupunktury może wykonywać wyłącznie lekarz posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza w Polsce" (PTA 2011).

W kategorii medycyny komplementarnej i alternatywnej można wyróżnić różne modalności reprezentowane przez praktyków danej metody. Niektóre z nich posiadają bardziej lub mniej sformalizowany system szkoleń, kodeks etyczny, organizacje zrzeszające praktyków, wydające certyfikaty oraz nadzorujące pracę praktyków. National Center for Complementary and Alternative Medicine (2011) wyróżnia pięć głównych działów w obrębie tego paradygmatu:

1. Alternatywne systemy medyczne, których przykładem może być rozwinięta na Zachodzie homeopatia i naturoterapia, jak również wschodnie systemy etnomedycyny (np. Tradycyjna Medycyna Chińska, Tradycyjna Medycyna Tybetańska, Ayurveda).
2. Techniki umysłowe (*mind-body interventions*) mające na celu rozluźnienie ciała i stymulowanie jego naturalnych sił leczniczych organizmu. Zalicza się do nich takie formy, jak medytacja, modlitwa, techniki wyobrażeniowe oraz terapie wykorzystujące dźwięk, muzykę, sztukę, taniec.
3. Terapie wykorzystujące substancje naturalne, takie jak zioła, suplementy diety lub witaminy.
4. Techniki pracy z ciałem, włączając w to chiropraktykę, kręgarstwo i masaże.
5. Terapie energetyczne mające na celu oczyszczenie, stymulację i przywrócenie równowa-

[4] Tłumaczenie autora.

gi w polu energii[5] otaczającym i przenikającym żywy organizm. Do kategorii tej można zaliczyć qi gong, Reiki, bioterapię, esencje kwiatowe, jak również terapie oparte na wykorzystaniu pola elektromagnetycznego (np. materacy magnetycznych).

Niektóre z metod, zaliczanych niegdyś do medycyny komplementarnej, budzi szczególne zainteresowanie zachodnich profesjonalistów opieki zdrowotnej, którzy włączają je do praktyki terapeutycznej (np. treningi relaksacyjne, arteterapia). Istnieją kliniki zachodnie, w których zaleca się refleksoterapię, wybrane ćwiczenia jogi lub qi gong. Psycholodzy i psychoterapeuci coraz częściej wykorzystują także praktykę uważnej obecności (*mindfullness*) inspirowaną buddyjską psychologią lub zgłębiają tajniki stanów transowych oraz możliwością wykorzystania ich w terapii za pomocą indukcji hipnotycznej, relaksacji, itp.

WSPÓŁISTNIENIE RÓŻNYCH MODELI NA RYNKU

Wspomniałem już, że dominującym systemem terapii w większości krajów jest medycyna zachodnia. Obok niej rozwijają się różne formy medycyny alternatywnej i komplementarnej. Niektóre z nich są bardziej akceptowane przez przedstawicieli medycyny konwencjonalnej, a inne mniej. Są też takie modalności, do których lekarze podchodzą ze szczególną rezerwą, a nawet wrogością. Dlaczego tak się dzieje?

Mechanizmy odpowiedzialne za postawy jednostek wobec określonych metod leczenia są złożone i związane z wieloma czynnikami (np. rywalizacja na rynku usług medycznych, czynniki finansowe lub posiadane modele wyjaśniające). Skupię się tutaj na ostatnim z wymienionych, który jest prawdopodobnie najistotniejszym z czynników. Modele wyjaśniające (*explanatory models*) to pojęcie używane w psychiatrii kulturowej dla określenia postaw w stosunku do konkretnego epizodu choroby i sposobów jej leczenia u wszystkich, którzy są zaangażowani w sytuację kliniczną (tj. pacjenta, rodziny, personelu medycznego i innych osób zaangażowanych w ten proces). Modele wyjaśniające stanowią próbę odpowiedzi na pytania dotyczące etiologii, symptomatologii, patofizjologii, przebiegu choroby (włączając w to stopień zaawansowania i wpływu na role społeczne chorego, np. ostra, chroniczna, upośledzenie, inwalidztwo) oraz jej terapii. Kleinman (1981) wyróżnił osiem takich pytań, które zadaje sobie pacjent. Podobnie czyni każdy członek personelu medycznego, rodziny lub znajomi, z którymi chory ma kontakt.

1. Co według ciebie spowodowało problem?
2. Dlaczego problem pojawił się wtedy, kiedy się pojawił?
3. Jaki wpływ ma na ciebie choroba? Jak działa?
4. Jak ciężka jest twoja przypadłość? Czy będzie trwać krótko czy długo?
5. Jaki rodzaj terapii powinieneś/powinnaś uzyskać?
6. Jakie są najważniejsze rezultaty/efekty, których się spodziewasz po tym leczeniu?
7. Jakie są najważniejsze problemy, jakie spowodowała twoja choroba?
8. Czego się obawiasz najbardziej w związku z chorobą?

W zależności od wzorców kulturowych i przebiegu socjalizacji (wychowanie w domu, uzyskane wykształcenie i trening zawodowo-społeczny), w szukaniu odpowiedzi na powyższe pytania, ludzie odwołują się zazwyczaj do któregoś z opisywanych wcześniej paradygmatów. Na przykład, w kwestii etiologii, jedna osoba przyjmie naturalne sprawstwo i przypisze chorobę zmianom organicznym, infekcji bakteryjnej, długotrwałym skutkom stresu lub innym czynnikom urazowym. Ktoś inny będzie tłumaczył powstałe symptomy brakiem równowagi pomiędzy żywiołami lub zaburzeniem energii w organizmie. Jeszcze ktoś inny, przypisze problemy zdrowotne aktywnemu działaniu obcych sił (np. wiedźmy, czarownika, duchów lub innych istot niematerialnych). To z kolei, wpłynie zasadniczo na ocenę, które metody są skuteczne w walce z chorobą, a które nie. Czemu bowiem brać antybiotyk, jeśli uważamy, że przyczyną problemu jest utrata energii?

Co się więc dzieje, kiedy dyskutuje internista z homeopatą? Każdy z nich buduje sądy na temat danej przypadłości w oparciu o inny model medycyny. Modele te różnią się nie tylko filozofią leczenia, ale też posługują się odmiennym aparatem pojęciowym. W zawodowym słowniku internisty wychowanego na modelu biomedycznym nie istnieje pojęcie energii witalnej, która krąży w organizmie i utrzymuje go przy życiu. Natomiast podawanie choremu leku zawierającego „ślad lub informację energetyczną" trąci szarlatanerią i budzi silne emocje. Według homeopaty z kolei, wykorzystywanie różnych leków alopatycznych w celu złagodzenia ob-

[5] Jak już wspomniano, pojęcie energii krążącej w organizmie i otaczającej żywy organizm jest powszechne w wielu systemach etnomedycyny. Większość technik medycyny wschodniej (włączając w to dietetykę, ziołolecznictwo, akupunkturę, itd.) miało na celu stymulowanie określonych energii w organizmie.

jawów może być ze szkodą dla pacjenta, ponieważ stłumi jedynie symptomy, które wkrótce powrócą nasilone lub w innej postaci. Chociaż jeden i drugi specjalista odwołują się do swojej bogatej wiedzy i doświadczenia, mogą ponieść klęskę w próbie uzyskaniu konsensusu, ze względu na ograniczenia w dyskursie pomiędzy odmiennymi paradygmatami.

Jakie są zatem możliwości współistnienia różnych modeli terapii? Aby odpowiedzieć na to pytanie, odniosę się do psychologii akulturacji. Akulturacja jest zjawiskiem określającym procesy powstałe wtedy, kiedy dochodzi do spotkania różnych kultur (np. wskutek migracji). Opisane wcześniej modele medyczne, w tym filozofia, na której się opiera każdy z nich, język oraz praktyki, można uznać za takie swoiste systemy kulturowe. W klasycznym modelu akulturacji wyróżnia się cztery charakterystyczne postawy: asymilacja, integracja, separacja i marginalizacja (Berry, 2001). Określają one stopień, w jakim ludzie dążą do kontaktu lub unikają przedstawicieli spoza swojej grupy oraz zachowują lub porzucają swoją spuściznę kulturową. Asymilacja odnosi się do sytuacji, w której osoba porzuca własną kulturę na rzecz obcej kultury, szuka kontaktu i chce się utożsamić z przedstawicielami tej kultury. Integracja dotyczy próby zachowania własnej kultury, przy jednoczesnym angażowaniu się w kulturę obcą i zapożyczaniu od niej różnych elementów. Separacja opisuje blokadę na różne przejawy obcej kultury i zamknięcie we własnej kulturze. Może się wiązać z silnymi cechami nacjonalistycznymi lub etnocentryzmem. Marginalizacja z kolei dotyczy osób, którym ani nie zależy na zachowaniu rodzimej kultury, ani nawiązywaniu więzi z obcą kulturą. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że ludzie mogą przejawiać różne style akulturacji, w zależności od kontekstu lub obszaru funkcjonowania (np. mogą dążyć do asymilacji w zakresie zachowań i praktyk w miejscu pracy, ale separować w kwestii przekonań dotyczących religii, małżeństwa albo wychowywania dziecka). Taką złożoność postaw adresuje model RAEM autorstwa Navas'a i wsp. (2005). Podczas gdy niektóre wymiary kultury ulegają zmianom w procesie akulturacji relatywnie szybko – np. zewnętrzne przejawy kultury, takie jak strój, zachowania, dieta, itp. – inne bardziej opierają się transformacji – np. wartości i przekonania na temat życia. Jaki ma to związek z terapiami różnych modalności? Tak jak można wyróżnić zewnętrzne i wewnętrzne przejawy kultury, podobnie można wyróżnić zewnętrzne aspekty modelu leczenia (zachowania, język, narzędzia i inne artefakty) oraz jego warstwę wewnętrzną – etos zawodowy, tj. wartości i filozofię na której opiera się dany system terapii. Zewnętrzna warstwa może łatwiej podlegać dyfuzji kulturowej – dzięki temu, można było wprowadzić do zachodniej medycyny na przykład zabiegi akupunktury, masaż refleksologiczny stóp albo jogę leczniczą. Innymi słowy, możliwa była integracja na poziomie praktyk (technik) i częściowo na poziomie języka. Jeżeli chodzi o warstwę wewnętrzną (tj. filozofia i podstawowe założenia, na których opiera się leczenie) jest ona bardziej oporna na zmianę. Dlatego, możemy znaleźć przykłady inkorporacji wybranych technik wschodnich do zachodniej medycyny, ale wykorzystujący je lekarze odrzucają to, co określają czasem „otoczką kulturową". Mogą nakłuwać, na przykład, pacjenta igłami akupunkturowymi, ale odrzucać interpretacje zaburzeń przez pryzmat zaburzeń energii chi lub braku równowagi pomiędzy żywiołami. W głębszych wymiarach może więc dominować styl, opisywany jako separacja. Pośrednio wiąże się z opisywaną wcześniej trudnością w pogodzeniu sprzecznych ze sobą paradygmatów. Inną przyczyną silnych postaw separatystycznych może być niedostateczny trening w zakresie różnic kulturowych, a co za tym idzie, brak wiedzy o metodach, ich potencjale, ale też możliwych przeciwwskazaniach, interakcjach.

Ciekawy przykład integracji różnych modeli leczenia opisałem na przykładzie diaspory Tybetańskiej. Przebywający na uchodźctwie w Indiach Tybetańczycy, mają do wyboru medycynę alopatyczną dostępną w klinikach i gabinetach prywatnych, tradycyjną medycynę tybetańską oferowaną przez Instytut TMAI i niezależnie pracujących lekarzy oraz ayurwedę i inne metody niekonwencjonalne. Zarówno medycyna zachodnia i tybetańska są promowane przez politykę społeczną. Pacjenci mogą wybrać jedną z metod w zależności od posiadanych przypadłości, albo stosować oba systemy równolegle. Taki rodzaj podwójnego systemu opieki (*dual healthcare system*) jest dość popularny w wielu społecznościach Azji, w których przyjęto medycynę zachodu, a jednocześnie utrzymano się medycyna indygeniczną (etnomedycynę).

W kulturze zachodniej dominuje medycyna akademicka, która jest jedyną modalnością powszechnie uznaną przez system ochrony zdrowia, a czego wyrazem jest refundacja usług medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Chociaż w niektórych rejonach wiejskich można jeszcze usłyszeć o metodach ludowych, wiedza o nich jest zagrożona wskutek migracji ludności, industrializacji i procesów globalizacyjnych. Jednocześnie odnotowuje się zainteresowa-

nie metodami niekonwencjonalnymi pochodzącymi z różnych kultur. Wiele z nich wydaje się warte uwagi, ze względu na ich możliwości w zakresie profilaktyki i wspomagania leczenia.

LITERATURA

Baer, H.A., Singer, M., Susser, I. (2003). *Medical anthropology and the word system*. London: Praeger, Westport, Connecticut.

Berry, J.W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of Social Issues, 57, 3*, 615–631.

Brennan, B. (1998). *Hands of light: A guide to healing through the human energy field*. New York: Bantam.

Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture*. London: University of California Press.

Kübler-Ross (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina of Poznań.

Laarivaara, P., Kiuttu, J., Taanila, A. (2001). The patient-centered interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 19, 1*, 8–13.

Myss, C. (1996). *Anatomy of the spirit*. New York: Random House.

National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2011). *What is complementary and alternative medicine (CAM)?* Uzyskano 27.05.2011 ze strony: http://www.nccam.nih.gov/health/whatiscam/

Navas, M., Garcia, M.C., Sanchez, J., Rojas, A.J., Pumares, P., Fernandez, J.S. (2005). Relative Acculturation Extended Model (RAEM): New contributions with regard to the study of acculturation. *International Journal of Intercultural Relations, 29*, 21–37.

Nuland, S.B. (1996). *Jak umieramy*. Warszawa: Świat Książki.

Extended Model (RAEM): The perspectives of natives versus immigrants'. *International Journal of Intercultural Relations, 31*, 67–86.

Pietkiewicz, I (2008). *Culture, religion, and ethnomedicine – The Tibetan diaspora in India*. Lanhan: University Press of America.

Pietkiewicz, I. (2001). *Medycyna nowej ery*. Koszalin: Centrum Terapii Bacha.

Pietkiewicz, I. (2010). Strategie copingu religijnego w sytuacji utraty – implikacje do terapii. *Czasopismo Psychologiczne, 16, 2*, 289–299.

Polskie Towarzystwa Akupunktury (2011). *Główne wskazania do stosowania akupunktury* (według Światowej Organizacji Zdrowia – WHO). Pobrano z serwisu internetowego: www.akupunktura.org

Sęk, H. (2005). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.

Jak psychologowie oceniają wiarygodność zeznań świadków?*

Szymon Emilia Draheim

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, SWPS Poznań

WPROWADZENIE

Przy okazji zbierania zeznań małoletnich wobec których popełniono nadużycia seksualne, zgromadzono różne opinie, sporządzone przez psychologów, na temat wiarygodności tych zeznań. Materiały te zostały wyselekcjonowane w archiwach sądowych i prokuratorskich w jednym z województw. Udało się zgromadzić tylko 10 takich orzeczeń psychologicznych. Wiek świadków mieścił się w przedziale od 7 do 15 lat. We wszystkich sprawach, które zakończyły się skazaniem osoby oskarżonej o nadużycie seksualne (9 przypadków), sąd uznał opinie sporządzone przez psychologów. Jedna sprawa nie znalazła finału w sądzie, ale powodem tego nie było kwestionowanie przygotowanego już orzeczenia na temat wiarygodności zeznania. Oczywiście liczba zebranych ekspertyz nie pozwala tu mówić o jakiejkolwiek reprezentatywności. Niemniej postanowiłem pokusić się o odpowiedź na pytanie, w jaki sposób szacowana jest wiarygodność zeznań małoletnich świadków. Zaletą takiego podejścia jest możliwość wglądu w rzeczywistą praktykę oceniania wiarygodności, a nie dyskutowanie o składanych w tym względzie deklaracjach. Wątpliwości, jakie pojawiły się przed podjęciem decyzji o oddaniu tego artykułu do Redakcji Czasopisma Psychologicznego, miały również charakter etyczny. Sformułuję je w postaci pytania. Czy można bez zgody psychologów, występujących w roli biegłych, poddać ich orzeczenia analizie i jej wyniki opublikować? Odpowiadając twierdząco na to pytanie chcę powiedzieć, że moim celem nie jest krytykowanie autorów tych orzeczeń, ale zainicjowanie dyskusji o praktyce szacowania wiarygodności. Mam nadzieje, ze przedstawione poniżej uwagi skłonią psychologów oceniających wiarygodność do zabrania głosu w tej ważnej kwestii.

KOMPETENCJA *VERSUS* WIARYGODNOM

We wszystkich sprawach sąd lub prokurator postanowił, aby w badaniu psychologicznym stwierdzić czy świadek ma tendencje do konfabulacji, czy jest podatny na sugestię oraz czy wykazuje tendencje do kłamania (w jednym tylko przypadku pytanie nie dotyczyło możliwości kłamania). Tak sformułowane zadanie odnosi się w istocie do dwóch różnych problemów. Tendencje do konfabulacji i podatność na sugestię to zagadnienia wchodzące w zakres tzw. kompetencji świadka. Jeśli dziecko ma zeznawać, to sąd musi rozstrzygnąć czy jest ono zdolne do zapamiętania i przypomnienia zdarzeń z przeszłości, czy potrafi odróżnić prawdę od kłamstwa, oraz czy zdaje sobie sprawę z tego, że jest zobowiązane do mówienia prawdy (Haugaard, Reppucci, 1992). Brak spełnienia chociażby jednego z powyższych warunków oznacza, że dziecko nie posiada odpowiednich kompetencji do tego, aby w ogóle występować jako świadek przed sądem. Zupełnie odrębnym problemem jest relacja, jaka zachodzi między kompetencją a wiarygodnością. Stwierdzenie u dziecka kompetencji koniecznych dla świadka to jeszcze za mało, aby wypowiadać się na temat wiarygodności, a wiec tego, czy określone zeznanie opisuje zdarzenie, które rzeczywiście miało miejsce czy też nie. Do problemu wiarygodności wrócę w następnym paragrafie, a teraz chciałbym zająć się tym, jak identyfikowana jest tendencja do konfabulacji i podatność na sugestię.

Okazuje się, że bardzo trudno odpowiedzieć na to pytanie. Najczęściej orzeka się, że u dziecka występują albo nie występują tendencje do konfabulacji, bez podania jakiejkolwiek podstawy takiego stwier-

* Artykuł pochodzi z: *Czasopismo Psychologiczne*, Tom 1, numer 3, 1995, s. 161-164.

dzenia lub podaje się ogólną wzmiankę, z której nic nie wynika (np. „na podstawie rozmowy psychologicznej i przeprowadzonych testów", ale nie wiadomo jakich). Tylko w jednym przypadku psycholog informuje, że zastosował Skalę Inteligencji Wechslera-Bellevue oraz Wieloobjawową Skalę Diagnostyczną Wiskad-MMPI i „na podstawie wywiadu, obserwacji i danych testowych nie stwierdza u badanej skłonności do konfabulacji". W innym orzeczeniu o skłonności do konfabulacji wnioskuje się z „niechęci do obiektywnego przedstawiania wydarzeń i rozwoju intelektualnego – obszar normy i pogranicza upośledzenia umysłowego". Tylko w dwóch ekspertyzach pojawiło się więcej informacji o sposobie wnioskowania o istnieniu lub braku tendencji do konfabulacji: „Niezaburzony przebieg procesów myślowych chłopca, jego zdolności do formułowania krytycznej oceny zdarzeń, zachowane logiczne wnioskowanie wykluczają tendencję do konfabulacji, co zostało potwierdzone w szczegółowych badaniach psychologicznych" – niestety, znowu nie podano jakich. I fragment z drugiej ekspertyzy o podobnym charakterze: „W badaniu testowym (nie wiadomo jakim – przypis autora) nie zaobserwowano u badanej tendencji do konfabulacji; nie jest więc tak, żeby brak pamięci wypełniała jakimikolwiek zmyśleniami. Jest ona również zdolna do prawidłowego postrzegania zdarzeń, potrafi je prawidłowo zapamiętywać i odtwarzać". Problem polega na tym, że tego rodzaju stwierdzenia traktowane są jako przesłanki na rzecz wiarygodności, podczas gdy de facto identyfikuje się tutaj niektóre kompetencje świadka.

WIARYGODNOŚĆ ŚWIADKA *VERSUS* WIARYGODNOŚĆ ZEZNANIA

We wszystkich orzeczeniach (z wyjątkiem jednego, w którym w ogóle nie podejmowano zagadnienia wiarygodności) brak tendencji do konfabulacji i podatności na sugestie był wprost lub implicite łączony z wiarygodnością. Np. „Nie wykazuje również nadmiernej skłonności do fantazjowania i konfabulacji. Uważam zatem, że zeznanie jej można uznać za wiarygodne". Zawsze w konkluzji mowa jest o tym, ze zeznanie uznaje się za wiarygodne, wiarygodne w średnim zakresie, itd. Jednak przedmiotem analizy są występujące u świadka tendencje. Gdybyśmy nawet na chwilę zapomnieli o rozróżnieniu między kompetencją a wiarygodnością i potraktowali brak tendencji do konfabulacji jako problem wiarygodności, to nie można wykluczyć, że świadek, który ogólnie nie wykazuje skłonności do nieświadomego wypełniania luk pamięciowych własną wyobraźnią, w konkretnym zeznaniu tak właśnie czyni. Sytuacja jest tego rodzaju, ze wnioski końcowe w orzeczeniach psychologicznych mówią o wiarygodności zeznania, a przedmiotem analizy sit cechy świadka. Zadanie, które stoi przed psychologiem polega na oszacowaniu czy dane zeznanie jest, w części lub w całości, produktem fantazji, lub czy jest kłamstwem. Tymczasem psychologowie w praktyce zajmują się „wiarygodnością ogólną" jako wymiarem osobowości i na tej podstawie oceniają wiarygodność zeznania złożonego w konkretnej sprawie. Łatwo zauważyć, że ogólnie prawdomówna osoba może kierować się motywem złożenia fałszywego zeznania w konkretnej sprawie, a osoba ogólnie mało uczciwa, może mówić prawdę w określonym przypadku. Dotyczy to zarówno osób dorosłych jak i dzieci. Wynika z tego, że szacowanie ogólnej wiarygodności danej osoby niewiele wnosi w sprawie wiarygodności danego zeznania (Sokolowska, 1977). Nie do przyjęcia jest następujący sposób rozumowania: „X jest dzieckiem, które kłamie tylko z lęku przed karą, czyli z pobudek egoistycznych. Nie ma jednak skłonności do fantazjowania i konfabulacji i sądzę, że jego zeznania można uznać za wiarygodne". Albo przykład z innego orzeczenia: „świadka cechuje szczerość i spontaniczność wypowiedzi i zachowań. (...) Normy moralne w dużej mierze już zinterioryzowane. Cechuje je podporządkowywanie się nakazom moralnego postępowania nawet bez kontroli z zewnątrz. Dziewczynka jest prawdomówna. (...) Sądzę więc, że zeznania małoletniej można uznać za prawdziwe i wiarygodne".

Kluczową sprawą jest analiza treści samego zeznania (Arntzen, 1989; Steller, Koehnken, 1989; Steller, 1989; Wegener, 1989; Draheim, 1993), poza tym analiza: zachowań niewerbalnych (Ekman, 1989), motywacji do zeznawania, zgodności z zeznaniami złożonymi wcześniej, zgodności z zeznaniami innych świadków, zgodności z prawami natury. Oczywiście pewien rodzaj ogólnej analizy osobowości świadka jest włączony w proces oceny prawdziwości danego zeznania, jednak nie oznacza to posługiwania się pojęciem „wiarygodności ogólnej". Niektóre treściowe wyznaczniki prawdziwości zeznania mogą być szacowane tylko z uwzględnieniem poznawczych i werbalnych zdolności świadka.

W żadnym z zebranych orzeczeń nie prowadzono analizy treści samego zeznania, w jednym wskazano na motyw, dla którego świadek mógł zmieniać swoje zeznania. We wszystkich natomiast anali-

zowano indywidualne cechy świadka, co może być uznane jedynie za jeden z wielu elementów procesu szacowania wiarygodności.

INTUICJA *VERSUS* WIEDZA

Oprócz wyników badań testowych i analizy akt sprawy, psychologowie zwykle podają, że podstawą oceny wiarygodności zeznania była obserwacja świadka. Jest to źródło informacji, które trudno poddaje się werbalnej kodyfikacji. Niełatwo rozstrzygnąć w jakim stopniu końcowa ocena wiarygodności jest wynikiem ogólnego wrażenia, jakie robi świadek na psychologu, a w jakim stopniu wynikiem świadomie przyjmowanych kryteriów. To co zawarte jest w owych orzeczeniach skłania raczej do wniosku, że ich autorzy kierowali się tak zwanym „nosem klinicznym". Nie mam zamiaru jednoznacznie negować takiego sposobu postępowania. Jest bardzo możliwe, że osoba o dużym doświadczeniu w danej dziedzinie klinicznej, intuicyjnie trafnie wykrywa istotne wskazówki wiarygodności. Pytanie brzmi, czy takie postępowanie jest możliwe do przyjęcia wtedy, kiedy psycholog występuje w roli biegłego przed sądem. Odpowiedź na to pytanie musi być negatywna. Wyobraźmy sobie sytuację, kiedy w danej sprawie nie jest powoływany jeden biegły (zwykle przez sąd), tak jak miało to miejsce w analizowanych przeze mnie przypadkach, ale dwóch: jeden przez stronę oskarżenia a drugi przez stronę obrony. Obaj powołując się na swoje doświadczenie kliniczne wydają wzajemnie sprzeczne opinie. Może to doprowadzić tylko do dyskredytacji instytucji eksperta od wiarygodności zeznań świadków. Musi istnieć możliwość weryfikacji wydanego orzeczenia, tak jak ma to miejsce w przypadku treściowych kryteriów wiarygodności. Oczywiście ten warunek nie jest możliwy do spełnienia w takim samym stopniu w odniesieniu do behawioralnych wskazówek wiarygodności. Jednakże w obu przypadkach podstawą wydawanej oceny powinna być explicite formułowana wiedza, co nie wyklucza ważnej roli, jaką w tym procesie może pełnić intuicja.

PSYCHOLOGOWIE *VERSUS* SĘDZIOWIE

Obok orzeczeń psychologicznych dotyczących wiarygodności poddano analizie również uzasadnienia wydanych przez sąd wyroków. Wynika z niej, że sędziowie tak samo jak psychologowie nie oddzielają kompetencji świadka od zagadnienia wiarygodności. Z drugiej jednak strony przedmiotem ich osądu nie jest ogólna wiarygodność świadka, ale wiarygodność zeznania. Wykazują lepszą znajomość istotnych wyznaczników wiarygodności niż psychologowie, chociaż istnieje pod tym względem duże zróżnicowanie. W niektórych uzasadnieniach można znaleźć odpowiedź na pytanie, dlaczego dane zeznanie w części lub w całości zostało potraktowane jako wiarygodne. Najczęściej oceny wiarygodności oparte są na wyznacznikach treściowych (oto przykłady tego rodzaju kryteriów, zidentyfikowanych w zebranych materiałach: stałość zeznań, coraz bardziej pełny, spójny i precyzyjny opis zdarzenia w kolejnych zeznaniach, zeznanie logicznie spójne i niesprzeczne), zdarzają się również wyznaczniki behawioralne (np. bezpośrednia obserwacja świadka na rozprawie, interpretowanie jego gestów), występuje też analiza motywów, dla których świadek mógłby zeznawać fałszywie. Zwykle następuje odmowa uznania zeznania za wiarygodne w tej części, którą świadek zmienia i nie potrafi „logicznie uzasadnić tej zmiany". Ogólnie rzecz biorąc, sędziowie w analizowanych sprawach przedstawili bardziej wnikliwe uzasadnienia wydanych przez nich ocen wiarygodności niż psychologowie. Zupełnie inną sprawą jest trafność tych ocen, którą bardzo trudno zweryfikować w rzeczywistych sprawach rozpatrywanych przez sąd. Jednak na pewno istnieje duże pole do doskonalenia procesu szacowania wiarygodności. Wydaje się, że to pole jest większe w przypadku psychologów niż sędziów.

*

Gdyby zebrane orzeczenia w sprawach wiarygodności zeznań świadków, robione przez psychologów, były reprezentatywne (co nie ma miejsca), to wniosek końcowy byłby raczej smutny. Oto okazuje sic, że w zasadzie proces oceniania wiarygodności nie ma charakteru profesjonalnego. Występuje pomieszanie podstawowych pojęć, takich jak kompetencja świadka i wiarygodność zeznania. Implicite operuje się konstruktem „wiarygodności ogólnej", na który powoływano się w początkowym etapie rozwoju psychologii wiarygodności, ale dzisiaj nie jest już do przyjęcia. Nie bardzo wiadomo, czy psychologowie poza szacowaniem kompetencji świadka, mają coś do zaproponowania sądom w kwestii wiarygodności zeznań świadków. Jeszcze raz chcę mocno podkreślić, że nie chodzi mi o to, aby krytykować psychologów zajmujących się w praktyce problemem wiarygodności. Tę dość surową ocenę kieruję raczej pod moim własnym adresem, pod adresem pracownika instytucji, która zajmuje się kształceniem psychologów. Brak odpowiedniego przygotowania specjalistycznego powoduje, że oce-

ny wiarygodności zeznania może podjąć się każdy psycholog, bez względu na posiadane w tym względzie kompetencje, wystarczy, że sąd poprosi go o taką ekspertyzę.

LITERATURA

Arntzen, F. (1.989). *Psychologia zeznań świadków*. Warszawa: PWN.

Draheim, M. (1993). Za i przeciw instytucji eksperta w dziedzinie szacowania wiarygodności zeznań świadków. *Przegląd Psychologiczny, 36, 1*, 127-133.

Ekman. P. (1985). *Telling lies*. New York: Norton.

Haugaard, J., Reppucci, N. (1992). Children and the truth. W: S. Ceci, M. Leichtman, M. Putnick (red.), *Cognitive and social factors in early deception* (s. 29-45). Hillsdale, NJ: Lawrence.

Sokołowska, A. (1977). *Psychologiczna ekspertyza sądowa w sprawach dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.

Steller, M. (1989). Recent development in statement analysis. W: J. Yuille (red.), *Credibility assessment* (s. 135-154). Dordrecht: Kluwer.

Steller, M., Koenken, G. (1989). Criteria based statement analysis. W: D. Raskin (red.), *Psychological methods in criminal investigation and evidence* (s. 217-245). New York: Springer.

Wegener, H. (1989). The present state of statement analysis. W: J. Yuille (red.), *Credibility assessment* (s. 121-133). Dordrecht: Kluwer.