

ROZŚWIETLENIA

WYZWANIA PSYCHOLOGICZNE W CZASIE PRZEŁOMU

CZĘŚĆ I: STRES I JAKOŚĆ ŻYCIA

pod redakcją Marka Majczyny

ROZŚWIETLENIA. WYZWANIA PSYCHOLOGICZNE W CZASIE PRZEŁOMU
Część I: Stres i jakość życia

ROZŚWIETLENIA.
WYZWANIA PSYCHOLOGICZNE W CZASIE PRZEŁOMU
Część I: Stres i jakość życia

SILVER LINING.
PSYCHOLOGICAL CHALLENGES IN A TIME OF CRISIS
Part I: Stress and quality of life

pod redakcją Marka Majczyny

Kraków 2021

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

Recenzja:
dr hab. Antoni Wontorczyk, prof. UJ

Projekt okładki: Oleg Aleksejczuk

Fotografia na okładce: Oleg Aleksejczuk

Redakcja i korekta: Agnieszka Boniatowska, Filip Rekucki-Szczurek, Carmen Stachowicz

ISBN 978-83-66007-78-9
e-ISBN 978-83-66007-79-6

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2021

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

Na zlecenie:



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

Wydawca: Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2021

Skład: Sara Kozioł

SPIS TREŚCI

Marek Majczyna	
Wprowadzenie.....	7
 Leszek Pawłowski	
Neurobiologia stresu / The neurobiology of stress.....	17
 Andrzej Mirski	
Psychologiczne aspekty reakcji w sytuacjach stresowych /	
Psychological aspects of the response to stressful situations	49
 Ewa Wilczek-Rużyczka, Dominika Frendo	
Stres i radzenie sobie ze stresem mniejszościowym w środowisku	
osób homoseksualnych i biseksualnych / Stress and coping	
with minority stress in the environment of homosexual	
and bisexual people	81
 Dorota Kubacka-Jasiecka	
Doświadczenie menopauzy a współczesny czas kryzysu	
„przełomu życia” u kobiet i mężczyzn / The experience	
of menopause in the light of the contemporary turn of the	
age crisis of women and men	113
 Dominika Filipowska, Marek Majczyna	
Jakość życia opiekunów bliskich chorujących na alzheimera –	
w stronę ujęcia egzystencjalnego / Quality of life of caregivers	
giving care to their relatives suffering from Alzheimer’s disease –	
the existential perspective.....	141

Michał Kupczyk

- Wypalenie zawodowe u pracowników opieki zdrowia podczas pandemii COVID-19 – analiza na podstawie przeglądu literatury /
Burnout in healthcare workers during the COVID-19 pandemic –
analysis based on literature review 173

Marta Kowalówka, Agnieszka Gałkowska

- Znaczenie potrzeb poznawczych w postawach wobec pandemii
i w strategiach radzenia sobie ze stresem / The meaning of
cognitive needs in pandemic attitudes and strategies for coping
with stress 189

Maria Borczykowska-Rzepka

- Psychologia a dobrostan społeczny w dobie postępu
cywilizacyjnego / Psychology and social well-being in the age
of the progress of civilization 231

Joanna Konarska

- Interdyscyplinarność w psychologii – wyzwanie czy zagrożenie? /
Interdisciplinarity in psychology – a challenge or a threat?..... 253

Marek Majczyna

Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego /

Faculty of Psychology and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland

ORCID: 0000-0001-8070-3512

WPROWADZENIE

Książka zatytułowana *Rozświetlenia. Wyzwania psychologiczne w czasie przełomu. Część I: Stres i jakość życia* wpisuje się w aktualnie toczące się namysły i dyskusje nad zagadnieniami od zawsze żywotnymi w psychologii, koncentrującymi się wokół jakości życia człowieka w zmieniających się warunkach i okolicznościach. Znaczna ich część przybrała nieco inne, nowe i nie do końca, ze zrozumiałych względów, rozpoznane i ustalone postaci, ponieważ weszły do obszaru analiz psychologicznych za sprawą pandemii. W jej trakcie na wiele spraw i zjawisk psychicznych oraz ich interpretacji psychologicznych z konieczności konieczne było spojrzenie z nieco innej lub zupełnie nowej perspektywy, należało je przeformułować lub uzupełnić i wzbogacić o aktualnie wątki opisujące wybraną problematykę psychologiczną, poszerzając w ten sposób i wzbogacając wiedzę psychologiczną o nowe punkty widzenia i ich możliwe interpretacje (por. Kossowska i in., 2020). Wiele wątków teoretycznych wciąż pozostaje na etapie eksploracji i ustaleń, a badania empiryczne przybierają nierzadko charakter jeszcze niewystarczający dla formułowania wniosków o statusie rozstrzygającym. Wnoszą jednak wiele nowych impulsów dla próby, udanej – co należy podkreślić, zrozumienia, z czym mamy do czynienia w kategoriach społecznych, kulturowych i naukowych. W niniejszej pracy znalazły się dwa opracowania, autorstwa Michała Kupczyka oraz Marty Kowalówki i Agnieszki Gałkowskiej, nawiązujące w sposób bezpośredni do problemów ujawnionych w czasach poważnego „zawirowania życia” we współczesnych społecznościach ludzkich.

Można by się spodziewać, że wraz z wybuchem pandemii dojdzie do przesunięcia akcentu i niejako zdominuje ona obszary naukowych poszukiwań i dociekań, jednak analogicznie do innych dziedzin życia, ale głównie w obszarze opieki medycznej, nie można pozostawiać na boku różnych obszarów i segmentów problematyki naukowej albo na siłę ograniczać aktywności poznawczych i badawczych z uwagi na aktualną sytuację wyznaczaną przez stan pandemii. Szanując i uznając aktualne warunki jako wnoszące określone ograniczenia, nie można wszak zapominać, pozostawiać i nie dostrzegać możliwości normalnej lub można powiedzieć: na nowo zdefiniowanej i przeformułowanej „roboty naukowej” w tych dziedzinach, w których podejmowane są określone badania, teoretycznie prowadzone i empirycznie realizowane. Są wśród nich zagadnienia rozwijane na gruncie psychologii od wielu lat, a wciąż ujawniające swój potencjał, będąc inspiracją dla nowych odczytań i weryfikacji empirycznej, głównie za sprawą badań prowadzonych interdyscyplinarnie. Poszukiwania wybranych i wzbogacających rozumienie danych zjawisk psychicznych wątków i aspektów sprawia, że coraz więcej wiemy na temat samego, wyróżnionego badawczo, zjawiska psychicznego, jak również poszerzamy zakresy dostępnych i wartościowych interpretacji psychologicznych, które wskazują na określone możliwości wdrażania tych ustaleń w celu polepszania jakości życia konkretnych osób i traktowania ich jako propozycje do odkrywania nowych czynników w wybranych mechanizmach funkcjonowania społecznego.

Z uwagi na koncentrację rozważań i doniesień z badań empirycznych wokół problematyki i tematyki podejmowanych zagadnień publikacja została skomponowana z dwóch części. Należy jednak podkreślić, że zagadnienia omawiane w obu częściach mają wspólny mianownik, jakim pozostaje odniesienie do sposobów bycia i życia człowieka w aktualnych warunkach. To, czym się zajmują uczeni i badacze w obszarze psychologii, każdorazowo znajduje odniesienie, ale i źródło w funkcjonowaniu człowieka w różnych sferach jego życia, jak i w różnych jego wymiarach. Za sprawą dostępnych metod i narzędzi odczytywanie natury i jej mechanizmów, obejmujących również (a może przede wszystkim) świat człowieka i jego kultury, ujawniane są coraz to lepiej poznawane aspekty i samego

człowieka, i świata w ogóle. Postęp techniczny z jednej strony, a bardziej wnikliwy i zniuansowany namysł teoretyczny z drugiej umożliwiły i nadal umożliwiają wgląd w sedno rzeczy, jeśli tak można kwestię ująć. Wiele spraw, już okrzepłych w psychologii lub w nauce w ogóle, zyskuje nowe życie za sprawą ujawniania i badania z nieco innych, odmiennych stron czy wykorzystania dostępnych współcześnie sposobów. Pozwala to z jednej strony uwzględnić wszystko to, do czego uzyskujemy dostęp, a nadto, co wydaje się o wiele ważniejsze, głównie za sprawą dociekań antropologicznych, przyjrzeć się kondycji człowieka w szerszym i bogatszym kontekście, w większym stopniu niż dotychczas uwzględniany w różnych specjalnościach i dyscyplinach psychologii. Wolno zaryzykować twierdzenie, które może być też odczytywane jako zamysł całości treści zawartych w książce, że obecnie rozpoczyna się (ponownie – jak z historii myśli psychologicznej można wnosić) czas syntezy wiedzy psychologicznej osnutej wokół danych antropologicznych w różnych jej wersjach: od klasycznej filozoficznej po najnowszą porównawczą (uwzględniającą wiedzę o innych gatunkach zwierząt), słabiej reprezentowaną w tym opracowaniu, niemniej przyszłościową (por. Parfit, 2013). Może ta książka w jakimś stopniu przyczyni się do powstania kolejnych tomów rozważań w obszarze nowych psychologicznych wyzwań współczesności.

Należy wskazać, że prezentowane opracowania mają charakter poszukiwań i badań teoretycznych, przeglądu literatury przedmiotu i zestawienia danych pochodzących z licznych doniesień będących wynikiem badań empirycznych. Taka formuła przedstawienia tematyki poszczególnych rozdziałów składających się na całość książki sprawia, że można ją czytać niejako na dwóch planach: koncepcji autorskich i referatu problematyki bazującej na źródłach oraz doniesieniach z badań, ich analizach statystycznych, dyskusjach wyników i wnioskach istotnych dla obszarów psychologii stosowanej. Pozwala również na zaznajomienie się z ustaleniami poczynionymi dotychczas, jak i z propozycjami ich rozwinięcia we wskazanych przez Autorki i Autorów kierunkach. Treści bowiem mogą być adaptowane do warunków i okoliczności, pełniących rolę perspektywy badawczej lub aplikacyjnej.

W pierwszej części znalazły się teksty poświęcone psychologicznemu oglądowi, rozwinięciu i przygotowaniu określonych propozycji praktycznego wykorzystania wiedzy dotyczącej stresu i jakości życia w nowych okolicznościach. Badania nad problematyką jakości życia mają, przynajmniej w Polsce, ugruntowaną pozycję, wciąż pozostają niewyczerpanym tematem dla wielu psychologów-badaczy, są prowadzone w różnych paradygmatach i obejmują swoim zasięgiem teoretycznym i empirycznym zarówno indywidualną jakość życia, jak i jej wymiar społeczny (por. m.in. Straś-Romanowska, Lachowicz-Tabaczek, Szmajke, 2005; Kowalik, 2007; Derbis, 2010; Wontorczyk, Bańka, 2018). Życie człowieka, podlegające przeobrażeniom w zmieniających się warunkach i stanach rzeczy, jak również za sprawą różnorodnych modyfikacji w sferze egzystencjalnej, aksjologicznej i etycznej, domaga się od uczonych i badaczy odpowiedniego zareagowania na rodzące się wyzwania, z jakimi przychodzi mierzyć się obecnie człowiekowi. Dotyczy to zarówno wymiarów funkcjonowania osobistego, jak i społecznego i kulturowego, wszak pozostają one w dość silnych wzajemnych związkach i relacjach. Perspektywa subiektywna i indywidualna bardzo często wnosi do badań – obejmujących prawidłowości ogólne i powszechne – wątki i wersje wyjątkowe, unikatowe, specyficzne, gdyby uwzględnić jedynie obszar psychologii osobowości (por. Gałdowa, 1992). Podobnie i z danych obejmujących swych zakresem zjawiska i mechanizmy funkcjonowania człowieka analizowanego w ujęciu nomotetycznym (por. Opoczyńska, 2014) otwierają przed konkretnymi osobami sposoby działania, które mogą one wdrożyć i zastosować w sobie właściwych okolicznościach i warunkach. Psycholodzy, mając kontakt z poszczególnymi osobami, rejestrują różnorodne sprawy, trudności i zmagania, z jakimi w swej pracy się stykają, dzięki czemu mogą je przedstawić jako pewne określone sprawy i aspekty prowadzących do ujęć uogólniających funkcjonowanie człowieka. Wszak precedensy i niuanse od zawsze były uważane za czynniki niezwykle ważne w gromadzeniu danych i tworzeniu wiedzy opartej na dowodach. Uogólniając, można wskazać na ogromne znaczenie i doniosłość zmagania się – słowo, które warto w tym kontekście podkreślić, a więc zmagania się poznawczego uczonych

i badaczy ze zjawiskiem psychicznym (zjawiskami psychicznymi) w ich dociekaniach psychologicznych. Odróżnienie psychicznego od psychologicznego pozwala na jeszcze wnikliwsze ujęcie przeżycia, opisywanego i analizowanego (interpretowanego) przy wykorzystaniu konkretnej metody psychologicznej. Świat wewnętrzny konkretnych jednostek oraz relacji międzyludzkich staje się wówczas tworzywem ujęć naukowych. A one z kolei mogą przyczynić się do poprawy życia poprzez efektywne wykorzystanie potencjału twórczego człowieka.

W części tej znalazły się również rozważania uwzględniające nowe i wciąż nie w pełni rozpoznane wyzwania egzystencjalne ujawnione za sprawą pandemii. Czas pandemii to specyficzny etap w rozwoju i funkcjonowaniu zarówno jednostek, jak i społeczeństwa. Wyzwania, które od razu wprowadziły nowe sposoby życia wspólnotowego i nowe jakości w kontaktach interpersonalnych, ujawniły również pokłady zasobów i potencjałów ludzkich oraz przeformułowały niektóre dotychczasowe sposoby życia (obejmujące chociażby rytuały świąteczne czy spotkania w gronie rodziny i przyjaciół, przy okazji niejako obnażając to, co okazuje się istotą spotkania człowieka z człowiekiem), uruchamiając zmodyfikowane procedury pracy zawodowej (wymuszając pracę prowadzoną zdalnie) i organizacji pracy urzędów i instytucji. Prócz tego wiele segmentów aktywności (tak gospodarczej, jak i artystycznej) człowieka uległo bardzo poważnym ograniczeniom bądź zostały zawieszone. Należy nadmienić, że w niektórych sektorach owo ograniczenie przyjęło dodatkowo (choć specyficznie dla branży) ponadprzeciętne obciążenie, głównie w opiece medycznej. Czas pandemii zderzył nas bardzo mocno z doświadczeniami ludzkimi, o których w czasach normalnych niekoniecznie aż tak intensywnie myślimy. Chodzi głównie o realne doświadczenia pogorszenia zdrowia, postępującej choroby, o następstwach której wciąż niewiele wiadomo, oraz śmierci osób bliskich i znanych, która mogłaby nie nastąpić. Lęk przed nieznanym, lęk przed śmiercią własną bądź cudzą, niepewność co do skuteczności środków ochrony oraz (z psychologicznego punktu widzenia niezwykle ważna sprawa) nieporadność w zakresie rozumienia (odkrycia sensu i nadania znaczenia temu, z czym mamy do czynienia)

swojego położenia i losu, tworzą ogromny wyłom w dotąd ustalonym i spójnym obrazie świata oraz miejsca w nim człowieka. Tworzą wyłom także w systemie wartości życia społecznego i wagi rozmaitych spraw osobistych i międzyludzkich – odpowiedzialności za siebie i za innych. Potrzeba rozumienia siebie i świata pozostaje jedną z ważniejszych potrzeb człowieka w każdym czasie, a w czasie pandemii osobliwie.

W tej części Autorki i Autorzy podjęli i zaprezentowali szereg idei, koncepcji i wniosków z własnych poszukiwań poznawczych.

Leszek Pawłowski przedstawia aktualne poglądy na problematykę stresu i ocenia ją z perspektywy neurobiologicznej, w której z kolei upatruje nową dziedzinę badań i wiedzy w odniesieniu do stresu. Podkreśla, że wyniki omawiane w najnowszych pracach wydają się nieco zmieniać poglądy na istotę reakcji stresowych, które w poprzedniej dekadzie były postrzegane głównie negatywnie. Jest realnym optymistą w kwestii pojawienia się metod diagnostycznych pozwalających wskazać osoby szczególnie podatne na obciążenia wiążące się ze stresem i środków farmakologicznych zwiększających odporność na niepożądane skutki stresu.

Andrzej Mirski podejmuje swoje badania w obszarze stresu, akcentując z jednej strony znaczenie zasobów (w nawiązaniu do koncepcji Hobfolla), a z drugiej zwracając w swej autorskiej koncepcji uwagę na znaczenie obciążeń jako stanu ciała, psychiki oraz warunków społecznych, który utrudnia radzenie sobie w sytuacji stresowej oraz sprawiają, że sytuacja ta może niekorzystnie odbić się na zdrowiu fizycznym, psychicznym i społecznym danej osoby. W rozdziale została przedstawiona koncepcja orientacji oraz trybów radzenia sobie ze stresem.

Ewa Wilczek-Rużyczka i Dominika Frendo podejmują problematykę o niezwyklej walorze dla współczesności, jakim pozostaje stres i radzenie sobie ze stresem mniejszościowym w środowisku osób homoseksualnych oraz biseksualnych. Wagi i znaczenia tego zagadnienia nie sposób przecenić zwłaszcza w obecnych czasach, w których obok naukowo i terapeutycznie odpowiednio ujętego zagadnienia wciąż pojawiają się i (niestety, w wielu środowiskach i kręgach społecznych) dominują postawy anty- i pseudonaukowe, powodując ogromne cierpienie u wielu osób,

które społecznie są deprecjonowane, a ich życie poddawane nieuzasadnionej i nienawistnej krytyce.

Dorota Kubacka-Jasiecka podjęła rozważania dotyczące doświadczenia menopauzy i jej wpływu na jakość życia kobiet, u których przybrała ona postać kryzysu emocjonalnego, zwanego menopauzalnym. Zdaniem Autorki wnioski z własnych badań empirycznych potwierdzają po pierwsze jego powiązanie z nierozwiązanymi i wciąż aktualnymi problemami wieku średniego, po drugie, co jawi się jako *novum* w odniesieniu do dotychczasowych ustaleń psychologicznych – że należałoby mówić o przesuwaniu się współcześnie tzw. kryzysu „przełomu życia” na okres późniejszy niż normatywnie przyjmowany wiek ok. 45 lat; Autorka wskazuje również zmiany, jakie mogą być udziałem mężczyzn – dotychczas kryzys wieku średniego charakteryzował mężczyzn starszych wiekiem.

Dominika Filipowska i Marek Majczyna prezentują jakość życia opiekunów bliskich chorujących na alzheimera. Przy analizie zagadnienia tytułowego podejmują rozważania mające na celu ukazanie jakości życia w szerszym kontekście egzystencjalnym, głównie przez pryzmat wagi i znaczenia sytuacji rozumianej psychologicznie (w nawiązaniu do koncepcji Karla Jaspersa) oraz wątków odnoszonych do bycia zobowiązanym przez siebie samego lub za sprawą oczekiwań rodziny bądź jako następstwo transferu wzorców kulturowych dotyczących poświęcania się, o ile zachodzi taka potrzeba, na rzecz innych.

Michał Kupczyk przedstawia poszukiwania i wnioski z licznych, bardzo szczegółowych i zniuansowanych badań empirycznych, których przedmiotem pozostawało wypalenie zawodowe u pracowników opieki zdrowia podczas pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Dokonana przez Autora na podstawie przeglądu literatury analiza zamyka się w konkretnej propozycji, którą można ująć następująco: mając świadomość powagi problemu wypalenia zawodowego u pracowników opieki zdrowia, warto skupić się na opracowaniu programów mających na celu monitorowanie oraz wczesne wykrywanie problemu, zapobieganie oraz efektywne leczenie tego schorzenia.

Marta Kowalówka i Agnieszka Gałkowska przebadaly znaczenie potrzeb epistemicznych (szczególnie potrzeby domknięcia poznawczego) w postawach wobec masowych zachorowań na COVID-19 oraz w sposobach i strategiach radzenia sobie ze stresem bezpośrednio powiazanym bądź wynikającym z nowej, zagrażającej i niepewnej sytuacji. Wskazują przy tym na znaczenie rozumienia siebie i swojego położenia dla radzenia sobie z pojawiającymi się objawami stresu, co w dużym stopniu będzie zależało od znaczeń, jakie poszczególne osoby nadają wybranym aspektom pandemii.

Maria Borczykowska-Rzepka podjęła zagadnienie, które właściwie od początków dziejów człowieka pozostaje w zainteresowaniu najpierw filozofii, a później i psychologii. Analiza funkcjonowania współczesnego człowieka pokazuje bowiem, że zмага się on z coraz większymi trudnościami w nadążaniu za nieustannie rosnącymi wymaganiami otaczającego go rzeczywistości. Wyścig ten często kończy się przegraną jednostki w sytuacji konfrontacji z własnymi umiejętnościami i kompetencjami. Owa przegrana może niepokoić, gdyż nader często staje się przyczyną poważnych problemów społecznych i zdrowotnych. Autorka przybliży zagrożenia, jakie już od wczesnych etapów rozwoju człowieka czyhają nań we współczesnym świecie, w którym nowoczesne technologie, mające w założeniu służyć człowiekowi i dbać o jego dobrostan psychiczny, zbyt często obracają się przeciw niemu.

Joanna Konarska przedstawia w swym tekście argumenty za interdyscyplinarnością psychologii, wskazując na fakty charakteryzujące aktualnie prowadzony sposób uprawiania nauki, jak i na konieczność uwzględnienia dla całościowego ujęcia przedmiotu, którym zajmuje się dana dziedzina, różnych specjalistycznych danych dotyczących tego samego zjawiska psychicznego. Z jednej strony jest to oczywiste wyzwanie, przed jakim stają uczeni i badacze, bo taki projekt wymaga zaznajomienia się z danymi pochodzącymi z różnych dziedzin, ale i zagrożenie w postaci rozmywania się poszczególnych dziedzin w jakiejś tracącej swoje specyficzne własności „perspektywie poznawczej wspólnej materii”. Autorka zwraca uwagę również i na sprawę najwyższej rangi, a mianowicie na specyfikę bycia człowieka we Wszechświecie i tego, jaką w nim pełni rolę.

Zawarte w przedstawianej książce teksty, rzecz jasna, nie wyczerpują zagadnień, jakich można się spodziewać, czytając jej tytuł. Przy jej komponowaniu i pracy nad nią nie przyświecał jej tak zarysowany cel; miała jedynie zwrócić uwagę na kilka wybranych spraw, którymi psychologowie mogą się zająć, a ich analizy i interpretacje udostępnić Czytającym z uwagi na znaczenie tych treści dla funkcjonowania człowieka w ogóle, jak i w specyficznym etapie życia naznaczonym wymaganiami i ograniczeniami, również natury psychicznej, jakie pojawiły się wraz z wirusem SARS-CoV-2. Aktualny stan społeczności jest więc pokłosiem oddziaływań czynników zagrażających z jednej strony, a zdolnościami adaptacyjnymi osób – z drugiej. Na ile owe zmagania okażą się twórcze dla jednostek, jak i wspólnot ludzkich również pozostaje niewiadomą, otwierającą na możliwe odpowiedzi w niedalekiej, choć może już w większym zakresie przewidywalnej, przyszłości.

Rozświelenia... mogą pomóc dostrzec niektóre wątki i ich nowe znaczenie już na etapie ich przedzierania się przez wyjaśnienia i interpretacje aż po zarysowujące się, na razie szkicowo, kontury rzeczywistości opisywanej i interpretowanej psychologicznie. Podobnie jak chmury kryją słońce, tak i rozświelenia dotyczące różnych wyzwań czasu przełomu, rozświelenia zatem psychologiczne podjęte w tej książce, mogą nadać odpowiedni kierunek poszukiwaniom i dociekaniom, z pewną dozą nadziei, że warto wciąż na nowo uprzystępniać sens i znaczenie tych zjawisk psychicznych, które od zawsze i, jak można przypuszczać, stale będą nam towarzyszyć w postaci aktualizowanej warunkami. *Rozświelenia...* stanowią więc próbę wglądu i oglądu, wejrzenia i rozejrzenia się oraz zarysowania i wyakcentowania tych spraw i zagadnień psychologicznych, które w kontekście funkcjonowania człowieka pozwalają rozumieć świat zewnętrzny i osobisty jako wezwanie do ustawicznego mierzenia się z wyzwaniami, głównie w sferze rozwoju osobowego. Za sprawą aktywności uczonych i badaczy docierających do nowych pokładów wiedzy szczegółowej każdy Czytelnik zyskuje olbrzymie wsparcie w zakresie polepszania jakości zarówno życia osobistego, jak i kulturowego.

Na koniec warto podkreślić, że obie części *Rozświetleń...* mogą stanowić kolejny krok w obszarze poszukiwań psychologicznych zapoczątkowanych publikacją o znamienym tytule *Blaski i cienie życia – perspektywa psychologiczna* (Ostrowski, 2020). Jakość życia człowieka rozpościera się pomiędzy tytułowymi „blaskami” i „cieniami”, każdorazowo stwarzając możliwości „rozjaśnienia” tych sfer, które najmocniej oddziałują na twórcze stawanie się i spełnianie człowieka w warunkach i okolicznościach, w których przyszło mu żyć i działać. Rozjaśnienie jako następstwo rozświecenia stwarza szansę na wnikliwsze poznanie siebie i otaczającego świata oraz niesie nadzieję tam, gdzie niekiedy zwątpienie w sensowność życia może zniechęcać i niweczyć wytrwałość w poszukiwaniu lepszej dostępnej przyszłości.

Bibliografia

- Derbis R. (red.) (2010), *Psychologiczne konteksty jakości życia społecznego*, Akademia im. Jana Długosza, Częstochowa.
- Gałdowa A. (1992), *Powszechność i wyjątek. Rozwój osobowości człowieka dorosłego*, Wydawnictwo Platan, Kraków.
- Kossowska M., Letki N., Zaleśkiewicz T., Wichary S. (2020), *Człowiek w obliczu pandemii. Psychologiczne i społeczne uwarunkowania zachowań w warunkach kryzysu zdrowotnego*, Wydawnictwo Smak Słowa, Sopot.
- Kowalik S. (red.) (2007), *Społeczne konteksty jakości życia*, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki, Bydgoszcz.
- Opoczyńska M. (red.) (2014), *Poza zasadą powszechności. Próby idiograficzne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Ostrowski T.M. (red.) (2020), *Blaski i cienie życia – perspektywa psychologiczna*, OW KAAFM, Kraków.
- Parfit D. (2013), *Racje i osoby*, tłum. W.M. Hensel, M. Warchala, WN PWN, Warszawa.
- Straś-Romanowska M., Lachowicz-Tabaczek K., Szmajke A. (red.) (2005), *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
- Wontorczyk A., Bańka A. (red.) (2018), *Jakość życia w pracy i codzienności. Perspektywa ekologiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Leszek Pawłowski

Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego /
Faculty of Psychology, Pedagogy and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland
ORCID: 0000-0002-8761-1175

NEUROBIOLOGIA STRESU

The neurobiology of stress

Streszczenie

Chociaż od ukazania się pierwszej medycznej pracy ze słowem „stres” w tytule minęło równe 85 lat, problematyka stresu się nie zestarzała, budząc nadal ogromne zainteresowanie, m.in. z powodu nowych, coraz bardziej wyrafinowanych metod badawczych, ale także jej niewątpliwych aspektów praktycznych. W czasie swojego długiego istnienia w świecie badawczym problematyka stresu wielokrotnie zmieniała swoje „nachylenie”, co wiązało się m.in. z nowymi odkryciami, jakich dokonywano dzięki sukcesywnie wchodzącym w życie coraz lepszym metodom. Artykuł, bazując na najnowszym piśmiennictwie, przedstawia aktualne poglądy na problematykę stresu, ocenianą z perspektywy neurobiologicznej. Omawiane treści koncentrują się przede wszystkim na niekonsekwentnej terminologii, pojęciach homeostazy, hormezy i układu stresu oraz na problematyce odporności na stres. Wyniki omawiane w najnowszych pracach wydają się nieco zmieniać poglądy na istotę reakcji stresowych, które w poprzedniej dekadzie były spostrzegane głównie negatywnie. Co więcej, można mieć nadzieję, że już wkrótce będziemy mieli metody diagnostyczne pozwalające wskazać osoby szczególnie podatne na obciążenia wiążące się ze stresem, ale także środki farmakologiczne pozwalające zwiększyć na takie obciążenia odporność.

Słowa kluczowe: stres, układ stresu, odporność na stres, homeostaza, hormeza

Abstract

After eighty-five years since the first medical publication containing the word stress, it is still point at issue. There are two main reasons for that: new, increasingly improved research methods and their practical aspects. The application of improved research methods resulted in new discoveries which in turn led to the change in approach to the issue of stress. The following article, based on the most recent publications, introduces the current views on the stress issue assessed from the neurobiological perspective. The focus is on inconsistent terminology, concepts of homeostasis and hormesis, the concept of stress system and the issue of stress resilience. The results discussed in the newest publications seem to slightly modify our views on the essence of stress reactions, which in last decade have been mainly seen as negative. Moreover, they point to the possibility of developing diagnostics methods enabling us to identify people particularly prone to stress-related burdens as well as pharmaceuticals increasing resistance to such burdens.

Key words: stress, the stress system, stress resilience, homeostasis, hormesis

Wprowadzenie

Mimo że termin „stres” stał się jednym z ulubionych słów współczesnej kultury (McEwen, Akil, 2020), problematyka stresu nie należy do najłatwiejszych. Po pierwsze, brak jest akceptowanej przez wszystkich, a przynajmniej przez większość badaczy, jednolitej i wyczerpującej definicji tego pojęcia (Kalat, 2006, s. 364; Le Moal, 2007; Łosiak, 2007; Heszen, 2016, s. 17–57). Wobec napływu ogromnej ilości nowych danych doświadczalnych, klasyczne definicje, podawane jeszcze przez Hansa Selyego (1960, s. 70–71, 1976), bardzo się zdezaktualizowały, a z utworzeniem nowych jest kłopot, ponieważ badania nad stresem prowadzi się obecnie w przynajmniej trzech odrębnych paradygmatach (Cohen i in., 2016), co zmniejsza szansę na ogólne porozumienie. Po drugie, brak jest jednolitej terminologii dotyczącej stresu. Prowadzi to do swoistego „pomieszania pojęć”, które – zwłaszcza w kontekście psychologii – zostało, w nawiązaniu do znanej sytuacji biblijnej, określone jako *Tower of Psychobabel* (Burton, Hinton, 2010). Po trzecie, wokół pojęcia „stres” zdążyła się wytworzyć swoista mitologia (por. Koolhaas i in., 2011; McEwen, 2019; McEwen, Akil, 2020; Richter-Levin, Sandi, 2021), związana z faktem, że

w pierwszej połowie XX w., kiedy to pojęcie powstawało (Fink, 2016), brak było odpowiednich technik badawczych, a o mózgu i układzie endokrynologicznym, które dzisiaj są w centrum uwagi problematyki stresu, wiedzano stosunkowo niewiele (Mason, 1971). Abstrakcyjne pojęcie stresu i tzw. koncepcja stresu zostały zaproponowane przez Selyego (1950, 1960, 1976) na podstawie zaobserwowanych przez niego (Selye, 1936) charakterystycznych zmian w narządach nie mających bezpośredniego kontaktu z mózgiem (nadnercza, gruczoły, żołądek i jelita) występujących po różnych, niespecyficznych czynnikach uszkadzających. W tym czasie (chodzi głównie o lata 50. XX w.) nie zdawano sobie np. sprawy z tego, że zwierzęta poddawane tym czynnikom oraz odpowiednim procedurom badawczym z konieczności muszą cierpieć, stąd traktowano te czynniki jako czynniki wyłącznie fizyczne. Tymczasem, co podkreśla John Mason (1971), to właśnie ten towarzyszący komponent psychiczny, który wówczas nie był brany pod uwagę, decydował o tym, że Selye uzyskiwał specyficzny obraz zmian, mimo że czynniki jakie stosował były niespecyficzne. Należy tylko żałować, że polskie podręczniki psychologii, psychologii zdrowia i monografie na temat stresu, do tego problemu się nie odnoszą.

Pojęcie stresu, jakie lansował Selye w swoich niezwykle licznych publikacjach naukowych i swego czasu bardzo poczytnych książkach adresowanych do szerszej publiczności (np. Selye, 1960), było pojęciem abstrakcyjnym, które jego zdaniem miało być czymś podobnym do pojęcia „energia” w fizyce (Selye, 1976). Ta abstrakcyjność powoduje, że pojęcie stresu w ujęciu Selyego, przy braku jego zoperacjonalizowania i zastosowaniu jakiegoś sposobu pomiaru, staje się dla wielu pojęciem „domyślnym” (Łosiak, 2007). Powoduje to m.in., że raz o stresie mówi się w kategoriach statycznych, traktując go jako „stan”, a innym razem dynamicznych, traktując go jako „proces”. Bywa, że stres określany jest naprzemiennie w obrębie jednej i tej samej pracy (np. Łosiak, 2007).

Nad całokształtem skojarzeń związanych z pojęciem stresu ciąży jeszcze jeden fakt, dotychczas przemilczany. Otóż Selye nie był pierwszym fizjologiem, który do naukowego obiegu wprowadził termin „stres”. Ubiegł go Walter B. Cannon, który w swojej pracy zatytułowanej *Stresses*

and strains of homeostasis (1935) użył tego terminu w podobnym, ale jednak odrębnym znaczeniu. Cannonowi chodziło o czynniki (w tytule słowo stres występuje w liczbie mnogiej, ale w tekście także w pojedynczej), które zakłócają homeostazę. W cytowanej pracy, przytaczając dane doświadczalne swoje i swoich współpracowników, mówił on o układzie współczulnym, jako tym, który pozwala organizmowi bronić się przed szkodliwym naporem (stąd w tym kontekście słowo stres, wywodzące się ze starofrancuskiego i oznaczające coś, co wywiera presję; [patrz: Le Moal, 2007]) tych czynników. Warto zauważyć, że rozumienie stresu zaproponowane przez Cannona jest bardziej zrozumiałe niż oderwane od realiów pomiarowych (każdy czynnik oddziałujący na organizm wywołuje zarówno efekty specyficzne, jak i niespecyficzne) pojęcie stresu proponowane przez Selyego, które związane było przez niego wyłącznie z efektami niespecyficznymi (ale dającymi specyficzny obraz zmian, czyli Ogólny Zespół Adaptacyjny – *General Adaptation Syndrome*, GAS [Selye, 1936, 1950, 1960, 1976]).

Homeostaza jest obecnie podstawowym pojęciem fizjologii, stąd konieczność odniesienia się do tego terminu, zwłaszcza że bardzo często pojawia się on w pracach na temat stresu. Jak podaje Kelvin Davies (2016), pojęcie homeostazy pojawiło się w fizjologii w roku 1926, za sprawą Cannona, który rozszerzył nim i doprecyzował zakres wcześniejszego pojęcia „*milieu intérieur*”, zaproponowanego w 1865 r. przez sławnego francuskiego fizjologa Claude’a Bernarda. Davies (2016, s. 2) podaje *in extenso* cztery zasady definiujące homeostazę według Cannona:

1. Constancy in an open system, such as our bodies represent, requires mechanisms that act to maintain this constancy.
2. Steady-state conditions require that any tendency toward change automatically meets factors that resist change.
3. The regulating system that determines the homeostatic state consists of a number of cooperating mechanisms acting simultaneously or successively.
4. Homeostasis does not occur by chance, but is the result of organized self-government.

Analiza treści tych zasad przekonuje, że przynajmniej trzy z nich (druga, trzecia i czwarta) pośrednio nawiązują do, historycznie późniejszej, problematyki stresu. Chodzi w niej przede wszystkim o to, żeby zrozumieć mechanizmy, które starają się utrzymać względną stałość parametrów naszego wewnętrznego środowiska i tylko w pewnych, na ogół wyjątkowych przypadkach (Richter-Levin, Sandi, 2021), prowadzą niestety do patologii (Selye, 1936, 1950, 1960, 1976; McEwen, Akil, 2020; Richter-Levin, Sandi, 2021).

Omawiając pojęcie homeostazy nie sposób nie odnieść się do pojęcia hormezy, a także do takich pojęć jak allostaza i heterostaza, które również opisuje Davies (2016). W kontekście problematyki stresu, który niesłusznie (por. Richter-Levin, Sandi, 2021) kojarzy się głównie pejoratywnie, pojęcie hormezy jest, a przynajmniej powinno być, szczególnie interesujące. Otóż termin ten odnosi się do sytuacji, w której czynnik ewidentnie szkodliwy wyzwała tak silne procesy naprawcze, że są one w stanie z nawiązką zrekompensować powstałe z winy tego czynnika ewentualne, czasem nawet bardzo poważne, uszkodzenia. Nierzadkie występowanie takich sytuacji zaowocowało sentencją przypisywaną Friedrichowi Wilhelmowi Nietzsche – „Co nas nie zabije, to nas wzmocni”. Liczne przykłady takich sytuacji spotykamy w ogrodnictwie, ale także i w medycynie (tzw. terapia szokowa – upusty krwi, głódówki, wstrząsy insulinowe i elektrowstrząsy, krioterapia itp.). Ich istnienie uświadamia nam, że stresor w ujęciu Selyego (1976) wcale nie musi być spostrzegany jako czynnik wyłącznie szkodliwy, a nawet chorobotwórczy, tak jak to się milcząco zakłada w życiu codziennym. Termin „allostaza”, który zaproponowali Peter Sterling i Joseph Eyer w roku 1988 (Davies, 2016), odnosi się natomiast do sytuacji, w której czynniki zewnętrzne lub wewnętrzne wymuszają wytworzenie się nowej, odbiegającej od tzw. optimum fizjologicznego, równowagi parametrów wewnętrznego środowiska, tj. równowagi „na innym poziomie”. Ustrój w warunkach allostazy może funkcjonować nawet latami, ale ponosi koszty, które manifestują się np. skróceniem okresu życia, zwiększoną podatnością na choroby itp. „Heterostaza” jest terminem zaproponowanym przez Selyego (Davies, 2016) i ma znaczenie podobne

jak allostaza. Termin „allostaza”, choć krytykowany (patrz: Davies, 2016), jest znacznie bardziej znany, ponieważ zdobył uznanie jednego z największych współczesnych światowych ekspertów od problematyki stresu, zmarłego w 2020 r. profesora Bruce’a S. McEwena. McEwen do pojęcia allostazy dodał dwa inne, rozszerzające to pojęcie, a mianowicie „obciążenie allostatyczne” (*allostatic load*) i „przeciążenie allostatyczne” (*allostatic overload*) (Dhabhar i in., 2020).

Uporawszy się z typową terminologią, z jaką spotykamy się nieomal zawsze w kontekście problematyki stresu, trzeba poświęcić kilka słów jej modelom doświadczalnym. Jak wspomniano, bodźce, które stosował Selye w swoich doświadczeniach, były bodźcami typowo fizycznymi, ewentualnie – chemicznymi. Dopatrzenie się komponentu psychicznego w ich oddziaływaniu (cierpienia; patrz Mason, 1971), spowodowało zastosowanie różnego rodzaju unieruchomienia (przywiązywanie łap do podłoża, umieszczanie zwierząt w krępujących ruchy specjalnych klatkach drucianych lub – jeszcze bardziej restrykcyjnych – pleksiglasowych). Takie unieruchomienie nie uszkadza fizycznie zwierząt, ale musi być dla nich skrajnie nieprzyjemne. Większość badań eksperymentalnych dotyczących problematyki stresu, jakie przeprowadzono do tej pory na zwierzętach, była wykonywana w takich modelach. Ale i te ostatnie modele również znacznie odbiegają od sytuacji opresyjnych, w których najczęściej mogą znaleźć się ludzie, a których negatywny skutek na stan zdrowia już dawno podejrzewano (Kagan, Levi, 1974). Stąd warto wspomnieć o zwierzęcym modelu stresu subordynacyjnego (*the Visible Burrow System model*), który najbardziej przypomina typowe sytuacje społeczne. Przydatność tego modelu w badaniach prowadzonych w problematyce stresu została bardzo wysoko oceniona przez Bruce’a S. McEwena, Christine R. McKittrick i in. (2015).

The Visible Burrow System model posługuje się aparatem o powierzchni jednego metra kwadratowego, który stanowi habitat dla dwóch szczurzych samic i czterech do pięciu samców. Budowa aparatu ściśle nawiązuje do warunków w jakich normalnie żyją szczury. Składa się on z trzech komór o różnej wielkości połączonych tunelami. Największa komora,

zajmująca dokładnie połowę przestrzeni aparatu, jest oświetlona w systemie 12:12. Pozostałe komory i tunele są stale ciemne, ale szczury są nieustannie obserwowane przez kamery na podczerwień. Dostęp do wody i pokarmu jest możliwy z każdej z komór. Ilość spożywanego pokarmu jest indywidualnie monitorowana elektronicznie. Przebywające w takich warunkach samce w krótkim czasie ustalają hierarchię, walcząc o dostęp do pokarmu i samic. Okazuje się, że w ciałach zwierząt zdominowanych dochodzi do szeregu charakterystycznych zmian, w porównaniu do dominatorów, ale także do samców kontrolnych (przebywają w klatkach bez innych samców, ale z jedną samicą). Szczegółowa analiza mózgów tych zdominowanych zwierząt wskazuje na występowanie podobnych zmian, jakie pojawiają się u szczurów poddanych stresorom innego typu (McEwen, McKittrick i in., 2015).

Chociaż lekarze europejscy już w XIX w. doskonale zdawali sobie sprawę ze związku mózgu (umysłu) z resztą ciała i procesów mózgowych (psychiki) ze stanem zdrowia (Tuke, 1873), wielcy fizjologowie Nowego Kontynentu – Cannon i Selye, w swoich pracach wykonywanych pół wieku później później w ogóle nie brali pod uwagę możliwości udziału mózgu w powstawaniu i przebiegu obserwowanych przez nich reakcji stresowych (Le Moal, 2007). Dla Cannona układem mogącym zapewnić homeostazę w sytuacji presji zewnętrznej był układ sympatyczno-rdzeniowonadnerczowy, a dla Selyego pobudzony w tej sytuacji układ przysadkowo-korowonadnerczowy, mający w zasadzie pomagać organizmowi w przystosowaniu się do zmienionych warunków, ale mogący, w związku z tym pobudzeniem i/lub wyczerpaniem z nim związanym, prowadzić do patologii. Jak podaje Michel Le Moal (2007), honor badaczom kontynentu amerykańskiego uratował amerykański psycholog Richard Lazarus, który już w 1966 r. wskazał na rolę mózgu, publikując książkę pt. *Psychological stress and coping process*. Ukazanie się tej książki zwiastowało rychłe „zredefiniowanie” nowej subdyscypliny naukowej, której przynajmniej częściowe omówienie stanowi główną treść tego artykułu. Formalnie tę subdyscyplinę nazywamy neuroendokrynologią (McEwen, Gray i in., 2015); mniej formalnie, i przy założeniu

nieduższych jej zainteresowań, może bardziej wychodzących w kierunku psychologii, psychiatrii, ale także immunologii (por. Dantzer, 2018) – neurobiologią stresu.

O dokładną datę narodzin neurobiologii stresu można się spierać, ale sam fakt jej powstania należy wiązać z dwoma bardzo poważnymi wydarzeniami, a mianowicie odkryciem w 1968 r. istnienia w mózgu receptorów dla hormonów kory nadnercza oraz udowodnieniem w 1981 r. ścisłego powiązania przysadki z podwzgórzem poprzez odkrycie w podwzgórzu czynnika stymulującego przysadkę do wydzielania kortykotropiny – CRF (*corticotropin-releasing factor*), czasem nazywanego hormonem stymulującym przysadkę do wydzielania kortykotropiny, czyli CRH (*corticotropin-releasing hormone*; McEwen, Gray i in., 2015).

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie z perspektywy najnowszego piśmiennictwa współczesnych zapatrywań na temat neurobiologii stresu. Wydaje się bowiem, że gruntowne zaznajomienie się z tym tematem może z jednej strony pozwolić na lepsze planowanie odpowiednich badań psychologicznych, a z drugiej – na lepsze rozumienie przyczyn nieśpójności uzyskiwanych wyników.

Odkrycie w podwzgórzu hormonu stymulującego wydzielanie kortykotropiny i receptorów dla kortykosteronu (szczur) i kortyzolu (człowiek) w hipokampie

Jeszcze w latach 50. XX w. Selye przypuszczał, że musi istnieć jakiś „pierwszy mediator”, który uruchamia ustrojowy proces prowadzący do powstania opisanego przez niego w 1936 r. GAS (Taché, Brunnhuber, 2008). Warto przypomnieć, że na objawy tego zespołu składało się powiększenie nadnerczy, zanik grasicy i owrzodzenia przewodu pokarmowego (Selye, 1936). Intuicyjnie pierwszy mediator powinien pochodzić z detektora, który „ocenia”, że coś niedobrego zagraża organizmowi lub coś złego już z nim się dzieje. Nie wydawało się, że takim detektorem mogłaby być przysadka, która produkuje kortykotropinę – hormon stymulujący nadnercza do produkcji kortykosteroidów (w tym kortykosteronu lub kortyzolu), ale

również hormony pobudzające przeznaczone dla innych gruczołów. Odkrycie w 1981 r. w podwzgórzu czynnika uwalniającego kortykotropinę z przysadki, jakim jest CRF (Taché, Brunnhuber, 2008; McEwen, Gray i in., 2015), idealnie wpisywało się w koncepcję pierwszego mediatora; CRF pochodzi z mózgu, który jest organem potrafiącym ocenić realne i potencjalne zagrożenia dla ustroju. Pojęcie osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (*hypothalamic-pituitary-adrenal axis*, HPA) stało się w literaturze naukowej obowiązującym terminem.

Odkrycie w obszarze hipokampa specyficznych receptorów dla kortykosteronu (u laboratoryjnych gryzoni) i kortyzolu (u ludzi) stało się kolejnym dowodem na to, że „The mind involves the whole body, and two-way communication between the brain and the cardiovascular, immune, and other systems via neural and endocrine mechanisms” (McEwen, 2006, s. 367). Szybko bowiem okazało się, że mózg – tak jak i inne organy – jest podatny na działanie hormonów sterydowych, które w tzw. sytuacjach stresowych, w zależności od czasu ich trwania oraz rodzaju i natężenia działania czynników je wywołujących, mogą dokonywać w nim zmian określanych jako „przemodelowanie struktury”. Najogólniej rzecz ujmując, pod wpływem takich sytuacji, jeżeli trwają przewlekłe, dochodzi do zaniku kory przedczołowej i atrofii hipokampa przy dwukierunkowych zmianach w obszarze jądra migdałowego – najpierw hipertrofii, a później atrofii (McEwen, 2006; McEwen, Gray i in., 2015). Oczywiście za takimi zmianami w mózgu idą zmiany w zachowaniu u zwierząt, a w przeżywaniu i zachowaniu u ludzi (McEwen, 2006, 2017; Joëls i in., 2018; McEwen, Akil, 2020).

Dokładny opis funkcjonowania osi HPA podają Robert Spencer i Terrence Deak (2017). Ponieważ jak wskazuje tytuł ich pracy (*A users guide to HPA axis research*), jest ona adresowana do eksperymentatorów i osób zainteresowanych wynikami eksperymentów, kładzie nacisk na te detale, które mają dla tych grup podstawowe znaczenie, oraz których znajomość pomaga zaplanować eksperyment w tym obszarze badawczym i właściwie ocenić swoje lub cudze wyniki. Dla osób zainteresowanych problematyką stresu najważniejsza informacja to ta, że nie każda okoliczność uważana

za stresującą podnosi poziom glikokortykoidów (kortykosteronu albo kortyzolu) oraz że okoliczności, które nie są uważane za stresujące (np. wysiłek fizyczny), potrafią ten poziom podnosić znacznie. Inną ważną cechą funkcjonowania osi HPA jest to, że „pracuje” ona w rytmie okołodobowym; dopiero na ten rytm nakładają się zwiększenia aktywności związane z różnymi bieżącymi potrzebami fizjologicznymi (rytmy ultradobowe) oraz te, które możemy wiązać z sytuacjami stresowymi. Trzecią rzeczą, którą warto wiedzieć, jest fakt, że odpowiedzi osi osłabiają się przy wielokrotnym powtarzaniu tego samego bodźca (stresora). Zjawisko to nazywamy habituacją na tzw. homotypowy stresor. Jeśli jednak w sytuacji pełnej habituacji zastosujemy jakiś nowy bodziec (heterotypowy stresor), jej odpowiedź będzie normalna albo nawet większa. Stąd jeśli w eksperymencie chcemy uzyskać stałe pobudzenie osi HPA, musimy zastosować kilka różnych bodźców i aplikować je naprzemiennie. Wszystkie wyżej wymienione okoliczności powodują, że jednorazowy pomiar, np. poziomu kortyzolu, bardzo niewiele mówi o stanie i funkcjonowaniu osi HPA (Spencer, Deak, 2017).

Wchodząc w szczegóły funkcjonowania osi HPA trzeba podkreślić, że należące do podwzgórza jądro okołokomorowe (*hypothalamic paraventricular nucleus*), które produkuje CRF, jest kontrolowane zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio przez inne struktury mózgowe (Spencer, Deak, 2017). Bezpośrednio przez:

- jądro łożyskowe prążka krańcowego (*bed nucleus of the stria terminalis*), które stanowi centrum integracji informacji pochodzących z tzw. struktur limbicznych,
- jądro grzbietowo-pośrodkowe podwzgórza (*dorsomedial hypothalamus*), które jest związane z regulacją wagi ciała, pobierania pokarmu i płynów oraz regulacją aktywności okołodobowej,
- jądro pasma samotnego (*nucleus tractus solitarius*), które odpowiada za integrację funkcji autonomicznego układu nerwowego,
- i brzuszno-boczny obszar rdzenia przedłużonego (*ventrolateral medulla*), który odpowiada za kontrolę ciśnienia tętniczego i oddechu;

pośrednio przez:

- część przyśrodkową kory przedczołowej (*medial prefrontal cortex*), która jest ważna dla podejmowania decyzji, regulacji emocji i impulsywności oraz dla prawidłowego funkcjonowania układów autonomicznego i neuroendokrynnego,
- hipokamp (*hippocampus*), który jest strukturą związaną z procesami pamięciowymi i regulacją nastroju,
- jądro migdałowe (*amygdala*), które jest ważne dla detekcji zagrożeń i inicjowania na nie odpowiedzi,
- oraz przez jądra przegrody (*septum*) związane m.in. z układem nagrody i motywacją.

Spencer i Deak (2017) podają także przez jakie receptory działa CRF i znajdujące się na końcu łańcucha przyczynowo-skutkowego osi hormony wykonawcze (kortykosteron albo kortyzol) oraz jak różne, pozareceptorowe czynniki mają wpływ na realne efekty tych hormonów. Otóż CRF, który z neuronów go produkujących wydzielany jest często z innym neurohormonem, argininową wazopresyną, działa poprzez dwa typy receptorów: CRF-R1 i CRF-R2. Lepiej poznana jest rola pierwszego receptora (Taché, Brunnhuber, 2008) poprzez który CRF pobudza przysadkę do produkcji kortykotropiny, której intensywność jest regulowana przez wydzielaną łącznie z CRF argininową wazopresynę (Spencer, Deak, 2017). Ale rola CRF nie kończy się na stymulowaniu przysadki. Wyniki badań wskazują na liczne inne punkty uchwytu dla CRF, przede wszystkim zlokalizowane w móście miejsce sinawe (*locus coeruleus*), będące mózgowym centrum autonomicznego układu adrenergicznego, oraz jądro Barringtona, które jest zlokalizowanym w móście centrum kontroli oddawania moczu; istnieją też dowody na obwodową lokalizację receptorów dla CRF w żołądku i jelitach (Taché, Brunnhuber, 2008; Stengel, Taché, 2009; Vandael i in., 2021). Ostatnio Dorien Vandael i in. (2021) stwierdzili nasilenie się pod wpływem CRF komunikacji synaptycznej w hipokampie, w którym to nasileniu biorą udział zarówno receptory CRF-R1, jak i CRF-R2. Według tych autorów, uzyskane wyniki tłumaczą dlaczego pod wpływem ostrego stresu obserwuje się nasilenie konsolidacji pamięci. Yvette Taché i Stefan Brunnhuber (2008) sugerują natomiast, że efektem nadmiernej

stymulacji receptorów dla CRF, zlokalizowanych poza przysadką, jest tzw. zespół jelita drażliwego (*irritable bowel syndrome*).

Główny końcowy produkt osi HPA, kortykosteron (u gryzoni) albo kortyzol (u ludzi), działa poprzez dwa typy receptorów – receptor dla mineralokortykoidów (MR) i receptor dla glikokortykoidów (GR), które charakteryzują się różnym powinowactwem do tego produktu. Receptory typu MR wiążą z wysokim powinowactwem aldosteron, inny końcowy produkt osi HPA, związany z gospodarką minerałową oraz kortyzol i kortykosteron. Receptory GR bardzo słabo wiążą aldosteron, średnio kortyzol i kortykosteron, za to silnie syntetyczne kortykosterydy używane w lecznictwie (i często w eksperymentach). Efekt tych różnic w powinowactwie jest taki, że w tzw. normalnych warunkach kortyzol lub kortykosteron jest wiązany przede wszystkim do receptorów typu MR; dopiero przy ponadnormatywnym wzroście tych hormonów wysycają się również receptory typu GR. Aktywacja receptorów MR i GR wywołuje przede wszystkim efekty genomowe, jako że receptory te znajdują się wewnątrz komórek i po związaniu z ligandem pełnią rolę czynników transkrypcyjnych. Stąd wiele efektów stymulacji tych receptorów pojawia się dopiero po godzinach, a nawet dniach. Ale obserwuje się też efekty szybkie, pozagenomowe (*non-genomic effects*), występujące w ciągu sekund lub kilku minut. Przykładem takiego efektu jest sprzężenie zwrotne ujemne, kiedy pojawiający się we krwi kortykosteron hamuje aktywność osi, która go właśnie wyprodukowała, albo nasilenie pod wpływem kortykosteronu wydzielania kwasu glutaminowego w hipokampie. Niektórzy autorzy uważają, że są to efekty stymulacji metabotropowych receptorów błonowych dla kortykosteronu. Niezależnie od typów receptorów na które działają, efekty kortykosteronu czy kortyzonu zależą jeszcze od innych czynników, z których najważniejszymi są ich metabolizm w ustroju, który – z różnych względów – może być nasilony albo osłabiony, oraz poziom we krwi globuliny, która ma za zadanie bezpiecznie transportować kortykosteron lub kortyzol do ich komórek docelowych. Wiąże się to z faktem, że wymienione hormony nie rozpuszczają się w wodzie (Spencer, Deak, 2017).

Pojęcie układu stresu (*the stress system*)

Pojęcie „układ stresu” pojawiło się w literaturze zajmującej się problematyką stresu we wczesnych latach 90. XX w. George Chrousos i Philip Gold definiując stres jako „a state of disharmony, or treated homeostasis” (1992, s. 1245), doszli do wniosku, że ustroj dążąc do zachowania homeostazy (w domyśle – dążąc do utrzymania się przy życiu), musi na taką zagrażającą egzystencji sytuację odpowiedzieć albo w sposób specyficzny dla danego typu zagrożenia, albo w sposób niespecyficzny i z konieczności stereotypowy, kiedy skala zagrożenia przekroczy pewien próg (normalnie nie przekraczalny; „...if the magnitude of the treat to homeostasis exceeds a certain threshold” [Chrousos, Gold, 1992, s. 1245]). Autorzy ci zwrócili uwagę, że idea istnienia naturalnego, wewnętrznego mechanizmu, który stara się przezwyciężyć chorobę traktowaną przez starożytnych filozofów jako ustrojową „dysharmonię”, nie jest nowa, gdyż jego istnie postulowali zarówno Hipokrates, mówiąc że „Natura leczy się sama”, jak i starożytni Rzymianie, mówiąc o *Vis Medicatrix Naturae*. Chrousos i Gold podkreślili przy tym, że już Thomas Sydenham, wielki lekarz Renesansu, twierdził, że indywidualna reakcja adaptacyjna, sprzeciwiająca się ustrojowej dysharmonii powodowanej przez czynniki zewnętrzne, może doprowadzić do choroby, czym (w domyśle – autorzy nie wypowiadają tego *expressis verbis*) uprzedził o wiele lat koncepcje Selyego. Z kolei wspominając te koncepcje, przypomnieli, że sam Selye pisząc o stresie wyróżnił dwa jego rodzaje o przeciwstawnych skutkach dla ustroju: „eustres”, postrzegany przez podmiot jako przyjemny, ekscytujący i prowadzący do emocjonalnego i intelektualnego rozwoju, oraz „distres”, będący stanem trudnym, przedłużającym się i niekontrolowanym, który zwykle prowadzi do choroby. Oczywiście Chrousos i Gold (1992) podali strukturę postulowanego przez siebie „układu stresu” oraz wymienili neuromeditory, jakimi się on posługuje, twierdząc przy tym hipotetycznie, że jego rozregulowanie, hipoaktywność lub hiperaktywność mogą prowadzić do zaburzeń, takich jak np. depresja, anoreksja czy choroba autoimmunologiczna.

Koncepcja Chrousosa i Golda z 1992 r. była rozwijana w ich późniejszych pracach (por. Gold, 2015; Makrygianni, Chrousos, 2021), przy czym szczególnie interesująca jest ta z 2021 r., gdyż omawia najnowsze modele do ewentualnego badania teoretycznie pomyślanych, endogennych mózgowych układów funkcjonalnych, jakim np. jest układ stresu. Mimo oczywistych w tym przypadku praktycznych trudności, próba badania funkcjonowania układu stresu na modelu mózgowego organoidu (bo o tego typu modelach jest mowa w tej pracy), trójwymiarowej kultury tkankowej, przypominającej budowę i funkcją mózg embrionalny, wydaje się być przedsięwzięciem dość perspektywicznym (Makrygianni, Chrousos, 2021).

W niniejszym opracowaniu omówimy szczegółowo koncepcję układu stresu według Lívei D. Godoy i in. (2018), którzy w swojej pracy starają się obiektywnie i wyczerpująco przedstawić najnowsze poglądy na ten temat, uwzględniając przy tym wcześniejszy dorobek Chrousosa (również indywidualny) i Golda.

Pomimo znacznego upływu czasu od opublikowania pracy Chrousosa i Golda (1992), Godoy i in. (2018) wyrażają podobne poglądy jak poprzednicy. W ustroju zwierząt wyższych oraz człowieka znajduje się wyspecjalizowana sieć powiązań, której funkcjonalnym celem jest takie zintegrowanie mózgu z resztą ciała, aby jako cały organizm ustroje były w stanie sprostać wszystkim wyzwaniom szeroko pojętego środowiska zewnętrznego i wewnętrznego. Mózg stanowi szczególnie fragment tej sieci, gdyż jest odpowiedzialny za wykrywanie zagrożeń, zarówno realnych, jak i tylko potencjalnych, ale również za zapamiętywanie zagrożeń przeszłych, celem tworzenia odpowiednich algorytmów przyszłego postępowania. Najistotniejszą cechą pracy Godoy i in. jest to, że akcentuje ona fakt, że różne typy zagrożeń, a konkretnie – zagrożenia fizyczne albo społeczne (psychologiczne), angażują, w zależności od typu zagrożenia, różne elementy mózgowej części układu stresu. Oczywiście nie oznacza to, że części te nie mogą ze sobą współpracować, zwłaszcza że niektóre elementy tych części są wspólne. Według Godoy i in. (2018) strukturami mózgowymi odpowiedzialnymi za przetwarzanie informacji dotyczących stresorów fizycznych są: jądro pasma samotnego (*the nucleus of the solitary*

tract) i miejsce sinawe (*locus coeruleus*) oraz pole przedlimbiczne w korze przedczołowej (*the prelimbic area of the prefrontal cortex*), część centralna jądra migdałowego (*the central nucleus of the amygdala*), pole brzuszne nakrywki (*the ventral tegmental area*), hipokamp (*the hippocampus*) i – oczywiście – produkujące CRF jądro okołokomorowe podwzgórza (*the paraventricular nucleus of the hypothalamus*). Z kolei za przetwarzanie informacji dotyczących stresorów społecznych (psychologicznych) odpowiadają: jądro pólleżące przegrody (*the nucleus accumbens*), infralimbiczny rejon kory przedczołowej (*the infralimbic region of the prefrontal cortex*) i podstawno-boczna część jądra migdałowego (*basolateral nucleus of the amygdala*) oraz pole przedlimbiczne w korze przedczołowej, pole brzuszne nakrywki, hipokamp i – co oczywiste – produkujące CRF jądro okołokomorowe podwzgórza.

Schemat funkcjonowania układu stresu w ujęciu Godoy i in. (2018) przedstawia się następująco: bodźce powodowane przez stresory psychologiczne lub fizyczne przetwarzane są w mózgu, który generuje na nie odpowiedź (reakcja na stres), która wiąże się z „uruchomieniem” dwóch osi „obsługujących” reakcję stresową, tj. osi HPA i osi sympatyczno-rdzeniowonadnerczowej. Uruchomienie wyżej wymienionych osi wiąże się z uwolnieniem odpowiednich mediatorów, które docierają do swoistych dla siebie receptorów zlokalizowanych w mózgu oraz w innych częściach ciała. Interakcja mediatorów z receptorami zlokalizowanymi w mózgu wywiera, najogólniej, dwa rodzaje efektów – genomowe i niegenomowe. Efekty genomowe związane są ze zmianą ekspresji genów, ale także ze zmianami epigenetycznym, co łącznie powoduje „zmianę w (funkcjonowaniu) maszynierii komórkowej”. Efekty niegenomowe w modelu zaproponowanym przez wspomnianych autorów nie są doprecyzowane, ale wymieniane są jednocześnie ze zmianą reaktywności immunologicznej. Łącznie, wszystkie wymienione efekty prowadzą do pobudzenia komórek mózgowych i nasilenie się zjawisk określanych jako plastyczność neuronalna, w zakresie zarówno samych neuronów, jak i ich synaps. Skutek pobudzenia receptorów dla cząstek sygnałowych emitowanych przez dwie wspomniane osie w innych (tj. z wyłączeniem mózgu) częściach ciała

powoduje mobilizację energii i zmiany metaboliczne, aktywację układu immunologicznego oraz zahamowanie łaknienia i popędu reprodukcyjnego. Wszystkie efekty razem wzięte prowadzą do zmian fizjologicznych i behawioralnych, które pozwalają na adaptację do sytuacji zmienionej przez obecność stresorów.

Podejście jakie prezentują Godoy i in. (2018) nie jest jedynym, z jakim można się spotkać, ale na pewno jest podejściem najbardziej kompleksowym, starającym się ująć w jedne ramy teoretyczne zarówno reakcje na stresory fizyczne, jak i psychologiczne, równocześnie dostrzegając, że mechanizmy tych reakcji mogą być znacznie zróżnicowane. W literaturze można się spotkać z przynajmniej częściowym zaprzeczeniem koncepcji wbudowanego ewolucyjnie w organizm zwierząt i człowieka, dającego się wyodrębnić układu stresu. Taki pogląd reprezentują np. Peter Gianaros i John Jennings (2018), którzy w swojej pracy rozpatrują powiązania tzw. psychologicznego stresu z występowaniem chorób kardiologicznych. Choć generalnie wymieniają te same struktury mózgowe co Godoy i in. (2018), jako te, które są związane z reakcją na stresor psychologiczny (ich nazewnictwo jest jednak mniej precyzyjne, a ponadto wśród struktur zaangażowanych pojawia się wyspa i przednia część kory obręczy), to ich pogląd reprezentują następujące zdania:

We emphasize that there is unlikely to be any selective “stress circuit” or “stress reactivity network” of the brain. Rather, it is more likely that context-dependent, distributed, and interactive patterns of activity across these and other brain systems that serve multiple functions are the most plausible determinants of acute physiological, namely cardiovascular, stress reactions (Gianaros, Jennings, 2018, s. 10).

Oś sympatyczno-rdzeniowonadnerczowa

Historyczne ujęcie tematu neurobiologii stresu – od najważniejszych odkryć, ale też głównych aktualnych zainteresowań badaczy – nie pozwoliło do tej pory na bardziej szczegółowe opisanie osi sympatyczno-rdzeniowonadnerczowej, której rola w kształtowaniu reakcji stresowych badana

jest już od 1914 r., kiedy to ukazała się pierwsza publikacja Cannona na ten temat (Godoy i in., 2018; Ross, Van Bockstaele, 2021). Jak podają Godoy i in. (2018), niezależnie od rodzaju stresora, o ile doprowadził on do zaktywizowania się jądra okołokomorowego podwzgórza i wydzielania CRF, automatycznie doprowadza on do zaktywizowania się układu sympatycznego, czyli osi sympatyczno-rdzeniowonadnerczowej. Dzieje się tak dlatego, że CRF (co sygnalizowano przy omawianiu osi HPA) oprócz przysadki, o czym na ogół wiadomo, stymuluje również miejsce sinawe, które jest głównym jądrem noradrenergicznym w mózgu i ośrodkowym początkiem układu sympatycznego. Warto zauważyć, że wzrost poziomu kortykosteronu (u szczurów), który na zasadzie sprzężenia zwrotnego hamuje wydzielanie CRF do przysadki, równocześnie hamuje wydzielanie CRF do miejsca sinawego, co pokazuje, że oś HPA i oś sympatyczno-rdzeniowonadnerczowa są ze sobą niezwykle silnie sprzężone. Warto jednak dodać, że układ współczulny jako całość „podlega” nie tylko miejscu sinawemu, ale również innym jądom zlokalizowanym w pniu mózgu (Godoy i in., 2018), i w zasadzie przyjmuje się, że oś sympatyczno-rdzeniowonadnerczowa aktywizuje się pierwsza, a oś HPA chwilę później (*slightly later*; por. Joëls i in., 2018). Ponadto, jak powszechnie wiadomo, układ współczulny pozostaje w nieustającym „antagonizmie” w stosunku do układu przywspółczulnego. A zatem nadzwyczajna aktywizacja osi sympatyczno-rdzeniowonadnerczowej związana z percepcją aktualnego lub potencjalnego, czy nawet wręcz „wymyślnego”, stresora musi się spotkać, przynajmniej teoretycznie, z reakcją układu przywspółczulnego, a jego aktualny „stan napięcia” powinien decydować o parametrach tej – jak to określono – nadzwyczajnej aktywizacji. Układ przywspółczulny jest zatem „nie rzucającym się w oczy”, ale na pewno bardzo istotnym graczem w reakcji stresowej. Stąd można przypuszczać, że jądra układu przywspółczulnego, takie jak np. wymienione w pracy Godoy i in. jądro dwuznaczne (*nucleus ambiguus*) albo grzbietowe motoryczne jądro nerwu błędnego (*dorsal motor nucleus of the vagus nerve*), też mają swój udział w reakcji na stresor, według wszelkiego prawdopodobieństwa, skracając czas trwania wzbudzenia osi sympatyczno-rdzeniowonadnerczowej, o której skądinąd

wiadomo, że jej reakcja na stresor jest znacznie krótsza niż osi HPA (Godoy i in., 2018).

Neuromediatory reakcji stresowej

Francisco Mora i in. definiują stres jako „a brain-body reaction towards stimuli arising from the environment (a threat or potential threat) or from internal cues such as memory” (2012, s. 71). Ich „układ stresu” (autorzy nie używają tego terminu) jest jednolity, w tym sensie, że choć – co wynika z ich definicji – rozróżniają dwa rodzaje stresorów (fizyczne albo psychologiczne), to nie rozróżniają, tak jak Godoy i in., struktur mózgowych, które miałyby osobno, w zależności od typu stresora, to definicyjne zagrożenie (*a threat or potential threat*) oceniać. Wspólną cechą ich sposobu rozumowania i sposobu rozumowania Godoy i in. (2018) jest to, że obie grupy uważają, że tzw. reakcja stresowa ma na celu tak ściśle zintegrowanie całego organizmu, rozumiane jako integrację „władzy” (mózg) z „terenem” (reszta ciała), aby ciało jako całość mogło sprostać wszystkim realnym i potencjalnym wyzwaniom, czyli zachować niezbędną dla życia równowagę środowiska wewnętrznego – homeostazę. W ich „układzie stresu” główne role są obsadzone przez takie struktury mózgu jak: kora przedczołowa, hipokamp , jądro półleżące przegrody i struktury jądra migdałowego oraz podwzgórze (*hypothalamus*). Granicę mózgu i reszty ciała stanowi bariera krew-mózg, przez którą w obie strony przechodzą cząstki sygnałowe, neuromediatory, rozumiane tutaj jako cząstki które są nośnikami informacji zarówno w obrębie mózgu, jak i – w obie strony – w komunikacji „transgranicznej”. Cztery pierwsze struktury mózgowe w ramach „pogawędki neuromediatorowej” oceniają zagrożenie i w rezultacie przesyłają informację do innych struktur mózgu, w tym oczywiście do podwzgórza. Dzieje się to celem odpowiedniej zmiany zachowania oraz odpowiedniej zmiany parametrów fizjologicznych, czyli dłuższej lub krótszej zmiany właściwości środowiska wewnętrznego – na tyle dużej, żeby można było przetrwać zagrożenie, ale na tyle małej, żeby można było przeżyć (ustalenie tego typu równowagi zostało nazwane przez Sterlinga

i Eysera allostazą; por. Davies, 2016). Sytuacja jest bardzo dynamiczna dzięki pętlom sprzężeń ujemnych, o których była już mowa, ale także informacji płynących z obwodu od innych narządów niż nadnercza (np. trzustka, wątroba, gonady), których funkcjonowanie w oczywisty sposób musi być przynajmniej chwilowo zmienione skutkiem oddziaływania na nie hormonów obu tzw. osi stresowych. Jak już wspomniano, wszystkie te informacje płynące z obwodu nie tylko mają wpływ na dalsze bieżące decyzje, ale wręcz mogą prowadzić do zmiany struktury organu decyzyjnego, czyli mózgu (por. McEwen, 2006). Otwartym pozostaje pytanie, jak interpretować ten ostatni fakt. Jaki sens biologiczny ma taka zmiana struktury?

Przegląd wyników badań i wyciągnięte na ich podstawie wnioski, jakie przedstawili w swojej pracy Mora i in. (2012), są wyjątkowo interesujące, ponieważ są oparte w dużej mierze na danych jakie sami otrzymali posługując się techniką mikrodializy, badając przez ok. 10 lat związane z działaniem różnych stresorów wydzielanie neuromediatorów przez komórki z omawianych powyżej czterech struktur mózgowych. Jeżeli chodzi o dane dotyczące wzrostu stężeń neuromediatorów klasycznych, pod wpływem różnego typu stresorów, w czterech strukturach odpowiedzialnych – według tych autorów – za procedowanie reakcji stresowej, to nie są one specjalnie zaskakujące. W korze przedczołowej stwierdza się w takiej sytuacji zwiększone lokalne stężenia acetylocholiny, dopaminy, noradrenaliny i serotoniny, przy niejednoznacznych wynikach dotyczących kwasu glutaminowego i kwasu gamma-aminomasłowego (GABA). W jądrze migdałowatym obserwuje się zwiększone lokalne stężenia dopaminy, noradrenaliny i serotoniny, przy – podobnie jak w przypadku kory przedczołowej – niejednoznacznych wynikach dotyczących kwasu glutaminowego i GABA. W hipokampie podwyższone są stężenia dopaminy, GABA, kwasu glutaminowego, noradrenaliny i serotoniny, podczas gdy podwyższony poziom acetylocholiny, jaki stwierdzili autorzy (powołując się na dane niepublikowane), nie został przed przesłaniem pracy do druku potwierdzony przez innych. W jądrze półleżącym przegrody podwyższone są lokalne stężenia beta-endorfiny, dopaminy, GABA, noradrenaliny

i serotoniny. Ciekawsze rezultaty daje analiza przeglądu lokalnych stężeń kortykosteronu w wyżej wymienionych mózgowych strukturach, analiza przeglądu receptorów, które ulegają ekspresji na powierzchni ich neuronów, ale także analiza danych literaturowych dotyczących roli poszczególnych fragmentów kory przedczołowej na aktywność osi HPA. Zaczniemy od tej ostatniej. Otóż z danych literaturowych na które powołują się Mora i in. wynika, że grzbietowo-przyśrodkowa kora przedczołowa (*dorsomedial prefrontal cortex*) hamuje aktywność tej osi na skutek stymulacji jej receptorów GR przez dochodzący do niej z obwodu kortykosteron (dane dotyczą zwierząt). Jednak brzuszno-przyśrodkowa część tej kory (*ventromedial prefrontal cortex*) wykazuje aktywność odwrotną. Podobny antagonizm obserwujemy pomiędzy hipokampem a jądrem migdałowatym (to ostatnie pobudza oś HPA). Będący rezultatem zaaktywizowania osi HPA podniesiony poziom kortykosteronu w mózgu wpływa na efekty stymulacji receptorów NMDA i AMPA przez kwas glutaminowy, co ma bezpośrednie przełożenie na procesy pamięciowe. Ponadto kortykosteron ma wpływ na lokalną koncentrację dopaminy w jądrze półleżącym (podnosi ją), co można udowodnić wstrzykując zwierzętom doświadczalnym kortykosteron z zewnątrz. Hipokamp jest szczególnie dobrze „zaopatrzony” w receptory dla różnych mediatorów pochodzących z obwodu. Na jego neuronach dochodzi do ekspresji receptorów dla insuliny, hormonu wzrostu, estradiolu, IGF-1, greliny i leptyny. Oczywiście Mora i in. (2012) podnoszą fakt, że te receptory są stymulowane przez mediatory przychodzące z obwodu w trakcie zachodzącej reakcji stresowej, ale zarazem zastrzegają się, że dokładne fizjologiczne znaczenie dla funkcji ustroju tej stymulacji nie zostało dotychczas dostatecznie poznane. Podobne dane, tj. informacje o dosłownym „zalewie” mózgu przez wytwarzane w czasie reakcji stresowej pochodzące z obwodu cytokiny podają również Anna Gądek-Michalska i in. (2013). Autorzy ci uważają, że substancje te mają wpływ na związane z tą reakcją upośledzenie neuronalnej plastyczności oraz neuronalnego przekazywania, a ich nadmierna podaż może być przyczyną chorób (głównie depresji). Wyniki ostatnio przeprowadzanych badań sugerują, że produkcja przynajmniej części cytokin, które powstają

w jelitach w związku z reakcją stresową (jak pamiętamy CRF może działać na jelita bezpośrednio; por. Stengel, Taché, 2009), może mieć związek ze zmienionym, na skutek tej reakcji, składem tzw. flory jelitowej (Tiantian Wang i in., 2021).

Neurobiologiczne mechanizmy odporności na stres

Dotychczasowe szerokie zainteresowanie problematyką stresu dotyczyło głównie zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych, postrzeganych jako skutek reakcji stresowych. Ten kierunek zainteresowaniom nadał sam Selye, który – jak to podkreśla Władysław Łosiak w rozdziale *Następstwa stresu* w swojej monografii *Natura stresu. Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej* – wykładając i pisząc o tzw. chorobach z przystosowania zaliczał do nich „choroby nerek, serca, naczyń krwionośnych, choroby zapalne stawów (gościec) i skóry, choroby alergiczne, przewodu pokarmowego, zaburzenia przemiany materii, nowotwory oraz zaburzenia psychiczne i seksualne” (Łosiak, 2007, s. 122). Niewątpliwie dobrą stroną „monotonnego” spojrzenia Selyego było wprowadzenie w 1980 r. do głównych klasyfikacji psychiatrycznych (DSM i ICD) odpowiednich, związanych ze stresem kategorii (podane są nazwy aktualne) „Zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym” (DSM-5) i podkategorii F43 „Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne w rozdziale zatytułowanym F40 – F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (ICD-10) oraz stworzenie klimatu dla współczesnego, bardziej holistycznego spojrzenia na naturę zaburzeń chorobowych (por. Bremner i in., 2020), a także uznanie, że uraz psychiczny może powodować skutki podobne urazowi fizycznemu (Shulman, 2020). Niemniej wobec względnego nadmiaru prac na temat związku wszelkiego rodzaju zaburzeń i chorób z konsekwencjami przebytej, czy nawet aktualnie trwającej reakcji stresowej (por. Łosiak, 2007, s. 113), obecnie tego typu tematyka nie wydaje się specjalnie interesująca. Znacznie bardziej ciekawie przedstawia się problematyka odporności na stres, którą sygnalizowano we wprowadzeniu do artykułu, cytując m.in. pracę Gala Richtera-Lewina i Carmen

Sandi (2021), a której to problematyce, z uwagi na spore trudności metodologiczne, nie poświęcano do tej pory w literaturze zbyt wiele miejsca. Zaistniał swoisty paradoks: o odporności na stres zaczęto mówić dopiero wtedy, gdy – nie bez sprzeciwów (por. Lieberman, 2020, s. 255–286) – do klasyfikacji psychiatrycznych wprowadzono nowe jednostki diagnostyczne, o których była mowa powyżej. Badania epidemiologiczne, które podjęto po 1980 r., wykazały, że tylko stosunkowo niewielka część osób narażonych na ekstremalny stres, o jakim mowa w klasyfikacjach, zapada na zaburzenie stresowe pourazowe (*posttraumatic stress disorder*, PTSD) lub wykazuje objawy ostrej reakcji na stres (*acute stress disorder*, ASD). Wtedy dopiero zaczęto się zastanawiać, co właściwie powoduje, że większość ludzi jest na tzw. obciążenie stresem odpornych (Russo i in., 2012).

Jedną z pierwszych zbiorczych prac na powyższy temat była wspólna publikacja autorów pochodzących z trzech wiodących amerykańskich ośrodków, w tym z Yale University i National Institute of Mental Health (Southwick i in., 2005). Autorzy dyskutują w niej na temat udziału w odporności na stres (ale też podatności na depresję) takich neuromediatorów jak: serotonina (receptor 5-HT-1A, polimorfizm jej transportera), noradrenalina (polimorfizm genu receptora α -2), neuropeptyd Y, CRF (receptory), dehydroepiandrosteron (DHEA) i kortyzon. Zastrzegają, że nie uwzględnili wszystkich znanych im faktów, w tym danych dotyczących estrogeny, testosteronu, receptorów benzodiazepinowych i galaniny, które były omawiane rok wcześniej w wydanej pracy jednego z nich. W sumie ich wnioski dotyczące neurobiologicznego podłoża czy to podatności na stres, czy odporności na niego są mało konkluzywne. W dyskusji więcej miejsca poświęcają czynnikom psychologiczno-socjologicznym, sporo mówiąc też o odpowiednich podejściach terapeutycznych.

Badania nad odpornością na stres (rezyliencją) prowadzone na zwierzętach dramatycznie poszerzyły naszą wiedzę dotyczącą tego problemu (Haoran Liu i in., 2018). Większość stosowanych zwierzęcych modeli była już zresztą „gotowa”, ponieważ służyły one do badania leków przeciwdepresyjnych. W ramach badań nad rezyliencją stawiano tylko nieco inne pytania. Dość dokładny przegląd typowych testów służących do jej

badania podają Scott Russo i in. (2012) oraz Haoran Liu i in. (2018).

Wyniki uzyskiwane w badaniach na zwierzętach potwierdzają przedstawiane wcześniej wnioski płynące z badań epidemiologicznych – nie wszystkie zwierzęta poddawane stresogennej manipulacji przejawiają po niej deficyty, które mogą być interpretowane jako obecność PTSD. Co więcej, ta sama procedura badawcza, która u jednego szczepu myszy u ok. 65% osobników powoduje tego typu objawy, u innego szczepu nie wywołuje ich prawie wcale, czyli prawie 100% z nich jest odpornych na stres, przynajmniej na ten jego rodzaj, jaki wyznacza ta konkretna procedura. Wniosek musi być jeden: za odpornością na stres stoi zmienność genetyczna lub epigenetyczna. Analiza zachowań myszy poddawanych procedurze odrzucenia społecznego (*Social Defeat Stress*) wykazała, że część zwierząt, która w czasie tej procedury (interakcja z agresywnym osobnikiem) wykazuje mniejszą submisywność, po zakończeniu testu wykazuje też znacznie mniejszą liczbę objawów „zestresowania” w porównaniu ze zwierzętami cechującymi się pełną submisywnością. Russo i in. (2012) wysuwają stąd wniosek, że na całokształt odporności na stres składają się rezyliencja pasywna (najpewniej uwarunkowana genetycznie) i rezyliencja aktywna, związana z indywidualnym doświadczeniem, która może być traktowana jako uwarunkowana epigenetycznie.

Jednym z bardziej interesujących pytań, na które uzyskano odpowiedź stosując modele zwierzęce, było pytanie o zależność pomiędzy natężeniem i długotrwałością trwania stresora a ewentualną rezyliencją. Okazuje się, że krzywa odpowiedzi układa się w kształcie odwróconej litery „U”. Brak stresorów odczuwanych we wczesnym okresie życia powoduje w dorosłości dużą wrażliwość na stres. Podobnie jest, gdy stresor we wczesnym okresie życia jest długotrwały i o dużym natężeniu. Natomiast gdy dany stresor we wczesnym okresie życia ma natężenie umiarkowane i oddziałuje z przerwami, powoduje w dorosłości zwiększenie odporności na stres, „szczepi” przeciw stresowi (McEwen i in., 2016; Haoran Liu i in., 2018; Dhabhar i in. 2020; Basile i in., 2021). Ustalenie tego ostatniego faktu jest bodaj najważniejszym osiągnięciem badaczy, jeśli patrzeć na to od strony teoretycznej. Jak piszą Firdaus Dhabhar i in.: „Implicit in the features of

the inverted-U is the critical concept that »stress« is not synonymous with »a bad thing«, and that our goal as stress physiologist is not to find ways to cure us of stress. Instead, what we wish to be cured of is the wrong kind of stress, while the right kind – mild and transient – is what we call stimulation, play, or an invigorating challenge” (2020, s. 500).

Inną istotną wątpliwością, która jak się wydaje została rozwiana w ostatnich latach, jest wątpliwość co do istoty podłoża rezyliencji, jaką wyraził podsumowując 80 lat badań nad stresem George Fink (2016), a mianowicie – czy wrażliwość na stres może być zmieniona przez środowisko i czy ta ewentualna, nabyta zmiana może być przeniesiona na następne pokolenia. Podsumowania ostatnio ukazujących się prac pozwalają na udzielenie odpowiedzi twierdzącej. Wskazują na to zarówno wyniki badań eksperymentalnych (McEwen i in., 2016; Haoran Liu i in., 2018; Dhabhar i in., 2020; Basile i in., 2021), jak i – nazwijmy to – „możliwości epigenetyczne” (Basile i in., 2021).

Stojąc na gruncie „teorii neurobiologicznej” a myśląc o odporności/wrażliwości na stres, nie można uniknąć dwóch podstawowych pytań dotyczących „mechaniki” stresu, ale mających ogromne znaczenie praktyczne. Pierwsze pytanie dotyczy markerów biologicznych (czy istnieją?), pozwalających odróżnić osobniki wrażliwe od niewrażliwych, drugie – ewentualnych środków farmakologicznych (czy posiadamy?), które można by stosować prewencyjnie, aby zapobiegać ewentualnym, nadmiernym reakcjom stresowym. Przegląd najnowszego piśmiennictwa podpowiada, że na obydwa pytania dotyczące praktyki można ostrożnie odpowiedzieć twierdząco. Markerami biologicznymi odporności lub wrażliwości na stres mogłyby być kwasy nukleinowe pobierane z krwi (Lopizzo i in., 2019; Azadmarzabadi, Haghighatfard, 2021). Wyniki badań wskazują, że niskocząsteczkowe, niekodujące kwasy rybonukleinowe (miRNAs) są odpowiedzialne za różne procesy epigenetyczne, a ich rodzaj i poziomy stężenia we krwi mogą odzwierciedlać w jakiś sposób to, co na poziomie komórkowym dzieje się w mózgu, w tym mogą być wskaźnikiem odporności lub wrażliwości na stres (Lopizzo i in., 2019). Z kolei DNA pobierane z krwi może posłużyć do określenia „feralnych” genów, które są odpowiedzialne

za obniżoną oporność na stres (Azadmarzabadi, Haghighatfard, 2021). Oczywiście dla potrzeb ogólnej diagnostyki laboratoryjnej, wymienione metody muszą być jeszcze odpowiednio dopracowane, aby były rzetelne i czułe, ale taka możliwość istnieje przede wszystkim dlatego, że materiał do badań jest łatwo dostępny (wystarczy próbka krwi). Jeśli chodzi o ewentualne interwencje farmakologiczne, to tutaj badania są – jak się wydaje – znacznie bardziej zaawansowane. Wyniki przeprowadzonych prób przedklinicznych wskazują na powodowanie zwiększonej odporności na stres przez wprowadzany donosowo neuropeptyd Y oraz podawaną dożylnie ketaminę (która, co ważne, jest już zarejestrowana jako lek przeciwdepresyjny) (Haoran Liu i in., 2018). Istnieje także uzasadniona nadzieja, że takie działanie mogłaby wywierać acetylo-L-karnityna, która w zwierzęcych modelach depresji działa przeciwdepresyjnie i która, podobnie jak ketamina, ma nietypowy, jak na leki przeciwdepresyjne, mechanizm działania: zwiększa poziom receptorów metabotropowych typu drugiego dla kwasu glutaminowego (mGluR-2) poprzez acetylację histonu H3K27 (McEwen i in., 2016). Innymi bardzo obiecującymi substancjami, również przebadanymi w modelach zwierzęcych, są związki selenu, które mają właściwości antyoksydacyjne (Torres i in., 2021).

Podsumowanie

Temat ostatniego podrozdziału ma jeszcze dodatkowy, ukryty cel dydaktyczny. Ma on podkreślić obecnie coraz częściej dostrzegany fakt (por. Koolhaas i in. 2011; McEwen, 2019; Richter-Levin, Sandi, 2021), że problematyka stresu jest naprawdę problematyką przystosowywania się żywych organizmów do warunków zewnętrznych, a nie – jak to wynika z „ducha” wielu prac – problematyką zaczerpniętą z podręcznika o tytule „Fizjopatologia”. To ostatnie podejście wzięło się stąd, że badacze, chyba łącznie z samym Selyem, wykazywali i wykazują „objawy zespołu stronnego pomijania”, nie pozwalające im dostrzec lewej strony, w tym również środka, odwróconej litery „U”, o jakim mówi ten podrozdział. Co prawda sam termin „stres” jest obecnie słowem wytrychem, i pewnie tak już zostanie, ponieważ

stał się częścią ogólnego języka, a ten rządzi się swoimi prawami i nie podporządkuje się żadnej nauce, to jednak sformułowanie „problematyka stresu” powinno brzmieć bardziej naukowo, i ktoś, kto się w nią zagłębia, powinien wiedzieć o co w niej naprawdę chodzi. Niestety, żeby się dostosować do realnie istniejących, czy nawet tylko wyimaginowanych (w przypadku człowieka) wymagających warunków zewnętrznych, ustrój niekiedy musi „stać na głowie” i odwrót do stanu wyjściowego staje się niemożliwy, albo bardzo trudny – żołnierz przystosowany do warunków wojennych może się nie odnaleźć w warunkach cywilnych (Bremner i in., 2020). I to m.in. może stanowić główny problem medyczny (coś trzeba z nim zrobić) w przypadku tzw. zaburzeń z przystosowania. Kiedy czytamy w pracach, że stres powoduje depresję, trzeba się zastanowić jak ta „depresja” jest definiowana. Czy została tak określona w aktualnych klasyfikacjach, żeby mógł powodować ją stres, po to żeby sprzedawały się leki (por. Shorter, 2014), które w takich przypadkach dobrze działają? Tu wkraczamy już na teren polityki, ale okazuje się, że ma ona naprawdę dużo do powiedzenia w przypadku medycyny, a także psychologii (Wróblewski, 2011; Lieberman, 2020).

W prezentowanym artykule nie ma wielu faktów, które powinny się w nim znaleźć. Nie ma opisu najnowszych metod badawczych i większości podstawowych modeli zwierzęcych; nie ma bardzo wielu detali biochemicznych. Co więcej przedstawiono w nim tylko koncepcję modułową funkcjonowania mózgu, a powinno się przecież też wspomnieć o koncepcji sieciowej. Powodem tego jest fakt, że każde z tych zagadnień mogłoby być tematem osobnej książki, albo – przynajmniej – osobnego artykułu.

Mimo tych braków artykuł posiada istotne zalety. Przede wszystkim zwraca uwagę na istnienie zjawiska hormezy i aktualne próby włączenia go do problematyki stresu, które być może zaowocują zmianami w stosowanej w tej problematyce terminologii. Postulat konieczności wprowadzenia takich zmian wypowiadają współcześnie Richter-Levin i Sandi (2021). Ponadto, opisując tzw. układ stresu zaproponowany ostatnio przez autorów brazylijskich (Godoy i in., 2018), którzy wyodrębniają w nim dwa podsystemy, artykuł uświadamia, że na poziomie anatomicznych struktur ośrodkowego układu nerwowego istnieje realna możliwość innego

sposobu przetwarzania i dalszego procesowania sygnałów związanych z zagrożeniem społecznym w porównaniu z sygnałami zagrożeń innego typu. Przy założeniu, że istnienie podsystemów układu stresu jest faktem, artykuł dostarcza argumentu do dyskusji na temat racji bytu pojęcia „stres psychologiczny”, którą inicjuje prof. Irena Heszen w swojej monografii o psychologii stresu (2016, s. 22).

Bibliografia

- Azadmarzabadi E., Haghighatfard A. (2021), *Detection of six novel de novo mutations in individuals with low resilience to psychological stress*, „PLOS ONE”, Vol. 16, No. 9, e0256285, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256285>.
- Basile F., Capaccia C., Zampini D., Biagetti T., Diverio S., Guelfi G. (2021), *Omics insights into animal resilience and stress factors*, „Animals”, Vol. 11, No. 1, 47, <https://doi.org/10.3390/ani11010047>.
- Bremner J.D., Wittbrodt M.T., Shah A.J., Pearce B.D., Gurel N.Z., Inan O.T., Raggi P., Lewis T.T., Quyyumi A.A., Vaccarino V. (2020), *Confederates in the attic: Posttraumatic stress disorder, cardiovascular disease, and the return of soldier's heart*, „The Journal of Nervous and Mental Disease”, Vol. 208, Issue 3, s. 171–180, <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001100>.
- Burton R.F., Hinton J.W. (2010), *Up the Tower of Psychobabel: Does lexical anarchy impede research into 'psychological stress'?*, „Medical Hypotheses”, Vol. 74, Issue 4, s. 644–648, <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2009.10.043>.
- Cannon W.B. (1935), *Stresses and strains of homeostasis*, „The American Journal of the Medical Sciences”, Vol. 189, No. 1, s. 13–14, <https://doi.org/10.1097/00000441-193501000-00001>.
- Chrousos G.P., Gold Ph.W. (1992), *The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis*, „JAMA”, Vol. 267, Issue 9, s. 1244–1252.
- Cohen S., Gianaros P.J., Manuck S.B. (2016), *A stage model of stress and disease*, „Perspectives on Psychological Science”, Vol. 11, Issue 4, s. 456–463, <https://doi.org/10.1177/1745691616646305>.
- Dantzer R. (2018), *Neuroimmune interactions: from the brain to the immune system and vice versa*, „Physiological Reviews”, Vol. 98, Issue 1, s. 477–504, <https://doi.org/10.1152/physrev.00039.2016>.
- Davies K.J.A. (2016), *Adaptive homeostasis*, „Molecular Aspects of Medicine”, Vol. 49, s. 1–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.mam.2016.04.007>.
- Dhabhar F.S., Meaney M.J., Sapolsky R.M., Spencer R.L. (2020), *Reflections on Bruce S. McEwen's contributions to stress neurobiology and so much more*,

- „Stress”, Vol. 23, Issue 5, s. 499–508, <https://doi.org/10.1080/10253890.2020.1806228>.
- Fink G. (2016), *Eighty years of stress*, „Nature”, Vol. 539, s. 175–176, <https://doi.org/10.1038/nature20473>.
- Gądek-Michalska A., Tadeusz J., Rachwalska P., Bugajski J. (2013), *Cytokines, prostaglandins and nitric oxide in the regulation of stress-response systems*, „Pharmacological Reports”, Vol. 65, Issue 6, s. 1655–1662, [https://doi.org/10.1016/s1734-1140\(13\)71527-5](https://doi.org/10.1016/s1734-1140(13)71527-5).
- Gianaros P.J., Jennings J.R. (2018), *Host in the machine: A neurobiological perspective on psychological stress and cardiovascular disease*, „American Psychologist”, Vol. 73, Issue 8, s. 1031–1044, <https://doi.org/10.1037/amp0000232>.
- Godoy L.D., Rossignoli M.T., Delfino-Pereira P., Garcia-Cairasco N., de Lima Umeoka E.H. (2018), *A comprehensive overview on stress neurobiology: basic concepts and clinical implications*, „Frontiers in Behavioral Neuroscience”, Vol. 12, Article 127, <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00127>.
- Gold P.W. (2015), *The organization of the stress system and its dysregulation in depressive illness*, „Molecular Psychiatry”, Vol. 20, s. 32–47, <https://doi.org/10.1038/mp.2014.163>.
- Heszen I. (2016), *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*, WN PWN, Warszawa.
- Haoran Liu, Chenfeng Zhang, Yannan Ji, Li Yang (2018), *Biological and psychological perspectives of resilience: Is it possible to improve stress resistance?* „Frontiers in Human Neuroscience”, Vol. 12, Article 326, <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00326>.
- Joëls M., Karst H., Sarabdjitsingh R.A. (2018), *The stressed brain of humans and rodents*, „Acta Physiologica (Oxford)”, Vol. 223, Issue 2, e13066, <https://doi.org/10.1111/apha.13066>.
- Kagan A.R., Levi L. (1974), *Health and environment – Psychosocial stimuli: A review*, „Social Sciences and Medicine”, Vol. 8, Issue 5, s. 225–241, [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(74\)90092-4](https://doi.org/10.1016/0037-7856(74)90092-4).
- Kalat J.W. (2006), *Biologiczne podstawy psychologii*, tłum. M. Binder, A. Jarmocik, M. Kuniecki, red. J. Kaiser, WN PWN, Warszawa.
- Koolhaas J.M., Bartolomucci A., Buwalda B., de Boer S.F., Flügge G., Korte S.M., Meerlo P., Murison R., Olivier B., Palanza P., Richter-Levin G., Sgoifo A., Steimer T., Stiedl O., van Dijk G., Wöhr M., Fuchs E. (2011), *Stress revisited: A critical evaluation of the stress concept*, „Neuroscience and Biobehavioral Reviews”, Vol. 35, s. 1291–1301, <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.02.003>.
- Le Moal M. (2007), *Historical approach and evolution of the stress concept: A personal account*, „Psychoneuroendocrinology”, Vol. 32, Suppl 1, s. S3–S9, <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.03.019>.
- Lieberman J.A. (2020), *Czarna owca medycyny. Nieopowiedziana historia psychiatrii*, tłum. M. Miłkowski, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań.

- Lopizzo N., Zonca V., Cattane N. Pariente C.M., Cattaneo A. (2019), *miRNAs in depression vulnerability and resilience: novel targets for preventive strategies*, „Journal of Neural Transmission”, Vol. 126, s. 1241–1258, <https://doi.org/10.1007/s00702-019-02048-2>.
- Łosiak W. (2007), *Natura stresu. Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- McEwen B.S. (2006), *Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain*, „Dialogues in Clinical Neuroscience”, Vol. 8, Issue 4, s. 367–381, <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/bmcewen>.
- McEwen B.S. (2017), *Neurobiological and systemic effects of chronic stress*, „Chronic Stress”, Vol. 1, s. 1–11, <https://doi.org/10.1177/2470547017692328>.
- McEwen B.S. (2019), *What is the confusion with cortisol?* „Chronic Stress”, Vol. 3, s. 1–3, <https://doi.org/10.1177/2470547019833647>.
- McEwen B.S., Akil H. (2020), *Revisiting the stress concept: implications for affective disorders*, „The Journal of Neuroscience”, Vol. 40, Issue 1, s. 12–21, <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019>.
- McEwen B.S., Gray J.D., Nasca C. (2015), *60 years of neuroendocrinology. Redefining neuroendocrinology: stress, sex and cognitive and emotional regulation*, „The Journal of Endocrinology”, Vol. 226, Issue 2, s. T67–T83, <https://doi.org/10.1530/JOE-15-0121>.
- McEwen B.S., McKittrick Ch.R., Tamashiro K.L.K., Sakai R.R. (2015), *The brain on stress: insight from studies using the Visible Burrow System*, „Physiology and Behavior”, Vol. 146, s. 47–56, <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.04.015>.
- McEwen B.S., Nasca C., Gray J.D. (2016), *Stress effects on neuronal structure: hippocampus, amygdala, and prefrontal cortex*, „Neuropsychopharmacology”, Vol. 41, s. 3–23, <https://doi.org/10.1038/npp.2015.171>.
- Makrygianni E.A., Chrousos G.P. (2021), *From brain organoids to networking assembloids: implications for neuroendocrinology and stress medicine*, „Frontiers in Physiology”, Vol. 12, Article 621970, <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.621970>.
- Mason J.W. (1971), *A re-evaluation of the concept of „non-specificity” in stress theory*, „Journal of Psychiatric Research”, Vol. 8, Issue 3–4, s. 323–333, [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(71\)90028-8](https://doi.org/10.1016/0022-3956(71)90028-8).
- Mora F., Segovia G., del Arco A., de Blas M., Garrido P. (2012), *Stress, neurotransmitters, corticosterone and body-brain integration*, „Brain Research”, Vol. 1476, s. 71–85, <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2011.12.049>.
- Richter-Levin G., Sandi C. (2021), *Title: “Labels matter: Is it stress or is it trauma?”*, „Translational Psychiatry”, Vol. 11, Article 385, <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01514-4>.
- Ross J.A., Van Bockstaele E.J. (2021), *The locus coeruleus-norepinephrine system in stress and arousal: Unraveling historical, current, and future perspectives*,

- „Frontiers in Psychiatry”, Vol. 11, Article 601519, <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.601519>.
- Russo S.J., Murrough J.W., Ming-Hu Han, Charney D.S., Nestler E.J. (2012), *Neurobiology of Resilience*, „Nature Neuroscience”, Vol. 15, Issue 11, s. 1475–1484, <https://doi.org/10.1038/nn.3234>.
- Selye H. (1936), *A syndrome produced by diverse nocuous agents*, „Nature” Vol. 138, s. 32, <https://doi.org/10.1038/138032a0>.
- Selye H. (1950), *Stress and the general adaptation syndrome*, „British Medical Journal”, Vol. 1(4667), s. 1383–1392, <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383>.
- Selye H. (1960), *Stres życia*, tłum. J.W. Guzek, R. Rembiesa, PZWŁ, Warszawa.
- Selye H. (1976), *Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions*, „Canadian Medical Association Journal”, Vol. 115, s. 53–56.
- Shorter E. (2014), *The 25th anniversary of the launch of Prozac gives pause for thought: where did we go wrong?* „The British Journal of Psychiatry”, Vol. 204, Issue 5, s. 331–332, <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.129916>.
- Shulman L.M. (2020), *Emotional traumatic brain injury*, „Cognitive and Behavioral Neurology”, Vol. 33, Issue 4, s. 301–303, <https://doi.org/10.1097/WNN.0000000000000243>.
- Southwick S.M., Vythilingam, M., Charney D.S. (2005), *The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment*, „Annual Review of Clinical Psychology”, Vol. 1, s. 255–291, <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948>.
- Spencer R.L., Deak T. (2017), *A users guide to HPA axis research*, „Physiology and Behavior”, Vol. 178, s. 43–65, <https://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.11.014>.
- Stengel A., Taché Y. (2009), *Neuroendocrine control of the gut during stress: Corticotropin-releasing factor signaling pathways in the spotlight*, „The Annual Review of Physiology”, Vol. 71, s. 219–239, <https://doi.org/10.1146/annurev.physiol.010908.163221>.
- Taché Y., Brunnhuber S. (2008), *From Hans Selye’s discovery of biological stress to the identification of corticotropin- releasing factor signaling pathways: implication in stress-related functional bowel diseases*, „Annals of the New York Academy of Sciences”, Vol. 1148, Issue 1, s. 29–41, <https://doi.org/10.1196/annals.1410.007>.
- Tiantian Wang, Lei Gao, Zejun Yang, Feifei Wang, Yuexin Guo, Boya Wang, Rongxuan Hua, Honhwei Shang, Jingdong Xu (2021), *Restraint stress in hypertensive rats activates the intestinal macrophages and reduces intestinal barrier accompanied by intestinal flora dysbiosis*, „Journal of Inflammation Research”, Vol. 14, s. 1085–1110, <https://doi.org/10.2147/JIR.S294630>.
- Torres, D.J., Alfulaij N., Berry M.J. (2021), *Stress and the brain: an emerging role for selenium*, „Frontiers in Neuroscience”, Vol. 15, Article 666601, <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.666601>.

- Tuke D.H. (1873), *Illustrations of the influence of the mind upon the body in health and disease. Designed to elucidate the action of the imagination*, Henry C. Lea, Philadelphia, <https://ia600501.us.archive.org/17/items/illustrationsofi00tuke/illustrationsofi00tuke.pdf> [dostęp: 7.12.2021].
- Vandael D., Wierda K., Vints K., Baatsen P., De Groef L., Moons L., Rybakin V., Gounko N.V. (2021), *Corticotropin-releasing factor induces functional and structural synaptic remodeling in acute stress*, „Translational Psychiatry”, 11, Article 378, <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01497-2>.
- Wróblewski M. (2011), *Choroba jako hybryda. ADHD w świetle Teorii Aktora-Sieci i asocjologii*, „Studia Socjologiczne”, t. 4, nr 203, s. 121–153.

Andrzej Mirski

Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego /

Faculty of Psychology and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland

ORCID: 0000-0002-3688-0308

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY REAKCJI W SYTUACJACH STRESOWYCH

Psychological aspects of the response to stressful situations

Streszczenie

Wiele współczesnych koncepcji stresu odnosi się do pojęcia zasobów. Hobfoll (1998/2006) definiuje zasoby jako warunki, cechy osobowości, przedmioty oraz pokłady energii, które są potrzebne do przetrwania. Niniejszy artykuł zawiera propozycję używania także pojęcia obciążeń. Autor definiuje obciążenia jako stany ciała, psychiki oraz warunki społeczne, które utrudniają radzenie sobie w sytuacji stresowej, a także powodują, iż owa sytuacja może niekorzystnie odbić się na zdrowiu fizycznym, psychicznym i społecznym danej osoby. W szczególności przedstawiona została rola cech osobowości jako możliwych zasobów oraz zaburzeń osobowości jako obciążeń. W pracy przedstawiona jest także autorska koncepcja orientacji oraz trybów radzenia sobie ze stresem.

Słowa kluczowe: stres, zasoby, obciążenia, traumy, typy osobowości, zaburzenia osobowości

Abstract

Many modern concepts of stress relate to the concept of resources. Hobfoll defines resources as conditions, personality traits, objects and energy resources that are needed for survival. This article proposes to use the concept somewhat opposite to resources, i.e. the concept of burdens. The author defines burdens as states of the body, psyche

and social conditions that make it difficult to cope with a stressful situation, and lead to negative impact on physical, mental and social health of an individual. In particular, the role of personality traits as possible resources and personality disorders as burdens is presented. The chapter also presents the author's concept of orientation and modes of coping with stress.

Key words: stress, resources, burdens, traumas, personality types, personality destruction

Wprowadzenie

Stres, definiowany jako nacisk wywierany na żywy organizm, jest zjawiskiem powszechnym i nieuniknionym. Hans Selye uznał, że stres stanowi niespecyficzną reakcję organizmu na wszelkie niedomagania (Everly, Rosenfeld, 1992), a także na wszelkie stawiane mu żądanie (Selye, 1977). Samo życie jest nieuchronnie połączone ze stresem, gdyż organizm nieustannie poddawany jest naciskom zewnętrznym ze strony otoczenia (zmienne warunki środowiskowe, drapieżcy etc.), ale i naciskom wewnętrznym (potrzeby fizjologiczne, np. głód, popęd reprodukcyjny), których niezaspokojenie stanowi poważne niedomaganie. W przypadku człowieka te naciski z obu stron są bardzo rozległe i złożone. Od strony zewnętrznej środowisko społeczno-kulturowe człowieka wywiera obecnie na niego znacznie silniejsze i gwałtowniejsze naciski niż środowisko przyrodnicze. Od strony wewnętrznej z kolei naciski obejmują znacznie więcej potrzeb, bo oprócz fizjologicznych także potężne potrzeby bezpieczeństwa, afiliacji, szacunku i samorozwoju (Maslow, 2006).

Naciski te są mocno zróżnicowane i różnie rozlokowane w czasie. Są momenty, kiedy działają bardzo silnie, oraz takie, kiedy prawie ich nie ma. Dlatego system nerwowy organizmu człowieka (oraz innych przedstawicieli świata zwierząt) wyposażony jest w dwa podsystemy adaptacyjne: system parasympatyczny (przywspółczulny) i sympatyczny (współczulny). Ten pierwszy działa w sytuacji względnego spokoju, kiedy jest czas na trawienie i wypoczynek, drugi zaś w momencie pojawienia się naciśku, gdy zwykle konieczne jest wydatkowanie znacznej energii na wysiłek adaptacyjny – ten stan właśnie nazywamy stresem. Jest on jednak przeżywany bardzo różnie, w zależności od organizmu oraz sytuacji, w jakiej

się znalazł. Jeżeli jest to sytuacja zagrożenia, stan ten odbierany jest jako dyskomfortowy (czemu towarzyszy, dzięki dziedzictwu ewolucyjnemu, najczęściej chęć ucieczki lub walki). Są jednak sytuacje, które mogą być odbierane pozytywnie – jako szansa lub wyzwanie. O szansie mówimy wtedy, gdy jest możliwość otrzymania nagrody (zaspokojenia potrzeb), co wymaga tylko pewnego nakładu energii, a o wyzwaniu wówczas, kiedy ewentualnej nagrodzie towarzyszy jednocześnie pewne zagrożenie.

Współczesne środowisko człowieka i jego psychika powodują, że po pierwsze, w sytuacjach trudnych pożyteczne, a nawet konieczne jest zastosowanie innych zachowań niż tylko walka lub ucieczka. Po drugie, wiele pojawiających się zmian czy bodźców, wymagających działania, jest *de facto* raczej korzystnych i częściej łączy się z perspektywą nagrody niż kary (okazje), zatem tym bardziej reakcja na zmianę powinna być wówczas pozytywna. Ale nasze dziedzictwo genetyczne powoduje ciągłą nieufność wobec zmian: nawet na zmiany pozytywne ludzie są skłonni reagować stresem, a w skrajnych przypadkach przyjmować archaiczną pozycję walki lub ucieczki.

Zasadniczą tezę niniejszego artykułu jest twierdzenie, że to, jak człowiek zareaguje na zmianę i nacisk ze strony otoczenia, jest uzależnione od jego zasobów i jego obciążeń (ograniczeń), a także od tego, jak je spostrzega. W literaturze przedmiotu ujęcie zasobowe jest od pewnego czasu dosyć popularne. Autor artykułu zwraca jednak uwagę, że świadomość obciążeń (ograniczeń) jest również bardzo ważna, często to one bowiem w największym stopniu decydują o szkodliwości oddziaływania stresu, one też często powodują, że człowiek nie wykorzystuje w pełni własnych zasobów (lub nawet nie zdaje sobie z nich sprawy bądź znacznie je umniejsza). Istniejące zasoby i ograniczenia oraz ich świadomość decydują o tym, czy w ogóle dana sytuacja zostanie oceniona jako zagrożenie, czyli sytuacja stresowa, czy też jako szansa lub wydarzenie neutralne (ocena pierwotna), a także, w jaki sposób jednostka będzie sobie radzić z tą sytuacją (ocena wtórna). Im bardziej bilans pomiędzy zasobami a obciążeniami jest niekorzystny, tym bardziej dana osoba czuje się zagrożona, a wtedy coraz silniejsza jest tendencja do pierwotnego reagowania typu „walcz lub uciekaj”.

Mechanizmy adaptacyjne w warunkach stresu

Stres, jako mniej lub bardziej zagrażający nacisk ze strony środowiska, uruchamia w organizmie mechanizmy adaptacyjne. W naturalnych warunkach surowej przyrody, w której istnieje silne zagrożenie ze strony drapieżników i inne niebezpieczeństwa, a także ogromna rywalizacja w kwestii nielicznych zasobów potrzebnych do przetrwania, najważniejsze mechanizmy adaptacyjne obejmują skłonność do ucieczki bądź walki, dlatego nieprzypadkowo podstawowy system adaptacyjny związany ze stresem nazywa się systemem walki (*figth*) i ucieczki (*flight*). Seyle (1977) trafnie zauważył, że fizjologia stresu u człowieka zasadniczo nie różni się bardzo od fizjologii zwierząt, nad którymi początkowo prowadził badania. Ewolucja przystosowała nas do życia w świecie pełnym niebezpieczeństw, w którym rzeczywiście najczęściej trzeba było walczyć lub uciekać. Dlatego też od razu w sytuacji stresowej uruchamiany jest fizjologiczny mechanizm potrzebny do owej walki, aktywowany układ współczulny, wydzielana adrenalina i kortyzol. Co więcej, także w zakresie psychiki odczuwamy często silny, atawistyczny impuls do ucieczki lub walki. Jednakże świat społeczny, w którym obecnie żyją ludzie w krajach rozwiniętych, dzięki postępowi cywilizacji nie jest już tak niebezpieczny (np. ataki drapieżników zostały praktycznie wyeliminowane), a trudne sytuacje, z którymi się nam przychodzi zmierzyć, wymagają bardziej wysublimowanych form działania niż zwykła ucieczka lub fizyczny atak. Niemniej niebezpieczeństwa inne nadal istnieją, życie samo też często wymaga konfrontacji, choć na wyższym poziomie.

Człowiek posiada trzy podstawowe orientacje: orientację obronną („od”), orientację konfrontacyjną („przeciw”) oraz orientację dążeniową („do”), opisane w dalszej części pracy. Autor niniejszego szkicu zauważa, że obecnie, dzięki szybkiemu rozwojowi cywilizacji, żyjemy w epoce znacznie bezpieczniejszej niż kiedyś, w związku z czym jest stosunkowo więcej sytuacji będących szansą (dających szansę zaspokoić orientację „do”), a w sytuacjach stresowych (nacisku i zagrożenia) korzystniejsze jest stosowanie innych strategii niż walka lub ucieczka. Zamiast bowiem

trybu instynktownego, czyli impulsywnego podjęcia walki lub ucieczki, można wybrać tryb wyuczony (przygotowany przez kulturę, edukację czy trening) jako sposób radzenia sobie z daną sytuacją lub tryb refleksyjny, w którym, dzięki dokładnej analizie, można wybrać najbardziej zindywidualizowaną i przemyślaną formę reakcji.

Ukształtowane cechy osobowości powodują, iż ma się zwiększoną tendencję do przyjęcia jednej z wymienionych orientacji oraz jednego z omawianych trybów.

Orientacja obronna

Orientacja obronna łączy się z chęcią uniknięcia niebezpieczeństwa i jemu zapobieżeniu, a więc ostrożnością, czujnością, zapobiegliwością, submisją, negocjacjami, a gdy trzeba – w ostateczności podjęciem wycofania, odwrotu czy nawet ucieczki. Sama jednak ucieczka, w pierwszej chwili często sugerowana przez układ limbiczny i archaiczne mechanizmy reakcji stresowej (tryb instynktowny), rzadko jest we współczesnym świecie społecznym zachowaniem właściwym, oczekiwanym i skutecznym. Pierwotnymi uczuciami, które od razu narzucają się w orientacji obronnej, są strach i lęk, ale i one w swej surowej postaci incydentalnie tylko są skuteczne – często właśnie im trzeba stawić czoła, opracować i przezwyciężyć (choć zdarzają się też sytuacje, w których można je wziąć pod uwagę jako ostrzeżenie, a nawet wykorzystać). Znacznie ważniejsze jest zdobycie informacji, antycypacja, zapobieganie, gdy trzeba – zmierzenie się z trudną sytuacją (przy zastosowaniu wielu technik), a w razie porażki umiejętne zarządzanie kryzysem i stratą. Ben Sherwood w swojej znakomitej książce *Zasady przetrwania* (2009) opisuje, jak ludzie radzą sobie z realnymi, tj. fizycznymi zagrożeniami, wskazując na to, że, niestety, wciąż raczej mniejszość radzi sobie z tym dobrze. Nabyte z wiekiem cechy osobowości decydują o tym, jak łatwo ludzie rozpoznają sytuację zagrożenia i jak sobie z nią radzą. Pewne cechy osobowości, zwane cnotami (jak roztropność, ostrożność, odwaga), są zdecydowanymi wewnętrznymi zasobami w sytuacjach stresowych, inne zaś, takie jak nadwrażliwość, neurotyzm,

zależność czy nadmierne wycofanie, stanowią już obciążenia, zwłaszcza jeżeli przyjmą postać zaburzenia osobowości.

W dzisiejszych czasach znacznie mniej jest sytuacji wymagających od człowieka bezpośredniej ucieczki. Praktycznie nie zagrażają nam już inne gatunki, a dzięki utrwalonemu (przynajmniej w Europie) okresowi pokoju nie zagrażamy sobie wzajemnie (broń ludzka zazwyczaj bywa groźniejsza od kłów i pazurów drapieżników). Jednak ukształtowany przez tysiące lat ewolucji ludzki system limbiczny dysponuje ekscesywnym pogotowiem ucieczkowym, co objawia się przede wszystkim silną gotowością lękową. Przy współczesnych wyzwaniach strach czy lęk jednak rzadko są pomocne, o wiele ważniejsza jest wytrwałość, zimna krew, umiejętność rozwiązywania problemów. Co jednak ważne, orientacja obronna uruchamia się także często w sytuacji, gdy nie istnieje żadne zagrożenie, co więcej nawet – w sytuacjach sprzyjających, dających szanse nagrody. Według autora tego artykułu to właśnie jest głównym powodem zaskakującego zjawiska, opisanego przez Holmsa i Raha (1967), że źródłem stresu są też takie wydarzenia jak ślub czy awans zawodowy.

Orientacja konfrontacyjna

Orientacja konfrontacyjna („przeciw”) wiąże się z walką, rywalizacją, dumą, intensywnym staraniem o swoją pozycję w grupie oraz zachowaniem reputacji i niezależności. Żyjemy w świecie, w którym konieczność konfrontacji jest nader częsta, choć miejsce drapieżnika zwierzęcego zajmują napastnicy ludzcy: rywale, konkurenci, przeciwnicy polityczni, rozłuszczeni szefowie czy poirytowani członkowie rodziny.

W tej dziedzinie panuje też sporo hipokryzji, bo nader często konfrontacja jest przedstawiana w złych barwach, oprócz jednak destrukttywnej agresji istnieje także agresja obronna, instrumentalna, demarkacyjna, związana z hierarchią oraz z domaganiem się przynależnych praw. Asertywność, uzasadniona obrona wartości, ludzi czy społeczności może być cennym zachowaniem, konkurencyjność zaś stanowi wręcz podstawę rozwoju gospodarki, a w dużym stopniu także całej cywilizacji. Ale

jest również faktem, że sytuacja stresowa może w pierwszej chwili wywołać bardziej „archaiczną” – fizyczną chęć walki, a dominującym uczuciem może być gniew lub wściekłość (tryb instynktowny). Te zachowanie i uczucia także rzadko są właściwe, oczekiwane i skuteczne we współczesnych sytuacjach konfrontacyjnych; przeciwnie, często są szkodliwe dla jednostki i jej otoczenia. Ponownie: pewne wyrobione z czasem cechy osobowości wpływają na radzenie sobie w takich sytuacjach. Te z nich, które nazywamy cnotami (jak wstrzemięźliwość, roztropność czy odwaga) są wewnętrznymi zasobami w sytuacjach stresowych, inne zaś (jak impulsywność, podejrzliwość, zawiść, arogancja czy skłonność do przemocy) stanowią obciążenia (dla siebie i innych), zwłaszcza gdy przyjmą już postać zaburzeń osobowości.

Orientacja konfrontacyjna, podobnie jak i obronna, jest bardzo silnie zapisana w biologicznych podstawach ludzkiej psychiki i utrwalona ewolucyjnie. Przez wieki człowiek musiał walczyć, aby przeżyć. Dlatego gotowość do reagowania agresją jest u człowieka ekstensywna, nieproporcjonalnie duża na tle współczesnych czasów, gdzie znowu potencjalnych zagrożeń czy też konieczności bezwzględnej walki jest dużo mniej niż dawniej. Ludzie często reagują agresją w sytuacjach, kiedy w ogóle nie ma żadnego zagrożenia czy bezpośredniej konieczności walki. Stąd fale hejtu w Internecie, choć autorom nic nie zagraża, stąd masa niepotrzebnych zachowań agresywnych w szkołach, na ulicach, w miejscach pracy. Co gorsza – a widzi to każdy psychoterapeuta praktyk – bardzo dużo agresji ludzie kierują przeciwko sobie samym, choć jest to zupełnie nieadaptacyjne; przeciwnie, prowadzi do depresji, chorób psychosomatycznych, a także do dobrze znanego w psychologii zjawiska samo-utrudniania.

Orientacja dążeńiowa

Orientacja dążeńiowa („do”) łączy się z ukierunkowaniem na to, co dla organizmu jest pożyteczne, zgodne z jego popędami i potrzebami. W tradycji psychoanalitycznej odpowiada freudowskiemu Erosowi. Oprócz potrzeb akomodacyjnych (pożywienie) oraz rozrodczych u człowieka, jako

najbardziej rozwiniętego przedstawiciela gatunków stadnych, szczególnie istotne są potrzeby afiliacyjne, jak miłość, przyjaźń, współpraca, współzależność, zaufanie i opiekuńczość. Najogólniej jest ona związana z dążeniem do realizacji potrzeb zgodnie z hierarchią dobrze opisaną przez Maslowa, a więc także z procesami motywacyjnymi. Choć bezpośrednie mechanizmy stresu są najczęściej związane z orientacją obronną (*flight*) i konfrontacyjną (*fight*), to jednak orientacja dążeniowa ma również ścisły związek ze stresem. Można przyjąć, że stres zewnętrzny jest związany głównie z orientacją obronną i konfrontacyjną, podczas gdy orientacja dążeniowa jest związana ze stresem wewnętrznym. To bowiem potrzeby i motywacja wywierają wewnętrzny nacisk na organizm, który odbierany jest jako szczególnie dotkliwy wtedy, kiedy nie są one sukcesywnie zaspakajanie. Frustracja potrzeb jest jednym z najczęstszych źródeł agresji, a przewidywanie niezaspokojenia ważnej potrzeby w przyszłości – źródłem lęku. Pomiędzy ludźmi nadal trwa bardzo silna rywalizacja w dziedzinie zaspakajania potrzeb, a miejsce dawnej walki o podstawowe zasoby (pożywienie) zajęła walka o inny typ zasobów, jak pozycja społeczna, prestiż, pieniądze, władza etc. (Hobfoll 2015). W istocie obecne największe zewnętrzne naciski ze strony środowiska, wyzwalające wtórnie orientacje obronną i konfrontacyjną, wiążą się już nie z dążeniami drapieżników (jak dawniej), ale właśnie z orientacją dążeniową innych ludzi (np. jednostce zagraża zwolnienie z pracy z tego powodu, iż nie zaspakaja wystarczająco potrzeb kierownika, współpracowników czy klientów). Tak więc można uznać ostatecznie, że orientacje dążeniowe ludzi i konkurencja pomiędzy nimi stają się zasadniczym motorem sytuacji doprowadzających do stresu. Pamiętać też należy o tym, że dla jednostki częstym źródłem wewnętrznych konfliktów i związanym z nimi stresem jest wewnętrzna rywalizacja pomiędzy różnymi, sprzecznymi ze sobą potrzebami i motywami. Z drugiej strony jednak orientacja dążeniowa (zwłaszcza w dziedzinie interpersonalnej, afiliacyjnej) daje ogromne możliwości w radzeniu sobie ze stresem, przede wszystkim w aspekcie wsparcia społecznego oraz wspólnego rozwiązywania konfliktów. Nauczenie pacjentów sięgania do tych zasobów i działań jest ważnym zadaniem osoby świadczącej pomoc

psychologiczną. Wytworzenie się jednak u jednostki nadmiernej zależności od innych może stać się wtórnym źródłem nowych problemów.

Tryby reakcji stresowych

Autor niniejszego artykułu proponuje uwzględnić trzy rodzaje trybów reakcji na stres: tryb instynktowny, tryb wyuczony i tryb refleksyjny.

Tryb instynktowny charakteryzuje niemal automatyczne zareagowanie w sposób najbardziej pierwotny na bodziec stresowy, tak jak podpowiada to układ limbiczny, układ autonomiczny i układ podwzgórze – przysadka – nadnercza. Jest więc to poddanie się działaniu adrenaliny oraz kortyzolu i zazwyczaj po prostu ulegnięcie reakcji typu walka lub ucieczka. Pojęcie trybu odnosi się jednak nie do charakteru samej reakcji, tylko mechanizmu, który ją wyzwolił i niejako nią kieruje. Nie oznacza zatem, że będzie to tylko czysta biologiczna reakcja, jak np. odruch, przeciwnie – tryb ten może włączyć i zazwyczaj włącza reakcje poznawcze, które jednak okazują się temu trybowi całkowicie podporządkowane. Bardzo dobrym tego przykładem są mechanizmy obronne opisane przez Zygmunta Freuda i jego córkę Annę Freud (1992), np. w mechanizmie racjonalizacji jednostka wymyśla nader wysublimowane intelektualnie sposoby, aby uzasadnić swoją reakcję ucieczki bądź przemocy w zaistniałej sytuacji, pozostając nieświadoma tego, dlaczego to stosuje. Tutaj również należeć będą reakcje „acting out” i wszelkiego rodzaju reakcje impulsywne, zarówno fizyczne, jak i słowne. Efekt jest zawsze ten sam: prymitywna walka lub ucieczka (*flight or fight*) w reakcji na bodziec stresowy, choć wykorzystującej różne, czasami wysublimowane metody.

Tryb wyuczony nie jest już reakcją bezpośrednio kierowaną impulsem, ale zawiera zastosowanie dostępnej wiedzy, głównie proceduralnej, choć też często semantycznej, na temat radzenia sobie z daną sytuacją. Dlatego w największym stopniu tryb ów jest regulowany istniejącą kulturą, obyczajowością, ale także przekazywanymi w procesie wychowania lub szkolenia procedurami zachowania. Jest to już znacznie wyższy poziom reakcji. Na przykład żołnierzy, policjantów czy ratowników długo się szkoli, jak zachowywać się profesjonalnie w sytuacji bezpośredniego

zagrożenia. Podobnie bardzo pożyteczne są w tej mierze kursy negocjacji czy mediacji, nader przydatne są też warsztaty zapobiegania przemocy, zwłaszcza dla osób, które nie radziły sobie z agresywnym zachowaniem, bo nie znały innych sposobów rozwiązywania konfliktów. Tryb wyuczony ma jednak swoje braki. Po pierwsze, nie zawsze wyuczone zalecenia pasują do zupełnie nowej sytuacji. Po drugie – i to jest kwestia znacznie poważniejsza – dana kultura często zaleca rozwiązania cechujące się jeszcze wyższym poziomem przemocy niż odczuwany impuls, np. ucząc żołnierzy brutalnych działań, wyposażając ich w śmiertelną broń, sięjąc nacjonalizm i militarizm. Oczywiście, należy przeciwdziałać tego typu tendencjom, dążąc do światowego pokoju, krzewiąc humanitaryzm, jednak na różnych lokalnych szczeblach i w różnych rejonach świata ów problem ciągle jest aktualny.

Tryb refleksyjny należy ocenić jako najbardziej adaptacyjny. Jednostka, zanim podejmie jakieś kroki, dokonuje intelektualnej refleksji nad sytuacją i podejmuje przemyślane kroki, dokładnie odpowiadające specyfice zarówno jej samej, jej priorytetów i celów, jak i źródłowej sytuacji bodźcowej. Tu możliwe są dwa podtypy: tryb refleksyjny taktyczny i tryb refleksyjny abstrakcyjny (poznawczy). W pierwszym jednostka dobiera indywidualnie taktykę działania w zależności od sytuacji i własnych celów oraz priorytetów. W drugim człowiek dokonuje głębszej refleksji nad problemem, co może go dodatkowo skłonić do działalności twórczej, naukowej czy artystycznej, jak np. wielu pisarzy piszących o wojnie czy też uczonych, dziennikarzy lub filozofów analizujących jej przyczyny. Dotyczy to również konfliktów politycznych, chorób i innych nieszczyć dotyczących ludzkość. Tryb abstrakcyjny pozwala też przyjąć bardziej refleksyjną, kreatywną i szerszą perspektywę w obliczu przeciwności.

Antoni Kępiński oprócz orientacji „do” i „przeciw” wymieniał jeszcze orientację „nad”, jako specyficzną ludzką i twórczą formę dokonywania przemyśleń i refleksji. Choć sam pomysł jest ciekawy, wydaje się, że chodzi tu jednak bardziej o perspektywę niż o motywację, która ostatecznie może być do, od lub przeciw. Orientację „nad” można traktować jako odmianę orientacji „do” (motywacja twórcza) w trybie refleksyjnym, poznawczym.

Oczywiście w sytuacji działania stresu najlepiej starać się przyjąć orientację refleksyjną, jej wadą jest jednak to, że wymaga czasu i dużego nakładu sił intelektualnych, gdy tymczasem wskazane jest błyskawiczne działanie – wtedy właśnie najbardziej przydatny będzie tryb wyuczony i szkolenia, jak sobie radzić z zagrożeniem w trybie niemal automatycznym, a zarazem efektywnym (szkolenia wojskowe, policyjne, ratownicze, sztuki walki).

Dopiero w ostateczności można po prostu zdać się na instynkt, i zwłaszcza w sytuacji naprawdę niebezpiecznej, w której nie dysponuje się odpowiednią sztuką walki, oddalić się jak najszybciej. Większość ludzi w czasach pokoju rzadko znajduje się w takiej sytuacji, gdy jednak zmusza nas do tego np. zawód czy misja, konieczne jest przejście odpowiednich szkoleń. Nic też nie zastąpi mądrej i odpowiedniej konstatacji, czy sytuacja jest naprawdę groźna i w ogóle można ją nazwać stresem (reakcja pierwotna, Lazarus i Folkman, 1984) oraz jaką przyjąć orientację, jaki wybrać tryb działania i oceny, jakimi dysponuje się zasobami (reakcja wtórna).

Stres a zasoby osobiste

Hobfoll (1998/2006) definiuje zasoby jako warunki, cechy osobowości, przedmioty oraz pokłady energii, cenione same w sobie jako niezbędne do przetrwania lub służące do zdobycia zasobów umożliwiających owo przetrwanie. Uczony ten twierdzi, że zamiast procesu radzenia sobie ze stresem możemy raczej mówić o procesach zachowania zasobów. Przebieg powyższego procesu wynika z ogólnych warunków życiowych, jak i z wpływu okoliczności powodujących przewlekłe i nagłe straty. Podczas doświadczania strat ludzie stosują strategię polegającą na wykorzystaniu dostępnych zasobów w kierunku możliwe najbardziej pomyślnej adaptacji, co możemy nazwać inwestowaniem zasobów. Sposób inwestowania zasobów zależy od bazy zasobów będącej w posiadaniu jednostki. Duże zasoby dają możliwość aktywnego inwestowania oraz warunkują skuteczną adaptację, co prowadzi do uzyskania nowych zasobów, określanych jako zysk wtórny. Dopełniają one pulę zasobów oraz równoważą okoliczności powodujące ich nagłą stratę lub chroniczny brak. Podczas posiadania

małej ilości zasobów inwestowanie nie jest możliwe lub grozi kolejnymi stratami. Wynikiem jest nieskuteczne przystosowanie do negatywnych skutków zarówno funkcjonalnych, jak i emocjonalnych oraz utrata zainwestowanych zasobów. Następnie powoduje wtórne straty w zasobach, zwiększające ryzyko ich chronicznej albo nagłej straty oraz ograniczając ich pulę. Stres psychologiczny definiowany jest jako reakcja w stosunku do otoczenia, w którym: istnieje zagrożenie stratą zasobów netto, nastąpiła strata zasobów netto lub nie został osiągnięty zysk w zasobach mimo ich zainwestowania (Hobfoll, 1989). W celu osiągnięcia zysku ludzie inwestują część swoich zasobów z nadzieją na ich pomnożenie, a ewentualna strata jest źródłem stresu. Hobfoll wyróżnia cztery rodzaje zasobów, które wywołują zadowolenie z ich posiadania, a w momencie braku czy też ograniczenia prowadzą do stresu. Są to:

- zasoby w postaci przedmiotów, np. dom, samochód, telefon komórkowy, komputer, laptop, które określają status społeczno-ekonomiczny człowieka;
- zasoby okolicznościowe, czyli wydarzenia, które występują stosunkowo rzadko, ale posiadają wysoką wartość dla jednostki, np. małżeństwo, awans w pracy, wygrana pieniężna;
- zasoby osobowe, czyli cechy indywidualne, np. temperament, osobowość, cnoty charakteru, odporność na stres czy poczucie własnej wartości – ten typ zasobów jest szczególnie ważny w radzeniu sobie ze stresem;
- zasoby energetyczne, obejmujące oprócz wigoru również wiedzę, umiejętność zarządzania czasem i strategię w kierunku pomnażania zasobów (Hobfoll, 1998/2006).

Stres a obciążenia osobiste

Niniejszy podrozdział zawiera propozycję używania także pojęcia odwrotnego do zasobów, a więc pojęcie obciążeń, definiowanych tu jako stany ciała i psychiki oraz warunki społeczne (w tym rodzinne i ekonomiczne), które utrudniają radzenie sobie w sytuacji stresowej i powodują, że sytuacja ta może niekorzystnie odbić się na zdrowiu fizycznym, psychicznym

i społecznym. Pojęcie obciążenia jest ważne w kontekście zaistniałych poprzednio traum (które mogły doprowadzić do PTSD lub nadwrażliwości na stres), a także takich stanów zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, jak cechy temperamentu, osobowości, emocjonalności, inteligencji, wiedzy i kompetencji społecznych, mogących powodować poważne problemy z radzeniem sobie ze stresem lub – że będzie on miał niekorzystne konsekwencje. Obciążenia nie zawsze zależą od samych cech ciała i psychiki, nie muszą przy tym mieć charakteru chorobowego, mogą zależeć także od sytuacji. Znajomość własnych obciążeń oraz dopasowanie do nich odpowiednich kompensacji, nowych zasobów i kompetencji jest bardzo ważne w kontekście skutecznego zmierzenia się z sytuacją stresową. Najważniejsze obciążenia to:

- obciążenia biologiczne;
- obciążenia psychologiczne;
- obciążenia społeczne (w tym rodzinne i ekonomiczne).

Te trzy rodzaje obciążeń związane są z definicją zdrowia WHO, która rozumie je jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny (Heszen, Sęk, 2007). Zły stan zdrowia fizycznego, psychicznego lub zła sytuacja społeczna (izolacja, bieda) stanowią znaczące obciążenia, które powodują, że dana jednostka nie jest w stanie poradzić sobie skutecznie ze stresem lub też stres ten staje się przeżyciem traumatycznym.

W ujęciu psychosomatycznym obciążenia biologiczne i psychiczne stanowią całość. Zaburzenia natury biologicznej wpływają bardzo silnie na psychikę i na odwrót: zaburzenia psychiczne wpływają na biologię, w której powstałe zmiany wtórnie oddziałują na psychikę. Obrazują to dobrze dokonania epigenetyki, wskazujące, że określone zaburzenia i działanie stresu zmieniają ekspresję genów (a więc biologię organizmu) na bardzo głębokim poziomie. Ta zmieniona ekspresja może stanowić znaczące obciążenie w przypadku zadziałania określonego bodźca stresowego. Podobnie jest w przypadku psychoimmunologii: czynniki psychiczne mogą obniżyć odporność organizmu, prowadząc do chorób oraz obniżonej możliwości radzenia sobie ze stresem. Obciążenia mogą być ponadto:

- 1) patologiczne;
- 2) problemowe (quasi patologiczne), a więc takie jak nadwrażliwość lub osłabienie organizmu w stosunku do pewnych bodźców i sytuacji – w tej sytuacji używamy raczej pojęcia problemu niż choroby;
- 3) niedostosowania – wynikające z niedojrzałości, nieadekwatności, a także braku stosownych kompetencji lub zasobów koniecznych do zmierzenia się ze stresem.

Ad. 1. Obciążenia patologiczne mogą dotyczyć zarówno chorób i niepełnosprawności biologicznych (fizycznych), zaburzeń i niepełnosprawności psychicznych, jak również patologii społecznych (np. sytuacja dziecka przebywającego w patologicznej rodzinie lub środowisku). Ważne jest, że sam stres może powodować obciążenia psychiczne (PTSD, depresja, zaburzenia lękowe, alkoholizm), fizyczne (choroby psychosomatyczne, zwłaszcza krążenia i nowotwory, poalkoholowa marskość wątroby), a w dalszej kolejności społeczne (bieda, marginalizacja).

Ad. 2. Obciążenia problemowe (*quasi* patologiczne) stanowią bardzo szeroki, a jednocześnie często niedoceniany wachlarz obciążeń w sytuacjach stresowych. Dotyczą one przede wszystkim nadwrażliwości na bodźce stresowe i bardzo wysokiej reaktywności na nie, nie stanowiąc jednak jeszcze choroby.

W dziedzinie fizycznej może być to nadwrażliwość na alergeny, zbyt niskie lub wysokie poziomy temperatury, ciśnienia, wilgotności czy zapylenia powietrza, fizyczne wymogi pracy etc. Jeszcze ważniejsze są formy nadwrażliwości i nadreaktywności psychologicznej na bodźce stresowe, u podstaw których stoją czynniki temperamentalne, ale także dotychczasowa historia życia i przeżywanych traum (może tu działać łącznie psychosomatyczny syndrom zmienionej ekspresji genów, choć jeszcze nie patologiczny). Bywa, że ta sama osoba, która obierze bezpieczny tryb życia i znajdzie się w sprzyjającym środowisku, nie będzie miała większych problemów, natomiast przyjmując obciążający psychicznie zawód (lub uczestnicząc w misji wojskowej) ulegnie gwałtownemu załamaniu, mogącemu prowadzić do poważnej patologii. Bardzo dobrym przykładem

obciążenia problemowego jest syndrom wypalenia zawodowego (Steciwo, Mastalerz-Migas, 2012).

Wreszcie obciążenie problemowe mogą mieć charakter społeczny i tu wymienia się często przynależność do grup dyskryminowanych (np. świeżej, niezaadoptowanej emigracji), bezrobocie, długi, brak środków finansowych etc. Może to też być czasowy kryzys i wtedy bardzo pomocna staje się tzw. interwencja kryzysowa.

Ad. 3. Ten rodzaj obciążeń jest również często niedoceniany. Jest to sytuacja, w której zdrowy człowiek znajduje się w sytuacji przekraczającej jego możliwości radzenia sobie ze względu na to, że znajduje się w niewłaściwym wieku (jest za młody albo za stary do skutecznego radzenia sobie z zadaniem), znalazł się w obcym lub wrogim otoczeniu (np. emigracja czy pobyt w więzieniu), jest nieprzygotowany fizycznie, psychicznie i społecznie do sytuacji, w której się znalazł, nie ma wystarczającego wsparcia, wreszcie – nie został wyposażony w stosowne zasoby i kompetencje, aby sobie skutecznie poradzić ze stresem. Bardzo dobrym tego przykładem jest powszechnie spotykany kryzys adolescencji i wczesnej dorosłości, z czym autor tego artykułu jako psychoterapeuta ma często do czynienia. Młodzi ludzie w naszej kulturze często nie są przygotowani na to, aby podejmować najważniejsze decyzje życiowe, dotyczące zwłaszcza przyszłej pracy lub partnera życiowego, przez co znajdują się w sytuacjach stresowych znacznie przekraczających ich poziom dojrzałości, zasobów i kompetencji. To z kolei jest częstym powodem początku wielu chorób psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, depresje i schizofrenia. Innym przypadkiem swoistego obciążenia, zupełnie niedocenionego w naszym systemie edukacji, jest już choćby sam fakt urodzenia się w późnych miesiącach roku, listopadzie czy grudniu, gdyż dzieci te są mniej dojrzałe od rówieśników urodzonych w pierwszych miesiącach roku, wymagania zaś wobec nich są takie same.

Wreszcie bardzo częstą sytuacją jest znalezienie się w sytuacji stresowej bez odpowiedniego przygotowania, kompetencji, wiedzy, umiejętności i zasobów. Często studenci znajdują się w znacznej sytuacji stresowej, jeśli na niższym szczeblu edukacji nie nabyli odpowiednich kompetencji,

czasem z własnej winy, czasem systemu i nauczycieli, najczęściej z obu powodów. Na przykład studenci w uczelniach technicznych po liceum mają ogromne kłopoty z rysunkiem technicznym i projektami, w przeciwieństwie do tych z technikum, mających za to problemy z matematyką. Podobnie osoby rozpoczynające pracę nie potrafią się w niej odnaleźć, gdyż nie przygotowały ich do tego studia. Wreszcie bardzo często następuje kumulacja obciążeń z niedostosowania, obciążeń problemowych a także – nierozpoznanych wcześniej lub niebranych – pod uwagę obciążeń patologicznych. Ponadto w przyjętym obecnie w psychopatologii i w naukach o zdrowiu modelu *continuum* granice pomiędzy niedojrzałością (niedostosowaniem), problemem psychologicznym a patologią są płynne i dosyć umowne.

Cechy osobowości jako możliwe zasoby i zagrożenia

Osobowość to względnie stały i zwarty system składający się z dyspozycji i schematów reagowania człowieka, stanowi też jeden z najistotniejszych elementów regulujących jego przystosowanie się do otoczenia (Siek, 1986). Dlatego jest czynnikiem o decydującym znaczeniu w podleganiu i radzeniu sobie z sytuacją stresową, bo tutaj właśnie ten czynnik regulująco-przystosowawczy ma zasadnicze znaczenie. Z kolei Cervone i Pervin ujmują osobowość jako zespół cech psychologicznych, które przyczyniają się do względnie trwałych i wyróżniających daną jednostkę wzorców odczuwania, myślenia i zachowania (Cervone, Pervin 2011). Autor artykułu proponuje wymienić tutaj następujące cechy osobowości: czujność, wrażliwość, ambicję, sumienność, skłonność do wygody, awanturniczość i dramatyczność. Każde z nich może być zarówno cennym zasobem, chroniącym przed stresem i pozwalającym sobie z nim radzić, jak również obciążeniem, narażającym na stres oraz utrudniającym sobie radzenie z nim. Zależy to od stopnia nasilenia danej cechy, poziomu elastyczności bądź utrwalenia danej cechy i sytuacji. Skrajne nasilenie tych cech, ich utrwalenie oraz brak sztywności (czyli brak elastyczności) prowadzą w końcu do przejścia danego typu osobowości w zaburzenie osobowości.

Oldham i Morris (1997) przedstawili klasyfikację czternastu typów osobowości i odpowiadających im zaburzeń. Nie każdy z wymienionych przez nich typów osobowości i ich zaburzeń ma jednak ścisły związek z reakcją na stres. Autor niniejszego artykułu wybrał te cechy osobowości, które w określonych sytuacjach mogą być bardzo cennym zasobem w radzeniu sobie ze stresem, ale których przerysowanie i przesunięcie w kierunku zaburzeń osobowości może być poważnym obciążeniem.

Jest ogromna ilość czynników, mogących być zasobem lub obciążeniem (także w pewnej zależności od sytuacji), autor skupi się zatem na czynnikach wewnętrznych, zwłaszcza związanych z osobowością. Pewne cechy osobowości (często nazywane „cnotami”) powodują lepsze radzenie sobie ze stresem i większą skłonność do widzenia szans niż zagrożeń, inne z kolei powodują, że świat jest nadal widziany jako bardzo niebezpieczne miejsce, oraz skłaniają do przyjmowania mniej korzystnych strategii radzenia sobie ze stresem. Jeżeli cechy te mają w dodatku charakter sztywny i dominujący, uważamy, że formują one określone zaburzenie osobowości. Bardzo istotne jest to, że określone cechy osobowości (i zaburzeń osobowości) łączą się z określonymi orientacjami obronnymi, konfrontacyjnymi i dążeniowymi.

Cechy osobowości jako możliwe zasoby i zagrożenia przy orientacji obronnej

Wrażliwość jest cechą osobowości skłonnej do ogólnego poruszenia emocjonalnego, a także do reagowania wzmożoną refleksją i ostrożnością. Wiąże się ona niewątpliwie z dosyć wysokim pobudzeniem percepcji i zmniejszonym hamowaniem letalnym. Wysoka wrażliwość może być i bardzo często jest cennym zasobem osobistym, sprzyjającym twórczości, pogłębionej samoświadomości, głębokim, czułym i empatycznym relacjom interpersonalnym oraz podejmowaniu ostrożnej refleksji przed podjęciem zachowania, co również jest czynnikiem ochronnym przez sytuacjami stresowymi. Jest cechą szczególnie cenną w przypadku pracy z ludźmi, zwłaszcza wymagających wsparcia i opieki, jak w zawodach psychologów, nauczycieli, lekarzy i służb społecznych. Podobnie jednak

jak i czujność, cecha ta naraża na silniejsze naciski stresu wewnętrzne, związane z niepokojem, moralnymi wątpliwościami i skłonnością do zamartwiania się, a także do oczekiwania i mocniejszego przeżywania już istniejących stresów zewnętrznych. Typ wrażliwy osobowości, według kryterium teorii klasyfikacji Oldhama i Morrisa, charakteryzują takie cechy jak przywiązanie do tego, co dobrze znane, silna podatność na opinie innych, dyskrecja, powściągliwość, zamknięcie w sobie, poszukiwanie bezpieczeństwa, wypełnianie cudzych oczekiwań. Typ ten był dobrą adaptacją w tradycyjnych, konformistycznych, zhierarchizowanych i niedemokratycznych społeczeństwach, zwłaszcza dla osób z niższych warstw, umożliwiając im czasem po prostu przetrwanie. W dalszym ciągu konserwatywne sposoby wychowania w rodzinach i szkołach sprzyjały jego kształtowaniu, choć w demokratycznym, i tolerancyjnym społeczeństwie przeszkadza to w możliwym już wykorzystaniu swojego potencjału. Autor artykułu w wielu wystąpieniach postulował pojęcie „konstruktywnej wrażliwości”, a więc takiej, w którym służy ona innym ludziom oraz rozwojowi kultury, a nie naraża ją na dotkliwe przeżywanie stresu (Mirski, 2019). Natomiast zaburzenie osobowości, w których wymienione cechy przyjmują postać zaostrzoną, karykaturalną i skrajnie nieelastyczną, nosi nazwę lękowego (unikowego) zaburzenia osobowości, zwanego dawniej psychastenią (Kępiński, 1988). Cechuje je nadmierna introwersja, zahamowanie i lęk w kontaktach społecznych, znudzenie i odczucie samotności, niskie poczucie własnej wartości, nadwrażliwość na odrzucenie i nieśmiałość. Oczywiście, takie zaburzenie osobowości będzie również obciążeniem w relacji do stresu.

Innym rodzajem zastosowania orientacji obronnej jest daleko idąca ostrożność i maksymalne, sumienne przygotowanie się na odparcie zagrożenia. Może się czasami przeradzać się w nadmierny perfekcjonizm, a ten potrafi poważnie utrudnić życie, każąc przeżywać stres jeszcze intensywniej. A zatem w formie rozsądnej i umiarkowanej cecha ta jest bardzo poważnym zasobem, natomiast w formie nadmiernego perfekcjonizmu staje się już obciążeniem. Niejednokrotnie dana osoba tak jest zaabsorbowana szczegółami, że gubi z pola widzenia obraz całości, najważniejsze

idee lub w ogóle cel przedsięwzięcia, staje się tyranem w pracy lub dla najbliższych albo wpada w szkodliwą formę pracoholizmu. Jest to bardzo typowe dla tak zwanego typu sumiennego.

Sumienny typ osobowości według kryterium teorii klasyfikacji Oldhama i Morrisa (1997) charakteryzują takie utrwalone cechy jak skłonność do ciężkiej pracy, umiejętność kontynuowania intensywnego, celowego wysiłku, dążenie do profesjonalnej i moralnej doskonałości, systematyczność, skrupulatność, upór, porządek i umiłowanie szczegółów, ostrożność, oszczędność, niezdolność do spontanicznej zabawy i bez troskiej utraty kontroli oraz nadmierne przywiązanie do rzeczy, przyjmujące czasem nawet postać „chomikowania”.

Zaburzenie osobowości, w którym wymienione cechy ulegają groźnej hipertrofii, powikłaniu i usztywnieniu, zwane jest zaburzeniem anankastycznym lub obsesyjno-kompulsywnym. Jest ono dosyć częste (od 2% do 3% wszystkich zaburzeń) i prawdopodobnie również wykazuje tendencję rosnącą, dotycząc, podobnie jak i narcyzm, częściej mężczyzn niż kobiet. To zaburzenie osobowości jest obecnie opisane w dwóch systemach diagnostycznych: DSM-5 i ICD-10, które podkreślają jego najważniejsze cechy, jakimi są perfekcjonizm, który przeszkadza w wypełnieniu zadań, nadmiar wątpliwości i ostrożności, pochłonięcie szczegółami, regulaminami, inwentaryzowaniem, porządkowaniem, organizowaniem lub schematami postępowania, nadmierna sumienność, skrupulatność oraz nadmierne skupienie się na produktywności z zaniedbaniem przyjemności i związków międzyludzkich, nadmierna pedanteria i uległość wobec konwencji społecznych, sztywność i upór, nierozsądne przypuszczanie, że inni dokładnie podporządkują swe działania sposobom działania pacjenta albo nieracjonalna niechęć do przyzwalania innym na działanie, pojawianie się (wtrącanie) natarcywych, a niechcianych, myśli bądź impulsów. Millon i in. (2005) wyróżniają kilka odmian osobowości kompulsyjnej: nadmiernie sumienna, spętana, skąpa, biurokratyczna i purytańska. Wszystkie cechują nadmierna nieufność i pedanteria, wynikające ostatecznie z poczucia zagrożenia i chęci jak najlepszego przeciwstawienia mu się.

Oczywiście, takie zaburzenie osobowości należy traktować jako obciążenie, które naraża na dodatkowe, bardzo silne przeżywanie stresu nie tylko przez dotkniętą nim jednostkę, ale także osoby z jej otoczenia, zwłaszcza w domu i w miejscu pracy.

Cechy osobowości jako możliwe zasoby i zagrożenia przy orientacji konfrontacyjnej

Są ludzie, u których orientacja konfrontacyjna jest silnie osobowościowo zaznaczona. Cechuje ich wysoka ambicja, dążenie do przygód, bardzo silna niezależność, samodzielność, wytrwałość, silne skłonności rywalizacyjne, ochocze podejmowanie ryzyka, ale i duże umiejętności przywódcze. Oldham i Morris (1997) nazywają ten typ „awanturniczym”. Może on się sprawdzać rzeczywiście w sytuacjach trudnych, konfliktowych, np. w sporcie, służbach wojskowych czy też konkurencyjnym biznesie – odwaga, nieustrasżoność, kompetencyjność i twardość mogą okazać się cennymi zasobami wewnętrznymi. Ale nadmierne wyostrenie orientacji konfrontacyjnej, połączone z niedostatkami empatii i sumienia, prowadzi do groźnego wynaturzenia, które nazywamy antyspołecznym zaburzeniem osobowości lub osobowością dyssocjalną. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 są to osoby, które charakteryzują się (muszą tu być spełnione przynajmniej trzy kryteria): bezwzględny nieliczenie się z uczuciami innych, silną i utrwaloną postawą nieodpowiedzialności i lekceważenia norm, reguł i zobowiązań społecznych, niemożnością utrzymania trwałych związków z innymi (choć nie ma trudności w ich nawiązywaniu), bardzo niską tolerancją frustracji i niskim progiem wyzwalania agresji, w tym zachowań gwałtownych, niezdolnością przeżywania poczucia winy i korzystania z doświadczeń, a w szczególności z doświadczanych kar, wyraźną skłonnością do obwiniania innych lub wysuwania pozornie możliwych do uznania racjonalizacji zachowań będących źródłem konfliktów z otoczeniem. Millon i in. (2005) wyróżniają kilka odmian osobowości dyssocjalnej: nomadyczną, zachłanną, wrogą, ryzykującą i nadmiernie broniącą swojej reputacji – wszystkie cechuje skłonność do konfliktów i nadmiernej agresji; mózg takiej osoby po prostu postrzega świat jako

wrogi, czego przyczyną są zwykle molestowanie i bicie w dzieciństwie, a także, stosunkowo często, nieprawidłowości w obrębie ośrodkowego układu nerwowego – zwłaszcza obszary kory czołowej, odpowiedzialnej za kontrolę zachowań, wydają się niedostatecznie rozwinięte (Hare, 1993). W przeszłości system diagnostyczny DSM III (1987 s. 37) uznawał tzw. sadystyczne zaburzenie osobowości, mające cechować ludzi wyjątkowo gwałtownych i okrutnych, obecnie jednak uznaje się je raczej za podtyp zaburzenia antisocjalnego. Posiadanie cech osobowości dyssocjalnej jest wyjątkowo niebezpiecznym obciążeniem nie tylko dla otoczenia, ale też dla samej jednostki nią dotkniętej, która w warunkach stresu reaguje nadmiernie agresywnie i gwałtownie, przez co często wchodzi w konflikt z prawem, traci pracę i niszczy swoje związki rodzinne.

Typ czujny, według kryterium teorii klasyfikacji Oldhama i Morrisa (1997), charakteryzują takie utrwalone cechy jak: ostrożność, spostrzegawczość, gotowość do obrony oraz stawiania czoła przeciwnościom, duża wrażliwość na krytykę oraz wierność i lojalność. Niewątpliwie czyni to z osoby idealnego policjanta, żołnierza, strażaka czy ratownika i w tych zasobach ten typ osobowości może być (zwłaszcza w przypadku rekrutacji) traktowany jako zasób wartościowy. W innych profesjach czy sytuacjach życiowych może stawać się obciążeniem, wywołując zwykle stres wewnętrzny, związany z podejrzliwością i niepokojem. Czujność wydaje się być bardzo podobna do wrażliwości, ta jest jednak ukierunkowana bardziej na dostrzeganie niebezpieczeństwa i ewentualnych problemów, natomiast czujność dopatruje się wszędzie potencjalnego przeciwnika; w bardzo dużym stopniu chroni przed stresem zewnętrznym, ale jednocześnie często naraża na dotkliwy stres wewnętrzny. Czujności wymagają różne sytuacje życiowe, a także zawody, w których jest ona niezbędna (np. policjant, strażnik więzienny, celnik, biznesmen, prawnik, chirurg, żołnierz), jej brak może z kolei stać się źródłem ogromnego stresu. W takich sytuacjach czujność pozostaje niewątpliwie dużym osobistym zasobem. Nadmierna czujność może być jednak źródłem silnego stresu wewnętrznego, przeradzając się w podejrzliwość, nieufność, konfliktowość oraz skłonność do stanów lękowych i depresyjnych; staje się wówczas

możliwym zagrożeniem, zwłaszcza gdy przeradza się już w zaburzenie osobowości.

Zaburzenie osobowości, w których wymienione cechy przyjmują postać zaostroszoną, karykaturalną i skrajnie nieelastyczną, nosi natomiast nazwę paranoicznego zaburzenia osobowości. Ten typ zaburzenia jest obecnie opisany w dwóch systemach diagnostycznych: DSM-5 i ICD-10, które zgodnie podkreślają jego najważniejsze cechy, jakimi są: skrajna nieufność i podejrzliwość, ciągle chowanie uraz i przeżywanie afrontów, nadmierna wrażliwość na niepowodzenia i odrzucenie, skłonność do patologicznej zazdrości. Taka osobowość wykazuje również nadmiernie nasiloną orientację konfrontacyjną, wyrażającą się przede wszystkim w dostrzeganiu wrogich zamiarów ze strony innych osób. Zaburzenie to należy zawsze traktować jako poważne obciążenie (nawet w wymienionych wyżej zawodach), gdyż nie tylko nieustannie powodować będzie niesłychanie silny stres wewnętrzny w postaci gniewu i niepokoju, ale może też prowokować groźne sytuacje i konflikty zewnętrzne, a także sprawiać, że jego nosiciel przeżywać będzie sytuacje stresowe wyjątkowo mocno, co doprowadzić może wreszcie do psychicznego załamania lub wypalenia zawodowego.

Cechy osobowości jako możliwe zasoby i zagrożenia przy orientacji dążeńiowej

Choć orientacja „do” wydaje się znacznie bardziej pozytywna, jej nadmiar może być przyczyną problemów, co już kiedyś zauważyła Karen Horney (1978). W praktyce spotykamy się z ekscesywnym dążeniem do bezpieczeństwa, afiliacji lub szacunku.

Gdy silnym tendencjom do poszukiwania opieki nie towarzyszą cechy patologicznie, możemy mówić o typie oddanym. Według Oldhama i Morrisa (1997) osoby takie cechuje troskliwość, oddanie, wierność, lojalność, posłuszeństwo. Te cechy czasem mogą być pomocnym zasobem, zwłaszcza w organizacjach religijnych, biurokratycznych lub przy linii produkcyjnej, gdzie często są wymagane. Osobowość zależna polega na nadmiernym dążeniu do opieki i uzależnieniu od innych w poszukiwaniu bezpieczeństwa. Wedle klasyfikacji ICD-10 muszą zaistnieć co najmniej trzy spośród takich objawów jak: pozwalanie innym na przejmowanie

odpowiedzialności za swoje decyzje, podporządkowywanie własnych potrzeb cudzym potrzebom, niechęć do stawiania wymagań osobom, od których jest się zależnym, obawa przed niezdolnością do zatroszczenia się o siebie wynikająca z osamotnienia, obawa przed opuszczeniem oraz ograniczona zdolność podejmowania decyzji bez radzenia się innych. Millon i in. (2005) wyróżniają tu kilka odmian: osobowość niedojrzała, zaniepokojona, nieefektywna, usługowa oraz pozbawiona własnego ja.

Nadzwyczaj silne poszukiwanie afiliacji jest typowe dla dramatycznego typu osobowości. Według teorii Oldhama i Morrisa (1997) typ dramatyczny charakteryzują takie utrwalone cechy jak: duża emocjonalność, barwność, bogata wyobraźnia, potrzeba przyciągania uwagi, dbałość o wygląd, urok seksualny, łatwość angażowania się w związki interpersonalne i entuzjazm. Zaburzenie osobowości, w którym wymienione powyżej cechy ulegają groźnej hipertrofii, powikłaniu i usztywnieniu, zwane jest zaburzeniem histrionicznym. DSM-5 i ICD-10 zgodnie podkreślają jego najważniejsze cechy, jakimi są: dramatyzowanie siebie, teatralność, przesadna ekspresja emocjonalna, sugestywność, łatwość ulegania wpływowi innych osób lub okoliczności, płytkość i chwiejność uczuciowości, stałe poszukiwanie podziwu i docenienia przez innych oraz działań, dzięki którym pacjent staje się centrum uwagi, niestosowna uwodzicielskość w wyglądzie czy zachowaniu, nadmierna koncentracja na atrakcyjności fizycznej, poszukiwanie zainteresowania ze strony otoczenia, egocentryzm, silne pragnienie bycia docenianym, a także stałe stosowanie manipulacji dla osiągnięcia własnych celów. Takie zaburzenie emocjonalne zawsze musi być traktowane jako poważne obciążenie w aspekcie podatności na stres, gdyż towarzyszy mu bardzo duża wrażliwość na urazy emocjonalne.

Orientacja na zdobycie szacunku i pozycji społecznej jest typowa dla ludzi ambitnych, z całego serca dążących do osiągnięcia sukcesów, choć najbardziej ceniących prestiż i błysk powodzenia. W świecie pełnym konkurencji, w którym dojście do najwyższych stanowisk jest bardzo trudne i wymaga ogromnych wysiłków, prowadząc do częstych niepowodzeń, osoby takie narażone są na bardzo silny stres, gdyż wszystkie porażki przeżywają bardzo dotkliwie. W polityce, korporacjach, nauce,

wojsku czy w wolnych zawodach ambicja jest uważana za osobowościowy zasób, ale u ludzi mniej utalentowanych czy pracowitych, czy też nazbyt nerwowych może też być obciążeniem. Typ „pewnej siebie” osobowości (choć lepszym określeniem byłoby „ambitny”, gdyż poczucie pewności siebie jest tylko pozorne, a pragnienie sukcesów zawsze wielkie) według kryterium teorii klasyfikacji Oldhama i Morrisa (1997) charakteryzują takie cechy jak: ambicja, potrzeba współzawodnictwa, fantazje o własnej wielkości, przyjmowanie komplementów i pochwał otoczenia jako czegoś oczywistego, co się po prostu należy, poczucie „ważności” – przekonanie, że w każdej sytuacji osoba będzie traktowana w sposób szczególny oraz ogromne znacznie przypisywane pozycji społecznej.

Zaburzenie osobowości, w którym wymienione powyżej cechy ulegają groźnej hipertrofii, powikłaniu i usztywnieniu, zwane jest zaburzeniem narcystycznym, charakteryzującym się takimi cechami jak: nadmierna arogancja, hałaśliwość, chętność i pragnienie bycia w centrum uwagi (Gabbard, 2015), co w połączeniu z trudnością w tworzeniu relacji sprawia, że osoby te źle funkcjonują w sytuacjach społecznych, zawodowych i rodzinnych, co przy ich nadmiernym pragnieniu akceptacji i sukcesów powoduje znacznie cierpienie i ciągłą frustrację. To zaburzenie osobowości jest obecnie opisane w dwóch systemach diagnostycznych: DSM-5 i ICD-10, które zgodnie podkreślają jego najważniejsze cechy, jakimi są: przesadne poczucie własnej wartości, przecenianie własnych umiejętności i osiągnięć przy jednoczesnym niedocenianiu innych, wiara w bycie kimś wyjątkowym, zazdrość wobec innych oraz przekonanie, że inni im zazdroszczą, ciągle marzenia o sukcesie, władzy, urodzie, sławie, przekonanie, że wszystko im się należy, reagowanie na krytykę złością, pustką i poczuciem upokorzenia, przesadne wymagania wobec innych traktowane jako coś zupełnie naturalnego, brak empatii, arogancja i niestabilne poczucie własnej wartości. Narcyzm jest zaburzeniem bardzo poważnym, narażającym na niezwykle silne przeżywanie upokorzenia, wściekłości i depresji, i zawsze musi być traktowany jako poważne obciążenie, tym bardziej że osoby narcystyczne przejawiają bardzo niską tolerancję na stres i negatywne emocje.

Cechy osobowości jako możliwe zasoby i zagrożenia przy jednoczesnej orientacji dążeniowej i konfrontacyjnej

Ponieważ bardzo często dążeniu do różnych celów towarzyszy konieczność przeciwstawiania się przeszkodom i zagrożeniom, bardzo ważna jest umiejętność zachowania wewnętrznego spokoju i niezależności oraz, gdy trzeba, zawierania kompromisów. W pewnym sensie stosunkowo dobrze radzi sobie (przynajmniej do czasu) opisany w klasyfikacji Oldhama i Morrisa (1997) typ „wygodny” osobowości, charakteryzujący się takimi utrwalonymi cechami, jak: przywiązanie do niezależności, wygody oraz swobodnego spędzania czasu wolnego, angażowanie się w pracę w stopniu określonym przez obowiązujące reguły, odmawianie spełniania poleceń, jeśli tylko uzna się je za zbyt wygórowane, i optymistyczna wiara, że sprawy potoczą się dobrze, a także duże poczucie własnej wartości połączone z przekonaniem, iż osiągnięcia życiowe zależą od szczęścia.

Ta cecha osobowości, przeciwnie do wymienionych powyżej, chroni przez stresem wewnętrznym, natomiast naraża, wcześniej czy później, na stres zewnętrzny. Osoby te stosują bowiem często trzy bardzo niebezpieczne mechanizmy: mechanizm obronny zaprzeczania, mechanizm ucieczki od problemów (w marzenia, dystrakcje czy rozrywkę), wreszcie najgroźniejszy z nich – mechanizm prokrastynacji, czyli odkładania ważnych spraw, decyzji i działań na potem.

Zaburzenie osobowości, w którym wymienione powyżej cechy ulegają groźnej hipertrofii, powikłaniu i usztywnieniu, zwane jest negatywistycznym lub agresywno-obronnym zaburzeniem osobowości. Jest to bardzo niebezpieczne jednoczesne połączenie nadmiernej orientacji „do” (nieumiejętność szczerego, otwartego dbania o swoje interesy i cele) z nadmierną orientacją przeciw (ogromne pokłady ukrytej agresji i wrogości). Słowem, jest to dziwne, ale nierzadko spotykane połączenie nadmiernej zależności i agresywności jednocześnie. Składają się na to takie cechy jak: stawianie biernego oporu wobec wymagań poprzez niewykonywanie obowiązków, kłótniowość, demonstrowanie złego humoru, zmienne nastroje, nadmierny krytycyzm i wrogość wobec przełożonych, zazdrość

i poczucie, że życie źle się z nimi obchodzi, upór, brak umiejętności konstruktywnego rozwiązywania problemów. Takie zaburzenie jest tylko obciążeniem w relacji do stresu i to niezwykle poważnym. Osoby takie przede wszystkim doznają ogromnych frustracji w życiu zawodowym i społecznym, druzgocącej krytyki w miejscu pracy (i często są z niego zwalniane) oraz przytłaczających niepowodzeń w nauce, a także w relacjach międzyludzkich, zwłaszcza z partnerami.

Kolejną ważną kwestia jest zmienność. U ludzi w sposób naturalny dochodzi do tego, że czasem silniejsze jest orientacja „do”, a czasem „przeciw”. Taka elastyczność jest zwłaszcza pożądana wtedy, gdy jest dopasowana do sytuacji. Są jednak osoby, które charakteryzuje bardzo bogate i zróżnicowane życie uczuciowe, przy czym emocje te zmieniają się dosyć szybko. Oldham i Morris (1997) nazywają ten typ „zmiennym emocjonalnie”. O ile ta cecha nie jest patologicznie nasiloną, ludzie tego typu mogą się cieszyć życiem bogatym emocjonalnie, zaangażowanym i ciekawym, natomiast ciągle naprzemienne, nadmierne falowanie pomiędzy orientacją konfrontacyjną (przeciw) i dążeniową (do) jest już charakterystyczne dla osobowości borderline. Zaburzenie to definiowane jest jako stały wzorec zachowań i doświadczania emocji polegający na niestabilności związków międzyludzkich oraz zmienności w zakresie postrzegania samego siebie i reakcji emocjonalnych. Do rozpoznania tej jednostki nozologicznej potrzebne jest zauważenie przynajmniej pięciu z wymienionych poniżej objawów: wysiłek wkładany w unikanie wyobrazonego odrzucenia, niestabilne związki międzyludzkie, impulsywne zachowania stanowiące zagrożenie, groźby samobójcze lub okaleczenia, niestabilne reakcje emocjonalne, przewlekłe poczucie pustki, częste wybuchy złości związane ze stresem, wyobrażenia paranoidalne lub objawy dysocjacyjne. Charakterystyczny dla osobowości z pogranicza jest brak spójnej tożsamości, która normalnie nadaje życiu sens i kierunek oraz chroni przed porywami nagłych i destrukcyjnych impulsów. Millon i in. (2005) wyróżniają cztery typy zaburzeń osobowości z pogranicza, w których objawiają się też pewne cechy innych zaburzeń: osobowość zniechęcona, autodestrukcyjna, impulsywna i drażliwa. We wszystkich tych postaciach mamy zawsze

naprzemiennie występujące stany nadmiernego idealizowania innych osób (a także siebie), jak również nadmiernej agresji (też wobec siebie).

Oczywiście zaburzenie takie jest bardzo silnym obciążeniem w przypadku zadziałania nawet najmniejszego stresu, jednostka bowiem działa w sposób nadmiernie emocjonalny, impulsywny i niekontrolowany. I na odwrót, w zaburzeniach osobowości typu borderline bardzo silną rolę wyzwalającą odgrywa stres. Nie tylko wyjątkowo nasila on objawy choroby, ale może (zwłaszcza chodzi tu o silny stres w okresie dzieciństwa czy młodości) być jej głównym powodem. Wiele badań wskazuje, że pacjenci z tego typu zaburzeniem doświadczali silnych przeżyć traumatycznych i wysokiego poziomu nadużyć w okresie dzieciństwa (Arntz, Dietzel, Dressen, 1999). Podsumowując, jednoczesne lub naprzemiennie działanie orientacji „do” i „przeciw” stanowi poważne obciążenie, utrudniające radzenie sobie ze stresem.

Możliwość wewnętrznego konfliktu oraz praca nad integracją osobowości

Oprócz bardziej widocznego niebezpieczeństwa polegającym na tym, że dana cecha lub typ przerodzi się w zaburzenie osobowości, istnieje także groźba wewnętrznego konfliktu cech. Rzadko bowiem osobowość jest jednorodna, co wynika z mieszaniny genów przodków, ich różnej ekspresji oraz z przeciwstawnych wpływów społecznych. Mogą zatem powstawać osobowości, będące połączeniem cech zupełnie sobie przeciwstawnych, jak na przykład osobowości dramatycznej i wrażliwej, awanturniczej i czujnej czy też ambitnej i wygodnej. Przy odpowiednich bodźcach ze strony środowiska powstają wtedy niezwykle silne konflikty wewnętrzne, które same w sobie prowadzą do silnego stresu. Tak więc jednostka jednocześnie dramatyczna i wrażliwa (nierzadkie połączenie) najpierw silnie i prowokująco się ekspozuje, a potem przeżywa wielki wstyd, uważając, że się wygłupiła, i cierpiąc z powodu rzeczywistego lub urojonego odrzucenia. Osoby awanturnicze będą podejmować ryzykowne działania, ale ich czujność sprawi, że następnie doświadczać będą niezwykle silnego stresu. Osoby jednocześnie ambitne i wygodne (również bardzo częste połączenie) będą miały wielkie ambicje i pragnienie sukcesu, ale ich lenistwo

i nieumiejętność odmawiania sobie przyjemności będą powodowały porażki i coraz bardziej narastającą frustrację.

Gdy zatem pacjent zgłasza bardzo dotkliwe przeżywanie stresu, warto z nim ustalić, czy sam w jakim sensie go nie sprowokował i czy nie jest to pewien stały wzór trudnych sytuacji powodowanych wewnętrznym konfliktem osobowości, motywacji, emocji, myśli i zachowań. Oczywiście, sytuacja ulega jeszcze większemu i niebezpiecznemu zaognieniu, jeśli z tych cech wyradza się już w formę zaburzenia osobowości. Dlatego można uznać, że wewnętrzny konflikt i niespójność osobowości stanowią poważne obciążenie w zakresie radzenia sobie ze stresem, a integracja osobowości jest w tym aspekcie potężnym zasobem. Można zauważyć, że generalnie z wiekiem następuje zarówno osłabienie siły zaburzeń osobowości, jak też z czasem postępujące procesy integracji. Nie jest to jednak zagwarantowane. Dlatego w koncepcji Erika Eriksona (2004) w ostatnim stadium rozwoju człowieka następuje albo pełna integracja, albo poczucie klęski i rozpacz. Na szczęście są już znane sposoby zarówno leczenia zaburzeń osobowości, jak i integracji osobowości, a najważniejszą z nich stanowi psychoterapia. Zwykle określone formy psychoterapii łączone są z odpowiadającymi im prądami i kierunkami w psychologii, np. psychoanalizą, behawioryzmem, psychologią poznawczą; obecnie rysuje się coraz silniejsza tendencja do jednoczesnego korzystania z technik wypracowanych przez różne szkoły (Millon i in., 2005).

Symetria zasobów i obciążeń. Indywidualna macierz SWOT

Ujęcia zasobowe i obciążeniowe są w stosunku do siebie symetryczne. Brak określonych koniecznych zasobów do podjęcia jakichś działań lub zmierzania się ze stresem jest poważnym obciążeniem utrudniającym lub uniemożliwiającym powodzenie działania i narażającym na poważny stres oraz jeszcze poważniejsze jego skutki. Ponownie – braki zasobów mogą mieć charakter fizyczny, psychologiczny i społeczny z jednej strony oraz patologiczny, problemowy i nieadekwatny z drugiej.

I na odwrót, nieobecność określonych obciążeń stanowi potężny zasób, a psychosomatyka uczy nas, że nie ma większego i ważniejszego zasobu

niż po prostu szeroko rozumiany stan zdrowia. Ale w myśl psychologii pozytywnej stan zdrowia jest stanem ciągłym, wiodącym w stronę coraz większego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a dobrostan psychiczny można zwiększać poprzez rozwój cnót i mocnych stron. I znowu na odwrót: dobrostan psychiczny jest zmniejszany przez różnego rodzaju wady charakteru i mankamenty osobowości (np. lenistwo, impulsywność, agresywność, zawiść, niedbalstwo), które, choć nie stanowią jeszcze patologii, to znacznie zmniejszają szansę na sukces w konfrontacji z poważnymi sytuacjami stresowymi. Dlatego przygotowując się do zetknięcia z sytuacją stresową lub do rozpoczęcia nowej życiowej aktywności, której takie sytuacje będą nieuchronnie towarzyszyć, dobrze jest właściwie rozpoznać zarówno swoje zasoby, jak i obciążenia, a także również szanse i zagrożenia, jakie stwarza dana sytuacja. Innymi słowy: dobrze jest stworzyć własną, indywidualną macierz SWOT (*Strengths* – silne strony, *Weaknesses* – słabe strony, *Opportunities* – szanse, *Threats* – zagrożenia).

Tabela 1. Indywidualna macierz SWOT (opracowanie własne)

Silne strony (zasoby i kompetencje) W szczególności są to mocne strony osobowości oraz takie jej typy, które przydatne są w danym zawodzie czy danej sytuacji: dobry stan zdrowia, pozycja społeczna, zawodowa i materialna, a także inteligencja (w tym emocjonalna), wiedza oraz kompetencje społeczne z jednej strony, a wsparcie z drugiej.	Słabe strony (obciążenia i braki) Są to przede wszystkim zaburzenia osobowości lub wewnętrzne konflikty osobowościowe, PTSD lub syndrom wypalenia zawodowego, zły stan zdrowia psychicznego i fizycznego, trudna sytuacja życiowa i materialna oraz brak odpowiednich kompetencji profesjonalnych do podjęcia się określonego zadania.
Szanse, jakie daje sytuacja (możliwości rozwojowe, zaspakajania potrzeb, realizacji ambicji), a także szanse poradzenia sobie w niej dzięki istniejącym silnym i słabym stronom.	Zagrożenia ogólne, jakie stwarza dana sytuacja, zwłaszcza zagrożenia wypływające ze słabych stron i niewystarczającej ilości mocnych. Podjęcie działań kompensacyjnych, doskonalących i przygotowawczych.

Podsumowanie

Stres jest nieodłączną częścią życia człowieka. Pomimo jego pozytywnego mobilizującego charakteru może być ogromnym zagrożeniem: niemal

wszystkich pracowników dotyczy stres zawodowy pracowniczy, ale też jest on często utrapieniem uczniów i studentów. To reakcja organizmu na doświadczaną niezgodność między posiadanymi zasobami a wymaganiami środowiskowymi związanymi z pracą czy studiami. Długotrwałe odczuwanie stresu prowadzi do wypalenia zawodowego, a także związanego z procesem edukacji (autor artykułu zdecydowanie uważa, że można również mówić o „wypaleniu edukacyjnym”). Wypalenie narasta stopniowo i często jest długo nieuświadamiane zarówno przez jednostkę, jak i jej otoczenie. Jest ono z jednej strony skutkiem stresu, z drugiej zaś znacznie pogarsza jakość radzenia sobie z dalszym stresem zawodowym czy edukacyjnym. Podobnie jest w przypadku PTSD, które to zaburzenie jest skutkiem stresu, a gdy już występuje, znacznie osłabia dalsze radzenie ze podobnym stresem.

Celem niniejszej pracy jest więc uzupełnienie modelu zasobowego w teoriach stresu o aspekt obciążeń. Mierząc się z jakąkolwiek sytuacją stresową, a więc wywierającą presję, człowiek jawi się z określonymi zasobami (psychologicznymi, fizycznymi i społecznymi, z kompetencjami, środkami materialnymi, pozycją społeczną), a także z określonymi obciążeniami i brakami, również o charakterze fizycznym, psychicznym i społecznym, o różnym poziomie nasilenia i zagrożenia. Bardzo ważne jest wcześniejsze dokonanie przeglądu swoich zasobów i obciążeń, jak również swoich szans i zagrożeń, które autor określił jako indywidualną macierz SWOT; można się wówczas zorientować, czy podejmowany zawód bądź zadanie jest zgodne z posiadanymi predyspozycjami, a w szczególności z posiadanymi zasobami i obciążeniami. Bardzo często wystąpienie syndromu wypalenia jest dowodem na to, że jednostka nie była dotychczas należycie przygotowana na zawodowe sytuacje stresowe (a więc obciążenia w jakimś stopniu górowały nad zasobami). To, że w pewnych zawodach i specjalnościach poziom wypalenia zawodowego jest wyższy, oznacza, że w większym stopniu należy zwiększyć przygotowanie oraz nabycie odpowiednich kompetencji oraz nauczyć się lepiej sobie radzić ze stresem. Świadomość własnej wartości, umiejętne korzystanie z wolnego czasu, znajomość technik relaksacyjnych, a gdy trzeba – skorzystanie z profesjonalnej pomocy,

psychoterapii, treningu psychologicznego lub coachingu, pomoże poradzić sobie ze stresem i zapobiec wypaleniu zawodowemu. Ważne jest, aby nie dać się ufiksować tylko na jednej orientacji, przed czym ostrzegała już Karen Horney (1978). Są sytuacje, w których należy być bardziej „do”, bardziej „od” lub bardziej „przeciw”. Na tym właśnie polega elastyczność zdrowej osobowości w przeciwieństwie do sztywności charakteryzującej zaburzenie osobowości. (Choć Karen Horney pisała swoją pracę na temat nerwicy, nie ulega dla autora tej pracy wątpliwości, że pisząc o tzw. nerwicy charakteru, miała na myśli zaburzenia nerwicowe, u których podstaw stoją zaburzenia osobowości, w przeciwieństwie do nerwicy sytuacyjnej). Wreszcie bardzo ważny jest tryb reakcji na bezpośrednią sytuację stresową. Problemem człowieka, ukształtowanego przez tysiące lat ewolucji, jest biologiczna pokusa reagowania w trybie instynktownym, czyli walka lub ucieczka. Natomiast w dzisiejszych czasach właściwa reakcja na stres wymaga włączania trybu wyuczonego (zwłaszcza gdy trzeba działać szybko) oraz/lub refleksyjnego, aby zastanowić się na serio nie tylko nad samą sytuacją stresową, ale całym swoim życiem. I życiem ludzkim w ogóle.

Bibliografia

- Arntz A., Dietzel R., Dreessen L (1999), *Assumptions in borderline personality disorder: Specificity, stability and relationship with ecological factors*, „Behaviour Research and Therapy”, Vol. 37, Issue 6, s. 543–557. DOI: 10.1016/s0005-7967(98)00152-1.
- Cervone D., Pervin L.A. (2011), *Osobowość. Teoria i badania*, tłum. K. Krzyżewski, B. Majczyna, M. Majczyna, K. Sikora, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5** (2013), 5th ed., American Psychiatric Association, <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> [dostęp: 9.12.2021].
- Erikson E.H. (2004), *Tożsamość a cykl życia*, tłum. M. Żywicki, Zysk i S-ka, Poznań.
- Everly G.S., Jr, Rosenfeld R. (1992), *Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia*, tłum. J. Radzicki, A. Kowaliszyn, D. Ślepowrońska, WN PWN, Warszawa.
- Freud A. (1992), *Ego and the mechanisms of defence*, Karnac Books, London.
- Gabbard G.O. (2015), *Psychiatra psychodynamiczna w praktyce klinicznej*, tłum. M. Cierpisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

- Hare R.D. (1993), *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*, Pocket Books, New York.
- Heszen I, Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, WN PWN, Warszawa.
- Hobfoll S.E. (1998/2006), *Stres, kultura i społeczeństwo. Psychologia i filozofia stresu*, tłum. M. Kacmajor, GWP, Gdańsk.
- Hobfoll S.E. (1989), Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress, „American Psychologist”, Vol. 44, No. 3, s. 513–524. DOI: 10.1037/0003-066X.44.3.513.
- Holmes T.H., Rahe R.H. (1967), *The Social Readjustment Rating Scale*, „Journal of Psychosomatic Research”, Vol. 11, Issue 2, s. 213–218. DOI: 10.1016/0022-3999(67)90010-4.
- Horney K. (1978), *Nerwica a rozwój człowieka*, tłum. Z. Doroszowa, PIW, Warszawa.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*, Springer, New York.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne* (1998), red. wyd. pol. S. Pużyński, J. Wciórka, Vesalius, Kraków–Warszawa.
- Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk Reference*, tłum. P.S. Krawczyk, American Psychiatric Association, Urban & Partner, [s.l.] 2016.
- Kępiński A. (1988), *Psychopatie*, PZWL, Warszawa.
- Maslow A. (2006), *Motywacja i osobowość*, tłum. J. Radzicki, WN PWN, Warszawa.
- Millon T., Davis R., Millon C., Escovar L., Meagher S. (2005), *Zaburzenie osobowości we współczesnym świecie*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska et al., Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
- Mirski A. (2019), *Koncepcja konstruktywnej wrażliwości w świetle perspektywy aksjologicznej*, referat wygłoszony na IV Konferencji Interdyscyplinarnej „Zdrowie i odporność psychiczna”, Kraków.
- Oldham J.M., Morris L.B. (1997), *Twój psychologiczny autoportret*, tłum. A. Bielik, Jacek Santorski, Warszawa.
- Selye H. (1977), *Stres okiełznany*, tłum. T. Zalewski, przedm. W. Dega, PIW, Warszawa.
- Sherwood B. (2009), *Zasady przetrwania*, tłum. M. Witkowska, MT Biznes, Warszawa.
- Siek S. (1986), *Struktura osobowości*, ATK, Warszawa.
- Steciwo A., Mastalerz-Migas A. (red.) (2012), *Stres oraz wypalenie zawodowe. Jak rozpoznawać zapobiegać i leczyć*, Urban & Partner, Wrocław.
- Terelak J.F. (1995), *Stres psychologiczny*, OW Branta, Bydgoszcz.
- Thase M.E. (2009), *Neurobiological aspects of depression*, [w:] I.H. Gotlib, C.L. Hammen (eds.), *Handbook of depression*, 2nd edition, Guilford Press, New York, s. 187–217.

Ewa Wilczek-Rużyczka

Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego /
Faculty of Psychology, Pedagogy and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland
ORCID: 0000-0003-2261-8939

Dominika Frendo

Absolwentka psychologii – Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego / Faculty of Psychology, Pedagogy and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski
Krakow University, Poland

STRES I RADZENIE SOBIE ZE STRESEM MNIJSZOŚCIOWYM W ŚRODOWISKU OSÓB HOMOSEKSUALNYCH I BIEKSEUALNYCH

Stress and coping with minority stress in the environment
of homosexual and bisexual people

Streszczenie

Celem badań była analiza stylów radzenia sobie ze stresem, poziomu odczuwanego stresu oraz poziomu dyspozycyjnego optymizmu i związku tych zmiennych w grupie osób homoseksualnych oraz biseksualnych, a także różnic pomiędzy tymi grupami w tym względzie. Badania 111 osób przeprowadzono anonimowo za pośrednictwem Internetu. Zastosowano trzy wystandaryzowane narzędzia: Kwestionariusz CISS, Kwestionariusz PSS-10 i Kwestionariusz LOT-R, oraz ankietę danych socjo-demograficznych. Nie wykazano istotnych różnic między osobami biseksualnymi i homoseksualnymi w zakresie poziomu stresu i stylu radzenia sobie ze stresem, a wybór tego stylu w obu grupach był związany z poziomem optymizmu. Osoby posiadające partnera miały niższy poziom stresu.

Słowa kluczowe: stres mniejszościowy, radzenie sobie ze stresem, optymizm

Abstract

The aim of the research was to analyze the styles of coping with stress, the level of perceived stress and the level of disposable optimism and the relationship of these variables in the group of homosexual and bisexual people, as well as the differences between these groups in this regard. The study of 111 people was conducted anonymously via the Internet. Three standardized tools were used in the study: CISS Questionnaire, PSS-10 Questionnaire and LOT-R Questionnaire, as well as a socio-demographic data questionnaire. There were no significant differences between bisexual and homosexual persons in terms of the level of stress and the style of coping with stress, and the choice of this style in both groups was related to the level of optimism. People with a partner had lower stress levels.

Key words: minority stress, coping, optimism

Wprowadzenie

Próbując odszukać w pamięci – czy to z okresów szkolnych bądź aktualnej pracy – osobę, która z jakis pobudek była odmiennie traktowana przez społeczeństwo, dlatego że była „inna” niż reszta, np. nosiła aparat na zębach, okulary, albo była innego koloru skóry, można próbować przywołać sytuację, która obrazuje, jak w konkretnym momencie czuła się właśnie ta osoba, jak postrzegała ona wtedy świat.

Od zarania dziejów można przypatrywać się „inności” ludzkiej w kontekście zachowań, ubrania, wyglądu bądź orientacji, która to zostanie omówiona w dalszej części artykułu.

Słownikowo orientacja seksualna cechuje się trwałym erotycznie, subtelny i miłosnym zainteresowaniem osobami ustalonej płci: w przypadku osoby homoseksualnej osobami tej samej płci, biseksualnej – osobami obojga płci. Każdy na świecie może spotkać się z osobą, która powie np. „jestem lesbijką”, „jestem gejem”; w następnym kroku pojawiają się pytania – co dalej? o co pytać? o czym rozmawiać?

Sytuacja osób homoseksualnych oraz biseksualnych wygląda tak, że gdy zwracają się one o pomoc, to są odprowadzane z jednego miejsca na drugie, a placówek ochrony zdrowia jest niewiele. Niestety społeczność ta w wyniku tego często zostaje bez koniecznego wsparcia, jak również bez niezbędnej pomocy psychologicznej – co jest bardzo istotne szczególnie,

że osoby te trafiają na ciągle, kłopotliwe sytuacje związane ze stresem, odrzuceniem, lękiem, doprowadzające do smutku i bezradności, a ponadto do życia w ciągłym napięciu oraz cieniu. Dlatego udzielając pomocy osobom biseksualnym, lesbijkom czy gejom należy posiadać niezbędną specjalistyczną wiedzę.

Prawdą jest jednak, że osoby homoseksualne czy biseksualne nie różnią się niczym od osób heteroseksualnych – praca z nimi posiada takie same uwarunkowania, co w przypadku pracy z pozostałymi pacjentami, przy czym dotychczasowe raporty mówią o odsetku osób homoseksualnych w Polsce wynoszącym ok. 4–6%. Niemniej jednak, w dzisiejszych czasach osoby te konfrontują się z różnymi sytuacjami wywołującymi stres, który różnie na nich oddziałuje i może wywoływać również różne reakcje. W Polsce o środowisku osób homoseksualnych czy biseksualnych zaczyna się obecnie mówić coraz bardziej otwarcie, chociaż starania te często natrafiają jeszcze na niechęć i opór różnych środowisk. Niegdyś tematyka homoseksualizmu była przedmiotem zainteresowania tylko w naukach i publikacjach medycznych. Różnorodność słów określających czy też nazywających środowisko homoseksualistów oraz mowa dotycząca ocen moralnych była i jest na porządku dziennym. Z uwagi na to osoby należące do tej grupy doświadczając stresu przyjmują różne strategie radzenia sobie ze stresem mniejszościowym, np. poprzez udawanie kogoś innego lub po prostu ukrywanie się przed otoczeniem. Zatem w dzisiejszych czasach można rozważać u osób z grupy LGBT występowanie różnych stresorów, z którymi muszą się one zmagać – chodzi tu m.in. o zagrożenia związane z kategoryzacją, rozróżnieniem i podważaniem wartości tożsamości społecznej czy zagrożenia przed utratą akceptacji. W Polsce pierwsze badania dotyczące tego problemu zostały zrealizowane przez Grzegorza Iniewicza (2015), który publikując efekty tych prac przedstawił problematykę zaburzeń psychicznych u osób homo- i biseksualnych w kontekście stresu mniejszościowego. Na przykładzie tych badań podjęto się opisu skomplikowanych mechanizmów stresu grup mniejszościowych, korzystając z koncepcji konstruktu stresu mniejszościowego Iljana Meyera (2003). Wyniki badań ukazały jak bardzo stres oddziałuje na zdrowie mniejszości

seksualnej – również w kontekście problemów psychicznych. Wspomniane badania naukowe pokazały też jak stres mniejszościowy wpływa na lęk i depresję; przedstawiono również „przywiązanie” do rodziców związane z symptomami problemów emocjonalnych oraz zreferowano funkcje radzenia sobie ze stresem w sytuacjach konfliktowych.

Podsumowując te rozważenia można stwierdzić, że pomimo pojawiania się w literaturze fachowej coraz większej liczby pozycji o seksualności człowieka, to w przypadku problematyki i badań z zakresu stresu mniejszościowego oraz radzenia sobie z nim w grupie osób homoseksualnych i biseksualnych, liczba tych publikacji jest niewielka.

Stres

W ostatnim czasie zauważyć można, że XXI w. wiąże się z wyzwaniami dotyczącymi natury psychicznej członków różnych społeczności na całym świecie. W szczególności dotyczy to grup mniejszościowych, przedstawicieli których dotyczą emocje takie jak strach czy lęk, o takim nasileniu, że dochodzi do wywołania stresu, który może doprowadzić do przykrych skutków dla zdrowia psychicznego, np. do depresji. Wynikać to może z marginalizowania, stygmatyzowania oraz ciągłego wykluczania, a poradzenie sobie z powstałym przy tym stresem i znalezienie się w tak trudnej sytuacji może doprowadzić do adaptacji wspomnianych osób w określonym zakresie funkcjonowania, przez co zwiększyć mogą się predyspozycje występowania stresu w innych sferach. Związane jest to ze stresorami, które zagrażają równowadze organizmu, czy też nawet ją naruszają, z uwzględnieniem tego jak organizm reaguje na zagrożenie.

Należy w tych rozważaniach uwzględnić to, że stres wpływa na mechanizmy psychologiczne oraz fizjologiczne, a więc na stan zdrowia jednostki, którego ogólna problematyka jest interesująca nie tylko dla badaczy tych mechanizmów i publikujących efekty swoich badań, ale również dla czytelników tych publikacji. Zainteresowanie to może wynikać z chęci poznania czynników, które powodują stres oraz tego jak mu zapobiegać albo minimalizować jego skutki. W psychologii problem ten jest dość dobrze

opracowany dzięki określeniu stymulacji stresu wraz z radzeniem sobie z nim i nadal jest rozwijany poprzez badania psychologiczne.

Psychologia posługiwała się definicją stresu jako bodźca, jako reakcji wewnętrznych człowieka i relacji między nimi (Grygorczuk, 2008). Niewątpliwym pionierem tego zagadnienia w psychologii był Richard Lazarus, który zaprezentował przełomowe odkrycia w zakresie stresu. W swoich badaniach wykazał, że przeżywanie trudności w sytuacjach stresogennych oddziałuje na człowieka nie tyle co do sposobu radzenia sobie ze stresem, ale jak sam ów stres interpretuje (co się dzieje) oraz jakie działania podejmuje. Nadmienił przy tym, że nie zależy to od samego bodźca. Innymi słowy: wyjaśniono jak procesy poznawcze biorą udział w ocenie występujących sytuacji oraz w podjęciu działań mających na celu poradzenie sobie ze stresem (Iniewicz, 2015). Należy dodać, że w ujęciu bardziej ogólnym stres to określona relacja pomiędzy otoczeniem a osobą, oceniana przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby oraz zagrażająca jej dobrostanowi (Lazarus, Folkman, 1984). Ocena poznawcza Lazarusa mówi o uznaniu sytuacji za stresującą, zwaną transakcją stresową, gdy niesie ona zagrożenie dla dobrostanu jednostki; poznawcze ukazanie tego zagrożenia zarazem nawiązuje do emocjonalnych składowych obrazu stresu. W definicji stresu Lazarusa główną kwestią jest to, co konkretna osoba uważa za stratę czy krzywdę, jak też zagrożenie odnoszące się do przewidywanej straty oraz wyzwanie wynikające z ciężkich wymagań przy niemożności poradzenia sobie z nimi. Z każdą z tych ocen wiążą się charakterystyczne emocje, które mogą być negatywne i pozytywne w obrazie zarówno zagrożenia, jak i podekscytowania czy rozweselenia. Ocena poznawcza posiada charakter pierwotny i decyduje o emocjach, pozwala zapoczątkować proces radzenia sobie ze stresem; ocena wtórna to emocje, które towarzyszą ocenie poznawczej, charakteryzując też dynamikę tych emocji. Pomimo że ocena wtórna odnosi się tak samo do źródeł stresu, jak i do własnych zasobów czy oszacowania własnych możliwości radzenia sobie z wynikłą sytuacją stresową, oba te procesy są ze sobą sprzężone.

W koncepcji Lazarusa człowiek w sytuacji stresu nie jest biernym obiektem w stosunku do szkodliwych czynników, ponieważ posiada niezbędne

mechanizmy, które pozwalają mu ocenić sytuację i podjąć konkretne działania. Ponadto przyczyny stresu człowieka widziane są w związku z relacją człowieka z otoczeniem oraz doświadczeniem tego stresu i zależą nie tyle od samej sytuacji, co od sposobu poradzenia sobie z nim przez podmiot (Heszen, 2016).

Stres mniejszościowy

Oddziaływanie stresu mniejszościowego odnosi się do stanu u osób biseksualnych oraz homoseksualnych, u których z większą częstotliwością występują zaburzenia lękowe, uzależnienia od różnych substancji czy depresja. Stres mniejszościowy zaznacza kontekst społeczno-kulturowy, który oddziałuje na osoby nieheteroseksualne poprzez dyskryminacje, doświadczenia przemocy, ciągły niepokój, czy ukrywanie się związane z homofobią. Przedstawione obciążenia, jak i negatywne spojrzenia innych osób w stosunku do osób z grupy LGBT, mogą doprowadzać do negatywnego postrzegania siebie, po czym wpływać na nastrój, izolację a nawet doprowadzać do powstania zaburzeń psychicznych wśród mniejszości. Co ważne, zwykła przynależność do danego środowiska nie jest czynnikiem ryzyka wystąpienia stresu mniejszościowego, może być co najwyżej źródłem wsparcia dla takiej osoby.

Dla osób nieheteroseksualnych wyróżnia się dwa rodzaje źródeł stresu mniejszościowego. Są nimi źródła zewnętrzne, tzw. dystalne, czyli łączące doświadczenia dyskryminacji, oraz wewnętrzne – proksymalne, związane z subiektywnymi przekonaniem oraz funkcjonowaniem psychicznym danej jednostki, mówiące o życiu w ukryciu, chronicznym lęku przed ujawnieniem się, odrzuceniu i uwewnętrznionej homofobii, która może prowadzić do konfliktu tożsamości. Istotną rolę w tym względzie pełni stygmatyzacja, gdyż jest ona głównym czynnikiem powodującym stres. Proces kategoryzowania pomaga członkom danej społeczności wiedzieć jak i czego od siebie mają nawzajem oczekiwać, czyli jak osoba powinna się zachowywać, by móc przewidzieć zachowania innych. Według Ervinga Goffmana stygmatyzacja jest procesem

odrzuć danej osoby na podstawie jakiegoś atrybutu. Wskutek tego może dojść do uszczerbku na zdrowiu, ale też mogą zostać uruchomione procesy witalizacyjne, które są objawami nienawiści do siebie i mogą wywołać lęk czy agresję. Stres ten nie jest wynikiem tylko przykrych wydarzeń, ale też doświadczeń mniejszości w kontekście ich życia w większościowej społeczności (Iniewicz, 2015, s. 26–28).

Stres mniejszościowy dotyczy obszarów socjologii i psychologii w odniesieniu do sytuacji życiowej grupy mniejszościowej, wspomnianych wcześniej doświadczeń oraz sprzeczności własnych wartości, odnosząc się do reszty populacji – tam, gdzie mniejszości funkcjonują. Mówi się również o stresie zachodzącym w konfliktach pomiędzy społecznymi kulturami a indywidualnymi potrzebami (Iniewicz, Grabski i in., 2012). W swojej propozycji interpretacji stresu mniejszościowego Iniewicz (2015) nawiązuje do koncepcji Meyera (2003), który oprócz standardowych stresorów opisuje również obciążenia, które dotyczą społeczność LGBT poprzez stygmatyzację. Stres mniejszościowy charakteryzują się trzema wymiarami bądź cechami: unikatowością, chronicznością oraz społecznym uwarunkowaniem; na ich podstawie dochodzi do długotrwałego napięcia psychicznego w wyniku stygmatyzacji oraz dyskryminacji.

Unikatowość jest rozumiana jako stres powszechny wraz z dodatkowym obciążeniem psychicznym wskutek doświadczanej stygmatyzacji. Natomiast chroniczność stanowi efekt względnej stałości, działając nieprzerwanie, odgrywając ogromną rolę w postawach wobec społeczności mniejszościowej. Ostatnią cechą jest społeczne uwarunkowanie związane z procesami występującymi poza jednostką, a nie z indywidualnymi wydarzeniami charakteryzującymi stresory ogólne, biologiczne czy genetyczne (Iniewicz, 2015, s. 27).

Model stresu mniejszościowego posiada zastosowanie nie tylko wobec mniejszości seksualnych, ale i do osób, które starają się walczyć o swoją akceptację bądź niezależność. Stres mniejszościowy pociąga za sobą zatem skutki psychologiczne i może zmniejszać dbałość o własne zdrowie wraz z obniżaniem jego parametrów.

Sposoby radzenia sobie ze stresem

Koncepcja Richarda Lazarusa i Susan Folkman dała pełny wgląd w stres oraz proces radzenia sobie z nim (*coping*) i jest dość ważnym nurtem psychologii. Według nich to radzenie sobie jest połączone z wysiłkami poznawczymi oraz behawioralnymi człowieka, a głównym celem jest opanowanie występujących wymagań, gdzie jednostka ocenia je jako przekraczające jej możliwości i obciążające jej zasoby. Wspomniani autorzy wyodrębnili dwie podstawowe funkcje radzenia sobie: instrumentalną, czyli ukierunkowaną na poprawę relacji jednostki z otoczeniem, oraz regulacyjną – odnoszącą się do emocji, kładącą nacisk na łagodzenie smutnych stanów emocjonalnych. Obie funkcje są ważne oraz zachodzą na siebie w sytuacji stresowej (Falewicz, 2017).

Według badaczy strategie radzenia sobie ze stresem przybliżają ich cztery rodzaje: poznawcze zbliżanie się, behawioralne zbliżanie się (obie skierowane na problem), poznawcze unikanie oraz behawioralne unikanie (obie skierowane na regulację emocji) (Grygorczuk, 2008, s. 113).

Mobilizując odpowiednio organizm możemy radzić sobie ze stresem poprzez podejmowanie różnego rodzaju działań w celu zapobiegania mu czy też wyeliminowania jego wpływu. Działania te polegają na tym, że osoba musi zrobić coś dodatkowego celem sprostania wymaganiom i zadaniom. Posiadanie zdolności radzenia sobie ze stresem pomaga zwalczyć problemy i redukuje negatywne napięcia emocjonalne, a wszystko to w zależności od pewnych czynników – sytuacyjnych czy też osobowościowych.

Klasyczne koncepcje mówią o radzeniu sobie jako o aktywności charakterystycznej w sytuacji stresowej, która ma za zadanie przywrócić zaskłóconą równowagę między wymaganiami a możliwościami podmiotu oraz samoregulację stanu emocjonalnego. Funkcja radzenia sobie ze stresem ukierunkowanego na znaczenie, wyodrębniona przez Folkman, nie jest rozłączna ani ze zorientowanym na problem, ani ukierunkowanym na emocje radzeniem sobie – obejmuje strategie spełniające oba te cele. Folkman zaznacza związek radzenia sobie ukierunkowanego na znaczenie z powstawaniem emocji pozytywnych. Współcześnie radzenie sobie

z emocjami jest bliskie rozumieniu procesu regulacji emocji, obejmując emocje negatywne i pozytywne oraz ukierunkowane zarówno na redukcję, jak i zwiększanie ich nasilenia (Heszen, 2016).

Natężenie stresu

Czas trwania i nasilenie stresu decydują o tym, czy ma on działanie pobudzające czy hamujące układ immunologiczny. Znaczny i długotrwały stres hamuje humoralną i komórkową odpowiedź układu odpornościowego organizmu, natomiast krótki i łagodny stres ją stymuluje. Jest to związane z tym, że reakcja na stresor ma charakter bardzo indywidualny; zdarza się, że krótkotrwałe stresory również uruchamiają wytwarzanie kortyzolu (Kaczmarska, Curyło-Sikora, 2016).

Przyjmuje się, że na występowanie nasilenia stresu wpływają zazwyczaj trzy klasy stresorów (czynników). Drobne codzienne utrapienia to najsłabsze stresory, inaczej zwane uciążliwościami dnia codziennego, na które, według badań przeprowadzonych przez Lazarusa, najbardziej narażone są osoby pozbawione wspierających więzi społecznych, posiadające niską samoocenę. Do ich najczęstszych form należą trudność zdążenia na czas, niemożność znalezienia potrzebnej rzeczy oraz drobne nieporozumienia między ludźmi. Przytrafiają się wszystkim, ale niektórym osobom szczególnie często. Za stresory o średniej sile oddziaływania uważa się poważne zagrożenia, np. śmierć małżonka lub bliskiej osoby, separację czy utratę pracy. Do najsilniejszych stresorów zalicza się stres traumatyczny czy ekstremalny: klęski żywiołowe, wojny, gwałt czy przemoc fizyczną (Heszen, 2016, s. 141–146).

Przyczyny wystąpienia stresorów mogą mieć różnorodne podłoże, posiadać specyficzną charakterystykę i uwzględniać różne właściwości. Należy w związku z tym wziąć pod uwagę czas trwania (czynnik ograniczony w czasie, jako jednorazowe wydarzenia lub cykliczne powtarzające się zdarzenie, albo też czynnik przewlekły – bez perspektywy zakończenia) i zewnętrzną/wewnętrzną lokalizację kontroli jako charakterystykę osobowości (konflikt motywacyjny) czy też nasilenia oddziaływania stresora.

Niewątpliwie jest to, że sytuacje stresowe są stałym elementem życia człowieka, a stresory charakteryzują się różnymi właściwościami. Zarówno wszelakie wydarzenia, jak i stresory wyróżniają się kontrolowalnością, będącą właściwością ważną dla radzenia sobie. W nawiązaniu do przekazu badaczy takich jak m.in. Lazarus i Folkman, z uwagi na kontrolowalność radzenia sobie z sytuacją może dotyczyć sytuacji kontrolowanych, albo chociaż przewidywalnych ale niekontrolowanych (instrumentalnych), gdzie te ostatnie obciążają jednostkę emocjonalnie. Wszystkie prowadzone badania mają za zadanie opanowanie źródła stresu w różnych warunkach, a także ciągły rozwój wiedzy na temat radzenia sobie ze stresem (Heszen, 2016, s. 153–155). Natężenie stresu zależne jest zatem od skuteczności radzenia sobie z nim.

Poziom optymizmu

Człowiek posiada naturalną skłonność do optymizmu, szeroko rozumianego pozytywnego nastawienia wobec życia, co wpływa na wiele jego sfer życiowych, m.in. na pracę czy funkcjonowanie społeczne. Jednak zdrowie – zarówno fizyczne, jak i psychiczne – to najważniejsza dziedzina życia, na którą oddziałuje optymizm. Wynika to z tego, że optymistyczne nastawienie pełni funkcje autoregulacyjne, wpływając na wybór celów oraz determinując wysiłek jednostki włożony w ich realizację. Zatem optymizm korzystnie wpływa na stan zdrowia fizycznego, sprzyja zachowaniom prozdrowotnym, a w sytuacji choroby zwiększa prawdopodobieństwo wyzdrowienia oraz subiektywną ocenę zdrowia, w tym również zdrowia psychicznego. Potwierdzają to liczne badania w których udowodniono, że optymizm jest również jednym z czynników zapobiegających powstawaniu objawów depresyjnych, a jednym z badaczy, który zajął się tym zagadnieniem jest Martin Seligman (Potempa, 2013).

Stwierdzono ponadto, że optymizm wzmacnia naszą odporność i zapobiega bezradności, a optymiści chętniej stosują profilaktykę, a także biorą leki w przypadku choroby. Wynika to z tego, że optymista wie, że ma wpływ na pojawiające się wydarzenia, a jego zachowanie

determinuje sytuacje mogące nastąpić w przyszłości, podczas gdy pesymista żyje w przekonaniu, że jego czyny nie mają wpływu na wydarzenia, których doświadcza – czego konsekwencją jest bierność (Potempa, 2013).

Orientacja seksualna

Orientacja seksualna ma związek z wyborem podmiotów wywołujących w życiu konkretnej osoby reakcje seksualne oraz wspomniane wcześniej fantazje w połączeniu z akceptacją siebie i swoich wyborów. W tym miejscu należy powiedzieć o rozpoznaniu oraz powstawaniu orientacji seksualnej i mechanizmie jej tworzenia. Od zarania dziejów niektórzy ludzie odczuwali pociąg seksualny do osób tej samej płci. Większość naukowców jest zdania, że tendencja ta pojawia się bardzo wcześnie, przed urodzeniem. Najnowsze badania wykazują, że orientacja seksualna powstaje w okresie prenatalnym, w relacji wpływu hormonów na zarodek i jego konstruujący się układ nerwowy. Należy również dodać, że żadna orientacja seksualna nie jest chorobą. Orientację określa każdy, opierając się na swym odczuciu odnośnie tego, kto jest dla niego bardziej atrakcyjny oraz kto zaspokaja potrzeby emocjonalne do stworzenia związku – kobieta czy mężczyzna. Orientacja seksualna jest nie tyle zachowaniem seksualnym co składnikiem tożsamości człowieka. Dotyczy wzorca doświadczenia pociągu seksualnego czy romantycznego w stosunku do kobiet, mężczyzn czy też obu płci. Nie dotyczy ona wyłącznie realizacji popędu seksualnego, ale wiąże się z pragnieniami oraz systemem motywacyjnym każdego z nas.

Orientację seksualną określamy jako: heteroseksualną, charakteryzującą się zawieraniem związków mężczyzny z kobietą; homoseksualną, czyli związek osób tej samej płci; i biseksualną, w której związki zawierają zarówno osoby tej samej płci, jak i płci przeciwnej. Jednym słowem orientacja seksualna jest skierowana trwale, romantycznie oraz emocjonalnie do pociągu seksualnego wobec osób określonej płci. Jest indywidualnym schematem do reagowania pobudzenia seksualnego w kierunku osób konkretnej płci. Niewątpliwie jest to, że jest ona niezależna, nie podlega

świadomej kontroli, rozwija się w oparciu o tożsamość płciową oraz na podstawie płci biologicznej, określając zachowania seksualne. „Orientacja seksualna jest zatem cechą osobowości dotyczącą erotycznego życia człowieka” (Michałowska, 2016, s. 41).

W swojej propozycji Judith Butler zaciera granice stałych właściwości płci, która przeważnie jest ograniczana wobec znanych pojęć męskości i kobiecości. Stawia jednoznaczną tezę, że normatywna seksualność wzmacnia i potwierdza normatywną płć, a prawdziwą kobietą, jest ta, która funkcjonuje w ramach heteroseksualności (Butler, 2008).

Orientacja seksualna sprawia trudności, które wiążą się z niejednoznacznym rozumieniem treści. W kontekście kulturowym mówiąc o orientacji homoseksualnej, która rozpowszechnia się na wiele sposobów, wskazuje się na swobodne wybory oparte na znaczeniu wolnej woli – cesze swoiście ludzkiej. Prawdą jest, że doświadczanie miłości oraz jej przeżywanie z osobami tej samej płci jest takie samo jak u osób heteroseksualnych (Iniewicz, Mijas i in., 2012).

Orientacja seksualna ze strony teoretycznej jest co prawda koncepcją dość problematyczną, ale przydatną w praktyce. Jest ona pojęciem bardziej codziennego użytku niż podejściem określającym precyzyjne pokazanie rzeczywistości (Kowalczyk i in., 2016). Orientacja seksualna ujawnia zdolność do nawiązania silnego i bardzo emocjonalnego stosunku z osobami tej samej bądź przeciwnej płci, z więcej niż jedną osobą, lub też brak tego pociągu. Jest czymś więcej niż zachowaniem seksualnym – częściej nazywa się ją orientacją psychoseksualną. Natomiast seksualność jest aspektem wykazującym się w obrazie pragnienia lub pożądania, ze współdziałaniem fizjologicznie zdeterminowanych reakcji seksualnych oraz zachowań, które prowadzą do orgazmu lub przynajmniej do sprawiającego przyjemność podniecenia dwojga ludzi.

Różnica między zachowaniem seksualnym a orientacją seksualną występuje w sytuacjach, gdy ludzie pod wpływem napięcia emocjonalnego, np. z powodu zamknięcia w zakładzie karnym, godzą się na kontakty z osobami tej samej płci, ponieważ okoliczności stwarzają fizyczne bariery utrudniające dostęp do potencjalnych partnerów/partnerek odmiennej

płci i nie ma to związku z orientacją seksualną. Jednak po opuszczeniu tego zakładu osoby będące od zawsze heteroseksualne – po „incydencie” – nie wracają do zachowań, jakie miały miejsce w odizolowaniu, i nie posiadają też konieczności bycia z ludźmi tej samej płci. Inny przypadek, który można przytoczyć nawiązując do doświadczeń bądź eksperymentów współczesnej młodzieży w wieku dojrzewania, to próby podejmowania z ciekawości różnych kontaktów erotycznych z osobami również tej samej płci; w ten sposób nie nabywa się jednak orientacji seksualnej.

Cel badań

Celem przeprowadzonych badań była analiza stylów radzenia sobie ze stresem, poziomu odczuwanego stresu oraz poziomu dyspozycyjnego optymizmu i związku tych zmiennych w grupie osób homoseksualnych oraz biseksualnych. Ponadto podjęto próbę wykazania różnic pomiędzy tymi grupami pod względem uzyskanych wyników.

Hipotezy

Żeby zrealizować założony cel badawczy – biorąc pod uwagę, że poziom stresu wpływa na relacje w związkach homoseksualnych bardziej niż u biseksualistów, co jest spowodowane większą emocjonalnością tych osób i ich wrażliwością i tym samym w większym stopniu oddziałuje na ich relacje z partnerem niż ma to miejsce u osób biseksualnych – postawiono następujące hipotezy:

1. Osoby biseksualne potrafią konstruktywniej radzić sobie ze stresem i bardziej go opanować niż osoby homoseksualne.
2. Osoby przejawiające większy optymizm, zarówno homoseksualne, jak i biseksualne, wybierają częściej konstruktywne style radzenia sobie w sytuacjach stresowych.
3. Osoby będące w stałym związku, zarówno homoseksualne, jak i biseksualne, znacząco lepiej radzą sobie ze stresem niż badani nieżyjący w takim związku.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza samodzielnie opracowanej ankiety oraz trzy wystandaryzowane narzędzia. Badanie – trwające średnio dwadzieścia pięć minut z każdą z osób – zostało przeprowadzone za pośrednictwem Internetu i miało charakter anonimowy, dlatego respondenci odpowiadali chętnie i szczerze na stawiane im pytania. Udało się uzyskać 111 kompletnych odpowiedzi.

Osoby badane

Grupę badawczą stanowiło 111 respondentów, w tym 55 osób homoseksualnych oraz 56 osób deklarujących, że są biseksualne.

Narzędzia badawcze

Narzędziami badawczymi wykorzystanymi w prezentowanych badaniach były trzy wystandaryzowane kwestionariusze i ankieta skierowane do społeczności osób LGBT.

Kwestionariusz CISS

Kwestionariusz skonstruowany przez Normana Endlera i Jamesa Parkeera (Strelau i in., 2007) służy do diagnozowania stylów radzenia sobie ze stresem. Składa się on z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą przejawiać w sytuacjach stresowych. Procedura badania polega na tym, aby osoba badana określiła na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje określone działanie w sytuacjach trudnych lub stresowych. Wyniki ujmowane są na trzech skalach:

- SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu;
- SSE – styl skoncentrowany na emocjach;
- SSU – styl skoncentrowany na unikaniu, który może przyjmować dwie formy:
 - ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze,
 - PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

W każdej z wymienionych skal można uzyskać od 16 do 80 punktów, natomiast w przypadku podskali ACZ od 8 do 40 punktów, a w podskali PKT od 5 do 25 punktów. Interpretacja wyników odbywa się oddzielnie dla każdej skali przez sumowanie wag.

Rzetelność narzędzia określona została wysoką zgodnością wewnętrzną poszczególnych skal (współczynniki w granicach 0,78–0,90) i zadowalającą stabilnością (współczynniki korelacji między dwukrotnym badaniem w odstępie 2–3 tygodni w granicach 0,73–0,80) przy wykazaniu trafności czynnikowej. Trafność teoretyczną sprawdzano poszukując zależności między stylami radzenia sobie ze stresem a: cechami osobowości, cechami temperamentu, lękiem, inteligencją, kompetencjami społecznymi i inteligencją emocjonalną. Analiza trafności kryterialnej obejmowała m.in. porównanie uzyskanych wyników różnych grup zawodowych i klinicznych. Nowe dane walidacyjne pokazują np. związki między wynikami CISS a różnymi aspektami funkcjonowania zawodowego.

Kwestionariusz PSS-10

Kwestionariusz PSS-10 w polskiej adaptacji Zygrfyda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik (2009) służy do pomiaru odczuwanego stresu. Składa się z 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i wydarzeniami z życia osobistego i stylami radzenia sobie w różnorodnych sytuacjach. Badana osoba podaje swoje odpowiedzi, wpisując właściwą cyfrę (0 – „nigdy”, 1 – „prawie nigdy”, 2 – „czasem”, 3 – „dość często”, 4 – „bardzo często”). Ogólny wynik jest sumą wszystkich punktów, których rozkład teoretyczny wynosi od 0 do 40. Im wyższy wskaźnik, tym wyższe natężenie stresu.

Zgodność wewnętrzną sprawdzono na grupie 120 dorosłych, uzyskując wskaźnik *alfa* Cronbacha 0,86. Rzetelność ustalona na podstawie dwukrotnego badania 30-osobowej grupy studentów w odstępie 2 dni wynosiła 0,90, zaś w odstępie 4 tygodni 0,72. Pozwala to na stwierdzenie, że korelacja wszystkich pytań z ogólnym wynikiem skali jest zadowalająca.

Trafność narzędzia PSS-10 potwierdzono poprzez wykazanie pozytywnej korelacji wyników z nasileniem stresu zawodowego w pracy, ocenionym na podstawie Kwestionariusza do Subiektywnej Oceny Pracy. Autorzy polskiej adaptacji korelowali wyniki Skali z wynikami mierzonymi skalami: COPE, SES Rosenberga, GSES Schwarzera i in. Skala PSS-10 w trafny sposób mierzy subiektywne odczucia związane z problemami i zdarzeniami osobistymi oraz sposobami radzenia sobie z nimi.

Kwestionariusz LOT-R

Polska adaptacja testu LOT-R opracowana przez Ryszarda Poprawę i Zygfryda Juczyńskiego (2012) zawiera 10 stwierdzeń, wśród których 6 diagnozuje poziom dyspozycyjnego optymizmu. Wynik testu jest sumą oceny 6 stwierdzeń; numery 1, 4, 10 to twierdzenia pozytywne, a 3, 7, 9 negatywne (skala odwrócona). Odpowiedzi na pytania są udzielane według 5-stopniowej skali, gdzie 0 oznacza „zdecydowanie nie odnosi się do mnie”, 1 – „raczej odnosi się do mnie”, 2 – „ani się odnosi, ani się nie odnosi”, 3 – „raczej odnosi się do mnie”, 4 – „zdecydowanie odnosi się do mnie”. Ogólny wynik testu mieści się w granicach 0–24 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom optymizmu.

Zgodność wewnętrzną Kwestionariusza LOT-R ustalona na podstawie *alfa* Cronbacha wyniosła 0,76. Rzetelność określono metodą test-retest (po sześciu tygodniach) na poziomie 0,43. Trafność teoretyczną LOT oceniano analizując związki pomiędzy optymizmem a innymi zmiennymi, które z nim współwystępują: wysoką samoceną, skłonnością do przeżywania dodatnich emocji, koncentracją w sytuacjach stresowych raczej na problemach niż emocjach. Wynik ogólny LOT koreluje dodatnio (0,63) z poczuciem własnej wartości mierzonym skalą Rosenberga oraz ujemnie ze skalą kontroli depresji (-0,54) i gniewu (-0,51) mierzonymi CECS.

Samodzielnie opracowana ankieta danych socjodemograficznych i społecznych

Ankieta zawierała 8 pytań dotyczących danych socjodemograficznych, takich jak: płeć, orientacja seksualna, wiek, miejsce zamieszkania, aktualne znajdowanie się w związku czy ocena sytuacji finansowej.

Wyniki badań

Charakterystyka grupy badanej

W badanej 111-osobowej grupie 65 osób (58,56%) stanowiły kobiety, natomiast 36 osób (32,43%) to mężczyźni. Pozostałe 10 osób (9,01%) spośród badanych deklaroowało płeć niebinarną/inną. Badana grupa była w przybliżeniu równoliczna pod względem deklarowanej orientacji seksualnej – 50,45% badanych (56 osób) wskazało na orientację biseksualną, natomiast pozostałych 49,55% (55 osób) na orientację homoseksualną.

Istotna statystycznie większość badanych, aż 72,97% (81 osób), to osoby młode między 18 a 25 r.ż. Osoby w przedziale wiekowym 26–33 lat stanowiły 20,72% (23 osoby). Najmniej liczną grupą byli ankietowani w wieku 34–41 lat (5,41%, 6 osób) oraz starsi (0,9%, 1 osoba). Grupa osób mających partnera oraz grupa ankietowanych kogoś bliskiego nieposiadająca były także równoliczne. W chwili badania bycie w związku zadeklaroowało 48,65% badanych (54 osoby). W badanej grupie dominowały osoby z wykształceniem średnim (53,15%, 59 osób) oraz wyższym (40,54%, 45 osób). Ponad połowa badanych osób posiadała status ucznia lub studenta (59,46%, 66 osób). Zawodowo pracowało niecałe 40% badanych (37,84%, 42 osoby), pozostałe 2,7% było bezrobotnych (3 osoby).

Zdecydowana większość badanych oceniła swój status materialny jako dobry (78,38%, 87 osób). Na bardzo dobry status wskazało 12,61% (14 osób), natomiast na zły 9,01% ankietowanych (10 osób). Ponad połowa badanych mieszkała w mieście powyżej 250 tys. mieszkańców (61,26%, 68 osób), a wieś zamieszkiwało 15,32% respondentów (17 osób). Pozostali badani mieszkali w mniejszych miastach (23,43%, 26 osób).

Analiza i interpretacja uzyskanych wyników badań

Analiza wstępna

Wstępna analiza danych polegała na przedstawieniu charakterystyki analizowanych zmiennych. Zaprezentowano statystyki opisowe badanych

zmiennych w porównywanych grupach. Następnie dokonano weryfikacji postawionych hipotez badawczych wykorzystując uzyskane wyniki z kwestionariuszy CISS, PSS-10 oraz LOT-R. Analizy przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu statystycznego Statistica 13.1. Za poziom istotny statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

Analiza wyników

W początkowym etapie analizy przeprowadzono analizę rzetelności skali *alfa* Cronbacha (tabela 1). W przypadku każdej ze skali współczynnik przekracza wartość 0,7, co świadczy o zadawalającej spójność pozycji wchodzących w skład danej skali.

Tabela 1. Analiza rzetelności skali *alfa* Cronbacha

Skala/zmienna	<i>alfa</i> Cronbacha
PSS-10	
Natężenie spostrzeganego stresu	0,83
CISS	
SSZ	0,77
SSE	0,75
SSU	0,80
ACZ	0,81
PKT	0,76
LOT-R	
Optymizm	0,72

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

W celu dobrania właściwych testów statystycznych przeprowadzono analizę normalności rozkładu z wykorzystaniem testu Shapiro-Wilka. Statystyki opisowe wszystkich analizowanych zmiennych zaprezentowano w tabelach nr 2 i 3.

Wyniki testu Shapiro-Wilka w grupie osób homoseksualnych wskazują, że rozkład odbiega od normalnego w przypadku zmiennej PKT ($W = 0,949$, $p = 0,022$) oraz zmiennej wskazującej na poziom optymizmu ($W = 0,947$, $p = 0,017$). W grupie osób biseksualnych jedynie w przypadku zmiennej PKT zauważono rozkład istotnie odbiegający od normalnego

($W = 0,927$, $p = 0,002$). W związku z powyższym w przypadku wymienionych zmiennych analizy zostaną przeprowadzone z wykorzystaniem testów nieparametrycznych. Analizując zmienne, których rozkład nie odbiega istotnie od normalnego, wykorzystane zostaną testy parametryczne.

Tabela 2. Statystyki opisowe analizowanych zmiennych oraz wyniki testu normalności rozkładu (W) w grupie osób homoseksualnych ($N = 55$)

Zmienna	Statystyki opisowe					Test Shapiro-Wilka	
	Średnia	Mediana	Min	Max	SD	Statystyka testowa	Istotność statystyczna
Natężenie spostrzeganego stresu	21,96	22,00	6,00	38,00	8,19	0,965	0,113
SSZ	58,24	57,50	32,00	73,00	9,92	0,959	0,062
SSE	50,26	51,00	23,00	76,00	13,70	0,979	0,483
SSU	46,63	47,00	29,00	65,00	8,69	0,982	0,573
ACZ	20,48	20,50	10,00	33,00	5,87	0,976	0,338
PKT	17,91	17,50	9,00	25,00	4,60	0,949	0,022
Optymizm	13,11	13,00	1,00	21,00	5,53	0,947	0,017

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Tabela 3. Statystyki opisowe analizowanych zmiennych oraz wyniki testu normalności rozkładu (W) w grupie osób biseksualnych ($N = 56$)

Zmienna	Statystyki opisowe					Test Shapiro-Wilka	
	Średnia	Mediana	Min	Max	SD	Statystyka testowa	Istotność statystyczna
Natężenie spostrzeganego stresu	23,61	24,50	6,00	38,00	7,69	0,976	0,312
SSZ	55,02	56,00	26,00	79,00	10,58	0,973	0,245
SSE	50,98	51,50	27,00	71,00	11,25	0,978	0,389
SSU	46,77	46,00	24,00	72,00	10,29	0,986	0,781
ACZ	20,93	21,00	8,00	36,00	5,69	0,988	0,864
PKT	17,09	17,50	5,00	25,00	6,06	0,927	0,002
Optymizm	12,61	13,00	0,00	23,00	5,73	0,972	0,225

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Radzenie sobie ze stresem a orientacja seksualna

W celu zbadania czy osoby homoseksualne różnią się od osób biseksualnych w zakresie stylów w sytuacjach stresowych oraz poziomem natężenia stresu, wykonano analizę testem Manna-Whitneya, w sytuacji niespełnienia założenia o normalności rozkładu, lub test t -Studenta, gdy założenie o normalności zostało spełnione (tabela 4).

Tabela 4. Style radzenia sobie ze stresem a orientacja seksualna – wyniki testu t -Studenta i Manna-Whitneya

Zmienna	Testy t					Jednorodność wariancji		
	Średnia homoseksualna	Średnia biseksualna	t	df	p	Levene'a	Df	p
SSZ	58,24	55,02	1,647	108	0,102	0,027	108	0,869
SSE	50,26	50,98	-0,303	108	0,763	3,113	108	0,081
SSU	46,63	46,77	-0,076	108	0,940	1,870	108	0,174
ACZ	20,48	20,93	-0,406	108	0,686	0,295	108	0,588
Test U Manna-Whitneya								
Zmienna	Suma rang homoseksualna	Suma rang biseksualna	U	Z	p			
PKT	3079,50	3025,50	1429,50	0,490	0,624			

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Osoby homoseksualne w skali SSZ uzyskały średni wynik wyższy ($M = 58,24$) niż osoby, które deklarują orientację biseksualną ($M = 55,02$). Różnice między badanymi grupami nie są jednak istotne statystycznie ($t = 1,647$; $df = 108$; $p = 0,102$).

W skali SSE osoby homoseksualne uzyskały średnio 50,26 punktów, natomiast biseksualne 50,98 punktów. Różnica ta nie jest istotna statystycznie ($t = -0,304$; $df = 108$; $p = 0,763$). W zakresie SSU nie wykazano istotnych statystycznie różnic między porównywanymi grupami ($t = -0,076$; $df = 108$; $p = 0,940$). Zarówno osoby homoseksualne, jak i biseksualne uzyskały średnio niecałe 47 punktów.

Biorąc pod uwagę wyniki z podskali PKT, różnice między grupami także okazały się być nieistotne statystycznie ($U = 1429,5$; $Z = 0,49$;

$p = 0,624$), a w obu grupach przeciętnie uzyskano 17,50 pkt. Podobnie też było w przypadku podskali ACZ, w której różnic nie wykazano ($t = -0,406$; $df = 108$; $p = 0,686$). Osoby homoseksualne uzyskały średnio 20,48 pkt., natomiast biseksualne 20,93 pkt.

W kolejnym kroku zbadano, czy orientacja seksualna wpływa na natężenie spostrzeganego stresu (tabela 5).

Tabela 5. Natężenie stresu a orientacja seksualna – wyniki testu *t*-Studenta

Zmienna	Testy <i>t</i>					Jednorodność wariancji		
	Średnia homoseksualna	Średnia biseksualna	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	Levene'a	<i>df</i>	<i>p</i>
PSS10	21,96	23,61	-1,090	109	0,278	0,233	109	0,630

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Przeprowadzona analiza z wykorzystaniem testu *t*-Studenta nie wykazała istotnych statystycznie różnic między osobami homoseksualnymi oraz biseksualnymi w zakresie natężenia spostrzeganego stresu ($t = -1,09$; $df = 109$; $p = 0,278$). Osoby które są homoseksualne średnio uzyskały 21,96 pkt., natomiast biseksualne średnio 23,61 pkt., co stanowi wynik w zakresie 7–8 stenu wskazujący na wysoki poziom stresu.

Optymistyczne nastawienie do życia a style radzenia sobie ze stresem

Zbadano, czy osoby biseksualne różnią się od homoseksualnych w zakresie poziomu optymizmu. W tym celu przeprowadzono analizę z wykorzystaniem testu *t*-Studenta (tabela 6).

Tabela 6. Optymistyczne nastawienie do życia a orientacja seksualna

Zmienna	Test <i>U</i> Manna-Whitneya				
	Suma rang homoseksualna	Suma rang biseksualna	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Optymizm	3147,50	3068,50	1472,500	0,395	0,693

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych różnic między osobami homoseksualnymi i biseksualnymi w zakresie poziomu odczuwanego optymizmu ($U = 1472,5$; $Z = 0,395$; $p = 0,693$).

Analizie poddano także relację pomiędzy optymizmem a koncentracją w sytuacjach stresowych w grupie osób biseksualnych i homoseksualnych (tabele 7 i 8).

Tabela 7. Wyniki korelacji Pearsona oraz rang Spearmana – osoby biseksualne

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana			Korelacja Pearsona	
	ρ	$t(N-2)$	p	r	p
SSZ & LOT	0,492***	4,150	<0,001	0,482***	<0,001
SSE & LOT	-0,443**	-3,628	0,001	-0,462***	<0,001
SSU & LOT	0,227	1,712	0,093	0,198	0,144
ACZ & LOT	-0,165	-1,230	0,224	-0,172	0,204
PKT & LOT	0,489***	4,124	<0,001	0,487***	<0,001

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

istotne na poziomie $p < 0,01$ *istotne na poziomie $p < 0,001$

Przeprowadzona analiza wykazała istotną statystycznie dodatnią zależność między poziomem optymizmu a SSZ ($r = 0,482$, $p < 0,001$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu optymizmu osoby biseksualne częściej podejmują działania w sytuacjach trudnych lub stresowych oparte na zadaniu. Natomiast zależność między poziomem optymizmu a SSE jest ujemna ($r = -0,462$, $p < 0,001$) – wraz ze wzrostem poziomu optymizmu maleje prawdopodobieństwo podejmowania działania w sytuacjach trudnych lub stresowych opartego na emocjach.

W badaniach wykazano również istotną dodatnią zależność między optymizmem a PPT ($\rho = 0,489$, $p < 0,001$). Oznacza to, że osoby z większym poziomem optymizmu częściej w sytuacjach stresowych poszukują kontaktów towarzyskich.

Tabela 8. Wyniki korelacji rang Spermana – osoby homoseksualne

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana		
	ρ	$t(N-2)$	p
SSZ & LOT	0,366**	2,835	0,007
SSE & LOT	-0,780***	-8,974	<0,001
SSU & LOT	-0,058	-0,422	0,675
ACZ & LOT	-0,196	-1,440	0,156
PKT & LOT	0,226	1,676	0,100

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

istotne na poziomie $p < 0,01$ *istotne na poziomie $p < 0,001$

W grupie osób homoseksualnych przeprowadzona analiza wykazała istotną statystycznie dodatnią zależność między poziomem optymizmu a SSZ ($\rho = 0,366$, $p = 0,007$) – wraz ze wzrostem poziomu optymizmu osoby homoseksualne częściej podejmują działania w sytuacjach trudnych lub stresowych oparte na zadaniu. Natomiast zależność między poziomem optymizmu a SSE jest silna i ujemna ($\rho = -0,780$, $p < 0,001$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu optymizmu maleje prawdopodobieństwo podejmowania działania w sytuacjach trudnych lub stresowych opartego na emocjach.

Natężenie spostrzeganego stresu a style radzenia sobie w sytuacjach stresowych

Dodatkowo zbadano, czy poziom natężenia stresu determinuje styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Analizy przeprowadzono odrębnie w grupie osób homoseksualnych oraz biseksualnych.

W celu zbadania istotności wpływu przeprowadzono analizę korelacji Pearsona oraz rang Spermana (tabela 9).

W grupie osób, które deklarują orientację biseksualną wykazano, że wraz ze wzrostem natężenia stresu wykorzystywany jest najczęściej SSE ($r = 0,666$; $p < 0,001$). Wyniki te wskazały na silną dodatnią zależność, podczas gdy ujemną korelację zauważono między poczuciem natężenia stresu a stosowaniem SSZ ($r = -0,330$; $p = 0,013$).

Tabela 9. Wyniki korelacji Pearsona oraz rang Spermana – osoby biseksualne

Styl	Korelacja porządku rang Spearmana			Korelacja Pearsona	
	ρ	$t(N-2)$	p	r	p
SSZ & PSS10	-0,391**	-3,120	0,003	-0,330*	0,013
SSE & PSS10	0,650***	6,282	<0,001	0,666***	<0,001
SSU & PSS10	-0,062	-0,460	0,648	-0,002	0,990
ACZ & PSS10	-0,017	-0,127	0,900	0,022	0,873
PKT & PSS10	-0,087	-0,641	0,524	-0,095	0,485

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

*istotne na poziomie $p < 0,05$ **istotne na poziomie $p < 0,01$ ***istotne na poziomie $p < 0,001$

Tabela 10. Wyniki korelacji Pearsona oraz rang Spermana – osoby homoseksualne

Styl	Korelacja porządku rang Spearmana			Korelacja Pearsona	
	ρ	$t(N-2)$	p	r	p
SSZ & PSS10	-0,171	-1,249	0,217	-0,199	0,149
SSE & PSS10	0,868	12,614	<0,001	0,855***	<0,001
SSU & PSS10	0,221	1,631	0,109	0,234	0,088
ACZ & PSS10	0,368	2,852	0,006	0,368***	<0,001
PKT & PSS10	-0,121	-0,878	0,384	-0,167	0,228

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

istotne na poziomie $p < 0,01$ *istotne na poziomie $p < 0,001$

W grupie osób homoseksualnych również wykazano, że wraz ze wzrostem natężenia stresu wykorzystywany jest SSE ($r = 0,855$; $p < 0,001$) i że zależność ta jest silniejsza niż w przypadku osób biseksualnych. Również dodatnią, jednak umiarkowaną korelację, zauważono między poczuciem natężenia stresu a stosowaniem stylu ACZ ($r = 0,368$; $p < 0,001$) (tabela 10).

Poziom stresu a bycie w związku

Zbadano, czy stres wpływa na relację w związku w grupie osób biseksualnych i homoseksualnych. W tym celu sprawdzono, czy osoby, które są

w związku, różnią się pod względem odczuwanego stresu od osób, które nie mają stałego partnera (tabela 11).

Tabela 11. Natężenie stresu a bycie w związku – wyniki testu *t*-Studenta

Orientacja	Testy <i>t</i>					Tjednorodność wariacji		
	Średnia 'jest w związku'	Średnia „nie jest w związku”	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	Levene’a	<i>df</i>	<i>p</i>
biseksualna	21,00	26,41	-2,787	54	0,007	0,241	54	0,625
homoseksualna	19,72	23,83	-1,899	53	0,063	0,031	53	0,861

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Analiza wskazuje, że osoby biseksualne istotnie różnicuje poziom stresu w zależności od tego, czy są obecnie w związku czy też nie ($t = -2,787$, $df = 54$, $p = 0,007$). Można zauważyć, że osoby będące w związku odczuwają istotnie niższy średni poziom stresu ($M = 21$) w porównaniu z osobami, które nie znajdują się w związku ($M = 26,41$). Podobnie w przypadku osób homoseksualnych – badani, którzy są aktualnie w związku odczuwają niższy poziom stresu ($M = 19,72$) w porównaniu z osobami, które nie mają stałego partnera ($M = 23,83$). Różnica ta jest jednak na granicy istotności statystycznej ($t = -1,899$, $df = 53$, $p = 0,063$).

Dyskusja

Jednym z kluczowych elementów badania było sprawdzenie występowania różnic w zakresie stosowanych stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych osób homoseksualnych oraz biseksualnych.

Wykazane prawidłowości polegają na większej gotowości osób homoseksualnych do stosowania w sytuacjach stresowych koncentrowania się na zadaniu w porównaniu z osobami biseksualnymi. Natomiast w zakresie stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach osoby homoseksualne uzyskały średnio wyniki zbliżone do osób biseksualnych, wskazując na przeciętne nastawianie się na emocje w sytuacji stresowej. W zakresie stylu skoncentrowanego na unikaniu nie wykazano istotnych statystycznie

różnic między porównywanymi grupami. Osoby homoseksualne i biseksualne uzyskały średnio niecałe 47 pkt., co wpisuje się w przeciętny poziom. Również biorąc pod uwagę zarówno pierwszą z podskali SSU – angażowanie się w czynności zastępcze, jak i drugą – poszukiwanie kontaktów towarzyskich, różnice między grupami także okazały się być nieistotne statystycznie. Niemniej jednak badania dowodzą, że zarówno osoby biseksualne, jak też homoseksualne częściej w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do angażowania się w czynności zastępcze niż do poszukiwania kontaktów towarzyskich.

Osoby deklarujące orientację homoseksualną oraz biseksualną uzyskały przeciętny wyniki w zakresie 7–8 stenu wskazujący na wysoki poziom stresu. Również nie wykazano istotnych różnic w zakresie poziomu odczuwanego optymizmu.

Ważnym w kontekście badań poziomu stresu osób LGBT wydaje się związek poziomu optymizmu ze stylem postępowania w sytuacjach stresowych, polegający na większej gotowości osób przejawiających wyższy poziom optymizmu do stosowania stylu opartego na działaniu. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu optymizmu osoby biseksualne i homoseksualne częściej podejmują działania w sytuacjach trudnych lub stresowych oparte na zadaniu, a prawdopodobieństwo podejmowania działania opartego na emocjach maleje. Kolejna wykazana prawidłowość dotyczy stosowania w sytuacjach stresowych stylu związanego z poszukiwaniem kontaktów towarzyskich, polegająca na tym, że osoby z większym poziomem optymizmu częściej w takich sytuacjach poszukują kontaktów. Sposób postępowania w sytuacjach stresowych niewątpliwie zależy od poziomu odczuwanego stresu. W grupie osób deklarujących orientację biseksualną oraz homoseksualną wykazano, że wraz ze wzrostem natężenia stresu wykorzystywany jest najczęściej styl skoncentrowany na emocjach. Ujemną korelację zauważono między poczuciem natężenia stresu a stosowaniem stylu skoncentrowanego na zadaniu. Dodatkowo warto zaznaczyć, że osoby homoseksualne wykazują większą tendencję do emocjonalnego przeżywania sytuacji stresowych i charakteryzuje je zwiększona

tendencja do angażowania się w czynności zastępcze w takich sytuacjach.

Przeprowadzona analiza wskazała na ważny czynnik socjogeograficzny, który determinuje poziom stresu osób LGBT. Udowodniono, że zarówno osoby biseksualne, jak też homoseksualne, które są w związku, odczuwają istotnie niższy średni poziom stresu.

Wykazano też prawidłowości związane z poziomem stresu osób LGBT, czynnikami determinującymi jego nasilenie, jak też sposobami postępowania w sytuacjach trudnych, z którymi badani z tego środowiska spotykają się na co dzień.

Odnosząc do przekazu dostępnego w literaturze uzyskane wyniki badań osób z grup mniejszościowych, należy na wstępie przytoczyć niezaprzeczalne stwierdzenie, że prawa człowieka są prawami niezbywalnymi, przynależnymi każdej istocie ludzkiej. Mają one uniwersalny charakter i należą do powszechnych praw moralnych (Meyer, 2003). Problematyka nietolerancji jest niezmiennie istotnym problemem obecnych czasów. W każdym aspekcie ludzkiego życia spotykamy się z dyskryminacją ze względu na płeć, rasę, wyznawaną religię czy orientację seksualną (Corrêa, Muntarbhorn, 2009; Bojarska, 2007).

Różnorodne, zagnieżdżone w społeczeństwie stereotypy, brak poczucia tolerancji, czy nieumiejętność uwrażliwienia na problemy drugiego człowieka często znajdują swoje ujście w mowie nienawiści. Sytuacja niezrozumienia i agresja ze strony innych osób przyczynia się do narastającego poczucia stresu. Długotrwale utrzymujący się stres może powodować zmiany w psychice ofiary, potęgować narastające poczucie zagrożenia oraz braku zapewnionego poczucia bezpieczeństwa, czy wreszcie obniżenie własnej wartości (Świder, Winiewski, 2017). Poczucie wyeliminowania, beznadziejności i braku perspektyw na poprawę sytuacji niejednokrotnie jest przyczyną depresji, czy pojawiających się myśli samobójczych.

W badaniach prowadzonych na całym świecie (Meyer, 2003; Wicki i in., 2021) ważnym aspektem jest badanie skutków odczuwanego stresu mniejszościowego wśród osób z różną orientacją seksualną. Praca Randolpha Chana i in. (2020) przedstawiono, że osoby biseksualne wykazywały

wyższy poziom objawów depresyjnych i lękowych niż osoby homoseksualne, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Modelowanie równań strukturalnych wykazało, że osoby biseksualne częściej zgłaszały niepewność co do tożsamości, ukrywały swoją orientację seksualną i miały słabsze poczucie więzi ze społecznością LGBT, co z kolei wiązało się z większymi objawami afektywnymi i gorszym samopoczuciem psychicznym, które prowadziło do wzmożonego poczucia stresu i wykluczenia.

Przeprowadzona analiza w ramach badań własnych nie wykazała istotnych różnic między osobami homoseksualnymi oraz biseksualnymi w zakresie natężenia spostrzeganego stresu. Osoby LGBT wykazywały wysoki poziom stresu, niezależnie od deklarowanej orientacji.

Jednym z kluczowych elementów badania było sprawdzenie występowania różnic w zakresie stosowanych stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych osób homoseksualnych oraz biseksualnych. Badania naukowe dowodzą, że wciąż mamy niedostateczną wiedzę na temat tego, jak osoby LGBT radzą sobie ze stresorami mniejszościowymi związanymi z orientacją seksualną (Toomey i in., 2018; Craig, 2013). W badaniach prowadzonych przez Theo Sandforta i in. (2009) wykazano, że mężczyźni homoseksualni i biseksualni częściej niż mężczyźni heteroseksualni stosowali strategię radzenia sobie ze stresem zorientowane na emocjach i unikaniu.

Wykazana w niniejszym opracowaniu prawidłowość polega na większej koncentracji na zadaniu w sytuacjach stresowych osób homoseksualnych w porównaniu z osobami biseksualnymi. W zakresie stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach osoby homoseksualne uzyskały średnie wyniki zbliżone do osób biseksualnych, wskazując na przeciętne nastawianie się na emocje. Nie wykazano także istotnych statystycznie różnic między porównywanymi grupami w zakresie unikania w sytuacji stresu. Dodatkowo badania dowodzą, że zarówno osoby biseksualne, jak też homoseksualne częściej w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do angażowania się w czynności zastępcze niż do poszukiwania kontaktów towarzyskich. W badaniach Russela Toomeya i in. (2018) również wykazano stosowanie w sytuacjach stresowych strategii specyficznych dla LGBT, takich jak poszukiwanie alternatyw, polegające na angażowaniu się w sytuacje zastępcze.

Istnieje wiele badań dotyczących strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych wśród populacji dorosłych oraz ich związku ze zdrowiem fizycznym i psychicznym (Lewinson i in., 2015). W badaniach własnych wykazano, że wraz ze wzrostem natężenia stresu wykorzystywany jest najczęściej styl skoncentrowany na emocjach. Ujemną korelację zauważono między poczuciem natężenia stresu a stosowaniem stylu skoncentrowanego na zadaniu. Dodatkowo warto zaznaczyć, że osoby homoseksualne wykazują większą tendencję do emocjonalnego przeżywania sytuacji stresowych; osoby homoseksualne wykazują zwiększoną tendencję do angażowania się w czynności zastępcze w sytuacjach stresowych.

W badaniach Roberta Cramera i in. (2016) dowiedziono, że szukanie wsparcia społecznego, zatrzymywanie nieprzyjemnych emocji, skoncentrowanie na problemie, pasywne radzenie sobie polegające na unikaniu, wiąże się z narastającym poczuciem stresu oraz objawami depresji, lęku i ogólnego niepokoju osób LGBT.

W innych badaniach (Compas i in., 2001) wykazano, że strategie podjęcia do radzenia sobie w sytuacjach stresowych (np. poszukiwanie wsparcia, rozwiązywanie problemów) były generalnie związane z pozytywnym dostosowaniem do sytuacji. Natomiast strategie oparte na unikaniu były konsekwentnie związane z negatywnym dostosowaniem.

Zarówno homoseksualizm, jak też biseksualizm w wielu miejscach na świecie wzbudza kontrowersje (Craig, 2013; Goldbach, Gibbs, 2015). Osoby LGBT spotykają się niejednokrotnie z ogromnym niezrozumieniem społecznym i brakiem akceptacji. Dlatego niezmiernie istotna wydaje się potrzeba badania czynników stresu i metod radzenia sobie z nim wśród osób LGBT.

Podsumowanie

1. Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic między osobami homoseksualnymi oraz biseksualnymi w zakresie natężenia spostrzeganego stresu.

2. Nie wykazano istotnych różnic między osobami biseksualnymi i homoseksualnymi w zakresie radzenia sobie ze stresem.
3. W wybranych wymiarach radzenia sobie ze stresem wykazano istotny wpływ poziomu optymizmu zarówno wśród osób biseksualnych, jak i homoseksualnych.
4. Osoby, które są w związku – zarówno w grupie osób biseksualnych, jak i homoseksualnych – odczuwają istotnie niższy średni poziom stresu w porównaniu z osobami, które pozostają same.

Bibliografia

- Bojarska K. (2007), *Badania pilotażowe: osoby homo- i biseksualne wobec heteroseksizmu, heteronormatywności i homofobii. Społeczna opresja jako wyznacznik powtarzalnych wzorców reakcji obronnych*, [w:] G. Chojnacka-Szawłowska, B. Pastwa-Wojciechowska (red.), *Kliniczne i sądowo-penitencjarne aspekty funkcjonowania człowieka*, OW Impuls–Uniwersytet Gdański, Kraków–Gdańsk, s. 273–280.
- Butler J. (2008), *Uwikłani w płęć: feminizm i polityka tożsamości*, tłum. K. Krasuska, wstęp. O. Tokarczuk, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
- Chan R.C.H., Operario D., Mak W.W.S. (2020), *Bisexual individuals are at greater risk of poor mental health than lesbians and gay men: The mediating role of sexual identity stress at multiple levels*, „Journal of Affective Disorders”, Vol. 260, s. 292–301, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.020>.
- Compas B.E., Connor-Smith J.K., Saltzman H., Thomsen A.H., Wadsworth M.E. (2001), *Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research*, „Psychological Bulletin”, Vol. 127, No. 1, s. 87–127, <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>.
- Corrêa S.O., Muntarbhorn V. (2009), *Wprowadzenie do Zasad Yogyakarty*, [w:] K. Remin (red.), *Zasady Yogyakarty. Zasady stosowania międzynarodowego prawa praw człowieka w stosunku do orientacji seksualnej oraz tożsamości płciowej*, tłum. A. Bodnar i in., Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa, s. 23–24.
- Craig S.L. (2013), *Affirmative Supportive Safe and Empowering Talk (ASSET): Leveraging the strengths and resiliencies of sexual minority youth in school-based groups*, „Journal of LGBT Issues in Counseling”, Vol. 7, Issue 4, s. 372–386, <https://doi.org/10.1080/15538605.2013.839342>.
- Craig S.L., Leung V.W.Y., Pascoe R., Pang N., Iacono G., Austin A., Dillon F. (2021), *AFFIRM online: Utilising an affirmative cognitive-behavioural digital*

- intervention to improve mental health, access, and engagement among LGB-TQA+ Youth and Young Adults*, „International Journal of Environmental Research Public Health”, Vol. 18, No. 4, 1541, <https://doi.org/10.3390/ijerph18041541>.
- Cramer R.J., Johnson J.C., Crosby J.W., Henderson C.E., La Guardia A.C., Stroud C.H. (2016), *Personality, coping and mental health among lesbian, gay, and bisexual community members*, „Personality and Individual Differences”, Vol. 96, s. 272–278, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.025>.
- Falewicz A. (2017), *Psychologiczne koncepcje stresu i radzenia sobie*, „Studia Paradyskie”, t. 27, s. 279–293.
- Goldbach J.T., Gibbs J.J. (2015), *Strategies employed by sexual minority adolescents to cope with minority stress*, „Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity”, Vol. 2, No. 3, s. 297–306, <https://doi.org/10.1037/sgd0000124>.
- Grygorczuk A. (2008), *Pojęcie stresu w medycynie i psychologii*, „Psychiatria”, t. 5, nr 3, s. 111–115.
- Heszen I. (2016), *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*, WN PWN, Warszawa.
- Iniewicz G. (2015), *Stres mniejszościowy u osób biseksualnych i homoseksualnych: w poszukiwaniu czynników ryzyka i czynników chroniących*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Iniewicz G., Grabski B., Mijas M. (2012), *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – rola stresu mniejszościowego*, „Psychiatria Polska”, t. 46, nr 4, s. 649–663.
- Iniewicz G., Mijas M., Grabski B. (red.) (2012), *Wprowadzenie do psychologii LGB*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009), *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- Kaczmarek A., Curyło-Sikora P. (2016), *Problematyka stresu – przegląd koncepcji*, „Hygeia Public Health”, t. 51, nr 4, s. 317–321.
- Kowalczyk R., Tritt R.J., Lew-Starowicz Z. (red.) (2016), *LGB: Zdrowie psychiczne i seksualne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stres, appraisal and coping*, Springer Publishing Company New York.
- Lewinson T., Hurt K., Hughes A.K. (2015), *“I overcame that with God’s hand on me”: Religion and spirituality among older adults to cope with stressful life situations*, „Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought”, Vol. 34, Issue 3, s. 285–303, <https://doi.org/10.1080/15426432.2015.1009610>.
- Meyer I.H. (2003), *Minority stress and mental health in gay men*, [w:] L.D. Garnets, D.C. Kimmel (eds.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences*, 2nd ed., Columbia University Press, New York, s. 699–731.

- Michałowska E. (2016), *Być gejem. Mężczyźni homoseksualni o swoim funkcjonowaniu w społeczeństwie*, „Interdyscyplinarne Studia Społeczne”, t. 1, nr 1, s. 39–57.
- Poprawa R., Juczyński Z. (2012), *Test Orientacji Życiowej – LOT-R*, [w:] Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, wyd. 2, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, s. 61–66.
- Potempa K. (2013), *Optymizm a zdrowie*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 19, nr 2, s. 130–134.
- Sandfort T.G.M., Bakker F., Schellevis F., Vanwesenbeeck I. (2009), *Coping styles as mediator of sexual orientation-related health differences*, „Archives of Sexual Behavior”, Vol. 38, No. 2, s. 253–263, <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9233-9>.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. (2007), *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- Świder M., Winiewski S. (red.) (2017), *Sytuacja społeczna osób LGBTa w Polsce. Raport za lata 2015–2016*, Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa.
- Toomey R.B., Ryan C., Diaz R.M., Russell S.T. (2018), *Coping with sexual orientation-related minority stress*, „Journal of Homosexuality”, Vol. 65, No. 4, s. 484–500, <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321888>.
- Wicki M., Marmet S., Studer J., Epaulard O., Gmel G. (2021), *Curvilinear associations between sexual orientation and problematic substance use, behavioural addictions and mental health among young Swiss men*, „Addictive Behaviors”, Vol. 112, 106609, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106609>.

Dorota Kubacka-Jasiecka

Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego /
Faculty of Psychology, Pedagogy and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland
ORCID: 0000-0002-8017-032X

DOŚWIADCZENIE MENOPAUZY A WSPÓŁCZESNY CZAS KRYZYSU „PRZEŁOMU ŻYCIA” U KOBIET I MĘŻCZYZN

The experience of menopause in the light of the contemporary turn
of the age crisis of women and men

Streszczenie

Doświadczenie menopauzy i wpływ na jakość życia kobiet przybiera w wielu wypadkach (u ok. 30% badanych kobiet) wymiar kryzysu emocjonalnego, zwanego menopauzalnym. Wnioski z własnych badań empirycznych potwierdzają powiązanie kryzysu z nierozwiązanymi, nadal aktualnymi problemami wieku średniego; weryfikują tym samym tezę o przesuwaniu się współcześnie kryzysu „przełomu życia” na okres późniejszy niż normatywnie przyjmowany wiek ok. 45. r.ż. Hipoteza ta znalazła potwierdzenie również w badaniach grup męskich, w których problemy i nasilone objawy typowe dla tzw. kryzysu wieku średniego charakteryzowały mężczyzn starszych. Ponadto zaobserwowano nielimitowany i przewlekły przebieg kryzysów o charakterze rozwojowym w okresie dorosłości przypominających raczej długotrwałe stany transkryzysowe.

Słowa kluczowe: doświadczenie menopauzy, kryzys emocjonalny, kryzys wieku średniego, przełom życia, współczesność, stany transkryzysowe.

Abstract

Experiencing menopause and the accompanying disruption of cognitive-emotional balance allows of calling it a menopausal crisis, unnoticed so far in the publications about crises in adulthood. Experiencing menopause leads to crisis states as a result of unresolved crises occurring in people ca. 45 years old, preceding the period of menopause. The conclusions of the research suggest the necessity to revise the idea of the conceptualization of the so called midlife crisis. The paper includes the differentiation between the problem of midlife (35–40 years old) confronting dreams and plans from youth with the adult reality and the issue of looking back at one's personal achievements in the light of the passing time and the age limiting the ability to perform various life activities. I propose to call the psychological crises occurring at the age of 45 (and later) the crises of life activities change.

Key words: the experience of menopause, emotional crisis, midlife crisis, transcrisis states

Opracowanie podejmuje zagadnienie relacji między doświadczeniem menopauzy a kryzysem wieku średniego. Symptomy menopauzy potęgują napięcie i niepokój, nadając fizjologicznie normatywnemu zjawisku ważne psychospołecznie, niekiedy symboliczne znaczenie. Ich nakładanie się na nierozwiązane kryzysy połowy życia może skutkować stanami kryzysowymi, nazywanymi menopauzalnymi, będącymi w istocie opóźnionymi kryzysami wieku średniego. Wyniki badań grup męskich (młodszej i starszej) wspierają pośrednio hipotezę późniejszego współcześnie występowania kryzysu wieku średniego u obu płci, nakładania się nierozwiązanych wcześniej problemów na kolejne etapy biegu życia.

Doświadczenie kobiecej menopauzy

Objawy okołomenopauzalne

Menopauza, trwałe ustanie menstruacji w efekcie utraty funkcji tworzenia pęcherzyków jajnikowych, wyraźnie rozgranicza dwa biologiczne okresy życia kobiety: dominacji funkcji rozrodczych i pomenopauzalny. Zgodnie z badaniami WHO czas ten przypada średnio na 51. r.ż., ale w każdym wypadku jest uwarunkowany wieloma czynnikami indywidualnymi (np.

długością cyklu, dietą, stosowanymi używkami) (Bielawska-Batorowicz, 2006). W okresie okołomenopauzalnym występują specyficzne objawy związane ze zmianami hormonalnymi (np. uderzenia gorąca, poty), niespecyficzne objawy somatyczne (bóle mięśni i stawów, zawroty głowy, drętwienia i wiele innych) oraz objawy psychiczne charakterystyczne dla niepokoju (np. lęk, pobudzenie, problemy ze snem) i depresji (np. smutek, płaczliwość, utrata energii). Nasilenie i długość trwania objawów są zróżnicowane indywidualnie, w dużym stopniu zależne od stanu psychicznego kobiety i subiektywnego znaczenia przypisywanego menopauzie.

„Męska menopauza”, czyli andropauza, nazywana też wiropauzą, oznacza okres stopniowego obniżania się sekrecji hormonalnej u mężczyzn, któremu zasadniczo towarzyszą dolegliwości fizyczne, rzadziej psychiczne. Tematyką utraty siły, sprawności seksualnej oraz problemów psychologicznych u mężczyzn wraz z postępem procesów starzenia się zainteresowano się w XIX w., a termin andropauzy pojawił się w nauce przed I wojną światową, wraz z obserwacją objawów analogicznych do menopauzy kobiecej.

Trudności diagnozowania andropauzy, z uwagi na brak jednoznacznych kryteriów jej wystąpienia, przyczyniają się do podważania przez niektórych badaczy zasadności jej wyodrębniania i zestawiania z menopauzą kobietą (Rabijewski, Zgliczyński, 2009). Zmiany biologiczne, naczynioruchowe oraz psychiczne, zachodzące zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, nie są takie same u obu płci – późniejszy jest czas andropauzy, inna dynamika przemian, konsekwencje życiowe, a zwłaszcza problematyka psychologiczna, są inne. Ostatnia kategoria dotyczy najczęściej trudności pracy zawodowej, spadku poczucia atrakcyjności i sprawności seksualnej, pogorszenia relacji rodzinnych i partnerskich, typowych dla okresów późnej dorosłości i starości (Jarecka, Bielawska-Batorowicz, 2021).

Menopauza na tle biegu życia

Doświadczenie menopauzy występuje zazwyczaj po 50. r.ż. i zgodnie z teorią zadań rozwojowych Roberta J. Havighursta (1953) przypada pod

koniec tzw. środkowego okresu dorosłości obejmującego lata między 30. a 55. r.ż.; okresu charakteryzującego się wysoką produktywnością oraz odpowiedzialnością rodzinną i zawodową, a równocześnie wiążącego się z dużymi wymaganiami społecznymi. Specyfikę tego okresu wyznaczają zmieniające się z biegiem życia uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania człowieka. Z jednej strony obciążeniem mogą stać się wyłaniające się nowe obowiązki i funkcje zawodowe, z drugiej następuje konfrontacja aspiracji zawodowych z realnymi osiągnięciami. W tym okresie może również dochodzić do obniżania się wydajności pracy na skutek monotonii, narastającej rutyny, wypalenia zawodowego, wreszcie zamykania się perspektywy osiągnięć zawodowych w związku ze zbliżającym się wiekiem emerytalnym.

W okresie tym zachodzą zazwyczaj istotne, szczególnie dla kobiet, zmiany w życiu rodzinnym (Hunter, 2000, za: Bielawska-Batorowicz, 2006), które wiążą się z dorastaniem i usamodzielnianiem, a z czasem uniezależnianiem, dzieci od rodziców (syndrom „pustego gniazda”), przekształcaniem relacji i więzi małżeńskiej partnerów, zdanych odąd wyłącznie na siebie. Na szczególne obciążenie kobiet w tym okresie stresem przemian, lękiem przed samotnością i przyszłością zwraca uwagę Helena Sęk (1990).

Charakterystyka doświadczenia menopauzy – normatywnego, uwarunkowanego biologią ustroju kobiety zjawiska – musi więc uwzględniać specyfikę psychospołecznego funkcjonowania kobiety w tym okresie życia. Bernice L. Neugarten (1968, 1976; Neugarten, Datan, 1973) zwraca uwagę na nadmierne akcentowanie w problematyce przemian rozwojowych czasu biologicznego – wieku jednostki – a niedocenianie „zegara społecznego”. W tym kontekście duże znaczenie mają czynniki społeczno-kulturowe, silnie wiążące tożsamość kobiety z cielesnością, seksualnością i płodnością, wpływające na jakość jej relacji z otoczeniem oraz ich przemian w biegu życia (Kaschack, 1995; Pospiszył, 1992, czy Hunter, 2000, za: Bielawska-Batorowicz, 2006). Doświadczenie dolegliwości menopauzy wiąże się z poziomem akceptacji przemijania czasu, modyfikacji hierarchii wartości (zmniejszenia roli atrakcyjności wyglądu fizycznego

na rzecz tzw. dojrzałych wartości wewnętrznych), a także ustanowienia relacji z otoczeniem na nowych podstawach. Kobiecość przestaje być ważnym środkiem zdobywania zarówno poczucia bezpieczeństwa, jak i sympatii oraz szacunku otoczenia.

Problemy menopauzy komplikują spowodowane współczesnymi wartościami i wzorcami kulturowymi (młodości, urody i seksualności) pesymistyczne rozmyślenia oraz negatywny kształt bilansu życiowego. Istotną rolę odgrywają niedostatki niesatysfakcjonujących relacji partnerskich, poczucie utraty bezpieczeństwa i bezradność w obliczu upływu lat – umykającej urody i młodości. Zbigniew Lew-Starowicz (1991, 1992) obrazowo określa występujące po 40. r.ż. samopoczucie jako zespół paniki zamykających się drzwi.

Doświadczenie menopauzy jako źródło kryzysu

Doświadczenie menopauzy ma wysoce zindywidualizowany charakter – nie zawsze przebiega burzliwie czy wręcz dramatycznie. Sytuacja kobiet w okresie menopauzalnym może jednakże prowadzić do rozwoju stanów transkryzysowych, rzadziej – kryzysu. W ujęciu teorii psychosocjokulturowej Lee A. Hoff (1995) kryzys emocjonalny stanowi reakcję na współwystępowanie trzech rodzajów czynników: sytuacyjnych (wydarzenia krytyczne), socjokulturowych (uwarunkowania społeczno-ekonomiczne i obowiązujące powszechnie normy oraz wartości), a także związanych ze szczególnymi, przełomowymi fazami życia jednostki. Sytuacja życiowa kobiety w przełomowym okresie menopauzy, zależnie od jej niesatysfakcjonującej sytuacji rodzinnej, niedostatku wsparcia osób bliskich oraz negatywnego bilansu życia, stanowi potencjalne źródło kryzysu emocjonalnego. Nawet obiektywnie błahe wydarzenia mogą odegrać wówczas rolę czynnika spustowego, zwiastującego wystąpienie kryzysu.

Powstaje pytanie: jakie zależności występują między kryzysem menopauzy a kryzysem opisywanym jako kryzys połowy czy „przełomu życia”? Wielu badaczy próbuje utożsamiać z sobą oba rodzaje kryzysów, np. Robert G. Wells i Mary C. Wells (1993, s. 46) piszą wprost: „musimy pamiętać

o tym, że menopauza jest częścią czegoś większego – całego wieku średniego”. Łącząc menopauzę z kryzysem wieku średniego, piszą: „działają równolegle jako tandem” (tamże), przy czym trudno jest rozstrzygnąć, które z nich jest odpowiedzialne za występujące trudności i problemy. Natomiast w opinii Piotra Olesia i Magdaleny Baranowskiej (2003, s. 123) menopauza, a także syndrom „pustego gniazda”, „mogą spotkać się z kryzysem środka życia lub się na niego nakładać, a niekiedy mogą go nawet wywoływać, zwłaszcza gdy jest opóźniony, niemniej jednak zazwyczaj mają miejsce kilka lat później”. Poglądy te, ogólnie rzecz biorąc, są zbieżne ze stanowiskiem autorki opracowania.

Trudności i problemy w życiu kobiet po 55. r.ż., zwłaszcza w okresie późniejszym, wiążą się z wycofywaniem się z pracy zawodowej, zmianami rodzinnymi, częstokroć utratą zdrowia i sił życiowych, narastającym poczuciem pustki, jałowości życia i braku jego sensu. W miarę upływu czasu skraca się perspektywa życia, narasta świadomość zbliżania się jego końca. Warunkiem pozytywnego przejścia i rozwiązania tych późnych stanów kryzysowych staje się akceptacja nieuchronności schyłku każdego życia i pogodzenie się z koniecznością własnego odejścia. Niedostrzeżenie, „zacieranie” różnicowania tematyki kryzysów w różnych fazach biegu dorosłego życia, powiązanej z charakterystyką danego okresu, nie wydaje się zasadne z perspektywy możliwości pomocy psychologicznej o charakterze interwencyjno-terapeutycznym.

Problemy rozwoju w dorosłości

Rozwój a zjawiska kryzysowe

Rozwój w dorosłości stanowi być może najbardziej istotne zagadnienie współczesnej psychologii tego okresu życia. Zarówno teorie stadialne, jak i antystadialne akcentują ciągłość rozwoju w całym biegu życia ludzkiego (por. Przetacznik-Gierowska, 1988). Podejście stadialne, szczególnie koncepcje organizmiczne, akcentują występowanie rozwojowych skokowych zmian jakościowych w okresie dorosłości dotyczących osobowości, przekonań, czy systemów wartości. Większość modeli rozwoju w dorosłości

uwzględnia rolę zjawisk kryzysowych w inicjowaniu procesów przemian. Teorie Erika H. Eriksona (1997) i Daniela J. Levinsona (1986) ujmują rozwój w biegu życia jako szereg przeplatających się okresów stabilizacji i kryzysowego chaosu, w których ścierają się przeciwstawne dążenia, postawy i wartości. O ile u Eriksona rozwój ma w znaczącej mierze charakter biologiczny i epigenetyczny, o tyle u Levinsona (1977) przemiany w dorosłości (dotyczące koncepcji własnej osoby, redefinicji celów i wartości oraz zmiany w relacji z innymi) mają zasadniczo charakter społeczny.

Do kryzysów emocjonalnych dochodzi, gdy jednostka zostaje zmuszona do konfrontacji z wydarzeniami życiowymi, w subiektywnej ocenie wyjątkowo ważkimi, ale których nie jest zdolna ani zaakceptować, ani im się przeciwstawić czy też wyeliminować. Narastające napięcie i chaos emocjonalny sprzyjają rozwojowi stanów transkryzysowych i kryzysowych (James, Gilliland, 2004; Kubacka-Jasiecka, 2012).

Zdaniem Klause F. Riegela (1975) wystąpienie kryzysu rozwojowego wynika z „dysharmonii między sferą biologiczną i psychiczną, a rozwiązanie zmierza ku ponownej integracji w wyniku zmian zachodzących w sferze psychicznej” (za: Oleś, 2011, s. 182). W kryzysach rozwoju, podobnie jak w kryzysach sytuacyjnych, konieczna jest zmiana przekonań oraz systemu wartości, jednakże przemiany te są rozłożone w czasie, „[...] są niejako przygotowane przez ciąg przemian zachodzących w organizmie, psychice i sytuacji psychospołecznej człowieka” (tamże). Można więc wręcz mówić o ich paranormatywnym charakterze. Rozwój w dorosłości jest wpisany w naturę ludzką, ale jego kształt nie jest zadany, lecz jest wynikiem wolnego wyboru jednostki.

Warunkiem konstruktywnego rozwiązywania, przechodzenia kryzysów rozwoju w dorosłości jest zdolność wprowadzania zmian życiowych bądź przemiany własnej osoby, koncepcji Ja lub zachowania. Rozwiązanie kryzysu wieku średniego może polegać w ostateczności na transformacji (dzięki eriksonowskiej cnocie mądrości) lęku przed śmiercią w doświadczenie afirmacji upływu lat i nadejścia schyłku życia. Dążenie do akceptacji i realizacji zmian życiowych stanowi o możliwościach rozwojowych jednostki. W rezultacie pozytywnego przejścia kryzysu pojawiają się nowe

postawy i zachowania – efekt rozwoju i dojrzewania. Psychologia kryzysu akcentuje znaczącą rolę zjawisk kryzysowych w otwieraniu przestrzeni dalszego rozwoju i wzrostu – „posiewanie ziarna rozwoju” czy „drugie narodziny” – stanowiących szansę rozwoju jednostki w każdym momencie jej dorosłego życia.

Spośród kryzysów rozwoju stosunkowo największe zainteresowanie badaczy wzbudzały kryzysy dorastania (adolescencji) oraz kryzys połowy życia, inaczej „przełomu życia”, zwany też kryzysem wieku średniego. W obu tych rodzajach kryzysów, dotyczących całkowicie odmiennych okresów życia, znaczącą rolę odgrywa problematyka przemiany i krystalizowania się tożsamości jednostki. W okresie dorastania kształtuje się poczucie indywidualnej tożsamości, podczas gdy kryzys połowy życia to czas wątpliwości i niepokoju, wynikających z konfrontacji ustabilizowanej tożsamości, określonej przez dotychczasowe oczekiwania od życia, marzenia, podejmowane zadania, z aktualnymi, realnymi doświadczeniami i osiągnięciami życiowymi, a także z perspektywą przyszłości.

Kryzys wieku średniego – „przełomu życia”

Kryzys „przełomu życia”, przedmiot rozważań wielu znaczących badaczy oraz autorów beletrystyki, pozostaje nadal zjawiskiem wielowymiarowym i nie do końca poznanym. Kryzys ten, zwany też kryzysem wieku średniego czy połowy życia, to „proces intensywnych i subiektywnie trudnych przemian osobowości, które dotyczą koncepcji siebie, świata i wartości oraz zadań życiowych, a mogą wynikać z konfrontacji z faktem czasowej ograniczoności życia, reewaluacji dotychczas realizowanych dążeń życiowych i z konieczności adaptacji do zadań i ról typowych dla wieku średniego”, jak pisze Oleś (2000, s. 135), budując szeroką definicję kryzysu wieku średniego i nawiązując do procesu indywiduacji Carla G. Junga (1976). Mniej więcej w połowie życia dochodzi do przełomu, w czasie którego – w obliczu świadomości upływu czasu i skończoności życia – człowiek podejmuje świadomy wysiłek uwalniania się spod presji zadań biologicznych.

Zdaniem Anny Gałdowej (1992) istotą kryzysu „przełomu życia” jest zmiana postawy wobec świata zewnętrznego, będąca wynikiem rozwoju nastawienia refleksyjnego. Tym samym kryzys „przełomu życia” staje się częściej udziałem osób dojrzałych intelektualnie i refleksyjnych. Ważnym elementem kryzysu jest negatywne szacowanie własnego życia i perspektywy przyszłości. Znamionuje go niezadowolenie ze swego życia, kwestionowanie dotychczasowej koncepcji Ja, swoich dokonań i działań, łącznie z lękiem o przyszłość. Podstawowym, uniwersalnym problemem wieku średniego w ujęciu większości koncepcji pozostaje uświadomienie sobie skończoności perspektywy swojego życia. Sęk (1990) wyróżniła w kryzysie połowy życia aspekty specyficzne i niespecyficzne. Do aspektów specyficznych zaliczyła problemy egzystencjalne dotyczące sensu życia, własnej tożsamości czy relacji z otoczeniem; zjawisko bilansowania życia, najczęściej o wyniku negatywnym; planowanie zmian życiowych i stawianie nowych zadań. Do objawów niespecyficznych Sęk zaliczyła napięcie, poczucie dyskomfortu i zagubienia oraz drażliwość. Otwarcie się na nowe doświadczenia, gotowość dokonania zmian w swoim życiu pozwalają dzięki kryzysowi na przewartościowanie celów i dążeń prowadzących do zmian życiowych.

Podstawowym problemem wieku średniego pozostaje w wielu koncepcjach psychologicznych konieczność uświadomienia sobie nieuniknionej przemijalności życia – jego skończonej perspektywy. Odsuwanie od siebie tej świadomości uniemożliwia sensowne zagospodarowanie pozostałego czasu, podjęcie odpowiedzialności za dokonywane wybory i ostateczny kształt naszego życia. Dojrzała świadomość celu własnej egzystencji i sensu życia mogą aktualizować się w średnim okresie życia wobec poczucia niespełnionych planów i niedokończonych zadań (Allport, 1961; Pilecka, 1986). Rozwija się wówczas świadomość konieczności przemian, a dotychczasowe cele i zadania podlegają rewizji. Tym samym kryzys połowy życia może stać się szansą na rozwojowe przemiany, ale może także nieść zagrożenie negacji dotychczasowej tożsamości indywidualnej czy kolektywnej, prowadząc do stanów depresji (Jarymowicz, 1994; Oleś, 2000).

Kontrowersje wokół kryzysu wieku średniego

Piśmiennictwo przedmiotu ujawnia występowanie wielu kontrowersji wokół zjawiska kryzysu połowy życia. Najważniejsze kwestie łączą się z pytaniami: czy kryzys wieku średniego istnieje? czy rzeczywiście dotyczy tylko okresu połowy życia, jego przełomu? czy ma charakter uniwersalny – dotyczy wszystkich osób w wieku średnim – czy wyłącznie mężczyzn, czy też zarówno kobiet, jak i mężczyzn? czy tylko niektórych osób o określonych walorach indywidualnych – wykształconych, refleksyjnych, inteligentnych i otwartych na zmiany?

Współcześnie na plan pierwszy wysuwają się kontrowersje dotyczące wieku, w którym ujawniają się problemy połowy życia, przybierające niekiedy wymiar kryzysowy. W ujęciu autorów o tradycjach psychoanalitycznych kryzys występuje między 35. a 40. r.ż. Teoria Junga (1976) ujmuje prawidłowości przebiegu procesów dojrzewania w dorosłości, akcentując znaczenie przeżyć wewnętrznych rozszerzania świadomości skutkiem zmiany perspektywy czasu po „minięciu szczytu życia i rozpoczęciu wędrówki w dół” (tamże). Procesy indywidualizacji zachodzą w konsekwencji zwrócenia się ku światu wewnętrznemu, rozszerzaniu ego i integracji cienia – łączenia przeciwstawnych tendencji (młodość – starość, destrukcja – twórczość, męskość – kobiecość, więź z otoczeniem – oddzielenie), ale także bilansowaniu dokonań i porażek oraz kreowaniu niepowtarzalnej indywidualności (Gould, 1972, 1978).

Natomiast Levinson umieszcza kryzys połowy życia między 40. a 45. r.ż. (Levinson i in., 1978), podczas gdy Brim (1976, za: Oleś, 1994) plasuje go nawet w okresie do 50. r.ż. Gromski (za: Łukaszewski, 1984) mówi o „studni 40-latków”, polegającej na niekorzystnym bilansowaniu i negatywnych wynikach porównań z innymi. Czy chodzi również o kryzys wieku średniego? Wielu badaczy uważa, że może on wystąpić w każdym właściwie okresie życia do 60. r.ż. (Costa, McCrae, 1978; Sęk, 1990). Rozbieżności te muszą prowadzić do nieporozumień zarówno co do źródeł, jak i problematyki kryzysu wieku średniego.

Przełom wieków XX i XXI charakteryzujący się niespotykanym dotychczas tempem i jakością radykalnych przemian dotyczących

wszystkich dziedzin naszego życia pociągnął za sobą zmiany egzystencji oraz biologicznej i psychologicznej kondycji człowieka. Współczesność to czas przemian, sprzeczności, „płynności rzeczywistości” (Bauman, 2006); czas deficytu poczucia sensu własnego życia, poczucia osamotnienia i narastania indywidualizmu (Marody, 2014; Obuchowski, 2001). Zmaganie się z adaptacją i wyzwaniem przebudowy własnej tożsamości może skutkować niejednoznacznym sytuowaniem się tzw. kryzysu wieku średniego na linii życia zarówno kobiet, jak i mężczyzn.

Kryzys „połowy życia” w zależności od wieku, w którym do niego dochodzi, będzie miał odmienne źródła i mechanizmy, a jego konstruktywne rozwiązywanie różne znaczenie i konsekwencje życiowe – nie ma więc powodu określania ich tym samym terminem. Wpisanie kryzysu wieku średniego w okres wcześniejszy, między 35. a 40. r.ż., wiąże się z pojawieniem się refleksji i świadomą konfrontacją z dotychczasowymi osiągnięciami życiowymi, zestawieniem marzeń i zamierzeń wczesnej dorosłości z rzeczywistością, a także z niedostatkami satysfakcji z ukształtowania realizowanego kierunku życia. Refleksja i negatywna ocena swoich dokonań życiowych pojawiające się na tym stosunkowo wczesnym etapie życia sprzyjają wprowadzeniu zmian, nowemu ukierunkowaniu, a w konsekwencji – rekonceptualizacji własnego Ja i poczucia osobistej tożsamości.

Kryzys, do którego dochodzi ok. 45. r.ż. i później, może być następstwem przewagi niepowodzeń życiowych, niepomyślnych wydarzeń czy rozczarowania realizowanym kształtem swojego życia. Dominujące uczucie frustracji może wynikać z niemożności samorealizacji czy braku sukcesów zawodowych (szczególnie w wypadku mężczyzn), problemów małżeńskich czy związanych z dorastaniem dzieci. Do ogólnie negatywnego bilansu życia mogą dokładać się problemy zdrowotne czy wyczerpywanie się energii życiowej.

Wymieniane jako typowe dla okresu połowy życia problemy związane z upływem lat, lękiem przed przyszłością oraz tzw. personalizacją śmierci wydają się aktualnie przesunąć pod wpływem haseł kulturowych współczesności na lata jeszcze późniejsze. Pośpiech, presja czasu oraz nieustające przemiany współczesnego życia wraz z kulturowo-społecznymi

standardami rywalizacji i sukcesu opóźniają czas zakładania rodziny i posiadania potomstwa, przy czym postęp medycyny, podtrzymującej sprawność fizyczną i zdrowie, przyczynia się do wydłużenia przeciętnego czasu życia. Kulturowe standardy „wiecznej młodości”, „niezmiennej urody” czy atrakcyjności seksualnej wnoszą niepokój i napięcie; nowe wartości mogą przy tym funkcjonować równolegle z wartościami tradycyjnymi (Zimbar-do, Boyd, 2012). Wszystkie te zjawiska zdają się niwelować granice wyróżnianych klasycznie faz biegu życia, z ich typowymi charakterystykami i pozorną stałością.

Kontrowersje dotyczą również charakteru przemian rozwojowych. Czy zawsze mają one charakter kryzysowy? Obserwuje się przełomy, którym nie zawsze towarzyszą stany zaburzeń psychospołecznej równowagi czy stany depresji, a raczej przebiegi ciągłe, rozłożone w czasie, w których dominują pytania i wątpliwości związane z podejmowanymi wyborami; „[...] nie ma jednego uniwersalnego zjawiska, ale nieprzebrana wielość indywidualnych wersji przechodzenia przełomu połowy życia” – pisze Oleś (2011, s. 219). I dodaje: „Dla jednych jest to przełom, dla innych kryzys, dla jeszcze innych zmiana, albo po prostu kontynuacja linii rozwoju osobowości” (tamże). Radykalnych zmian – charakterystycznej oznaki kryzysu – nie obserwuje się u większości osób w wieku średnim.

Kryzysy zaliczane do kryzysów rozwoju życia dorosłego nie do końca mieszczą się w klasycznej definicji kryzysu, określanego jako stan względnie ostry i krótkotrwały (trwający do ok. 6 tygodni (Lindemann, 1944; Aguilera, Messick, 1986)). Kryzys połowy życia w świetle piśmiennictwa przedmiotu jest stanem rozłożonym w czasie – procesy refleksji, rozszerzania świadomości, a także zmiany postaw i perspektywy czasu życia nie przebiegają ani łatwo, ani szybko. Jung (1976) mówił nawet o „nerwicy drugiej połowy życia”, której towarzyszy poczucie pustki, osamotnienia, niepewności, utraty sensu i wartości życia. Przeżycia te charakteryzują raczej przewlekłe stany transkryzysowe. Według Olesia (1997) procesy „przełomu życia” przebiegają powoli, a gotowość do zmiany życia dojrzewa z czasem, nawet przez kilka lat, i niekoniecznie muszą się manifestować rozstrojem psychicznym. W wypadkach jednostkowych mogą przybierać

formę ostrą – klasycznego kryzysu, zależy to jednak od złożonych uwarunkowań sytuacyjnych, sposobu interpretacji wydarzeń, predyspozycji osobowościowych oraz społecznych. Indywidualne ścieżki rozwoju w dorosłości podkreśla Oleś (1996) oraz cytowani przez niego David A. Chiriboga (1987) i Jutta Heckhausen (2001). Reasumując, rodzące się pytania wynikają z rozbieżności określania i rozpoznawania kryzysu połowy życia, a także z narastających wątpliwości i przedstawianych kontrowersji.

Pierwotnie rozważania nad kryzysem wieku średniego dotyczyły wyłącznie mężczyzn. Współcześnie, mówiąc o kryzysie połowy życia również u kobiet, podkreśla się nieco inny jego charakter; akcentuje się różnice biologiczne, odrębność dynamiki hormonalnej, odmienność funkcjonowania psychospołecznego. Oleś i Baranowska (2003) podkreślają, że zmiany wieku średniego u kobiet polegają na równoważeniu tożsamości w kierunku realizacji dążeń życiowych, które wcześniej nie zostały spełnione. Najczęściej chodzi o typowy konflikt między rodziną a pracą oraz nasilanie się z wiekiem cech androgynicznych (męskich), które mogą prowadzić do konfliktów w związku małżeńskim (partnerskim) i w dalszym otoczeniu. Mówi się o późniejszym czasie występowania kryzysu wieku średniego u kobiet, uzasadniając to koncentracją na życiu rodzinnym, wiążąc go z syndromem „pustego gniazda”, a niektórzy cytowani autorzy umiejscawiają go w czasie późniejszym, utożsamiając wręcz z doświadczeniem menopauzy.

W świetle przedstawionych rozważań warto się zastanowić, jakie zjawiska i kiedy przydarzające się w biegu ludzkiego życia można nazywać kryzysami wieku średniego, a także, co wymaga dalszych badań, czy stanowią one zjawiska typowe i powszechne (Levinson [1986] mówi o przeżywaniu kryzysu przez 70–80% populacji), czy też istotnie stanowią one domenę osób refleksyjnych o poszerzonej samoświadomości. Rozstrzygnięcia wymaga również kwestia, czy kryzysy te są inne, czy też podobne w wypadku mężczyzn i kobiet. Badania Olesia (1994, 2011; Oleś, Baranowska, 2003), które doprowadziły do ujawnienia trzech wymiarów kryzysu wieku średniego u mężczyzn i pięciu w przypadku kobiet wpisują się w koncepcje ich odmienności. Zgodnie z opinią autora bardziej złożony charakter tego

kryzysu u kobiet wynika z ich emocjonalności, a także większego znaczenia przypisywanego relacjom rodzinnym, zawodowym oraz społecznym.

Badania własne – hipotezy, metoda i narzędzia

W tej części opracowania przedstawiono wybrane wyniki badań trzech odrębnych studiów empirycznych; dwa z nich dotyczyły kobiet w okresie menopauzy, trzecie studium – dwu grup mężczyzn, młodszej i starszej, dobranych parami; zarówno kobiety, jak i mężczyzn zbadano pod kątem występowania kryzysu wieku średniego. Badania studium 3 przeprowadzone na grupie męskiej zostały zainspirowane danymi z badań dwu pierwszych studiów wykonanych na grupach kobiet. Sugerowały one plasowanie się kryzysu wieku średniego w czasie późniejszym na linii życia niż jego wiek normatywny, co może być skutkiem aktywizacji dawnych lub pojawiania się aktualnych problemów. Oczekiwano, że uzyskane wyniki pozwolą łącznie na ustosunkowanie się, choćby po części, do niektórych nasuwających się wątpliwości i pytań. Prezentowane poniżej badania zmierzały zatem do weryfikacji trzech następujących hipotez:

Hipoteza pierwsza. Doświadczenie menopauzy wraz z jej objawami współwystępuje ze zjawiskami i problemami traktowanymi w piśmiennictwie przedmiotu jako typowe dla przełomu rozwojowego wieku średniej dorosłości: zachwianiem poczucia sensu życia, stanami depresyjnymi i obniżaniem się samooceny, w tym poziomie akceptacji swojego ciała, bilansowaniem dokonań życiowych ujawniającym brak zadowolenia z życia, w tym satysfakcjonujących relacji małżeńskich (partnerskich). W określonych sytuacjach życiowych i przy indywidualnej podatności mogą się one przyczyniać do rozwoju stanów transkryzysowych, a nawet ostrych kryzysów menopauzalnych.

Hipoteza druga. Doświadczenie i dolegliwości menopauzy nakładają się na emocjonalne oraz życiowe pozostałości nierozwiązanych stanów kryzysowych wcześniejszego niż czas menopauzy okresu życia.

Hipoteza trzecia. Kryzys wieku średniego u mężczyzn wraz ze zjawiskami typowymi dla przemian rozwojowych okresu średniej

dorobłości – połowy życia występuje współcześnie istotnie częściej w wieku późniejszym (ok. 50. r.ż.) niż w przypisywanym mu pierwotnie przez badaczy wieku – czasu „przełomu życia” (ok. 35. r.ż.).

Omówienie i interpretacja wyników

Wyniki weryfikujące hipotezę pierwszą i drugą pochodzą ze studiów 1 i 2 badających kobiety w okresie menopauzy¹. Hipotezę trzecią zweryfikowano w badaniach studium 3 obejmującego dwie grupy męskie: młodszą i starszą².

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia psychologiczne: skalę „Moje Samopoczucie” (J.M. Perz, w adaptacji E. Bielawskiej-Batorowicz); Kwestionariusz Kryzysu Połowy Życia (KKPŻ) (P. Olesia, M. Baranowskiej); 86 itemów (wersja eksperymentalna dla kobiet) oraz P. Olesia; 52 itemy; Skalę Jakości Związku Małżeńskiego (G.B. Spaniera), Skalę Zadowolenia z Życia (M.D. Diener, R.A. Emmonsona, R.J. Larsena, S. Griffin); Skalę Zaangażowania Wobec Ciała (BIS, body investment scale) (I. Orbach, M. Mikulincer), Kwestionariusza Samooceny (W.H. Fittsa), Skalę Poczucia Ssensu Życia (J.G. Crumbaugh, L.T. Maholicka), Test Uzupełniania Zdań (TUZ) (w wersji pełnej S. Sachsa oraz zmodyfikowanej – 15 zdań ukierunkowanych na problemy menopauzy i relacje interpersonalne).

Występowanie symptomów menopauzy w grupach kobiet starszych potwierdzają dane tabeli 1, porównujące nasilenie objawów menopauzy z uwzględnieniem ich podziału na psychiczne, wazomotoryczne i somatyczne w grupie starszej (skala „Moje Samopoczucie”).

¹ Studium 1 – badania przeprowadziła i wstępnie opracowała mgr Magdalena Małyśa (kobiety: grupa w wieku menopauzy – N = 52, wiek: 48–56 lat, średnia wieku: ok. 52 lata); studium 2 – badania przeprowadziła i wstępnie opracowała mgr Magdalena Nowak (kobiety: grupa w wieku menopauzy – N = 25, wiek: 45–55 lat, grupa młodsza: 30–39 lat).

² Studium 3 – badania przeprowadziła i wstępnie opracowała mgr Kinga Dubiel (mężczyźni: grupa młodsza – N = 30, wiek 26–35 lat, średnia wieku: 30 lat, grupa kontrolna N = 30, wiek: 40–52 lat, średnia wieku: 46 lat).

Tabela 1. Wyniki testu *U* Manna-Whitneya porównujące nasilenie objawów menopauzy w dwu grupach: skala „Moje Samopoczucie” (wyłącznie zależności istotne)

Objawy menopauzy	Grupa menopauzalna suma rang	Grupa młodsza suma rang	Test <i>U</i>	Wartość <i>p</i>
Psychiczne				
częstość	759,50	515,50	190,50	0,018
intensywność	761,00	514,00	189,00	0,017
Wazomotoryczne				
częstość	857,50	417,50	92,50	0,000
intensywność	819,00	456,00	131,00	0,000
Somatyczne				
częstość	819,00	456,00	131,00	0,000
intensywność	801,50	473,50	148,50	0,001

Wyniki nieparametrycznego testu *U* Manna-Whitneya wskazują na statystycznie istotne różnice między badanymi grupami w zakresie nasilenia objawów menopauzy w grupie starszej.

Wyniki weryfikujące hipotezę pierwszą – procedura analizy korelacyjno-regresyjnej potwierdza współwystępowanie objawów menopauzy (z podziałem na psychiczne, wazomotoryczne i somatyczne, z uwzględnieniem ich intensywności oraz częstotliwości) ze zmiennymi wiązanyymi z procesami przemian wieku średniej dorosłości. Otrzymane wyniki przedstawia tabela 2 (studium 1).

Objawy menopauzy (wskaźnik sumaryczny częstości i intensywności) korelują z negatywnym stosunkiem do własnego ciała, niską samooceną ciała, niezadowoleniem ze związku partnerskiego oraz ogólnym niezadowoleniem z życia. Pozytywny stosunek do własnego ciała zmniejsza natomiast nasilenie objawów menopauzy (wyjaśniana wariancja 30%). Im bardziej pozytywna ocena obrazu i stanu własnego ciała, tym mniejsze nasilenie wszystkich objawów menopauzy: psychicznych, wazomotorycznych i somatycznych. Również zadowolenie ze związku partnerskiego oraz ogólne zadowolenie z życia mogą redukować objawy okołomenopauzalne (wymiar częstości objawów somatycznych i wazomotorycznych oraz intensywności objawów psychicznych).

Kolejne wyniki porównania grupy menopauzalnej oraz młodszej dotyczące samooceny (globalnej, a także poszczególnych jej składowych) mierzonej Kwestionariuszem Samooceny Fittsa przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 2. Współczynniki korelacji między objawami menopauzy a stosunkiem wobec własnego ciała (BIS), zadowoleniem z jakości związku małżeńskiego – partnerskiego i związku małżeńskiego oraz zadowoleniem z życia (wyłącznie zależności istotne)

Objawy menopauzy (suma)	<i>r</i> Pearsona	Wariancja wyjaśniająca %	Wartość <i>t</i>	Wartość <i>p</i>
Stosunek do własnego ciała (BIS)				
częstość obj. menopauzy	-0,54	30	-3,42	0,0019
intensywność obj. menopauzy	-0,53	28	-3,31	0,0026
Zadowolenie ze związku				
częstość obj. menopauzy	-0,41	17	-2,39	0,0239
intensywność obj. menopauzy	-0,41	17	-2,40	0,0231
Zadowolenie z życia				
częstość obj. menopauzy	-0,62	38	-4,18	0,0003
intensywność obj. menopauzy	-0,63	40	-4,31	0,0002

Tabela 3. Porównanie wyników Kwestionariusza Samooceny Fittsa w grupie menopauzalnej i młodszej za pomocą testu *U* Manna-Whitneya (wyłącznie zależności istotne)

Zmienne porównywane	Test <i>U</i>	Wartość <i>p</i> istotność	Poziom w grupie menopauzalnej
Samoocena (wskaźnik globalny)	227,5	0,0990	Niższy
Ja fizyczne	212,5	0,0523	Niższy
Ja rodzinne	195	0,0226	Niższy
Zadowolenie z siebie	218,5	0,0681	Niższy
Globalne różnicowanie	110	0,0001	Wyższy

Samoocena w grupie menopauzalnej jest istotnie niższa niż w grupie młodszej. Kobiety w okresie menopauzy mają istotnie niższą samoocenę globalną i są mniej zadowolone z siebie; kobiety starsze niżej oceniają też

swoje Ja fizyczne i rodzinne. Wskaźnik globalnego zróżnicowania wskazuje na mniejszą spójność i zintegrowanie samooceny u kobiet z grupy menopauzalnej. Dane jakościowe – wypowiedzi w półprojekcyjnym TUZ – w ogólnym zarysie potwierdziły wyniki testów psychometrycznych, choć równocześnie wydają się bardziej optymistyczne. Wskazują raczej na obecność problemów i konfliktów typowych dla wieku średniego, równoważonych przez pewną racjonalność i dojrzałość niż stan kryzysowy. Mimo że 2/3 grupy menopauzalnej lęka się o przyszłość swoją i swoich bliskich, to tylko połowa wyraża zdecydowaną negatywną postawę wobec przyszłości. Zaledwie ok. 1/3 badanych w wieku menopauzalnym skarży się na poczucie pustki i złe wybory życiowe, co mogłoby świadczyć o stanie kryzysowym menopauzy.

Około połowa badanych chciałaby dokonać w swoim życiu zmian, choć cele formułowane przez kobiety starsze są wyraźnie bardziej zintegrowane i realistyczne niż cele kobiet młodszych. Obie grupy łączy przekonanie o pozytywnej roli rodziny i oparcia w rodzinie. Kobiety z grupy menopauzalnej charakteryzuje bardziej refleksyjna, a równocześnie ostrożna i wyczekująca, postawa wobec niepowodzeń i wydarzeń stresujących, podczas gdy kobiety młodsze są bardziej aktywne i nastawione na działanie. Kobiety w wieku menopauzy opierają swoje poczucie tożsamości na pełnionych rolach zawodowych, jako pozytywnym dorobku życia.

Kobiety starsze cechuje wyższy poziom dojrzałości, a także akceptacji swego losu i zbliżania się kresu życia. Nie stwierdzono natomiast różnic między grupami w globalnym wskaźniku poczucia tożsamości, samoocenie Ja prywatnego i społecznego, a co ważniejsze – we wskaźniku poczucia sensu życia oraz poziomu lęku, który w obu grupach pozostaje na poziomie przeciętnym.

Wyniki weryfikujące hipotezę drugą dotyczą występowania u kobiet w okresie menopauzy elementów kryzysu wieku średniego wraz z obniżaniem się odporności psychofizycznej i załamaniem linii życia często obserwowanych u osób przechodzących w drugą połowę życia. Celem potwierdzenia oczekiwań posłużono się KKPŻ (wyniki studiów 1 i 2). Wyniki studium 2 porównujące nasilenie kryzysu połowy życia w grupie

kobiet z menopauzą oraz młodszej wskazują na istotne statystycznie różnice między grupami w trzech skalach składowych KKPŻ. Porównanie skal składowych KKPŻ testem *U* Manna-Whitneya wskazuje na znaczące, istotnie wyższe wyniki w grupie kobiet w okresie menopauzy; występują u nich trudności pozytywnego bilansowania życia ($U = 127,0$ $p < 0,000$), uświadomienia sobie i akceptacji zachodzących negatywnych zmian ($U = 79,5$ $p < 0,000$) oraz wyższe nasilenie depresji ($U = 227,0$ $p = 0,097$).

Wyniki studium 1 zawarte w tabeli 4 przedstawiają współwystępowanie objawów menopauzy (sumaryczny wskaźnik objawów psychicznych, wazomotorycznych i somatycznych) z występowaniem kryzysu połowy życia.

Tabela 4. Współczynniki korelacji objawów menopauzalnych z sumarycznym wskaźnikiem Kwestionariusza Kryzysu Połowy Życia (wyłącznie zależności istotne)

Kryzys połowy życia	<i>r</i> Pearsona	Wariancja wyjaśniana %	Statystyka <i>t</i>	Wartość <i>p</i> istotność
Objawy menopauzy (wskaźnik sumaryczny)				
częstość	0,61	38	4,10	0,0003
intensywność	0,53	28	3,31	0,0026
Objawy psychiczne				
częstość	0,59	35	3,87	0,0006
intensywność	0,45	21	2,70	0,0116
Objawy wazomotoryczne				
częstość	0,54	29	3,40	0,0021
intensywność	0,49	24	3,01	0,0054
Objawy somatyczne				
częstość	0,52	28	3,26	0,0029
intensywność	0,54	30	3,44	0,0018

Interpretacja wyników dowodzi, że zarówno częstość, jak i intensywność wszystkich objawów menopauzalnych w sposób istotny współwystępuje z nasileniem kryzysu połowy życia (wskaźnik sumaryczny). Częstość występowania objawów jest wyjaśniana przez ok. 38% zmienności kryzysu połowy życia, a intensywność przez ok. 28% zmienności. Podobne prawidłowości dotyczą również wszystkich skal składowych KKPŻ.

Interpretacja otrzymanych wyników sugeruje, że w okresie menopauzy utrzymują się (może nawet ulegają zaostrzeniu i nasileniu) problemy typowe dla przemian charakteryzujących kryzysy połowy życia. Problemy, które nie zostały rozwiązane, pozostają nadal aktualne, bowiem nie dokonały się zmiany życiowe konieczne dla konstruktywnego rozwiązania i zakończenia kryzysu „przełomu życia”.

Analiza korelacyjno-regresyjna potwierdziła, że nasileniu objawów menopauzalnych towarzyszą przejawy kryzysu wieku średniego (wskaźnik sumaryczny skal składowych Kwestionariusza Symptomów Kryzysu Połowy Życia: Bilans życia, Dojrzałość, Świadomość negatywnych zmian, Depresja i Samorealizacja). Większa świadomość negatywnych zmian zachodzących z wiekiem wraz z poczuciem niskiego poziomu spełnienia życiowych oczekiwań nasilają stany kryzysowe, natomiast większa dojrzałość oraz zadowolenie z życia współwystępują ze zmniejszeniem intensywności oraz częstotliwości wszystkich objawów menopauzy.

Analiza skupień (wyniki studium 2) pozwoliła na wyodrębnienie w grupie menopauzalnej dwu podgrup: 15-osobowej z niskim wskaźnikiem objawów menopauzy i symptomów kryzysu wieku średniego oraz 10-osobowej grupy kobiet z wysokimi wskaźnikami obu zmiennych. Wyniki obu tych podgrup różnicują istotnie skale Kwestionariusza Samooceny Fittsa: Ja rodzinnego i poziom samokrytyki, które w podgrupie starszej o wysokich wskaźnikach objawów menopauzy i kryzysu wieku średniego są statycznie istotnie niższe, co oznacza bardziej krytyczną samoocenę i bardziej negatywną ocenę Ja w relacjach rodzinnych kobiet w kryzysie menopauzalnym.

Hipotezę trzecią dotyczącą późniejszego czasu występowania kryzysu wieku średniego u mężczyzn, jego „przesuwania się” we współczesności na późniejszy okres życia w stosunku do wieku normatywnie przyjmowanego przez Junga (1976) oraz późniejszych badaczy weryfikowano na podstawie wyników studium 3, w którym porównano grupy męskie dobrane parami: młodszą i starszą; w badaniach zastosowano następujące narzędzia: Kwestionariusz Kryzysu Połowy Życia (P. Olesia, M. Baranowskiej), Skalę Poczucia Sensu Życia (J.G. Crumbaugh, L.T. Maholicka),

Inwentarz Objawów Samopoczucia (Z. Juczyńskiego, J. Czapińskiego), Skalę Zadowolenia z Życia (A. Campbella, P. Conversa, W. Rodgersa). Grupy porównywano pod względem nasilenia kryzysu połowy życia, a także innych zmiennych uważanych za typowe dla przemian okresu średniej dorosłości, takich jak: utrata poczucia sensu życia, nasilenie depresji, niezadowolenie ze swego życia oraz nasilenie konfliktów intrapersonalnych i interpersonalnych. Tabela 5 przedstawia porównanie grup mężczyzn, starszej i młodszej, pod kątem typowych problemów rozwojowych okresu średniej dorosłości.

Tabela 5. Porównanie wyników Skali Poczucia Sensu Życia, poziomu Depresji, Skali Zadowolenia z Życia oraz Konfliktów emocjonalnych testem *t* Studenta w grupach męskich (różnice istotne)

Zmienne	Starsi (n = 30)		Młodszy (n = 30)		<i>t</i> Studenta	Wartość <i>p</i> istotność
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Poczucie sensu życia	109,83	12,16	119,80	10,03	-3,46	,001***
Depresja	8,60	6,07	3,37	4,33	3,84	,000***
Zadowolenie z życia (suma)	55,07	8,54	63,30	5,52	-4,44	,000***
Ja prywatne	20,60	3,70	25,80	2,64	-6,26	,000***
Ja publiczne	15,30	3,69	17,70	3,10	-2,73	,004**
Konflikty emocjonalne (suma)	16,23	6,17	7,77	4,03	6,29	,000***
Problemy ze sobą	8,27	3,56	3,20	1,81	6,95	,000***
Dalsze otoczenie społeczne	4,666	3,231	2,46	2,18	3,09	,002**
Bliscy	3,30	2,67	2,10	1,88	2,01	,025*

Istotność: * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Wyniki obu badanych grup męskich różnią się istotnie w zakresie skali Poczucia Sensu Życia oraz skali Zadowolenia z Życia (wskaźnik sumaryczny); wyniki istotnie wyższe cechują grupę młodszą; wyższe pozostają również wyniki skal: zadowolenia ze swego Ja prywatnego oraz Ja publicznego, natomiast grupę mężczyzn starszych charakteryzuje wyższy poziom Depresji oraz Konfliktów emocjonalnych. Dane te znajdują potwierdzenie w Teście Uzupełnienia Zdań, zarówno w ilościowym wskaźniku sumarycznym, jak i wskaźnikach jakościowych występowania u starszych mężczyzn problemów intrapersonalnych oraz znaczących konfliktów

z bliższym i dalszym otoczeniem. Różnice w nasileniu kryzysu wieku średniego u mężczyzn młodszych (w wieku tradycyjnie typowym dla kryzysu „przełomu życia”) oraz starszych (ok. 46. r.ż.) przedstawiono w tabeli 6. Zarówno wskaźnik sumaryczny kryzysu, jak i jego poszczególnych wymiarów składowych (symptomów kryzysu) są znacząco statystycznie wyższe w grupie starszej, wskazując na występowanie typowego kryzysu wieku średniego. Wyniki te, charakteryzujące grupę starszych mężczyzn (z wyjątkiem niższej samooceny – skala odwrócona), wspierają hipotezę późniejszego występowania współcześnie kryzysu wieku średniego.

Tabela 6. Wyniki Kwestionariusza Kryzysu Połowy Życia i porównania badanych dwu grup męskich testem *t* Studenta (zależności istotne)

	Grupa starsza (n = 30)		Grupa młodsza (n = 30)		<i>t</i> Studenta	Wartość <i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Kryzys połowy życia	148,70	32,02	103,70	29,15	5,69	,000***
Problem wieku	18,70	7,00	12,73	4,94	3,81	,000***
Zmiany fizyczne	28,33	7,11	17,20	5,60	6,74	,000***
Samoocena	15,57	5,76	11,67	4,17	3,00	,002**
Dezintegracja	21,30	4,60	15,83	3,70	5,07	,000***
Poczucie niespełnienia	26,63	6,22	19,87	5,82	4,35	,000***
Poczucie zmiany	32,30	6,63	24,87	5,89	4,59	,000***
Brak wizji przyszłości	18,10	4,21	12,40	3,24	5,88	,000***
Akceptacja losu i śmierci	29,23	3,40	26,53	3,47	3,04	,002***

Istotność * $p < ,05$; *** $p < 0,001$; zastosowano prawostronny test istotności w wersji dla równych wariancji.

W celu przybliżenia charakterystyki wieku średniego wykonano analizy korelacyjne (współczynnik *r* Pearsona) zarówno między sumarycznym wskaźnikiem nasilenia kryzysu, jak i jego składowymi – symptomami kryzysu: negatywną Samooceną, Dezintegracją i Akceptacją losu i śmierci, Problemami wieku, Brakiem Wizji Przyszłości, Poczuciem Niespełnienia i Zmiany a zmiennymi: Dojrzałości psychologicznej, Poczuciem Sensu Życia i Depresją. W świetle uzyskanych wyników podwyższony poziom Dezintegracji tożsamości i negatywna Samoocena współwystępują

z niedostatkami Dojrzałości (odpowiednio $r = -0,41$, $p < 0,05$ i $r = -0,32$, $p < 0,001$), pozytywnie natomiast ze skalą Dojrzałości koreluje poziom Akceptacji swego losu i śmierci ($r = 0,96$, $p < 0,01$). Nasilenie kryzysu połowy życia wraz z jego symptomami koreluje negatywnie z Poczuciem Sensu Życia i nasileniem Depresji (odpowiednio $r = -0,49$ do $-0,62$, $p < 0,01$, $p < 0,01$), wysokiemu więc poziomowi kryzysu sprzyja obniżanie się poczucia sensu życia, wraz z nasileniem stanów depresyjnych.

Wyniki dotyczące współwystępowania kryzysu połowy życia i konfliktów emocjonalnych (ilościowe opracowanie TUZ) oraz skali Zadowolenia z Życia przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Wyniki korelacji r Pearsona między Nasileniem Kryzysu Połowy Życia (wskaźnik sumaryczny) a skalą Zadowolenia z Życia oraz konfliktami interpersonalnymi (dane z TUZ)

KPŻ/skala zadowolenia	Zadowolenie z życia	Ja prywatne	Ja rodzinne	Ja publiczne
	-0,67***	-0,63***	-0,28*	-0,55***
KPŻ/TUZ	Nasilenie konfliktów	Problemy z samym sobą	Problemy z bliskimi	Problemy z dalszym otoczeniem
	0,65***	0,58***	0,44***	0,36**

Istotność: ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,0001$

Między Nasileniem Kryzysu Połowy Życia a Zadowoleniem z Życia oraz Ja prywatnym i Ja publicznym zachodzą negatywne bardzo istotne, znaczące współzależności. Słabsze zależności dotyczą współwystępowania u mężczyzn niezadowolenia ze swoich relacji rodzinnych oraz konfliktów interpersonalnych ze składowymi KKPŻ takimi jak: Dezintegracja, Poczucie Niespełnienia i Brak Wizji Przyszłości. Wyniki te są ogólnie zgodne z prawidłowościami występującymi w grupach kobiecych w okresie menopauzy. Wystąpieniu i nasileniu kryzysu połowy życia sprzyja obecność konfliktów emocjonalnych i ich intensywność, przy czym największe znaczenie mają współzależności dotyczące wskaźników konfliktów wewnątrzpsychicznych oraz konfliktów z bliskimi.

Podsumowanie i wnioski

Otrzymane w badaniach empirycznych wyniki pozostają zasadniczo w zgodności z oczekiwaniami. Badane kobiety w wieku menopauzy oprócz typowych objawów mają problemy i trudności uważane za typowe dla wieku średniej dorosłości. Dużemu nasileniu objawów menopauzalnych (zarówno w aspekcie ich częstotliwości, jak i intensywności) współwystępujących z wymienionymi problemami towarzyszą elementy zaburzeń poczucia tożsamości, depresja oraz odczuwany brak wsparcia w relacjach rodzinnych, co może prowadzić do stanów kryzysowych, nazywanych wówczas zazwyczaj menopauzalnymi. Wyniki badań sugerują możliwość występowania typowego kryzysu menopauzy u ok. 1/3 badanych kobiet.

Współwystępowanie doświadczenia menopauzy z symptomami charakterystycznymi dla kryzysu wieku średniego świadczy o nakładaniu się objawów menopauzy na nierozwiązane, nadal obecne i aktualne problemy typowe dla wieku wcześniejszego. Tym samym otrzymane wyniki wspierają tezę, że źródłem kryzysów menopauzalnych pozostaje nierozwiązany kryzys połowy życia, pozostawiający po sobie „podżwięk” w postaci stanów transkryzysowych, z charakterystycznymi dla kryzysów połowy życia trudnościami, negatywnymi doświadczeniami emocjonalnymi i zachwianą perspektywą przyszłości.

Pozytywną, ważną równoważącą trudności i problemy rolę zdaje się odgrywać dojrzałość psychologiczna, która neutralizuje niekorzystne doświadczenia, pozostałości czasu przeszłego, chroniąc przed wystąpieniem stanów kryzysowych, jak również aktualne dolegliwości menopauzy. Podobną rolę odgrywa ponadto wsparcie ze strony bliskich – realne, spotrzegane, jak i wyobrażane.

Wyniki badań grup męskich weryfikujące hipotezę trzecią pozwalają na wnioskowanie o występowaniu stanów kryzysu „przełomu życia” (pozostając przy normatywnym wieku i definicji tego zjawiska) w grupie mężczyzn starszych, ok. 45. r.ż. Hipotezę rozwijania się stanów kryzysowych wieku średniego w okresie późniejszym niż tradycyjnie przyjmowany

wspierają dane świadczące o obniżaniu się poczucia sensu i zadowolenia z życia, zwiększaniu depresji, a także nasilenia się konfliktów wewnątrzpsychicznych i interpersonalnych w stopniu statystycznie istotnie wyższym niż w grupie młodszej, wieku „przełomu życia”. Istotną rolę w powstawaniu stanów kryzysowych (w wieku odpowiadającym okresowi menopauzy u kobiet) odgrywa konflikt między pragnieniem i koniecznością zmian życiowych a lękiem przed nimi, przy skróconej perspektywie przyszłości, obawach związanych ze starością oraz unikowej postawie wobec wyłaniających się problemów.

Wyraźnie opóźniona dynamika przemian wieku średniego wraz z nasileniem stanów kryzysowych typowych dla „przełomu życia” w badanej grupie starszych mężczyzn pośrednio wspiera wnioski dotyczące kryzysów menopauzy jako przedłużenia czy aktywowania nierozwiązanego kryzysu wieku średniego.

W przedstawianym materiale nie porównywano bezpośrednio stanów kryzysu wieku średniego u kobiet i mężczyzn, wydaje się jednak, że u kobiet przebiegają one najczęściej bez większych zakłóceń relacji społecznych, a wsparcie rodzinne pełni u obu płci rolę ochronną, podobnie jak zaprzeczanie i inne postawy obronne.

Interpretacja otrzymanych wyników badania grup obu płci potwierdziła oczekiwania późniejszego współcześnie występowania kryzysów „przełomu życia” zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn i może się to wiązać zarówno z lepszą opieką zdrowotną, wydłużaniem się biologicznego czasu życia, jak i społeczno-kulturowymi przemianami otoczenia oraz naszej egzystencji w świecie ponowoczesności.

Otrzymane dane potwierdzają również specyficzny charakter kryzysów rozwoju wieku średniego (również tych występujących w późniejszych fazach życia). Jak większość kryzysów rozwojowych mają one charakter ciągły i przewlekły. Rzadziej przybierają postać pozytywnych czy negatywnych przełomów, jak również stanów kryzysowych z utratą równowagi psychospołecznej i znaczniejszymi zaburzeniami poczucia tożsamości, z podwyższonym napięciem i lękiem oraz przekonaniem o naglącej konieczności zmiany sytuacji życiowej (tzw. moment zwrotny),

tak typowym dla kryzysów emocjonalnych, zwłaszcza sytuacyjnych (por. Kubacka-Jasiecka, 2010; Płużek, 1991; Sęk, 1993). Przemiany osobowości zachodzą raczej na drodze stopniowych przemian ilościowych – poszerzania się samoświadomości, perspektyw życiowych, dojrzałego akceptowania upływu czasu życia (por. Haan, 1989).

Przedstawione wnioski i refleksje wspierają wyrażone w hipotezach opracowania oczekiwania. Ze względu jednak na niewielką liczebność badanych grup uznanie ich za rozstrzygające w kwestii współczesnego przebiegu kryzysów połowy życia – a przede wszystkim późniejszego wieku jego występowania – zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn wymaga dalszych badań empirycznych.

Bibliografia

- Aguilera D.C., Messick J.M. (1986), *Crisis intervention*, Mosby, St. Louis.
- Allport, G.W. (1961), *Pattern and growth in personality*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Bauman Z. (2006), *Płynna nowoczesność*, tłum. T. Kunz, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Bielawska-Batorowicz E. (2006), *Psychologiczne aspekty prokreacji*, WN Śląsk, Katowice.
- Costa P.T. Jr., McCrae R.R. (1978), *Objective personality assessments*, [w:] M. Storandt, I.C. Siegler, M.F. Elias (eds), *The clinical psychology of aging*, Plenum Press, New York, s. 119–143.
- Erikson E.H. (1997), *Dzieciństwo i społeczeństwo*, tłum. P. Hejmej, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- Gałdowa A. (1992), *Powszechność i wyjątek. Rozwój osobowości człowieka dorosłego*, Platan, Kraków.
- Gould R.L. (1972), *The phases of adult life: A study in developmental psychology*, „American Journal of Psychiatry”, Vol. 129, No. 5, s. 521–531, <https://doi.org/10.1176/ajp.129.5.521>.
- Gould R.L. (1978), *Transformations: Growth and change in adult life*, Simon and Schuster, New York.
- Haan N. (1989), *Personality at midlife*, [w:] S. Hunter, M. Sundel (eds), *Midlife myths: Issues findings and practice implications*, Sage Publications, Newbury Park, s. 145–156.
- Havighurst R.J. (1953), *Development tasks and education*, McKay, New York.
- Hoff L.A. (1995), *People in crisis. Understanding and helping*, Addison-Wesley,

Redwood City.

- James R.K., Gilliland B.E. (2004), *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. A. Bidiński, Wydawnictwo PARPA, Warszawa.
- Jarecka K., Bielawska-Batorowicz E. (2021), *Andropauza czy kryzys wieku średniego. Jakość życia mężczyzn 50+*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Jarymowicz M. (1994), *W stronę indywidualnej podmiotowości i zbliżeń z innymi: podmiotowe podstawy społecznych identyfikacji*, [w:] M. Jarymowicz (red.), *Poza egocentryczną perspektywę widzenia siebie i świata*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa, s. 191–212.
- Jung G.C. (1976), *Archetypy i symbole. Pisma wybrane*, tłum. J. Prokopiuk, Czytelnik, Warszawa.
- Kaschack E. (1996), *Nowa psychologia kobiety. Podejście psychologiczne*, tłum. J. Węgródzka, GWP, Gdańsk.
- Kubacka-Jasiecka D. (2010), *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Kubacka-Jasiecka D. (2012), *Emotional crisis versus trauma. An overview from the perspective of identity*, [w:] D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (red.), *Reflections on psychological mechanisms of trauma and posttraumatic development*, Krakowska Oficyna Naukowa Tekst, Kraków, s. 55–84.
- Levinson D.J. (1977), *The mid-life transition: A period in adult psychosocial development*, „Psychiatry”, Vol. 40, Issue 2, s. 99–112, <https://doi.org/10.1080/00332747.1977.11023925>.
- Levinson D.J. (1986), *A conception of adult development*, „American Psychologist”, Vol. 41, No. 1, s. 3–13, <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.1.3>.
- Levinson D.J., Darrow C., Klein E., Levinson M., McKee B. (1978), *The seasons of men's life*, Knoph, New York.
- Lew-Starowicz Z. (1991), *Kobieta i eros*, Ossolineum, Wrocław.
- Lew-Starowicz Z. (1992), *Wiek średni. Blaski i cienie*, PZWL, Warszawa.
- Lindemann E. (1944), *Symptomatology and management of acute grief*, „American Journal of Psychiatry”, Vol. 101, Issue 2, s. 141–148, <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>.
- Łukaszewski W. (1984), *Szanse rozwoju osobowości*, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Marody M. (2014), *Dorastanie pokoleń w czasie przemian współczesności*, „Polityka”, nr 51/52, s. 28–32.
- Neugarten B.L. (1968), *Adult personality: Toward a psychology of life cycle*, [w:] B.L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging: A reader in social psychology*, University of Chicago Press, Chicago, s. 137–147.
- Neugarten B.L. (1976), *Adaptations and the life cycle*, „The Counseling Psychologist”, Vol. 6, No. 1, s. 16–20, <https://doi.org/10.1177/001100007600600104>.
- Neugarten B.L., Danan N. (1973), *Sociological perspectives on the life cycle*, [w:] P.B. Baltes, K.W. Schaier (eds), *Life-span developmental psychology: personality*

- and socialization*, Academic Press, New York, s. 53–69.
- Obuchowski K. (2001), *Od przedmiotu do podmiotu*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- Oleś P. (1994), *Konstrukcja kwestionariusza do badania kryzysu połowy życia. Założenia a fakty empiryczne*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 37, nr 1–2, s. 159–166.
- Oleś P. (1996), *Problematyka doświadczania sensu i wartości w okresie „połowy życia”*, [w:] K. Popielski (red.), *Człowiek – wartości – sens. Studia z psychologii egzystencji*, KUL, Lublin, s. 391–394.
- Oleś P. (2000), *Psychologia przełomu życia*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Oleś P. (2011), *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość – zmiana – integracja*, WN PWN, Warszawa.
- Oleś P., Baranowska M. (2003), *Przełom połowy życia u kobiet*, [w:] J. Mader (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*, Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków, s. 151–160.
- Pilecka B. (red.) (1986), *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów.
- Plużek Z. (1991), *Psychologia pastoralna*, Wydawnictwo Instytutu Teologicznego Księży Misjonarzy, Kraków.
- Pospiszyl K. (1992), *Psychologia kobiety*, Agencja Wydawnicza Petra, Warszawa.
- Przetacznik-Gierowska M. (1988), *Stadia psychicznego rozwoju człowieka. Przegląd zagadnień*, [w:] M. Tyszkowa (red.), *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia. Zagadnienia teoretyczne i metodologiczne*, PWN, Warszawa, s. 146–186.
- Rabijewski M., Zgliczyński W. (2009), *Zespół niedoboru testosteronu u mężczyzn – aktualne poglądy*, „Geriatrics”, t. 3, nr 1, s. 17–26.
- Riegel K.F. (1975), *Toward a dialectical theory of development*, „Human Development”, Vol. 18, No. 1–2, s. 50–64.
- Sęk H. (1990), *Kryzys wieku średniego a funkcjonowanie w społecznych rolach rodzinnych*, [w:] M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki*, WN Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań, s. 89–120.
- Sęk H. (1993), *Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki*, [w:] H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna*, WN PWN, Warszawa, wyd. 2, s. 472–503.
- Wells R.G., Wells M.C. (1993), *Menopauza. Środek życia*, tłum. B. Kośmider, Vocatio, Warszawa.
- Zimbardo P.G., Boyd J. (2012), *Paradoks czasu*, tłum. A. Cybulko, M. Zieliński, WN PWN, Warszawa.

Dominika Filipowska

Absolwentka psychologii – Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego / Faculty of Psychology, Pedagogy and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland

Marek Majczyna

Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego / Faculty of Psychology, Pedagogy and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland
ORCID: 0000-0001-8070-3512

JAKOŚĆ ŻYCIA OPIEKUNÓW BLISKICH CHORUJĄCYCH NA ALZHEIMERA – W STRONĘ UJĘCIA EGZYSTENCJALNEGO

Quality of life of caregivers giving care to their relatives suffering from Alzheimer's disease – the existential perspective

Streszczenie

W Polsce przede wszystkim opiekunami chorych na alzheimera są najbliżsi członkowie rodziny. Przedmiotem badania pozostaje jakość życia tych osób w szerszym kontekście egzystencjalnym. W analizie wykazano, że poziom zdrowia psychicznego badanych opiekunów oraz dorosłych Polaków różni się. Stan zdrowia psychicznego opiekunów jest na istotnie niższym poziomie w porównaniu z grupą kontrolną. Opiekunowie dotkliwiej odczuwają niepokój i częściej skarżą się na zaburzenia snu, dolegliwości somatyczne oraz problemy w codziennym funkcjonowaniu. Brak odczuwanej przyjemności i silne napięcie mają przewlekły charakter, co pogarsza nastrój badanych. Ponadto opiekunowie mają tendencję do obniżania i tak już złego nastroju. Nie podejmują też efektywnych zabiegów dla podtrzymania dobrego nastroju. Poziom lęku sytuacyjnego w grupie opiekunów jest znacząco wyższy niż u osób niepełniących takiej roli.

Słowa kluczowe: choroba Alzheimera, jakość życia, urlop wytchnieniowy

Abstract

In Poland closest family members are the main caregivers for people with Alzheimer's disease. The subject of the study is the quality of life in a broader existential context. The analysis of research results shows discrepancies in level of mental health between surveyed caregivers and adult Poles. The mental health of caregivers is significantly lower compared to the control group. Caregivers feel more anxious and are more likely to complain of sleep disorders, somatic ailments and problems with their daily functioning. Lack of perceived pleasure and strong tension are chronic in nature which worsens the mood of the subjects. In addition, caregivers are prone to lower their already bad mood even further. They also do not take effective action to maintain a positive mood. Situational anxiety level in the caregiver group is significantly higher than in those who are not caregivers.

Key words: Alzheimer's disease, quality of life, respite leave

Wprowadzenie

Polska jest drugim pod względem starzenia się społeczeństwa państwem w Unii Europejskiej (Eurostat, 2021), w związku z tym stałemu zwiększeniu ulega zapotrzebowanie na opiekę nad starszymi osobami. W coraz większym stopniu angażowane są na ten cel zasoby związane z opieką medyczną oraz finansowaniem ze strony państwa. Nade wszystko jednak sytuacja dotyczy osób z najbliższego otoczenia seniorów i pociąga bezpośrednio za sobą koszty zawodowe, finansowe oraz zdrowotne dla krewnych i bliskich znajomych osób w podeszłym wieku. Specyfiką etapu starzenia się człowieka jest postępujące pogorszenie wydolności fizycznej i intelektualnej, a wraz z nim rosnąca liczba zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu oraz choroby przewlekłe. Jednym z najczęściej występujących problemów zdrowotnych wieku senioralnego jest otępienie, którego kardynalną częścią stanowi otępienie typu alzheimerowskiego (por. m.in. Dobryszczyka i in., 2002; Leszek, 2018; Morrison, 2016; Reitz, Mayeux, 2014; Sobów, 2017).

Opieka wyzwaniem dla współczesnego społeczeństwa

W Polsce piecza nad pacjentami z diagnozą choroby Alzheimer'a sprawowana jest najczęściej w warunkach domowych – dotyczy to 92% chorych

(por. Mizerska, 2015). Pozostały odsetek świadczonej pomocy to opieka instytucjonalna. Oznacza to, że polscy opiekunowie¹ są wyjątkowo narażeni na skutki obciążenia związanego z pomocą chorym bliskim. Umieszczenie podopiecznego w instytucji oferującej całodobową opiekę odgrywa znaczącą rolę w odciążeniu opiekuna (por. Wojcierowska, 2008) i może wpływać na poprawę jego samopoczucia oraz zmniejszać u niego objawy depresji (por. Mausbach i in., 2014), jednak w Polsce brakuje domów opieki finansowanych z budżetu państwa i przez instytucje pozarządowe. Tylko nieliczni mogą sobie pozwolić na umieszczenie chorego w prywatnym ośrodku, gdzie koszt pobytu chorego wynosi od 2400 do 6000 złotych miesięcznie (por. Sadowska, 2016). Polityka państwa polskiego nie skłania się ku działaniom sprzyjającym pacjentom chorym na chorobę Alzheimera ani ich opiekunom. Mimo lawinowo rosnącej liczby seniorów, a wraz z nią pacjentów cierpiących na alzheimera, w kraju nadal zaniedbywany jest temat otępienia. Niewystarczająca liczba i dofinansowanie przez Skarb Państwa miejsc w całodobowych placówkach sprawia, że dostęp do domów pomocy społecznej jest ograniczony, a czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta w takim ośrodku wynosi od 12 do 24 miesięcy. Wielu chorych z listy oczekujących w międzyczasie umiera. Zaniedbania obejmują również niedostateczną i nie dla każdego dostępną pomoc świadczoną w domu przez pracowników opieki społecznej, niskie kompetencje urzędników i pomocników socjalnych, niedobór miejsc w ośrodkach dziennego pobytu i ich znikoma liczba, a także niezwykle skromne wsparcie finansowe zarówno dla chorych, jak i opiekunów. Ponadto brakuje wiarygodnego źródła informacji, którym powinien być lekarz, a jest nim zwykle internet lub osoby postronne. Wyniki analizy przeprowadzonej w 2006 roku wśród opiekunów rodzinnych pensjonariuszy dziennego ośrodka w Poznaniu pokazują, że 19% badanych zadeklarowało brak informacji na temat choroby ze strony pracowników medycznych po zdiagnozowaniu u krewnego choroby Alzheimera. Wynika to zapewne ze słabego do-

¹ W niniejszym artykule zamiennie stosowane są następujące pojęcia: opiekun, osoba opiekująca się, sprawująca pieczę, opiekun rodzinny i dawca opieki, natomiast osoba chorująca jest określana jako podopieczny, bliski, pacjent i chory.

stępu do opieki medycznej. W Polsce liczba specjalistów przypadająca na 10 tys. mieszkańców powyżej 65. r.ż. wynosi 0,16, podczas gdy w Szwecji, na Słowacji i w Danii wskaźnik ten wynosi odpowiednio: 4,2; 2,6; 2,0 (Najwyższa Izba Kontroli, 2015). Wsparcie psychologiczne dla dawców opieki również jest niedostateczne. Jakkolwiek w ciągu ostatnich kilku lat zwiększyła się liczba lokalnych oraz internetowych grup wsparcia, to nie każdy ma możliwość do nich dotrzeć i skorzystać, a w wielu przypadkach niezbędna jest długofalowa i celowana opieka. Pozytywnym aspektem jest rosnąca wiedza polskiego społeczeństwa o chorobie Alzheimera, chociaż według autorów niniejszego artykułu wynika ona bardziej z konieczności doinformowania się niż dostępności kampanii informacyjnych poświęconych temu tematowi.

Na tle innych krajów europejskich Polska nie wypada dobrze. W 2017 roku opublikowano wyniki badań przeprowadzonych w 36 europejskich krajach (Alzheimer Europe, 2017). Z raportu wynika, że państwo polskie plasuje się dopiero na 33 pozycji w rankingu usług świadczonych chorym na alzheimera i ich opiekunom. Oferowana pomoc jest niewystarczająca, a żadna z świadczonych usług nie jest dostępna na wysokim poziomie. W Polsce można skorzystać wyłącznie z doraźnej pomocy domowej i pielęgniarstwie dla chorych, możliwości dostosowania warunków technicznych do potrzeb pacjenta w ograniczonym zakresie, uczestnictwa w nielicznych grupach wsparcia oraz od niedawna istniejących urlopów wytchnieniowych i skromnej oferty szkoleniowej dla opiekunów. Pod względem oferowanego finansowego wsparcia dla pacjentów i ich opiekunów Polska zajmuje 25 pozycję. Z raportu wynika również jasno, że choroba Alzheimera, a wraz z nią potrzeby pacjentów oraz opiekunów, nie jest w naszej ojczyźnie postrzegana jako priorytet, w odróżnieniu od 21 innych europejskich państw, w których tematyka choroby podejmowana jest w większym stopniu. Najgorzej państwo polskie wypada w kategorii wsparcia zawodowego – w dzień publikacji raportu nie przyznano Polsce punktów w tej kategorii. Pocieszające jest to, iż w 2019 roku pojawiły się pierwsze dodatki dla polskich opiekunów, choć dostęp do nich mają nieliczni, a sama kwota nie zaspokaja potrzeb tych, którzy niejednokrotnie

muszą rezygnować z pracy zarobkowej na rzecz opieki nad chorującym członkiem rodziny.

Niedostatek, niezadowalająca jakość albo brak usług, które powinny być dostępne dla chorych na alzheimera i ich opiekunów w Polsce, nie pozostaje bez znaczenia dla zdrowia fizycznego i psychicznego obu grup. Jako że sprawowana nad chorymi na alzheimera w Polsce opieka przeważnie dotyczy bliskich, ważne jest, aby poświęcić tej grupie znaczną uwagę. W perspektywie lawinowo starzejącej się populacji w kraju wydaje się to nie tylko potrzebne, ale i niezbędne oraz nieuniknione. Analiza sytuacji pokazuje, że system planowania działań i organizacji wsparcia dla dawców opieki w Polsce nie jest wydolny, co z kolei pociąga za sobą następstwa w postaci obniżenia poziomu jakości życia opiekunów (por. Filipowska, 2020).

Specyfika opieki nad chorym na alzheimera

Specyfika opieki nad pacjentem z diagnozą choroby Alzheimera polega na podążaniu za kolejnymi etapami otępienia i dostosowywaniu pomocy do zmieniających się potrzeb chorego. To, co wspólne we wszystkich stadiach alzheimera, to świadomość nieodwracalności choroby i nieuchronności śmierci. Świadomość pacjenta na pewnym etapie jest już na tyle zaburzona, że nie zdaje on sobie sprawy ze swojego położenia. Opiekunom taka refleksja towarzyszy nieprzerwanie przez cały okres sprawowania opieki.

Każda choroba ma specyficzny dla siebie przebieg i wymagania dotyczące opieki nad chorym. Chory na alzheimera przez pierwsze lata zwykle nie wymaga hospitalizacji, niemniej postępujące otępienie w coraz większym stopniu ogranicza możliwość jego samodzielnego funkcjonowania i ostatecznie uzależnia go od opiekuna (por. Ponczek i in., 2017). Niewiele jest jednostek chorobowych, które w taki sposób wpływają na życie pacjenta, że konieczne jest zaangażowanie rodziny w długoterminową opiekę nad nim (por. Sadowska, 2016). Chorzy na alzheimera wymagają zbliżonej opieki do tej, której potrzebują pacjenci po ciężkim urazie mózgu, niepełnosprawni fizycznie i intelektualnie oraz chorzy paliatywnie.

Choroba objawia się trudnościami w zapamiętywaniu nowych informacji, nazywaniu przedmiotów, a także zmianą nastroju, postrzegania i zachowania (por. Richardson i in., 2013). W początkowych stadiach choroby pacjent wymaga jedynie nadzoru i okazjonalnej pomocy. W miarę postępu otępienia opieka przybiera postać niezbędnego dla funkcjonowania pacjenta wsparcia, aż w końcu pomoc staje się niezbędna dla utrzymania życia osoby chorej.

We wczesnej fazie choroby podopieczny wymaga doraźnego wsparcia w wykonywaniu złożonych czynności i czuwania podczas realizowania odpowiedzialnych zadań. Pozbawiony nadzoru pacjent skłonny jest do podejmowania lekkomyślnych bądź groźnych w skutkach decyzji. Początkowy etap otępienia to najdogodniejszy moment do wprowadzenia niefarmakologicznych metod postępowania z pacjentem, takich jak: trening funkcji pamięciowych i orientacji, przywoływanie wspomnień, wzmacnianie prawidłowych zachowań, zmniejszanie poczucia lęku i niepokoju, terapia zajęciowa i poprawa aktywności, a także przystosowanie otoczenia do potrzeb pacjenta (Kłoszewska, za: Długosz-Mazur i in., 2013). Trening poznawczy spowalnia proces otępienny, wspiera zachowane funkcje, a nadto daje choremu poczucie bycia aktywnym i produktywnym. Odpowiednio dobrany i prowadzony trening daje poczucie spełnienia zarówno opiekunowi, jak i podopiecznemu, jednakże jego skuteczność w dużej mierze zależy od systematyczności, co z kolei sprawia, że zaangażowanie w opiekę znacznie wzrasta. Początki choroby to czas na przemyślenie oraz zaplanowanie dalszego wsparcia i zadań na przyszłość. Mimo że wczesny etap opieki nie jest jeszcze bardzo zajmujący, to należy pomyśleć o wymaganiach kolejnych stadiów – o zaangażowaniu dodatkowych osób do pomocy, uregulowaniu finansowych i prawnych spraw chorego oraz przystosowaniu środowiska do jego potrzeb. Przygotowanie otoczenia pacjenta, tak aby było bezpieczne, ma istotne znaczenie. W początkowej fazie choroby należy usunąć lub zabezpieczyć potencjalnie niebezpieczne przedmioty, preparaty i urządzenia. Nierzadko dochodzi do sytuacji, w której chory zapomni zakręcić wodę, wyłączyć gaz albo niezamierzenie spożyje substancję chemiczną.

Podopieczny w średnim stadium zaawansowania choroby wymaga znacznie większej uwagi ze strony opiekuna. Pacjent staje się zależny od innych, a zaburzona orientacja przestrzenna nie pozwala mu na bezpieczne poruszanie się poza domem. Chory gorzej odnajduje się także w dobrze znanym mu otoczeniu i potrzebne są dla niego informacje i wskazówki podczas poruszania się w miejscu pobytu. Umieszczanie oznaczeń na szafkach („chleb”, „cukier”, „koszule”, „skarpety”), oznaczanie drzwi („toaleta”) oraz wyznaczanie taśmą drogi do łazienki, kuchni i innych ważnych miejsc w mieszkaniu przez pewien czas pomaga uniknąć frustracji i przykrych sytuacji. Chory zwykle na tym etapie potrzebuje stałej pomocy w sporządzaniu posiłków, niekiedy także w doborze adekwatnego do potrzeb stroju. Niezbędne staje się zabezpieczenie przed manipulacją oknami i drzwiami oraz urządzeniami potencjalnie niebezpiecznymi, a także wyeliminowanie z otoczenia chorego wszystkich elementów, które mogłyby przypadkowo lub celowo posłużyć do zrobienia sobie czy innym krzywdy. W tym stadium otępienia pacjent nierzadko zaniedbuje higienę osobistą. Postępująca choroba sprawia, że zakres opieki musi być rozszerzony, a pacjent potrzebuje coraz więcej uwagi i czasu opiekuna, aby mógł zaspokoić swoje codzienne potrzeby.

Zaawansowany etap choroby Alzheimera to poważna niepełnosprawność pacjenta, która determinuje konieczność stałej, całodobowej opieki. Chory nie jest w stanie zadbać o siebie – uzależniony jest całkowicie od opiekuna, który podaje posiłki, ubiera go, dba o higienę i bezpieczeństwo podczas alokacji. Problemy z przełykaniem pokarmów powodują zachłystywanie się, co grozi powikłaniami w postaci zapalenia płuc lub śmiercią przez uduszenie. Pacjent nierzadko musi nosić pieluchy, ponieważ nie kontroluje wydalania. Zaburzona jest też możliwość samodzielnego poruszania się na krótkich odcinkach, a nawet umiejętność samodzielnej zmiany pozycji. W tym czasie najczęściej dochodzi do groźnych w skutkach wypadków, dlatego asysta opiekuna przy przemieszczaniu staje się niezbędna. Zmienia się także cykl dobowy osoby chorej, co sprawia, że konieczna jest obecność i czujność opiekuna również w godzinach nocnych. Dodatkowo występują wzmożone zaburzenia

emocjonalne, zmiany osobowości, urojenia i agresja, utrudniające niesienie pomocy choremu.

W ostatnim okresie choroby stan pacjenta drastycznie pogarsza się. Osoba chora nie jest w stanie samodzielnie spożywać pokarmów, poruszać się i efektywnie komunikować – traci zdolności werbalne i ruchowe. Na tym etapie chory nie rozpoznaje osób bliskich. Opieka i pielęgnacja w tym stadium jest niezwykle trudna i wymaga ogromnej siły zarówno fizycznej, jak i psychicznej.

Ponadto w całej długoterminowej opiece nad chorym niezwykle istotna jest odpowiednio zbilansowana dieta. Sporządzanie jakościowych posiłków, a zarazem zaspokajanie gustów smakowych podopiecznego, jest ogromnym wyzwaniem, pochłania wiele energii i czasu. Zadanie staje się jeszcze trudniejsze, gdy konsystencja posiłków musi być zmieniana ze względu na postępujące zaburzenia w motoryce narządów biorących udział w procesie rozdrabniania i trawienia pokarmów, z tego powodu opiekun zwykle zmuszony jest ponosić dodatkowe, znaczne koszty związane z wprowadzeniem specjalistycznej diety. Osłabieniu ulega odczuwanie łaknienia przez chorego. Bez nadzoru szybko może dojść do groźnego odwodnienia. Poza pomocą w codziennym funkcjonowaniu niezbędna na każdym etapie otępienia jest stała opieka medyczna nad pacjentem. Dla opiekunów oznacza to utrzymywanie nieprzerwanego kontaktu ze specjalistami różnych dziedzin (geriatrą, neurologiem, psychologiem, psychiatrą, kardiologiem i innymi), organizowanie wizyt lub badań i doprowadzanie na nie chorego, realizowanie recept. Na pewnym etapie choroby niezbędne staje się wręcz przejęcie kontroli nad leczeniem farmakologicznym, w innym razie pacjent myli dawki lub pomija leki.

Oprócz zaspokojenia podstawowych potrzeb pacjentów z chorobą Alzheimera na opiekunach spoczywa odpowiedzialność zapewnienia podopiecznym intymności, kontaktów społecznych oraz odpowiednich zajęć (por. Grochmal-Bach, 2007). Niełatwym zadaniem jest zapewnienie prywatności osobie, która wymaga pomocy w codziennej pielęgnacji, nie mniej należy dokładać wszelkich starań w celu poszanowania prywatności

chorego. Utrzymywanie kontaktów chorego z innymi jest kolejnym, istotnym wyzwaniem dla opiekuna. Podczas postępujących zmian otępieńnych chory sam zaczyna izolować się od społeczeństwa, unika kontaktów, a na pewnym etapie zabrania wizyt i odmawia spotkań także z członkami rodziny niosącymi pomoc. Dla codziennego, prawidłowego funkcjonowania pacjenta ważne jest ustalenie rutynowych czynności o stałych porach, a jednocześnie urozmaicenie czasu wolnego ciekawymi i adekwatnymi do możliwości chorego aktywnościami. W praktyce bywa to niezwykle trudne, szczególnie gdy chory wzbrania się przed wykonaniem zadanej aktywności lub reaguje agresją. Każda zmiana może powodować u pacjenta lęk lub frustrację, co stwarza warunki do narastania trudności podczas różnych zabiegów mających wspomóc opiekę. Niejednokrotnie sztuką jest równoczesne zabezpieczenie otoczenia chorego, dostosowanie diety do jego potrzeb oraz zapewnienie odpowiedniej opieki bez dokonywania zmian, które są dla chorego bodźcem wywołującym negatywny afekt. Sprawowanie opieki nad chorym na alzheimera jest nieustająco trudnym wyzwaniem.

Koszty psychologiczne opieki

Dbanie o pacjenta bez rokowań na wyzdrowienie przysparza wielu emocjonalnych trudności u osób z najbliższego otoczenia. Szczególnym przypadkiem jest choroba, która wiąże się z nieuchronnością śmierci i dotyczy bliskiego człowieka. Diagnoza choroby Alzheimera postrzegana jest zwykle jako wyrok, który uruchamia skalę negatywnych myśli i emocji oraz indywidualne mechanizmy adaptacyjne. Systematyczne obcowanie z osobą z alzheimerem w wywiadzie wiąże się ze zmianami nastroju, zachowania i funkcjonowania społecznego. W miarę postępu otępienia i rosnącej niepełnosprawności podopiecznego wzrasta zaangażowanie opiekuna w obu aspektach: fizycznym i psychicznym. Opieka nad chorym na alzheimera może skutkować poczuciem obciążenia (por. Misiak, Kopydłowska, 2011) i wyczerpania (por. Szluz, 2017b), a także chorobami somatycznymi, psychosomatycznymi oraz zaburzeniami psychicznymi

(por. Pinquart, Sörensen, 2007), a nawet przedwczesną śmiercią (por. Schulz, Beach, 1999). Obciążenie fizyczne, psychiczne i emocjonalne prowadzi do wypalenia sił, a utrata kontaktów społecznych istotnie wpływa na pogorszenie codziennego funkcjonowania (por. Rachel i in., 2014b; Sulch, Kalra, 2003). Świadczenie długoterminowej pomocy bliskiej osobie z otępieniem wiąże się z ryzykiem obniżenia jakości życia opiekunów (por. Szluz, 2017a) rozumianej jako subiektywna ocena stanu fizycznego, kondycji psychicznej, poczucia niezależności i relacji społecznych (por. World Health Organization, 1993).

Wśród opiekunów osób z chorobą Alzheimera obserwuje się szczególnie podatność na zaburzenia lękowe, nastroju oraz snu (Bookwala i in., 2000, za: Rachel i in., 2014a), co zwykle implikuje narastające trudności w codziennym funkcjonowaniu. W zależności od stadium choroby, ilości czasu poświęcanego choremu, możliwości podziału obowiązków opiekuńczych między członków rodziny, osobistych zasobów opiekuna, relacji z pacjentem i innych czynników – osoby sprawujące pieczę nad pacjentami z otępieniem mają mniej lub bardziej nasilone objawy psychopatologiczne. Z deklaracji 78% badanych wynika, że opieka nad bliską osobą z chorobą Alzheimera ma szczególnie negatywny wpływ na psychikę opiekunów (por. Kaczmarek i in., 2010). Jednym z częściej diagnozowanych zaburzeń w tej grupie jest depresja (por. Richardson i in., 2013). Joling i in. (2010) dowiedli, że małżonkowie opiekujący się chorym bliskim byli trzykrotnie bardziej narażeni na depresję niż osoby nie-sprawujące takiej opieki. Ryzyko wzrasta do czterokrotnie większego, gdy brany jest pod uwagę także późniejszy okres żałoby. Wśród badanych we Włoszech opiekunów rodzinnych 42% wykazywało wysokie wskaźniki depresji (por. Sansoni i in., 2004). Wiadomo, że depresja rozwija się równoległe z pogarszającym się stanem zdrowia podopiecznego (por. Misiak, Kopydłowska, 2011). Badania wykazały, że nasilenie symptomów psycho-tycznych i niepożądanych zachowań u chorego nasila objawy depresyjne u opiekunów (por. Kosmala, Kłoszewska, 2004). Charakterystyczną dla opiekujących się osobami z otępieniem postawą wydaje się poczucie beznadziei i wyuczona bezradność. W obliczu postępującej choroby

bliskiego i nieuchronności jego odejścia opiekunowie oczekują najgorszych scenariuszy i mają świadomość, że żadne podejmowane działania nie uchronią ich oraz podopiecznych przed konsekwencjami otępienia. Takie postrzeganie stanu rzeczy mocno ogranicza motywację, koncentruje na negatywnych aspektach choroby i stwarza warunki do rozwoju depresji, która z kolei drastycznie wpływa na obniżenie poziomu zdrowia psychicznego opiekunów i może przyczynić się do zaniedbań w sprawowanej przez nich opiece (por. Coen i in., 2002).

Zaburzenia snu, niekoniecznie związane z objawami depresji, towarzyszą opiekunom pacjentów z otępieniem szczególnie w późniejszych fazach choroby. Opiekun mieszkający z chorym doświadcza deprywacji snu w sytuacji, gdy podopieczny sam nie może spać, wędruje w nocy, woła, jęczy lub krzyczy. Bywa i tak, że opiekuna niepokoi cisza, która może zwiastować śmierć chorego, co nie pozwala mu spokojnie odpoczywać. Także ciągła psychiczna i fizyczna gotowość do niesienia pomocy drugiemu człowiekowi utrudnia relaks i regenerację. Podobne sytuacje mają wpływ na ilość, jakość i porę snu opiekuna. Brak odpowiedniej dawki snu nie sprzyja dobremu samopoczuciu i wydajnemu funkcjonowaniu (por. Jarema, 2017), a stan spełniający kryteria bezsenności może mieć poważne konsekwencje dla całościowego stanu zdrowia.

Kolejnym czynnikiem niepozostającym bez znaczenia dla zdrowia psychicznego opiekunów bliskich cierpiących na chorobę Alzheimera jest lęk i związany z nim strach oraz niepokój. Specyfika otępień sprawia, że osoby mające na co dzień do czynienia z chorym narażone są na intensywne myśli dotyczące choroby, chorego, sytuacji, planów, rokowań, a najczęściej zagrożeń, zmian i śmierci. Szczególnie trudna jest opieka nad człowiekiem, z którym łączy nas więź i emocjonalne relacje. Strach pojawia się w chwili postawienia diagnozy – dotyczy pytań o to, co będzie z bliską osobą, i towarzyszy w każdej niebezpiecznej sytuacji podczas sprawowania opieki aż do czasu, w którym należy się już spodziewać kresu choroby, i dominuje strach, że bliski w każdej chwili może umrzeć. Lęk towarzyszący opiekunowi wydaje się tym silniejszy, im bardziej choroba doświadcza pacjenta. Można wysnuć wniosek, że w tym przypadku lęk

jest efektem nagromadzonego strachu i wynikiem ogólnej sytuacji psychicznej, w jakiej znajduje się opiekun.

Wspieranie przewlekle chorych członków rodziny to codzienne zmagania się z dylematami, wątpliwościami, koniecznością podejmowania decyzji i brakiem możliwości przewidzenia najbliższej przyszłości. Choroba Alzheimera, mimo typowych dla siebie objawów, charakteryzuje się jednostkową zmiennością ich występowania. Zależnie od pacjenta, stadium i obrazu jednostki chorobowej, warunków środowiskowych, jakości opieki i dostępności wiedzy – objawy mogą pokrywać się lub odbiegać od symptomów obecnych u innych pacjentów, a także występować w różnym czasie. W związku z powyższym nie dziwi częste występowanie zaburzeń lękowych w tej grupie. Julita Sansoni i in. (2004) wykazali, że 76% spośród badanych we Włoszech rodzinnych opiekunów pacjentów z chorobą Alzheimera ma podwyższony poziom lęku. Opiekunowie bywają stale zatroškani, w ich życiu codziennym dominują zmartwienia, a ponadto czują, że nie mają wpływu na przyszłe wydarzenia. Utrzymujący się stan ogólnej bezradności, napięcia i niepokoju może zwiastować uogólnione zaburzenia lękowe (por. Seligman i in., 2017).

Opiekowanie się chorym na alzheimera jest bardzo obciążające i wyczerpujące oraz mocno nacechowane ładunkiem emocjonalnym w przypadku osoby bliskiej. Można przypuszczać, że opiekunowie niebędący w grupie ryzyka wystąpienia zaburzeń lękowych czy depresyjnych oraz mający odpowiednie zasoby i cechy osobowościowe, by radzić sobie z trudami opieki, mimo wszystko mogą doświadczyć uciążliwego niepokoju.

W zależności od stadium choroby, jakości relacji, ilości czasu spędzanego z chorym na chorobę Alzheimera, a także od obciążeń opiekuna (jego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz innych warunków osobowościowych i sytuacyjnych), należy spodziewać się, że jego nastrój będzie ulegać zmianom i może być różnie regulowany. Jak wiadomo, sprawujący opiekę nad bliskimi osobami z otępieniem często sami stają się ofiarami przedłużającego się obniżonego nastroju, co może być objawem częstych w tej grupie zaburzeń depresyjnych.

Osobom pomagającym chorym na otępienie towarzyszy wachlarz emocji. Na różnych etapach choroby podopiecznego emocje w przeważającej większości mogą mieć charakter negatywny, a wśród nich należy wyróżnić gniew, smutek, wstyd (por. m.in. Rachel i in., 2014b; Misiak, Kopydłowska, 2011) oraz strach. Reakcją na wystąpienie niepożądanych emocji bywa ich tłumienie. W relacji opiekun–pacjent tłumienie emocji może być przyczyną agresji skierowanej na chorego (Maciarz, 2004, za: Szluz, 2017a).

Sytuacja, w jakiej znajduje się opiekun bliskiej osoby chorej na alzheimera, często wykracza poza jego możliwości adaptacyjne i staje się źródłem przewlekłego stresu (por. Rachel i in., 2014a). Ma to związek z postępem choroby, zmianami w funkcjonowaniu oraz zachowaniu pacjenta i rosnącą zależnością od opiekuna. Wyróżniono cztery kategorie obciążenia opiekuna, które generują największy stres (por. Gauthier, 2007), a ponieważ są one nieodłącznym elementem rzeczywistości środowiska chorego – stają się źródłem przewlekłego stresu. Serge Gauthier (2007) wymienia obciążenie psychiczne, fizyczne, ekonomiczne i społeczne. Pierwsze dotyczy w głównej mierze symptomów choroby, szczególnie zmian w zachowaniu pacjenta, takich jak roszczenia, pretensje, nieufność, odmowa współpracy oraz zaburzenia psychotyczne, które znacząco utrudniają, a niekiedy uniemożliwiają wiele czynności koniecznych do wykonania przy podopiecznym. Nieumiejętność radzenia sobie z emocjami oraz skumulowany i długotrwały stres, który zdaniem Gauthiera (2007) dotyka 70% opiekunów, stają się przyczyną zespołu wypalenia (por. Ponczek i in. 2017). Opiekunami są osoby nierzadko aktywne zawodowo, mające obowiązki wiążące się z prowadzeniem własnego gospodarstwa domowego i wychowaniem dzieci. Przejęcie zadań związanych z pomocą bliskiemu z chorobą Alzheimera to znaczne, dodatkowe obciążenie fizyczne. Ponadto na pewnym etapie otępienia rodzi się potrzeba fizycznego wsparcia chorego, co oznacza dźwiganie chorego przy zmianie pozycji, podtrzymywanie podczas toalety czy podnoszenie po upadkach. Wyczerpanie pokładów energii może powodować frustrację opiekuna, a nadwyrężenie organizmu – urazy i problemy natury fizycznej. Koszty finansowe ponoszone

w związku z chorobą narastają wraz z pogłębianiem się niepełnosprawności. Do systematycznie rosnących kosztów leczenia należy doliczyć wyposażenie środowiska pacjenta w niezbędne akcesoria stacjonarne, mobilne oraz higieniczne. Konieczność wynajęcia dodatkowej pomocy drastycznie zwiększa wydatki. Obciążenie społeczne uwidacznia się w izolacji opiekuna oraz w uniemożliwieniu prowadzenia dotychczasowej aktywności towarzyskiej. Pochłonięty obowiązками opiekun zwykle nie ma czasu, siły ani motywacji do podejmowania spotkań towarzyskich. Niekiedy relacje w najbliższym środowisku opiekuna zostają zachwiane z powodu zmian wymuszonych przez chorobę członka rodziny. Rytm życia ulega drastycznej zmianie, a wraz z przejściem roli opiekuna następuje pełna koncentracja na chorym i podporządkowanie się jego rytmowi (por. Szluz, 2019). Należy zatem wnioskować, że opiekunowie należą do grupy narażonej na znaczną ilość stresu życiowego, co implikuje jednocześnie wysokie ryzyko pogorszenia zdrowia. Opiekunowie chorych na otępienie typu alzheimerskiego mają podwyższony poziom hormonów stresu średnio o 23% w porównaniu z populacją ogólną (Mausbach i in., 2008, za: Rachel i in., 2014a). Narażenie na stres związany z długoterminową opieką nad chorym na alzheimera bliskim członkiem rodziny może inicjować lub ujawniać zaburzenia psychiczne, zachowania i lękowe (Schumacher i in. 2006, za: Witusik, Pietras, 2007). W miarę wydłużania się okresu sprawowania pieczy stwierdza się pogorszenie stanu somatycznego dawców opieki, co dodatkowo zwiększa podatność na negatywne skutki przewlekłego stresu (Vitaliano i in., 2003, za: Rachel i in., 2014b), wśród których wymienia się m.in. upośledzenie plastyczności neuronalnej, neurogenezy i gospodarki hormonalnej oraz nieodwracalne zmiany w centralnym układzie nerwowym, a także zaburzenie funkcji poznawczych (por. Rachel i in., 2014a), osłabienie pamięci i wyższe ryzyko zachorowalności na otępienie (Casswell i in., 2003, za: Rachel i in., 2014a).

Wpływ na życiową satysfakcję opiekunów ma również styl radzenia sobie ze stresem, którym posługują się opiekunowie (por. Basińska, Łuczak, 2014). Potwierdzono zależność między stosowaniem stylu skoncentrowanego na zadaniu a większą satysfakcją z życia oraz niższym wskaźnikiem

występowania depresji u sprawujących opiekę nad spokrewnionymi z chorobą Alzheimera (por. Haley i in., 1996). Britt Almborg i in. (1997) dowiedli ponadto, że koncentracja na rozwiązaniu zapobiega wystąpieniu zespołu wypalenia w tej grupie. Z kolei używanie mechanizmów unikających, jako sposobu radzenia sobie w sytuacjach stresujących, zwiększa nasilenie symptomów depresji (Cooper i in., 2008, za: Rachel, Turkot, 2015). Emocjonalny i unikający styl mogą też być przyczyną trudności adaptacyjnych (Neundorfer, 1991, za: Basińska, Łuczak, 2014), a więc mogą przysporzyć opiekunom dodatkowych przeszkód w pełnieniu swojej roli.

Jakość życia – na tropach psychologii egzystencjalnej

Osoba przeżywająca i doświadczająca postępującej choroby neurodeterioracyjnej² – w tym opracowaniu jej przykładem pozostaje choroba Alzheimera – wymaga większej uwagi i troski, a w związku z tym – opieki, pomocy i narastającego codziennego zainteresowania ze strony swoich bliskich (por. Wysocka, Zabłocka-Żytka, 2020), którzy w nowej sytuacji przyjmują na siebie rolę osoby opiekującej się chorym. Ujawnia się tutaj pewna osobliwość: ktoś zostaje opiekunem właśnie dlatego, że ktoś inny, w tym przypadku bliski, staje się osobą chorującą. Pojawia się nowa postać więzi lub przynajmniej nowa jakość w dotychczasowej relacji międzyosobowej. Od tej pory wiele spraw, jeśli nie większość z nich, ujawniających

² Wyrażenie „choroba neurodeterioracyjna” zaproponowane w tym fragmencie rozważań może być nieoczywiste lub niezrozumiałe, gdy uwzględni się znane i powszechnie używane w neurologii, psychiatrii i psychogeriatrici wyrażenie „choroba neurodegeneracyjna”. Warto jednak podjąć namysł nad znaczeniem obu słów – deterioracja i degeneracja – w kontekście ich znaczenia i rozumienia w odniesieniu do osób, które cierpią na chorobę Alzheimera. W sferze neurologicznej (biologicznej) następuje i postępuje w tej chorobie rozpad (degeneracja) struktur układu nerwowego. Niemniej, uwzględniając perspektywę egzystencjalną, antropologiczną i psychiczną osób chorujących na alzheimera, wydaje się również zasadne użycie słowa „deterioracja” w znaczeniu: osłabienie, słabnące zdolności i umiejętności, stopniowe zanikanie możliwości, niedostępność do poprzednich poziomów funkcjonowania psychicznego. W ten sposób można uniknąć pejoratywnego odcienia słowa „degeneracja” w odniesieniu do osób chorujących na alzheimera, a równocześnie podkreślić niesłabnące nigdy ani w żadnych okolicznościach godność i wartość tych osób. Niewykluczone, że słowa mogą czynić różnicę w rozumieniu i ocenie osób chorujących i tych, którzy społecznie są nierzadko identyfikowani jako degeneraci.

się w sposobach bycia i funkcjonowania nadal sobie bliskich osób, ulega przeobrażeniom i pojawia się w nowym jakościowo układzie wzajemności i tworzonej wspólnoty międzysobowej (por. Boss, 2011/2013), dlatego też można spróbować odczytywać jakość jako „takość w daności”, podkreślając i akcentując w ten sposób to, że

tak oto coś jest dane człowiekowi, dostępne, w taki sposób jest przez człowieka postrzegane, tak odczuwane i przeżywane. Odnosząc się do jakości życia, możemy stwierdzić, wychodząc od analiz egzystencjalnych i antropologicznych, że życie jest człowiekowi jakoś – nie w znaczeniu genezy, lecz sposobu bycia – dane (może też niekiedy podarowane) bądź to przez los, bądź jako efekt wyboru (szczególnie w znaczeniu decyzji podstawowej, zaangażowania i zobowiązania, wyboru siebie). Jakość życia człowieka warunkowana jest przebiegiem rozwoju jednostki i procesem kształtowania się świata, w którym ona funkcjonuje (Majczyna, 2009, s. 26).

Wraz z nowymi czynnikami chorobowymi u osoby zapadającej na alzheimera zjawiają się również nowe, inne wyzwania i postaci zaangażowania w opiekę, nierzadko silnie wyczerpujące zasoby indywidualne opiekuna rodzinnego. Odtąd osoba opiekująca się swoim bliskim na nowo tworzy i modyfikuje swoje funkcjonowanie, stając wobec pytań i spraw nierzadko najważniejszych od tego etapu jej życia. Prócz nieodzownych zmian w obszarze organizacji życia i zagwarantowania odpowiedniej opieki osobie chorującej owe zmiany dotyczą również wymiaru egzystencjalnego, a niejednokrotnie ingerują także w horyzont aksjologiczny opiekuna rodzinnego. Przy rozważaniach obejmujących analizy zagadnienia tytułowego – jakości życia opiekunów rodzinnych – nie może zabraknąć i tego wątku, o który można by zapytywać, parafrazując znane pytanie Thomasa Nagela: jak to jest być opiekunem osoby chorującej? (por. Nagel, 1974/1997). Jego oryginalne pytanie: „jak to jest być nietoperzem?” miało, z jednej strony, przestrzegać przed zbędnym i nieodpowiednio stosowanym redukcjonizmem w analizach obejmujących całość funkcjonowania człowieka, a z drugiej – miało zachęcać do wielowymiarowej i głębszej analizy danego zjawiska psychicznego,

samego w sobie, a więc ujawniało ambicję i nadzieję na odpowiedź „z wnętrza” zjawiska, w dopełnieniu powszechnie dostępnego opisu dokonywanego zgodnie z przyjmowanym paradygmatem „z zewnątrz”.

Warto więc zapytać o to, jak to jest być właśnie tą osobą, czyli móc spojrzeć „z jej wnętrza”, od strony jej przeżycia, które „na zewnątrz” ukazuje się w jej zachowaniu na różne i dostępne poznawczo za sprawą badań psychologicznych sposoby opisane w licznych wartościowych studiach. Z tych niezwykle inspirujących i wnikliwie prowadzonych badań na temat funkcjonowania opiekujących się bliskimi chorymi udało się dużo dowiedzieć o tym, z czym te osoby się mierzą i jak sobie radzą w tych warunkach. Do tego celu zostały wykorzystane wystandaryzowane narzędzia badawcze i za ich pomocą zostały ujawnione powszechne (nomotetyczne) cechy osób badanych. Mniej natomiast wiadomo, co raczej nie powinno dziwić, jak to się w nich rozgrywa, rozpościera i dokonuje. Pokusa, żeby i o tym się czegoś więcej dowiedzieć, może okazać się nazbyt śmiała, wszak wkroczyć należałoby w obszary i sfery prywatne i intymne, ujawniające wyjątkowe (idiograficzne) własności osób badanych, jednostkowe i subiektywne, a więc od strony metodologii badań naukowych koncentrującej się na tzw. studium przypadku. Takie podejście do badanego zagadnienia może jawić się jako „mniej wartościowe” metodologicznie (o słabszym walorze empirycznym czy statystycznym), niemniej dostępne analizy filozoficzne i psychologiczne pozwalają ujawnić określone możliwości zrekonstruowania przeżycia osobistego, bo „często nasze próby zrozumienia pacjenta w kategoriach mechanizmów zachowań hamuje możliwość uchwycenia tego, czego on naprawdę doświadcza” (May, 1983/1995, s. 27), stąd zostały zaproponowane w tym miejscu próby zmierzenia się właśnie z tym wymiarem bycia opiekunem rodzinnym. Jak się wydaje, sięgnięcie po niektóre idee, dostępne dzięki dociekaniom psychologii egzystencjalnie zorientowanej, może przyczynić się do zarysowania mapy i horyzontu przeżycia opiekunów rodzinnych i częściowo dookreślić jakość ich życia.

Przeżycie – „osoba od wewnątrz”

Warto w związku z powyższym w badanym i opisywanym kontekście jakości życia opiekunów rodzinnych spróbować zmierzyć się z przeżyciem rozlewającym się w ich własnym świecie wewnętrznym – *Eigentwelt* (por. May, 1983/1995, s. 159), czyli w „świecie relacji do siebie samego”, w jakim pozostaje opiekun osoby chorującej. Ponadto, „[j]aka jest relacja osoby do jej własnych możliwości” (May, 1983/1995, s. 159) bycia w teraz jej dostępnych warunkach, czyli jak to jest być tą, a nie inną osobą, w tej, a nie innej sytuacji. Z przebogatej literatury przedmiotu dotyczącej omawianego tutaj tematu (por. m.in. Kaczmarek i in., 2010; Rachel i in., 2014b; Szluz, 2017; Witusik, Pietras, 2007) można wybrać przynajmniej niektóre z propozycji odnoszących się do analiz jakości życia opiekunów, i to analiz specyficznie ujmowanych, a mianowicie z perspektywy egzystencjalnej i fenomenologicznej, zgłębiającej zjawisko psychiczne – wyczerpanie opisywane psychologicznie przez wykorzystanie wybranych terminów, różnorodnych mechanizmów, procesów i stanów psychicznych (np. stresu, lęku czy depresji, por. Witusik, Pietras, 2007).

Wojciech Rachel i Agnieszka Turkot (2015) wspominają we wstępie swojego artykułu, że nawet wśród profesjonalistów, czyli psychologów i psychoterapeutów, świadomość problematyki jakości życia osób opiekujących się, również w kontekście egzystencjalnym, nie jest rozpowszechniona, choć należałoby wnosić, że zapewne coraz wyraźniej znajduje ona swoje miejsce w pracy terapeutycznej, chociażby z tego tytułu, że coraz więcej osób opiekujących się, będąc świadomymi swojego położenia, szuka wsparcia i pomocy z powodu osobistych trudności, kłopotów bądź problemów ujawniających się w ich życiu i podczas oddanego zaangażowania na rzecz osoby chorującej. „Dla wielu opiekunów rodzinnych nowa sytuacja związana z chorobą członka rodziny wykracza poza możliwości adaptacyjne i wywołuje przewlekły stres” (Rachel, Turkot, 2015, s. 60), sprawiając, że oni sami stają przed nowym wyzwaniem, modyfikującym ich dotychczasowy sposób bycia i funkcjonowania. Nierzadko nie są na to przygotowani, gdyż zazwyczaj nowe wyzwanie wymaga etapu

przejściowego, który ma w procesie akomodacji doprowadzić działanie opiekunów rodzinnych do optymalizacji ich funkcjonowania w nowym układzie warunków. Akomodacja bowiem umożliwia zmianę siebie samego, przystosowanie się do nowych okoliczności, wymagań i podejmowania odpowiedzialności osobistej w odmiennych od dotychczasowych warunkach. Niezwykle wymownym tego przykładem jest to, że osoby opiekujące się niejednokrotnie nie są przygotowane do rozpoznawania u podopiecznego nowych zachowań spowodowanych chorobą i dlatego mają trudności z zaakceptowaniem ich występowania. Choroba jawi się jako silnie działający czynnik, radykalnie zmieniający to, co do tej pory w relacji międzyosobowej pozostawało znajome i możliwe do przyjęcia i akceptowania. Dodatkowo, już na kanwie zmian wprowadzanych wraz z postępem choroby, osoba opiekująca się napotyka lub może się natknąć na trudność innego rodzaju, a mianowicie: „nauczenie się oddzielania tych zachowań [będących przejawem choroby – M.M.] od osoby pacjenta i zaakceptowanie ich występowania nie tyle na płaszczyźnie intelektualnej, ile emocjonalnej” (Rachel, Turkot, 2015, s. 66). Choroba neurodeterioracyjna częściowo, choć w znacznej mierze, przyczynia się do zmian nie tylko organizacyjnych i logistycznych (w obrębie całej rodziny i bliskich), ale również – a może przede wszystkim – o charakterze egzystencjalnym i rozwojowym, którym ulegają obie strony. Tak zarysowana nowa jakość funkcjonowania osoby chorej i osoby opiekującej się ujawnia nową sferę dla analiz zjawiska tytułowego, przekraczając dostępne obiektywne dane empiryczne. W tym momencie można odwołać się do jednego z podstawowych założeń, ale i twierdzeń zarazem, psychologii egzystencjalnej, wskazujących na to, że człowiek już jakiś jest i jakiś jeszcze być może, prawdopodobnie również w takiej swojej postaci, którą z niemalą trudnością mogą przyjąć i zaakceptować głównie na „płaszczyźnie emocjonalnej” jego bliscy. Niepewność i niedookreśloność przyszłej postaci istnienia i działania danego człowieka może powodować niepokój, głównie wówczas, gdy przejawy zachowania tejże osoby i zmian zachodzących w jej osobowości zdają się sygnalizować nadchodzącą bądź już rozwijającą się chorobę neurodeterioracyjną. Ów niepokój ujawnia

swój egzystencjalny rys wiążący się z wolnością i swobodą decydowania o sobie, o swoim rozwoju, o własnej sprawczości oraz celach, zamiarach i intencjach będących przejawem dążeń i które to choroba początkowo utrudnia, a wraz z upływającym czasem niweczy, co prawda w różnym stopniu, zarówno u osoby chorującej, jak i u opiekuna rodzinnego.

Lęk i zobowiązanie

Pierwszym wyróżnionym tutaj kryterium opisu egzystencji człowieka, które ujawnia się w chorobie, zgodnie z wynikami wielu badań, również zaprezentowanych w tym opracowaniu, jawi się lęk, będący zdaniem Antoniego Kępińskiego „zasadniczą składową prawie wszystkich zespołów chorobowych”, wokół którego „narastają inne objawy psychopatologiczne; zmniejszenie lub usunięcie lęku prowadzi więc do zniknięcia innych objawów” (Kępiński, 1977, s. 15). Lęk, jako wymiar i przejaw istnienia człowieka, może towarzyszyć osobie, może nią kierować i wyznaczać horyzont jej działania i spełniania się w swoim rozwoju. Lęk również może być traktowany jako kryterium przy opisie i analizie funkcjonowania człowieka, głównie w odniesieniu do sposobów radzenia sobie w nowej i trudnej sytuacji życiowej. W tej pierwszej perspektywie można powiedzieć, że lęk jest znany osobie go przeżywającej, w drugiej natomiast – że o lęku wiedzieć można całkiem sporo (czego dowodem pozostaje bogata literatura przedmiotu i doświadczenia wielu psychoterapeutów). Znać lęk i wiedzieć o lęku to jednak nie to samo. Opiekunowie rodzinni wiedzą o lęku dużo, jednakże oni go przede wszystkim znają. Radzą sobie z nim rozmaicie – niekiedy lepiej lub gorzej, ale nie pozostaje on dla nich jedynie kryterium opisowym czy ocennym, lecz jest dla nich dojmującym przeżyciem egzystencjalnym. Uwolnienie się od lęku i jego następstw pozwala człowiekowi doświadczyć wolności, swobody decydowania i działania oraz sprawczości w realizacji własnych zamierzeń lub podejmowania w sposób dowolny własnego zaangażowania i zobowiązania (por. Majczyna, 2005).

Drugim kryterium jest więc zobowiązanie, do którego, zgodnie z postulatami psychologii egzystencjalnej, człowiek pozostaje zdolny na

różnych etapach swojego życia; przyjmując je, daje w ten sposób wyraz swojemu dążeniu w kierunku dojrzałości psychicznej, a najogólniej rzecz ujmując, zobowiązanie stanowi przejaw indywidualności osobowości (por. Gałdowa, 1992). Problematyka zobowiązania zarówno w antropologii filozoficznej, jak i psychologicznej – z uwagi na osobistą dojrzałość – jawi się przede wszystkim jako przyjmowane przez człowieka, który decyduje i wybiera spośród różnych możliwych wariantów własnego bycia, samoo graniczenie i dobrowolne darowanie siebie (m.in. takie odczytanie zobowiązania można znaleźć w jego polu semantycznym). Wybór ów obejmuje również osobiste ustosunkowanie się wobec warunków, w jakich dana osoba się znalazła, i ukierunkowanie własnej aktywności na podjęcie i zrealizowanie celów ważnych w jej rozwoju osobowym. W antropologii psychologicznej, gdy mowa o zadaniach rozwojowych, dążeniach czy projektach osobistych, każdorazowo wskazuje się na możliwość własnej decyzji i wyboru sposobu oraz zakresu ich aktualizacji i spełnienia. Wyrazu dojrzałości osobowości upatruje się więc w sposób zasadny w przyjmowanych przez człowieka zobowiązaniach i przywołanej już odpowiedzialności za bycie sobą. Dookreślając zobowiązanie w znaczeniu psychologicznym jako podjęcie i określone realizowanie aktywności własnej, wskazuje się na to, że jest to przyjęcie również odpowiedniego zaangażowania na rzecz dążenia do osiągnięcia zamierzonego celu. W kontekście zagadnienia tytułowego pojawia się zasadnicze pytanie, które dodatkowo nabiera ciężaru aksjologicznego i etycznego, a mianowicie: co z zobowiązaniem dotyczącym bycia opiekunem bliskiej osoby chorej?

Los i wybór – człowiek jakimś być może

Jak już wspomniano, ktoś staje się opiekunem w okolicznościach pojawienia się i postępu choroby u osoby bliskiej, co może w sposób zasadniczy oddziaływać na poczucie swobody decydowania i działania u opiekuna rodzinnego. Co więc z zobowiązaniem? Czy to przychodzi jako kolejny etap w rozwoju osoby opiekującej się i nie budzi wątpliwości co do jego realizacji? Czy opiekun może zwolnić siebie lub oczekiwać zwolnienia przez

kogoś z – jak się można domyślać – oczywistego spodziewania się opieki przez osobę chorującą lub kodu kulturowego, w którym zawarty pozostaje ów obowiązek? Czy można zmuszać opiekuna rodzinnego do podjęcia i prowadzenia takiego zobowiązania? Są to jedynie przykładowe pytania, niemniej inspirują do przemyśleń w wielu kierunkach i sferach. Nie można jednak spodziewać się na nie precyzyjnej (rozstrzygającej) odpowiedzi wkraczającej w sferę moralności. Pozostają one pewnymi reflektorami dla myśli wkraczającej w sferę losu, fatum, konieczności bądź nieuchronności biegu ścieżki życia, kiedy zobowiązanie traci wyraźnie właściwy jemu walor wyboru (szerzej zob. Majczyna, 2005). To, co może łączyć w tym układzie znaczenia (sensu) lęk i zobowiązanie – jako dwa wyróżnione tu kryteria analizy egzystencjalnej – to utrata własnej siły wewnętrznej powiązanej z wyborem w rozwoju osobowym. Wolność wszak może być ograniczona za sprawą warunków, w jakich przychodzi istnieć i działać człowiekowi, niemniej o wiele ważniejsze – w znaczeniu psychicznym – w takich okolicznościach okazuje się wytworzenie przez człowieka osobistej sytuacji psychologicznej, odczytanie lub nadanie zastanym warunkom sensu, który staje się sensem dla tej konkretnej osoby (por. Gałdowa, 1992, rozdz. 4; Majczyna, 2016).

Sytuacja, w jakiej znajduje się osoba opiekująca się chorym na alzheimera, bywa nierzadko olbrzymim wyzwaniem w różnych sferach życia. Głównym obszarem zazwyczaj pozostaje zorganizowanie odpowiedniej opieki: stałej, adekwatnej do ujawniających się słabości, postępujących ograniczeń i nieuchronności utraty określonych sprawności przez osobę chorującą. Jak uporać się z problemami w obszarach komunikacji – wymiany informacji i porozumienia – zachowania i podtrzymywania wzajemnego znaczenia i sensu dotyczącego kwestii użytecznościowych i wkraczających poza krąg spraw praktycznych, szczególnie wówczas, gdy wraz z postępem choroby ujawniają się stopniowo lub gwałtownie zmiany w zachowaniu i osobowości osoby chorującej, która ma coraz większe trudności w rozpoznawaniu, a przez to nierzadko nie uznaje swoich bliskich... za swoich? Osoba opiekująca się odkrywa nowy, nierzadko zaskakujący i niezrozumiały, wymiar choroby osoby bliskiej, a mianowicie

osłabienie, a po jakimś czasie utratę więzi osobowej, psychicznej, uczuciowej z Kimś dotąd bliskim, kto nadal jest bliskim, ale jakoś inaczej, tylko w ten sposób dostępnym na kolejnych etapach bycia osobistego i relacyjnego (o ile jeszcze możliwego). Strzępi się początkowo, a wraz z upływającym czasem rwie się relacja bliskości, wrażliwości wzajemnej, poczucia wspólnoty czy też codziennego spotkania międzyosobowego. Niejako rozkrusza się świat wzajemny, świat z innymi, a tu osobiście: z Inną (choć wciąż bliską) Osobą – *Mitwelt*, gdyby ponownie skorzystać z podpowiedzi psychologii egzystencjalnej (por. May, 1983/1995, s. 159), czyli wspólnego świata z naszymi bliźnimi w ogóle, a szczegółowo „świata podzielanego z naszym bliźnim” („świata podzielanego z nam bliską osobą”), w którym to świecie – skierowanym na dobro innego – rezonuje, choć coraz słabiej, wzajemne porozumienie i wspólna płaszczyzna sensu (coraz częściej pojawiające się niestety pod postacią „prześwitów” niż „jasnych i przestronnych polan”, metaforycznie nawiązując do wizji lasu bądź dużego ogrodu).

Niezwykle wymownym dowodem rozkruszania się świata osoby chorującej i świata opiekuna pozostaje praca pamięci osoby chorującej, którą w klasyfikacji medycznej przedstawia się jako słabnącą, zmagającą, utraconą, kiedy pojawiają się trudności z przypomnieniem czegoś lub nieprzypominaniem czegoś, przez co na ogół wskazuje się po prostu na „kłopoty z pamięcią”. Osoba opiekująca się może dość szybko doświadczyć bycia nie(roz)poznaną przez osobę bliską. Która z tych postaci pracy pamięci osoby chorującej może napełniać silniejszym smutkiem opiekuna? To ważne pytanie, pozostające również w płaszczyźnie terapeutycznej, pozostawione zostanie tu bez odpowiedzi, niejako będąc zachętą do wnikliwszego osobistego zastanowienia. „Kłopoty z pamięcią” osoby chorującej mogą przybrać jeszcze inną postać. Niektórzy opiekunowie rodinni zwracają uwagę na ten nieoczywisty od razu aspekt pracy pamięci u osoby chorującej. Chodzi w takim kontekście nie tyle o „przeszukiwanie pamięci” (odpamiętanie, przypomnienie sobie, wydobyć z pamięci), ile raczej o „jej tworzenie”, kiedy to „[n]a tym etapie nie mogą już powstawać jakiegokolwiek nowe wspomnienia” (Gillies, 2009/2012, s. 154). Zdawanie sobie sprawy przez opiekuna ze stanu i kondycji, w jakiej znajduje się osoba

chorująca, może jeszcze mocniej naruszać osobiste przekonania na temat powszechnie przyjmowanej wiedzy na temat człowieczeństwa każdej i każdego, kiedy to w pamięci właśnie upatruje się rdzenia, podstawy bądź źródła dla bycia sobą, tym właśnie indywiduum, jednostką ludzką, podmiotem aktywności własnej, a w chorobie neurodeterioracyjnej tak dotkliwie i dogłębnie tychże cech stopniowo lub gwałtownie pozbawianym. Refleksja, która może wówczas towarzyszyć opiekunowi rodzinnemu, dotyczy niezwykle wrażliwych z punktu widzenia antropologii zagadnień: kim jest człowiek, kim jest osoba ludzka, co się z nim/nią dzieje i staje podczas procesu chorobowego, psychologicznie zaś – co się dzieje i staje z jej tożsamością i osobowością, dokąd ona jako osoba, a również jej tożsamość i osobowość, „odchodzi” bądź „gdzie teraz jest”, przy czym „teraz” może obejmować ten oto aktualny odcinek czasu albo wskazywać na to, gdzie „w ogóle” jest. Co się więc dzieje z dotychczasowym życiem osoby chorującej, która formowała je z niejakim wysiłkiem, pasją i trudem, tworzyła i rozwijała się, a za sprawą choroby niejako się rozplywa czy znika? „Skąd przychodzimy i dokąd zmierzamy?” pozostaje każdorazowo otwartym lub otwierającym pytaniem na różne sfery życia człowieka i jego istnienia. Opiekun osoby chorującej może znajdować się wówczas w sytuacji przypominającej wstrząs, przełom, kryzys psychiczny, a niekiedy i egzystencjalny. Czy będzie to kryzys wzmagający w opiece rozwój osobowy, czy może początek poważnego tąpnięcia i dekompozycji psychicznej? Kolejne pytanie, na które równie niełatwo odpowiedzieć. Nie można jednak, także w znaczeniu psychologicznym, tego pytania pominąć, chociażby z tego powodu, iż liczne i różnorodne badania prowadzone nad jakością życia opiekunów, co zostało również przywołane i w tym opracowaniu, wyraźnie wskazują na rozmaite zmiany i przeobrażenia, jakie u tych osób zachodzą i zaczynają je formować nadal, ale i od nowa. Wyznaczają im przyszłą perspektywę rozwoju osobistego, która przez wiele osób może być przyjmowana jako dodatkowe, przemożne obciążenie, np. w postaci odczuwanego ograniczenia wolności i swobody osobistego działania bądź konieczności podporządkowania się – nierzadko nie z wyboru, lecz wbrew osobistym zamierzeniom i dążeniom, aż po odczucie poświęcenia

się (por. Hess-Wiktor, Opoczyńska, 2010) – zaistniałym warunkom i okolicznościom ukierunkowującym ich życie i sposoby funkcjonowania (por. Majczyna, 2009). Stąd też w obszarze oddziaływań i profesjonalnej pomocy oferowanej opiekunom rodzinnym (por. Wysocka, Zabłocka-Żytka, 2020) poszukuje się możliwości psychologicznego oddziaływania terapeutycznego, pozwalającego na wytnięcie opiekunom osób chorujących.

Kolejną, choć należałoby powiedzieć, że w wymiarze egzystencjalnym (por. Stelcer, 2020) wiodącą i znaczącą sferą działania człowieka w ogóle, a opiekuna rodzinnego w szczególności, pozostaje sfera konfliktów etycznych, konfliktów wartości, a niekiedy i dylematów etycznych i moralnych – rozpiętych w horyzoncie aksjologicznym – z których można przywołać chociażby napięcie pojawiające się między pragnieniem ulgi w bólu i cierpieniu osobie chorującej (po bezbolesną śmierć włącznie) a przekonaniem o nienaruszalności i „świętości życia”. W takim kontekście osoba opiekująca się wystawia się na pewnego rodzaju „pokusę aksjologiczną” – ustanawiania wartości i ich urzeczywistniania przez własne decyzje i działania. Nierzadko wtedy właśnie z całą mocą pojawia się zapytywanie o sens życia okrojonego czy pozbawiającego możliwości bycia w pełni sobą i ku pełni, w znaczeniu dojrzałości osobowości się rozwijającej. „Obciążenie, które niesie cierpienie, będąc nierozzerwalną częścią życia, staje się źródłem istotnych wartości. Okres opieki może sprzyjać dojrzewaniu członków rodziny” (Rachel, Turkot, 2015, s. 67), będąc niekiedy osobistym wyzwaniem i zadaniem rozwojowym, przed którym staje osoba opiekująca się chorym. Na tym etapie rozważań i analiz warto wspomnieć spojrzenie na cierpienie, będące przeżyciem znaczącym zarówno dla osoby chorującej, jak i dla opiekuna rodzinnego, proponując specyficzne, czyli ujednostkawiane przez każdą osobę „z osobna”, a nie jedynie potraktowane ogólnie. W dużej mierze chodzi bowiem o to, by podkreślić, że cierpienie przeżywane i obserwowane – jako dwie możliwe jego postaci w relacji osoby chorującej i osoby opiekującej się – każdorazowo stawia osobę przed możliwym dylematem etycznym: „Cierpienie może być rozumiane zarówno jako specyficzny moment utrudniający afirmację własnego istnienia [...], jak i jako źródło doświadczeń aksjologicznych”

(Gałdowa, 2005, s. 52). Wielu badaczy i psychologów praktyków jest skłonnych uznawać, że postawa wobec wartości i różnych zjawisk i faktów egzystencjalnych dowodzi rozwoju każdej osoby ku dojrzałości osobowej, głównie w odniesieniu do zjawisk koniecznych i nieuchronnych, z jakimi przychodzi zmagać się każdej osobie w życiu. Postawa – poznanie, emocje i działanie – wobec warunków bądź wymogów, w jakich przychodzi istnieć i działać osobie opiekującej się, może również ją otworzyć na to, co w ujęciu antropologicznym i egzystencjalnym nazywane być może „wersją bycia człowiekiem”: wersją człowieka zdrowego i wersją człowieka chorego – żeby się ograniczyć w tym momencie jedynie do dwóch. Gdy chodzi o „lżejsze choroby”, to każdy człowiek może siebie przeżyć od czasu do czasu naprzemiennie, niemniej wraz z pojawieniem się poważniejszego stanu bycie człowiekiem chorym – albo przynajmniej nie w pełni zdrowym – może zacząć dominować i konfigurować indywidualną konstelację własności, sprawności i funkcjonalności (np. w zakresie możliwości bycia plastycznym, elastycznym, odpornym) i w ten sposób wyznaczyć wiodącą wersję bycia sobą.

W kierunku przesłania

„Nie da się tego opowiedzieć, jeśli tego nie przeżyłeś; jeśli zaś tam byłeś, słowa są zbędne” – wypowiedź Johna H. McGorana, marynarza z pancernika USS California (cyt. za: Zuckoff, 2021, s. 20), podpowiada nam, w jakim punkcie interpretacyjnym dotyczącym jakości życia opiekunów rodzinnych obecnie się znajdujemy jako psychologowie, zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym. Przeżycia osób opiekujących się swoimi bliskimi chorymi, jako ich świat własny, pozostaje częściowo dostępny badaniom empirycznym, natomiast w dużym stopniu skrywa się w tajemnicy. Wiadomo jednak, że ów świat wewnętrzny ma decydujący, choć może nie determinujący, z uwagi na oddziaływania społeczne i kulturowe, wpływ na jakość życia tych osób.

Na zakończenie tego fragmentu rozważań nawiązujących do myślenia egzystencjalnego warto wskazać na nowe psychologiczne wyzwania we

współczesnym społeczeństwie. Na cóż warto i można by zwrócić uwagę w tym kontekście? Wydaje się, że tych kilka zaproponowanych i zaprezentowanych w tych analizach tropów może uwrażliwić na ogromny potencjał rozważań nad zjawiskiem psychicznym, jakim jest jakość życia opiekunów rodzinnych osób chorujących z powodu zachodzących u nich zmian neurodeterioracyjnych w odniesieniu do zróżnicowanych dysfunkcjonalności lub niepełnosprawności u innych osób. Dzięki badaniom empirycznym obejmującym swym zakresem jakość życia dużo wiemy na temat lęku i zobowiązania, które towarzyszą opiekunom rodzinnym, natomiast nie znamy przeżyć związanych z tym lękiem i tego rodzaju zobowiązaniem, w związku z tym nasza wrażliwość na jakość ich życia jest nieco słabsza i może dlatego mniej się nim „przejmujemy”, również w kontekście poszukiwań wsparcia i umożliwienia tym osobom korzystania m.in. z urlopów wytchnieniowych. Urlop wytchnieniowy w kontekście choroby kogoś bliskiego z rodziny, o którego troszczą się najbliżsi opiekunowie, pozostaje zupełnie innego rodzaju chwilowym nieświadczaniem pracy, niż to ma miejsce w przypadku urlopu wypoczynkowego, rodzicielskiego (macierzyńskiego i tacierzyńskiego), wychowawczego czy urlopu dla poratowania zdrowia. Te formy urlopów uznawane i przyjmowane są niejako w sposób oczywisty, gdy pojawiają się stosowne okoliczności. W przypadku urlopów wytchnieniowych bliskich opiekunów osób chorujących sprawa nabiera dodatkowych walorów egzystencjalnych, aksjologicznych, etycznych i moralnych, na które, przynajmniej częściowo, starano się w tym opracowaniu zwrócić uwagę.

Bibliografia

- Almberg B., Grafström M., Windbald B. (1997), *Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives*, „Journal of Advanced Nursing”, Vol. 26, Issue 4, s. 683–691, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00392.x>.
- Alzheimer Europe (2017), *Comparing and benchmarking national dementia strategies and policies*, „European Dementia Monitor 2017”, Alzheimer Europe A.S.B.L., Luxemburg.

- Basińska M.A., Łuczak A. (2014), *Style radzenia sobie ze stresem a satysfakcja z życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera*, [w:] R. Derbis, Ł. Baka (red.), *Oblicza jakości życia*, Akademia im. Jana Długosza, Częstochowa, s. 139–153.
- Boss P. (2011/2013), *Kochając osobę z demencją. Jak znaleźć nadzieję, zmagając się ze stresem i żalem*, tłum. M. Barańska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Coen R.F., O'Boyle C.A., Coakley D., Lawlor B.A. (2002), *Individual quality of life factors distinguishing low-burden and high-burden caregivers of dementia patients*, „Dementia and Geriatric Cognitive Disorders”, Vol. 13, No. 3, s. 164–170, <https://doi.org/10.1159/000048648>.
- Długosz-Mazur E., Bojar I., Gustaw K. (2013), *Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 19, nr 4, s. 458–462.
- Dobryszczycka W., Leszek J., Rymaszewska J. (2002), *Choroba Alzheimera. Patogeneza, diagnostyka, leczenie*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- Eurostat (2021), *Population structure and ageing*, „Eurostat statistics explained”, [także: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing/vis/DIR_AE1_3/?country=EU28&simple=true&lang=en].
- Filipowska D. (2020), *Jakość życia bliskich opiekujących się osobami z chorobą Alzheimera*, niepublikowana praca magisterska, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków.
- Gałdowa A. (1992), *Powszechność i wyjątek. Rozwój osobowości człowieka dorosłego*, Wydawnictwo Platan, Kraków.
- Gałdowa A. (2005), *Rozwój i kryteria dojrzałości osobowej*, [w:] A. Gałdowa (red.), *Psychologiczne i egzystencjalne problemy człowieka dorosłego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 41–56.
- Gauthier S. (2007), *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease*, Informa, London.
- Gillies A. (2009/2012), *Opiekunka. Życie z Nancy. Podróż w świat alzheimera*, tłum. Z. Zawadzki, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec.
- Grochmal-Bach B. (2007), *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera. Podejście terapeutyczne*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Haley W.E., Roth D.L., Coletton M.I., Ford G.R., West C.A., Collins R.P., Isobe T.L. (1996), *Appraisal, coping and social support as mediators of well-being in black and white family caregivers of patients with Alzheimer's disease*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, Vol. 64, No. 1, s. 121–129, <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.121>.
- Hess-Wiktor K., Opoczyńska M. (2010), *Doświadczenie opieki nad bliskim dotkniętym chorobą Alzheimera*, „Psychoterapia”, nr 4(155), s. 49–59.
- Jarema M. (2017), *Psychiatria*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Joling K.J., van Hout H.P., Schellevis F.G., van der Horst H.E., Scheltens P., Knol D.L., van Marwijk H.W. (2010), *Incidence of depression and anxiety in the*

- spouses of patients with dementia: A naturalistic cohort study of recorded morbidity with a 6-year follow-up*, „The American Journal of Geriatric Psychiatry”, Vol. 18, No. 2, s. 146–153, <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181bf9f0f>.
- Kaczmarek M., Durda M., Skrzypczak M., Szwed A. (2010), *Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera*, „Gerontologia Polska”, t. 18, nr 2, s. 86–94.
- Kępiński A. (1977), Lęk, PZWL, Warszawa.
- Kosmala K., Kłoszewska I. (2004), *The burden of providing care for Alzheimer's disease patients in Poland*, „International Journal of Geriatric Psychiatry”, Vol. 19, No. 2, s. 191–193, <https://doi.org/10.1002/gps.1054>.
- Leszek J. (red.) (2018), *Choroba Alzheimera. Podręcznik dla lekarzy medycyny rodzinnej i lekarzy innych specjalności*, Medical Education, Warszawa.
- Majczyzna M. (2005), *Zobowiązanie*, [w:] A. Gałdowa (red.), *Psychologiczne i egzystencjalne problemy człowieka dorosłego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 67–83.
- Majczyzna M. (2009), *Człowiek między losem i wyborem: podmiotowe aspekty jakości życia*, [w:] G. Makiello-Jarża (red.), *W poszukiwaniu jakości życia współczesnej rodziny polskiej*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków, s. 23–33.
- Majczyzna M. (2016), *Sytuacja psychologiczna jako wyraz aktywności własnej człowieka*, „Czasopismo Psychologiczne”, t. 22, nr 1, s. 37–45, <https://doi.org/10.14691/CPPJ.22.1.37>.
- Mausbach B.T., Chattillion E.A., Ho J., Flynn L.M., Tiznado D., von Kanel R., Peterson T.L., Grant I. (2014), *Why does placement of persons with Alzheimer's disease into long-term care improve caregivers' well-being? Examination of psychological mediators*, „Psychology and Ageing”, Vol. 29, No. 4, s. 776–786, <https://doi.org/10.1037/a0037626>.
- May R. (1983/1995), *O istocie człowieka. Szkice z psychologii egzystencjalnej*, tłum. M. Moryń, Z. Wiese, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- Misiak K., Kopydłowska E. (2011), *Przygotowanie rodziny do opieki nad osobą starszą, cierpiącą na chorobę otępienną*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, t. 1, nr 1, s. 65–75.
- Mizerska K. (2015), *Zaburzenia procesów poznawczych pacjentów z demencją starczą oraz chorobą Alzheimera a obciążenie psychofizyczne opiekunów*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej”, t. 15, nr 4, s. 125–135.
- Morrison J. (2016), *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, tłum. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Nagel T. (1974/1997), *Jak to jest być nietoperzem?*, [w:] T. Nagel, *Pytania ostateczne*, tłum. A. Romaniuk, Fundacja Aletheia, Warszawa, s. 203–219.
- Najwyższa Izba Kontroli (2015), *Informacja o wynikach kontroli. Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*, Departament Zdrowia, Warszawa.

- Pinquart M., Sörensen S. (2007), *Correlates of physical health of informal caregivers: a metaanalysis*, „The Journal of Gerontology”, Vol. 62B, No. 2, s. P126–P137, <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.P126>.
- Ponczek D., Głowacka M., Kośmider N. (2017), *Zespół wypalenia opiekuna wśród rodzin pacjentów przebywających w ośrodku opieki długoterminowej lub paliatywnej*, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej”, Issue 1, s. 4–8, [https://doi.org/10.19251/pwod/2017.1\(1\)](https://doi.org/10.19251/pwod/2017.1(1)).
- Rachel W., Datka W., Zyss T., Zięba A. (2014a), *Wpływ sprawowania długotrwałej opieki na stan zdrowia opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera*, „Przegląd Lekarski”, t. 71, nr 12, s. 703–706.
- Rachel W., Jabłoński M., Datka W. (2014b), *Jakość życia opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera*, „Psychogeriatrya Polska”, t. 11, nr 3, s. 67–78.
- Rachel W., Turkot A. (2015), *Jak pomóc opiekunom pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera?*, „Psychoterapia”, t. 1(172), s. 59–71.
- Reitz C., Mayeux R. (2014), *Alzheimer disease: Epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers*, „Biochemical Pharmacology”, Vol. 88, Issue 4, s. 640–651, <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2013.12.024>.
- Richardson T.J., Lee S.J., Berg-Weger M., Grossberg G.T. (2013), *Caregiver health: Health of caregivers of Alzheimer's and other dementia patients*, „Current Psychiatry Reports”, Vol. 15, No. 7, s. 367, <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0367-2>.
- Sadowska A. (2016), *Organizacja opieki nad chorym na chorobę Alzheimera w Polsce*, „Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO”, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, s. 42–47.
- Sansoni J., Vellone E., Piras G. (2004), *Anxiety and depression in community-dwelling Italian Alzheimer's disease caregivers*, „International Journal of Nursing Practice”, No. 10, s. 93–100, <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2003.00461.x>.
- Schulz R., Beach S.R. (1999), *Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study*, „JAMA”, Vol. 282, No. 23, s. 2215–2219, <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>.
- Seligman M.E., Walker E.F., Rosenhan, D.L. (2017), *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Zysk i S-ka, Poznań.
- Sobów T. (2017), *Zaburzenia psychiczne wywołane organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (otępienia, organiczne zaburzenia psychiczne)*, [w:] M. Jarema (red.), *Psychiatria*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 321–356.
- Stelcer B. (2020), *Problemy egzystencjalne w późnym stadium choroby nowotworowej*, [w:] E. Zasępa (red.), *Doświadczenia człowieka w zdrowiu i w chorobie*, Difin, Warszawa, s. 161–177.
- Sulch D., Kalra L. (2003), *Quality of life in caregivers*, [w:] A.J. Carr, I.J. Higginson, Robinson P.G., *Quality of life*, BMJ Books, London, s. 31–39.

- Szluz B. (2017a), *Rodzinny wymiar troski – rola opiekuna osoby z chorobą Alzheimera*, „Annales UMCS. Sectio J”, vol. 30, nr 4, s. 147–157, <http://dx.doi.org/10.17951/j.2017.30.4.147>.
- Szluz B. (2017b), „*Samoorganizowanie troski*” – opieka nad osobą z chorobą Alzheimera w biografii opiekuna rodzinnego, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, t. 22, nr 3, s. 225–236, <https://doi.org/10.4467/24496138ZPS.17.014.8009>.
- Szluz B. (2019), *Opieka nad osobą z chorobą Alzheimera – kierunki wsparcia opiekuna rodzinnego*, [w:] H. Guzy-Steinke, A. Rutkowska, *Praca socjalna w środowisku i dla środowiska. Wyzwania, działania, efekty*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, s. 255–263.
- Witusik A., Pietras T. (2007), *Lęk i depresja u opiekunów osób chorych na otępienie – badania pilotażowe*, „Psychogeriatrya Polska”, t. 4, nr 1, s. 1–6.
- Wojciewowska A. (2008), *Wpływ umieszczenia chorego z chorobą Alzheimera w ośrodku pobytu dziennego na samopoczucie opiekuna*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 16, nr 3, s. 269–272.
- World Health Organization (1993), *Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL)*, „Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation”, Vol. 2, No. 2, s. 153–159.
- Wysocka J., Zabłocka-Żytka L. (2020), *Doświadczenie choroby osób bliskich. O poczuciu koherencji i stylach radzenia sobie dorosłych dzieci rodziców osób z zespołem otępiennym*, [w:] E. Zasępa (red.), *Doświadczenia człowieka w zdrowiu i w chorobie*, Difin, Warszawa, s. 143–160.
- Zuckoff M. (2021), *11 września. Dzień, w którym zatrzymał się świat*, tłum. A. Stachowski, P. Surniak, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań.

Michał Kupczyk

Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego /
Faculty of Psychology, Pedagogy and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland
ORCID: 0000-0002-4988-499X

WYPALENIE ZAWODOWE U PRACOWNIKÓW OPIEKI ZDROWIA PODCZAS PANDEMII COVID-19 – ANALIZA NA PODSTAWIE PRZEGLĄDU LITERATURY

Burnout in healthcare workers during the COVID-19 pandemic –
analysis based on literature review

Streszczenie

Praca w sektorze opieki zdrowia charakteryzuje się bezpośrednim kontaktem z drugim człowiekiem, dużą intensywnością, różnymi trudnościami oraz sporym stresem. Taka specyfika pracy może prowadzić do występowania tzw. syndromu wypalenia zawodowego. Zjawisko to wymaga odpowiedniej diagnozy oraz specyficznego sposobu leczenia, gdyż zaniedbane może prowadzić do szeregu zróżnicowanych konsekwencji. Niedawne wydarzenia związane z pandemią wirusa SARS-CoV-2 w znaczący sposób wpłynęły na całość społeczeństwa, jednak na pierwszej linii frontu znalazły się osoby wykonujące zawody medyczne. Można się domyślić, że obciążenie zawodowe tej grupy w znaczny sposób mogło się zwiększyć. Celem artykułu była analiza poziomu wypalenia zawodowego u pracowników opieki zdrowia podczas pandemii COVID-19 na podstawie zebranych danych pochodzących z bieżącej literatury.

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, pracownicy opieki zdrowia, COVID-19, przegląd naukowy

Abstract

Work in the health care sector is characterized by direct contact with other people, high intensity, various difficulties and considerable stress. Such nature of their work may lead to the so-called burnout syndrome. This phenomenon requires an appropriate diagnosis and appropriate treatment, because if neglected, it can cause a number of different consequences. Recent events related to the SARS-CoV-2 virus pandemic have had a significant impact on society as a whole, but medical professionals have been in the front line. It can be assumed that the occupational burden of this group could have increased significantly. The aim of this article was to analyze the level of burnout in health care workers during the COVID-19 pandemic based on the collected data from the current literature.

Key words: burnout, healthcare workers, COVID-19, scientific review

Wprowadzenie

Epidemia COVID-19 rozpoczęła się oficjalnie 17 listopada 2019 r. w chińskim mieście Wuhan. Niestety przez bardzo szybkie rozprzestrzenianie się po świecie, w krótkim czasie, bo już 20 marca 2020 r., została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za pandemię. Wirus SARS-CoV-2 należy do tej samej rodziny co SARS i koronawirus zespołu oddechowego na Bliskim Wschodzie (MERS-CoV), które są infekcjami odzwierzęcymi pochodzącymi m.in. od węży i nietoperzy (Wei Ji i in., 2020), i przyczynił się do utraty zdrowia, a nawet życia u sporego odsetka społeczeństwa – szczególnie osób starszych, wrażliwszych oraz posiadających choroby współtowarzyszące (Weier Wang i in., 2020).

Chociaż wysiłki na rzecz kontrolowania i ograniczania rozprzestrzeniania się pandemii na świecie są dość proste i oczywiste, wydawać się może, że strach i uprzedzenia społeczne mogą spowalniać wysiłki prewencyjne (Shi-Yan Ren i in., 2020). To, jak wielką panikę wywołał COVID-19, można było zaobserwować po pustych półkach sklepowych, kiedy artykuły pierwszej potrzeby znikwały w ekspresowym tempie (Malta i in., 2020). Chociaż negatywne konsekwencje pandemii odczuwali wszyscy ludzie na całym świecie, to jednak grupa pracowników opieki zdrowia okazała się być najbardziej narażona na jej oddziaływanie i to na różnych płaszczyznach. Nie od dziś wiadomo, że osoby wykonujące zawody medyczne

mogą być w znacznym stopniu obarczone różnymi trudnościami i zagrożeniami, gdyż codzienna walka o ludzkie życie, relacje z pacjentami nacechowane silnymi emocjami, presja czasu oraz wysokie wymagania ze strony społeczeństwa to bardzo obciążające wyzwania. Ponadto bycie świadkiem śmierci, obserwacja bólu i cierpienia, długa ekspozycja na dynamiczne, niespodziewane sytuacje oraz to, że osoby te zawsze muszą być w pełnej gotowości, może powodować negatywne konsekwencje zarówno dla zdrowia psychicznego, jak i fizycznego, co w wielu przypadkach może również prowadzić do wystąpienia tzw. zespołu wypalenia zawodowego.

Cel badań

Praca w zawodach związanych z sektorem opieki zdrowia, które należą do tzw. grupy zawodów pomocowych, często w dużym stopniu wiąże się z bliskim kontaktem z drugim człowiekiem, sporym zaangażowaniem emocjonalnym oraz dużą intensywnością i wymaganiami. Taka specyfika pracy może powodować występowanie tzw. syndromu wypalenia zawodowego. Zjawisko to może stanowić bardzo poważny problem niosący ze sobą szereg różnorodnych konsekwencji. Dlatego bardzo ważne jest monitorowanie kondycji pracowników, wczesna diagnoza oraz odpowiednie leczenie. Celem niniejszego artykułu jest analiza poziomu wypalenia zawodowego u pracowników opieki zdrowia podczas pandemii COVID-19 na podstawie zebranych danych pochodzących z bieżącej literatury światowej.

Wypalenie zawodowe

Amerykański psychiatra Herbert Freudenberger w 1974 r. jako pierwszy użył terminu *burnout* (wypalenie zawodowe) w artykule dotyczącym pracy wykonywanej przez wolontariuszy w ośrodku dla osób zmagających się z narkomanią. Zjawisko to zostało określone przez niego jako spadek poziomu energii jednostki, występujący w wyniku przeciążenia problemami otoczenia oraz zbyt dużą ilością zadań stawianych przez środowisko pracy (Freudenberger, 1974, za: Anczewska, 2005). Badaczką, której nie

sposób pominąć rozważając o tematyce wypalenia zawodowego jest Christina Maslach. Autorka stworzyła wielowymiarową koncepcję wypalenia zawodowego, którego definicja brzmi następująco: „wypalenie zawodowe jest to psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w określony sposób” (Maslach, 1976, za: Sęk, 2012, s. 15). Jednym z najwcześniej pojawiających się objawów wypalenia zawodowego jest wspomniane wyczerpanie emocjonalne, które manifestuje się w poczuciu nadmiernego obciążenia emocjonalnego oraz braku sił do dalszego wykonywania pracy. Kolejnym objawem jest depersonalizacja, która charakteryzuje się negatywnym, nierzadko bezdusznym zachowaniem w stosunku do innych ludzi. Często druga osoba może być dewaluowana oraz traktowana w sposób przedmiotowy. Ostatni element koncepcji to obniżone poczucie dokonań osobistych, które widoczne jest w obniżonej satysfakcji z pracy lub poczuciu braku kompetencji zawodowych (Maslach, Leiter, 2016).

Bardzo ciekawym podejściem do tematu wypalania zawodowego jest koncepcja Stevena Hobfolla (2007). W modelu opartym na teorii zachowania zasobów zakłada się, że kiedy jednostka znajdzie się w momencie, w którym nie ma możliwości, aby poradzić sobie ze stresem psychologicznym, taka sytuacja może prowadzić do objawów wypalenia zawodowego. Jednostka może znaleźć się wówczas w sytuacji zagrożenia swoich zasobów, ich utraty lub inwestycji bez uzyskania rezultatów adekwatnych do włożonego wysiłku. Badacze Elliot Aronson oraz Ayala Pines uznali z kolei, że wypalenie zawodowe jest „stanem emocjonalnego, psychicznego oraz fizycznego wyczerpania, spowodowanym przez długotrwałe zaangażowanie w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym” (Pines, Aronson, 1988, za: Manzano-García, 2013, s. 801). Warto również przyrzeć się poglądom na temat wypalenia zawodowego badaczy Wilmara Schaufeliego, Dirka Enzmanna oraz Nöelle Girault, którzy sugerują, że wypalenie zawodowe jest uporczywym, negatywnym stanem związanym z pracą, występującym u osób ogólnie zdrowych. Przejawia się on głównie wyczerpaniem, któremu towarzyszy dyskomfort psychiczny

i fizyczny, poczucie zmniejszonej skuteczności, obniżona motywacja oraz dysfunkcyjne postawy i zachowania w pracy. Taki stan często rozwija się stopniowo i wynika z rozbieżności między intencjami a realiami zawodu. Wypalenie często jest procesem samonapędzającym się z powodu nieadekwatnych strategii radzenia sobie (Schaufeli, Buunk, 2003).

Konsekwencje wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe może nieść za sobą szereg różnych konsekwencji. Może m.in. negatywnie wpływać na zdrowie – zarówno fizyczne, jak i psychiczne – uniemożliwiając rzetelne wykonywanie pracy. Praca w zawodach medycznych wiąże się z odpowiedzialnością za życie oraz zdrowie drugiego człowieka, dlatego działania mające na celu zapobieganie wypaleniu są jak najbardziej wskazane.

W badaniu „The consequences of burnout syndrome among health-care professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries” autorzy zwrócili uwagę na występowanie wielu negatywnych konsekwencji różnych komponentów wypalenia zawodowego wśród pracowników opieki zdrowia. Związek negatywnych konsekwencji związanych z pracą mierzono za pomocą Inwentarza Wypalenia Zawodowego Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI) i zmiennych dotyczących pracy pochodzących z ankiety socjodemograficznej. Wykazano, że wyczerpanie emocjonalne było bardzo mocno związane z absencją w miejscu pracy, zamiarem rezygnacji z zawodu, pogorszeniem stanu osobistego i negatywnym wpływem na relacje rodzinne. Z kolei depersonalizacja była najbardziej związana z popełnianiem błędów w pracy. Badacze wysnuli wniosek, że negatywny wpływ wypalenia zawodowego na pracowników opieki zdrowia zmusza do refleksji nad promowaniem zdrowia w miejscach pracy oraz systematycznych interwencji w tym zakresie (Suñer-Soler i in., 2014).

Istnieją przekrojowe badania pracowników opieki zdrowia, które wykazują istotny wpływ wypalenia zawodowego na jakość pracy oraz ryzyko błędów w sztuce medycznej. U ponad 7100 amerykańskich chirurgów

wypalenie zawodowe było niezależnym predyktorem do popełnienia poważnego błędu medycznego (Shanafelt i in., 2010). W innym badaniu, któremu poddani zostali lekarze chorób wewnętrznych, wykazano, że wyższy poziom wypalenia wiązał się ze zwiększonym prawdopodobieństwem zgłoszenia błędu medycznego w kolejnych trzech miesiącach. Ocena błędów medycznych przez osoby, które je popełniły, wiązała się również z nasileniem wypalenia zawodowego, objawami depresyjnymi oraz obniżeniem jakości życia (West i in., 2009). Jeszcze inne badania wykazały, że wraz ze wzrostem średniego poziomu emocjonalnego wyczerpania lekarzy i pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii, wzrastał współczynnik śmiertelności pacjentów (Welp i in., 2015).

Badania stanu wypalenia zawodowego u pracowników opieki zdrowia przed wystąpieniem pandemii COVID-19

Występowanie wypalenia zawodowego u pracowników opieki zdrowia to obszar wiedzy podparty wieloletnimi badaniami. Istnieje bardzo dużo publikacji z tego zakresu, natomiast w niniejszej pracy zostaną przedstawione doniesienia z ostatnich lat.

Z przeglądu zjawiska wypalenia zawodowego wśród pracowników opieki zdrowia w USA w pracy *Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review* (Reith, 2018) wynika, że ponad połowa badanych lekarzy w Stanach Zjednoczonych doświadcza objawów wypalenia zawodowego, a wskaźnik ten jest prawie dwukrotnie wyższy niż w przypadku pracowników innych zawodów. Co więcej, wypalenie zawodowe wśród lekarzy wykazuje oznaki ciągłego wzrostu. Zjawisko to nie ogranicza się jednak tylko do nich. Wykazano, że wśród pielęgniarek zapewniających bezpośrednią opiekę nad pacjentami w domach oraz pielęgniarek szpitalnych częstość występowania wypalenia wynosiła 37%. Chociaż wypalenie zawodowe asystentów lekarzy jest mniej zbadane, wstępne doniesienia sugerują, że może być ono podobnie wysokie. Wypalenie zawodowe jest również bardzo powszechne wśród przyszłych medyków. Badanie przeprowadzone wśród rezydentów wszystkich specjalności medycznych

w ośrodku szkolnictwa wyższego wykazało ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego na poziomie 69% (Holmes i in., 2016).

Interesujące doniesienie dotyczyło pomiaru poziomu wypalenia zawodowego wśród pracowników opieki zdrowotnej w Sarajewie. Przy pomocy MBI przebadanych zostało 300 pracowników. Wyniki pokazały, że 25,3% doświadcza wysokiego poziomu wyczerpania emocjonalnego, 17,7% depersonalizacji, a 19% niskiego poziomu osobistych osiągnięć. Wykazano również, że osoby poniżej 40 r.ż. doświadczyły wyższego poziomu wyczerpania emocjonalnego niż osoby starsze (Džubur i in., 2018).

Warto przyrzeć się badaniu „Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital”, w którym udział wzięło 436 pracowników opieki zdrowia – 101 pielęgniarek, 81 lekarzy oraz 254 techników pielęgniarskich. Do pomiaru wypalenia zawodowego również użyto wspomnianego inwentarza Maslach. U techników pielęgniarskich wymiar taki jak wyczerpanie emocjonalne wiązał się z poziomem wykształcenia oraz z płcią. W przypadku pielęgniarek istotny związek z poziomem wykształcenia wykazywała depersonalizacja. Niższy poziom osiągnięć zawodowych zaobserwowano wśród lekarzy niespecjalistów w porównaniu z tymi, którzy kształcili się dalej. Jeśli chodzi zaś o sam poziom wypalenia zawodowego w poszczególnych grupach, wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego stwierdzono u profesjonalistów z oddziału położniczego, jak i u profesjonalistów o niższym poziomie wykształcenia. Depersonalizacja była wyższa u lekarzy pracujących na różnych oddziałach i u pielęgniarek. Z kolei niskie osiągnięcia zawodowe stwierdzono u lekarzy będących podczas procesu specjalizacyjnego, natomiast wysokie osiągnięcia wiązały się ze szkoleniami podyplomowymi (Corsno de Paiva i in., 2017).

Wypalenie zawodowe u pracowników opieki zdrowia podczas pandemii COVID-19

Powyższe badania wskazują, że grupa pracowników opieki zdrowia jest narażona na występowanie wypalenia zawodowego. Natomiast w niniejszej części zostaną przedstawione doniesienia z badań tego zjawiska

przeprowadzonych podczas pandemii COVID-19. Badanie od którego warto rozpocząć przegląd zostało przeprowadzone w stolicy Iranu, Teheranie, w 6 szpitalach uniwersyteckich. Osoby badane to pracownicy opieki medycznej, którzy opiekowali się lub mieli bezpośrednią styczność z pacjentami chorymi na COVID-19. Wyniki pokazały, że ponad połowa osób (53%) spośród 326 badanych doświadczyła wysokiego poziomu wypalenia, a średnia ocen według MBI dotyczących wyczerpania emocjonalnego wynosiła 26,6; w przypadku depersonalizacji było to 10,2, a braku osobistych osiągnięć – 27,3. Są to wyniki określane jako średni poziom wypalenia, ale bliski granicy poziomu wysokiego dla pierwszego oraz trzeciego wymiaru. Natomiast z danych pochodzących z ankiety socjodemograficznej, płeć to jedyna spośród analizowanych zmiennych, która była związana z wysokimi poziomami wszystkich trzech wymiarów wypalenia według MBI, a wysokie wyczerpanie emocjonalne było znacznie częstsze u kobiet, podczas gdy wysoki poziom depersonalizacji o wiele częściej występował u mężczyzn oraz osób poniżej 36 r.ż (Jalili i in., 2021).

Inne badanie dobrze obrazujące zjawisko wypalenia podczas pandemii COVID-19 zostało przeprowadzone wśród pracowników opieki zdrowia w Indiach. Przebadano 2026 osób przy pomocy Kopenhaskiego Inwentarza Wypalenia Zawodowego (Copenhagen Burout Inventory, CBI). Wypalenie osobiste występowało u 44,6% (903 osoby), wypalenie zawodowe u 26,9% (544 osoby), a wypalenie związane z pandemią u 52,8% (1069 osób). Respondenci w przedziale wiekowym 21–30 charakteryzowali się wyższym wypaleniem osobistym oraz zawodowym. Dokładne przyjrzenie się statystykom pokazało, że lekarze byli 1,64 raza bardziej narażeni na wypalenie związane z pandemią, natomiast personel pomocniczy aż 5 razy bardziej. Autorzy wysnuli wnioski mówiące o tym, że podczas pandemii COVID-19 występuje znaczna częstość wypalenia u pracowników opieki zdrowia, szczególnie wśród lekarzy oraz personelu pomocniczego (Khasne i in., 2020).

Kolejne badanie zostało przeprowadzone przez portugalskich badaczy, którzy również wykorzystali CBI. Badana populacja obejmowała pracowników opieki zdrowia takich jak: lekarze, pielęgniarki, farmaceuci,

dietetycy i psychologowie, a wszystkich respondentów było ogółem 2008. Wysoki poziom wypalenia osobistego wykazano u 1055 badanych (52,5%), natomiast wysoki poziom wypalenia zawodowego stwierdzono u nieco większej liczby osób – 1066 (53,1%). Pracownicy, którzy mieli bezpośredni kontakt z pacjentami chorymi na COVID-19, charakteryzowali się wyższym poziomem wypalenia osobistego oraz zawodowego (Duarte i in., 2020).

Warto zainteresować się również singapurskim badaniem, w którym udział wzięło 337 pracowników opieki zdrowia (210 pielęgniarek oraz 127 lekarzy). Do pomiaru wypalenia zawodowego także użyto CBI. Pod względem grup pielęgniarki uzyskały wyższe wyniki wypalenia zawodowego w porównaniu z lekarzami. Wykazano, że znaczący odsetek respondentów zgłosił występowanie wypalenia zawodowego na poziomie umiarkowanym oraz ciężkim (49,3%) (Wei Ping Daniel Chor i in., 2021).

Inne badanie zostało wykonane we Włoszech, gdzie negatywne skutki COVID-19 były bardzo mocno odczuwalne przez społeczeństwo. W badaniu wzięło udział 376 pracowników opieki zdrowia, którzy w bezpośredni sposób mieli styczność z pacjentami zarażonymi wirusem. Do wykonania badania użyto narzędzia MBI. Pokazano, że spory odsetek badanych odnotował wysokie wyniki przynajmniej w jednym aspekcie wypalenia zawodowego. U ok. 34% badanych wykazano podwyższone wyniki w skali wyczerpania emocjonalnego, ok. 25% wykazało podwyższone wyniki odnośnie depersonalizacji, a ok. 15% obniżone wyniki dokonanych własnych (Barello i in., 2020).

Tajwańscy naukowcy również zajęli się zagadnieniem wypalenia zawodowego podczas pandemii COVID-19, ale do jego pomiaru u 1795 pracowników sektora opieki zdrowia użyli stworzonego przez siebie kwestionariusza. Spośród wszystkich respondentów 40,3% zgłosiło występowanie wypalenia zawodowego, przy czym 15,8% spośród tej grupy miało już wcześniej doświadczenie w radzeniu sobie z wirusami podobnego typu, takimi jak SARS, MERS (Chic-Wei Sung i in., 2020).

O tym, że wypalenie zawodowe pracowników opieki zdrowia może mieć poważne konsekwencje wpływające na jakość świadczonych przez

nich usług, co finalnie może wpływać na pacjentów, zwracają uwagę Meredith Bradley oraz Praveen Chahar (2020) z Case Western Reserve University School of Medicine w Cleveland w artykule *Burnout of healthcare providers during COVID-19*, dodając, że pandemia COVID-19 może zwiększyć częstość występowania tego zjawiska.

Warto zaprezentować również badanie obrazujące poziom wypalenia zawodowego u francuskich pracowników opieki zdrowia pracujących w placówkach opieki geriatrycznej. W badaniu udział wzięło 84 uczestników. Do pomiaru wypalenia zawodowego użyto kwestionariusza Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Analiza badania wykazała, że badani doświadczali średniego poziomu wypalenia, wyczerpania oraz braku zaangażowania (El Haj i in., 2020).

Natomiast badacz Wenzhi Wu i in. (2020) zwrócili uwagę na to, że personel medyczny często musi pełnić wiele ról, które obejmują: leczenie i opiekę nad pacjentami, bycie na pierwszej linii frontu w walce z pandemią, dodatkowo towarzyszenie chorym oraz pomoc w łagodzeniu ich stresu i niepokoju. Do tego dochodzą kwestie administracyjne, których podczas pandemii zdecydowanie przybyło. Niniejsze przeciążenie związane z nadmiarem obowiązków może negatywnie wpłynąć na proces regeneracji. Brak wypoczynku i przemęczenie mogą z kolei przełożyć się na mniejszą odporność na stres oraz zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia wypalenia zawodowego.

Rozważając problem wypalenia zawodowego u pracowników opieki zdrowia podczas pandemii COVID-19 warto przyjrzeć się również badaniu tureckiego zespołu naukowców. Wzięło w nim udział 920 pracowników opieki zdrowia, takich jak: lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, pracownicy laboratoryjni oraz administracyjni. Jako narzędzie badające wypalenie zawodowe wybrano MBI. Wyniki pracowników pracujących na oddziałach takich jak OIOM oraz tych, które przeznaczone były dla pacjentów chorych na COVID-19, były najwyższe z pośród grupy respondentów (Sahin i in., 2020).

Ciekawym badaniem dotyczącym wypalenia zawodowego zostali objęci pracownicy opieki zdrowia z Wielkiej Brytanii, Polski oraz Singapuru.

Grupa liczyła 3537 osób, a narzędziem użytym do pomiaru wypalenia był kwestionariusz OLBI. Analiza wyników pokazała, że aż 2364 respondentów (67%) uzyskało pozytywny wynik wypalenia zawodowego (Denning i in., 2021).

W przeprowadzonym w Japonii badaniu 312 pracowników opieki zdrowia przy użyciu MBI stwierdzono, że ogólna częstość wypalenia zawodowego wynosiła 31,4% (98 z 312 osób) (Matsuo i in., 2020).

Podsumowanie

Syndrom wypalenia zawodowego to zjawisko, na które pracownicy sektora opieki zdrowia mogą być często narażeni. Powyższy zbiór badań pokazuje, że jeszcze przed wybuchem pandemii COVID-19 można było zaobserwować niepokojące wyniki świadczące o jego występowaniu w tej grupie pracowniczej. Z kolei zestawienie badań, które zostały przeprowadzone już podczas pandemii, potwierdza występowanie niniejszego zjawiska u grupy pracowników opieki zdrowia, a nawet pokazuje w wielu przypadkach jego nasilenie. Domniemywać można, że przyczyną tego nasilenia mogą być kwestie związane z pandemią, takie jak: przeciążenie pracą, większym stresem, ryzyko utraty zdrowia oraz ciągle zmieniające się przepisy związane z restrykcjami. Jak podają Leszek Solecki oraz Paulina Klepacka (2017), lekarze są przedstawicielami grupy zawodowej, która jest bardzo mocno narażona na ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego ze względu na charakter wykonywanej pracy. Praca lekarzy oraz reszty personelu medycznego jest obciążona występowaniem wielu stresogennych czynników. Ich przykładami mogą być m.in.: ponoszenie odpowiedzialności za własną pracę, życie w stanie ciągłej czujności, konieczność kontaktu z chorym oraz jego rodziną, świadomość braku wpływu na losy wielu pacjentów, roszczeniowa postawa oraz niezadowolenie pacjentów, praca zmianowa, przemęczenie oraz kwestie techniczne, takie jak złe warunki lokalowe, przestarzały sprzęt medyczny lub brak dostępu do nowego. W badaniu „Burnout among Healthcare Professionals in Ghana: A Critical Assessment” ustalono, że głównymi źródłami

wypalenia zawodowego w sektorze opieki zdrowia była nadmierna praca administracyjna, konfrontacja z cierpieniami oraz presja czasu (Odonkor, Frimpong, 2020). Jeszcze w innym badaniu ustalono, że nadmierne obciążenie pracą niezgodność wartości oraz konflikty interpersonalne mogą przyczynić się do występowania zjawiska wypalenia zawodowego (Gascon i in., 2013). Warto również przytoczyć to, co opisuje w swoim artykule badacz Stefan De Hert (2020), wykazujący szereg czynników mogących potencjalnie wpływać na wypalenie zawodowe. Zwraca on uwagę, że niezależnie na jakim etapie kariery zawodowej znajduje się dana osoba, może być ona narażona na wypalenie zawodowe, jeśli wykonywana praca wiąże się z występowaniem nadmiernego stresu.

Obserwując niepokojące przesłanki o występowaniu wypalenia zawodowego w grupie pracowników opieki zdrowia, a nawet widząc jego nasilenie podczas pandemii COVID-19, należy zastanowić się w jaki sposób można mu zapobiegać oraz lepiej sobie z nim radzić. Wiedząc jakie konsekwencje niesie za sobą to zjawisko, opracowanie pewnych strategii działań warto potraktować jako wyzwanie na najbliższe lata.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy można wyciągnąć następujące wnioski:

1. W przedstawionym zbiorze badań najczęściej wykorzystywanym narzędziem do pomiaru wypalenia zawodowego był MBI (Maslach Burnout Inventory).
2. Po dokładnej analizie wyników badań można stwierdzić, że grupa pracowników opieki zdrowia jest narażona na występowanie wypalenia zawodowego.
3. Można wnioskować, że niekorzystne konsekwencje pandemii COVID-19 mogły wpływać na poziom wypalenia zawodowego.
4. Trudno jednoznacznie stwierdzić, który aspekt wypalenia zawodowego jest przeważający, należy pogłębić ten obszar stosownymi badaniami.

5. Mając świadomość powagi problemu wypalenia zawodowego u pracowników opieki zdrowia warto skupić się na opracowaniu programów mających na celu monitorowanie oraz wczesne wykrywanie problemu, zapobieganie mu oraz efektywne leczenie jego skutków.

Bibliografia

- Anczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J. (2005), *Wypalenie zawodowe*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 14, z. 2, s. 67–77.
- Barello S., Palamenghi L., Graffigna G. (2020), *Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic*, „Psychiatry Research”, Vol. 290, 113129, <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.113129>.
- Bradley M., Chahar P. (2020), *Burnout of healthcare providers during COVID-19*, „Cleveland Clinic Journal of Medicine”, July 2020, <https://doi.org/10.3949/CCJM.87A.CCC051>.
- Chic-Wei Sung, Chi-Hsin Chen, Cheng-Ti Fan, Fang-Ying Su, Jia-How Chang, Chia-Chun Hung, Chia-Ming Fu, Liping Wong, Pei-Chuan Huang E., Lee T.S.-H. (2020), *Burnout in medical staffs during a coronavirus disease (COVID-19) pandemic*, 9.06.2020, <https://doi.org/10.2139/SSRN.3594567>.
- Corsno de Paiva C., Gomes Canário A.C., Corsino de Paiva China E.L., Gonçalves A.K. (2017), *Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital*, „Clinics”, Vol. 72, No. 5, s. 305–309, [https://doi.org/10.6061/CLINICS/2017\(05\)08](https://doi.org/10.6061/CLINICS/2017(05)08).
- Denning M., Ee Teng Goh, Tan B., Kanneganti A., Almonte M., Scott A., Martin G., Clarke J., Sounderajah V., Markar S., Przybyłowicz J., Yiong Huak Chan, Ching-Hui Sia, Ying Xian Chua, Kang Sim, Lim L., Tan L., Tan M., Sharma V., Ooi S., Beatty J.W., Flott K., Mason S., Chidambaram S., Yalamanchili S., Zbikowska G., Fedorowski J., Dykowska G., Wells M., Purkayastha S, Kinross, J. (2021), *Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A multinational cross-sectional study*, „PLOS ONE”, Vol. 16(4), e0238666, <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0238666>.
- Duarte I., Teixeira A., Castro L., Marina S., Ribeiro C., Jácome C., Martins V., Ribeiro-Vaz I., Pinheiro H.C., Silva A.R., Ricou M., Sousa B., Alves C., Oliveira A., Silva P., Nunes R., Serrão C. (2020), *Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic*, „BMC Public Health”, Vol. 20, Article 1885, <https://doi.org/10.1186/S12889-020-09980-z>.
- Džubur A., Lisica D., Abdulahović D., Avdić D., Smajović M., Mulić M. (2018), *Burnout syndrome in primary healthcare professionals*, „Journal of Health

- Sciences”, Vol. 8, No. 2, s. 122–127, <https://doi.org/10.17532/JHSCI.2018.543>.
- El Haj M., Allain P., Annweiler C., Boutoleau-Bretonnière C., Chapelet G., Gallo-uj K., Kapogiannis D., Roche J., Boudoukha A.H. (2020), *Burnout of healthcare workers in acute care geriatric facilities during the COVID-19 crisis: An Online-based study*, „Journal of Alzheimer’s Disease”, Vol. 78, No. 2, s. 847–852, <https://doi.org/10.3233/JAD-201029>.
- Gascon S., Leiter M.P., Andrés E., Santed M.A., Pereira J.P., Cunha M.J., Albesa A., Montero-Marín J., García-Campayo J., Martínez-Jarreta B. (2013), *The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout*, „Journal of Clinical Nursing”, Vol. 22, No. 21–22, s. 3120–3129, <https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2012.04255.X>.
- Hert S. de (2020), *Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies*, „Local and Regional Anesthesia”, Vol. 13, s. 171–183, <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>.
- Hobfoll S.E., Ford J.S. (2007), *Conservation of resources theory*, [w:] G. Fink (ed.), *Encyclopedia of stress*, t. 1: A–E, 2nd edition, Elsevier, Amsterdam, s. 562–567, <https://doi.org/10.1016/B978-012373947-6.00093-3>.
- Holmes E.G., Connolly A., Putnam K.T., Penaskovic K.M., Denniston C.R., Clark L.H., Rubinow D.R., Meltzer-Brody S. (2016), *Taking care of our own: A multispecialty study of resident and program director perspectives on contributors to burnout and potential interventions*, „Academic Psychiatry”, Vol. 2, No. 41, s. 159–166, <https://doi.org/10.1007/S40596-016-0590-3>.
- Jalili M., Niroomand M., Hadavand F., Zeinali K., Fotouhi A. (2021), *Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study*, „International Archives of Occupational and Environmental Health”, Vol. 94, No. 6, s. 1345–1352, <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01695-x>.
- Khasne R.W., Dhakulkar B.S., Mahajan H.C., Kulkarni A.P. (2020), *Burnout among healthcare workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a questionnaire-based survey*, „Indian Journal of Critical Care Medicine”, Vol. 24, No. 8, s. 664–671, <https://doi.org/10.5005/JIP-JOURNALS-10071-23518>.
- Malta M., Rimoin A.W., Strathdee S.A. (2020), *The coronavirus 2019-nCoV epidemic: Is hindsight 20/20?*, „EClinicalMedicine”, Vol. 20, 100289, <https://doi.org/10.1016/J.ECLINM.2020.100289>.
- Manzano-García, G., Ayala-Calvo, J.-C. (2013), *New perspectives: Towards an integration of the concept „burnout” and its explanatory models*, „Anales de Psicología”, Vol. 29, n° 3, s. 800–809, <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.145241>.
- Maslach C., Leiter M.P. (2016), *Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry*, „World Psychiatry”, Vol. 15, Issue 2, s. 103–111, <https://doi.org/10.1002/WPS.20311>.
- Matsuo T., Kobayashi D., Taki F., Sakamoto F., Uehara Y., Mori N., Fukui T. (2020), *Prevalence of health care worker burnout during the coronavirus disease*

- 2019 (COVID-19) pandemic in Japan, „JAMA Network Open”, Vol. 3, No. 8, e2017271, <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2020.17271>.
- Odonkor S.T., Frimpong K. (2020), *Burnout among healthcare professionals in Ghana: A critical assessment*, „BioMed Research International”, Vol. 2020, Article 1614968, <https://doi.org/10.1155/2020/1614968>.
- Reith T.P. (2018), *Burnout in United States healthcare professionals: A narrative review*, „Cureus”, Vol. 10, No. 12, e3681, <https://doi.org/10.7759/CUREUS.3681>.
- Sahin T., Aslaner H., Eker O.O., Gokcek M.B., Dogan M. (2020), *Effect of COVID-19 pandemic on anxiety and burnout levels in emergency healthcare workers: a questionnaire study*, <https://doi.org/10.21203/RS.3.RS-32073/V1>.
- Schaufeli W.B., Buunk B.P. (2003), *Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing*, [w:] Schabracq M.J., Winnubst J.A.M., Cooper C.L. (eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology*, 2nd edition, John Wiley & Sons, Chichesters, s. 383–425.
- Sęk H., *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, red. H. Sęk, tłum. J. Radzicki, M. Żywicki, wyd. 2, WN PWN, Warszawa 2012.
- Shanafelt T.D., Balch C.M., Bechamps G., Russell T., Dyrbye L., Satele D., Collicott P., Novotny P.J., Sloan J., Freischlag J. (2010), *Burnout and medical errors among American surgeons*, „Annals of Surgery”, Vol. 251, Issue 6, s. 995–1000, <https://doi.org/10.1097/SLA.0B013E3181BFDAB3>.
- Shi-Yan Ren, Rong-Ding Gao, Ye-Lin Chen, (2020), *Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus disease 2019 epidemic*, „World Journal of Clinical Cases”, Vol. 8, No. 4, s. 652–657, <https://doi.org/10.12998/WJCC.V8.I4.652>.
- Solecki L., Klepacka P. (2017), *Przyczyny oraz czynniki sprzyjające występowaniu zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy zatrudnionych w publicznych sektorach opieki zdrowotnej*, „Medycyna Środowiskowa”, t. 20, nr 1, s. 7–16, <https://doi.org/10.19243/2017101>.
- Suñer-Soler R., Grau-Martín A., Flichtentrei D., Prats M., Braga F., Font-Mayolas S., Gras M.E. (2014), *The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries*, „Burnout Research”, Vol. 1, Issue 2, s. 82–89, <https://doi.org/10.1016/J.BURN.2014.07.004>.
- Wei Ji, Wei Wang, Xiaofang Zhao, Junjie Zai, Xingguang Li, (2020), *Cross-species transmission of the newly identified coronavirus 2019-nCoV*, „Journal of Medical Virology”, Vol. 92, Issue 4, s. 433–440, <https://doi.org/10.1002/JMV.25682>.
- Wei Ping Daniel Chor, Wei Ming Ng, Cheng L., Wangmin Situ, Jun Wei Chong, Ling Ying Abigail Ng, Pek Ling Mok, Ting Wei Yau, Ziwei Lin (2021), *Burnout amongst emergency healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A multi-center study*, „The American Journal of Emergency Medicine”, Vol. 46, s. 700–702, <https://doi.org/10.1016/J.AJEM.2020.10.040>.

- Weier Wang, Jianming Tang, Fangqiang Wei, (2020), *Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China*, „Journal of Medical Virology”, Vol. 92, Issue 4, s. 441–447, <https://doi.org/10.1002/JMV.25689>.
- Welp A., Meier L.L., Manser T. (2015), *Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety*, „Frontiers in Psychology”, Vol. 22, No. 5, 1573, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01573>.
- Wenzhi Wu, Yan Zhang, Pu Wang, Li Zhang, Guiciang Wang, Guanghui Lei, Qiang Xiao, Xiaochen Cao, Yueran Bian, Simiao Xie, Fei Huang, Na Luo, Jingyuan Zhang, Mingyan Luo, (2020), *Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and adjustment strategy*, „Journal of Medical Virology”, Vol. 92, Issue 10, s. 1962–1970, <https://doi.org/10.1002/JMV.25914>.
- West C.P., Tan A.D., Habermann T.M., Sloan J.A., Shanafelt T.D. (2009), *Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors*, „JAMA: Journal of the American Medical Association”, Vol. 302, Issue 12, s. 1294–1300, <https://doi.org/10.1001/JAMA.2009.1389>.

Marta Kowalówka

Absolwentka psychologii – Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego / Faculty of Psychology, Pedagogy and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland

Agnieszka Gałkowska

Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego / Faculty of Psychology, Pedagogy and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland
ORCID: 0000-0003-4190-3620

ZNACZENIE POTRZEB POZNAWCZYCH W POSTAWACH WOBEC PANDEMII I W STRATEGIACH RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

The meaning of cognitive needs in pandemic attitudes and strategies
for coping with stress

Streszczenie

W tekście podjęto problem znaczenia potrzeb epistemicznych w doświadczaniu pandemii oraz w radzeniu sobie ze stresem z nią związanym. Przeprowadzono badania obejmujące 104 osoby w wieku od 18. do 75. r.ż. Wykorzystano Kwestionariusz Potrzeby Poznania, skróconą wersję skali potrzeby domknięcia poznawczego, zmodyfikowaną pod kątem pandemii wersję narzędzia Mini-COPE oraz wybrane pytania z kwestionariusza Social Psychological Survey of COVID-19. Wykazano, że potrzeba domknięcia poznawczego koreluje ujemnie z potrzebą poznania, obie potrzeby były istotnie związane z zachowaniami, nastawieniami i odczuciami wobec różnych aspektów pandemii, przy czym z potrzebą poznania i z potrzebą domknięcia wiązały się odmienne reakcje. Spośród różnych sposobów reagowania na stres jedynie zwrot ku religii oraz aktywne radzenie sobie były istotnie powiązane z potrzebami epistemicznymi.

Słowa kluczowe: motywacja epistemiczna, potrzeba domknięcia poznawczego, potrzeba poznania, stres, COVID-19, pandemia, tolerancja niepewności

Abstract

The text addresses the issue of the importance of epistemic needs in experiencing the pandemic and in coping with the stress associated with COVID-19. A study using The Cognitive Need Questionnaire, a shortened version of the Cognitive Closure Scale, a modified version of the MINI-COPE tool for the pandemic and selected questions from the Social Psychological Survey of COVID-19 questionnaire with 104 people (aged 18 to 75) found that the need for cognitive closure correlates negatively with the need for cognition. It was also found that both needs were significantly related to behaviors, attitudes and feelings towards different aspects of the pandemic, with different responses associated with the need to know and the need to close. Of the different ways of responding to stress, only turning to religion and active coping were significantly linked to epistemic needs.

Key words: epistemic motivation, need for cognitive closure, need for cognition, pandemic stress, COVID-19, tolerance for ambiguity

Wprowadzenie

Wybuch epidemii COVID-19 w Wuhan w Chinach został zgłoszony Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) 31 grudnia 2019 r., a 11 marca 2020 r. WHO ogłosiła, że rozprzestrzeniająca się choroba przybrała skalę globalnej pandemii. W przeciwieństwie do grypy COVID-19 to nowa choroba, z którą związanych było wiele niewiadomych. Ze względu na brak leków przeciwwirusowych o potwierdzonej skuteczności oraz szczepionek we wczesnym okresie epidemii i nieprzewidywalność zarażenia sytuacja wywołała niepokój i strach, a co za tym idzie – stres wśród ogółu społeczeństwa. Przedstawiciele opieki zdrowia i rządy na całym świecie zareagowały na pandemię, wydając wytyczne dotyczące izolacji, kwarantanny, noszenia masek, dezynfekcji dłoni i zachowania dystansu fizycznego. Skuteczność tych rozwiązań zależała jednak od tego, na ile ludzie skłonni byli je stosować. W podobnych okolicznościach zewnętrznych (i przy ekspozycji na analogiczną jakość przekazów medialnych o różnicach w zachowaniach wobec pandemii, w tym i o sposobach radzenia sobie ze stresem nią wywołanym) na to, jakie są ludzkie reakcje, wpływają w dużym stopniu czynniki indywidualne.

Wydaje się, że ze względu na charakterystyczną dla czasu pandemii niepewność, przy jednoczesnej obfитоści informacji sprzecznych, niejasnych czy wręcz fałszywych, szczególne znaczenie mogą mieć te czynniki, które leżą u podstaw procesu budowania wiedzy i podejmowania wysiłku zrozumienia nowej i złożonej sytuacji. Inaczej mówiąc, chodzi o potrzeby epistemiczne istotne dla formułowania sądów pozwalających na decyzje o podejmowaniu lub zaniechaniu różnych działań. W prezentowanych badaniach skoncentrowano się na związkach między potrzebą domknięcia poznawczego a potrzebą poznania z reakcjami na pandemię (zachowaniami, doświadczeniami i postawami wobec zaleceń) oraz ze sposobami radzenia sobie z przeżywanym wówczas stresem.

Potrzeba domknięcia poznawczego

Teoria naiwnego poznania opisuje PDP, czyli potrzebę domknięcia poznawczego, jako pragnienie uzyskania szybkiej i rozstrzygającej odpowiedzi na nurtujące pytanie, czyli „jakiejkolwiek odpowiedzi, w przeciwieństwie do bełładu i niejednoznaczności” (Kruglanski, 1990, s. 337, za: Kossowska, 2005). Trudności w uzyskaniu odpowiedzi i niemożność sformułowania jednoznacznej opinii prowadzą do dużego dyskomfortu u osób, które cechuje wysoki poziom tej potrzeby. Z tego względu często obserwuje się u nich tendencję do powierzchownego poszukiwania i oceniania informacji, słabą tolerancję niejednoznaczności i sztywność poznawczą. Wynika to z natury tej potrzeby, w której działaniu wyróżnia się dwa etapy. W pierwszym działa mechanizm „chwytania” informacji, a w drugim jej „zamrażania” w dotychczasowych strukturach poznawczych. Chwyatanie może prowadzić do zatrzymania się na pierwszych sądach wyjaśniających rozpatrywaną sytuację niezależnie od ich jakości. Ważna jest szybkość, stąd brane są pod uwagę raczej takie sądy, które są łatwo dostępne, wyraziste lub bardziej pasujące do dotychczasowego systemu przekonań. Włączenie ich do posiadanych struktur wiedzy (czyli zamrożenie) jest wtedy łatwiejsze i odbywa się szybciej oraz przyczynia się do zwiększenia odporności na ewentualne zmiany w przypadku

pojawienia się nowych faktów czy poczucia, że uzyskane wyjaśnienie nie jest do końca trafne. Ta stabilność systemu wiedzy jest dla osób z wysoką PDP istotna, ale by ją uzyskać, ogranicza się liczbę analizowanych danych i stawia mniej hipotez wyjaśniających sytuację (Kossowska, 2005). Dążenie do utrzymywania tej stabilności wiąże się m.in. z odpornością na perswazję (Kruglanski i in., 1993) oraz słabszym radzeniem sobie z nowościami (Ford, Kruglanski, 1995), co może mieć znaczenie w reagowaniu na pandemię.

W zależności od sytuacji aktywność PDP może być korzystna dla funkcjonowania jednostki, ale może też prowadzić do działań nieadekwatnych do sytuacji. W niektórych okolicznościach potrzeba domknięcia różnicuje przebieg czynności poznawczych, np. wysoka PDP ogranicza pulę zasobów wykorzystywaną w bieżącej aktywności, ale kompensowane jest to efektywniejszą selekcją informacji (por. Kossowska, 2007). Ta efektywność zmniejsza się jednak (bardziej u osób o wysokim nasileniu tej potrzeby niż u cechujących się jej niższym poziomem) w sytuacjach, w których zachodzi konieczność dzielenia zasobów na różne procesy (drenaż poznawczy).

Siła PDP może być modyfikowana sytuacyjnie. W okolicznościach, które podkreślają dostrzegane korzyści i zmniejszają dostrzegane koszty domknięcia (np. presja czasu, hałas, zmęczenie psychiczne czy nuda zadania poznawczego), może rosnąć motywacja w kierunku szybszego domknięcia. Drugi biegun tej potrzeby, tj. potrzeba unikania zamknięcia, może się aktywizować w warunkach akcentujących koszty zamknięcia i korzyści z jego zaniechania (np. odpowiedzialność czy groźne skutki błędnego osądu), a także w sytuacjach wywołujących lęk przed oceną, choć nie stwierdzono, by PDP korelowała z pragnieniem akceptacji (Kossowska, 2005). Także w sytuacjach, co do których osoba o silnej PDP nie miała żadnych uprzednich informacji lub nie stanowiły one adekwatnej wskazówki do sformułowania sądu, zamrażanie może być odraczane, a faza chwytania informacji wydłużona i pogłębiona (Strojny i in., 2016).

Jako konstrukt dyspozycyjny PDP traktowana jest obecnie jako zmienna utajona, manifestująca się w pragnieniu przewidywalności, preferencji

dla porządku i struktury, dyskomforcie związanym z niejednoznacznością, w zdecydowaniu i w zamknięciu umysłowym (Webster, Kruglanski, 1997).

Potrzeba poznania

Potrzeba poznania (PP, ang. *need for cognition*, NFC) odnosi się do różnych preferencji ludzi w zakresie angażowania się w proces myślenia i czerpania z tego satysfakcji.

Autorzy badań nad motywacją poznawczą utożsamiali najpierw PP z redukcją napięcia powstałego na skutek nietolerowania wieloznaczności. Według Arthura R. Cohena, będącego prekursorem badań w tej dziedzinie, PP oznacza pragnienie „uporządkowania odpowiednich sytuacji w sensowny, zintegrowany sposób. Jest to potrzeba zrozumienia i uczynienia sensownym świata empirycznego” (Cohen i in., 1955, s. 291). Obecnie dominuje rozumienie PP jako tendencji do aktywnego poszukiwania możliwości angażowania się w działania wymagające wysiłku poznawczego ze względu na przyjemność, jaką sprawia myślenie i pogłębianie wiedzy (Petty i in., 2009).

Osoby przejawiające wysoki poziom tak rozumianej PP chętniej analizują i głęboko przetwarzają informacje, nie potrzebując przy tym motywacji zewnętrznej. Uważa się, że osoby, które aktywnie angażują się w czynności poznawcze wymagające myślenia, mają wysoki poziom PP, podczas gdy osoby z niewielką motywacją do wysiłków poznawczych są uważane za osoby o niskim poziomie PP. W porównaniu z osobami z niską PP osoby o wysokim nasileniu PP są bardziej skłonne do głębszego rozważania istotnych informacji podczas dokonywania oceny zamiast polegać na prostych wskazówkach, heurystykach poznawczych czy stereotypach. Ponadto stwierdzono, że wysoka PP jest ściśle związana z preferencjami ludzi do kształtowania otoczenia oraz wyższym poziomem zrozumienia, organizacji, opracowania i oceny informacji. Co ciekawe i ważne w kontekście COVID-19 – PP koreluje też dodatnio z satysfakcją z życia, z pracy, z niższym poziomem neurotyczności, wyższym poziomem pozytywnego

afektu, bardziej stabilną tożsamością i wyższym zaufaniem społecznym. Odpowiedzialne jest za to prawdopodobnie wysokie poczucie kontroli sprzyjające bardziej aktywnemu radzeniu sobie, co zmniejsza ryzyko depresji i wypalania się (przegląd badań w: Zerna, Strobel, Strobel, 2021)

Sposoby radzenia sobie ze stresem

Choć stres jest różnie definiowany i powstało dotąd wiele jego modeli (przegląd w: Łosiak, 2008 i Terelak, 2017), to nie ma raczej wątpliwości co do tego, że jest także reakcją na sytuację nową, groźną i nieprzewidywalną, a taką okazał się wybuch pandemii koronawirusa SARS-CoV-2. Do kanonu wiedzy psychologicznej już od dawna należy konstatacja, że zarówno poziom, jak i konsekwencje stresu dla jednostek i grup zależą od wielu czynników, m.in. od interpretacji sytuacji, oceny swoich zasobów oraz od sposobów radzenia sobie z nim (Terelak, 2017).

Sposoby czy formy radzenia sobie ze stresem to zdaniem Richarda S. Lazarusa i Susan Folkman (1984) stale zmieniające się działania człowieka, zachodzące zarówno w jego umyśle (tj. emocjach i poznaniu/myśleniu), jak i w jego zachowaniu, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez niego jako obciążające, sprawdzające lub przekraczające jego zasoby. Podejmowane aktywności mogą być różnie ukierunkowane (od nastawienia na zmianianie sytuacji po uśmierzanie nieprzyjemnych uczuć) i w zależności od okoliczności oraz cech jednostki przynoszą różne efekty. Zwykle ludzie korzystają z szerokiego repertuaru strategii zmagania się ze stresem, dostosowując je do konkretnej sytuacji i swojego stanu, ale też różnią się w częstotliwości sięgania po niektóre z nich. Typologie form czy bardziej stałych stylów radzenia sobie ze stresem i leżące u ich podstaw kryteria są nadal przedmiotem badań i dyskusji wśród psychologów (Carver i in. 1989; Łosiak, 2008; Stanisławski, 2019).

Nowa, trudna do porównania z czymkolwiek wcześniejszym, powszechnie doświadczana sytuacja pandemii i lockdownu mogła stymulować sięganie po niektóre z nich, a inne czynić mniej atrakcyjnymi. Wato

więc sprawdzić, które ze strategii radzenia sobie ze stresem były najczęściej wykorzystywane w okresie rozprzestrzeniania się COVID-19.

Potrzeby poznawcze i stres w czasie pandemii – krótki przegląd badań

Wiadomości w mediach są zwykle przedstawiane w sensacyjnej formie, mającej wywołać reakcję emocjonalną, która może wpłynąć na naszą zdolność rozumowania. W czasie pandemii to zjawisko przybrało jeszcze bardziej na sile, podobnie jak charakterystyczne dla mediów społecznościowych szybkie rozpowszechnianie newsów, w tym szczególnie szybko i szeroko – fałszywych. Od pierwszych dni epidemii dezinformacja na temat COVID-19 miała szeroki zasięg w mediach społecznościowych, radiu, w programach telewizyjnych typu talk-show i krajowych mediach informacyjnych (Frenkel i in., 2020; Pennycook i in., 2020). Do 7 kwietnia 2020 r. weryfikatorzy faktów zidentyfikowali 225 błędnych informacji na temat COVID-19 (Brennen i in., 2020). Najczęściej błędne twierdzenia dotyczyły działań lub polityki władz w sprawie rozwiązania problemu COVID-19.

Prowadzone w kilku krajach badania nad wpływem dezinformacji podczas pandemii COVID-19 podkreślają, jak niewiarygodne i zapalne informacje (Gallotti i in., 2020) mogą zagrażać zdrowiu publicznemu, zmieniając postrzeganie zachowań ryzykownych przez jednostki (Oh i in., 2020). Rzeczywiście na początku pandemii zarysował się dość wyraźny podział na tych, którzy byli poważnie zaniepokojeni i reagowali szukaniem informacji, i tych, którzy uważali, że COVID-19 to „nie więcej niż grypa” i tym samym sprzeciwiali się podejmowaniu środków bezpieczeństwa. Matthew L. Stanley i in. (2021) stwierdzili, że niska skłonność do myślenia analitycznego mierzonego za pomocą *cognitive reflection test* (CRT) była predyktorem przekonania, że pandemia jest mistyfikacją, i wiązała się z rzadszym stosowaniem środków bezpieczeństwa takich jak dystans fizyczny i mycie rąk oraz z mniejszą liczbą zachowań pomocowych względem innych. Styl poznawczy okazywał się też ważny przy rozpowszechnianiu fałszywych informacji dotyczących COVID-19.

W badaniach Gordona Pennycooka i in. (2020) wykazano dużą skłonność ludzi do dzielenia się w mediach społecznościowych fałszywymi informacjami, mimo że przy odpowiednich wskazówkach badani byli zdolni odróżnić treści prawdziwe od nieprawdziwych i generalnie byli przekonani o wadze udostępniania wiarygodnych informacji związanych z pandemią. Za to zjawisko odpowiada w dużej mierze kontekst mediów społecznościowych, w których dokładność czy wiarygodność treści jest mniej ważna niż uzyskiwanie akceptacji i w których w specyficzny sposób działają procesy uwagowe. Niemniej badani, którzy lepiej wypadali w miarach refleksyjnego myślenia i mieli lepsze podstawy wiedzy naukowej, nie tylko istotnie trafniej rozpoznawali fałszywe informacje w nagłówkach wiadomości, ale i znacząco rzadziej decydowali o udostępnianiu treści innym użytkownikom social mediów (i fałszywych, i prawdziwych, choć w odniesieniu do pierwszych ujemna korelacja z CRT była silniejsza).

Poszukiwanie informacji może pomóc zmniejszać niepewność w okresie zwiększonego niepokoju (np. Webster, Kruglanski, 1997; Kossowska, Bukowski, 2015), potrzebne jest jednak przekonanie o ich wiarygodności i zaufanie do ich źródeł, jak również do wiedzy naukowej. Prawdopodobnie ze względu na ograniczoną liczbę rzetelnych informacji naukowych na początku pandemii ludzie zaczęli poszukiwać wyjaśnień, które jeszcze nie istniały, ponieważ wiedza naukowa dotycząca biologii i rozprzestrzeniania się nowego wirusa była nadal niepełna i dopiero się rozwijała. Brak naukowego konsensusu przypuszczalnie przyczynił się do tego, że pseudonaukowe i jawnie fałszywe informacje zaczęły się rozprzestrzeniać. W kontekście zagrożenia, gdy poczucie niepewności i strach utrudniają przewidywanie lub planowanie działań, ludzie kompulsywnie potrzebują wyjaśnień i mają tendencję do opierania ich na łatwo dostępnych informacjach (Kossowska, Bukowski, 2015). W wielu poszukiwaniach badawczych zakładano więc, że strach przed COVID-19 powinien zwiększać prawdopodobieństwo wiary w fałszywe wiadomości, w szczególności te związane z tą chorobą, w rozmaite teorie spiskowe i wzrost akceptacji dla bzdur, a uzyskiwane wyniki zarówno z prób amerykańskich, jak i włoskich potwierdzały to (Salvi i in., 2021). Uwzględniano też stopień skłonności

do analitycznego myślenia, poziom znajomości tzw. podstawowej wiedzy naukowej, podejrzewając, że osoby z większą podatnością na fałszywe informacje i z gorszą znajomością podstaw nauki będą bardziej skłonne wierzyć w fake newsy. Stwierdzono, że dyspozycyjni myśliciele analityczni są rzeczywiście, podobnie jak we wcześniejszych badaniach, bardziej odporni na wiarę w fałszywe wiadomości, mniej skłonni do spostrzegania pandemii jako mistyfikacji i na ogół bardziej zaangażowani w przestrzeganie zalecanych środków bezpieczeństwa (np. dystans i mycie rąk) na początku pandemii COVID-19 (Swami, Barron, 2020; Stanley i in., 2021), przy tym rzadziej jednak dzielą się w mediach społecznościowych fałszywymi informacjami na temat COVID-19 (Pennycook i in., 2020). Także w badaniach czeskich wyższy stopień skłonności do myślenia refleksyjnego miał negatywne znaczenie dla wiary w teorie spiskowe dotyczące COVID-19 (Pisl i in., 2021).

Potrzebę domknięcia poznawczego uwzględniano kilkakrotnie w badaniach dotyczących przekonania o spiskach wokół pandemii i dowiedziono jej wyższego poziomu u osób skłonnych do wiary w spiski (m.in. Pereira i in., 2020; Leibovitz i in., 2021). Co ciekawe, w przeciwieństwie do badań sprzed pandemii, nie odnotowywano wcale (lub w dużo mniejszym stopniu niż wcześniej) powiązań wiary w teorie spiskowe z preferowaną ideologią polityczną. Wykazywano też, że często wiązana z PDP nietolerancja niepewności istotnie i wprost oddziaływała na pogorszenie samopoczucia w trakcie pandemii, podczas gdy strach przed COVID-19, i to w interakcji z ruminacjami, stanowił jedynie zmienną pośredniczą we wpływie na dobrostan psychiczny badanych (Satici i in., 2020).

Potrzebę poznania badano w kontekście pandemii zdecydowanie rzadziej niż PDP. Nieliczne badania ją uwzględniające wykazały jednak, że PP wiązała się z niższą wiarą w spiski u Chińczyków częściej korzystających z międzynarodowych mediów społecznościowych, przy czym nie odnotowano tego efektu u tych, którzy ograniczali się do krajowych (Su i in., 2021). Również w próbach amerykańskich wysokie poziomy PP zmniejszały (choć w nieco mniejszym stopniu niż niska tendencja do uogólnionych błędów epistemicznych) podatność na wiarę w mity

i fałszywe twierdzenia związane z pandemią (Meyer i in., 2021) oraz sprzyjały uważniejszemu przestrzeganiu dystansu fizycznego i noszeniu masek. Te dwa ostatnie zachowania związane były też silnie (nawet mocniej niż PP) z wyższą samokontrolą oraz – nieco słabiej – z liberalnymi poglądami politycznymi (Xu, Cheng, 2021). Zależność zachowań prewencyjnych od potrzeby poznania jest jednak niejednoznaczna, ponieważ pojawiły się też badania dowodzące brak związku między tymi zmiennymi (Lachlan i in., 2021). Potrzeba poznania, jak wykazano w tych samych badaniach, nie wiązała się też istotnie ani z preferencją bardziej wiarygodnych źródeł informacji o COVID-19 i pandemii, ani nie wpływała na ocenę ryzyka.

W tryfazowych, podłużnych badaniach niemieckich ukierunkowanych na określenie, jak wygląda i od czego zależy gromadzenie i rozumienie przez ludzi informacji związanych z pandemią COVID-19 i uwzględniających wśród innych zmiennych obie potrzeby epistemiczne, stwierdzono, że choć u większości uczestników wiedza o COVID-19 nie zmieniła się znacząco w trakcie pandemii, to wyraźnie wzrosła u osób i z wysoką PP, i z silną PDP. Autorzy – w odniesieniu do PDP – uważają, że jest całkiem możliwe, biorąc pod uwagę niestabilny charakter pandemii, że wielu respondentów nie osiągnęło jeszcze fazy zamrażania i wciąż porównuje swoją początkową interpretację z alternatywnymi hipotezami. Nie znaleziono jednak związków między PP i PDP a wykorzystaniem mediów, znaczeniem przydanym różnym źródłom informacji oraz z przestrzeganiem rządowych przepisów i zaleceń związanych z pandemią (Boot i in., 2021).

W porównaniu z zainteresowaniem motywacją epistemiczną i jej skutkami dla różnych zachowań w pandemii to, co dotyczyło stresu, znacznie częściej było (i jest) przedmiotem badań (76 800 wyników w 0,6 sekund na hasło *stress and covid* w Google Scholar, w porównaniu z 19 500 przy wyszukiwaniu *need for cognition and covid* i 16 000 przy *need for cognitive closure and covid*). Badania te dają raczej spójne wyniki. Metaanalizy pokazują, że ogólnie rzecz biorąc, prawie 1/4 dorosłych doświadczyła znacznego stresu z powodu pandemii COVID-19, przy czym jeszcze wyższy poziom relacjonowano w artykułach niezrecenzowanych niż w tych, które opublikowano dopiero po recenzjach (Cooke i in., 2020).

Najbardziej zbliżone do tematyki niniejszego artykułu są badania Crystal L. Park i in. (2020) stwierdzające, że w pandemii najczęściej doświadczanymi stresorami były: czytanie/słyszenie o powadze i zaraźliwości COVID-19 (96,6%), niepewność co do długości kwarantanny i wymagań dotyczących dystansu społecznego (88,3%) oraz zmiany w zakresie opieki społecznej (83,7%) i codziennej rutyny w opiece nad osobami zależnymi (80,1%). Najbardziej na stresory związane z pandemią narażone były osoby, które deklarowały problemy finansowe (ryzyko związane z infekcją, a także brakiem bezpieczeństwa pracy i brakiem zasobów), oraz ci, którzy opiekowali się kimś od nich zależnym. Dla tej ostatniej grupy najbardziej stresujące były: utrata poczucia bezpieczeństwa w związku z pracą lub dochodami, ryzyko choroby bliskiej osoby, napiętnowanie związane z byciem osobą wysokiego ryzyka, wreszcie utrata pracy czy możliwości zdobywania wykształcenia oraz brak dostępu do informacji.

Skutki przeżywanego w pandemii stresu mogą obejmować zaburzenia koncentracji, drażliwość, lęk, bezsenność, zmniejszoną produktywność i konflikty interpersonalne. Dotyczy to populacji ogólnej, w szczególności jednak grup bardziej bezpośrednio dotkniętych (np. personel medyczny). Oprócz zagrożenia ze strony wirusa nie ma wątpliwości, że środki kwarantanny czy warunki lockdownu, które obowiązywały w wielu krajach, mają również negatywne skutki psychologiczne, czasem nasilające wyżej wymienione objawy (Vahia, Shah, 2020). Intensywność tych objawów przynajmniej częściowo zależy od czasu trwania i zakresu kwarantanny, poczucia samotności, napiętnowania, strachu przed zarażeniem, ale też od odpowiednich informacji (Taylor, 2021). W odniesieniu do nich pojawiły się nawet zalecenia WHO, która wśród różnego rodzaju sposobów zapobiegających negatywnym skutkom pandemii wymienia również regularne przerwy w użytkowaniu mediów (WHO, 2020). Jest to spójne z jednym z najbardziej powtarzalnych wyników badań nad stresem i odpornością dowodzącym, że im większa jest możliwość kontrolowania sytuacji stresowej, tym lepiej ludzie sobie z nią radzą (Folkman, 2011). Regulacja korzystania z informacji, odpowiednie nastawienie poznawcze może być właśnie jednym z ważnych elementów takiej kontroli.

Utrzymanie odpowiedniej kondycji psychicznej, zmniejszenie ryzyka depresji, lęku lub wypalenia stanowiło szczególne wyzwanie dla osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia. Pracownicy medyczni, oprócz doświadczanego w pandemii przez większość ludzi strachu i niepewności, stają dodatkowo przed specyficznymi wyzwaniami etycznymi, do których należą: praca w warunkach niewystarczających zasobów, konieczność segregacji pacjentów, słaba opieka paliatywna i niemożność odpowiedniego wspierania krewnych pacjentów w stanie terminalnym. Są więc dodatkowo narażeni na „szkody moralne” (Williamson i in., 2020). Zalecane są dla nich takie strategie, które obejmują wsparcie zespołu, monitorowanie stresu, dbanie o siebie, regularne robienie przerw i łączenie się, kontakt z innymi. Dane z Chin wykazały, że interwencje społeczne i psychologiczne mogą znacznie poprawić samopoczucie pracowników służby zdrowia podczas pandemii COVID-19 (Chen i in., 2021). Wydaje się więc ważne, także w odniesieniu do innych grup, by zidentyfikować najczęstsze sposoby radzenia sobie ze stresem w pandemii i oceniać ich efektywność.

W przywoływanych już amerykańskich badaniach Park i in. (2020), wykorzystujących pełną wersję narzędzia Carvera – COPE, respondenci jako najczęstsze sposoby radzenia sobie ze stresem w pandemii wskazywali odwracanie uwagi, aktywne radzenie sobie i poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego. Płeć, wiek oraz status opiekuna różnicowały częstotliwość sięgania po konkretne sposoby – kobiety odwoływały się częściej do strategii skoncentrowanych na emocjach, takich jak odwracanie uwagi, wsparcie emocjonalne i religijne, a rzadziej używały humoru. Opiekunowie równie często ukierunkowywali się na radzenie sobie z emocjami i uzyskiwanie wsparcia religijnego, ale także istotnie częściej odwoływali się do aktywnych strategii i poszukiwania instrumentalnego wsparcia społecznego. Młodszy uczestnicy, mniejszości seksualne i osoby o większej niestabilności finansowej ogólnie zgłaszały częstsze stosowanie mniej produktywnych strategii, w tym używania substancji, wycofania behawioralnego i humoru, jednak efekt nie był tu duży. Badania były prowadzone w USA, więc niekoniecznie w polskich warunkach należy spodziewać się podobnych wyników.

Radzenie sobie ze stresem w pandemii było także przedmiotem wielu innych badań, nie znaleziono jednak takich, które wprost wiązałyby je z PP. Istnieje jednak, jak się wydaje, co najmniej kilka przesłanek co do tego, że mogą one mieć w radzeniu sobie ze stresem znaczenie. Najbardziej oczywista jest ta, wynikająca z koncepcji Lazarusa i Folkman (1984), że interpretacja sytuacji (a więc pole działania potrzeb poznawczych) wpływa na poziom stresu, a w powiązaniu z oceną własnych zasobów – decydować może o wyborze strategii zmagania się. Kolejną przesłanką jest zgłaszanie jako silnych stresorów ekspozycji na informacje o COVID-19 czy poczucia braku informacji o zaleceniach (Park i in., 2020). Z kolei stwierdzone w badaniach włoskich (Fiorenzato i in., 2021) subiektywne spostrzeganie pogorszenia funkcjonowania poznawczego w okresie lockdownu związane było m.in. ze sposobem użytkowania mediów (a jest on również zależny od motywacji poznawczej). Lawinowy wzrost czasu wykorzystania mediów w okresie pandemii (połowa badanych – jako uśmierzacza niepokojów, odrywania się od trudnej sytuacji, druga połowa – dla poszukiwania informacji o COVID-19 [Eden i in., 2020]) sugeruje, że ważne jest tu nastawienie poznawcze. Istotnym elementem pandemii był tak duży wzrost fałszywych informacji, że zaczęto wręcz mówić o infodemii, w której trakcie radzenie sobie z ocenianiem i selekcją informacji medialnych oraz poszukiwanie prawdziwych danych pozwalających zrozumieć ten szczególnie czas stało się wręcz koniecznością. Sposób tej oceny, jej dokładność, szybkość itd. może być zależny od motywacji epistemicznej i przekładać się na wybór sposobów opanowywania stresu.

Problem i cel badań własnych

Badania podejmują problem znaczenia potrzeb epistemicznych dla zachowań ludzi w sytuacjach trudnych i zagrażających, głównie podczas pandemii. Szczególnie interesujące, zwłaszcza wobec zalewu sprzecznych, ciągle zmieniających się informacji na temat COVID-19, są związki między poznawczymi aspektami funkcjonowania ludzi a ich zachowaniami. Planując badania, postawiono sobie za cel uzyskanie odpowiedzi na pytania: jak

PDP i PP wiążą się z radzeniem sobie z pandemią? jak te potrzeby poznawcze wpływają na doświadczenia i postawy związane z pandemią i stosowanymi środkami bezpieczeństwa? czy radzenie sobie ze stresem w tak szczególnym okresie, gdy z wielu stron docierają niepełne informacje i gdy wokół tak wiele niepewności, jest związane z nasileniem PDP i PP?

Na podstawie informacji uzyskanych w trakcie przeglądu badań nad COVID-19 założono, że:

H1. Potrzeby poznawcze wiążą się istotnie z reakcjami na różne aspekty pandemii.

H1A. Wyższe wyniki PP mogą sprzyjać bardziej racjonalnym zachowaniom oraz mniejszemu nasileniu obaw związanych z pandemią.

H1B. Im wyższa PDP, tym bardziej negatywne reakcje na pandemię.

H2. Potrzeby epistemiczne wiążą się istotnie ze strategiami radzenia sobie ze stresem w czasie pandemii COVID-19.

H2A. Wysoki poziom PP sprzyja wyborowi aktywniejszych i bardziej racjonalnych niż emocjonalnie ukierunkowanych sposobów zmagania się ze stresem.

H2B. Wysoki poziom PDP sprzyja wyborowi strategii o emocjonalnym charakterze w zmaganiu się ze stresem.

H3. PP i PDP są ze sobą istotnie i ujemnie powiązane.

Podstawą założenia H1A jest z jednej strony wyższy, wynikający z większego poczucia kontroli nad sytuacją, dobrostan osób cechujących się wysoką PP (Zerna i in. 2021), z drugiej zaś natura tego konstruktu, cechująca się doświadczaniem radości z angażowania się w czynności poznawcze (Cacioppo, Petty, 1982). Asumptem do takiego zaangażowania niewątpliwie była nowość sytuacji i pojawianie się coraz to innych informacji na temat samego koronawirusa, środków zapobiegawczych czy rozwiązań systemowych, a ponieważ sam proces myślenia jest ważnym źródłem przyjemności dla osób mających rozwiniętą PP, to być może doświadczanie tego rodzaju przyjemności w jakiś sposób równoważyć mogło nieprzyjemne aspekty życia w okresie pandemii. Z kolei spostrzeganie wysokich kosztów nietrafnej oceny sytuacji (a w pandemii stawką jest życie) potęguje

tendencje do większej dokładności w ocenie informacji i wydłużania fazy chwytania. Konieczne jednocześnie odraczenie zamknięcia stanowi dla osób o wysokiej PDP jeszcze dodatkowy czynnik nasilający niepokój, co może mieć oddźwięk w gorszym samopoczuciu i bardziej negatywnych postawach wobec różnych aspektów sytuacji pandemii.

Przesłanek dla H2 należy poszukiwać w tym, że ponieważ nie znaleziono do tej pory badań, które badałyby tę zależność, nie ma wyraźnych podstaw, by spodziewać się tu licznych czy bardzo mocnych powiązań. Wydaje się jednak, że pewne powinny wystąpić – np. ponieważ z PP związane jest poczucie kontroli nad sytuacją, to wysoki poziom tej potrzeby sprzyjać będzie wyborowi aktywniejszych i bardziej racjonalnie niż emocjonalnie ukierunkowanych sposobów zmagania się ze stresem (H2A). Natomiast PDP, mocno opierająca się m.in. na lęku przed niejednoznacznością i na odczuwaniu dyskomfortu w sytuacjach niesprzyjających formułowaniu sądów o wystarczającej pewności, wiązać się powinna raczej z preferencją strategii o emocjonalnym charakterze (H2B).

Sformułowano też dodatkowo, wychodząc już nieco poza sam kontekst pandemii, założenie o relacjach między zmiennymi, oczekując, że H3 PP i PDP są ze sobą istotnie i ujemnie powiązane.

Osoby badane, organizacja i narzędzia

W badaniu uczestniczyły osoby pełnoletnie, bez ograniczeń wiekowych, między 18. a 75. r.ż. 79% próby stanowiły kobiety, 20% mężczyźni, jedna osoba nie podała swojej płci (inne). Średni wiek respondentów wynosił 39,5 lat, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 12,40. Mediana zmiennej „wiek” wynosiła 39 lat. Najczęściej ankietowani posiadali wykształcenie wyższe (60%) oraz średnie (34%), nieliczni respondenci posiadali wykształcenie zawodowe (6%) lub podstawowe (1%). Medyczny zawód wykonywało 18% ankietowanych, 17% pracowało w obsłudze pacjenta, klienta lub petenta, 12% w branży usługowej, 13% w edukacji, służby mundurowe stanowiły 2% ankietowanych. Pozostali respondenci wykonywali inne zawody (39%).

Badanie z powodu panującej pandemii było prowadzone online za pomocą arkusza ankiety Google od 21 marca do 11 czerwca 2021 r. Arkusz Google został podzielony na cztery części.

W I części użyto polskiej adaptacji Kwestionariusza Potrzeby Poznania (KPP) mierzącego indywidualne różnice w stopniu aktywności i zaangażowania w procesy poznawcze. Kwestionariusz ten składa się z 36 pytań zamkniętych, na które możliwe jest udzielenie odpowiedzi w skali od 1 do 5, gdzie 1 to: „Zdecydowanie się nie zgadzam”, a 5 to: „Zdecydowanie się zgadzam”. Na podstawie badań przeprowadzonych w trakcie adaptacji kwestionariusza otrzymany współczynnik stabilności bezwzględnej (korelacja między testem a retestem) świadczy o wysokim poziomie stałości czasowej wyniku KPP, $r(29) = 0,86$; $p < 0,01$. Spójność wewnętrzną tego kwestionariusza, mierzona parametrem α Cronbacha, wyniosła $\alpha = 0,895$, co świadczy o wysokiej jednorodności konstruktu pomiarowego. Szczegóły narzędzia przedstawione są w opracowaniu Pawła Matusza i in. (2011).

Część II składała się z 17 pytań wybranych z kwestionariusza opracowanego przez naukowców z uniwersytetu z Montany: Social Psychological Survey of COVID-19: Coronavirus Perceived Threat, Government Response, Impacts, and Experiences Questionnaires (SPSC). Składała się ona z Kwestionariusza Postrzeganego Zagrożenia Koronawirusem, Kwestionariusza Odpowiedzi Rządu na Koronawirusa, Kwestionariusza Wpływu Koronawirusa oraz Kwestionariusza Dotyczącego Koronawirusa, z czego najsilniejsze właściwości psychometryczne mają kolejno Postrzegane Zagrożenie Koronawirusem, Kwestionariusz Odpowiedzi Rządu i Kwestionariusz Wpływu Koronawirusa. Skala odpowiedzi we wszystkich czterech składowych kwestionariuszach mieści się między 1: „W ogóle mnie nie dotyczy” a 7: „Bardzo mnie dotyczy” (Conway III i in., 2020).

W części III umieszczono skróconą wersję skali PDP, mierzącą różnice indywidualne w motywacji epistemicznej do poszukiwania i posiadania jasnej i pełnej wiedzy w celu pozbycia się niepewności. Skala ta składała się z 15 pytań i skali odpowiedzi od 1 do 6, gdzie 1 to: „Zdecydowanie się nie zgadzam”, a 6 to: „Całkowicie się zgadzam”. Skala mierzy również

5 komponentów: nietolerancję wieloznaczności, preferowanie porządku, preferowanie przewidywalności, zamkniętość umysłową oraz zdecydowanie. Wysokie korelacje oryginalnych oraz skróconych wersji podskali skali PDP oraz wynik sumaryczny PDP i statystyki rzetelności dla tych skal (rzetelność wewnętrzna wersji pełnej $\alpha = 0,860$, dla wersji skróconej $\alpha = 0,737$ oraz procent wariancji wyjaśnionej w modelu pomiaru wersji pełnej CFA = 23%, a w wersji skróconej CFA = 28%) przemawiają na rzecz stosowania skali skróconej. Szczegółowe informacje o narzędziu przedstawione są w badaniu Małgorzaty Kossowskiej i in. (2012).

Część IV wypełnianej przez badanych ankiety zawierała pytania narzędzia Mini-COPE, autorstwa Charlesa Carvera, Michaela Scheiera, w polskiej wersji językowej opracowanej przez Zbigniewa Juszczynskiego i Ninę Ogińską-Bulik. Zmodyfikowano jednak nieco instrukcję, by podkreślić, że chodzi o sposoby wykorzystywane w pandemii, tj. dodano trzy zdania. Instrukcja po modyfikacji brzmiała: „Ludzie różnie reagują, gdy natrafiają w swoim życiu na trudne czy stresujące zdarzenia. Czas pandemii COVID-19 może być stresujący. Ze stresem można sobie radzić w różny sposób. Kwestionariusz ma ustalić, jak zachowujesz się w czasie pandemii. Co zazwyczaj robisz, aby poradzić sobie ze stresem z tym związanym?”. Dodatkowo po fragmencie wyjaśniającym znaczenie punktów zastosowanej skali odpowiedzi dopisano frazę: „W obecnej sytuacji pandemii koronawirusa, kiedy doświadczam trudnych sytuacji lub dostaję informacje o nowych zakażeniach, zachorowaniach, śmierci na COVID-19, to zazwyczaj...”. Tak jak oryginał kwestionariusz ten zastosowano do pomiaru sposobów reagowania i odczuwania w sytuacjach doświadczania silnego stresu. Składa się on z 28 stwierdzeń wchodzących w skład 14 mierzonych strategii (po dwa twierdzenia w każdej). Odpowiedzi dokonuje się na skali od 0: „Prawie nigdy tak nie postępuję” do 3: „Prawie zawsze tak postępuję” (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009).

Ze względu na to, iż kwestionariusz skróconej wersji skali PPD oraz kwestionariusz naukowców z uniwersytetu z Montany to prace autorskie, przed ich użyciem zostało wysłane zapytanie i prośba o możliwość użycia tych narzędzi, w tym w odniesieniu do SPSC - o wykorzystanie niektórych

tylko pytań dostosowanych do polskich warunków i celu badania. Autorzy narzędzi udzieli zgody na ich użycie.

Wyniki

COVID-19 – spostrzegane zagrożenie wirusem, odczucia wobec działań rządu, doświadczenia związane z pandemią

Ankietowani mieli za pomocą 7-punktowej skali odnieść się do niektórych stwierdzeń dotyczących pandemii, gdzie ocena 1 oznaczała, że dane określenie, sytuacja w ogóle nie dotyczy ankietowanego, a ocena 7 oznaczała, że dane stwierdzenie całkowicie dotyczyło ankietowanego. Oceny uśredniono, a stwierdzenia posortowano według średnich ocen, od zdań, które najbardziej dotyczyły respondenta, do zdań, które ankietowanego dotyczyły najmniej.

Najczęściej ankietowani twierdzili, że znają kogoś, kto chorował lub zmarł na koronawirusa (średnia ocena 6,0). Martwili się, że zachorują lub ktoś z ich najbliższych zachoruje (5,2). Chcieli się zaszczepić jak najszybciej lub już to zrobili, aby zatrzymać pandemię (4,7). Często nie podobało się ankietowanym, że rząd zmusza ludzi do pozostania w domu wbrew ich woli i decyduje, dokąd można pójść i co można zrobić w czasie pandemii koronawirusa (4,6). Respondenci nie ufali również rządowym informacjom, które otrzymują na temat koronawirusa (4,5). Wysoko też ankietowani oceniali swoje obawy wobec koronawirusa (4,1). W mniejszym stopniu respondenci popierali środki rządu mające na celu ograniczenie przemieszczania się obywateli w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się koronawirusa (3,9), czuli się zagrożeni, myśląc o koronawirusie (3,8), oglądali wiele wiadomości na temat koronawirusa (3,8), twierdzili, że wybuch pandemii miał wpływ na ich zdrowie psychiczne (3,8), śledzili wiadomości na temat szczepionki przeciw COVID-19, stresowali się, będąc w większej grupie, gdyż martwili się o zarażenie (3,6), nie martwili się koronawirusem (3,5). Najrzadziej ankietowani twierdzili, że unikają ludzi z powodu lęku przed zachorowaniem (3,3), że koronawirus wpłynął na

nich negatywnie pod względem finansowym (2,4). Nieliczni ankietowani chorowali na koronawirusa (2,9), u jeszcze mniejszej liczby osób go zdiagnozowano (2,2) (Tab. 1).

Tabela 1. Opinia ankietowanych na temat wybranych stwierdzeń dotyczących pandemii COVID-19. Średnia ocena (od 1: „W ogóle mnie nie dotyczy” do 7: „Całkowicie mnie dotyczy”)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>
Znam kogoś, kto chorował lub zmarł na COVID-19.	6,0	1,93	7,0
Martwię się, że ja lub ludzie, których kocham, zachorujemy na COVID-19.	5,2	1,97	6,0
Zaszczepię się najszybciej jak to możliwe lub już to zrobiłam/em, ponieważ myślę, że to najlepszy sposób, aby to zatrzymać.	4,7	2,57	6,0
Nie podoba mi się, że mój rząd zmusza ludzi do pozostania w domu wbrew ich woli i denerwuje mnie, że rząd mówi mi, dokąd mogę iść i co mogę zrobić w czasie pandemii koronawirusa.	4,6	2,30	5,0
Nie ufam informacjom, które otrzymuję na temat koronawirusa od mojego rządu. Myślę, że rząd ma program, który powoduje, że nie chcą ujawniać wszystkich faktów społeczeństwu.	4,5	2,22	5,0
Obawiam się koronawirusa.	4,1	2,10	4,0
Popieram środki rządu mające na celu ograniczenie przemieszczania się obywateli w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się koronawirusa.	3,9	2,20	4,0
Myślenie o koronawirusie sprawia, że czuję się zagrożona/y.	3,8	2,10	4,0
Oglądam wiele wiadomości na temat koronawirusa. Spędzam bardzo dużo czasu, próbując znaleźć aktualizacje online lub w telewizji na temat COVID-19.	3,8	1,99	4,0
Wybuch pandemii koronawirusa negatywnie wpłynął na moje zdrowie psychiczne.	3,8	2,24	4,0
Oglądam wiele wiadomości na temat szczepionki przeciw koronawirusowi. Spędzam dużo czasu, próbując znaleźć aktualizacje online lub w telewizji na jej temat.	3,7	1,90	4,0
Stresuję się, kiedy jestem w grupie wielu osób, bo martwię się, że złapię koronawirusa.	3,6	2,19	4,0
Nie martwię się koronawirusem.	3,5	2,09	3,0
Bardzo starałam/em się unikać innych ludzi, bo nie chcę zachorować.	3,3	2,08	3,0
Chorowałam/em na COVID-19.	2,9	2,65	1,0
Pandemia koronawirusa wpłynęła na mnie negatywnie z finansowego punktu widzenia. Straciłam/em dochody z pracy z powodu COVID-19.	2,4	2,07	1,0
Zdiagnozowano u mnie koronawirusa.	2,2	2,29	1,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana

Sposoby radzenia sobie ze stresem w trakcie pandemii COVID-19

Najczęściej wybieranym sposobem radzenia sobie ze stresem w trakcie pandemii COVID-19 była akceptacja (średnio 4,1 punktów), pozytywne przewartościowanie i rozwój (3,5), poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (3,4), planowanie (3,3), aktywne radzenie sobie (3,1), odwracanie uwagi (3,1). Rzadziej respondenci radzili sobie ze stresem przez poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (2,9), poczucie humoru (2,6), koncentrację na emocjach i ich wyładowywanie (2,5), zwrot ku religii (2,0). Najrzadziej wybierane sposoby radzenia sobie ze stresem to: zaprzestanie działań (1,7), zaprzeczanie (1,7), obwinianie siebie (1,6), spożywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych (0,9) (Tab. 2).

Tabela 2. Średnie wyniki dla poszczególnych skal kwestionariusza Mini-COPE

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>
Akceptacja	4,1	1,38	4,0
Pozytywne przewartościowanie i rozwój	3,5	1,47	4,0
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	3,4	1,66	4,0
Planowanie	3,3	1,61	4,0
Aktywne radzenie sobie	3,1	1,77	3,0
Odwracanie uwagi	3,1	1,64	3,0
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	2,9	1,73	3,0
Poczucie humoru	2,6	1,59	3,0
Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie	2,5	1,57	3,0
Zwrot ku religii	2,0	1,91	2,0
Zaprzestanie działań	1,7	1,46	2,0
Zaprzeczanie	1,7	1,83	1,0
Obwinianie siebie	1,6	1,72	1,0
Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych	0,9	1,48	0,0
<i>M</i> – średnia, <i>SD</i> – odchylenie standardowe, <i>Me</i> – mediana			

Wyniki Kwestionariusza Potrzeby Poznania

Ankietowani w KPP uzyskiwali średnio 131,1 pkt (odchylenie standardowe = 18,97 pkt) na 180 pkt możliwych. Mediana wyników kwestionariusza

wynosiła 135,5 pkt. Najczęściej uzyskiwaną przez respondentów wartością było 142 pkt. Najniższym wynikiem uzyskanym przez respondentów w kwestionariuszu było 57 pkt, najwyższym wynikiem było 165 pkt. Najczęściej ankietowani uzyskiwali punkty w przedziale od 130 do 140 (25%) oraz od 140 do 150 (21%) (Tab. 3).

Tabela 3. Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia. Kwestionariusz Potrzeby Poznania

Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min.	Maks.
Suma punktów	131,1	18,97	135,5	142,0	57,0	165,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, Min. – wartość minimalna, Maks. – wartość maksymalna

Wyniki w skali PPD

Średnio ankietowani na skali PPD uzyskiwali 46,2 pkt (odchylenie standardowe = 7,48 pkt) na 72 pkt możliwe do uzyskania. Mediana wyników kwestionariusza wynosiła 47 pkt. Najczęściej uzyskiwaną przez respondentów wartością było 47 pkt. Najniższym wynikiem uzyskanym przez respondentów w kwestionariuszu było 25 pkt, najwyższym wynikiem to 64 pkt. Najczęściej ankietowani uzyskiwali wyniki w przedziale od 45 do 50 pkt (28%). Skala PPD składała się z czterech komponentów. Najwyższe średnie wyniki respondenci uzyskiwali dla podskali „nietolerancja wieloznaczności” (średnio 13,7) i „preferowanie porządku” (średnio 13,6). Nieco niższe średnie uzyskiwali dla zmiennej „preferowanie przewidywalności” (11,9), najniższe średnie wyniki uzyskiwano dla zmiennej „zamkniętość umysłu”. Kwestionariusz badał również taki konstrukt jak „zdecydowanie”, średnio ankietowani dla tej podskali uzyskiwali 10,6 pkt (Tab. 4).

Tabela 4. Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia. Skala potrzeby poznawczego domknięcia

Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min.	Maks.
Potrzeba domknięcia Poznawczego	46,2	7,48	47,0	47,0	25,0	64,0
Preferowanie porządku	13,6	2,95	14,0	13,0	5,0	18,0
Preferowanie przewidywalności	11,9	3,54	12,0	13,0	3,0	18,0
Nietolerancja wieloznaczności	13,7	3,04	14,0	12,0	5,0	18,0
Zamkniętość umysłu	7,1	2,55	7,0	5,0	3,0	15,0
Zdecydowanie	10,6	3,59	10,0	9,0	3,0	18,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, Min. – wartość minimalna, Maks. – wartość maksymalna

Analiza powiązań między zmiennymi

Aby stwierdzić, czy istnieją statystycznie istotne związki korelacyjne między zmiennymi porządkowymi, zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana. Zdecydowano się nieparametryczny test, gdyż wszystkie zmienne, prócz skali PDP, nie miały rozkładu zgodnego z rozkładem normalnym.

Normalność rozkładów sprawdzano za pomocą testu Shapiro–Wilka. W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $p = 0,05$. Analiz dokonywano za pomocą programu SPSS 24.

Potrzeba poznania a zachowania w pandemii

Zastosowana analiza korelacyjna, przeprowadzona za pomocą współczynnika rang Spearmana, wykazała kilka statystycznie istotnych powiązań między wynikiem KPP a rozkładem odpowiedzi na kilka pytań z Social Psychological Survey of COVID-19: Coronavirus Perceived Threat, Government Response, Impacts, and Experiences Questionnaires. Im silniejszą potrzebę poznania wykazywali respondenci, tym rzadziej się stresowali, kiedy byli w grupie wielu osób ($p = 0,005$), rzadziej wybuch pandemii wpływał na ich zdrowie psychiczne ($p = 0,014$), rzadziej też w tej grupie diagnozowano koronawirusa ($p = 0,026$). Nie stwierdzono więcej

statystycznie istotnych korelacji między KPP a pozostałymi pytaniami dotyczącymi doświadczania pandemii, również tymi dotyczącymi zaufania do przekazu rządowego czy śledzenia informacji o pandemii i szczepionkach. Niemniej kilka wartości zbliżało się do istotności (Tab. 5).

Tabela 5. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana. Związek między wynikami Kwestionariusza Potrzeby Poznania a doświadczaniem pandemii COVID-19

		Kwestionariusz Potrzeby Poznania
Myślenie o koronawirusie sprawia, że czuję się zagrożona/y.	Wsp. korelacji	-0,17
	Istotność	0,092
Obawiam się koronawirusa.	Wsp. korelacji	-0,16
	Istotność	0,098
Nie martwię się koronawirusem.	Wsp. korelacji	0,08
	Istotność	0,415
Martwię się, że ja lub ludzie, których kocham, zachorujemy na COVID-19.	Wsp. korelacji	-0,18
	Istotność	0,067
Stresuję się, kiedy jestem w grupie wielu osób, bo martwię się, że złapię koronawirusa.	Wsp. korelacji	-0,28
	Istotność	0,005
Bardzo starałam/em się unikać innych ludzi, bo nie chcę zachorować.	Wsp. korelacji	-0,17
	Istotność	0,077
Nie podoba mi się, że mój rząd zmusza ludzi do pozostania w domu wbrew ich woli i denerwuje mnie, że rząd mówi mi, dokąd mogę iść i co mogę zrobić w czasie pandemii koronawirusa.	Wsp. korelacji	0,15
	Istotność	0,134
Popieram środki rządu mające na celu ograniczenie przemieszczania się obywateli w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się koronawirusa.	Wsp. korelacji	-0,18
	Istotność	0,066
Wybuch pandemii koronawirusa negatywnie wpłynął na moje zdrowie psychiczne.	Wsp. korelacji	-0,24
	Istotność	0,014
Zaszczepię się najszybciej jak to możliwe lub już to zrobiłam/em, ponieważ myślę, że to najlepszy sposób, aby to zatrzymać.	Wsp. korelacji	-0,01
	Istotność	0,897
Pandemia koronawirusa wpłynęła na mnie negatywnie z finansowego punktu widzenia. Straciłam/em dochody z pracy z powodu COVID-19.	Wsp. korelacji	0,02
	Istotność	0,879
Zdiagnozowano u mnie koronawirusa.	Wsp. korelacji	-0,22
	Istotność	0,026
Chorowałam/em na COVID-19.	Wsp. korelacji	-0,12
	Istotność	0,218

Znam kogoś, kto chorował lub zmarł na COVID-19.	Wsp. korelacji	-0,07
	Istotność	0,468
Oglądam wiele wiadomości na temat koronawirusa. Spędzam bardzo dużo czasu, próbując znaleźć aktualizacje online lub w telewizji na temat COVID-19.	Wsp. korelacji	-0,08
	Istotność	0,400
Oglądam wiele wiadomości na temat szczepionki przeciw koronawirusowi.	Wsp. korelacji	-0,04
	Istotność	0,667
Nie ufam informacjom, które otrzymuję na temat koronawirusa od mojego rządu.	Wsp. korelacji	0,11
	Istotność	0,255

Potrzeba poznania a sposoby radzenia sobie ze stresem

Wyniki KPP nie korelowały z większością sposobów radzenia sobie ze stresem w okresie pandemii ($p > 0,05$). Jedyne istotne powiązanie wykazano dla zwrotu w kierunku religii ($p = 0,022$). Im silniejsza była PP, tym rzadziej badani w sytuacji stresu zwracali się ku religii (Tab. 6). Interesujące jest też, choć to wynik jedynie na poziomie tendencji ($p = 0,054$), że im wyższa była PP, tym rzadziej w obliczu stresu badani reagowali zaprzecaniem działań.

Tabela 6. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana. Związek między wynikami Kwestionariusza Potrzeby Poznania a stylem radzenia sobie ze stresem w okresie pandemii (wyniki Mini-COPE)

		Kwestionariusz Potrzeby Poznania
Aktywne radzenie sobie	Wsp. korelacji	-0,11
	Istotność	0,262
Planowanie	Wsp. korelacji	0,13
	Istotność	0,193
Pozytywne przewartościowanie i rozwój	Wsp. korelacji	0,16
	Istotność	0,112
Akceptacja	Wsp. korelacji	0,12
	Istotność	0,206
Poczucie humoru	Wsp. korelacji	0,15
	Istotność	0,117
Zwrot ku religii	Wsp. korelacji	-0,22
	Istotność	0,022

Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Wsp. korelacji	-0,02
	Istotność	0,805
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Wsp. korelacji	0,02
	Istotność	0,869
Odwracanie uwagi	Wsp. korelacji	-0,09
	Istotność	0,355
Zaprzeczanie	Wsp. korelacji	-0,15
	Istotność	0,129
Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie	Wsp. korelacji	-0,14
	Istotność	0,171
Spożywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych	Wsp. korelacji	-0,10
	Istotność	0,305
Zaprzestanie działań	Wsp. korelacji	-0,19
	Istotność	0,054
Obwinianie siebie	Wsp. korelacji	-0,06
	Istotność	0,530

Potrzeba domknięcia poznawczego a reakcje w pandemii

Liczniejse niż w przypadku PP okazały się powiązania między skalą PDP a pytaniami z SPSC. Im bardziej badani byli skłonni do domykania poznawczego, tym częściej odczuwali zagrożenie na skutek myśli o koronawirusie ($p = 0,025$), obawiali się koronawirusa ($p = 0,006$), martwili się o siebie i swoich bliskich ($p = 0,001$), stresowali się, kiedy byli w grupie wielu osób ($p = 0,001$), starali się unikać innych ludzi ($p = 0,006$), popierali środki rządu mające na celu ograniczenia przemieszczania się obywateli ($p < 0,001$), częściej odczuwali negatywny wpływ pandemii na zdrowie psychiczne ($p = 0,041$), częściej oglądali wiadomości na temat koronawirusa ($p = 0,002$) i szczepionek przeciw COVID-19 ($p = 0,022$) (Tab. 7).

Tabela 7. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana.
Związek między wynikami skali potrzeby domknięcia poznawczego
a doświadczaniem pandemii

		Potrzeba Poznawczego Domknięcia
Myślenie o koronawirusie sprawia, że czuję się zagrożona/y.	Wsp. korelacji	0,22
	Istotność	0,025
Obawiam się koronawirusa.	Wsp. korelacji	0,27
	Istotność	0,006
Nie martwię się koronawirusem.	Wsp. korelacji	0,05
	Istotność	0,588
Martwię się, że ja lub ludzie, których kocham, zachorujemy na COVID-19.	Wsp. korelacji	0,32
	Istotność	0,001
Stresuję się, kiedy jestem w grupie wielu osób, bo się martwię, że złapię koronawirusa.	Wsp. korelacji	0,31
	Istotność	0,001
Bardzo starałam/em się unikać innych ludzi, bo nie chcę zachorować.	Wsp. korelacji	0,27
	Istotność	0,006
Nie podoba mi się, że mój rząd zmusza ludzi do pozostania w domu wbrew ich woli i denerwuje mnie, że rząd mówi mi, dokąd mogę iść i co mogę zrobić w czasie pandemii koronawirusa.	Wsp. korelacji	-0,03
	Istotność	0,775
Popieram środki rządu mające na celu ograniczenie przemieszczania się obywateli w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się koronawirusa.	Wsp. korelacji	0,35
	Istotność	<0,001
Wybuch pandemii koronawirusa negatywnie wpłynął na moje zdrowie psychiczne.	Wsp. korelacji	0,20
	Istotność	0,041
Zaszczepię się najszybciej jak to możliwe lub już to zrobiłam/em, ponieważ myślę, że to najlepszy sposób, aby to zatrzymać.	Wsp. korelacji	0,08
	Istotność	0,449
Pandemia koronawirusa wpłynęła na mnie negatywnie z finansowego punktu widzenia. Straciłam/em dochody z pracy z powodu COVID-19.	Wsp. korelacji	-0,06
	Istotność	0,569
Zdiagnozowano u mnie koronawirusa.	Wsp. korelacji	0,09
	Istotność	0,376
Chorowałam/em na COVID-19.	Wsp. korelacji	0,01
	Istotność	0,933
Znam kogoś, kto chorował lub zmarł na COVID-19.	Wsp. korelacji	0,12
	Istotność	0,207
Oglądałam wiele wiadomości na temat koronawirusa. Spędzam bardzo dużo czasu, próbując znaleźć aktualizacje online lub w telewizji na temat COVID-19.	Wsp. korelacji	0,31
	Istotność	0,002

Oglądam wiele wiadomości na temat szczepionki przeciw koronawirusowi.	Wsp. korelacji	0,22
	Istotność	0,022
Nie ufam informacjom, które otrzymuję na temat koronawirusa od mojego rządu.	Wsp. korelacji	0,02
	Istotność	0,835

PDP a style radzenia sobie ze stresem

Wyniki skali PDP nie korelowały z większością stylów radzenia sobie ze stresem w okresie pandemii ($p > 0,05$). Stwierdzono jedynie korelacje ze stylem polegającym na aktywnym radzeniu sobie ze stresem ($p = 0,030$). Im wyższa była tendencja do domykania, tym silniej przejawiała się u badanych tendencja do aktywnego radzenia sobie w sytuacji stresu (Tab. 8).

Tabela 8. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana. Związek między wynikami skali potrzeby domknięcia poznawczego a sposobem radzenia sobie ze stresem w okresie pandemii (wyniki Mini-COPE)

		Potrzeba Poznawczego Domknięcia
Aktywne radzenie sobie	Wsp. korelacji	0,21
	Istotność	0,030
Planowanie	Wsp. korelacji	0,16
	Istotność	0,110
Pozytywne przewartościowanie i rozwój	Wsp. korelacji	0,00
	Istotność	0,968
Akceptacja	Wsp. korelacji	0,05
	Istotność	0,634
Poczucie humoru	Wsp. korelacji	-0,16
	Istotność	0,108
Zwrot ku religii	Wsp. korelacji	0,17
	Istotność	0,084
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Wsp. korelacji	0,18
	Istotność	0,075
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Wsp. korelacji	0,13
	Istotność	0,182
Odwracanie uwagi	Wsp. korelacji	0,11
	Istotność	0,286
Zaprzeczanie	Wsp. korelacji	0,05
	Istotność	0,591
Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie	Wsp. korelacji	0,16
	Istotność	0,114

Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych	Wsp. korelacji	-0,04
	Istotność	0,718
Zaprzestanie działań	Wsp. korelacji	0,16
	Istotność	0,110
Obwinianie siebie	Wsp. korelacji	0,13
	Istotność	0,192

Związki między potrzebą poznania a potrzebą domknięcia poznawczego w badanej grupie

Analiza korelacyjna wykazała statystycznie istotne zależności między wynikami skali PDP a KPP ($p = 0,030$). Potrzeba poznania ujemnie korelowała również z takimi podskalami jak: nietolerancja wieloznaczności ($p = 0,013$), zamkniętość umysłowa ($p = 0,003$), a dodatnio ze zdecydowaniem ($p < 0,001$), czyli im wyższa była u badanych nietolerancja wieloznaczności i zamkniętość umysłowa, tym słabsza PP. Jej siła jednak rosła wraz ze wzrostem zdecydowania (Tab. 9).

Tabela 9. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana. Związek między wynikami skali potrzeby domknięcia poznawczego a wynikami Kwestionariusza Potrzeby Poznania

		Kwestionariusz Potrzeby Poznania
PDP	Wsp. Korelacji	-0,23
	Istotność	0,020
Preferowanie porządku	Wsp. Korelacji	-0,09
	Istotność	0,361
Preferowanie przewidywalności	Wsp. Korelacji	-0,01
	Istotność	0,891
Nietolerancja wieloznaczności	Wsp. Korelacji	-0,24
	Istotność	0,013
Zamkniętość umysłowa	Wsp. Korelacji	-0,29
	Istotność	0,003
Zdecydowanie	Wsp. Korelacji	0,38
	Istotność	<0,001

Dyskusja wyników

Wyniki przeprowadzonych analiz dostarczyły wsparcia dla wszystkich postawionych hipotez, nie są jednak one tak samo mocne w odniesieniu do każdej z nich.

Najmocniej wydaje się potwierdzona hipoteza pierwsza, zgodnie z którą potrzeby epistemiczne okazały się istotnie związane z reakcjami na pandemię. W odniesieniu do PP (H1A) stwierdzono cztery istotne związki. Respondenci uzyskujący wysokie wyniki w KPP istotnie rzadziej się stresowali, kiedy byli w grupie wielu osób, rzadziej wybuch pandemii wpływał na ich zdrowie psychiczne, istotnie też rzadziej w tej grupie diagnozowano koronawirusa. Ten obraz można dopełnić, biorąc również pod uwagę korelacje bliskie istotności (wszystkie ujemne) dotyczące stopnia martwienia się o zachorowanie własne lub bliskich osób, popierania zalecanych przez rząd procedur ochrony przed zachorowaniem (w tym unikania przebywania z innymi osobami). Konsekwentnie świadczą one o niewysokim poczuciu zagrożenia i wskazują one na związek PP ze spokojniejszym przyjmowaniem różnych aspektów życia w pandemii, i to do tego wręcz stopnia, że w niektórych badaniach wykazywano, że zalecane środki bezpieczeństwa czy decyzje rządu ich dotyczące były mniej przez osoby o wysokiej PP akceptowane.

Uzyskany wynik w świetle badań przytoczonych we wcześniejszych partiach tekstu wydaje się logiczny i spójny z dotychczasowymi ustaleniami. Interesujące jest jednak, że poziom PP nie korelował istotnie ani ze spędzaniem czasu na poszukiwaniu online lub w mediach informacji o koronawirusie bądź szczepionkach, ani z zaufaniem do oficjalnych, rządowych informacji dotyczących pandemii. Wynik ten można wyjaśniać, odwołując się do istoty PP, która oznacza dążenie do gromadzenia i pogłębiania wiedzy bez konieczności zewnętrznej motywacji. W wypadku pandemii być może presja sytuacji (a więc zewnętrzny element) powodowała, że czysta radość z poznawania została zakłócona przez instrumentalny charakter poszukiwań, ich zbyt praktyczny cel i charakter. Ponadto osoby skłonne do analitycznego myślenia (a jest ono korelatem PP)

zazwyczaj rzadziej korzystają z mediów, potrafią być sprawne w ocenie wiarygodności przekazu, ale nie mają do niego dużego zaufania (Winter, Krämer, 2012; Turel, 2021). Pozamedialne źródła nie były jednak w pandemii dostępne, kłopot miało z tym nawet środowisko naukowe. Można, jak się wydaje, sądzić też, że przekonanie o braku rzetelnych danych mogło u osób z wysoką PP prowadzić do konstatacji, że póki nie ma dobrych źródeł wiedzy, nie warto się stresować i trzeba spokojnie czekać na rozwój sytuacji, nie zmieniając specjalnie dotychczasowych sposobów życia.

Jeśli spokojne czekanie w nowej i niejednoznacznej sytuacji jest prawdopodobnie możliwe przy wysokiej PP (wszak, by ją zaspokoić, można angażować się i w inne, niezwiązane z COVID-19 czynności poznawcze), to jednak wydaje się niewykonalne w odniesieniu do cechującej się lękiem przed niejednoznacznością PDP. Była to druga z uwzględnionych w badaniu potrzeb epistemicznych, i jak pokazały wyniki, korelowała istotnie aż z siedmioma aspektami życia w pandemii. Im była wyższa, tym bardziej badani odczuwali zagrożenie na myśl o koronawirusie, obawiali się go, martwili się o siebie i swoich bliskich, odczuwali silniejszy stres podczas przebywania w grupie wielu osób, starali się unikać innych ludzi, mocniej odczuwali negatywny wpływ pandemii na zdrowie psychiczne oraz spędzali więcej czasu na poszukiwaniu i poznawaniu wiadomości na temat koronawirusa i szczepionek. Ten układ wyników jest silną przesłanką za przyjęciem hipotezy zakładającej związek PDP z bardziej negatywnymi reakcjami na pandemię (H1B). Odczucia badanych z wysoką PDP wskazywać mogą na prawdopodobieństwo wystąpienia u nich zespołu stresu COVID-19, związanego właśnie m.in. z wysokim poziomem ogólnego lęku czy większym strachem i unikaniem osób, które mogą być zarażone koronawirusem, takich jak pracownicy służby zdrowia (Taylor i in., 2020). Wcześniejsze badania wykazywały też, że wysoka PDP predysponuje ludzi do większej skłonności do ulegania dezinformacji (Polczyk, 2007), co mogło mieć wpływ na większe u nich w czasie pandemii poczucie niepewności i lęk. Z kolei zwiększona ilość czasu spędzanego na użytkowaniu mediów może być zarówno skutkiem, jak i przyczyną tego lęku. Przypuszczalnie ciągle zmieniające się informacje dotyczące COVID-19 i duża

liczba fałszywych informacji nie pozwalała zamknąć etapu chwytania, by następnie zamrozić przyjęte wyjaśnienie. Niewiele też osób – ze względu na nowość zjawiska, zwłaszcza lockdownu – miało już w strukturach swojej wiedzy takie informacje, do których można by się sensownie odwołać, by skrócić cały proces domykania.

Pandemia stanowi też zapewne jedną z takich sytuacji, w których (ze względu na zagrożenie i wagę trafności przyjętego wyjaśnienia) osoby z wysoką PDP, zwykle bardziej skłonne do różnych uproszczeń poznania, dłużej zbierają oraz głębiej i dokładniej przetwarzają informacje (Strojny i in., 2016). Wydłuża to jednak czas doświadczania dyskomfortu, dodatkowo pogłębiając stres. Przeżywany lęk utrudnia też poprawne wnioskowanie i uzyskanie poczucia pewności co do przyjętych opinii czy rozwiązań. Wszystko to może więc uruchamiać i podtrzymywać tendencję do ciągłego sprawdzania sytuacji i szukania w mediach kolejnych informacji, weryfikowania ich, itd. O tym, że takie wyjaśnienie jest prawdopodobne, świadczyć może wynik uzyskany w przywoływanych już w tekście badaniach Arnouta B. Boota i in. (2020), które pokazały, że respondenci o wysokim poziomie PP są bardziej skłonni do angażowania się w działania związane ze zdobywaniem informacji z mediów i przestrzegania zaleceń dotyczących pandemii (a więc odmiennie od niniejszych wyników dotyczących PP), ponadto w miarę rozprzestrzeniania się pandemii znacznie zmieniał się ich poziom i zakres wiedzy o COVID-19. Takie same zachowania prezentowały też osoby z wysoką PDP, które zgodnie z treścią tego konstruktu powinny być bardziej „usztynwione” w pierwotnie przyjętych poglądach i nie modyfikować ich mimo napływu kolejnych informacji. To, że tak się nie dzieje, świadczy o tym, że pozostają wciąż w fazie chwytania, bo póki ona trwa, następuje gromadzenie informacji, porównywanie ich ze wstępnymi interpretacjami i nie dochodzi do zamrożenia, a więc wiedza się jeszcze zmienia i wzrasta.

Kolejną testowaną hipotezą było istnienie związku potrzeb poznawczych ze sposobami radzenia sobie ze stresem w pandemii (H2). Sprawdzono najpierw, jak wyglądały w całej badanej grupie dominujące formy zmagania się ze stresem. Wyniki pokazały, że badani najczęściej akceptują

i przewartościują pozytywnie sytuację, poszukują wsparcia emocjonalnego, planują i sięgają po aktywne radzenie sobie. Odbiega to od wyników badań amerykańskich (Park i in., 2020), w których dominowało odwracanie uwagi i dopiero na kolejnych miejscach znalazło się aktywne radzenie sobie i poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego. Polscy badani, być może ze względu na kulturowo ugruntowany trening w sytuacjach, na które nie ma się wpływu (zabory, wojny, okupacja, komunizm), w większym stopniu skupili się na strategiach powiązanych ze zmianą znaczenia sytuacji, pozwalających chronić zasoby. Badani mogli również zakładać, że niekomfortowy czas pandemii niebawem minie, stąd łatwiej im było akceptować obecną sytuację. Ponadto silniejsze niż w USA przywiązanie do rodzin i odmienne spojrzenie na konflikt praca–rodzina (Tomkiewicz, Popławska, 1997; Shockley i in., 2017) mogło powodować, że w początkowych fazach pandemii traktowano często przymusowe zamknięcie jako dodatkowe wakacje, czas dla bliskich czy okazję do nadrobienia różnych remontowych zaległości. Konieczność pozostawania w domach mogła więc być odbierana jako pewien bonus, a więc sytuacja ulegała przewartościowaniu.

Analizowano również powiązania między potrzebami epistemicznymi a sposobami radzenia sobie ze stresem w pandemii. Zakładano, że powinny wystąpić, ale że będą nieliczne. Rzeczywiście odnotowano tylko po jednej istotnej (i w obu wypadkach ujemnej) korelacji dla każdej z potrzeb poznawczych, zatem hipoteza H2 znalazła raczej słabe potwierdzenie w uzyskanych wynikach. Okazało się, że silniejsza PP wiązała się z rzadszym poszukiwaniem oparcia w religii. Biorąc pod uwagę nieimponującą liczebność próby, warto także odnotować, że bliskie istotności poziomy (również o ujemnym kierunku) miały korelacje PP z zaprzestaniem działań. Wydaje się, że niewielką liczbę istotnych związków PP ze sposobami radzenia sobie ze stresem pandemii (co jednak wspiera, choć słabo, hipotezę H2A), można wyjaśnić niedużym u osób o wysokim jej poziomie poczuciu zagrożenia, na co wskazują ich wyniki w narzędziu mierzącym zachowania w pandemii. W tym stanie mogli swobodniej sięgać do większej liczby strategii, bez skupiania się na kilku najlepiej redukujących stres,

gdyż nie był on tak dojmujący, by koniecznie go zmniejszać. Ponadto z działaniem potrzeby związana jest większa elastyczność nieograniczająca się prawdopodobnie tylko do myślenia. Generalnie jednak wysoka PP jest powiązana z lepszą samokontrolą i orientacją na działanie (Grass i in., 2019), zatem powinny pojawić się i inne istotne związki z różnymi formami radzenia sobie, choćby negatywne z innymi jeszcze emocjonalnymi strategiami (H2B). To, że nie wystąpiły, być może jest po części efektem zastosowanej w wykorzystanym do ich pomiaru narzędziu typologii, krytykowanej czasem za nieuwzględnienie wielu innych form radzenia sobie (Łosiak, 2008; Stanisławski, 2019), a po części z w ogóle niezbyt wysokim poziomem tej potrzeby w badanej próbie. Problem związków PP z reakcjami na stres niewątpliwie wymaga jednak bardziej szczegółowych badań.

Odnosnie do PDP stwierdzono, że im bardziej była ona nasiloną, tym bardziej badani próbowali aktywnie sobie radzić ze stresem w pandemii. Poziomy niedalekie od istotności odnotowano też dla związków (obu dodatnich – w przeciwieństwie do PP, z którymi korelowały ujemnie) PDP z poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i ze zwrotem ku religii.

Preferencja dla aktywnego radzenia sobie w sytuacji stresu u osób z wysoką PDP (a więc mniej proaktywnych niż osoby z wysoką PP) wydaje się zaskakująca, zwłaszcza w kontekście danych z innych badań, mówiących o ich podatności na teorie spiskowe i wierze w fałszywe informacje, jednak jeśli przyjąć, że potraktowali oni sytuację jako czasową, a znajdowali się w trybie chwytania, aktywnym ze swej natury, wówczas brak logiki tego wyniku staje się pozorny. W całej badanej próbie dominującym sposobem radzenia sobie ze stresem była akceptacja, a zważywszy, że w badaniu Ankicy Kosic i in. (2004) stwierdzono, że osoby charakteryzujące się wysoką PDP odporne na zmiany w swoich relacjach społecznych były skłonne w niekomfortowych warunkach do akceptacji sytuacji oraz modyfikacji relacji pod warunkiem, że zmiany te były czasowe i w perspektywie prowadziły do domknięcia w nowych relacjach, to być może ta sama reguła działa także w odniesieniu do aktywnego działania w sytuacji stresu. Również wysoka niepewność w pandemii i konieczność jej redukcji

mogła u osób z wysoką PDP stymulować większą aktywność nie tylko poznawczą, ale i rozciągającą się na poszukiwanie i wdrażanie działań zmieniających sytuację stresową. Wśród badanych przeważali jednak pracownicy branży medycznej, którzy niezależnie od pragnienia domknięcia, będąc w pandemii niejako na „pierwszej linii frontu”, mogli mieć po prostu poczucie, że należy działać. Wynik może więc być specyficzny dla tej próby, co jest o tyle możliwe, że stwierdzona w niniejszym badaniu zależność stoi w sprzeczności z wynikami badań przeprowadzonych m.in. w USA i Kanadzie, w których stwierdzono, że nasilenie zespołu stresu COVID-19 (a jak już wspomniano, reakcje na pandemię osób z wysoką PDP są bliskie temu syndromowi) było związane z nadużywaniem narkotyków i alkoholu jako strategiami radzenia sobie (Taylor i in., 2020). Na ogół też w badaniach wykazywano, że im bardziej nasilony poziom stresu, tym rzadsze radzenie sobie z nim polegające na aktywności (Wojcieszek i in., 2017) lub że nieadaptacyjne strategie nasilają poziom odczuwanego stresu (Park i in., 2001), co też potwierdziło się w nowych badaniach z okresu pandemii (Ye i in., 2020). Wśród uczestników badań własnych znalazły się natomiast osoby o wysokiej PDP mające i wysokie poczucie zagrożenia (a więc zapewne i wysoki poziom stresu), i stosujące strategie adaptacyjne, co zdaje się sugerować specyfikę działania tej potrzeby, i to działania konstruktywnego w szczególnych sytuacjach. Czy jest to jednak efekt związany z próbą badawczą, czy z samą PDP, nie sposób na podstawie zebranych danych rozstrzygnąć.

Patrząc na całość zaprezentowanych tu badań, zauważalne jest, że wykazały one więcej zależności, choć nie zawsze takich, jak się spodziewano, dla PDP niż dla PP. Wydaje się to zgodne z uwagami Kossowskiej (2009) o odmienności PP od innych wymiarów motywacji epistemicznej. Jest ona mniej nastawiona na konkretny cel i mniej podatna na różne czynniki sytuacyjne. Te zaś w pandemii miały szczególną siłę, być może więc presja sytuacji jest odpowiedzialna za niektóre stwierdzone w prezentowanym tu badaniu nietypowe dla badanych potrzeb korelaty.

Potrzeba domknięcia poznawczego i potrzeba poznania są odmiennymi wymiarami motywacji epistemicznej, wchodzą w inne związki

z różnymi zmiennymi, jeśli więc jedna z potrzeb koreluje z czymś ujemnie, nie oznacza to, że druga będzie korelować dodatnio, choć czasem może się tak zdarzyć. W badaniu okazało się, że PP i PDP istotnie ujemnie korelują ze sobą (potwierdzając tym samym hipotezę H3), co jest zgodne z wynikami poprzednich badań (Kosic i in., 2004) wskazujących, iż osoby, które posiadają już pewną uproszczoną wiedzę i przekonania dające poczucie jednoznaczności i uporządkowania, są odporne na zmianę, a przez to nie są zmotywowane do głębszego analizowania i szukania informacji (tak jak osoby z silną PP). Należy zwrócić uwagę, że w przeprowadzonym badaniu własnym w zakresie PDP badani uzyskiwali wysokie wyniki w podskali nietolerancji wieloznaczności i w preferowaniu przewidywalności, a niższe w zamkniętości umysłowej i zdecydowaniu, co może świadczyć właśnie o utrzymującym się dłużej dyskomforcie związanym z otrzymywaniem kolejnych niespójnych i niepełnych informacji (i jest kolejnym argumentem, że w pandemii nie następowało szybkie zamrażanie informacji w swoich strukturach wiedzy). Z tego względu ich zaangażowanie w poszukiwanie innej wiedzy było małe.

Podsumowując przeprowadzone badania trzeba zaznaczyć, że liczba osób uczestniczących w badaniu była niewielka w stosunku do globalnego wymiaru pandemii. Trudno zatem na podstawie ich wyników w sposób pewny wnioskować o specyfice ujawnionych w pandemii zależności między badanymi zmiennymi. Autorzy niniejszego artykułu nie dysponują też próbką od niej „wolną”, aby porównać wyniki. Ponadto ograniczenie stanowi tu mała heterogeniczność badanej grupy, gdyż większość badanych stanowiły kobiety oraz osoby ze środowiska medycznego. Wyniki mogą być wobec tego charakterystyczne tylko dla tej próby. Na przykład poszukiwanie większej i rzetelniejszej liczby informacji o koronawirusie mogło mieć dla tej grupy mniejsze znaczenie, gdyż osoby te przez swój związek z branżą medyczną mogą mieć poczucie, że będąc na jednej z „pierwszych linii frontu”, posiadają wystarczającą wiedzę na temat panującej sytuacji. Jak wspomniano wcześniej, osoby o wysokiej PDP potrafiły szukać skrupulatniej informacji na dany temat, o ile nie miały żadnych wcześniejszych przesłanek i wiedzy o danym temacie czy podstaw

do sformułowania jakichś poglądów lub sądów, np. nie poszukiwały informacji przed zakupem tylko wtedy, kiedy miały wyrobione zdanie lub spotkały się z danym produktem lub marką wcześniej, a jeśli postawiono je przed wyborem między dwoma nieznanymi markami, badani poszukiwali nawet większej liczby informacji przed podjęciem decyzji (przegląd badań w: Strojny i in., 2016)

Ponadto kolejnym czynnikiem zwiększającym np. poziom nietolerancji wieloznaczności w skali PDP mógł być wiek badanych, gdyż duża grupa ankietowanych osób to ludzie w wieku średnim (w pierwszej fazie pandemii bardziej narażeni na zachorowanie), co też mogło budzić w nich większy niepokój, który z kolei mógł utrudniać radzenie sobie z niejasną sytuacją.

Badanie to mogłoby wnieść więcej w zasoby wiedzy na temat poznawczych aspektów radzenia sobie z pandemią, gdyby zostało przeprowadzone w co najmniej dwóch etapach, tj. na początku pandemii w 2020 r. oraz po upływie kilkunastu miesięcy. Być może udałoby się uchwycić dynamikę badanych zmiennych i ich relacji. np. wyższe wyniki badani może uzyskaliby w KPP, jako wskaźniku pokazującym motywację poznawczą do zdobycia informacji na temat nowej sytuacji, ale już bez tak silnej presji sytuacyjnej jak w początkowych fazach pandemii i przy pojawieniu się bardziej rzetelnych źródeł informacji niż media. Wtedy wyniki można byłoby w większym stopniu porównywać do badania Boota i in. (2021) przeprowadzonego właśnie w dwóch falach (marzec 2020 i lipiec 2020), co pozwoliło ocenić m.in. zmiany w wiedzy na temat COVID-19. Warto także, choć wymaga to już większej próby, wziąć w analizach pod uwagę również wiek, płeć badanych oraz to, czy mają pod opieką jakieś zależne od nich osoby, bo te czynniki okazały się ważnymi moderatorami reakcji na stres pandemii w amerykańskich próbach badawczych (Park i in., 2020).

Pewnym ograniczeniem badania jest również to, że administrując je online, z konieczności traci się ścisłą kontrolę nad jego przebiegiem, co może wprowadzić potencjalnie mylące zmienne, np. jest niemożliwe do ustalenia, czy każdy badany w pełni uczestniczy w badaniu, czy jest sam, czy w swoim środowisku domowym może w spokoju i bez zbędnych dystraktorów odpowiadać na pytania kwestionariuszowe.

Pomimo pewnych ograniczeń przeprowadzone badanie zdaje się uzupełniać w pewnym stopniu dotychczasową wiedzę o sytuacyjnych warunkowaniach działania potrzeb poznawczych, a w każdym razie pokazuje tropy, które warto w tym obszarze jeszcze eksplorować badawczo.

Obserwując sytuację na arenie politycznej i sprzeczne informacje podawane w środkach masowego przekazu, można było przypuszczać, że większość ludzi będzie zmotywowanych do poszukiwania odpowiedzi na pytania dotyczące sensu nowych restrykcji czy prawdziwości przedstawianych w statystykach danych na temat zachorowań, zgonów czy skuteczności szczepień. Paradoksalnie, i w pewien sposób wbrew dotychczasowej wiedzy, okazało się, że robią to głównie ludzie z wysoką PDP, oni też wydają się bardziej zaniepokojeni sytuacją niż osoby o wysokiej PP. Choć w niniejszym badaniu nie uzyskano jednoznacznej odpowiedzi, dlaczego się tak dzieje, to jednak wynika z niego, że mimo niepewności i strachu, które niesie ze sobą pandemia, osoby badane radziły sobie ze stresem aktywnie, sięgając raczej po konstruktywne sposoby działania i myślenia (np. przewartościowanie).

Bibliografia

- Boot A.B., Eerland A., Jongerling J., Verkoeijen P.P., Zwaan R.A. (2021), *Gathering, processing, and interpreting information about COVID-19*, „Scientific Reports”, Vol. 11, Issue 1, s. 1–17, <https://doi.org/10.1038/s41598-021-86088-3>.
- Brennen J.S., Simon F., Howard P.N., Nielsen R.K. (2020), *Types, sources, and claims of COVID-19 misinformation*, <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/types-sources-and-claims-covid-19-misinformation>.
- Cacioppo J.T., Petty R.E. (1982), *The need for cognition*, „Journal of Personality and Social Psychology”, Vol. 42, No. 1, s. 116–131, <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.116>.
- Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. (1989), *Assessing coping strategies: a theoretically based approach*, „Journal of Personality and Social Psychology”, Vol. 56, No. 2, s. 267–283, <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>.
- Chen S.X., Ng J.C.K., Hui B.P.H., Au A.K.Y., Wu W.C.H., Lam B.C.P., Mak W.W.S., Liu J.H. (2021), *Dual impacts of coronavirus anxiety on mental health in 35 societies*, „Scientific Reports”, Vol. 11, Issue 1, s. 1–11, <https://doi.org/10.1038/s41598-021-87771-1>.

- Cohen A.R., Stotland E., Wolfe D.M. (1955), *An experimental investigation of need for cognition*, „Journal of Abnormal and Social Psychology”, Vol. 51, No. 2, s. 291–294, <https://doi.org/10.1037/h0042761>.
- Conway III L.G., Shailee R.W., Zubrod A. (2020), *Social psychological measurements of COVID-19: Coronavirus perceived threat, government response, impacts, and experiences questionnaires*, <https://doi.org/10.31234/osf.io/z2x9a>.
- Cooke J.E., Eirich R., Racine N., Madigan S. (2020), *Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis*, „Psychiatry Research”, Vol. 292, 113347, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113347>.
- Eden A.L., Johnson B.K., Reinecke L., Grady S.M. (2020), *Media for coping during COVID-19 social distancing: Stress, anxiety, and psychological well-being*, „Frontiers in Psychology”, Vol. 11, 577639, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.577639>.
- Fiorenzato E., Zabberoni S., Costa A., Cona G. (2021), *Cognitive and mental health changes and their vulnerability factors related to COVID-19 lockdown in Italy*, „PLoS ONE”, Vol. 16, Issue 1, s. 1–25, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246204>.
- Folkman S. (2011), *Stress, health, and coping: Synthesis, commentary, and future directions*, [w:] S. Folkman (ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping*, Oxford University Press, New York, s. 453–462.
- Ford T.E., Kruglanski A.W. (1995), *Effects of epistemic motivations on the use of accessible constructs in social judgment*, „Personality and Social Psychology Bulletin”, Vol. 21, No. 9, s. 950–962, <https://doi.org/10.1177/0146167295219009>.
- Frenkel S., Alba D., Zhong R. (2020), *Surge of virus misinformation stumps Facebook and Twitter*, „The New York Times”, www.nytimes.com/2020/03/08/technology/coronavirus-misinformation-social-media.htm [dostęp: 15.03.2021, link obecnie nieaktywny].
- Gallotti R., Valle F., Castaldo N., Sacco P., de Domenico M. (2020), *Assessing the risks of „infodemics” in response to COVID-19 epidemics*, „Nature Human Behaviour”, Vol. 4, Issue 12, s. 1285–1293, <https://doi.org/10.1038/s41562-020-00994-6>.
- Grass J., Krieger F., Paulus P., Greiff S., Strobel A., Strobel A. (2019), *Thinking in action: Need for cognition predicts self-control together with action orientation*, „PLoS ONE”, Vol. 14, No. 8, e0220282, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220282>.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009), *Inwentarz do Pomiaru Radzenie Sobie ze Stresem – MINI-COPE*, [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*, Pracowania Testów Psychologicznych, Warszawa, s. 45–58.
- Kosic A., Kruglanski A.W., Pierro A., Mannetti L. (2004), *The social cognition of immigrants’ acculturation: Effects of the need for closure and the reference*

- group at entry, „Journal of Personality and Social Psychology”, Vol. 86, No. 6, s. 796–813, <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.6.796>.
- Kossowska M. (2005), *Umysł niezmienny... Poznawcze mechanizmy sztywności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Kossowska M. (2007), *Motivation towards closure and cognitive processes: An individual differences approach*, „Personality and Individual Differences”, Vol. 43, No. 8, s. 2149–2158, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.06.027>.
- Kossowska M. (2009), *Nowe poznawcze wymiary osobowości a społeczne poznanie i działanie*, [w:] M. Kossowska, M. Kofta (red.), *Psychologia poznania społecznego*, WN PWN, Warszawa, s. 225–244.
- Kossowska M., Bukowski M. (2015), *Motivated roots of conspiracies: the role of certainty and control motives in conspiracy thinking*, [w:] M. Bilewicz, A. Cichocka, W. Soral (red.), *The psychology of conspiracy: A festschrift for Mirosław Kofta*, Routledge, Taylor & Francis Group, Hove–New York, s. 145–161.
- Kossowska M., Hanusz K., Trejtowicz M. (2012), *Skrócona wersja Skali Potrzeby Poznawczego Domknięcia. Dobór pozycji i walidacja skali*, „Psychologia Społeczna”, t. 7, nr 1, s. 89–99.
- Kruglanski A.W., Webster D.M., Klem A. (1993), *Motivated resistance and openness to persuasion in the presence or absence of prior information*, „Journal of Personality and Social Psychology”, Vol. 65, No. 5, s. 861–876, <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.5.861>.
- Lachlan K.A., Hutter E., Gilbert C., Spence P.R. (2021), *From what I've heard, this is bad: An examination of Americans' source preferences and information seeking during the COVID-19 pandemic*, „Progress in Disaster Science”, Vol. 9, No. 4, 100145, s. 1–7, <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2021.100145>.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*, Springer Verlag, New York.
- Leibovitz T., Shamblaw A.L., Rumas R., Best M.W. (2021), *COVID-19 conspiracy beliefs: Relations with anxiety, quality of life, and schemas*, „Personality and Individual Differences”, Vol. 175, 110704, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110704>.
- Łosiak W. (2008), *Psychologia stresu*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Matusz P.J., Traczyk J., Gąsiorowska A. (2011), *Kwestionariusz Potrzeby Poznania – konstrukcja i weryfikacja empiryczna narzędzia mierzącego motywację poznawczą*, „Psychologia Społeczna”, t. 6, nr 2, s. 113–128.
- Meyer M., Alfano M., Bruin B. (2021), *Epistemic vice predicts acceptance of Covid-19 misinformation*, „Episteme”, s. 1–22, <https://doi.org/10.1017/epi.2021.18>.
- Oh Y., Park S., Ye J.C. (2020), *Deep learning COVID-19 features on CXR using limited training data sets*, „IEEE Transactions on Medical Imaging”, Vol. 39, No. 8, s. 2688–2700, <https://doi.org/10.1109/TMI.2020.2993291>.

- Park C.L., Folkman S., Bostrom A. (2001), *Appraisals of controllability and coping in caregivers and HIV+ men: Testing the goodness-of-fit hypothesis*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, Vol. 69, No. 3, s. 481–488, <https://doi.org/10.1037//0022-006X.69.3.481>.
- Park C.L., Russell B.S., Fendrich M., Finkelstein-Fox L., Hutchison M., Becker J. (2020), *Americans' COVID-19 stress, coping, and adherence to CDC guidelines*, „Journal of General Internal Medicine”, Vol. 35, Issue 8, s. 2296–2303, <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05898-9>.
- Petty R.E., Briñol P., Loersch C., McCaslin M. (2009), *The need for cognition*, [w:] M.R. Leary, R.H. Hoyle (eds), *Handbook of individual differences in social behavior*, Guilford Press, New York, s. 318–329.
- Pennycook G., McPhetres J., Zhang Y., Lu J.G., Rand D.G. (2020), *Fighting COVID-19 misinformation on social media: Experimental evidence for a scalable accuracy-nudge intervention*, „Psychological Science”, Vol. 31, No. 7, s. 770–780, <https://doi.org/10.1177/0956797620939054>.
- Pereira P.S., Silveira A.D.S., Pereira A. (2020), *Disinformation and conspiracy theories in the age of COVID-19*, „Frontiers in Sociology”, Vol. 5, 560681, <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.560681>.
- Pisl V., Volavka J., Chvojková E., Čechová K., Kavalířová G., Vevera J. (2021), *Dissociation, cognitive reflection and health literacy have a modest effect on belief in conspiracy theories about COVID-19*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, Vol. 18, Issue 10, <https://doi.org/10.3390/ijerph18105065>.
- Polczyk R. (2007), *Mechanizmy efektu dezinformacji w kontekście zeznań świadka naocznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Salvi C., Iannello P., Cancer A., McClay M., Rago S., Dunsmoor J.E., Antonietti A. (2021), *Going viral: How fear, socio-cognitive polarization and problem-solving influence fake news detection and proliferation during COVID-19 pandemic*, „Frontiers in Communication”, 5, 562588, <https://doi.org/10.3389/fcomm.2020.562588>.
- Satici B., Saricali M., Satici S.A., Griffiths M.D. (2020), *Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: Serial mediation by rumination and fear of COVID-19*, „International Journal of Mental Health and Addiction”, 15.05.2020, <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00305-0>.
- Shockley K.M., Douek J., Smith C.R., Peter P.Y., Dumani S., French K.A. (2017), *Cross-cultural work and family research: A review of the literature*, „Journal of Vocational Behavior”, Vol. 101, s. 1–20, <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2017.04.001>.
- Stanisławski K. (2019), *The coping circumplex model: An integrative model of the structure of coping with stress*, „Frontiers in Psychology”, 10, 694, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00694>.

- Stanley M.L., Barr N., Peters K., Seli P. (2021), *Analytic-thinking predicts hoax beliefs and helping behaviors in response to the COVID-19 pandemic*, „Thinking & Reasoning”, Vol. 27, Issue 3, s. 464–477, <https://doi.org/10.1080/13546783.2020.1813806>.
- Strojny P., Kossowska M., Strojny A. (2016), *Kiedy potrzeba domknięcia sprzyja złożonemu poznaniu*, „Roczniki Psychologiczne”, t. 19, nr 1, s. 9–42, <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18290/rpsych.2016.19.1-1pl>.
- Su Y., Lee D.K.L., Xiao X., Li W., Shu W. (2021), *Who endorses conspiracy theories? A moderated mediation model of Chinese and international social media use, media skepticism, need for cognition, and COVID-19 conspiracy theory endorsement in China*, „Computers in Human Behavior”, Vol. 120, 106760, <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106760>.
- Swami V., Barron D. (2020), *Rational thinking style, rejection of coronavirus (COVID-19) conspiracy theories/theorists, and compliance with mandated requirements: Direct and indirect relationships in a nationally representative sample of adults from the United Kingdom*, „Journal of Pacific Rim Psychology”, Vol. 15, s. 1–11, <https://doi.org/10.31219/osf.io/nmx9w?>.
- Taylor S. (2021), *COVID Stress syndrome: clinical and nosological considerations*, „Current Psychiatry Reports”, Vol. 23, Issue 4, Article 19, <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01226-y>.
- Taylor S., Landry C.A., Paluszek M.M., Fergus T.A., McKay D., Asmundson G.J.G. (2020), *COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates*, „Depression and Anxiety”, Vol. 37, No. 8, s. 706–714, <https://doi.org/10.1002/da.23071>.
- Terelak J.F. (2017), *Stres życia. Perspektywa psychologiczna*, WN UKSW, Warszawa.
- Tomkiewicz A., Popławska E. (1997), *Postawy wartościujące studentów polskich i amerykańskich (na przykładzie Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego i Franciszkańskiego Uniwersytetu ze Steubenville – USA)*, „Roczniki Nauk Społecznych”, t. 25, nr 2, s. 45–66.
- Turel O. (2021), *Agency over social media use can be enhanced through brief abstinence, but only in users with high cognitive reflection tendencies*, „Computers in Human Behavior”, Vol. 115, 106590, <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106590>.
- Vahia V.N., Shah A.B. (2020), *COVID-19 pandemic and mental health care of older adults in India*, „International Psychogeriatrics” Vol. 32, Issue 10, s. 1125–1127, <https://doi.org/10.1017/S1041610220001441>.
- Webster D.M., Kruglanski A.W. (1997), *Cognitive and social consequences of the need for cognitive closure*, „European Review of Social Psychology”, Vol. 8, No. 1, s. 133–173, <https://doi.org/10.1080/14792779643000100>.
- Williamson V., Murphy D., Greenberg N. (2020), *COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers*, „Occupational Medicine”, Vol. 70, No. 5, s. 317–319, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa05>.

- Winter S., Krämer N.C. (2012), *Selecting science information in Web 2.0: How source cues, message sidedness, and need for cognition influence user' exposure to blog posts*, „Journal of Computer-Mediated Communication”, Vol. 18, No. 1, s. 80–96, <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2012.01596.x>.
- Wojcieszek A., Kurowska A., Majda A. (2017), *Poczucie własnej skuteczności oraz satysfakcji z życia w grupie małopolskich funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 25, nr 1, s. 56–61, <https://doi.org/10.5603/PP.2017.0009>.
- World Health Organization (2020), *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020*, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19-11-march-2020> [dostęp: 11.04.2020].
- Xu P., Cheng J. (2021), *Individual differences in social distancing and mask-wearing in the pandemic of COVID-19: The role of need for cognition, self-control and risk attitude*, „Personality and Individual Differences”, Vol. 175, 110706, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110706>.
- Ye Z., Yang X., Zeng C., Wang Y., Shen Z., Li X., Lin D. (2020), *Resilience, social support, and coping as mediators between COVID-19-related stressful experiences and acute stress disorder among college students in China*, „Applied Psychology: Health and Well-Being”, Vol. 12, No. 4, s. 1074–1094, <https://doi.org/10.1111/aphw.1221>.
- Zerna J., Strobel A., Strobel A. (2021), *The role of Need for Cognition in wellbeing – A review of associations and potential underlying mechanisms*, <https://doi.org/10.31234/osf.io/p6gwh>.

Maria Borczykowska-Rzepka

Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego /
Faculty of Psychology, Pedagogy and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland
ORCID: 0000-0002-8915-0042

PSYCHOLOGIA A DOBROSTAN SPOŁECZNY W DOBIE POSTĘPU CYWILIZACYJNEGO

Psychology and social well-being in the age of the progress of civilization

Streszczenie

Analiza funkcjonowania współczesnego człowieka pokazuje, że zмага się on z coraz większymi trudnościami w nadążaniu za nieustannie rosnącymi wymaganiami otaczającej go rzeczywistości. Wyścig ten często kończy się przegraną człowieka w sytuacji konfrontacji z własnymi umiejętnościami i kompetencjami. Wspomniana przegrana może niepokoić, gdyż nader często staje się przyczyną poważnych problemów społecznych i zdrowotnych. Artykuł przybliży zagrożenia, jakie czyhają na człowieka, (ze szczególnym uwzględnieniem okresu dzieciństwa i dorastania), we współczesnym świecie, w którym nowoczesne technologie mające w założeniu służyć człowiekowi i dbać o jego dobrostan psychiczny zbyt często obracają się przeciw niemu. Analizując, z konieczności pobieżnie, główne problemy absorbujące uwagę społeczeństwa, w tym problem samotności, niepełnosprawności czy psychospołecznego funkcjonowania człowieka w dobie pandemii, autorka stara się ukazać rolę jaką odgrywa psychologia, szczególnie stosowana, w każdej sferze dobrostanu społecznego, dostarczając podstaw do lepszego zrozumienia ludzi i ich problemów.

Słowa kluczowe: psychologia, psychologia stosowana, dobrostan psychiczny, postęp cywilizacyjny, wiedza społecznie responsywna, zagrożenia

Abstract

The analysis of how contemporary human beings function demonstrates that it is becoming increasingly difficult for them to keep pace with endlessly rising demands of the surrounding reality. This struggle frequently results in a failure when people are forced to confront their own capabilities and competences. The failure might be the area of concern as it frequently leads to serious social and health issues. The author of this paper outlines the threats that people have to face (particularly during childhood and adolescence) in the modern world, in which the latest technologies created to facilitate human life and enhance well-being too easily turn against their users. Outlining the major problems that draw social attention, including loneliness, disability and human psychosocial functioning during the pandemic, the author strives to determine the role of psychology, especially applied psychology, in each sphere of social well-being, providing the basis for a better understanding of people and their problems.

Key words: psychology, applied psychology, psychological well-being, progress of civilisation, socially responsive knowledge, threats

Wprowadzenie

Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie szerokiego spektrum rozważań pedagogiczno-socjologicznych i psychologicznych analizujących zjawisko „zderzenia cywilizacyjnego”, „którego przejawem są coraz liczniejsze problemy społeczne, zdrowotne, dysproporcje, napięcia, stresy i urazy psychiczne” (Jędrzejko, Malinowski, 2014, s. 15). Analizowane zjawisko opisywane jako akt czy proces, z założenia niosące destrukcję i poważne konsekwencje społeczne i zdrowotne, wydaje się wciąż niewystarczająco poznane, co utrudnia podejmowanie efektywnych działań umożliwiających jak najpełniejsze korzystanie z dóbr i rozwiązań jakie niesie postęp technologiczny, nie zaburzając ludzkiej homeostazy.

Truizmem stało się stwierdzenie, że współczesny świat cechują dynamiczne zmiany obserwowane we wszystkich przejawach funkcjonowania człowieka. Jak podkreślają Mariusz Jędrzejko i Jan A. Malinowski (2014), procesom o zasięgu globalnym towarzyszą zjawiska rozwijające się niezależnie od kultury czy systemów państwowych, takie jak: cyfryzacja, migracja ekonomiczna czy nowe, coraz groźniejsze w skutkach uzależnienia. Tej mnogości zmian w otaczającym człowieka świecie towarzyszy

świadomość, że dokonały się one w większości w perspektywie zaledwie jednego pokolenia. Coraz trudniejsze staje się rozeznanie między czysto subiektywnie odczuwanymi potrzebami a potrzebami ważnymi obiektywnie. Zachowanie umiejętności różnicowania tych dwóch rodzajów potrzeb staje się szczególnie istotne w świetle wiedzy podkreślającej, że te pierwsze uznawane są za zagrażające dla rodzaju ludzkiego, a drugie zgadzają się z wymaganiami natury.

Człowiek wobec wyzwań cywilizacji

Analiza funkcjonowania współczesnego człowieka pokazuje, że ma on coraz większe trudności w nadążaniu za nieustannie rosnącymi wymaganiami otaczającej go rzeczywistości. Niestety, jak podkreślają cytowani wyżej Jędrzejko i Malinowski, wyścig ten często kończy się przegraną człowieka, gdyż w dobie współczesnej „ma [on – dop. autorki] wielki problem z ogarnięciem rosnących możliwości w zderzeniu z jego własnymi możliwościami” (2014, s. 14). Wspomniana przegrana może niepokoić, gdyż nader często staje się przyczyną poważnych problemów społecznych i zdrowotnych.

Innym niebezpiecznym dla człowieka znakiem czasu staje się wręcz „lawninowy” rozwój „-izmów”, wśród których prym wiodą nowe uzależnienia, takie jak pracoholizm czy cyberholizm, stanowiące ucieczkę człowieka od przeżywanych napięć emocjonalnych, korozyjnego (codziennego) stresu i lęku jakiego doświadcza jednostka w pogoni za mirażami roztaczanymi przez współczesny świat (Jędrzejko, Malinowski, 2014, s. 14). Analiza charakteru cywilizacji współczesnej pokazuje, że człowiek popada coraz częściej w konflikty nie tylko z samym sobą, lecz także z otaczającymi go ludźmi.

Kolejnym niepokojącym zjawiskiem stanowiącym jednocześnie cenę za dobrodziejstwa postępu cywilizacyjnego, jak podkreśla Edyta Kędra (2010), jest stały wzrost liczby zachowań dewiacyjnych. Głębszej refleksji wymaga fakt, że nowoczesne technologie mające w założeniu służyć człowiekowi zbyt często obracają się przeciw niemu (Sagan, 2020).

Egzemplifikację powyższego zagrożenia może stanowić uzależnienie od Internetu, który z jednej strony jest bogatym źródłem wiedzy, z drugiej zaś może prowadzić do niebezpiecznych cybernadużyć. Jak podkreśla Izabela Bielecka-Palenga (2018, s. 29–31), już dzieci przedszkolne, oprócz umiejętności pisania i czytania, nabywają umiejętność korzystania z Internetu i komputera. Jak wynika z badań prowadzonych przez Marię Kiełlar-Turską (2009) obecnie dla dzieci komputer jest po prostu naturalnym elementem otaczającego je świata. Znaczna część młodzieży, stanowiąca współcześnie najliczniejszą grupę użytkowników, określa swą tożsamość poprzez stwierdzenie „czego nie ma w sieci, to nie istnieje” (Bielecka-Palenga, 2018, s. 30). Świat wirtualny dla dzieci i młodzieży stanowi coraz częściej niezastąpione i wiarygodne źródło wiedzy, przybierając postać specyficznego procesu edukacji, za który nikt nie bierze pełnej odpowiedzialności i w którym każda jednostka edukowana może zbyt łatwo stać się edukatorem. Słusznie niepokoi również fakt, że nie wszyscy edukatorzy, w tym sami rodzice, dysponują wystarczającą i obiektywną wiedzą dotyczącą wpływu wielogodzinnego korzystania z Internetu na Ja realne młodej jednostki i kształtowanie się u niej, jak podkreśla Bielecka-Palenga, „mrocznej strony e- osobowości”, którą cechuje „wylbrzymione poczucie własnych możliwości, skłonność do impulsywnego zachowania oraz tendencje do regresji stanów dziecięcych” (2018, s. 31). Pod wpływem wspomnianej edukacji młode pokolenie wypracowuje nowe zasady etyczno-moralne, którymi zaczyna się kierować w funkcjonowaniu społecznym. Jednak największe zagrożenie tkwi w tym, że nader często wykreowana pod wpływem Internetu nowa tożsamość staje się dla młodej jednostki atrakcyjniejsza od tej istniejącej „w realu”. Wyniki nielicznych prowadzonych w tym zakresie badań (Bielecka-Palenga, 2018, s. 31; Sagan, 2020) dobitnie podkreślają, że fascynacja nową tożsamością może prowadzić do stopniowej utraty kontaktu z rzeczywistością i zastąpienia jej cyberprzestrzenią oferującą pokoleniu ery cyfrowej złudne poczucie wolności. Ułuda ta, tak charakterystyczna dla E-generacji, najczęściej wiąże się z brakiem odpowiedzialności za słowa i przekonaniem o własnej bezkarności (Bielecka-Palenga, 2018, s. 31). O uzależnieniu od cyberprzestrzeni mówi

się i pisze coraz częściej w odniesieniu do dzieci i dorastających korzystających z tzw. nowej fazy rozwoju Internetu, która rozpoczęła się w 2001 r. Siłę wpływu sieci na tworzenie się nowej hierarchii wartości i na relacje interpersonalne przybliżają ogólnoświatowe wyniki badań, które pokazują, że ponad 60% badanych stwierdza, że poświęca tyle samo lub nawet więcej czasu na nawiązywanie relacji towarzyskich w Internecie co w realnej rzeczywistości (Stępnia, 2018).

Warto w tym miejscu przytoczyć kolejne wyniki badań przeprowadzonych w 2010 r. przez Kaiser Family Foundation, które dobitnie pokazują, że większość badanych dzieci poświęca dziennie ponad siedem i pół godziny na gry wideo, portale społecznościowe i telewizję. Podobne wyniki uzyskała cytowana już Karolina Sagan (2020). Zwracają one uwagę na fakt, że na surfowanie w Internecie ponad 8% dorastających przeznaczają więcej niż cztery godziny dziennie, często kosztem snu i odczuwanego przewlekłego zmęczenia. Permanentny brak snu z pewnością odbija się na kondycji psychofizycznej dziecka lub dorastającego, a w dalszej kolejności na osiągnięciach szkolnych i dobrostanie psychicznym. Ciekawym i wartym podkreślenia jest fakt, że wykształcenie rodziców stanowi istotny czynnik związany z liczbą godzin poświęcanych dziennie przez dzieci na korzystanie z szerokiej gamy multimediiów. Jak pokazuje wspomniane doniesienie Sagan, im wyższe wykształcenie rodziców, tym mniej czasu dzieci poświęcają w ciągu dnia na gry komputerowe. W świetle badań ukazujących wpływ gier na społeczne i emocjonalne funkcjonowanie dziecka powyższa informacja wydaje się istotna i cenna wychowawczo.

E-generacja w sieci – nowy wymiar życia

Jak już wspomniano, skutki przemian cywilizacyjnych dotyczące znacznej części społeczeństwa znajdują swe odzwierciedlenia w szerokiej gamie zachowań szkodliwych dla zdrowia, takich jak: uzależnienie od papierosów, alkoholu, leków czy środków psychoaktywnych. Należy podkreślić, że wyniki prowadzonych badań dobitnie pokazują, „iż skutki zachowań szkodliwych zdrowotnie, powstałe w wyniku przemian cywilizacyjnych

i zmian stylu życia dotyczą całego społeczeństwa. Jednak koszty rozwoju cywilizacji w szczególności ponoszą dzieci i to zarówno w sferze rozwoju psychicznego, motorycznego jak i społecznego” (Chudak, Permoda, 2010, s. 7). Pamiętamy, że Internet mający w założeniu ułatwiać codzienną egzystencję i komunikację międzyludzką, coraz częściej staje się przyczyną depresji, wykluczenia społecznego, szerzenia się przemocy i mowy nienawiści. Przede wszystkim jednak staje się przyczyną dojmującego poczucia samotności, które coraz częściej kieruje młode jednostki w stronę prób samobójczych, których liczba z roku na rok wzrasta w zastraszającym tempie (Sagan, 2020, s. 557). Nie można nie zgodzić się z Sagan, że za przyczynę przeżywania przez młode jednostki skrajnych emocji skutkujących podejmowaniem prób odebrania sobie życia można uznać: brak opieki i rodzicielskiej miłości, zrozumienia, a przede wszystkim dojmujące uczucie samotności. Pamiętamy, że w okresie dorastania, w którym trudno regulować i kontrolować emocje, młode jednostki mogą odczuwać tak silne cierpienie, że jedyną formą ucieczki i wyzwolenia się od wszechogarniającego poczucia bezradności wydaje się próba samobójcza. Jak podkreśla w ciekawym artykule Krzysztof Stępnia (2018, s. 158–160), wszelkie chaty, blogi i portale randkowe to specyficzne antidotum na dręczące młode pokolenie poczucie samotności i wewnętrznej pustki wynikające z poczucia odrzucenia przez grupę rówieśniczą. W tej sytuacji młodzi kierują swój wzrok w stronę zasobów sieci, która oferuje każdemu szybkie odszukanie w niej swojego miejsca. Miejsca, które pozwala bez większych konsekwencji na odreagowanie tłumionego napięcia emocjonalnego, lęku czy złości (Stępnia, 2018, s. 159). Sytuacja, w której u młodego człowieka pojawia się dylemat dotyczący pogodzenia zmian zachodzących w otaczającej go rzeczywistości z jego własnymi możliwościami jest sytuacją wymagającą udzielenia mu kompleksowego wsparcia tak, by umiał sformułować i wcielić w życie „ponadkonsumpcyjny cel i sens życia człowieka; cel, który uznaje wyższość człowieka nad rzeczą i etyki nad techniką oraz «być nad mieć»”, jak podkreśla Anna Pawlak i in. (2020, s. 9–10).

Konieczność wspierania człowieka w erze ponowoczesności – na różnych etapach jego rozwoju – potwierdza chociażby fakt, że z roku na rok

w społeczeństwach uznawanych za wysoko rozwinięte „rośnie zapotrzebowanie na kolejne instytucje resocjalizacyjne i placówki opiekuńczo-wychowawcze; niby jesteśmy mądrzejsi, a tymczasem 50 000 osób skazanych czeka na miejsce w zakładach karnych” (Jędrzejko, Malinowski, 2014, s. 16). Zaniepokojenie budzi również fakt, że w dobie coraz większych możliwości diagnostycznych i działań profilaktycznych gwałtownie rośnie zapotrzebowanie na pomoc socjalną – wczesną interwencję, wsparcie psychologiczno-pedagogiczne oraz inne formy pomocy dla osób przewlekle chorych, z niepełnosprawnością i/lub z zaburzeniami psychicznymi (Jędrzejko, Malinowski, 2014, s.16).

Seniorzy wobec wyzwań cywilizacji

Kolejnym zjawiskiem związanym z rozwojem cywilizacyjnym, na które warto zwrócić uwagę, jest zwiększająca się z roku na rok liczba osób w okresie „późnej dorosłości”, a szczególnie „najstarszych starszych” (po 85 r.ż.) (Boyd, Bee, 2008, s. 525–556). Wraz z wydłużającym się życiem człowieka i zwiększającą się liczbą osób dożywających stu lat, problemy związane ze schorzeniami wieku podeszłego wywołują coraz żywsze zainteresowanie wielu dyscyplin naukowych (Heitzman, 2018). Należy pamiętać, że specyfika procesu starzenia się wymaga od specjalistów i opiekunów osób w wieku senioralnym stałego pogłębiania wiedzy dotyczącej przyczyn toczących się w organizmie procesów patologicznych – procesów, których mechanizmu, niezależnie od ogromnego postępu w rozwoju wiedzy, nie udało się nadal do końca poznać (Leszek, 2003). Trudności te sprawiają, że zbyt często mechanizmy odpowiedzialne za problemy zdrowotne występujące w omawianym okresie mają charakter hipotetyczny. Trudności diagnostyczne stanu zdrowia wynikają nader często z faktu, że schorzenia osób w wieku podeszłym mogą występować także w innych okresach rozwojowych dając obraz wielonarządowej niewydolności. Mogą także występować wyłącznie w okresie późnej dorosłości i wtedy ich obraz kliniczny przybiera postać specyficzną tylko dla określonego przedziału wiekowego (Lubczyńska-Kowalska, 2003). Postęp wiedzy

i dynamiczny rozwój technik neuroobrazowania pozwoliły na poznanie podłoża widocznych zmian w funkcjonowaniu poznawczym i społeczno-emocjonalnym seniorów, określanych mianem starzenia się pierwotnego związanego ze stopniowymi zmianami w strukturze mózgu, takimi jak: zmniejszenie masy mózgu, utrata istoty szarej, przerzedzenie sieci dendrytycznej oraz spowolnienie przewodzenia synaptycznego (Boyd, Bee, 2008, s. 534). Warto pamiętać, że chociaż wymienione zmiany w strukturach mózgu stanowią zjawisko fizjologiczne, to jednak i te osoby w miarę upływu czasu będą potrzebowały kompleksowego wsparcia i pomocy początkowo w złożonych czynnościach dnia codziennego (IADL), a w dalszej kolejności w czynnościach dnia codziennego (ADL), związanych przede wszystkim z samoobsługą (Boyd, Bee, 2008, s. 709, 715).

Niestety inaczej prezentuje się specyfika pomocy i opieki nad osobą z poważnymi schorzeniami związanymi ze zmianami neurodegeneracyjnymi toczącymi się w mózgu (Gabryelewicz, 2018b, s. 255–261). Nie zapominajmy, że niezwykle dynamicznie rosnąca liczba osób w okresie późnej dorosłości skutkuje zwiększającą się z roku na rok liczbą seniorów zmagających się z szerokim spectrum zespołów otępiennych (Cummings, Mega, 2005, s. 162–179; Leszek, 2003, s. 15–16). Teoria i praktyka dobitnie pokazują, że choroby, szczególnie te przebiegające z otępieniem, stanowią w dobie współczesnej prawdziwe wyzwanie zarówno dla służby zdrowia, cierpiącego pacjenta, jak i – a może przede wszystkim – dla rodziny, na barki której spada cały ciężar opieki nad coraz bardziej bezradnym seniorem i wspierania go nawet w najprostszych czynnościach, z którymi musi się zmierzyć każdego dnia.

Kolejnym problemem, z którym musi zmierzyć się zarówno senior, jak i jego otoczenie jest depresja o specyficznym obrazie klinicznym (Sobów, 2018). Piśmiennictwo naukowe (Boyd, Bee, 2008, s. 542–547; Gabryelewicz, 2018a, s. 233–244) wskazuje jednak na konieczność ostrożnego diagnozowania depresji w omawianej grupie, gdyż może dochodzić do nadinterpretacji objawów klinicznych. Istotna jest tu również umiejętność różnicowania obniżonego przewlekłe nastroju charakteryzującego dystymię starczą od pełnoobjawowego obrazu klinicznego depresji – obrazu

utrwalonego kulturowo a ukazującego w sposób często krzywdzący seniora jako jednostkę nieaktywną, a przede wszystkim samotną. Ostrożna diagnoza nie zmienia jednak faktu, jak podkreśla we wprowadzeniu do swego wykładu na temat neuropsychologii depresji Aneta Borkowska (2011), że to właśnie depresja i choroba niedokrwienna serca będą królowały wśród przyczyn niepełnosprawności człowieka w XXI w. W kontaktach z osobą w wieku podeszłym warto pamiętać, że popularne stwierdzenie „nie dodawajmy lat do życia, lecz życia do lat” zawiera w sobie wiele prawdy. Nawet najdłuższe życie, ale nacechowane bólem i cierpieniem, a także brakiem wsparcia, nie może stanowić przykładu postępu cywilizacyjnego. Trudności z poruszaniem się oraz brak bliskiej osoby, do której możemy zwrócić się z prostym pytaniem „Czy pamiętasz...?”, nieuchronnie prowadzą do wspomnianego już kolejnego znaku naszych czasów, jakim jest samotność. Mimo że średnia długość życia w przeciągu ostatnich 200 lat zwiększyła się trzykrotnie, to nadal nie potrafimy zaakceptować starości i gdy ona nadchodzi, większość z nas czuje się bezradna i samotna w jej obliczu (Vetulani, 2018, s. 12).

Samotność człowieka – znak naszych czasów

Samotność w dobie współczesnej to jeden z niezwykle ważkich problemów dotyczących osoby w różnych przedziałach wiekowych, dlatego zostanie on omówiony nieco szerzej. Zjawisko to najczęściej definiowane jest jako „tęsknota za bliskością, intymnością i sensem” (Dołęga, 2018, s. 55). W piśmiennictwie naukowym podkreśla się złożony charakter zjawiska samotności i pozwala na wyodrębnienie w nim trzech różnych aspektów o charakterze emocjonalnym, społecznym i egzystencjalnym (Dołęga, 2003, s. 18–27; 2014). Niosą one odmienne dla dalszego funkcjonowania jednostki konsekwencje psychospołeczne i mogą, szczególnie w okresach kryzysów rozwojowych, stanowić źródło licznych i poważnych trudności przystosowawczych i osobistych (Borczykowska-Rzepka, Skwarek, 2016). Niektórzy badacze (Dołęga, 2003) wskazują na niezależne od etapu rozwojowego jednostki szerokie spectrum negatywnych emocji, które

towarzyszą samotności. Uwagę zwraca współwystępujący z nią dyskomfort psychiczny w postaci permanentnego zmęczenia, bezsenności, apatii, przygnębienia, złości itp. Nierzadko pojawia się gniew i wrogość, które kierowane do wewnątrz jednostki utrzymują się w postaci tzw. cichego wrzenia oraz tendencji do samoponiżania, samoizolowania, a także dys-tresu behawioralnego (Borczykowska-Rzepka, Skwarek, 2013, s. 149). Co prawda zjawisko samotności w odniesieniu do osób dorosłych nie stanowi już od wielu lat merytorycznego novum, jednak warto zwrócić nań uwagę w odniesieniu do dzieci i dorastających. Podkreśla się, że dorastająca jednostka z jednej strony odczuwa silną potrzebę integracji z otoczeniem, szczególnie z grupą rówieśniczą, z drugiej zaś – jak podkreślają cytowane już Maria Borczykowska-Rzepka i Beata Skwarek (2016; 2019) – widzimy wyraźnie zaznaczoną rozwojowo potrzebę izolacji od świata zewnętrznego i pozostawienie sobie kilku chwil na refleksję nad sobą i otoczeniem.

Z uwagi na specyficzne charakterystyki aspektów samotności, począwszy od aspektu społecznego (przeżywanie izolacji i trudności w zidentyfikowaniu swej roli) poprzez aspekt egzystencjalny (brak poczucia identyfikacji z wartościami i celami żywioowymi, poczucie braku integracji z innymi) po aspekt emocjonalny, zwany często emocjonalnym osamotnieniem (deficyt pozytywnych uczuć w relacjach interpersonalnych), niezbędnym staje się rozwijanie kompetencji społecznych, które mogą zapobiegać niepowodzeniom w kontaktach interpersonalnych. Potrzeba rozwijania tych kompetencji w walce ze skutkami doświadczanej samotności prowadzi nas do zastanowienia się nad pytaniem: kiedy samotność może stanowić zagrożenie dla rozwoju nastolatka, a kiedy wspomaga go w rozwijaniu skrzydeł? I znów w sukurs przychodzi nam wiedza psychologiczna. Wiedza, która pozwala nam zrozumieć, jak trudnym przedsięwzięciem jest dorastanie z budowaniem obrazu samego siebie i wchodzeniem, najczęściej po raz pierwszy, w prawdziwie głębokie relacje międzyludzkie. To wiedza z zakresu chociażby psychologii rozwojowej podpowiada nam z jaką zmiennością stanów emocjonalnych nastolatek musi się codziennie zmierzyć i jak bardzo pragnie zaspokoić potrzebę akceptacji, której brak traktowany jest jako wyraźny sygnał dla dorastającego, że „coś z nim jest

nie tak”. Stąd już tylko krok do wycofywania się z tak ważnych dla młodej jednostki relacji z grupą rówieśniczą i zmierzanie po równi pochyłej w kierunku globalnej samotności. To znajomość psychologicznej charakterystyki okresu dorastania pozwoli na udzielenie dorastającemu takiego wsparcia, które pozwoli mu rozwinąć skrzydła i cieszyć się życiem, lecz tylko w przypadku posiadania punktu odniesienia w postaci stabilnej bazy jaką daje więź z bliskimi.

Analizowane zjawisko kieruje uwagę autorki niniejszego artykułu w stronę kolejnych problemów związanych z odczuwaniem samotności przez dzieci z trudnościami rozwojowymi i/lub chorobami przewlekłymi oraz ich rodzin.

Szerokie spectrum problemów natury medycznej, psychologicznej, rehabilitacyjnej i pedagogicznej wiąże się z faktem ratowania życia dzieci, które jeszcze kilkanaście lat temu nie miałyby żadnych szans na przeżycie (z wagą urodzeniową poniżej 0,5 kg, po urazach czaszkowo-mózgowych, urodzonych w ciężkiej zamartwicy). Sytuacja ta skutkuje rosnącą liczbą dzieci wymagających interwencji i kompleksowej opieki neurologicznej, neuropsychologicznej i neurorehabilitacyjnej. Pamiętajmy, że „jakościowo odmienny rozwój rodzi liczne wtórne problemy, które dodatkowo komplikują możliwość zaspokajania potrzeb i wykonywanie zadań stawianych przez otoczenie” (Borkowska, Domańska, 2007, s. 9). Jak podkreślają Aneta Borkowska i Łucja Domańska, w tej sytuacji dysregulacji ulegają procesy rozwojowe w sferze motorycznej, poznawczej, neurodynamiki procesów nerwowych i emocjonalno-społecznej. Wymienione zaburzenia mogą ujawniać się w postaci różnorodnych problemów klinicznych, takich jak: nieharmonijny rozwój psychoruchowy, niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia neuromotoryczne i zaburzenia zachowania (2007, s. 10).

Ogrom problemów, z którymi musi się zmagać dziecko z niepełnosprawnością wrodzoną, nabytą bądź nią zagrożone, sprawia, że niezwykle istotnym okazuje się w tej sytuacji kompleksowe wsparcie udzielane wszystkim członkom rodziny, a szczególnie matkom ([Borczykowska]-Rzepka, 2007). Nie ulega wątpliwości, że urodzenie dziecka ze zdiagnozowaną,

nabytą lub potencjalną niepełnosprawnością stanowi wydarzenie traumatyczne w życiu każdej kobiety. W tym krytycznym momencie problemy rozwojowe dotyczące dziecko weryfikują oczekiwania matek związane z jego narodzinami. W tej trudnej sytuacji życiowej brak profesjonalnego wsparcia, po prostu brak życzliwych, empatycznych sąsiadów i przyjaciół, może prowadzić do przytłaczającego poczucia samotności skutkującego licznymi problemami w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego (Będowska-Heine, 2003; Borczykowska-Rzepka i in., 2010).

Człowiek wobec pandemii

W tej, z konieczności, wybiórczej panoramie problemów, w znacznej mierze związanych z wymaganiami i oczekiwaniami społeczeństwa ery ponowoczesności wobec jednostki, dotyczących osoby w różnych przedziałach wiekowych, nie można pominąć jednego z najistotniejszych obecnie problemów, jakim jest pandemia związana z wirusem SARS-CoV-2. Jej skutki dają się zauważyć i odczuć w każdej dziedzinie życia. Pandemia ta jest szczególnie niebezpieczna w świetle widocznego upadku autorytetów oraz coraz wyraźniej zaznaczającego się braku równowagi pomiędzy dynamicznym rozwojem techniki a moralną odpowiedzialnością człowieka za podejmowane działania.

Tym brakiem równowagi szczególnie mocno zostają dotknięte dzieci jako jednostki najbardziej wrażliwe na wszelkie zagrożenia. Wyniki badań takich autorów jak Czesław Marcinkowski (2020) czy Elżbieta Maj (2020) dobitnie podkreślają, że to właśnie one winny być otoczone szczególną opieką, troską i wsparciem. Potrzeba doświadczania opieki i wszechstronnego wsparcia dotyczy również rodzin z małymi dziećmi, gdyż każdy problem, czy to natury społecznej, czy zdrowotnej, dotyczący dziecka przekłada się na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego stanowiącego specyficzny pomost między jednostką a społeczeństwem ([Borczykowska]-Rzepka, 2007; Zwoliński, 2018). W tym kontekście wspieranie rodziny jawi się jako jeden z priorytetów podejmowanych działań tak, by każde dziecko w tym okresie, z założenia najszczęśliwszym

i beztroskim, znalazło w swej rodzinie bądź opiekunach oparcie emocjonalne, poczucie przynależności i bezpieczeństwa (Zwoliński, 2018). Drugą grupę, wymagającą nie mniej, a może i więcej troski i baczej uwagi, stanowią dorastający narażeni na specyficzne zagrożenia związane zarówno z przeżywanym kryzysem rozwojowym, jak i skutkami, „które niesie ze sobą ponowoczesność takimi, jak: nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne i samobójstwa. Ta sama ponowoczesność, która, jak podkreślają znawcy zagadnienia, „uksztaltowała nowego człowieka, którego nazwać można *homo consumers*. Człowieka, dla którego ważne są doznania i wrażenia. Człowieka, który otacza się niezliczoną ilością rzeczy, gadżetów” (Stępnia, 2018, s. 162). Należy żałować, że pokolenia urodzone w cyberprzestrzeni „nie poznają nigdy uroku tych chwil czy zdarzeń, które były nierozłączną częścią doświadczeń ich rodziców, czyli pokolenia Cyfrowych Imigrantów” (Stępnia, 2018, s. 163).

Psychologia wobec wyzwań cywilizacyjnych

Spectrum potencjalnych problemów, z którymi musi i będzie musiał zmierzyć się człowiek w dobie niezwykle dynamicznych zmian społeczno-kulturowych, dobitnie wskazuje na potrzebę kompleksowego wspierania jednostki przy wykorzystaniu zarówno wiedzy określonej dyscypliny naukowej, jak i działań praktycznych na rzecz dobrostanu społecznego. Wybór psychologii jako dyscypliny naukowej pomocnej w rozwiązywaniu licznych problemów i zmaganiu się z utrapieniami dnia codziennego wiąże się zarówno z jej walorami teoretycznymi, jak i praktycznymi. Istotną dla dalszych rozważań wydaje się przyjęta przez Brytyjskie Towarzystwo Psychologiczne definicja, zgodnie z którą psychologia to „naukowy [możemy równie dobrze powiedzieć: systematyczny – dop. autora] sposób badania ludzi, umysłu oraz zachowania” (MacKay, 2008, s. 46). Tommy MacKay, autor zaprezentowanego na łamach „Charakterów” artykułu, podkreśla, że w mapie dyscyplin naukowych, stworzonej na podstawie wyników analizy cytatów z ponad miliona artykułów naukowych,

psychologia zajmuje jedno z poczesnych (centralnych) miejsc tuż obok matematyki, fizyki, chemii czy nauk o Ziemi. Można również dowiedzieć, że w kontekście rozważań nad dobrostanem człowieka dyscyplina ta odgrywa istotną lub nawet główną rolę. Jak słusznie zauważył MacKay, główne problemy z jakimi musi borykać się współczesny świat stwarzają sami ludzie, ich sposób myślenia i zachowanie. Zatem nawiązując do przytoczonej wcześniej definicji psychologii można stwierdzić, że dostarcza ona naukowych podstaw do zrozumienia jednostki, jej problemów i sposobów ich rozwiązywania. Opierając się na niekwestionowanych walorach naukowych i praktycznych psychologii, można by zadać pytanie o jej znaczący wpływ na dobrostan ludzi i jakość ich życia. Odpowiedź na tak sformułowane pytanie wydaje się szczególnie istotna w sytuacjach dla człowieka nowych, często kryzysowych. Ciekawym sposobem na ukazanie roli psychologii w utrzymaniu dobrostanu jednostki i satysfakcjonującej jakości życia jawi się analiza wybranych przez MacKaya głównych tematów, które zdominowały media i czołówki gazet w 2008 r., a więc gdy powstawał jego artykuł. Wyodrębnione przez autora problemy, z którymi zmagał się świat w tym okresie, dotyczyły: środowiska, konfliktów międzynarodowych, przestępstw i zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem otyłości. Jak wynika z pobieżnej analizy istotnych dla ludzkości problemów ich źródeł można się dopatrywać w ludzkim myśleniu i zachowaniu: wrogości, agresji, braku globalnego porozumienia czy wadliwym stylu życia (MacKay, 2008, s. 47). Nie ulega wątpliwości, że wszystkie te zagadnienia stanowią domenę psychologów i niewiele można wskazać innych dziedzin nauki, w obszarze których można by umieścić postawione wyżej pytanie.

Idąc za tokiem myślenia MacKaya (2008) i dzisiaj można wyodrębnić podstawowe problemy i zagrożenia, z którymi zmagają się ludzkość i które, jak te sprzed kilkunastu laty, dominują w mediach. Należą do nich problemy związane z ekologią czy międzynarodowymi sporami, konflikty zbrojne oraz problemy zdrowotne, szczególnie te dotyczące zaburzeń afektywnych i choroby niedokrwiennej serca. Nie ulega wątpliwości, że tematem, który zdominował media, gazety i po prostu życie ludzi na całym świecie są zagrożenia zdrowotne jakie niesie ze sobą wirus SARS-CoV-2 oraz jego

skutki ekonomiczne i związane z nimi dramaty jednostkowe i rodzinne. Sytuacja pandemii pokazała dobitnie jak istotny problem stanowi – wspomniany już wcześniej – znak naszych czasów, jakim jest samotność i konieczność życia w izolacji.

Szeroka panorama problemów, zarówno tych, z którymi człowiek sobie radzi, jak i tych, które przekraczają dotychczasowe doświadczenia życiowe jednostki, kieruje uwagę w stronę psychologii, która zajmuje poczesne miejsce, jak twierdzi cytowany już wielokrotnie MacKay (2008, s. 46), w każdej sferze życia ludzi. Przede wszystkim dostarcza naukowych podstaw do zrozumienia drugiego człowieka, jego problemów i sposobów radzenia sobie z sytuacjami i problemami, do rozwiązywania których jednostka nie posiada wystarczających kompetencji społecznych.

Analiza licznych publikacji z dziedziny psychologii, szczególnie z psychologii stosowanej, dobitnie pokazuje jej niezwykłą wrażliwość na pojawiające się problemy społeczne w sferze zdrowia i bezpieczeństwa zarówno jednostkowego, jak i całych społeczności (Sęk, 2013, s. 22–24; Zwoliński, 2018, s. 25–39). Dostarcza również niezbitych dowodów na zaangażowanie tej dziedziny wiedzy w rozwiązywanie palących problemów jakie człowiek spotyka w biegu życia, poczynając od okresu prenatalnego po okres późnej dorosłości, potwierdzając jednocześnie zasadność określania jej mianem responsywnej. To właśnie owa responsywność wiedzy umożliwia, jak podkreśla Sęk, powstawanie nowych obszarów zainteresowań psychologów zarówno tych o orientacji teoretycznej, jak i praktycznej. Według przytaczanej autorki nie można zapominać, że właśnie wiedza społecznie responsywna „dynamizuje” zainteresowanie nowymi obszarami rzeczywistości prowadząc do lepszego ich zrozumienia. Zrozumienie to owocuje umiejętnością różnicowania zapotrzebowań społecznych związanych z określoną modą z tymi rzeczywistymi, wynikającymi z powiązań z kliniczną praktyką psychologiczną oraz z naukami pokrewnymi (Sęk, 2013, s. 22–24).

Przykładem wrażliwości psychologii na nowe zagrożenie z jakim styka się człowiek w dobie obecnej, zagrożenie tym większe, że uderza zarówno w sferę zdrowia, bezpieczeństwa, jak i najogólniej pojętej egzystencji,

okazują się próby „oswojenia” wirusa SARS-CoV-2 poprzez podejmowanie licznych badań w ramach chociażby seminariów magisterskich dotyczących problematyki psychospołecznego funkcjonowania człowieka w czasach pandemii. Problematykę funkcjonowania w sytuacji braku możliwości jasnego określenia ram czasowych dla zakończenia pandemii (co w znacznym stopniu praktycznie uniemożliwia realizację długofalowych planów) poruszyła w swej pracy magisterskiej *Psychospołeczne funkcjonowanie Polaków z COVID-19 w sytuacji pandemii* Iga Nikiel (2021). Autorka pracy starała się przybliżyć zmiany jakie zachodzą w sferze emocjonalnej i społecznej u osób, które wyszły zwycięsko z walki z koronawirusem, oraz u tych, które co prawda nie wykazywały objawów klinicznych, jednak musiały zostać poddane kwarantannie. Wyniki dobitnie pokazały, że istnieje istotna różnica w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym Polaków, którzy zostali poddani kwarantannie, przy czym warto dodać, że różnice te są istotnie większe u kobiet. Intrygujące są również wyniki uzyskane w badaniu przeprowadzonym przez Bognę Miklas (2021) w ramach pracy magisterskiej zatytułowanej *Podmiotowe wyznaczniki wzrostu potraumatycznego u osób po chorobie COVID-19*. Ta interesująca praca przybliża zagadnienie niezwykle istotne a niestety stosunkowo rzadko poruszane w literaturze przedmiotu. Dotyczy ono rozwoju duchowego i poprawy jakości życia człowieka na skutek przepracowania silnego stresu. Uzyskane wyniki dobitnie pokazują, że zetknięcie się z silnym stresem w sytuacji trudnej, wręcz traumatycznej, nie zawsze musi skutkować negatywnymi emocjami, lękiem i poczuciem straty. Jak pokazują wyniki nielicznych badań, traumatyczne przeżycie może rozwijać człowieka i sprawia, że staje się on bardziej empatyczny, bardziej niezależny i lepiej radzi sobie ze stresem dnia codziennego (Mitras, 2021). Ograniczone ramy niniejszego artykułu nie pozwalają na przytoczenie innych ciekawych wniosków zawartych w kolejnych pracach magisterskich, chociażby tych dotyczących adaptacji do zmian życiowych w wyniku pandemii wywołanej przez wirus SARS-CoV-2.

Nie wdając się z konieczności w dalsze szczegółowe rozważania, można stwierdzić, że problematyka poruszana we wspomnianych wyżej pracach

oraz rozbudowana teoria zjawiska pandemii, jego przyczyn i skutków może stanowić swoiste kompendium wiedzy na temat tego nowego zagrożenia oraz podpowiadać, uwzględniając wyniki badań, jakie działania należałoby podjąć, aby zmniejszyć straty psychiczne, fizyczne i inne.

Nie ulega wątpliwości, że wszystkie informacje związane z wirusem mają bezwzględne pierwszeństwo i nie dziwi fakt, że zdominowały one media i czołówki gazet. Jednak pomimo powagi sytuacji nie należy zapominać o tematach, które są niezwykle istotne i mogą skutkować wieloma problemami, jeżeli w porę nie zostaną zauważone i rozwiązane. Problem o którym mowa to problem globalnej samotności i jej trzech aspektów: psychicznego, emocjonalnego i egzystencjalnego. Problem samotności co prawda nie stanowi już novum merytorycznego, jednak rozprzestrzenianie się zjawiska oraz coraz więcej doniesień opisujących negatywny wpływ samotności na dzieci i młodzież sprawia, że każda dodatkowa informacja dotycząca przyczyn odczuwania samotności przez ludzi, a szczególnie przez młode wrażliwe jednostki, jest informacją niezwykle cenną. Pojawianie się sytuacji czy zjawisk, które przekraczają dotychczasowe doświadczenia jednostek mobilizują psychologów – teoretyków i praktyków – do jeszcze bardziej wytężonego wysiłku w kierunku zbadania i zrozumienia nowych obszarów rzeczywistości. Nowe zagrożenia tak charakterystyczne dla czasów współczesnych wymagają nieustannej czujności ze strony psychologii zarówno teoretycznej, jak i stosowanej tak, by prezentowana w powstających publikacjach wiedza okazała się bezcienia wątpliwości wiedzą społecznie responsywną. W tym miejscu należy podkreślić wysiłek naukowy Zofii Dołęgi (2003) włożony w doskonałe merytorycznie kompendium wiedzy dotyczącej zjawiska samotności wśród dzieci i młodzieży. Warto zwrócić również uwagę na interesujące *Społeczne i osobiste przestrzenie samotności* pod redakcją Mariusza Gajewskiego i Zofii Dołęgi (2018). W tym miejscu autorka niniejszego artykułu pozwoli sobie zwrócić uwagę na publikacje analizujące zjawisko samotności wśród dorastających zdrowych i niepełnosprawnych oraz rodzeństwa dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w opracowaniu Borczykowskiej-Rzepki i Skwarek (2013, 2016, 2019).

Niestety ograniczone ramy niniejszego artykułu nie pozwalają na omówienie nawet większości publikacji podejmujących problematykę związaną z tak ważnymi tematami jak: środowisko, wojna czy międzynarodowe spory. Jednak nawet wybiórcza analiza publikacji z dziedziny psychologii (szczególnie z psychologii stosowanej) dostarcza niezbitych dowodów na zaangażowanie tej dziedziny wiedzy w rozwiązywanie problemów, z jakimi styka się człowiek w ciągu swojego życia, poczynwszy od okresu prenatalnego po okres późnej dorosłości.

Podsumowanie

Nie ulega wątpliwości, że niniejsze doniesienie może budzić niedosyt merytoryczny, który w znacznej części uwarunkowany został czynnikami obiektywnymi, takimi chociażby jak długość artykułu. Wydaje się jednak, że nawet ta garść informacji, która została w nim umieszczona, pozwoliła na zrozumienie roli jaką odgrywa w życiu dziecka, dorastającego czy seniora zjawisko zderzenia z wymogami ery ponowoczesności. Można śmiało stwierdzić, że często zadawane pytanie o istotę rozwoju cywilizacyjnego jest tak naprawdę pytaniem o istotę człowieka. Jest także pytaniem o granice rozwoju. W doniesieniach doby postmodernizmu i nowej gospodarki podkreśla się wyraźnie, że rozwój nie ma granic. Zatem należałoby postawić pytanie dotyczące postępu techniki jako formy samorealizacji człowieka oraz jej sensu w procesie humanizacji człowieka, tak by dynamiczny rozwój technologii nie zaburzał umiejętności różnicowania samego siebie z wyrobami, które jednostka ludzka wytwarza i którym nadaje określony kształt. Brak tej niezwykle ważnej umiejętności może skutkować przekroczeniem cienkiej linii, która oddziela radość z obcowania z udogodnieniami jakie niesie doba współczesna od lęku i rozpacz, gdy wymarzony postęp zwraca się przeciwko ludziom i pozwala im żyć w złudnym przekonaniu, że cnotę można zastąpić techniką.

Bibliografia

- Będkowska-Heine V. (2003), *Tworzenie roli matki dziecka niepełnosprawnego*, [w:] S. Mihilewicz (red.), *Wybrane zagadnienia psychopatologii rozwoju dzieci, młodzieży i dorosłych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 77–92.
- Bielecka-Palenga I. (2018), *Relacje wewnątrzrodzinne w percepcji nastolatka a ryzyko uzależnienia od Internetu*, niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. Z. Dołęgi, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Katowice.
- [Borczykowska]-Rzepka M. (2007), *Satysfakcja z życia a sposób postrzegania funkcjonowania systemu rodzinnego przez matki dzieci niepełnosprawnych – na przykładzie matek dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] M. Flanczewska-Wolny (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity a rzeczywistość*, Kolegium Nauczycielskie – Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Gliwice – Kraków, s. 275–285.
- Borczykowska-Rzepka M., Joško J., Kasperczyk J. (2010), *Forma rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jako czynnik istotnie związany z poziomem satysfakcji z życia ich matek*, [w:] E. Kędra, B. Chudak (red.), *Tradycja i współczesne nurty w opiece, wychowaniu i resocjalizacji. Opieka i Wychowanie*, Netprojekt Artur Królak, Głogów, s. 37–43.
- Borczykowska-Rzepka M., Skwarek B. (2013), *Samotność – zagrożenie dla młodzieży gimnazjalnej*, [w:] C. Шудло (red.), *Молодіжна політика: проблеми та перспективи [Polityka młodzieżowa. Problemy i perspektywy]*, Вип 4, Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, Дрогобич – Перемишль, s. 146–152.
- Borczykowska-Rzepka M., Skwarek B. (2016), *Poczucie samotności jako potencjalny czynnik ryzyka zachowań agresywnych wśród młodzieży gimnazjalnej*, [w:] C. Шудло, П. Длугош (red.), *Молодіжна політика: проблеми та перспективи [Polityka młodzieżowa. Problemy i perspektywy]*, Вип. 7, Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, Дрогобич – Жешув, s. 109–117.
- Borczykowska-Rzepka M., Skwarek B. (2019), *Młodzież gimnazjalna w obliczu niepełnosprawności członka rodziny – z badań nad samotnością rodzeństwa dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy”, nr 31(2), s. 13–35.
- Borkowska A.R. (2011), *Medyczna Środa: Neuropsychologia depresji (26.10.2011)*, YouTube, 7.12.2011, https://www.youtube.com/watch?v=zeA6BJRtg6Y&ab_channel=CollegiumMedicum [dostęp: 20.12.2021].
- Borkowska A.R., Domańska Ł. (2007), *Wprowadzenie*, [w:] A.R. Borkowska, Ł. Domańska (red.), *Neuropsychologia kliniczna dziecka*, WN PWN, Warszawa, s. 9–11.

- Boyd D., Bee H. (2008), *Psychologia rozwoju człowieka*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, wyd. popr. i uzup. na podst. 4 wyd. oryg., Zysk i S-ka, Poznań.
- Chudak B., Permoda A. (2010), *Opieka nad dziećmi z wadami postawy na przykładzie innowacyjnego Programu Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Wad Postawy „Prosto do Zdrowia”*, [w:] E. Kędra, B. Chudak (red.), *Tradycja i współczesne nurty w opiece, wychowaniu i resocjalizacji. Opieka i Wychowanie*, Netprojekt Artur Królak, Głogów, s. 7–13.
- Cummings J.L., Mega M.S. (2005), *Neuropsychiatria*, tłum. B. Gmiński i in., red. wyd. pol. M. Rydzewski, Urban & Partner, Wrocław.
- Dołęga Z. (2003), *Samotność młodzieży. Analiza teoretyczna i studia empiryczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Dołęga Z. (2014), *Otwartość psychologiczna a poczucie samotności dziewcząt piszących blogi*, [w:] J. Bierówka, K. Pokorna-Ignatowicz (red.), *Media – kultura popularna – polityka. Wzajemne oddziaływania i nowe zjawiska*, KTE – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków, s. 199–221.
- Dołęga Z. (2018), *Samotność jako kategoria psychologiczna w odniesieniu do dzieci i młodzieży*, [w:] M. Gajewski, Z. Dołęga (red.), *Społeczne i osobiste przestrzenie samotności*, Centrum Profilaktyki Społecznej – Oficyna Wydawnicza von Velke, Warszawa – Milanówek, s. 53–81.
- Gabryelewicz T. (2018a), *Depresja i apatia w łagodnych zaburzeniach poznawczych i różnych typach otępień*, [w:] T. Gabryelewicz, A. Barczak, M. Barcikowska, *Otępienie w praktyce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, s. 233–244.
- Gabryelewicz T. (2018b), *Opieka nad chorym z otępieniem*, [w:] T. Gabryelewicz, A. Barczak, M. Barcikowska, *Otępienie w praktyce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, s. 255–261.
- Heitzman J. (2018), *Słowo wstępne*, [w:] J. Heitzman (red.), *Psychiatria w geriatrici*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, s. 7–9.
- Jędrzejko M., Malinowski J.A. (2014), *Zderzenie cywilizacyjno-kulturowe z perspektywy pokoleń. Wprowadzenie w problematykę*, [w:] M. Jędrzejko, J.A. Malinowski (red.), *Młode pokolenie w zderzeniu cywilizacyjnym: studia, badania, praktyka*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń, s. 13–23.
- Kędra E. (2010), *Przedmowa*, [w:] E. Kędra, B. Chudak (red.), *Tradycja i współczesne nurty w opiece, wychowaniu i resocjalizacji. Opieka i Wychowanie*, Netprojekt Artur Królak, Głogów, s. 5–6.
- Kielar-Turska M. (red.) (2009), *Studia nad rozwojem i wychowaniem: w osiemdziesiątą rocznicę powstania Zakładu Psychologii Rozwojowej i Wychowawczej na Uniwersytecie Jagiellońskim*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Leszek J. (2003), *Wprowadzenie*, [w:] J. Leszek (red.), *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław, s. 15–16.

- Lubczyńska-Kowalska W. (2003), *Problemy zdrowotne ludzi w wieku senioralnym*, [w:] J. Leszek (red.), *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław, s. 473–487.
- MacKay T. (2008), *Czy psychologia może zmienić świat?*, „Charaktery”, nr 11, s. 46–49.
- Maj E. (2020), *Rola organów i instytucji publicznych w krajowym systemie ochrony dziecka. Wybrane zagadnienia*, [w:] A. Pawlak, B. Skwarek, J. Stadniczeńko (red.), *W trosce o rozwój i bezpieczeństwo dziecka. Aspekty społeczno-prawne*, Wydawnictwo AEH, Warszawa, s. 193–209.
- Marcinkowski Cz. (2020), *Zagrożenie bezpieczeństwa i dobrostanu dziecka w wybranych konfliktach zbrojnych*, [w:] A. Pawlak, B. Skwarek, J. Stadniczeńko (red.), *W trosce o rozwój i bezpieczeństwo dziecka. Aspekty społeczno-prawne*, Wydawnictwo AEH, Warszawa, s. 159–170.
- Miklas B. (2021), *Podmiotowe wyznaczniki wzrostu potraumatycznego u osób po chorobie COVID-19*, niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. D. Rode, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Katowice.
- Nikiel I. (2021), *Psychospołeczne funkcjonowanie Polaków w sytuacji pandemii COVID-19*, niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. D. Rode, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Katowice.
- Pawlak A., Skwarek B., Stadniczeńko J. (2020), *Słowo od redaktorów*, [w:] A. Pawlak, B. Skwarek, J. Stadniczeńko (red.), *W trosce o rozwój i bezpieczeństwo dziecka. Aspekty społeczno-prawne*, Wydawnictwo AEH, Warszawa, s. 9–10.
- Sagan K. (2020), *Cyberprzemoc wśród dzieci i młodzieży: wybrane zagadnienia*, [w:] A. Pawlak, B. Skwarek, J. Stadniczeńko (red.), *W trosce o rozwój i bezpieczeństwo dziecka. Aspekty społeczno-prawne*, Wydawnictwo AEH, Warszawa, s. 557–572.
- Sęk H. (2013), *Psychologia kliniczna jako dziedzina badań i praktyki*, [w:] H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 1, WN PWN, Warszawa, s. 19–30.
- Sobów T. (2018), *Depresja u osób w wieku podeszłym*, [w:] J. Heitzman (red.), *Psychiatria w geriatrici*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, s. 107–119.
- Stępiński K. (2018), *Nowe media a samotność pokolenia „pochylonych głów”*, [w:] M. Gajewski, Z. Dołęga (red.), *Spółeczne i osobiste przestrzenie samotności*, Centrum Profilaktyki Społecznej – Oficyna Wydawnicza von Velke, Warszawa-Milanówek, s. 153–164.
- Vetulani J. (2018), *Czy starość jest nienormalna?* [w:] J. Heitzman (red.), *Psychiatria w geriatrici*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, s. 11–33.
- Zwoliński A. (2018), *Pozostawieni samym sobie: społeczne konteksty samotności*, [w:] M. Gajewski, Z. Dołęga (red.), *Spółeczne i osobiste przestrzenie samotności*, Centrum Profilaktyki Społecznej – Oficyna Wydawnicza von Velke, Warszawa-Milanówek, s. 25–40.

Joanna Konarska

Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego /
Faculty of Psychology, Pedagogy and Humanities, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland
ORCID: 0000-0003-2034-8875

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ W PSYCHOLOGII – WYZWANIE CZY ZAGROŻENIE?

Interdisciplinarity in psychology – a challenge or a threat?

Streszczenie

Współcześni naukowcy zdają sobie sprawę z tego, że żadna nauka nie jest w stanie objąć wszystkich zagadnień niespecyficznych, wynikających z coraz większej dociekliwości reprezentantów szczegółowych dyscyplin wiedzy. W pewnym momencie każdy z nich dochodzi do wniosku, że istnieją granice ich kompetencji i muszą zaprosić do współpracy specjalistów w zakresie interesujących ich zagadnień. W odniesieniu do psychologii taka konieczność wydaje się oczywista, bowiem człowiek jest – podobnie jak każdy fragment Wszechświata – tylko małym, niewiele znaczącym ogniwem, jeśli traktujemy życie ludzkie w ogólnych kategoriach istnienia wszystkich istot żywych. Jednak w wymiarze jednostkowym człowiek jest na tyle ważnym elementem tegoż Wszechświata, że powstały specjalnie jemu dedykowane dziedziny i dyscypliny nauk. Jako jednostka człowiek funkcjonuje na poziomie biologicznym, psychicznym i społecznym, a wobec tego samo poznanie człowieka w tych trzech wymiarach wymusza interdyscyplinarność zarówno w nauce, jak i w praktyce. Jednak uprawianie nauki w formie interdyscyplinarnej, a także stosowanie jej w praktyce wymaga odpowiedzialności i świadomości granic własnych kompetencji.

Słowa kluczowe: interdyscyplinarność, psychologia, wyzwania, kompetencje, odpowiedzialność

Abstract

Contemporary researchers are aware of the fact that no science is able to cover all non-specific issues as researchers focus increasingly on specific scientific areas of study. At some point researchers have to admit that there are limits to their competence and that further investigation of the interesting issues requires a strict cooperation with other specialists. In psychology, such a necessity seems even more obvious, because if we treat human life in general terms of the existence of all living creatures, each human being is – like every fragment of the Universe – only a small, insignificant link. However, in the individual dimension, a man is such an important element of this Universe, that areas and disciplines of science (focusing specifically on a human being) have been created. Each individual functions on a biological, psychological and social level; therefore, getting to know man in these three dimensions forces interdisciplinarity in both theoretical and practical aspects of research. Nonetheless, interdisciplinary research, as well as implementing its results, requires responsibility and awareness of the limits of one's own competences.

Key words: interdisciplinarity, psychology, challenges, competences, responsibility

Wprowadzenie

Procesy psychiczne człowieka od wieków były obiektem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych, ale psychologia jako nauka o tych procesach zaistniała dopiero w 1879 roku wraz z powstaniem w Lipsku pierwszego laboratorium psychofizycznego, założonego przez niemieckiego lekarza i psychologa – Wilhelma Wundta. Wundt przez swoje doświadczenia próbował obiektywizować to, co wprawdzie istniało w świadomości ludzkiej i nawet miało różne nazwy, ale nie poddawało się żadnym sposobom obiektywnego poznania, co dyskwalifikowało te pojęcia w świetle nauki. Psychologia nie mogła więc pretendować do miana naukowej dyscypliny. Za sprawą Wundta zmieniło się podejście do zjawisk natury psychicznej, bo zewnętrzne stany organizmu, w którym one zachodziły, można było obiektywnie poddać weryfikacji, zmierzyć i opisać w obiektywny sposób. Oczywiście nikt wcześniej nie negował, że subiektywnie doznawane i opisywane stany psychiczne rzeczywiście istnieją, ale tego, co subiektywne, nie można nazwać naukowym. Ogólnie to „coś” nazywano duszą w odróżnieniu od ciała, które było widoczne, namacalne, a więc materialnie

„było”, chociaż i z jego badaniem nie było łatwo. Bezczeszczenia ciała ludzkiego po śmierci zabraniały religie, a w większości z nich uznawano, że dusza po śmierci wraca do ciała. Anatomia więc była wiedzą zdobywaną potajemnie, a ulotne, niematerialne właściwości człowieka pozostawały tajemnicą niezbadaną, ale przez to jeszcze bardziej intrygującą.

Pierwsi psychologowie byli z wykształcenia lekarzami, filozofami, przyrodnikami, teologami i właściwie wszystkim tym naukom po części można przyznać prawo do zajmowania się zjawiskami psychicznymi, lecz procesy psychiczne były przez nich definiowane i interpretowane w kategoriach takiej wiedzy, którą posiadali. Tak więc filozofia i teologia zajmowały się głównie pojęciami, ich treścią, istotą, definiowaniem, z tym że teologia odnosiła pojęcia do relacji z Bogiem lub bóstwami, które czcili badacze, a filozofowie poszukiwali prawd obiektywnych, które jednak zmieniały swoje oblicze w zależności od dominujących nurtów filozoficznych. Medycy natomiast próbowali doszukiwać się związku między zrachowaniami człowieka a jego emocjami, sposobem intelektualnego ujmowania świata, a z czasem także doszukiwali się związku z wcześniejszymi doświadczeniami jednostki i jej relacjami z innymi ludźmi. Lekarze także zauważyli związek między stanem psychicznym pacjenta a jego zdrowiem. To już były rzeczywiste początki współczesnej psychologii, chociaż język, za pomocą którego charakteryzowano te same zjawiska natury psychicznej, był zrozumiały jedynie dla osób wykonujących przypisywane sobie zawody.

Od czasu powstania laboratorium w uniwersytecie w Lipsku zaczęły powstawać w Ameryce i Europie podobne placówki psychologii eksperymentalnej, które stawały się zawiązkami przyszłych odrębnych studiów psychologicznych. Od tego momentu można uznać, że psychologia krystalizowała się jako odrębna nauka i torowała sobie drogę do uznania jej za odrębną dyscyplinę naukową. Taką samą drogę przebywały zresztą wszystkie inne dyscypliny naukowe, które pierwotnie należały do jednej wielkiej rodziny nauk filozoficznych lub przyrodniczych. Z psychologią było trudniej, bo część zjawisk psychicznych „zagarnęła” filozofia, a pozostałymi zajmowały się nauki przyrodnicze z medycyną na czele. Ten

związek nadal widoczny jest we współczesnej psychologii, ale kiedy wyodrębniły się nauki społeczne, relacje z socjologią, pedagogiką, prawem, ekonomią także stały się oczywiste podczas analizy wielu zachowań ludzkich, emocji i motywów działania.

Źródła interdyscyplinarności w nauce

Wcześniejszy trend poszukiwania własnej tożsamości naukowej zaowocował wyodrębnieniem szczegółowych dyscyplin naukowych spośród pierwotnych grup wiedzy. Ten proces był zróżnicowany w czasie dla poszczególnych gałęzi wiedzy, ale gdy w latach osiemdziesiątych XX wieku – wskutek rozwoju techniki, elektroniki, informatyki i globalnych środków komunikacji – nastąpiła bardzo szybka wymiana różnorodnych informacji, które z pozoru odrębne, zaczęły być sprowadzane przez naukowców do wspólnego mianownika, rozpoczęła się era interdyscyplinarnych badań. Powstawały nowe sposoby ujmowania dotychczasowej wiedzy, uwzględniające szersze spojrzenie na omawiane zagadnienia. Bardzo szybko w psychologii został przyjęty holistyczny sposób ujmowania wszelkich zjawisk psychicznych i zachowań człowieka, co zmusiło naukowców do podjęcia dialogu z reprezentantami tych dyscyplin naukowych, które mogły pomóc w rozwiązaniu aktualnych problemów badawczych. Równocześnie wśród przedstawicieli innych nauk można zaobserwować podobne podejście wobec swoich badań i odkryć. W tej sytuacji podjęcie interdyscyplinarnej współpracy między teoretykami, a wkrótce także między praktykami, reprezentantami różnych dyscyplin naukowych, stało się już tylko kwestią bardzo krótkiego czasu. Wprawdzie pojęcie holizmu jako sposobu postrzegania wszelkich zjawisk w sposób całościowy wprowadził w latach dwudziestych XX wieku południowoafrykański polityk – Jan Smuts, to psychologia jako jedna z nauk społecznych przejęła także ten sposób analizowania stanu psychicznego człowieka. Nie bez znaczenia była zapewne ekologiczna teoria rozwoju człowieka zaprezentowana w 1979 roku przez Urie Bronfenbrennera, która posłużyła jako podstawa do studiów w zakresie interdyscyplinarnego rozumienia rozwoju psychicznego

w powiązaniu z naukami społecznymi, głównie z socjologią (Bronfrenbrenner, 1979, 1986). Pierwotnie teoria Bronfrenbrennera odnosiła się bezpośrednio do psychologii rozwoju dzieci, lecz obecnie można ją stosować dla wyjaśniania przebiegu zjawisk rozwojowych człowieka w całym jego życiu. Autor tej teorii uzależniał rozwój człowieka od środowiska, w którym dorasta, ale środowisko rozumiał jako zespół wzajemnie powiązanych systemów, wśród których wyodrębnił i opisał pięć podstawowych systemów rozwoju. Jako pierwszy wymienia bezpośrednie środowisko, czyli mikrosystem, który modyfikuje rozwój z perspektywy członków najbliższej rodziny, ale również podlega modyfikacji wskutek wzajemnej bezpośredniej interakcji elementów tego środowiska. Kolejnym systemem jest mezosystem, który składa się z relacji między współistniejącymi mikrosystemami. Egzosystem to trzeci układ, który nie ma bezpośredniego związku z bezpośrednimi oddziaływaniami na dziecko, za to pośrednio decyduje o poziomie funkcjonowania osób mających wpływ na dziecko. Do czwartego systemu zwanego makrosystemem należą elementy kultury, religii, wartości, tradycji, w których każdy człowiek bardziej lub mniej świadomie uczestniczy i jest od nich zależny. Jako ostatni system Bronfrenbrenner wymienia chronosystem, który odpowiedzialny jest za różne sposoby interpretacji czy przeżywania podobnych doświadczeń w zależności od wieku.

Oceniając teorię Bronfrenbrennera z perspektywy współczesnego paradygmatu współzależności wszystkich zjawisk na świecie, nie sposób nie zauważyć jego wielkiej charyzmy, która zapewne w dużym stopniu przyczyniła się do otwarcia się psychologów na interdyscyplinarność we współczesnym rozumieniu.

O ile w pierwszych latach istnienia psychologii jako nauki torowała ona sobie drogę do uznania jej jako niezależnej dyscypliny przez definiowanie i badanie pojedynczych procesów psychicznych, nierzadko wywoływanych eksperymentalnie, to z czasem stawało się coraz bardziej oczywiste, że zrozumienie, co skłania ludzi do zachowania się w taki a nie inny sposób, co powoduje, że w tej samej sytuacji ludzie podejmują różne decyzje, odczuwają inne emocje, dokonują różnych wyborów,

wymaga innego analizowania obserwowanych zjawisk niż jednostkowe ich opisywanie. Założenie, że wszystkie procesy psychiczne są ze sobą powiązane i wzajemnie na siebie oddziałują, a człowiek jest całością funkcjonującą w pewnym określonym fragmencie Wszechświata, wraz z jego współzależnościami uwarunkowanymi społecznie, historycznie, ekologicznie i osobowo, pozwala dopiero lepiej rozumieć jego jednostkowe reakcje, czy zachowania.

Takie samo założenie przyjmują obecnie wszystkie dyscypliny naukowe, przez co wzajemne porozumienie i wspólne badania wydają się nieuniknione. Holizm jest więc filozofią, która nie tylko ułatwia, ale wręcz nakazuje współdziałanie w obszarze nie tylko pokrewnych, lecz nawet bardzo odległych dziedzin naukowych. Tam, gdzie nie można znaleźć wspólnych obszarów badawczych, można szukać podobnej lub tej samej płaszczyzny zastosowania efektów badań w praktyce. Przykładem takiej współpracy w obszarze psychologii i medycyny jest zastosowanie terapii holistycznej w psychologii zdrowia czy psychologii rehabilitacji. Z kolei szeroko dziś stosowane metody badania pracy mózgu i terapia neurofeedback w leczeniu zaburzeń poznawczych, w chorobach psychicznych, łagodzeniu objawów zaburzeń snu, koncentracji uwagi, regulacji emocjonalnej czy wreszcie jako metoda terapii dzieci z zaburzeniami lękowymi, nadpobudliwością, zaburzeniami autystycznymi bądź jako pomoc w leczeniu padaczki, to efekt interdyscyplinarnej współpracy bez granic. To tylko kilka przykładów zastosowania w praktyce urządzenia skonstruowanego przez przedstawicieli nauk technicznych i informatycznych w celu wsparcia działania lekarzy i psychologów, ale przede wszystkim w celu zwiększenia skuteczności udzielanej człowiekowi profesjonalnej pomocy. Nie można zapominać, że ta sama aparatura służy także do diagnozy pacjentów, a więc równocześnie przez jej praktyczne zastosowanie dokonuje się rozwój nauki od strony teoretycznej. I wreszcie najbardziej nieprawdopodobny przykład zastosowania osiągnięć nauki tak bardzo odległej od psychologii, że współpraca między przedstawicielami tych gałęzi wiedzy wydaje się niemożliwa. A jednak – astronautyka poprzez współdziałanie specjalistów z różnych dziedzin: nauk ścisłych, technicznych,

biologicznych, medycznych, społecznych, humanistycznych, prowadzi coraz częściej do niemożliwych bez jej udziału odkryć. W ten sposób światłoczułe ceramiczne komórki wytwarzane dzięki technologii wykorzystywanej na orbicie okołoziemskiej znalazły zastosowanie jako materiał mogący zastąpić zniszczone komórki siatkówki oka (Konarska, 2010, s. 210). Z nowszych odkryć można przytoczyć doniesienia naukowców z NASA i National Eye Institute USA o wspólnie opracowanej metodzie pomiaru poziomu białka zwanego alfa-krystaliną, odpowiedzialnego za tworzenie zaćmy, zanim jeszcze pojawi się sama zaćma. Dzięki prostym zmianom trybu życia i żywienia można – dzięki tej metodzie – zapobiec powstawaniu zaćmy, która jest odpowiedzialna za poważne zaburzenia widzenia, prowadzące do całkowitej utraty wzroku u ok. 40% osób po 70. roku życia (*Space Technology Yields...*, 2009).

Jednak dużo częściej podejmują współpracę przedstawiciele nauk pokrewnych albo takich, których cel jest wspólny. W psychologii są to najczęściej: pedagogika, socjologia, medycyna z jej różnymi specjalnościami, ale także ekonomia i prawo. Z naukowych dyskusji i badań tworzą się pomysły na zastosowanie teorii w praktyce, co zresztą w odniesieniu do psychologii nie dziwi, bowiem ta dyscyplina dotyczy wszystkich aspektów życia człowieka, a więc również wspierania go w sposób profesjonalny, z uwzględnieniem podobnych zależności interdyscyplinarnej diagnozy i pomocy, jaka była wcześniej realizowana na etapie teoretycznych rozważań. Stąd jeszcze wyraźniej jawi się potrzeba współdziałania już nie tylko z przedstawicielami nauk pokrewnych, ale także z informatykami, automatykami, konstruktorami wszelkich rozwiązań technicznych, umożliwiających wprowadzenie udogodnień dla osób, których organizm np. w wyniku choroby lub wypadku nie może funkcjonować w sposób typowy dla większość ludzi lub w bardzo dotkliwy sposób ogranicza samodzielność w zaspokajaniu codziennych potrzeb. Jeśli można maksymalnie zniwelować bariery samoobsługi lub panowania nad własnym ciałem i jego funkcjami, to oczywiście następnym pytaniem jest: czy nie można ograniczyć niewydolności organizmu w kwestii wykonywania pracy? W ten sposób praktyka rodzi kolejne wyzwania dla naukowców, a ich

rozwiązanie nie jest możliwe bez bardzo szeroko pojętej interdyscyplinarnej kolaboracji, nieograniczonej pokrewieństwem dyscyplin naukowych.

Każda z tych dyscyplin czy dziedzin naukowych wypracowała już sobie miejsce w systemie nauk, posiada własny obszar badawczy, własne teorie i definicje, własne metody i narzędzia badawcze, więc nie musi się obawiać zatracenia tożsamości naukowej. Jest to zatem dobry czas na rozpoczęcie partnerskiego współdziałania, opartego na wzajemnym poszanowaniu osiągnięć każdego członka interdyscyplinarnego zespołu badawczego i gotowości do penetracji nowych obszarów rzeczywistości, lub poszukiwanie szerszego spojrzenia na wcześniej poznane.

Wspólne i swoiste właściwości dyscyplin naukowych

W początkowym okresie formowania się psychologii jako nauki priorytetem było zdefiniowanie podstawowych pojęć, a następnie ich charakterystyka. Ponieważ procesy psychiczne dotyczą człowieka, który podlega ciągłemu rozwojowi zarówno w aspekcie czasowym, jak i jakościowym, dlatego powstały działy psychologii, w których uwzględniany był wiek człowieka, którego procesy psychiczne podlegały analizie, a także warunki wewnętrzne i zewnętrzne, które modyfikowały lub warunkowały występowanie poszczególnych procesów psychicznych bądź ich zespołów obserwowalnych w zachowaniu. W ten sposób z psychologii ogólnej wyłoniła się psychologia rozwoju człowieka, początkowo odnosząca się tylko do okresu dzieciństwa i adolescencji, ale w 1969 roku, podczas pierwszej konferencji psychologów rozwojowych w USA, nastąpił przełom w podejściu do zjawisk rozwojowych, z których tylko zmiany progresywne zasługiwały na to miano. Prekursorami nowego spojrzenia na zmiany rozwojowe był Paul B. Baltes (1987) i Larry R. Goulet (Baltes, Goulet, 1970; por. Cohen, Reese, 2019), którzy zwrócili uwagę, że rozwój to wszelkie zmiany (zarówno progresywne, jak i degeneracyjne), które dokonują się w człowieku w ciągu całego życia, a nie tylko te, którym przyznano rangę progresywnych. Minęło jednak sporo lat, zanim bezspornie uznano ich racje i dopiero na przełomie

lat 70. i 80. XX wieku uznano słusznie, że rozwój dotyczy całego biegu życia, to znaczy od chwili poczęcia aż do śmierci. W Polsce pierwszym podręcznikiem poświęconym psychologii w ujęciu Life-Span była praca zbiorowa pod redakcją Marii Tyszkowej (1988). Zaobserwowano także, że ludzi nie tylko cechuje podobieństwo reakcji i zachowań, ale także różnice i w ten sposób powstała psychologia różnic osobowych i psychologia osobowości. Z czasem teoria sama w sobie przestała mieć rację bytu, bo wszelkie poznanie i każda nauka powinny służyć człowiekowi, a psychologia jako nauka o człowieku w sposób oczywisty musiała znaleźć praktyczny wymiar swoich dociekań. Tak więc – obok psychologii teoretycznej powstały działy psychologii stosowanej, która nie tylko wykorzystuje teoretyczną wiedzę w niesieniu pomocy człowiekowi, ale również wzbogaca teorię przekształcaną w dalszym ciągu na praktyczne możliwości i umiejętności.

Tych praktycznych zastosowań wiedzy teoretycznej pojawia się coraz więcej, lecz ponieważ dotychczasowa wiedza specjalistyczna okazuje się często niewystarczająca, dlatego tworzą się nowe specjalności naukowe, w których badania naukowe i równocześnie zdobywana wiedza oparta na doświadczeniu praktycznym niesie konieczność rozbudowania metodologii badań, często wzbogacenia terminologii o nowe pojęcia lub adaptację pojęć funkcjonujących w obszarze dziedzin pokrewnych albo zupełnie niezależnych. Wraz z nowymi specjalnościami – nie tylko w psychologii – muszą pojawić się nowe terminy dla analizy czy nazywania badanych zjawisk, a w ramach każdej nauki szczegółowej ta terminologia musi być zdefiniowana przy pomocy istniejących w ramach nauki jednoznacznych pojęć. Nie ma większego niebezpieczeństwa z ząbaniem się i brakiem precyzji znaczeniowej pojęć należących do odległych dyscyplin naukowych, ale już z dyscyplinami pokrewnymi nie jest to takie oczywiste. Jeśli pojawia się potrzeba zgłębienia jakiegoś zagadnienia jako wyzwania wobec potrzeby niesienia pomocy konkretnym grupom ludzi pod określonym względem, z pomocą przychodzą specjaliści posługujący się albo podobnym, albo zupełnie odmiennym zakresem pojęć. W tym drugim przypadku wszyscy współpracujący ze sobą specjaliści muszą nauczyć się

właściwego znaczenia niezbędnego zakresu podstawowych pojęć, w ramach których zakreślają swoje współdziałanie.

W tej sytuacji raczej nie zachodzi niebezpieczeństwo „zapożyczania” czy niewłaściwego rozumienia języka naukowego. Większe niebezpieczeństwo tkwi we współpracy między specjalistami dyscyplin pokrewnych, zwłaszcza w obszarze nauk społecznych, gdzie podobieństwo znaczeniowe pojęć, a także nakładające się na naukowe określenia potoczne ich znaczenie, powoduje często nieprecyzyjne określenie celów badań i interpretację ich wyników. Jest to poważny problem o charakterze metodologicznym i w żadnym wypadku nie można go lekceważyć.

W momencie, kiedy współpraca się zaczyna i wszystko wydaje się jasne, mogą pojawić się zupełnie niespodziewane problemy z ujednoliceniem procedury badawczej czy zdefiniowaniem problemu badawczego. Główną trudnością może się okazać niejednolita znaczeniowo baza podstawowych pojęć, które funkcjonują nie tylko w naukach, dla których stanowią one obszar zainteresowań – równolegle te same pojęcia funkcjonują w mowie potocznej i w literaturze, gdzie ich stosowanie jest bardziej dowolne. Psychologia jest przykładem wielu takich pojęć, które nieprecyzyjnie zdefiniowane w ramach współpracy specjalistów z pokrewnych dziedzin, mogą przyczynić się do niewłaściwego postawienia problemu badawczego czy hipotez. Nietrudno znaleźć przykłady takich słów, które używane są zamiennie w języku potocznym i w naukach pokrewnych z psychologią czy w literaturze, a w psychologii mają jednak odrębne znaczenie. Przykładem różnicy znaczeniowej między np. psychologią a pedagogiką jest zamienne używanie takich określeń jak zainteresowanie / zamiłowanie / zaciekawienie, wrażenia / spostrzeżenia, emocje / uczucia, temperament / charakter / osobowość, złość / gniew itp. Te same pojęcia mają także swój byt w mowie potocznej, ale wówczas ich mieszanie nie wprowadza trudności komunikacyjnych między rozmówcami, bo tu aż taka precyzja językowa nie jest potrzebna. Jednak i mowa potoczna wymaga korekty znaczeniowej pewnych pojęć, które mają negatywne znaczenie pejoratywne i coraz częściej naukowe badania znajdują oddźwięk we wprowadzanych przepisach prawnych, a te już bezpośrednio kształtują

m.in. dopuszczalne formy zachowania niewerbalnego i werbalnego wobec określonych grup społecznych. Pod wpływem badań z zakresu psychologii rehabilitacji właściwie już w prawie wszystkich krajach respektujących prawa człowieka bez względu na jego status wiekowy, społeczny, polityczny, wyznaniowy czy zdrowotny bardzo niewłaściwe jest nazywanie osoby z jakąkolwiek niepełnosprawnością „inwalidą” czy „kaleką”. W języku polskim (tu ciekawostka – bo tylko w języku polskim!) termin „ślepy” niesie ze sobą negatywny ładunek emocjonalny i waloryzacyjny i dlatego dziś już jest to raczej złośliwe przezwisko, a nie nazwa, którą określa się osobę „niewidomą” bądź „niewidzącą”. W innych językach bezpośrednie tłumaczenie słowa „ślepy” nie ma pejoratywnego znaczenia, ale i tak w medycynie istnieje pojęcie „ślepoty”, które jest jednoznacznie zdefiniowane. Co ciekawe – analogicznie podejmowane w języku polskim próby zamiany określenia „głuchy” na „niesłyszący” spotkały się ze stanowczym oporem samych osób głuchych, którzy posiadają własny język, a język tworzy pewien rodzaj wspólnoty kulturowej i osoby te chcą należeć do tej wspólnoty. Chociaż podobnie można byłoby tłumaczyć potrzebę przynależności do własnej kultury u Romów, to jednak oni nie chcą być nazywani „Cyganami”.

Wprowadzając powyższe rozważania językowe, zupełnie niepostrzeżenie i w sposób wcześniej niezamierzony nastąpiło przenikanie się zagadnień natury psychologicznej, medycznej, socjologicznej i lingwistycznej. Jeśli tak łatwo zazębiają się proste pojęcia, a jednocześnie niejako automatycznie nasuwa się ich związek z kilkoma dyscyplinami naukowymi, to jak wiele wspólnych płaszczyzn badawczych można tworzyć w sposób zamierzony? Dzięki współpracy z lingwistami i translatorami językowymi powstała inicjatywa opisu muzealnych dzieł sztuki, a potem filmów, sztuk teatralnych, wydarzeń sportowych i wszystkich możliwych zdarzeń dla osób z niepełnosprawnością słuchową i wzrokową, które nie mogą korzystać ze swoich zmysłów. To dla nich pojawia się na ekranie telewizora tłumacz języka migowego i napisy pod filmami, a dla osób niewidomych powstała cała skomplikowana procedura audiodeskrypcji z uwzględnieniem wieku osób, dla których jest przeznaczona, i dostosowaniem odpowiednich

treści językowych. Te działania językoznawców są oparte na wspólnych badaniach teoretycznych dokonywanych przez psychologów, pedagogów i lingwistów, a wprowadzenie ich do praktyki wymagało wsparcia choćby w przepisach prawnych, dotyczących niedyskryminowania nikogo z żadnego powodu w żadnym obszarze życia.

Powstawanie stale nowych dyscyplin i subdyscyplin naukowych wiąże się coraz wyraźniej z potrzebami praktycznego zastosowania badań naukowych. W psychologii stosowanej stoimy najczęściej przed wyzwaniem sprostania zadaniom, które niesie samo życie i człowiek w nim uczestniczący. Przykładem odpowiedzi nauki na potrzeby praktyków jest wyłanianie się spośród podstawowych działów psychologii teoretycznej, do których należą psychologia ogólna, rozwojowa i społeczna, działów psychologii stosowanej. Najbardziej podstawowe to: psychologia wychowawcza, kliniczna, pracy, penitencjarna, ale i te specjalności zaczynają się rozdrabniać w zależności od jeszcze bardziej szczegółowych potrzeb w odpowiedzi na zadania praktyczne. Z psychologii wychowawczej wyodrębniła się psychologia uczenia się i nauczania; z psychologii klinicznej – psychologia zdrowia, psychologia rehabilitacji, neurorehabilitacja; z psychologii pracy – psychologia reklamy i organizacji pracy. To i tak nie koniec stale wyłaniających się problemów ludzkich, które zmuszają do powstawania nowych, bardzo szczegółowych subdyscyplin w ramach już istniejących. Nie można zapominać, że również one wymagają posługiwania się specjalistycznym językiem. Jeśli przyjmiemy – a takie założenie wynika z dotychczasowych doświadczeń – że każda wiedza praktyczna wymaga podparcia w badaniach naukowych, to można uznać, że praktyka i teoria stanowią samonapędzającą się siłę rozwoju nauki.

Badania naukowe oparte są na wypracowanych już metodach badawczych, aparaturze, procedurach lub wymagają zupełnie nowych opracowań dostosowanych do specyficznych potrzeb określonego zadania badawczego. Nie sposób dziś wyobrazić sobie, że aparatura potrzebna do badań jest dziełem naukowców reprezentujących jedną dyscyplinę naukową, a nawet dziedzinę wiedzy. Ta rozpiętość szczegółowych kompetencji badaczy stanowi dość dużą gwarancję niewchodzenia sobie we wzajemne

kompetencje, chociaż sama wstępna procedura współpracy na pewno wymaga wielu uzgodnień i dokładnego zakreslenia obszaru działalności badawczej czy praktycznej (por. Konarska, 2012, 2016). W dużo mniej korzystnym układzie znajdują się współpracujący ze sobą specjaliści reprezentujący podobny obszar wiedzy, a zwłaszcza należący do tej samej dziedziny nauki. Z jednej strony niebezpieczeństwo stanowi zbagatelizowanie na początku podejmowanych badań doprecyzowania pojęć koegzystujących we współpracujących ze sobą obszarach wiedzy, ale większym niebezpieczeństwem jest coraz częściej obecnie obserwowanie beztrockiego „zapożyczania” metodologii badań i narzędzi badawczych przez specjalistów niemających wystarczającego przygotowania teoretycznego, aby właściwie zinterpretować otrzymane wskaźniki liczbowe.

Jeśli chodzi o metodologię badań i narzędzia badawcze, psychologia – wśród nauk społecznych – jest na uprzywilejowanej pozycji, chociaż – tu trzeba uczciwie przyznać – w dużej części wykorzystuje metody badań wypracowane przez socjologów, jednak tworząc na bazie metod sondażowych własne narzędzia badawcze. W ten sposób powstało całe mnóstwo kwestionariuszy, które po odpowiedniej procedurze statystycznej otrzymują nazwę testów i dopiero wówczas stają się wiarygodnym narzędziem pomiarowym. Nie są nimi ankiety, chociaż i one czasami pozwalają na uzyskanie danych niemożliwych do zdobycia w inny sposób. Jednak do tych wyników psycholog podchodzi z pewną rezerwą i doskonale potrafi podać różnice między ankietą i kwestionariuszem. Niestety – oba narzędzia badawcze są nader często mylone przez pedagogów z powodu nieznamomości różnic w ich konstrukcji i możliwościach badawczych, nie mówiąc już o braku wystarczającej wiedzy psychologicznej, aby właściwie zinterpretować wyniki. Niefrasobliwość sporej grupy badaczy – pedagogów jest coraz częściej zauważalna w publikacjach pedagogicznych podejmujących szczegółowe zagadnienia interdyscyplinarne, bez jednoczesnej współpracy z psychologiem, a w najlepszym wypadku ograniczających się do prezentowania wcześniejszej opublikowanych korespondujących badań psychologicznych. Taka polemika i taka „współpraca” naukowa nie powinna mieć racji bytu, bo

nie tylko nie prowadzi do postępu w nauce, ale przyczynia się do wprowadzania w błąd młodych adeptów nauki i studentów, bowiem badania te są często publikowane w podręcznikach akademickich. Reakcja psychologów na tego typu praktyki badawcze powinna być natychmiastowa i kategoryczna, zwłaszcza, jeśli pedagodzy używają testów zastrzeżonych wyłącznie dla psychologów.

Podobnie zresztą wśród pedagogów – praktyków powszechnie uznaną metodą sprawdzianu wiadomości uczniów są wszelkiego rodzaju testy konstruowane przez nauczycieli na potrzebę chwili. Chociaż szkodliwość takiego sposobu sprawdzania wiadomości jest niewielka, to jednak świadczy o tym, że pojęcia używane przez psychologów i pedagogów są bardzo niejednoznaczne.

W zakresie terminologii stosowanej w nazewnictwie metod badawczych również nie można się zgodzić na używanie określeń takich jak „kwestionariusz ankiety” czy „kwestionariusz wywiadu”, a te kalambury słowne tworzą metodolodzy badań pedagogicznych, lansując je w swoich podręcznikach. Nic więc dziwnego, że kolejne pokolenia pedagogów uważają, że to właściwe nazewnictwo stosowanych i konstruowanych przez nich na potrzeby badań naukowych narzędzi. Natomiast nazywanie ich „testami” to już wielka przesada, bo każdy student psychologii już w pierwszym roku kształcenia wie, że aby jakąś metodę badania nazwać testem, musi on mieć bezwzględnie wszystkie pięć cech, czyli powinien być: obiektywny, trafny, rzetelny, znormalizowany i wystandaryzowany.

Paradoksalnie pedagodzy bardzo mocno zwracają uwagę na odpowiednie definiowanie, czym jest metoda badawcza, a czym narzędzie badania, co w psychologii nie ma może tak wielkiego znaczenia, bo nasze metody badawcze najczęściej mają związek z teorią, z której inicjatywy powstają, wskazując jednocześnie kierunek jakościowej – nie tylko ilościowej – interpretacji wyników badania. Stąd używanie przez pedagogów metod badawczych zastrzeżonych wyłącznie dla psychologów lub takich, których stosowanie jest dopuszczalne przez innych specjalistów, ale po odpowiednim przeszkoleniu, ogranicza się do prezentacji i interpretacji ilościowych wyników badań bez interpretacji ich

jakościowego znaczenia. O umiejętności wskazania powiązań i współzależności między wewnętrznymi wskaźnikami liczbowymi testów już nawet nie wspomnę.

We współpracy z socjologami istnieje większe respektowanie wzajemnych kompetencji i to pewnie wynika z dość wyraźnie określonej teoretycznie granicy między obszarem zainteresowań i badań psychologów oraz socjologów. Zapewne na to zróżnicowanie wpłynęło powstanie psychologii społecznej jako działu psychologii teoretycznej, bo jednocześnie trzeba było zadeklarować różny – wobec wcześniej istniejącej socjologii – obszar zainteresowań teoretycznych i badawczych. Tak więc określono, że socjologia bada wszelkie zjawiska i reguły funkcjonowania całego społeczeństwa jako grupy, a psychologia społeczna interesuje się tym, w jaki sposób obecność jednostki w grupie wpływa na jej psychikę, jakie są interakcje między jednostką a ludźmi ją otaczającymi, jak grupa społeczna wpływa na jednostkowe zachowanie każdego z jej członków i jak wyjaśnić zachowanie jednostki pod wpływem grupy oraz w grupie w odróżnieniu od jej zachowania bez aktualnej aktywności w grupie. Psychologia społeczna, będąca nauką z pogranicza socjologii i psychologii, musi sięgać do wiedzy socjologicznej, do badań wyjaśniających ogólne zasady zachowania w grupie społecznej, ale odnosząc te reguły do jednostki, musi odnieść się do wieku owej jednostki, jej stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, specyficznych wpływów środowiskowych, jakim podlega, a w końcu do jej systemu wartości i potrzeb, wyznaczających sposób i kierunek działania. Do tego potrzebne jest konstruowanie bardzo szczegółowych narzędzi badawczych, których używanie nie służy socjologom do poszerzania ich wiedzy, więc z nich nie korzystają bezpośrednio, aczkolwiek pośrednio posiłkują się wiedzą zdobytą przez psychologów. Taka współpraca nie jest zagrożona wchodzeniem sobie nawzajem w kompetencje. To raczej psychologowie powinni się pilnować, aby stosując metody socjologiczne, nadawać im wyraźne znamiona badań psychologicznych, a jeśli istnieje ku temu uzasadnienie – wskazać pierwotne źródło stosowanej metody. To jest zadanie kolejnej subdyscypliny psychologicznej zwanej psychometrią.

Zamiast zakończenia

Wobec zaistniałego już faktu, że interdyscyplinarność w nauce i tym samym w psychologii jest nieodwołalnym, toczącym się od kilku lat procesem, bezzasadne byłoby podejmowanie dyskusji nad opiniowaniem tego zjawiska. Z faktami się nie dyskutuje, ale się je przyjmuje. Jedyne, co można zrobić w tej sytuacji, to szanować siebie nawzajem, doceniać osiągnięcia każdej nauki, z której czerpiemy wiedzę dla poszerzenia własnych perspektyw i przede wszystkim respektować specyfikę dyscyplin i subdyscyplin, bo w końcu po to one przez wiele lat wyodrębniały się z ogólnych gałęzi wiedzy filozoficznej i przyrodniczej, żeby móc lepiej i dokładniej zgłębiać tajniki Wszechświata. Jeśli każdy naukowiec z pokorą uzna, że jest tylko niewidocznym trybikiem w tym przeogromnym Wszechświecie to znaczy, że jego prace i wysiłek także mają znaczenie. W jednostkowym życiu – to wielkie zobowiązanie.

Bibliografia

- Baltes P.B. (1987), *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline*, „Developmental Psychology”, Vol. 23, No. 5, s. 611–626. DOI: 10.1037/0012-1649.23.5.611.
- Baltes P.B., Goulet L.R. (1970), *Status and issues of a life-span developmental psychology*, [w:] L.R. Goulet, P.B. Baltes (eds.), *Life-span development psychology. Research and theory*, Academic Press, New York, s. 3–21.
- Bronfenbrenner U. (1979), *Context of child rearing: Problems and prospects*, „American Psychologist”, Vol. 34, No. 10, s. 844–850. DOI: 10.1037/0003-066X.34.10.844.
- Bronfenbrenner U. (1986), *Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives*, „Developmental Psychology”, Vol. 22, s. 723–742. DOI: 10.1037/0012-1649.22.6.723.
- Cohen S.H., Reese H.W. (eds.) (2019), *Life-span developmental psychology: Methodological contributions*, Psychology Press, New York.
- Konarska J. (2012), *Interdisciplinarity as a challenge and necessity in scientific research and psychological practice*, [w:] A.L. Comunian, A. O’Roark, L.F. Lowenstien (eds.), *Psychological values around the world*, Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova, Padova, s. 157–164.

- Konarska J. (2019), *Niepełnosprawność w ujęciu interdyscyplinarnym*, OW KA-AFM, Kraków.
- Konarska J. (2010), *Rozwój i wychowanie rehabilitujące dziecka niewidzącego w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Konarska J. (2016), *Wieloznaczność pojęć i wielorakość zadań w analizie psychospołecznego kontekstu dojrzewania z niepełnosprawnością*, „Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo”, Nr 3(33), s. 59–78. doi: 10.5604/17345537.1229129.
- Tyszkowa M. (1988), *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia. Zagadnienia teoretyczne i metodologiczne*, PWN, Warszawa.

Źródła internetowe

- Space Technology Yields New Cataract Detection Technique*, 26.01.2009, National Institutes of Health, <https://www.nih.gov/news-events/nih-research-matters/space-technology-yields-new-cataract-detection-technique> [dostęp: 14.09.2021].

Splot wielu uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, przestrzennych, kulturowych, postępującego rozwarstwienia w zakresie poziomu materialnego życia ludzi w połączeniu z pandemią ogólnoswiatową uformowały nowe warunki społecznej koegzystencji, które zmuszają jednostki do szukania nowych efektywniejszych strategii adaptacyjnych i skutecznych form radzenia sobie. To wszystko sprawia, że nauka musi wychodzić naprzeciw tym oczekiwaniom w tym także psychologia, aby zjawiska te szybko rozpoznawać i podpowiadać społeczeństwu jak sobie z nimi radzić. Prowadzenie badań w tych okolicznościach jest nie tylko wyzwaniem ale i moralnym obowiązkiem przedstawicieli zarówno nauk ścisłych, medycznych i o zdrowiu w stosunku do, których obecnie kieruje się największe oczekiwania, ale również społecznych w tym psychologii. [...] W tym znaczeniu recenzowana monografia wpisuje się w szeroki nurt badania zagadnień jakości życia w warunkach ponowoczesnych zagrożeń.

Z recenzji wydawniczej
dr hab. Antoniego Wontorczyka, prof. UJ
