

267 Annales Universitatis
Paedagogicae Cracoviensis

ISSN 2084-5596

Studia Psychologica

redaktor tomu / edited by Joanna Kossewska

11 • 2018

Komitet redakcyjny

Redaktor naczelny Joanna Kossewska (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)

Redaktor wydawniczy Karolina Pietras (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)

Redaktor statystyczny Tomasz Smoleń (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)

Redaktor pomocniczy Michał Gacek (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)

Redaktorzy językowi:

Urszula Tokarska (język polski, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)

Joanna Tyborowska (język angielski)

Rada naukowa

Ingrida Baranauskienė (Uniwersytet Kłajpedzki, Litwa)

Tadeusz Budrewicz (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Polska)

Francesc Cuxart Fina (Autonomiczny Uniwersytet w Barcelonie, Hiszpania)

Jan Kaiser (Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa, Katowice, Polska)

Maria Kielar-Turska (Akademia Ignatianum w Krakowie, Polska)

Maria Ledzińska (Uniwersytet Warszawski, Polska)

Krzysztof Mudyń (Akademia Ignatianum w Krakowie, Polska)

Władysława Pilecka (Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska)

Marios A. Pourkos (Uniwersytet Kreteński, Rethymnon, Grecja)

Mieczysław Radochoński (Uniwersytet Rzeszowski, Polska)

Margaret Winzer (Uniwersytet w Lethbridge, Kanada)

Elżbieta Wiśniewska-Dryll (Uniwersytet Warszawski, Polska)

Editors

Editor-in-Chief Joanna Kossewska (Pedagogical University, Krakow, Poland)
Executive Editor Karolina Pietras (Pedagogical University, Krakow, Poland)
Statistical Editor Tomasz Smoleń (Pedagogical University, Krakow, Poland)
Associate Editor Michał Gacek (Pedagogical University, Krakow, Poland)
Polish Language Editor Urszula Tokarska (Pedagogical University, Krakow, Poland)
English Language Editor Joanna Tyborowska

Editorial Advisory Board

Ingrida Baranauskienė (*Klaipėda* University, Lithuania)
Tadeusz Budrewicz (Pedagogical University, Krakow, Poland)
Francesc Cuxart (Autonomous University of Barcelona, Spain)
Jan Kaiser (Katowice School of Economics, Poland)
Maria Kielar-Turska (The Jesuit University Ignatianum in Krakow, Poland)
Maria Ledzińska (University of Warsaw, Poland)
Krzysztof Mudyń (The Jesuit University Ignatianum in Krakow, Poland)
Władysława Pilecka (Jagiellonian University, Krakow, Poland)
Marios A. Pourkos (University of Crete, Rethymno, Greece)
Mieczysław Radochoński (University of Rzeszów, Poland)
Margaret Winzer (University of Lethbridge, Alberta, Canada)
Elżbieta Wiśniewska-Dryll (Warsaw University, Poland)

Kolegium recenzentów

Bogna Bartosz (Uniwersytet Wrocławski)
Monika Bąk-Sosnowska (Śląski Uniwersytet Medyczny)
Joanna Białkowska (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski)
Lucyna Bobkowicz-Lewartowska (Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa w Gdańsku)
Anna Cierpka (Uniwersytet Warszawski)
Krzysztof Cipora (Uniwersytet w Tybindze)
Barbara Chojnacka-Synaszko (Uniwersytet Śląski)
Katarzyna Czubak (Katolicki Uniwersytet Lubelski)
Dorota Czyżowska (Uniwersytet Jagielloński)
Ewa Domagała-Zyśk (Katolicki Uniwersytet Lubelski)
Michael Fitzgerald (Trinity College Dublin (TCD))
Krzysztof Gerc (Uniwersytet Jagielloński)
Damian Grabowski (SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny)
Maria Katarzyna Grzegorzewska (Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie)
Bernadetta Izydorczyk (Uniwersytet Jagielloński)
Łukasz Jach (Uniwersytet Śląski)
Elżbieta Jezierska-Wiejak (Uniwersytet Wrocławski)
Katarzyna Klimkowska (Uniwersytet M. Curie-Skłodowskiej w Lublinie)
Joanna Kłosowska (Uniwersytet Jagielloński)
Aleksandra Mach (Uniwersytet Rzeszowski)
Mariusz Makowski (Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie)
Katarzyna Mariańczyk (Katolicki Uniwersytet Lubelski)
Marek Motyka (Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie)
Krzysztof Mudyń (Akademia Ignatianum w Krakowie)
Małgorzata Obara- Gołębiowska (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie)
Małgorzata Opoczyńska-Morasiewicz (Uniwersytet Jagielloński)
Michał Ostrowicki Sidey Myoo (Uniwersytet Jagielloński)
Urszula Oszwa (Uniwersytet M. Curie-Skłodowskiej w Lublinie)
Katarzyna Patyk (Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie)
Bogusława Piasecka (Uniwersytet Jagielloński)
Igor Pietkiewicz (SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny)
Mieczysław Płopa (Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Warszawie)
Petra Potměšilová (Uniwersytet Palacky'ego w Ołomuńcu)
Paweł Rasmus (Łódzki Uniwersytet Medyczny)
Aleksandra Rogowska (Uniwersytet Opolski)
Agnieszka Rolińska (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
Agnieszka Skorupa (Uniwersytet Śląski)
Anna Suchon (Politechnika Śląska)
Magdalena Szubielska (Katolicki Uniwersytet Lubelski)
Katarzyna Ślebarska (Uniwersytet Śląski w Katowicach)
Andrzej Śliwerski (Uniwersytet Łódzki)
Magdalena Śniegulska (SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny)
Kateřina Vitásková (Uniwersytet Palacky'ego w Ołomuńcu)
Zbigniew Wajda (Uniwersytet Jagielloński)
Wojciech Walat (Uniwersytet Rzeszowski)
Grażyna Walczewska-Klimczak (Instytut Książki i Czytelnictwa w Bibliotece Narodowej)
Katarzyna Wiejak (Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa)
Paula Weerkamp-Bartholomeus (ReAttache Academy)
Ewa Wojtyna (Uniwersytet Śląski)
Ewa Wojtyńkiewicz (Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy)
Andrzej Wolski (Centrum Autyzmu w Krakowie)
Anna Zalewska (Wydział Zamiejscowy SWPS w Poznaniu)
Adam Żaliński (Uniwersytet Jagielloński)
Magdalena Żurko (Uniwersytet Wrocławski)

Reviewers

Bogna Bartosz (University of Wrocław)
Monika Bąk-Sosnowska (Medical University of Silesia)
Joanna Białkowska (University of Warmia and Mazury in Olsztyn)
Lucyna Bobkowicz-Lewartowska (University of Security in Gdańsk)
Anna Cierpka (University of Warsaw)
Krzysztof Cipora (Universität Tübingen)
Barbara Chojnacka-Synaszkó (University of Silesia in Katowice)
Katarzyna Czubak (Katolicki Uniwersytet Lubelski)
Dorota Czyżowska (Jagiellonian University)
Ewa Domagała-Zyśk (The John Paul II Catholic University of Lublin)
Michael Fitzgerald (Trinity College Dublin (TCD))
Krzysztof Gerc (Jagiellonian University)
Damian Grabowski (SWPS University of Social Sciences and Humanities)
Maria Katarzyna Grzegorzewska (The AGH University of Science and Technology in Krakow)
Bernadetta Izydorczyk (Jagiellonian University)
Łukasz Jach (University of Silesia in Katowice)
Elżbieta Jezierska-Wiejak (University of Wrocław)
Katarzyna Klimkowska (Maria Curie Skłodowska University in Lublin)
Joanna Kłosowska (Jagiellonian University)
Aleksandra Mach (University of Rzeszów)
Mariusz Makowski (Cracow University of Economics)
Katarzyna Mariańczyk (Katolicki Uniwersytet Lubelski)
Marek Motyka (Cracow University of Economics)
Krzysztof Mudyń (The Jesuit University Ignatianum in Krakow)
Małgorzata Obara- Gołębiowska (University of Warmia and Mazury in Olsztyn)
Małgorzata Opoczyńska-Morasiewicz (Jagiellonian University)
Michał Ostrowski Sidey Myoo (Jagiellonian University)
Urszula Oszwa (Maria Curie Skłodowska University in Lublin)
Katarzyna Patyk (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)
Bogusława Piasecka (Jagiellonian University)
Igor Pietkiewicz (SWPS University of Social Sciences and Humanities)
Mieczysław Płopa (University of Finance and Management in Warsaw)
Petra Potměšilová (Palacký University in Olomouc)
Paweł Rasmus (Medical University of Lodz)
Aleksandra Rogowska (University of Opole)
Agnieszka Rolińska (Medical University of Lublin)
Agnieszka Skorupa (University of Silesia in Katowice)
Anna Suchon (Silesiak University of Technology)
Magdalena Szubielska (The John Paul II Catholic University of Lublin)
Katarzyna Ślebarska (University of Silesia in Katowice)
Andrzej Śliwerski (University of Lodz)
Magdalena Śniegulska (SWPS University of Social Sciences and Humanities)
Kateřina Vitásková (Palacký University in Olomouc)
Zbigniew Wajda (Jagiellonian University)
Wojciech Walat (University of Rzeszów)
Grażyna Walczewska-Klimczak (Institute of Book and Reading in the National Library)
Katarzyna Wiejak (The Educational Research Institute (IBE))
Paula Weerkamp-Bartholomeus (ReAttache Academy)
Ewa Wojtyna (University of Silesia in Katowice)
Ewa Wojtyńkiewicz (Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz)
Andrzej Wolski (Centre for Autism in Krakow)
Anna Zalewska (SWPS University of Social Sciences and Humanities Faculty in Poznań)
Adam Żaliński (Jagiellonian University)
Magdalena Żurko (University of Wrocław)

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2018

ISSN 2084-5596

DOI 10.24917/20845596.11

Wersja on-line jest wersją pierwotną czasopisma „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica” XI

OnlineFirst

Annales offers OnlineFirst, by which forthcoming articles are publishing online before they are scheduled to appear in print

Wydawnictwo Naukowe UP
30-084 Kraków, ul. Podchorążych 2,
tel./faks 12-662-63-83; tel. 12-662-67-56
e-mail: wydawnictwo@up.krakow.pl
<http://www.wydawnictwoup.pl>

Druk i oprawa Zespół Poligraficzny UP

Spis treści / Contents

Od redakcji / From the Editorial Board	9
<i>Łukasz Krzywoszański, Radosława Herzog-Krzywoszańska</i> Różnice indywidualne w funkcjonalnej strukturze czynności. Analiza teoretyczna z perspektywy teorii czynności i regulacyjnej teorii temperamentu Individual differences in the functional structure of action: theoretical analysis from the perspective of the Theory of Action and the Regulative Theory of Temperament	13
<i>Agata Rudnik, Jakub Bieńkowski</i> Interpretacyjna analiza fenomenologiczna w badaniach jakościowych w psychologii. Przegląd najnowszych badań Interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. A review of the most current studies	27
<i>Malwina Dankiewicz, Sylwia Pieniążek</i> Poczucie szczęścia i sensu życia rodziców dzieci w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa – przegląd badań The sense of happiness and the meaning of life among parents of children in early and middle childhood – research review	39
<i>Dominika Sznajder, Barbara Pietryga-Szkarłat</i> Prężność rodziny – nowe wyzwanie dla badań naukowych Family resilience – a new research challenge	56
<i>Urszula Oszwa, Małgorzata Czelej</i> Spostrzeganie stylów pełnienia ról babci i dziadka przez wnuczęta Grandparental style in the grandchildren's perception	70
<i>Karolina Pietras, Joanna Ganczarek</i> Kto jest zainteresowany współczesnym malarstwem zawierającym niespójności semantyczne i syntaktyczne? Who's interested in contemporary paintings with semantic and syntactic violations?	88
<i>Joanna Mytnik</i> Wstęp do zagadnienia wykorzystania sztuki filmowej w terapii Introduction to using the art of film in art therapy and psychotherapy	98
<i>Agnieszka Franczok-Kuczmowska, Martyna Kuzian</i> Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania i zdrowia psychicznego w okresie wczesnej dorosłości	

[8]

Psychosocial conditions of functioning and mental health in early adulthood	115
<i>Benita Wielgus, Jakub Morawski</i>	
Psychiatria środowiskowa w opinii studentów kierunków medycznych i psychologii	
A survey of medical students' views on community psychiatry	135
<i>Elwira Brodowska, Agata Burzyńska, Magdalena Gruszczyńska</i>	
Wizerunek wytatuowanego personelu medycznego z perspektywy pacjentów	
The image of a tattooed healthcare professional through the eyes of the patients	150
<i>Dorota Ryżanowska-Krzyżak, Elizabeth Ngozi Okpalaenwe</i>	
Wrażliwość na odrzucenie ze względu na wygląd fizyczny u młodych dorosłych kobiet z Kenii i Polski	
The Appearance-Based Rejection Sensitivity in Kenyan and Polish young women	159
<i>Małgorzata Płoszaj</i>	
Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z ASD. Analiza przypadku	
Early support of the development of children with ASD.	
A case study	170
<i>Joanna Kossewska, Katarzyna Sarlej</i>	
Wiedza o autyzmie u polskich adeptów psychologii	
The knowledge about autism by Polish future psychologists	190

Od Redakcji

Bieżący numer *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica* cechuje się dużą różnorodnością formy i merytorycznej zawartości publikowanych artykułów. Na tę zróżnicowaną całość składają się teksty formalnie odmienne – zarówno o charakterze empirycznym, realizowane w formie szczegółowo zaplanowanych eksperymentów lub raporty z badań, wykorzystujących metody kwestionariuszowe, jak też studia przypadków. Odnaleźć można tu także interesujące teoretyczno-problemowe analizy fenomenów psychologicznych – nawiązujące do klasycznych już, choć nadal aktualnych i twórczo eplorowanych teorii – czy też nowoczesne propozycje interpretacyjne, jak również prace przeglądowe bazujące na danych literaturowych.

Różnorodność treściowa dotyczy wielości i złożoności poruszonych w tekstach zagadnień, lecz wspólną ich płaszczyzną pozostaje zdrowie, jako fenomen doświadczany subiektywnie, mierzalny empirycznie lub też interpretowany w perspektywie różnic kulturowych. Tematyka artykułów dotyczy bowiem istotnych obszarów funkcjonowania człowieka w wielu systemach i kontekstach. Prezentowane w niniejszym tomie teksty proponują m.in. analizę fenomenu prężności jako predyktora prawidłowego rozwoju i zdrowia psychicznego, szczególnie w interesującej teoretycznie i praktycznie odsłonie zagadnienia prężności rodzinnej. Raportowane badania dotyczą także poczucie szczęścia i sensu życia rodziców wychowujących dzieci w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa, a także transmisji międzypokoleniowej w różnorodnie spostrzeganych przez wnuki relacjach z własnymi dziadkami.

Ważne kwestie związane z opieką zdrowotną w interesujący sposób wiążą się ze zmianami legislacyjnymi promującym model leczenia środowiskowego. Dotyczą one również zmian cywilizacyjnych powiązanych z kwestiami estetycznymi, analizowanymi w kontekście akceptacji estetycznych preferencji personelu medycznego. Zjawiska estetyczno-kulturowe są także przedmiotem badań w zakresie percepcji sztuki współczesnej w kontekście psychologicznych zasobów osobowych. Propozycje praktyczne wskazują na możliwości wykorzystania sztuki filmowej w działaniach terapeutycznych oraz na efektywność wczesnej interwencji realizowanej wobec dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi, która uzależniona jest także od właściwego poziomu wiedzy przyszłych profesjonalistów. Problematyka zdrowia

traktowana jest również, co szczególnie interesujące, w perspektywie międzykulturowej – ukazującej podobieństwa w zakresie wrażliwości na odrzucenie ze względu na wygląd fizyczny u rzadko porównywanych dotychczas grup badanych z Polski i Kenii.

Oddając niniejszy numer do rąk Czytelników mamy zatem nadzieję, że dzięki wspomnianej różnorodności merytorycznej i formalnej publikowanych artykułów każdy z Państwa znajdzie w nim dla siebie coś interesującego.

W imieniu Redakcji
Joanna Kossewska

From the Editor

The current issue of *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica* can be characterized by a large variety of published articles, differentiated in form and substantive content. Carefully planned empirical experiments, research reports using questionnaire methods, as well as case studies, can be found. The issue's diverse collection also consists of articles presenting interesting theoretical-problem analyses of the psychological phenomena referring to classical scientific theories, still valid and creatively developing, or to contemporary interpretative proposals and reviews based on published literature.

The volume's content refers to the multiplicity and complexity of the topics covered in the presented papers, however the common ground is the phenomenon of *health*, subjectively experienced or empirically measured, and interpreted in the context of cultural differences. The subject matter of the articles deals with important areas of human functioning, analysed in different systems and context perspectives. The papers presented in this volume propose an analysis of the phenomenon of *resilience*, as a predictor of both typical and successful development, as well as mental health, especially demonstrated in the theoretical and practical alteration of *family resilience*. The volume's research also concerns the sense of life and happiness, experienced by parents bringing up children in early and middle childhood, as well as *transgenerational transmission*, as subjectively perceived by grandchildren through their relationships with their grandparents.

The volume's core issues are related to healthcare and follow the legislative changes promoting the *community psychiatry model*, as well as civilization changes regarding aesthetic issues, analysed in the context of the patient's preference and acceptance of medical personnel. The aesthetic and cultural phenomena is a fundamental research topic in the field of contemporary art perception, in the context of psychological personal resources. Practical suggestions concern the use of film art in therapeutic treatment and the effectiveness of early intervention for children with neurodevelopmental disorders. Health issues, which is particularly interesting, are also analysed from an intercultural perspective, showing similarities in the sensitivity to rejection due to physical appearance, in rarely compared groups from Poland and Kenya.

Passing this volume onto our readers, we hope that the substantive and formal diversity of the published articles will provide everyone with interesting and engaging content.

On behalf of the Journal Editors

Joanna Kossewska

*Łukasz Krzywoszański¹**Radosława Herzog-Krzywoszańska*

Katedra Psychologii, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Różnice indywidualne w funkcjonalnej strukturze czynności. Analiza teoretyczna z perspektywy teorii czynności i regulacyjnej teorii temperamentu

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie teoretycznej analizy różnic indywidualnych w funkcjonalnej strukturze czynności. Jako punkt wyjścia zaprezentowano charakterystykę struktury czynności pod względem formalnym, modalnym i funkcjonalnym, zaproponowaną w Teorii Czynności Tadeusza Tomaszewskiego. Następnie omówiono rozróżnienie na czynności pomocnicze i zasadnicze, z uwzględnieniem w oparciu o źródła pochodzące z klasycznych prac dotyczących neurofizjologii i etologii. Przybliżono także zakładane w Teorii Czynności rodzaje czynności pomocniczych: przygotowawcze, kontrolne, korekcyjne i zabezpieczające. Następnie opisano wyniki badań nad zakładanymi w Regulacyjnej Teorii Temperamentu związkami reaktywności z różnicami między ludźmi w sposobie wykonywania czynności. Przedstawiono także dyskusję dotyczącą pojęcia „styl działania” i formalnego statusu różnic indywidualnych w funkcjonalnej strukturze działania. Na koniec sformułowano wnioski o potrzebie ustalenia czy różnice te charakteryzują się transsytuacyjną stałością i stabilnością czasową. Zwrócono także uwagę na znaczenie dla dalszych badań prac nad opracowaniem narzędzi kwestionariuszowych do badania różnic indywidualnych pod względem udziału czynności pomocniczych w stosunku do czynności zasadniczych w działaniu.

Słowa kluczowe: Teoria Czynności, Regulacyjna Teoria Temperamentu, różnice indywidualne, funkcjonalna struktura czynności, styl działania, czynności zasadnicze, czynności pomocnicze, zachowania apetytywne, reakcje konsumacyjne

Individual differences in the functional structure of action: theoretical analysis from the perspective of the Theory of Action and the Regulative Theory of Temperament

1 Adres do korespondencji: lukasz.krzywoszanski@up.krakow.pl; radoslawa.herzog-krzywoszanska@up.krakow.pl

Abstract

The aim of the article is to present a theoretical analysis of individual differences in the functional structure of actions. As a starting point, the formal, modal, and functional structure of actions proposed in Tadeusz Tomaszewski's Theory of Action are shown. Then, the distinction between auxiliary and basic actions is outlined, with reference to sources in classical works on neurophysiology and ethology. The types of auxiliary actions – as they are conceptualised within the framework of the Theory of Action, i.e. preparatory, controlling, corrective, and protective – are also described. Next, the results of research on the relationship between reactivity and the differences in how people perform actions, as seen by the Regulatory Theory of Temperament, are outlined. A discussion is also presented regarding the concept of “style of action” and the formal status of individual differences in the functional structure of actions. Finally, a conclusion is drawn on the need to determine whether these differences are characterized by transsituational consistency and temporal stability. The importance for further research in developing questionnaire tools, to study individual differences in the share of auxiliary and basic actions in activity, is emphasised.

Keywords: Theory of Action, Regulative Theory of Temperament, individual differences, functional structure of temperament, style of activity, basic actions, auxiliary actions, appetitive behaviors, consummatory reactions

Wprowadzenie

Działania uznaje się za złożone i wykonywane intencjonalnie formy aktywności, które są charakterystyczne zwłaszcza dla człowieka (Barbier, 2016). W Teorii Czynności sformułowanej przez Tadeusza Tomaszewskiego (1963) pojęcie „działanie” odnosi się do sposobu regulowania stosunków jednostki z otoczeniem, polegającego na jego czynnym przekształcaniu za pomocą wykonywania czynności, czyli zachowań celowych charakteryzujących się ukierunkowaniem i zorganizowaniem. Struktura tak rozumianych czynności może być analizowana pod względem formalnym, modalnym i funkcjonalnym (Tomaszewski, 1966). Struktura formalna czynności opisuje porządek czasowo-przestrzenny wykonywanych operacji i logiczne zależności między nimi. Porządek ten może przyjmować takie formy jak szeregowy (liniowy), rozgałęziony lub cykliczny. Struktura modalna czynności pozwala na wyróżnienie czynności opartych na odmiennych rodzajach operacji elementarnych, przykładowo: wegetatywnych, motorycznych, sygnałowych (w tym werbalnych) i umysłowych.

Z punktu widzenia badań nad różnicami indywidualnymi w zakresie struktury czynności najbardziej interesująca wydaje się struktura funkcjonalna. Strukturę funkcjonalną czynności można scharakteryzować w oparciu o analizę związków funkcjonalnych między jej elementami składowymi. Ze względu na odmienną rolę poszczególnych składników czynności w kształtowaniu wyniku działania, w strukturze zachowań celowych wyróżnione

zostały dwa odrębne rodzaje czynności: pomocnicze i zasadnicze (inaczej właściwe lub wykonawcze). Czynności pomocnicze prowadzą do osiągnięcia wyniku działania w sposób pośredni, poprzez modyfikowanie warunków wykonywania i przebiegu czynności zasadniczych, czyli takich, które bezpośrednio kształtują wynik działania (Materska, 1972; Tomaszewski, 1966).

Neurofizjologiczne i etologiczne źródła rozróżnienia czynności pomocniczych i zasadniczych

Tomaszewski (1966) proponując w swojej Teorii Czynności rozróżnienie czynności na pomocnicze i zasadnicze nawiązał do wprowadzonego w neurofizjologii przez Charlesa Scotta Sherringtona¹ (1906) podziału reakcji motorycznych organizmu na wstępne lub poprzedzające (*anticipatory or precurrent*) i finalne lub konsumacyjne (*final or consummatory*). Wallace Craig, autor jednych z pierwszych prac dotyczących etologii, przedstawił na gruncie nauk behawioralnych kilkanaście lat od pierwszego wydania słynnego dzieła Sherringtona podobne rozróżnienie pojęciowe (Craig, 1917, 1918), obejmujące zachowania apetytywne (*appetitive behaviors*) i reakcje konsumacyjne (*consummatory reactions*). Zgodnie z tym rozróżnieniem w wielu formach zachowania zwierząt wzorce reakcji ruchowych zmierzających do osiągnięcia istotnych z biologicznego punktu widzenia celów (np. pozyskiwanie pokarmu) tworzą określone sekwencje, złożone z etapów następujących po sobie w stałej kolejności. Wcześniejsze bądź początkowe etapy takich sekwencji behawioralnych określa się jako zachowania apetytywne. Reakcja konsumacyjna, co oznacza dosłownie „spełniająca” (od łacińskiego *consummare* – spełniać, dopełniać) stanowi fazę finalną pełnego cyklu zachowań. Zapewnia ona zrealizowanie biologicznie ważnego celu, do którego zmierzała sekwencja behawioralna i prowadzi do jej zakończenia (Ball & Balthazart, 2008; Hilliard, Domjan, Nguyen & Cusato, 1998). Przykładem zachowań apetytywnych u drapieżników może być przeszukiwanie otoczenia, tropienie, skradanie się, pogoń za ofiarą itp. a przykładem reakcji konsumacyjnej odgryzanie i połykanie kęsów pokarmu. Do rozwinięcia i rozpowszechnienia w naukach behawioralnych (głównie etologii i psychologii) obu pojęć wprowadzonych przez Craiga znacząco przyczyniły się prace dwóch badaczy zachowań instynktownych zwierząt: Konrada Lorenza (1950) i Nikolaasa Tinbergena² (1951).

1 Sherrington został uhonorowany w roku 1932 Nagrodą Nobla z dziedziny fizjologii lub medycyny, wspólnie z Edgarem Douglasem Adrianem „za ich odkrycia dotyczące funkcji neuronów” (Nobelprize.org, 2018b).

2 Także będących laureatami Nagrody Nobla z dziedziny fizjologii lub medycyny, przyznanej im wspólnie z Karlem von Fritzem w roku 1973 „za ich odkrycia dotyczące organizacji

Dużą zbieżność z wprowadzonym przez Tomaszewskiego (1966) rozróżnieniem czynności na pomocnicze i zasadnicze wykazuje klasyfikacja odruchów przedstawiona w wydanej rok później książce Jerzego Konorskiego (1967), wybitnego polskiego neurofizjologa i badacza procesów warunkowania. Konorski zaproponował podział odruchów w oparciu o trzy odrębne kryteria: rodzaj wywołujących je bodźców, ich roli biologicznej oraz sekwencji czasowej poszczególnych czynności. Na podstawie ostatniego z tych kryteriów wyróżnił on odruchy przygotowawcze i konsumacyjne, co jest bliskie zarówno klasyfikacji odruchów z wspomnianego już klasycznego dzieła Sherringtona, jak i rozróżnianiu czynności pomocniczych i zasadniczych w teorii Tomaszewskiego. Możliwe, że dostrzeżone podobieństwa pojęciowe w myśli obu autorów były w jakimś stopniu przejawem twórczego przenikania się ich idei naukowych, czemu mogły sprzyjać ich osobiste kontakty. Wiadomo, że Konorski i Tomaszewski współpracowali ze sobą, między innymi w pewnym okresie prowadzili wspólnie seminarium magisterskie dla studentów psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (Tomaszewski, 1996). Konorski, jak wspomina w swojej naukowej autobiografii (1977), pracował nad wspomnianą książką od 1963 roku, a oddał ją do druku trzy i pół roku później. W tym samym okresie ukazały się pierwsze prace Tomaszewskiego (1963, 1966) przedstawiające jego poglądy dotyczące struktury czynności. Za najważniejsze źródło tych zbieżności pojęciowych należy jednak uznać czerpanie przez obu autorów inspiracji z tych samych klasycznych dzieł dotyczących neurofizjologii i etologii.

Można więc uznać, że zaproponowane przez Tomaszewskiego (1966) rozróżnienie czynności na pomocnicze i zasadnicze w jego teorii czynności wyraźnie nawiązuje do sieci pojęciowej i podstaw teoretycznych wywodzących się z ważnych prac, stanowiących naukowe fundamenty neurofizjologii i nauk behawioralnych. Ramy pojęciowe wprowadzone w Teorii Czynności Tomaszewskiego wykraczają jednak poza odruchowe formy aktywności układów neurofizjologicznych i instynktowne reakcje obserwowane u zwierząt. Obejmują one właściwy współczesnej psychologii poziom aktywnego regulowania przez człowieka jego stosunków z otoczeniem, za pomocą podejmowanych w sposób zamierzony złożonych i ukierunkowanych działań celowych (Materska, 2002, 2015; Ratajczak, 2015).

Funkcjonalna struktura czynności jako przedmiot teorii i badań psychologicznych

Tomaszewski (1966) wyróżnił czynności przygotowawcze, kontrolne, korekcyjne i zabezpieczające, jako różne rodzaje czynności pomocniczych. Czynności przygotowawcze obejmują organizowanie wstępnych warunków

i wzbudzania indywidualnych i społecznych wzorców zachowań” (Nobelprize.org, 2018c).

wykonywania czynności zasadniczych. Czynności zabezpieczające (obronne) polegają na zapobieganiu i aktywnym przeciwdziałaniu potencjalnym błędom i zakłóceniom w przebiegu działania oraz jego niekorzystnym skutkom (np. wypadkom, urazom, awariom). Funkcją czynności kontrolnych jest ustalanie czy przebieg czynności zasadniczych jest prawidłowy i czy uzyskany wynik działania jest zbliżony z wynikiem oczekiwanym. Czynności korekcyjne obejmują modyfikowanie wykonywanych czynności zasadniczych w przypadku ich niewłaściwego przebiegu lub efektu.

Biorąc pod uwagę znaczącą rolę osobowości w działaniu człowieka (Leontiew, 1977; Nuttin, 1968) warto postawić także pytanie o istnienie różnic indywidualnych w zakresie funkcjonalnej struktury czynności. Teoria Czynności Tomaszewskiego (1966) stanowi dobry punkt wyjścia do poszukiwań w tym obszarze.

Badania nad różnicami indywidualnymi w zakresie funkcjonalnej struktury czynności określonej na podstawie teorii Tomaszewskiego prowadził w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku Jan Strelau z zespołem (Strelau, 1985). W badaniach tych poszukiwano związków reaktywności z ilością wykonywanych czynności zasadniczych i pomocniczych. Udział obu rodzajów czynności u osób badanych określanych był głównie na podstawie metod obserwacyjnych, w warunkach naturalnych lub eksperymentalnych. Występowanie różnic indywidualnych w sposobie wykonywania czynności wykazano w wielu badaniach.

W sytuacjach zawodowych, edukacyjnych i laboratoryjnych wysoka reaktywność wiązała się z większym udziałem w działaniu czynności pomocniczych, w porównaniu do czynności zasadniczych. Wśród pracowników zakładu FSO obsługujących proces produkcji odlewów część wykonywała istotnie więcej czynności pomocniczych, jak np. przygotowanie stanowiska roboczego, zapasowych elementów, kontrola dopływu powietrza i trwały one dłużej niż u pozostałych osób badanych (Strelau, 1974a). Także badania pracy kierowców taksówek ujawniły, że część z nich poświęcało istotnie więcej czasu na czynność pomocniczą jaką było samodzielne dokonywanie przeglądu technicznego auta pomimo tego, że stan pojazdów był regularnie kontrolowany przez mechaników w przedsiębiorstwie (Strelau, 1974a). Różnice indywidualne w zakresie funkcjonalnej struktury czynności stwierdzono również w badaniach laboratoryjnych. Osoby odgrywające rolę agentów ubezpieczeniowych szacujących wysokość odszkodowania dla klienta zostały poinformowane, że przez naciśnięcie przycisku „system” mogą sprawdzać, czy system komputerowy nie jest przeciążony oraz zapobiec zakłóceniom w jego pracy poprzez naciśnięcie przycisku „pierwszeństwo”. Część badanych statystycznie istotnie częściej naciskała oba przyciski i częściej wykonywała czynności pomocnicze takie jak przygotowanie papieru i innych

przyborów do sporządzania notatek (Strelau, 1985). Przeprowadzono także badania nad różnicami w sposobie wykonywania zadań w sytuacji szkolnej. Uczniowie szkoły średniej mieli nauczyć się anatomii ludzkiej wątroby, korzystając z przygotowanego dla nich tekstu. Mogli robić notatki, streszczenia, podkreślenia, rysować schematy, dzielić tekst na części i przepisywać trudniejsze fragmenty. Nie wykazano różnic w efektywności uczenia się, natomiast ujawniły się różnice w organizacji struktury czynności. Część badanych wykazała przewagę w wykonywaniu 8 z 10 czynności pomocniczych, przy czym różnice były istotne statystycznie lub występowały w postaci tendencji (Strelau, 1985). Friedensberg (1983, 1985) badała różnice funkcjonalne w sposobie ułożenia Sześcianu Linka u chłopców w wieku 10–16 lat oraz jego uproszczonej wersji: Teście Czerwonych Klocków u chłopców w wieku 6–8 lat. W obu grupach wiekowych u osób wysoko reaktywnych zaobserwowana liczba czynności pomocniczych okazała się większa w porównaniu do czynności zasadniczych.

W przytoczonych powyżej badaniach w sposób zbieżny z oczekiwaniami Strelaua (1974, 1985) u osób wysoko reaktywnych obserwowano przeważnie większą ilość wykonywanych czynności pomocniczych. Zgodnie z twierdzeniami Regulacyjnej Teorii Temperamentu osoby wysoko reaktywne charakteryzują się dużą wrażliwością i niską odpornością. Zachowaniu przez nie optymalnego poziomu pobudzenia sprzyja niski bądź umiarkowany poziom wartości stymulacyjnej wykonywanych działań i sytuacji w jakich przebiegają. Osoby wysoko reaktywne preferują zatem wykonywanie większej ilości czynności pomocniczych, gdyż ochraniając lub upraszczając czynności zasadnicze służą one zmniejszeniu ich wartości stymulacyjnej lub wartości stymulacyjnej sytuacji, w których są wykonywane. Prowadzi to do ograniczania ryzyka niepowodzenia podczas wykonywania zadania, zwłaszcza w sytuacjach trudnych. Taki sposób wykonywania czynności sprzyja więc utrzymaniu przez osoby wysoko reaktywne optymalnego poziomu pobudzenia. Służy przez to utrzymaniu dużej efektywności działania, lub zmniejszaniu kosztów psychofizjologicznych aktywności wykonywanej w warunkach o wartości stymulacyjnej na poziomie nieoptymalnym z punktu widzenia możliwości temperamentalnych jednostki.

Wyniki przytoczonych wyżej badań prowadzą do wniosku, że zarówno w aktywności edukacyjnej, jak i w warunkach pracy zawodowej lub jej laboratoryjnej symulacji można zaobserwować wyraźne różnice między osobami badanymi pod względem funkcjonalnej struktury wykonywanych przez nich czynności. Należy także podkreślić, że Teoria Czynności Tomaszewskiego miała dużo szersze znaczenie dla badań nad związkiem sposobu wykonywania czynności z cechami temperamentu niż tylko wprowadzenie rozróżnienia czynności pod względem pełnionych przez nie funkcji na pomocnicze i zasadnicze

oraz określenie rodzajów czynności pomocniczych. Przede wszystkim myśl Tomaszewskiego stanowiła ważne podwaliny teoretyczne wielu głównych tez Regulacyjnej Teorii Temperamentu (Strelau, 1975, 2002), w tym przyjętego w jej ramach sposobu rozumienia pojęcia temperamentu, konceptualizacji wyróżnionych cech temperamentalnych (Strelau, 1974b) i określenia ich znaczenia funkcjonalnego w regulacji zachowania i funkcjonowania psychicznego.

Status formalny różnic indywidualnych w funkcjonalnej strukturze czynności

W badaniach nad funkcjonalnym znaczeniem cech temperamentalnych prowadzonych przez zespół Strelaua (1985) wykazano, że w sposobie wykonywania określonych czynności zachodzą między ludźmi wyraźne różnice. Polegają one na zróżnicowaniu udziału czynności pomocniczych w stosunku do czynności zasadniczych u osób nisko- i wysoko reaktywnych, w sposób zgodny z przewidywaniami Regulacyjnej Teorii Temperamentu. Zagadnieniem zasługującym na głębszą analizę pozostaje formalny status tych różnic. Poniżej zostanie przedstawione omówienie tego problemu, wraz z uwagami dotyczącymi kwestii terminologicznych.

Zaobserwowane prawidłowości dotyczące zróżnicowania osób badanych pod względem funkcjonalnej struktury wykonywanych przez nie czynności początkowo opisywano posługując się pojęciem „styl pracy” (Friedensberg, 1983, 1985; Nosarzewski, 1974, 1977; Strelau, 1970). Pojęcie to pochodzi z prac psychologów radzieckich (np. Bajmietow, 1971; Suchariewa, 1971), którzy zajmowali się funkcjonalnym znaczeniem temperamentu. W swoich badaniach odnosili się oni do wyróżnionych przez Iwana Pawłowa³ (1923/1952) typów temperamentu i podstawowych cech układu nerwowego (takich jak siła procesu pobudzenia, siła procesu hamowania, ruchliwość i labilność procesów nerwowych) wywodzących się z jego typologii (Nebylitsyn, 1972; Teplov, 1972; Teplov & Nebylitsyn, 1966; Tiepłow, 1971). W ramach dalszych analiz zakładanych i obserwowanych wzorców struktury czynności Strelau (1985) wprowadził pojęcie stylu działania, określanego jako sposób wykonywania czynności, który jest typowy dla danej jednostki. W odniesieniu do różnic w zakresie funkcjonalnej struktury czynności wyróżnił on dwa przeciwstawne style działania: wspomagający i prostolinijny. Wspomagający styl działania przypisywany jest jednostkom wykazującym przewagę czynności pomocniczych nad zasadniczymi. Natomiast styl prostolinijny charakteryzuje osoby przejawiające przewagę

3 Pawłow otrzymał Nagrodę Nobla w 1904 roku „w uznaniu jego pracy nad fizjologią trawienia, dzięki której wiedza na temat istotnych aspektów tego zagadnienia została rozwinięta i rozszerzona” (Nobelprize.org, 2018a). Był czwartym z kolei laureatem tej nagrody z fizjologii i medycyny.

czynności zasadniczych nad pomocniczymi lub względną równowagę między nimi (Strelau, 1985, 2006).

Zgodnie z ogólnym rozumieniem pojęcia „styl” oznacza ono typowy dla podmiotu i określający go „sposób rozwijania i transformacji swych aktywności” (Barbier, 2016, s. 216). W psychologii pojęcie „styl” odnosi się przede wszystkim do sposobu funkcjonowania, który jest preferowany przez jednostkę (Matczak, 1982). Z punktu widzenia powyższych kwestii terminologicznych pojęcie „stylu działania” ujmowanego przez Strelaua jako „typowy dla danej jednostki sposób wykonywania czynności” (Strelau, 1985, s. 323) wydaje się zasadniczo trafne w odniesieniu do obserwowanych w badaniach jego zespołu różnic między osobami badanymi w funkcjonalnej strukturze wykonywanych przez nich czynności. Należy przy tym zaznaczyć, że pokrewne pojęcie, jakim są „strategie” czyli „antycypujące i finalizujące konstrukcje mentalne/dyskursywne podmiotów na temat organizacji aktywności, którą zamierzają podjąć, uwzględniające ocenę zasobów własnych oraz intencji i sposobów działania innych (...)” (Barbier, 2016, s. 214) nie jest odpowiednie do scharakteryzowania tych różnic.

Odmienne w stosunku do ujęcia Strelau’a rozumienie pojęcia „styl działania” zaproponował Tadeusz Mądrzycki (2002). Uznał on że „styl działania przejawia się w specyficznych dla jednostki, względnie stałych, formalnych właściwościach planowania działania (ustalania celów, etapów jego realizacji, sposobów, itp.), jego realizacji oraz kontroli i oceny (sprzężenie zwrotne)” (Mądrzycki, 2002, s. 193). Rozumienie to w naszej ocenie wydaje się jednak bliższe znaczeniu pojęcia „strategia”, niż pojęcia „styl”.

We współczesnych opracowaniach dotyczących psychologii różnic indywidualnych przyjmuje się, że pojęcie styl oznacza względnie stałe różnice indywidualne w przebiegu określonych procesów, zachowań lub danej formy aktywności (Strelau, 2014) i jest zbliżone do pojęcia cechy. Podobnie ujmuje pojęcie „styl” Wieczorkowska-Wierzbińska (2011), przyjmując, że są nim stałe preferencje osoby, które można traktować jako jej cechę⁴. W związku z tym do uznania, że zaobserwowane różnice w funkcjonalnej strukturze czynności mają status stylu należałoby wykazać, że spełniają one przynajmniej dwa podstawowe kryteria formalne: transsytuacyjną stałość i stabilność czasową. Do spełnienia pierwszego z nich wymagane jest stwierdzenie spójności w sposobach funkcjonowania jednostki obserwowanych w różnych sytuacjach i w różnych obszarach jej aktywności. Natomiast spełnienie kryterium stabilności czasowej ocenia się na podstawie stopnia zbieżności sposobów funkcjonowania w dłuższych interwałach czasowych

4 Wyróżnia ona jednak odmienne niż Strelau (1985) style działania: liczbę zadań realizowanych równoległe oraz precyzję reprezentacji poznawczych celu i sposobu działania, tworzącą wymiar punktowość *versus* przedziałowość (Wieczorkowska-Wierzbińska, 2011).

(np. kilkutygodniowych lub kilkumiesięcznych) w badaniach typu test-retest. Ponadto w odniesieniu do różnic indywidualnych mierzonych w sposób samoopisowy za pomocą kwestionariuszy często zwraca się też uwagę na kolejne kryterium, czyli „obserwowalność”. Jest ona rozumiana jako zgodność danych samoopisowych z oceną przejawów funkcjonowania osób badanych przez inne osoby (np. ich współmałżonków lub współpracowników), czyli z tak zwanym szacowaniem. Stwierdzone w badaniach zespołu Strelau'a różnice w funkcjonalnej strukturze czynności były rejestrowane jednorazowo i tylko w jednym rodzaju sytuacji. Ponadto nie weryfikowano zbieżności między samoopisem i szacowaniem dla tych różnic. Ze względu na to należy więc uznać, że spełnianie powyższych kryteriów przez styl działania traktowany jako jeden z wymiarów różnic indywidualnych nie zostało dotąd wykazane. Wynika to głównie z ujmowania w dotychczasowych badaniach stylu działania jako jednego z obszarów znaczenia funkcjonalnego cech temperamentalnych, a nie jako odrębnego obszar różnic indywidualnych, a także z ograniczeń zastosowanej metodologii wcześniejszych badań.

Uwagi metodologiczne i wnioski

Ustalenie czy względny udział czynności pomocniczych w stosunku do czynności zasadniczych spełnia wymienione wyżej kryteria formalne będzie miało ważne znaczenie dla dalszych badań nad różnicami indywidualnymi w zakresie funkcjonalnej struktury czynności. Podobnie jak w przypadku innych wymiarów różnic indywidualnych obejmujących preferowane sposoby funkcjonowania należy oczekiwać, że ważną rolę w badaniach nad różnicami indywidualnymi w funkcjonalnej strukturze czynności będą pełnić metody kwestionariuszowe.

Zastosowanie w badaniach różnic indywidualnych w funkcjonalnej strukturze działania metody kwestionariuszowej pozwoli zrealizować kilka ważnych celów badawczych. Po pierwsze pozwoli na ustalenie, czy wykazują one transsytuacyjną stałość. Można będzie na ten temat wnioskować na podstawie wartości odpowiednich miar statystycznych wyrażających zbieżność odpowiedzi udzielanych na pozycje inwentarza dotyczące sposobu działania w różnych sytuacjach. Po drugie na podstawie określenia zbieżności wyników z badań kwestionariuszowych uzyskanych w podejściu test-retest w dłuższych odstępach czasu możliwe będzie ustalenie, czy różnice te charakteryzują się stabilnością czasową. Po trzecie w oparciu o ocenę stopnia zgodności wyników badań kwestionariuszowych prowadzonych w formie samoopisu i szacowania będzie można wnioskować o tym, czy różnice te są obserwowalne z perspektywy innej osoby. Dzięki temu możliwe będzie ustalenie, czy zakładany w pojęciu „styl działania” typowy dla danej

jednostki sposób wykonywania czynności, spełnia formalne kryteria stylu, jako jednej z kategorii różnic indywidualnych.

Kolejną korzyścią uzyskaną dzięki stosowaniu metod kwestionariuszowych do badania stylu działania będzie możliwość uchwycenia różnic indywidualnych w tym zakresie ujawniających się na wyższym, molarnym, poziomie organizacji zachowania. Nie pozwalają zapewnić tego metody obserwacyjne, gdyż dostarczają one danych z niższego poziomu organizacji zachowania, określanego jako molekularny. Uzyskiwanie za pomocą kwestionariusza wskaźników stylu działania opartych na danych samoopisowych będzie się odnosić do tego samego, wyższego poziomu organizacji zachowania, co kwestionariuszowe miary cech temperamentu. Dzięki temu możliwe będzie określanie typowej dla ogólnego funkcjonowania danej osoby konfiguracji jej stylu działania i charakterystyk temperamentalnych.

Pierwszą próbę skonstruowania narzędzia kwestionariuszowego do badania stylu działania (Krzywoszański, Herzog-Krzywoszańska, 2009) można uznać za zachęcającą. Obecnie prowadzone są dalsze prace badawcze nad konstrukcją inwentarza do pomiaru udziału czynności pomocniczych w działaniu, prowadzone w oparciu o teorię Tomaszewskiego (1966). Przebieg i wstępne wyniki tych prac były ostatnio przedstawiane w formie wystąpienia konferencyjnego (Krzywoszański, Herzog-Krzywoszańska, 2018). Będą one przedmiotem osobnego opracowania.

W myśli Tomaszewskiego szczególne ważne znaczenie odgrywa kwestia użyteczności teorii i badań psychologicznych, zwłaszcza w odniesieniu do możliwości ich wykorzystywania dla kierowania ludzkim działaniem w sposób służący czynienia ludzkiego życia lepszym. Wydaje się, że tak rozumianą użyteczność może potencjalnie wykazywać także funkcjonalna analiza struktury czynności, rozszerzona zgodnie z podejściem Strelau'a o aspekt różnic indywidualnych i dokonywana w oparciu o pomiar za pomocą samoopisowego narzędzia kwestionariuszowego. Jednym z obszarów, dla którego można oczekiwać użyteczności badań nad różnicami indywidualnymi w funkcjonalnej strukturze czynności jest lepsze rozumienie mechanizmów funkcjonowania człowieka w sytuacjach trudnych, działania w warunkach zwiększonych obciążeń, radzenie sobie ze stresem i przystosowywania się do warunków mogących poważnie zaburzać równowagę między jednostką a otoczeniem. Wydaje się, że styl działania w określonych konfiguracjach z cechami temperamentu może odegrać w tym zakresie znaczącą rolę, dzięki modyfikowaniu wartości stymulacyjnej działania i sytuacji. Może dzięki temu chronić jednostkę przed przestymulowaniem i nadmiernym wzrostem poziomu pobudzenia lub stanowić czynnik ryzyka zaburzeń pojawiających się w jego następstwie. Ponadto styl działania może pełnić ważną rolę w kształtowaniu sposobów gospodarowania zasobami, szczególnie w warunkach gdy są one narażone

na uszczuplenie. Jako przykłady potencjalnych obszarów zastosowań tej perspektywy badawczej można podać adaptację pacjentów do trwałej utraty zdrowia lub sprawności, pracę w służbach ratowniczych, udział żołnierzy w działaniach bojowych, wyczynowe uprawianie sportu, pełnienie funkcji kierowniczych związanych z narażeniem na przeciążenie informacyjne, działaniem w warunkach niepewności i doświadczaniem dużej presji czasowej.

Jako następny obszar możliwych zastosowań badań nad różnicami indywidualnymi w funkcjonalnej strukturze czynności można wskazać rolę dopasowania stylu działania do cech temperamentalnych i wymogów sytuacyjnych w kształtowaniu psychologicznych komponentów jakości życia. Można oczekiwać, że czynniki te powinny wykazać znaczenie zarówno dla wyznaczania poczucia satysfakcji z życia w ujęciu hedonistycznym, jak i dla realizowania swojego osobistego potencjału twórczego, postulowanego w podejściu eudajmonistycznym. Zgodność stylu działania z cechami temperamentu i wymaganiami otoczenia powinna sprzyjać kształtowaniu wysokiej jakości życia, podczas gdy niedopasowane konfiguracje tych czynników mogą przyczynić się do jego obniżania. Za kolejny obszar potencjalnej użyteczności tego problemu badawczego można uznać rolę stylu działania w powstawaniu zjawisk psychopatologicznych, takich jak zaburzenia zachowania i zaburzenia osobowości. Przykładowo można stawiać pytania, czy zwiększony udział czynności pomocniczych w działaniu charakteryzuje osoby z problemami o charakterze lękowym lub obsesyjno-kompulsywnym, a ich niedobór – osoby ze skłonnościami do podejmowania nadmiernego ryzyka. Ponadto badania nad zgodnością (lub komplementarnością) stylów działania u osób należących do określonych grup społecznych mogą pozwolić na lepsze rozumienie ich wzajemnych relacji i funkcjonowania, szczególnie w działaniach wykonywanych wspólnie lub przebiegających w warunkach wzajemnych interakcji. Przykładowo można tu wymienić możliwe znaczenie wzajemnego dopasowania stylu działania u współmałżonków, rodziców i dzieci, nauczyciela i uczniów, zwierzchnika i podwładnych, lidera organizacji i jej członków, trenera i zawodników. Przedstawione wyżej wybrane przykłady obszarów możliwej użyteczności badań nad różnicami indywidualnymi w funkcjonalnej strukturze czynności wskazują, że podjęty przez nas temat może mieć liczne i rozległe pola zastosowań w psychologii. Uwzględnianie stylu działania powinno okazać się pomocne w badaniach naukowych nad psychologicznymi uwarunkowaniami funkcjonowania ludzi w różnych sferach życia, a także wielu formach praktycznej działalności psychologów.

Bibliografia

Bajmietow, A. K. (1971). Niektóre czynniki indywidualnego stylu pracy szkolnej uczniów klas wyższych uwarunkowane siłą procesu pobudzenia. W: J. Strelau (red.), *Zagad-*

- nienia psychologii różnic indywidualnych: prace psychologów radzieckich (s. 132–164). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Ball, G. F. & Balthazart, J. (2008). How useful is the appetitive and consummatory distinction for our understanding of the neuroendocrine control of sexual behavior? *Hormones and Behavior*, 53(2), 307–311. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2007.09.023> (dostęp 20.10.2018).
- Barbier, J. M. (2016). *Leksykon analizy aktywności: konceptualizacje zwyczajowych pojęć*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Craig, W. (1917). Appetites and Aversions as Constituents of Instincts (abstract). *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 3(12), 685–688. <https://doi.org/10.1073/pnas.3.12.685> (dostęp 15.09.2018).
- Craig, W. (1918). Appetites and Aversions as Constituents of Instincts. *The Biological Bulletin*, 34(2), 91–107. <https://doi.org/10.2307/1536346> (dostęp 15.09.2018).
- Friedensberg, E. (1983). Niektóre wyznaczniki indywidualnego stylu pracy w aspekcie rozwojowym. *Psychologia Wychowawcza*, 26(3), 257–267.
- Friedensberg, E. (1985). Reactivity and individual style of work exemplified by constructional type task performance: A developmental study. In J. Strelau, F. H. Farley & A. Gale (Eds.), *The biological bases of personality and behavior: Theories, measurement techniques, and development* (s. 241–253). Washington – London: Hemisphere Publishing Corporation.
- Hilliard, S., Domjan, M., Nguyen, M., & Cusato, B. (1998). Dissociation of conditioned appetitive and consummatory sexual behavior: Satiation and extinction tests. *Animal Learning and Behavior*, 26(1), 20–33. <https://doi.org/10.3758/BF03199159> (dostęp 15.09.2018).
- Konorski, J. (1967). *Integrative activity of the brain: an interdisciplinary approach*. Chicago: University of Chicago Press.
- Konorski, J. (1977). Autobiografia. *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki*, XXII (2), (s. 215–250).
- Krzywoszański, Ł., Herzig-Krzywoszańska, R. (2009). Styl działania a zachowania prozdrowotne u młodych dorosłych. W: K. Turowski (red.), *Wpływ stylu życia na dobrostan i powrodozenie* (s. 133–140). Lublin: Neurocentrum.
- Krzywoszański, Ł., Herzig-Krzywoszańska, R. (2018, czerwiec). Weryfikacja trafności treściowej wstępnej puli pozycji kwestionariuszowych wersji eksperymentalnej skali czynności pomocniczych na podstawie ocen sędziów kompetentnych. Plakat konferencyjny przedstawiony w ramach *Ogólnopolskiej Interdyscyplinarnej Konferencji Naukowej: „Stymulacja i wspomaganie rozwoju człowieka w biegu życia”*. Kraków.
- Leontiew, A. N. (1977). Działalność a osobowość. W: J. Reykowski, O. W. Owczynnikowa, K. Obuchowski (red.), *Studia z psychologii emocji, motywacji i osobowości* (s. 7–57). Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Lorenz, K. (1950). The comparative method in studying innate behaviour patterns. *Symposia of the Society for Experimental Biology: Physiological Mechanisms in animal behaviour*, IV, 221–268.
- Mądrzycki, T. (2002). *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

- Matczak, A. (1982). *Style poznawcze: rola indywidualnych preferencji*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Materska, M. (1972). *Treść przygotowania teoretycznego a struktura czynności praktycznych*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Materska, M. (2002). Teoria Czynności Tadeusza Tomaszewskiego. W: I. Kurcz, D. Kądziaława (red.), *Psychologia czynności: Nowe perspektywy* (s. 13–19). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Materska, M. (2015). Pojęcie czynności odnalezione: w przebraniu, między wierszami, w domyśle, na marginesie ... *Czasopismo Psychologiczne/ Psychological Journal*, 21(1), 39–43. <https://doi.org/10.14691/CPPJ.21.1.39>
- Nebylitsyn, V. D. (1972). *Fundamental properties of the human nervous system*. New York – London: Plenum Press.
- Nobelprize.org. (2018a). The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1904. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1904/summary/> (pobrano 17.09.2018).
- Nobelprize.org. (2018b). The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1932. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1932/summary/> (pobrano 17.09.2018).
- Nobelprize.org. (2018c). The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1973. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1973/summary/> (pobrano 17.09.2018).
- Nosarzewski, J. (1974). Styl pracy umysłowej młodzieży uwarunkowany siłą układu nerwowego. W: J. Strelau (red.), *Rola cech temperamentalnych w działaniu: Prace Zespołu Psychologii Różnic Indywidualnych Instytutu Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego* (s. 153–177). Warszawa: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Nosarzewski, J. (1977). Czynniki wpływające na styl pracy ucznia. *Przegląd Psychologiczny*, XX(3), 491–502.
- Nuttin, J. (1968). *Struktura osobowości*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Pawłow, I. P. (1923/1952). *Dwadzieścia lat badań wyższej czynności nerwowej (zachowania się) zwierząt*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Ratajczak, Z. (2015). Aktywność człowieka. Ewolucja poglądów Tadeusza Tomaszewskiego na przedmiot psychologii. *Czasopismo Psychologiczne/ Psychological Journal*, 21(1), 9–18. <https://doi.org/10.14691/CPPJ.21.1.9>
- Sherrington, C. S. (1906). *The integrative action of the nervous system*. New Haven: Yale University Press. <https://doi.org/10.1037/13798-000>
- Strelau, J. (1970). Indywidualny styl pracy ucznia a cechy temperamentalne. *Kwartalnik Pedagogiczny*, XV(3), 59–77.
- Strelau, J. (1974a). Cechy temperamentalne a styl działania. W: J. Strelau (red.), *Rola cech temperamentalnych w działaniu: Prace Zespołu Psychologii Różnic Indywidualnych Instytutu Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego* (s. 101–116). Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Strelau, J. (1974b). Koncepcja temperamentu jako poziomu energetycznego i charakterystyki czasowej zachowania. W: J. Strelau (red.), *Rola cech temperamentalnych w działaniu: Prace Zespołu Psychologii Różnic Indywidualnych Instytutu Psychologii*

- Uniwersytetu Warszawskiego* (s. 9–26). Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Strelau, J. (1975). Temperament jako jeden z regulacyjnych mechanizmów czynności. W: I. Kurcz i J. Reykowski (red.), *Studia nad teorią czynności ludzkich* (s. 65–102). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Strelau, J. (1985). *Temperament – osobowość – działanie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Strelau, J. (2002). Od teorii regulacji Tadeusza Tomaszewskiego do regulacyjnej teorii temperamentu. W: I. Kurcz i D. Kądziaława (red.), *Psychologia czynności: nowe perspektywy* (s. 34–44). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Strelau, J. (2006). *Temperament jako regulator zachowania: z perspektywy półwiecza badań*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J. (2014). *Różnice indywidualne: historia, determinanty, zastosowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Suchariewa, A. I. (1971). Problem wykorzystania właściwości indywidualnych w procesie kształtowania indywidualnego stylu pracy uczniów tokarskich. W: J. Strelau (red.), *Zagadnienia psychologii różnic indywidualnych: prace psychologów radzieckich* (s. 165–190). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Teplov, B. M. (1972). The problem of types of human higher nervous activity and methods of determining them. W: V. D. Nebylitsyn & J. A. Gray (Eds.), *Biological bases of individual behavior* (s. 1–10). New York: Academic Press.
- Teplov, B. M., & Nebylitsyn, V. D. (1966). The Study of The Basic Properties of The Nervous System And Their Significance For The Psychology of Individual Differences. *Soviet Psychology and Psychiatry*, 4(3–4), 80–85. <https://doi.org/10.2753/RP01061-040504030480> (pobrano 17.09.2018).
- Tieplow, B. M. (1971). Badanie właściwości układu nerwowego jako sposób badania psychicznych różnic indywidualnych. W: J. Strelau (red.), *Zagadnienia psychologii różnic indywidualnych: prace psychologów radzieckich* (s. 9–59). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Tinbergen, N. (1951). *The study of instinct*. New York: Clarendon Press/Oxford University Press.
- Tomaszewski, T. (1963). *Wstęp do psychologii*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Tomaszewski, T. (1966). Aktywność człowieka. W: M. Maruszewski, J. Reykowski i T. Tomaszewski (red.), *Psychologia jako nauka o człowieku* (s. 197–252). Warszawa: Książka i Wiedza.
- Tomaszewski, T. (1996). Jestem siedem lat młodszy od polskiej psychologii. *Edukacja – Studia – Badania – Innowacja*, 1(53), 89–95.
- Wieczorkowska-Wierzbińska, G. (2011). System Regulacji Stymulacji: styl działania, poziom i typ aktywności oraz temperament. W: M. Marszał-Wiśniewska i J. Strelau (red.), *Uwikłany temperament: osobowość, temperament, środowisko* (s. 71–92). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Agata Rudnik¹

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Oddział Gastroenterologiczny, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Gdańsku

Jakub Bieńkowski

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Interpretacyjna Analiza Fenomenologiczna w badaniach jakościowych w psychologii. Przegląd najnowszych badań**Streszczenie**

Interpretacyjna Analiza Fenomenologiczna (IPA) jest metodą badań jakościowych skupiającą się na zrozumieniu, w jaki sposób ludzie nadają sens swoim przeżyciom i doświadczeniom. Po raz pierwszy opisana przez Jonathana Smitha w 1996 r, obecnie znacznie zyskuje na popularności znajdując zastosowanie w psychologii klinicznej, psychoterapii czy psychoonkologii. W artykule dokonano przeglądu najnowszych badań opartych na IPA z wyszczególnieniem ich tematyki, źródeł, autorów i liczby uczestników. Pokazano także rosnącą z roku na rok liczbę publikacji wykorzystujących interpretacyjną analizę fenomenologiczną. Artykuł ukazuje możliwe zastosowania IPA w badaniach psychologicznych i udowadnia, że metodologia ta pozwala na zebranie unikatowych danych niemożliwych do pozyskania w klasycznych badaniach ilościowych.

Słowa kluczowe: Interpretacyjna Analiza Fenomenologiczna, IPA, badania jakościowe, psychologia kliniczna, psychologia zdrowia

Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology – a review of the most current studies**Abstract**

Interpretative phenomenological analysis (IPA) is a method of qualitative research focused on understanding how people give meaning to their life experiences. First described by Jonathan A. Smith in 1996, IPA is currently gaining popularity thanks to its application in clinical psychology, psychotherapy, or psycho-oncology. This article reviews the latest research based on IPA, detailing the topic, sources, authors, and number of participants. It also marks the growing number of publications using interpretive phenomenological analysis. The article shows possible application of IPA

1 Adres do korespondencji: agata.rudnik@ug.edu.pl

in psychological studies, and proves that this methodology allows for the collection of unique data, unobtainable in quantitative studies.

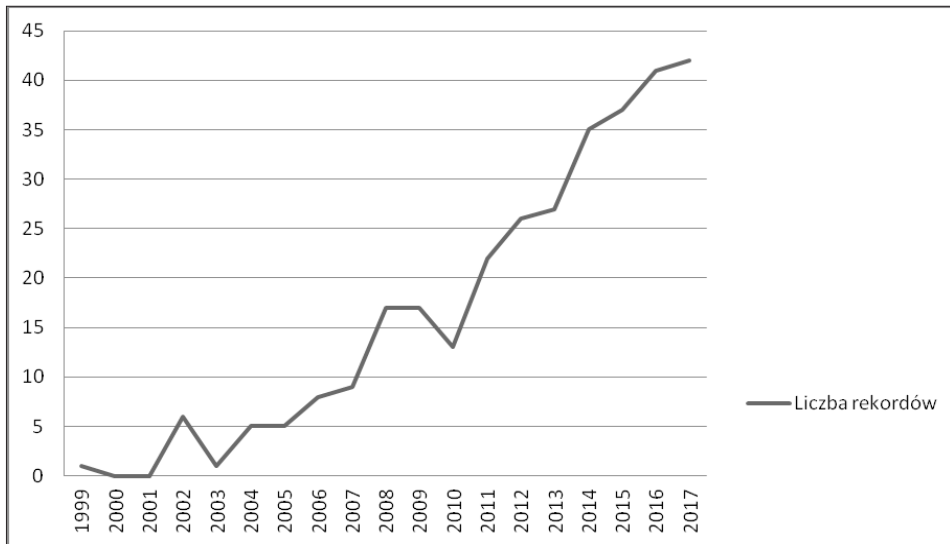
Keywords: Interpretative Phenomenological Analysis, IPA, qualitative study, clinical psychology, health psychology

Wprowadzenie

Minęło przeszło 20 lat od kiedy brytyjski psycholog Jonathan A. Smith (1996) opublikował w czasopiśmie *Psychology & Health* artykuł pt. *Beyond the divide between cognition and discourse: using Interpretative Phenomenological Analysis in health psychology*. Autor opisuje w nim podejście badawcze łączące w sobie elementy empiryczne i jakościowe. Interpretacyjna Analiza Fenomenologiczna (*Interpretative Phenomenological Analysis*, IPA) czerpie z idei fenomenologii, hermeneutyki oraz idiografii. Badacze pracujący w tym nurcie tworzą sądy dotyczące osób badanych na podstawie szczegółowej analizy sposobu, w jaki nadają one sens swoim przeżyciom i doświadczeniom (Smith, 1996; Smith & Eatough, 2012; Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Trzy lata później, w 1999 roku w książce *Qualitative Health Psychology: Theories and Methods*, ukazuje się rozdział pt. *Doing interpretative phenomenological analysis*, który Smith napisał we współautorstwie z Marią Jarman i Mikeem Osbornem. Z tego samego roku pochodzi też pierwszy artykuł indeksowany w bazie PubMed, w którym wykorzystana została metoda IPA. Jego autorzy Paul Flowers, Gaham Hart i Claire Marriot (1999) opisali tematykę ryzyka podejmowanego przez homoseksualnych mężczyzn w kontekście zdrowia seksualnego. Analizie poddali wówczas 20 pogłębionych i częściowo ustrukturyzowanych wywiadów. Całość ukazała wyzwania, jakim sprostać muszą specjaliści z zakresu psychologii zdrowia w tym m.in. podejmowanie decyzji dotyczących zachowań seksualnych. Kolejne indeksowane artykuły publikowane były od roku 2002.

Obecnie (stan na dzień 25 maja 2018 roku) baza PubMed, ogólnodostępna wersja bazy MEDLINE – serwisu tworzonego przez *National Center for Biotechnology Information* (NCBI) w Narodowej Bibliotece Medycyny w USA, zawiera 335 rekordów obejmujących badania osadzone w IPA. Zestawienie liczby publikacji z lat 1999–2017 przedstawione zostało na wykresie 1., obrazującym wzrost zainteresowania tą metodą badawczą.



Wykres 1. Liczba rekordów PubMed dotyczących IPA w latach 1999–2017

Szczególny wzrost zainteresowania badaczy Interpretacyjną Analizą Fenomenologiczną zaobserwować możemy od roku 2011. Wydaje się, że tendencja ta stanowi pewnego rodzaju trend, który utrzyma się w kolejnych latach. W połowie roku 2018 w bazie PubMed indeksowane są bowiem już 23 pozycje obejmujące badania z wykorzystaniem IPA.

Przegląd aktualnych badań

Metoda Interpretacyjnej Analizy Fenomenologicznej została opisana w języku polskim w artykule „Praktyczny przewodnik Interpretacyjnej Analizy Fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii” (Pietkiewicz & Smith, 2012). W publikacji zaprezentowane zostały m.in. zasady formułowania pytań badawczych, zasady doboru próby, sposoby gromadzenia danych i analizy materiału jakościowego (w tym wielokrotne czytanie i sporządzanie notatek, przekształcanie ich w wyodrębniające się tematy, szukanie związków i grupowanie tematów) oraz wskazówki dotyczące pisania raportów z badań IPA. Jak piszą tu Igor Pietkiewicz i Jonathan A. Smith, dla badań wykorzystujących IPA najważniejsza jest gruntowna analiza przeżyć oraz tego, w jaki sposób osoby badane nadają znaczenie swoim doświadczeniom. To właśnie te dwa elementy definiują rodzaj pytań badawczych (przytoczone przykłady: *Jak odczuwa się zazdrość? W jaki sposób ludzie podejmują decyzję o poddaniu się lub nie chemioterapii?*). Autorzy wskazują, że podstawowym założeniem tej metody jest ukazanie perspektywy wszystkich osób badanych przy jednoczesnym zachowaniu ważności poszczególnych

narracji. Stąd też próby zwykle są homogeniczne i małe, co jednak umożliwia szczegółową i czasochłonną analizę każdego przypadku. Nie istnieje żadna reguła mówiąca ilu uczestników to „liczba wystarczająca”. Ostateczna decyzja o doborze próby zależy bowiem m.in. od takich czynników, jak bogactwo uzyskanego materiału, sposób porównywania, czy też kontrastowania danych przypadków oraz ograniczenia czasowe i organizacyjne związane z dostępem do potencjalnych badanych. Główną metodą gromadzenia danych jest tu częściowo ustrukturyzowany wywiad pogłębiony. Metoda ta pozwala uzyskać bogate oraz szczegółowe narracje dotyczące badanych doświadczeń i zjawisk. Do alternatywnych metod pozyskiwania istotnego materiału badawczego zalicza się m.in. analizę listów, pamiętników lub treści rozmów prowadzonych poprzez komunikatory internetowe. Analiza zebranego materiału jakościowego z użyciem zasad IPA, zgodnie z tym, co zalecają Pietkiewicz i Smith wymaga całkowitego „zanurzenia się w dane” i podjęcia próby wejścia jak najgłębiej w sytuację osoby badanej. Celem jest tu bowiem „ukazanie sposobu, w jaki badani nadają sens zjawiskom, które są przedmiotem analizy, a następnie przedstawienie interpretacji tych zjawisk od strony badacza” (Pietkiewicz & Smith, 2012, s. 365). Istotne jest tu sporządzenie dokładnej transkrypcji wywiadu, a następnie wielokrotne jej odczytywanie i sporządzanie notatek obejmujących refleksje, obserwacje i komentarze. Badacz może skupić się na zawartości semantycznej danego materiału, kontekście, użyciu samego języka (np. występowaniu metafor) lub na wstępnych komentarzach interpretacyjnych. Istotne są także reakcje emocjonalne badanego. Autorzy mimo wszystko akcentują, że wskazówki dotyczące interpretacji mogą być traktowane przez badaczy w sposób elastyczny. Kolejnym etapem jest przekształcanie wcześniej skonstruowanych notatek w wyodrębniające się tematy. Tu badacz podejmuje próbę sformułowania bardziej związanych fraz o wyższym poziomie abstrakcji. Tematy te następnie grupowane są według podobieństwa, a każdej grupie przypisuje odpowiednią etykietę. Praca naukowa, będąca efektem przeprowadzonych analiz, zwykle obejmuje omówienie wyodrębnionych tematów, a każdy z nich ilustrowany jest odpowiednim fragmentem wypowiedzi i opatrzone komentarzem autora (Pietkiewicz & Smith, 2012).

Badacze podkreślają również „rosnącą popularność metody, która choć początkowo wykorzystywana była przede wszystkim w psychologii zdrowia, z czasem zyskała uznanie w innych dziedzinach. Obecnie IPA znajduje swoje zastosowanie m.in. w psychoterapii, psychologii klinicznej, czy psychoonkologii. O tym, jak szerokie są możliwości jej aplikacji przekonujemy się, dokonując analizy tabeli 2., w której zaprezentowano zestawienie 23 artykułów indeksowanych w bazie PubMed przez pierwsze pięć miesięcy 2018 roku. Tabela obejmuje informacje dotyczące autorów publikacji,

tytuły pozycji, tytuły czasopism, w których zostały one opublikowane, a także zamieszczono w niej dane związane z główną tematyką artykułów oraz liczbą uczestników badania. Ostatni element wydał się szczególnie istotny ze względu na zmieniające się trendy w tym zakresie. Nie milną bowiem dyskusje odnoszące się do dolnej granicy liczebności grupy w badaniach jakościowych (Smith et al., 2009; Pietkiewicz & Smith, 2012; Rudnik, 2017).

Przegląd prezentowanych publikacji warto rozpocząć od analizy tematyki, jaka została w nich podjęta. Dwa artykuły (Coleman, Chouliara, & Currie, 2018; Walsh, Ryan, & Flynn, 2018) obejmują badania dotyczące doświadczeń terapeutów i psychologów pracujących w obszarze zaburzeń osobowości lub traumy (w tym przemocy seksualnej). Znaczna część analiz wiąże się z interpretacją wywiadów przeprowadzonych wśród młodych osób, w tym ich narracji dotyczących samoookaleczania się (Wadman et al., 2018), przeżyć w chorobie przewlekłej, jaką jest cukrzyca (Pastor et al., 2018), percepcji choroby nowotworowej (Smith et al., 2018), czy wyzwani związanych z podjęciem decyzji o profilaktycznej mastektomii (Glassey, O'Connor, Ives, Saunders, & Hardcastle, 2018). Doświadczenia związane z chorobą nowotworową były tematem zainteresowań także innych badaczy, którzy skupili się na adaptacji do nowej sytuacji, samoleczeniu bólu u starszych pacjentów (Appleyard & Clarke, 2018), czy też opisali powrót do pracy osób, którym udało się pokonać raka (Brusletto, Torp, Ihlebæk, & Vinje, 2018). Wśród omawianych publikacji znajdują się również te podejmujące aktualne problemy z pogranicza psychologii zdrowia, psychologii klinicznej i psychologii międzykulturowej, jak np. prewencja samobójstw (O'Neill, Ennis, McFeeters, & Gallagher, 2018), doświadczenia weteranów wojennych (Unwin & Winder, 2018), duchowość – w tym u osób z problemami natury psychicznej (Forrester-Jones, Dietzfelbinger, Stedman, & Richmond, 2018), czy też pacjentów w opiece paliatywnej (Muishout, van Laarhoven, Wieggers, & Popp-Baier, 2018; Renz et al., 2018) oraz opieka domowa nad osobami z niepełnosprawnością intelektualną (Bright, Hutchinson, Oakes, & Marsland, 2018) i przestępstwa seksualne (Kloess, Larkin, Beech, Hamilton-Giachritsis, 2018). Część badań obejmuje psychologiczne aspekty prokreacji, jak żałoba po utracie dziecka w okresie prenatalnym (Nuzum, Meaney, & O'Donoghue, 2018), przygotowanie do ciąży kobiet z epilepsją (Lawther, Dolk, Sinclair, & Morrow, 2018) i doświadczenie opieki okołoporodowej (Larkin, 2018). Analizowane były również wywiady pogłębione z pacjentami cierpiącymi na poszczególne jednostki chorobowe, jak choroba Alzheimera i depresja (Miebach et al., 2018), czy z uszkodzeniami rdzenia kręgowego po przebytym urazie (Hall & Jones, 2018). Od początku roku 2018 wiele uwagi poświęcono również analizie przeżyć i doświadczeń rodziców dzieci z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, w tym z zespołem Downa (Docherty,

Tabela 2. Zestawienie badań wykorzystujących metodę Interpretacyjnej Analizy Fenomenologicznej indeksowanych w bazie PubMed - okres 1 stycznia - 25 maja 2018 roku (w kolejności alfabetycznej)

LP	Autorzy	Tytuł	Czasopismo	Tematyka (w oparciu o słowa kluczowe)	Liczba uczestników (przeprowadzonych wywiadów)
1.	Appleyard, S.E., Clarke, C.	An interpretative phenomenological analysis of the experiences of older people self-managing cancer pain at home	<i>Journal of Psychosocial Oncology</i>	Samoleczenie bólu w chorobie nowotworowej u osób starszych	8
2.	Baron, J., Salvador, M., Loewy, R	Experience of associative stigma in parents of adolescents at risk for psychosis	<i>Early Intervention in Psychiatry</i>	Stygmatyzacja społeczna rodziców adolescentów z zaburzeniami psychiatrycznymi, stereotypy	12
3.	Bright, N., Hutchinson, N., Oakes, P., Marsland, D	Families' experiences of raising concerns in health care services: An interpretative phenomenological analysis	<i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i>	Opieka domowa osób z niepełnosprawnością intelektualną	7
4.	Brusletto, B., Torp, S., Ihlebæk, C.M., Vinje, H.F.	A five-phase process model describing the return to sustainable work of persons who survived cancer: A qualitative study	<i>European Journal of Oncology Nursing</i>	Adaptacja do choroby nowotworowej, powrót do pracy	4 mężczyzn, 4 kobiety
5.	Carpenter, K., Wittkowski, A., Hare, D.J., Medford, E. Rust, S. Jones, S.A. Smith, D.M	Parenting a Child with Phenylketonuria (PKU): an Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) of the Experience of Parents	<i>Journal of Genetic Counseling</i>	Doświadczenie rodziców dzieci z fenylketonurią	7
6.	Coleman, A.M., Chouliara, Z., Currie, K.	Working in the Field of Complex Psychological Trauma: A Framework for Personal and Professional Growth, Training, and Supervision	<i>Journal of Interpersonal Violence</i>	Wykorzystywanie seksualne dzieci, złożona trauma psychologiczna, przemoc ze względu na płęć, zastępczy rozwój potraumatyczny	21
7.	Docherty, F., Dimond, R.	"Yeah that Made a Big Difference!": The Importance of the Relationship between Health Professionals and Fathers Who Have a Child with Down Syndrome	<i>Journal of Genetic Counseling</i>	Doświadczenie ojców dzieci z zespołem Downa i ich współpraca z pracownikami służby zdrowia	7
8.	Forrester-Jones, R., Dietzfelbinger, L., Stedman, D. Richmond, P.	Including the 'Spiritual' Within Mental Health Care in the UK, from the Experiences of People with Mental Health Problems	<i>Journal of Religion and Health</i>	Zdrowie psychiczne, wsparcie społeczne, duchowość	15

9.	Glassey, R., O'Connor, M., Ives, A., Saunders, C., Hardcastle, S.J	Influences on decision-making for young women undergoing bilateral prophylactic mastectomy	<i>Patient Education and Counseling</i>	Procesy decyzyjne, profilaktyczna mastektomia u młodych kobiet	26 kobiet po mastektomii, 20 kobiet rozważających ten zabieg
10.	Hall, R., Jones, K	The lived experience of CaudaEquina Syndrome: a qualitative analysis	<i>SpinalCord</i>	Doświadczenia osób z zespołem ogona końskiego (ang. caudaequinasyndrome) wskutek uszkodzenia końcowego odcinka rdzenia kręgowego.	11
11.	Kloess, J. A., Larkin, M., Beech, A. R., Hamilton-Giachritsis, C.E.	Case Studies of Men's Perceptions of Their Online Sexual Interactions With Young People: An Interpretative Phenomenological Analysis	<i>Sex Abuse</i>	Komunikacja internetowa, doświadczenie przestępcy, uwodzenie seksualne, nagabywanie	2
12.	Larkin, P.	Joy, guilt and disappointment: An interpretative phenomenological analysis of the experiences of women transferred from midwifery led to consultant led care	<i>Midwifery</i>	Doświadczenie porodu, opiekopolożnicza	11
13.	Lawther, L., Dolk, H., Sinclair, M., Morrow, J.	The preconception care experiences of women with epilepsy on sodium valproate	<i>Seizure</i>	Przygotowanie do ciąży u kobiet z padaczką, procesy decyzyjne	7
14.	Miebach, L., Wolfsgruber, S., Frommann, I., Fließbach, K., Jessen, F., Buckley, R., Wagner, M.	Cognitive Complaints in Memory Clinic Patients and in Depressive Patients: An Interpretative Phenomenological Analysis	<i>Gerontologist</i>	Zaburzenia poznawcze u pacjentów z depresją i w otępieniu typu Alzheimera	21 osób bez objawów zaburzeń poznawczych, 18 pacjentów z zaburzeniami pamięci, 11 osób z diagnozą depresji
15.	Muishtout, G., van Laarhoven, H. W. M., Wiegers, G., Popp-Baier, U.	Muslim physicians and palliative care: attitudes towards the use of palliative sedation	<i>Support Care Cancer</i>	Opieka paliatywna, opieka medyczna w kontekście międzykulturowym, międzykulturowa, lekarze wyznania muzułmańskiego	10

16.	Nuzum, D., Meaney, S., O'Donoghue, K.	The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study	<i>PLoS One</i>	Żałoba po uracie dziecka w okresie prenatalnym	12 matek 5 ojców
17.	O'Neill, S., Ennis, E., McFeeters, D. Gallagher, L.	Financial Sector Workers' Experiences of Managing Suicidal Clients	<i>Crisis</i>	Prewencja samobójstw wśród pracowników sektora finansowego	10
18.	Pastor, A., O'Brien, C. L., Teng, J., Conn, J. Loh, M., Collins, L., MacIsaac, R.J., Bonomo, Y.	Experiences of young adults with type 1 diabetes while using alcohol and recreational drugs: An interpretative phenomenological analysis (IPA) of semi-structured interviews	<i>Diabetes Research and Clinical Practice</i>	spożywanie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych przez młodych dorosłych z cukrzycą insulinozależną (typu I)	16
19.	Renz, M., Reichmuth, O., Bueche, D., Traichel, B., Mao, M.S., Cerny, T., Strasser, F.	Fear, Pain, Denial, and Spiritual Experiences in Dying Processes	<i>American Journal of Hospice and Palliative Care</i>	Opieka paliatywna, doświadczenie umierania, cierpienie egzystencjalne, lęki przed śmiercią, duchowość	80
20.	Smith, S., Eatough, V. Smith, J. Mihai, R., Weaver, A., Sadler, G.P.	'I know I'm not invincible': An interpretative phenomenological analysis of thyroid cancer in young people	<i>British Journal of Health Psychology</i>	percepcja choroby nowotworowej u młodych osób, potrzeba wsparcia	8
22.	Unwin, M., Winder, B.	A Qualitative Exploration of the Experiences of Veterans Who Are Serving Sentences in Custody	<i>Journal of Interpersonal Violence</i>	Weterani wojenni, przemoc, więzienie	6
23.	Wadman, R. Armstrong, M. Clarke, D., Harroe, C., Majumder, P., Sayal, K., Vostanis, P., Townsend, E.	Experience of Self-Harm and Its Treatment in Looked-After Young People: An Interpretative Phenomenological Analysis	<i>Archives of Suicide Research</i>	Samookaleczanie się przez nastolatków doświadczenie opieki zdrowotnej przez młodych ludzi	24
24.	Walsh, C., Ryan, P., Flynn, D.	Exploring dialectical behaviour therapy clinicians' experiences of team consultation meetings	<i>Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation</i>	Osobowość borderline; dialektyczna terapia behawioralna	11

Źródło: opracowanie własne

& Dimond, 2018), rzadką chorobą genetyczną – fenyloketonurią (Carpenter et al., 2018) czy z zaburzeniami psychicznymi (Baron, Salvador, & Loewy, 2018).

Innym ważnym dla zrozumienia specyfiki relacjonowanego typu badań jest, wskazana już wcześniej, liczba uczestników poszczególnych badań. Waha się ona od 2 (mężczyźni oskarżeni o popełnienie przestępstw seksualnych w Internecie, a więc grupa do której szczególnie trudno jest dotrzeć, a tym bardziej uzyskać w niej dane z wywiadu pogłębionego) do 80 (pacjenci doświadczający procesu umierania w opiece paliatywnej). Warto zwrócić uwagę, że w części z prezentowanych badań analizowano wywiady przeprowadzone w dwóch grupach, jak np. wśród matek i ojców doświadczających żałoby po stracie nienarodzonego dziecka, pacjentów z chorobą Alzheimera i osób cierpiących na depresję, kobiet i mężczyzn, którzy wygrali walkę z nowotworem, czy kobiet, które zdecydowały się na mastektomię profilaktyczną i tych, które rozważają ten zabieg. Takie rozwiązanie pozwala na zbadanie poszczególnych zagadnień z różnych perspektyw, zapewniając dostęp do unikalnych informacji dotyczących przeżyć i doświadczeń dotyczących podobnego problemu.

Interpretacyjna Analiza Fenomenologiczna z jednej strony pozwala zebrać bogaty materiał obejmujący osobiste doświadczenia uczestników badania i sens, jaki im nadają, z drugiej jednak wiąże się z licznymi wyzwaniem. Analiza danych wiąże się tu z nieustannym manewrowaniem pomiędzy różnymi podejściami – w tym m.in. ważna jest zarówno analiza fragmentu tekstu lub też całości (Smith, Flowers & Larkin, 2009; Kacprzak, 2016). Jednocześnie jest ona czasochłonna i wymaga nie precyzji i dokładności (Pietkiewicz & Smith, 2012), a zdobyta dzięki niej wiedza nie jest obiektywna. Stąd też Stemplewska-Żakowicz (2010) poddaje dyskusji wartość naukową samych interpretacji. Autorka podkreśla, że słabością podejścia jakościowego jest niemożność uzyskania wiedzy uniwersalnej. Jak pisze – „idziemy do lekarza nie po to, by zrozumiał nasze spowodowane chorobą cierpienie, lecz by pomógł nam wyzdrowieć”. Choć trudno nie zgodzić się z tym stwierdzeniem, to jednak autentyczne wypowiedzi osób doświadczających np. przewlekłej choroby, czy będących rodzicami dziecka z niepełnosprawnością pozwala nam lepiej zrozumieć trudności, z jakimi boryka się badany (Smith & Osborn, 2008; Pietkiewicz & Smith, 2012). Przyznaje to zresztą również cytowana wcześniej Stemplewska-Żakowicz (2010).

Jaka jest przyszłość Interpretacyjnej Analizy Fenomenologicznej? Utrzymująca się tendencja wzrostu zainteresowania metodą (zgodnie z przedstawionymi danymi) pozwala wnioskować, że IPA stała się metodologią chętnie wykorzystywaną przez badaczy, a rozwiązaniem, które może

stanowić jej dopełnienie jest proponowane m.in. przez Paluchowskiego (2010) połączenie obu podejść – ilościowego i jakościowego.

Podsumowanie

Niniejszy artykuł przedstawia mnogość możliwości zastosowania jakościowej metody badań – Fenomenologicznej Analizy Interpretacyjnej. Prezentowane zestawienie artykułów indeksowanych w bazie PubMed w sposób czytelny ukazuje wzrost jej popularności w różnych dziedzinach psychologii, od psychologii zdrowia, przez psychologię kliniczną, psychoterapię i psychoonkologię aż po psychologię międzykulturową, organizacji i zarządzania, czy psychologię duchowości.

Bibliografia

- Appleyard, S. E., & Clarke, C. (2018). An interpretative phenomenological analysis of the experiences of older people self-managing cancer pain at home. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(3), 333–349. doi:10.1080/07347332.2017.1417949
- Baron, J., Salvador, M., & Loewy, R. (2018). Experience of associative stigma in parents of adolescents at risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. doi:10.1111/eip.12555
- Bright, N., Hutchinson, N., Oakes, P., & Marsland, D. (2018). Families' experiences of raising concerns in health care services: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(3), 405–412. doi:10.1111/jar.12419
- Brusletto, B., Torp, S., Ihlebæk, C.M., & Vinje, H.F. (2018). A five-phase process model describing the return to sustainable work of persons who survived cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 34, 21–27. doi:10.1016/j.ejon.2018.03.003
- Carpenter, K., Wittkowski, A., Hare, D.J., Medford, E., Rust, S., Jones, S.A., & Smith, D.M. (2018). Parenting a Child with Phenylketonuria (PKU): an Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) of the Experience of Parents. *Journal of Genetic Counseling*, 27, 1074–1086. doi:10.1007/s10897-018-0227-7
- Coleman, A.M., Chouliara, Z., & Currie, K. (2018). Working in the Field of Complex Psychological Trauma: A Framework for Personal and Professional Growth, Training, and Supervision. *Journal of Interpersonal Violence*, 886260518759062. doi:10.1177/0886260518759062
- Docherty, F., & Dimond, R. (2018). "Yeah that Made a Big Difference!": The Importance of the Relationship between Health Professionals and Fathers Who Have a Child with Down Syndrome. *Journal of Genetic Counseling*, 27(3), 665–674. doi:10.1007/s10897-017-0171-y
- Flowers, P., Hart, G., & Marriott, C. (1999). Constructing sexual health: gay men and 'risk' in the context of a public sex environment. *Journal of Health Psychology*, 4(4), 483–495. doi:10.1177/135910539900400403

- Forrester-Jones, R., Dietzfelbinger, L., Stedman, D., & Richmond, P. (2018). Including the 'Spiritual' Within Mental Health Care in the UK, from the Experiences of People with Mental Health Problems. *Journal of Religion and Health, 57*(1), 384–407. doi:10.1007/s10943-017-0502-1
- Glasse, R., O'Connor, M., Ives, A., Saunders, C., Hardcastle, S.J., & Investigators, K. (2018). Influences on decision-making for young women undergoing bilateral prophylactic mastectomy. *Patient Education and Counseling, 101*(2), 318–323. doi:10.1016/j.pec.2017.08.008
- Hall, R., & Jones, K. (2018). The lived experience of Cauda Equina Syndrome: a qualitative analysis. *Spinal Cord, 56*(1), 41–45. doi:10.1038/sc.2017.92
- Kacprzak, K. (2016). Interpretacyjna analiza fenomenologiczna. Charakterystyka podejścia i możliwości zastosowania w pedagogice/andragogice. *Rocznik Andragogiczny, 23*, 283–309.
- Kloess, J.A., Larkin, M., Beech, A.R., & Hamilton-Giachritsis, C.E. (2018). Case Studies of Men's Perceptions of Their Online Sexual Interactions With Young People: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Sex Abuse, 1079063218769031*. doi:10.1177/1079063218769031
- Larkin, P. (2018). Joy, guilt and disappointment: An interpretative phenomenological analysis of the experiences of women transferred from midwifery led to consultant led care. *Midwifery, 62*, 128–134. doi:10.1016/j.midw.2018.04.010.
- Lawther, L., Dolk, H., Sinclair, M., & Morrow, J. (2018). The preconception care experiences of women with epilepsy on sodium valproate. *Seizure, 59*, 82–89.
- Miebach, L., Wolfsgruber, S., Frommann, I., Fließbach, K., Jessen, F., Buckley, R., & Wagner, M. (2018). Cognitive Complaints in Memory Clinic Patients and in Depressive Patients: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnx208
- Muishout, G., van Laarhoven, H.W.M., Wiegers, G., & Popp-Baier, U. (2018). Muslim physicians and palliative care: attitudes towards the use of palliative sedation. *Support Care Cancer, 26*, 3701–3710. doi:10.1007/s00520-018-4229-7
- Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2018). The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. *PLoS One, 13*(1), e0191635. doi:10.1371/journal.pone.0191635
- O'Neill, S., Ennis, E., McFeeters, D., & Gallagher, L. (2018). Financial Sector Workers' Experiences of Managing Suicidal Clients. *Crisis, 39*(3), 159–165. doi:10.1027/0227-5910/a000483
- Paluchowski, W.J. (2010). Spór metodologiczny czy spór koncepcji–badania ilościowe vs jakościowe. *Roczniki Psychologiczne, 1*(13), 7–22.
- Pastor, A., O'Brien, C.L., Teng, J., Conn, J., Loh, M., Collins, L., Bonomo, Y. (2018). Experiences of young adults with type 1 diabetes while using alcohol and recreational drugs: An interpretative phenomenological analysis (IPA) of semi-structured interviews. *Diabetes Research and Clinical Practice, 141*, 47–55. doi:10.1016/j.diabres.2018.04.029
- Pietkiewicz, I., & Smith, J.A. (2012). Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne, 18*(2), 361–369.

- Renz, M., Reichmuth, O., Bueche, D., Traichel, B., Mao, M. S., Cerny, T., & Strasser, F. (2018). Fear, Pain, Denial, and Spiritual Experiences in Dying Processes. *American Journal Hospice and Palliative Care*, 35(3), 478–491. doi:10.1177/1049909117725271
- Rudnik, A. (2017). Badania jakościowe w psychologii zdrowia – dylematy młodego naukowca. W: J. Nyckowiak & J. Leśny (red.), *Badania i Rozwój Młodych Naukowców w Polsce – Społeczeństwo: psychologia i socjologii* (s. 91–96). Poznań: Wyd. Młodzi Naukowcy.
- Smith, J.A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and Health*, 11(2), 261–271.
- Smith, J.A., & Eatough V. (2012). Interpretative Phenomenological Analysis. W: G. Breakwell, J.A. Smith, & Wright, D. (red.), *Research Methods in Psychology*, Wyd.4 (s. 321–343). Londyn: Sage.
- Smith, S., Eatough, V., Smith, J., Mihai, R., Weaver, A., & S adler, G.P. (2018). I know I'm not invincible': An interpretative phenomenological analysis of thyroid cancer in young people. *British Journal of Health Psychology*, 23(2), 352–370. doi:10.1111/bjhp.12292
- Smith J.A., Flowers P., & Larkin M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*, Sage, Los Angeles
- Smith J.A., & Osborn M. (2008) Interpretative Phenomenological Analysis. W: J.A. Smith (red.), *Qualitative psychology: a practical guide to methods*. Wyd.2 (s. 53–80). Londyn: Sage.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2010). Metody jakościowe, metody ilościowe: hamletowski dylemat czy różnorodność do wyboru? *Roczniki Psychologiczne/ Annals of Psychology*, 13(1), 87–96.
- Unwin, M., & Winder, B. (2018). A Qualitative Exploration of the Experiences of Veterans Who Are Serving Sentences in Custody. *Journal of Interpersonal Violence*, 886260518762447. doi:10.1177/0886260518762447
- Wadman, R., Armstrong, M., Clarke, D., Harroe, C., Majumder, P., Sayal, K., & Townsend, E. (2018). Experience of Self-Harm and Its Treatment in Looked-After Young People: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Archives of Suicide Research*, 22(3), 365–379. doi:10.1080/13811118.2017.1355286
- Walsh, C., Ryan, P., & Flynn, D. (2018). Exploring dialectical behaviour therapy clinicians' experiences of team consultation meetings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5, 3. doi:10.1186/s40479-018-0080-1

*Malwina Dankiewicz*¹*Sylwia Pieniążek*

Katedra Psychologii, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Poczucie szczęścia i sensu życia rodziców dzieci w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa – przegląd badań

Streszczenie

W niniejszym artykule poruszono zagadnienie poczucia szczęścia rodziców dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa (0–3 r.ż.) oraz średniego dzieciństwa (4–6 r.ż.). Celem artykułu jest prezentacja usystematyzowanego przeglądu dotychczasowych badań naukowych w tej dziedzinie. W przeglądzie uwzględniono badania psychologiczne dotyczące szczęścia rodzicielskiego, poczucia ogólnego dobrostanu i sensu życia, a także zadowolenia ze związku. Analizowane zagadnienie jest szczególnie istotne z perspektywy małżeństwa, ponieważ pierwsze dziecko rodzi się najczęściej w ciągu pierwszych pięciu lat formalnego związku, czyli w okresie, kiedy ryzyko rozwodu jest największe.

Słowa kluczowe: poczucie szczęścia, dobrostan psychiczny, poczucie sensu życia, macierzyństwo, rodzicielstwo

The sense of happiness and the meaning of life among parents of children in early and middle childhood – research review

Abstract

This article addresses the issue of happiness among parents of children in early childhood (0–3 y.o.) and middle childhood (4–6 y.o.). The aim of this article is a systematic review of previous research in this field of science. The article presents a review of psychological research on parental happiness, sense of general well-being and meaning of life, and also satisfaction with the relationship. The analyzed issue is an important matter, especially from the perspective of marriage, because the first child is usually born within the first five years of a formal relationship, i.e. during the period when the risk of divorce is the greatest.

Keywords: happiness, well-being, meaning of life, motherhood, parenthood

1 Adres do korespondencji: malwina.dankiewicz@up.krakow.pl; sylwia.pieniazek@up.krakow.pl

Wprowadzenie

Najnowsze badania sugerują, że zdecydowanie się na rodzicielstwo jest szczególnie ważnym wydarzeniem w związku małżeńskim, które zapewnia szczęście i radość, ale równie często związane jest z wieloma trudnościami i negatywnymi emocjami (Aassve, Goisis, & Sironi, 2012; Buddelmeyer, Hamermesh, & Wooden). Dlatego okres tuż po staniu się rodzicem może być momentem krytycznym, decydującym o dobrostanie i długotrwałości związku małżeńskiego (Shapiro, Gottman, & Carrère, 2000). Wśród istotnych doświadczeń tej fazy życia wymienia się m.in.: zmianę poczucia tożsamości, zamianę ról w małżeństwie i poza rodziną oraz zmiany w relacjach z własnymi rodzicami (Hirschberger, Srivastava, Marsh, Cowan, & Cowan, 2009). W ciągu ostatnich 50 lat wielu badaczy sugerowało, że satysfakcja z małżeństwa jest najwyższa bezpośrednio po ślubie, a następnie stopniowo i systematycznie się obniża (np. Burgess & Wallin, 1953; Holmes, Sasaki, & Hazen, 2013; O'Brien & Peyton, 2002; Vaillant & Vaillant, 1993). Jednak niektóre nowsze badania wskazują, że kiedy dzieci opuszczają dom rodzinny, rodzice doświadczają wzrostu satysfakcji z małżeństwa, nawet do poziomu, który towarzyszył im, kiedy byli tylko we dwoje (Gorchoff, John, & Helson, 2008). W przypadku małżeństw pierwsze dziecko rodzi się najczęściej w ciągu pierwszych pięciu lat formalnego związku, czyli w okresie, kiedy ryzyko rozwodu jest największe – ponad połowa rozwodów wydarza się podczas pierwszych siedmiu lat małżeństwa, a często poprzedzają je narodziny pierwszego dziecka (Bramlett & Mosher, 2001; Gottman, 1999). Jeśli uznać rodzicielstwo za rodzaj kryzysu, jak sugerują wczesne badania (np. LeMasters, 1957), wówczas wyjaśnienie wpływu narodzin dziecka może prowadzić do lepszego zrozumienia trudności w relacji małżeńskiej, jakiej doświadczają małżonkowie w początkowym okresie formalnego związku (Doss, Rhoades, Stanley, & Markman, 2009; Nazarinia, Schumm, & Britt, 2014). Przyjście na świat dziecka wiąże się ze zmianami, które przed jego narodzeniem nie były przez małżonków brane pod uwagę. W szczególności dotyczy to pierwszego dziecka – zdecydowana większość badań przytoczonych w niniejszym artykule wskazuje na pogarszanie się funkcjonowania zarówno indywidualnego, jak i relacyjnego partnerów w początkowym okresie po narodzinach pierwszego dziecka.

Według badań Gottmana (1999), prawie 70% par (głównie żon), skarży się na spadek satysfakcji z małżeństwa w ciągu pierwszych 12 miesięcy po przyjściu na świat pierwszego dziecka, nawet jeśli dziecko było oczekiwane. Z tego też względu okres ten uważa się za najpoważniejszy kryzys rozwojowy, z którym musi się zmierzyć cały system rodzinny.

Celem artykułu jest usystematyzowany przegląd dotychczasowych badań naukowych realizowanych w tej dziedzinie oraz ukazanie problematyki

związanej z poczuciem szczęścia rodzicielskiego, zadowolenia ze związku, poczucia subiektywnego dobrostanu psychicznego i sensu życia rodziców dzieci w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa.

Poczucie szczęścia i sensu życia – ujęcia definicyjne

Istnieją dwa nurty w podejściu do kwestii szczęścia. Dominujący pogląd wśród współczesnych psychologów o orientacji hedonistycznej reprezentują Ed Diener, Richard E. Lucas i Shigehiro Oishi (2002). Definiują oni dobrostan jako poznawczą i emocjonalną ocenę życia dokonywaną przez człowieka, proces ten ma więc charakter subiektywny. W skład tej oceny wchodzi poznawcze sądy obejmujące spostrzegane spełnienie i zadowolenie oraz emocjonalne reakcje na daną sytuację lub wydarzenie. Badacze uważają, iż dobrostan jest bardzo szerokim pojęciem, które obejmuje takie elementy jak: (a) wysoki poziom zadowolenia z życia (komponent poznawczy, obejmujący pozytywne przekonania dotyczące własnego życia), (b) doświadczanie przyjemnych emocji (np. radości) oraz (c) niski wskaźnik emocji negatywnych (np. lęku lub złości). Zgodnie z propozycją cytowanych autorów suma powyższych trzech składników jest wskaźnikiem ogólnego poziomu szczęścia jednostki.

Drugi nurt badawczy związany jest z podejściem eudajmonistycznym. Jego czołową przedstawicielką jest Carol Ryff (1989), w której rozumieniu dobrostan jest konstruktem składającym się z zachowań mających na celu realizację wewnętrznego potencjału i prowadzenie życia ukierunkowanego na cel. Zasadnicza różnica pomiędzy wspomnianymi podejściami polega na tym, iż hedoniści skupiają się na znalezieniu odpowiedzi na pytanie, jak można żyć przyjemnie (szczęśliwie). Natomiast eudajmoniści koncentrują się na prowadzeniu życia „dobrego” (celowego, dającego poczucie sensu, znaczącego oraz respektującego cnoty moralne), niekoniecznie jednak radosnego, a czasem wręcz bolesnego i trudnego. W potocznym myśleniu również występują dwie orientacje życiowe: dla jednych najważniejsze jest dążenie do celów nadających sens życiu, dla innych wyznacznikiem szczęścia jest maksymalizowanie przyjemnych doświadczeń (Czapiński, 2015). Szczęście rodzicielskie można więc rozpatrywać z dwóch odmiennych perspektyw, zależnie od przyjętej definicji szczęścia, rozumianego jako przyjemność lub jako poczucie głębszego sensu. Pokazuje to, jak niejednoznaczny konceptem jest szczęście i że nie zawsze to, co dla nas ważne, jest przyjemne, a to co przyjemne – ważne. Być może satysfakcja z życia i ze związku nie jest najistotniejsza: ważniejsze może okazać się poczucie sensu, które wiąże się z posiadaniem i wychowaniem dzieci. Istotna jest również indywidualna hierarchia wartości aktualnych i potencjalnych rodziców. Jeśli wartości

hedonistyczne (takie jak rozwój osobisty, praca, kariera, pieniądze, poczucie spokoju, wolność, niezależność i swoboda działania), a nie eudajmonistyczne (np. uczciwość lub rodzinna – które mogą ograniczać poszukiwanie przyjemności) osiągają szczytową pozycję w hierarchicznej strukturze wartości rodziców, to dzieci nie będą podmiotem bezwarunkowej i skłonnej do poświęcenia miłości.

Warto jednak zwrócić uwagę, że poczucie sensu życia, podobnie jak poczucie szczęścia, złożone jest z podstawowych konstytuujących je elementów (przyjemności, poczucia sensu i zaangażowania) ma nie tylko charakter emocjonalny, ale również poznawczy (Seligman, 2005). Jest to „subiektywnie odczuwany, pozytywny stan psychiczny połączony ze świadomością realizacji wartości, poprzez które realizowany jest indywidualny cel życia” (Patyjewicz, 2005, s. 251). Poczucie sensu to więc nie tylko emocje pozytywne, ale również przekonanie o tym, jakie wartości warto w życiu realizować i jako takie jest podatne na wpływ społeczny. Stąd przekonanie, że dzieci są najwyższą wartością, może zostać wpojone poprzez wychowanie, a ich posiadanie nie musi stanowić celu wynikającego z wewnętrznej potrzeby przyszłego rodzica.

Z przedstawionych definicji wynika, że dobrostan psychiczny jest szerokim pojęciem, zawierającym w sobie poczucie szczęścia i/lub poczucie sensu życia. W niektórych definicjach poczucie szczęścia jest konstruktem złożonym, szerszym niż podstawowe poczucie radości, na który składa się również m.in. poczucie sensu życia. W przedstawionych poniżej badaniach, pojęcia subiektywnego poczucia dobrostanu oraz poczucie szczęścia są często używane zamiennie, natomiast poczucie sensu życia jest traktowane jako odrębny konstrukt. Jako synonim szczęścia jest też niekiedy traktowane zadowolenie, mające charakter poznawczy.

Poczucie szczęścia i sensu życia rodziców dzieci w wieku 0–6 r.ż. – przegląd badań

W badaniach Jay’a Belsky’ego i Michaela Rovine’a (1990) przeprowadzonych wśród 128 małżeńskich par, znaczna część badanych wykazała spadek satysfakcji z małżeństwa w okresie pomiędzy ciążą a 36 miesiącem po porodzie (od 30% do 59% badanych, zależnie od badanego aspektu małżeństwa). Były to cztery wzajemnie powiązane wymiary jakości relacji: doświadczanie miłości (poczucie przynależności do partnera), poziom konfliktu (poczucie złości lub urazy wobec partnera oraz częstość kłótni), poczucie ambiwalencji (niepewność uczuć wobec partnera) oraz chęć utrzymania związku (próby wzbogacenia i ulepszenia związku). Badacze ci stwierdzili, że pary z nieplanowanymi ciążami dostrzegały większe pogorszenie w różnych aspektach

ich relacji: spadek w zakresie uczucia miłości oraz wzrost konfliktów i poczucia ambiwalencji, występujące u żon, ale nie u mężów. Ponadto dowiedli oni, że pary, które były razem przez dłuższy czas przed narodzinami dziecka, wykazywały mniejszy wzrost konfliktów w związku i mniejszy spadek w poziomie wzajemnej miłości. Zostały również zebrane deklaracje dotyczące rocznego dochodu rodziny po urodzeniu dziecka. Okazało się, że sytuacja ekonomiczna rodziny okazała się być istotna dla satysfakcji z małżeństwa. Wyższe dochody przeciwdziałały wzrostowi konfliktów małżeńskich i ambiwalencji ojców wobec matek. Paradoksalnie, wyższy poziom romantyczności w związku podczas ciąży pozwalał na przewidywanie znaczącego spadku w deklarowanym przez mężów poziomie miłości, a także wzrost intensywności konfliktu w związku, zarówno deklarowany przez mężów, jak i żony. Najpoważniejszym powodem konfliktów między małżonkami okazał się być podział obowiązków, w tym opieka nad dzieckiem.

W badaniach przeprowadzonych przez Carolyn P. Cowan i Philipa A. Cowana (1995) zostało przebadanych 47 par, które po raz pierwszy zostały rodzicami. Naukowcy stwierdzili, że zadowolenie z relacji małżeńskich spadło u 45% mężczyzn i 58% kobiet pomiędzy ciążą a 18 miesiącem po porodzie (u młodych matek zwykle tuż po porodzie, u młodych ojców – 6 do 15 miesięcy po narodzinach dziecka). Badani przyznali, że nie czują się już tak szczęśliwi w związku jak wcześniej. Ponadto, w trakcie pierwszych osiemnastu miesięcy życia dziecka, jedna trzecia związków przechodzi tak poważny kryzys (mający znamiona psychopatologii), iż zagraża on trwałości związku (Cowan & Cowan, 2000). Po narodzinach dziecka młodzi rodzice zaczynają się częściej kłócić, co nie sprzyja ich poczuciu szczęścia, ponadto stanie się rodzicem ujawnia i wzmacnia istniejące już wcześniej problemy.

Jednak wbrew pozorom pozostawanie bezdzietnym nie zapewnia stabilności małżeńskiej i nie chroni przed rozwodem. Cowan i Cowan (1992) podali wskaźnik rozwodów w wysokości 50% dla par, które pozostały bezdzietne, natomiast dla par, które zostały rodzicami, wskaźnik ten wyniósł 25%. To ciekawe odkrycie w świetle przytłaczającej ilości badań wskazujących, że znaczna część par doświadcza spadku satysfakcji małżeńskiej, gdy zostają rodzicami. Jest możliwe, że część najbardziej zagrożonych stresem par nie pozostaje razem wystarczająco długo, aby zdecydować się na kolejny krok w postaci posiadania dziecka lub też dla niektórych par zostanie rodzicem może stanowić sposób na zabezpieczenie się przed rozwodem. Podobne wyniki uzyskali w późniejszych badaniach Shapiro, Gottman i Carrère (2000).

Ponieważ uzyskane w badaniach wyniki nie pozwoliły na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków, umożliwiających rozstrzygnięcie wszelkich kwestii spornych, Jean M. Twenge, W. Keith Campbell i Craig A. Foster (2003)

podjęli się analizy realizowanych w różnych krajach badań porównawczych satysfakcji małżeńskiej rodziców i „nie-rodziców”. Wykonali metaanalizę 148 badań, w których brało udział blisko 48 tys. osób badanych. Okazało się, że rodzicielstwo i satysfakcja z małżeństwa nie pozostają w związku korelacyjnym – rodzice doświadczali znacząco niższej satysfakcji ze małżeńskiego związku aniżeli osoby niebędące rodzicami. Rodzice pozostający w związkach małżeńskich są relatywnie mniej zadowoleni ze swojego małżeństwa niż bezdzielne małżeństwa (45% z wysoką satysfakcją vs. 55%), a różnica ta pogłębia się wraz ze zwiększaniem się liczby dzieci w rodzinie. 62% bezdzielnych kobiet doświadczają wysokiej satysfakcji z małżeństwa, natomiast wśród matek odsetek ten wynosi jedynie 38%. Efekt pogorszenia satysfakcji z małżeństwa jest szczególnie widoczny wśród matek niemowląt w wieku od 1 do 12 miesięcy, natomiast u mężczyzn wpływ obecności dziecka na satysfakcję z małżeństwa jest również obserwowany, ale nie jest powiązany z wiekiem dziecka. Według cytowanych autorów obniżenie satysfakcji z małżeństwa występuje szczególnie silnie u tego z rodziców, który jest obciążony większą odpowiedzialnością za dziecko – zgodnie z powszechnie panującymi normami społeczno-kulturowymi najczęściej jest to matka. Negatywny wpływ rodzicielstwa na satysfakcję małżeńską obserwuje się przede wszystkim wśród wyższych klas społecznych i tłumaczy się konfliktem ról i ograniczeniem swobody. Autorzy cytowanej metaanalizy nie sugerują jednak, że małżeństwa powinny unikać posiadania dzieci, biorąc pod uwagę fakt, że różnica w satysfakcji związkowej między rodzicami a osobami bezdzielnymi jest co prawda istotna statystycznie, ale niewielka. Ponadto, jak wynika z innych badań, zmniejszenie satysfakcji ze związku wraz z upływem czasu dotyczy nie tylko rodziców, ale również osób bezdzielnych (Doss et al., 2009; Mitnick, Heyman, & Smith Slep, 2009; Vaillant & Vaillant, 1993). Starsi rodzice (w wieku 63 lat i więcej) nie różnią się również od swoich bezdzielnych rówieśników pod względem poziomu satysfakcji z życia (Nelson et al., 2013). Małżeństwa powinny zatem dążyć do równego podziału obowiązków, aby poprawić odczuwaną przez matki satysfakcję ze związku. Ponadto autorzy powyższej metaanalizy podkreślają, że satysfakcja z małżeństwa nie jest fenomenem najważniejszym dla jakości życia, istotniejsze może się okazać poczucie sensu życia, którego dostarczają dzieci (Baumeister, 1991).

W badaniu podłużnym przeprowadzonym przez Erikę Lawrence, Rebecę Cobb, Alexię Rothman, Michaela Rothmana i Thomasa Bradbury’ego (2008) wzięło udział 156 par obserwowanych od pierwszych 6 miesięcy małżeństwa do 12 miesięcy po urodzeniu pierwszego dziecka. Uwzględniono informację, czy ciąża była planowana czy też nie. Badanie objęło również dobrowolnie bezdzielną grupę kontrolną. Okazało się, że mężowie i żony, którzy zostali rodzicami w ciągu pierwszych 5 lat małżeństwa, byli bardziej

zadowoleni ze związku jako nowożeńcy w porównaniu z bezdzietnymi małżeństwami. Shapiro i współpracownicy (2000) podobnie stwierdzili, że żony, które początkowo były bardziej usatysfakcjonowane, częściej zostawały matkami w ciągu pierwszych 4 do 6 lat małżeństwa. Wnioski te pokrywają się z wynikami metaanalizy wykonanej przez Sophie Cetre, Andrew E. Clarka i Claudię Senik (2016), którzy wykazali, że szczęśliwsi ludzie częściej mają dzieci. Po drugie, rodzicielstwo wiązało się ze znaczącym spadkiem małżeńskiej satysfakcji przez pierwszy rok po porodzie, przekraczającym spadki zadowolenia, jakiego doświadczały pary bezdzietne o podobnym czasie trwania małżeństwa. Ponadto mężowie i żony, którzy byli bardziej zadowoleni ze swoich małżeństw przed podjęciem decyzji o posiadaniu dziecka, częściej zgłaszały wspólne planowanie ciąży, a mężowie (ale nie żony), doświadczyli również bardziej stabilnego zadowolenia małżeńskiego (tj. mniejszego spadku) w okresie trwania ciąży. Rodzice, którzy byli bardziej zadowoleni ze związku przed ciążą, doświadczyli większego spadku zadowolenia w porównaniu z rodzicami o niższym poziomie zadowolenia sprzed ciąży.

Doss i współpracownicy (2009) również przeprowadzili badania longitudinalne, w których wykazali, że na 218 zbadanych par, z których 132 miały dzieci, a 86 nie – po 8 latach małżeństwa spadek satysfakcji z małżeństwa nastąpił niemal u wszystkich par, ale u tych z dziećmi poziom frustracji i rozczarowań był znacznie większy. Szczególnie duże niezadowolenie następowало wkrótce po urodzeniu dziecka, bez względu na to, czy było ono planowane. Partnerzy skarżyli się w tym okresie na problemy z porozumieniem, większą liczbę konfliktów, ale także na spadek poczucia własnej wartości oraz brak pewności, co do przyszłości związku. Ponadto, kobiety zauważały u mężczyzn spadek zaangażowania w sprawy rodziny. W szczególności ojcowie, którzy mieli dziecko w krótkim czasie po ślubie, wykazują większy spadek zadowolenia z relacji po narodzinach dziecka w porównaniu z rodzicami, którzy na pojawienie się dziecka czekali dłużej. W największym stopniu do spadku satysfakcji z małżeństwa dochodziło u tych par, którym niedługo po ślubie urodziła się córka. Zależność ta wyjaśniana jest przez badaczy następująco: ojcowie zwykle bardziej angażują się w opiekę nad synami, a ich zaangażowanie zmniejsza liczbę konfliktów małżeńskich. Podobne wyniki otrzymali w swoich badaniach inni naukowcy: narodziny chłopców nie tylko zwiększały stabilność małżeńską, zmniejszając ryzyko podjęcia decyzji o rozwodzie (Dahl & Moretti, 2008; Morgan, Lye, & Condran, 1988), ale również ojcowie pierwotnych synów stawali się szczęśliwsi niż ojcowie pierwotnych córek (Kohler, Behrman, & Skyttthe, 2005). Na pourodzeniowe pogorszenie relacji szczególnie narażone są pary znajdujące się w skrajnie negatywnych relacjach, ale również, paradoksalnie, osoby bardzo zadowolone z relacji z partnerem. Parom, które bardzo dobrze funkcjonują w swoich

romantycznych związkach, trudniejsze wydaje się podjęcie i sprostanie obowiązkom rodzicielskim, a w związku z tym są bardziej narażone na kryzys. Ponadto, niższe indywidualne dochody dawały podstawę do przewidywania większego pogorszenia funkcjonowania ojców w związku po urodzeniu dziecka.

Natomiast w badaniach longitudinalnych przeprowadzonych w Norwegii (Dyrdal, Røysamb, Nes, & Vittersø, 2011) na ponad 67 tysiącach matek małych dzieci wykazano, że tuż po urodzeniu dziecka kobiety odczuwają zwiększoną satysfakcję ze swojego życia. Przez około 6 miesięcy można zaobserwować tzw. *baby honeymoon* (poporodowy miesiąc miodowy). Potem następuje powolny, ale ciągły spadek poziomu szczęścia aż do 3 r.ż. dziecka (powyżej tego wieku badania nie były kontynuowane). Satysfakcja ze związku zaczyna obniżyć się już w ostatnich tygodniach ciąży i podobnie jak satysfakcja z życia, maleje do momentu aż dziecko osiągnie 3 r.ż. Wniosek z badań jest następujący: skoro jest wysoce prawdopodobne, że dziecko pogorszy relacje między rodzicami, kluczowe jest, jak szczęśliwi jesteście w relacji z naszym partnerem zanim dziecko się pojawi. Jeśli małżeństwo przeżywa kryzys, powiększenie rodziny na pewno nie poprawi sytuacji, a nawet może doprowadzić do jej pogorszenia.

Seria trzech badań przeprowadzonych przez S. Katherine Nelson, Kostadina Kushleva, Tammy English, Elizabeth W. Dunn i Sonję Lyubomirsky (2013) wśród ponad 7 tys. Amerykanów w wieku od 17 do 96 lat wpisuje się w nowy nurt badań, które sugerują, że rodzicielstwo niesie ze sobą relatywnie więcej korzyści niż strat, pomimo wynikających z niego obowiązków. Badania miały za zadanie przynieść odpowiedzi na pytania, czy rodzice są generalnie szczęśliwsi niż pary bezdzietne (oceniają swoje życie bardziej pozytywnie niż „nie-rodzice”), czy rodzice czują się lepiej z upływem czasu niż pary bezdzietne oraz czy rodzice doświadczają bardziej pozytywnych uczuć, gdy opiekują się dzieckiem niż podczas wykonywania innych codziennych zajęć. Z deklaracji osób badanych wynika, że rodzice są równie lub bardziej szczęśliwi niż osoby bezdzietne, a relatywnie większy dobrostan dotyczył zarówno oceny życia jako całości, jak i oceny chwilowych doświadczeń. Rodzice wykazywali wyższy poziom poczucia sensu życia niż „nie-rodzice”, jednak związek poczucia satysfakcji i szczęścia jest pozytywny jedynie dla ojców w wieku od 26 do 62 lat, nie dotyczy on natomiast matek oraz młodych (w wieku od 17 do 25 lat) i samotnych rodziców, którzy byli znacznie mniej zadowoleni niż ich bezdzietni rówieśnicy. Może to oznaczać, że przyjemność z ojcostwa jest okupiona wzrostem odpowiedzialności i ilości prac domowych u matek. Najmłodszy rodzice (w wieku 17–25 lat) deklaruje zadowolenie z życia niższe nie tylko od grupy najbardziej zadowolonych rodziców w średniej grupie wiekowej (którzy ukończyli 26 lat), ale i od

swoich bezdzietnych rówieśników. Co ciekawe, deklarowali przy tym relatywnie wysokie poczucie sensu życia. Ukazane zależności mogą być związane z występującą u starszych rodziców większą dojrzałością emocjonalną oraz bardziej stabilną sytuacją finansową, co niewątpliwie ułatwia opiekę nad dziećmi, podczas gdy młodzi rodzice nie są wystarczająco przygotowani na trudności i obciążenia związane z wychowaniem dziecka. Na podobne aspekty rodzicielstwa zwrócili uwagę w metaanalizie danych, pochodzących z badań w 163 krajach, Cetre i współpracownicy (2016): istnieje dodatni związek między rodzicielstwem a subiektywnym poczuciem dobrostanu u osób, które zostają rodzicami po 30 roku życia i mają wyższe dochody. Badacze twierdzą wręcz, że związek ten jest pozytywny tylko w krajach rozwiniętych. Zameężni rodzice nie różnili się poziomem zadowolenia i szczęścia od małżeństw bez dzieci, ale niezameężni rodzice zgłaszali niższy poziom szczęścia i zadowolenia niż osoby bezdzietne, co można tłumaczyć tym, że w związku małżeńskim prawdopodobnie otrzymuje się większe wsparcie społeczne i finansowe.

W badaniach Nelson i współpracowników (2013), rodzice mieli nie tylko wyższy poziom ogólnego samopoczucia niż osoby bezdzietne, ale także odnotowywali z upływem czasu więcej pozytywnych doświadczeń emocjonalnych oraz deklarowali silniejsze poczucie sensu życia. Jednakże nie można wykluczyć, że zależność przyczynowa jest odwrotna: być może szczęśliwsi ludzie są bardziej skłonni do tego, aby zostać rodzicami. Jeśli rodzicielstwo jest źródłem dobrego samopoczucia, a nie odwrotnie, to rodzice powinni doświadczać bardziej pozytywnych stanów, gdy opiekują się swoimi dziećmi niż gdy wykonują inne codzienne czynności – taka zależność została udowodniona w niniejszych badaniach. Według autorów badania rodzicielstwo jest więc nie tylko związane z poczuciem szczęścia i sensu życia, ale również sprawia, że ludzie stają się szczęśliwi. Wyniki te stoją jednak w sprzeczności z doniesieniami z wcześniejszych badań (np. Kahneman et al., 2004), co może wskazywać na istotny wpływ kontekstu społecznego i obserwowanych zmian cywilizacyjnych w krajach uprzemysłowionych

Według Nelson i współpracowników (2013), spójność wyników w zakresie przeprowadzonych przez nich badań daje silne dowody, które podważają dotychczas powszechnie panujący pogląd, że posiadanie dzieci wiąże się z obniżonym dobrostanem psychicznym. Należy jednak zauważyć, iż wyniki te nie są tak samo optymistyczne dla wszystkich rodziców: co prawda wzrost poczucia sensu życia dotyczy matek i ojców, jednak wzrost poczucia satysfakcji i szczęścia dotyczy jedynie ojców oraz rodziców, którzy ukończyli 26 lat i osób zameężnych. Wyniki te są również zgodne z wcześniejszymi badaniami sugerującymi, że młodzi rodzice, a także rodzice małych dzieci (którzy są zazwyczaj młodszy), odnotowują niższe poziomy samopoczucia

i większy stres niż ich rówieśnicy bez dzieci (Mirowsky & Ross, 2002, Nomaguchi & Milkie, 2003, Umberson & Gove, 1989; Umberson, Pudrovska, & Reczek, 2010).

Replikacji badań Nelson i współpracowników (2013) na gruncie polskim podjęły się Anna Baranowska-Rataj i Anna Matysiak (2014). Badaczki w oparciu o analizę własnego materiału badawczego wyciągnęły wnioski odmiennie niż prezentowane przez zespół amerykański, mianowicie: pierwsze dziecko podnosi poczucie szczęścia zarówno matki jak i ojca dziecka, rodzice z dwójką dzieci lub więcej są szczęśliwsi niż osoby nie posiadające dzieci, jednak narodziny każdego kolejnego dziecka nie zwiększają poczucia szczęścia w stopniu porównywalnym z przyjściem na świat pierwszego. Pierwsze dziecko wiąże się z pozytywnymi oczekiwaniami, nowymi doświadczeniami i wrażeniami, natomiast kolejne widziane jest bardziej realistycznie, pojawiają się większe trudności w pogodzeniu obowiązków zawodowych z rodzinnymi oraz kłopoty finansowe. Wzrost poziomu poczucia szczęścia wywołany urodzeniem się dziecka jest bardzo wyraźny, gdy dziecko jest bardzo małe, natomiast efekt ten maleje, gdy dziecko jest starsze. Samotne rodzicielstwo nie obniża poczucia szczęścia – niezamężne matki są ogólnie mniej szczęśliwe niż mężatki z dziećmi, ale wynika to z braku partnera, a nie z obowiązków związanych z macierzyństwem. Pojawiająca się tu rozbieżność w wynikach polskich i amerykańskich badań wynika z odmiennych metod analiz: zespół amerykański nie próbował ocenić, czy niższy poziom szczęścia samotnych matek jest konsekwencją urodzenia dziecka poza małżeństwem, czy raczej wiąże się z wpływem innych czynników. Polscy i amerykańscy naukowcy zgadzają się natomiast, że generalnie rodzice są szczęśliwsi niż osoby nieposiadające dzieci.

Kolejne badania (panelowe) zostały przeprowadzone przez Czapińskiego (2015), który zadał grupie ponad 22 tys. osób (w wieku powyżej 18 lat) następujące pytanie dotyczące poczucia szczęścia: *Biorąc wszystko razem pod uwagę, jak oceniliby(-aby) Pan(i) swoje życie w tych dniach – czy mógłby(mogłaby) Pan(i) powiedzieć, że jest: nieszczęśliwy(a), niezbyt szczęśliwy(a), doryć szczęśliwy(a), bardzo szczęśliwy(a)*. Zmienne wyjaśniające, które brano pod uwagę, to liczba dzieci oraz ich wiek, a także zmienne kontrolne, takie jak wiek, płeć, poziom wykształcenia rodziców generacyjnych oraz dochód na jednostkę. Jak się okazało, zmienne mające wpływ na dobrostan rodziców, to nie tylko wiek dziecka, ale również liczba dzieci. Podczas gdy drugie dziecko zwiększa poczucie dobrostanu pary małżeńskiej, trzecie i więcej powoduje jego znaczny spadek (jednak nie do poziomu bezdzietnego małżeństwa, które jest generalnie mniej szczęśliwe). Osoba samotna i bezdzietna okazała się mniej szczęśliwa niż małżeństwa z jednym lub dwojgiem dzieci, natomiast szczęśliwsza niż małżeństwa z trójką i więcej dzieci, choć był to

słaby efekt. Jednak negatywny efekt większej liczby dzieci wyraźnie słabł, gdy nie był brany pod uwagę wpływ wysokości dochodu (im niższy dochód, tym mniejsza satysfakcja z rodzicielstwa).

Podobne wyniki uzyskano w badaniach Kohlera i współpracowników (2005): pierwsze dziecko ma duży pozytywny wpływ na poczucie dobrostanu, natomiast kolejne dzieci już go nie podwyższają, a wręcz obniżają w przypadku matek. Wykazano negatywny wpływ drugiego dziecka, który jeszcze bardziej przybiera na sile w przypadku większej liczby potomstwa – powyżej trojga dzieci pozytywny efekt wzrostu poziomu poczucia szczęścia znika i staje się zbliżony do poziomu obserwowanego u osób bezdzietnych (Kohler et al., 2005). Podobnie Andrew E. Clark i Andrew J. Oswald (2002) na podstawie badań własnych stwierdzili, że dobrostan spada wraz z liczbą dzieci i jest znacząco mniejszy u rodziców trójki lub więcej dzieci, przy jednoczesnym braku pozytywnego wpływu narodzin pierwszego dziecka. Podobne wyniki otrzymali Rachel Margolis i Mikko Myrskylä (2011) w wyniku metaanalizy danych z badań przeprowadzonych w 86 krajach: na całym świecie szczęście maleje wraz z liczbą dzieci.

Według Czapińskiego (2015) tuż po urodzeniu pierwszego dziecka następuje wzrost poczucia szczęścia, natomiast długotrwały efekt, do 6 lat po urodzeniu dziecka, jest negatywny: subiektywne poczucie dobrostanu spada w dłuższej perspektywie czasowej. Szczególnie narażone na spadek satysfakcji z życia są związki nieformalne posiadające dzieci, a najszczęśliwsze są małżeństwa bez dzieci, jednak małżeństwa z dziećmi są bardziej szczęśliwe niż jakikolwiek rodzaj związku nieformalnego i samotni rodzice. Rodzice dzieci w wieku 0–2 lat są wyraźnie szczęśliwsi od osób bezdzietnych, jednak efekt ten maleje z czasem i gdy dziecko ma 7–12 lat są już mniej szczęśliwi niż wtedy, gdy dzieci nie mieli. Podobne wyniki uzyskali Clark, Flèche, Layard, Powdthavee i Ward (2018), którzy donoszą, że po osiągnięciu przez dziecko wieku 2–3 lat, wychowywanie dziecka obniża, zamiast podnosić, poczucie szczęścia rodziców. Do czasu gdy dziecko ma trzy do czterech lat, obie płcie deklarują zadowolenie znacznie poniżej poziomu wyjściowego (Clark, Diener, Georgellis, & Lucas, 2008). W relacjonowanych wcześniej badaniach Czapińskiego (ib.) wykazano, że zależność materialna dziecka od rodziców sprzyja dużemu natężeniu stresu życiowego, a obniżają go: wyższy dochód oraz dobre warunki mieszkaniowe. Narodziny dziecka zwiększają więc ogólny dobrostan subiektywny, w tym poczucie szczęścia, ale po dwóch latach od narodzin spada jednak zarówno poczucie szczęścia jak i ogólny dobrostan subiektywny i nigdy już w okresie czterech kolejnych lat nie wraca do poziomu sprzed narodzin. Autor badań konkluduje więc, że szczęście sprzyja narodzeniu dziecka, ale narodziny dziecka nie sprzyjają szczęściu w perspektywie długoterminowej.

Podsumowanie

Jak zauważają Dossi współpracownicy (2009) wśród badaczy panuje niezgoda w odniesieniu do tego, w jaki sposób zostanie rodzicem może wpływać na funkcjonowanie relacji partnerskiej. Na przykład Cowan i Cowan (1995, s. 412) stwierdzają, że „dla znacznej części nowych rodziców przejście do rodzicielstwa stanowi okres stresującej i czasami nieadaptacyjnej zmiany”, jednak Huston i Holmes (2004, s. 109) konkludują: „Przeważająca większość danych nie potwierdza poglądu, że rodzicielstwo zazwyczaj osłabia zadowolenie małżeńskie”. Te niezgodności wynikają według autorów przede wszystkim z różnych metodologii, które zostały wykorzystane do badania wpływu przejścia do rodzicielstwa (badania przekrojowe, longitudinalne z udziałem lub bez udziału „nie-rodziców”). Według Myrskylä i Margolis (2012), główną przyczyną wykazywanej różnicy między osobami bezdzietnymi a rodzicami, może być porównywanie poziomów szczęścia u tych samych osób przed i po urodzeniu dziecka, podczas gdy inne badania często opierają swoje wyniki na porównaniu dwóch grup różnych osób. Autorzy uważają, że ta ostatnia strategia jest potencjalnie stronnicza, ponieważ istnieją zmienne pośredniczące, które mogą wpływać zarówno na decyzje rodzicielskie, jak i poczucie dobrostanu (np. osobowość, czynniki genetyczne lub inne nieobserwowalne lub trudne do zmierzenia cechy, takie jak orientacja na karierę vs na rodzinę).

Wyniki badań satysfakcji rodziców uzależnione są nie tylko od grupy badanej (bezdzietni czy rodzice), ale również od czynników geograficznych (kraj realizacji badań). Większość badań, które dowodzą, że satysfakcja życiowa nieco rośnie, kiedy zostajemy rodzicami, została przeprowadzona w państwach skandynawskich, a ich wyniki tłumaczy się wysoko rozwiniętym systemem socjalnym, wsparciem, jakie dają młodym rodzicom, oraz równouprawnieniem kobiet i mężczyzn (np. norwescy rodzice mogą podzielić między siebie 46 tygodni pełnopłatnego urlopu wychowawczego). Dlatego młodzi Szwedzi stają się bardziej szczęśliwi, kiedy rodzi im się dziecko, natomiast w Polsce poczucie życiowej satysfakcji spada. Aspekt finansowy i jego wpływ na satysfakcję z rodzicielstwa okazał się istotny w wielu przytoczonych powyżej badaniach.

Istotna jest również definicja szczęścia przyjęta w badaniach, mająca swoje źródło w nurcie hedonistycznym lub eudajmonistycznym. Eudajmoniści częściej w badaniach wskazywali dzieci jako jeden z trzech najważniejszych warunków udanego, szczęśliwego życia (Czapiński, ib.).

Większość badań przemawia przeciwko pozytywnemu związkowi pomiędzy poczuciem szczęścia a posiadaniem dzieci, wskazując na takie aspekty jak: obniżenie jakości związku pomiędzy rodzicami po urodzeniu dziecka (Lavee, Sharlin, & Katz 1996), zwiększone ryzyko depresji u rodziców

(McLanahan & Adams, 1987; Ross, Mirowsky, & Goldsteen, 1990), zmniejszenie ilości czasu wolnego rodziców (Sanchez & Thomson, 1997), doświadczanie trudności w godzeniu obowiązków rodzinnych i zawodowych przez rodziców (Matysiak & Vignoli, 2008), zwiększenie obciążenia finansowego w wyniku posiadania dzieci (Zimmerman & Easterlin, 2006), a także słaby negatywny efekt posiadania dzieci w zakresie różnych miar dobrostanu psychicznego (zadowolenia z życia i poczucia szczęścia) (Czapiński, ib.). Warto jednak zaznaczyć, iż u podstaw teoretycznych tego zagadnienia leżą również argumenty przemawiające za istnieniem takiego związku. Choć rodzice często donoszą o znacząco niższym poczuciu szczęścia (Alesina, Di Tella, & MacCulloch, 2004), to potoczne przekonanie jest takie, że dzieci dają szczęście (Hansen, 2012). Niektórzy badacze tłumaczą (błędne według nich) wyobrażenie, że rodzicielstwo czyni nas szczęśliwymi, iluzją fokosowania (ang. *focusing illusion*). Większość autorów twierdzi, iż posiadanie dzieci nie zwiększa poziomu szczęścia, rodzice mają poczucie satysfakcji życiowej na tym samym lub niższym poziomie, co osoby bezdzietne, a jednak przyszli rodzice wierzą, że dzieci dadzą im szczęście. Może to wynikać z koncentracji jedynie na dobrych aspektach rodzicielstwa, które są przeceniane, oraz z wiary, że rzadkie, lecz znaczące i silnie nagradzające wydarzenia, takie jak pierwszy uśmiech dziecka, zdanie przez nie matury albo zawarcie małżeństwa, długotrwanie podwyższą nasze poczucie szczęścia. Natomiast w codziennej rutynie rzadko myślimy o tych istotnych doświadczeniach, ponieważ nie wydarzają się one każdego dnia. Codziennością, zajmującą większość czasu, jest sprawowanie opieki nad dzieckiem i zajmowanie się domem (zmienianie pieluch, gotowanie, pranie, odprawianie dziecka do szkoły) – czynności, które są znacznie częstsze, mniej istotne i znacznie gorzej oceniane. I to te niewielkie, mało pozytywne doświadczenia z większym prawdopodobieństwem wpływają na codzienne poczucie szczęścia i satysfakcji życiowej (Powdthavee, 2008). Psychologia ewolucyjna dostarcza natomiast argumentu na obronę rodzicielskiego szczęścia w postaci przekonania, że gatunek ludzki wykształcił predyspozycje do odczuwania przyjemności ze sprawowania opieki nad dziećmi (Foster, 2000). Natomiast koncepcja „wartości dzieci” wskazuje na fakt, że posiadanie dzieci podnosi status społeczny, a ich wychowywanie dostarcza wielu pozytywnych emocji, sprawiając, że dzieci są długoterminową inwestycją we własny dobrostan (Hoffman & Hoffman, 1973).

Podsumowując, sposób w jaki dzieci wpływają na szczęście rodzicielskie, zależy nie tylko od indywidualnych cech rodziców, ale również od wielu innych czynników społeczno-ekonomicznych. Poczucie szczęścia w związku i satysfakcja z życia rodziców dzieci w wieku 0–6 lat może osiągać mniej lub bardziej wyraźny wzrost, pod warunkiem, że pary decydują się na dzieci

póžno i nie zostają rodzicami w ciągu pierwszych 5 lat od ślubu, decydują się na maksymalnie dwoje dzieci (więcej dzieci nie równa się większej dozie szczęścia) i mają raczej synów niż córki. Ponadto poczucie szczęścia towarzyszy rodzicom, którzy pozostają w związku małżeńskim, będąc bardziej przyjaciółmi niż kochankami, są ze sobą szczęśliwi, ale nie traktują szczęścia jako przyjemności, a jako poczucie sensu życia, sprawiedliwie dzielą się obowiązkami, nie próbują ratować małżeństwa za pomocą powiększania rodziny, a także znajdują czas dla siebie samych i dla siebie nawzajem (czas na relaks i przyjemności). Nie bez znaczenia jest również posiadanie wystarczających środków finansowych, aby utrzymać rodzinę, a także bycie mieszkańcem jednego z krajów, w których rząd aktywnie wspiera młode rodziny, zapewnia dobre publiczne żłobki i przedszkola oraz urlopy macierzyńskie i ojcowskie, tak jak ma to miejsce w państwach skandynawskich. Warto jednak zaznaczyć, że w przypadku niespełnienia powyższych warunków społeczno-ekonomicznych, jednostka nadal może odczuwać szczęście z pełnienia roli rodzicielskiej, dzięki poczuciu sensu życia, którego dostarczają dzieci (Baumeister, 1991; Czapiński, 2015).

Powyższe opracowanie ma na celu ukazanie przeglądu dotychczasowych badań związanych z problematyką szczęścia rodzicielskiego. Stanowi ono wstęp do lepszego rozumienia poruszanej tematyki, jednakże w pełni jej nie wyczerpuje. Dlatego ważnym kierunkiem kolejnych analiz byłoby uwzględnienie kontekstu kulturowego, socjologicznego i demograficznego w rozważaniach nad obszarem rodziny, rodzicielstwa i satysfakcji z pełnienia ról rodzicielskich.

Bibliografia

- Alesina, A., Di Tella, R., & MacCulloch, R. (2004). Inequality and happiness: Are Europeans and Americans different? *Journal of Public Economics*, 88, 2009–2042.
- Aassve, A., Goisis, A., & Sironi, M. (2012). Happiness and childbearing across Europe. *Social Indicators Research*, 108(1), 65–86.
- Baranowska-Rataj, A., & Matysiak, A. (2014). Jak zachowania w zakresie formowania i rozwoju rodzin wpływają na zadowolenie z życia? W: A. Matysiak (red.), *Nowe wzorce formowania i rozwoju rodziny w Polsce: przyczyny oraz wpływ na zadowolenie z życia* (s. 187–208). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Baumeister, R.F. (1991). *Meanings of life*. New York, NY: Guilford Press.
- Belsky, J., & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 5–19.
- Bramlett, M.D., & Mosher, W.D. (2001). *First marriage dissolution, divorce, and remarriage: United States*. Advance data from vital and health statistics, no 323. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

- Buddelmeyer, H., Hamermesh, D.S., & Wooden, M. (2018). The stress cost of children on moms and dads. *European Economic Review*, 109, 148–161.
- Burgess, E.W., & Wallin, P. (1953). *Engagement and marriage*. Chicago: J.B. Lippincott and Co.
- Cetre, S., Clark, A.E., & Senik, C. (2016). Happy people have children: Choice and self-selection into parenthood. *European Journal of Population* 32(3), 445–473.
- Clark, A.E., Diener, E., Georgellis, Y., & Lucas, R.E. (2008). Lags and leads in life satisfaction: A test of the baseline hypothesis. *Economic Journal*, 118(529), 222–243.
- Clark, A.E., Flèche, S., Layard, R., Powdthavee, N., & Ward, G. (2018). *The origins of happiness: The science of well-being over the life course*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Clark, A.E., & Oswald, A.J. (2002). Well-being in panels. <https://pdfs.semanticscholar.org/7364/98f9807569f96c59e6ba33a2785bf7ac735e.pdf> (dostęp 20.09.2018)
- Cowan, C.P., & Cowan, P.A. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. New York: Basic Books.
- Cowan, C. P. & Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44(4), 412–423.
- Cowan, C.P., & Cowan, P.A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Czapiński, J. (2015). Indywidualna jakość i styl życia. W: J. Czapiński i T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków* (s. 200–331). Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.
- Dahl, G.B., & Moretti, E. (2008). The demand for sons. *Review of Economic Studies*, 75, 1085–1120.
- Diener, E., Lucas, R.E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C.R. Snyder, & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63–73). New York, NY: Oxford University Press.
- Doss, B.D., Rhoades, G.K., Stanley, S.M., & Markman, H.J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An eight-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 601–619.
- Dyrdal, G.M., Røysamb, E., Nes, R.B., & Vittersø, J. (2011). Can a happy relationship predict a happy life? A population-based study of maternal well-being during the life transition of pregnancy, infancy, and toddlerhood. *Journal of Happiness Studies*, 12(6), 947–962.
- Foster, C. (2000). The limits to low fertility: A biosocial approach. *Population and Development Review*, 26, 209–234.
- Gorchoff, S.M., John, O.P., & Helson, R. (2008). Contextualizing change in marital satisfaction during middle age: An 18-year longitudinal study. *Psychological Science*, 19(11), 1194–1200.
- Gottman, J.M. (1999). *The marriage clinic: A scientifically based marital therapy*. New York: W. W. Norton & Co.
- Hansen, T. (2012). Parenthood and happiness: A review of folk theories versus empirical evidence. *Social Indicators Research*, 108(1), 29–64.

- Hirschberger, G., Srivastava, S., Marsh, P., Cowan, C.P., & Cowan, P.A. (2009). Attachment, marital satisfaction, and divorce during the first fifteen years of parenthood. *Personal Relationships*, 16(3), 401–420.
- Hoffman, L.W., & Hoffman, M.L. (1973). The value of children to parents. In J.T. Fawcett (Ed.), *Psychological perspectives on population* (pp. 19–76). New York: Basic Books.
- Holmes, E., Sasaki, T., & Hazen, N.L. (2013). Smooth versus rocky transitions to parenthood: Family systems in developmental context. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 62(5), 824–837.
- Huston, T.L., & Holmes, E.K. (2004). Becoming parents. In A.L. Vangelisti (Ed.), *Handbook of family communication* (pp. 105–133). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kahneman, D., Krueger, A.B., Schkade, D.A., Schwarz, N., & Stone, A.A. (2004). A survey method for characterizing daily life experience: The Day Reconstruction Method. *Science*, 306, 1776–1780.
- Kielar-Turska, M. (2009). Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny. W: B. Harwas-Napierała i J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka* (t. 2, s. 83–129). Warszawa: PWN.
- Kielar-Turska, M., & Białecka-Pikul, M. (2009). Wczesne dzieciństwo. W: B. Harwas-Napierała i J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka* (t. 2, s. 47–82). Warszawa: PWN.
- Kohler, H.P., Behrman, J.R., & Skytthe, A. (2005). Partner + children = happiness? The effects of partnerships and fertility on well-being. *Population and Development Review*, 31(3), 407–445.
- Lavee, Y., Sharlin, S., & Katz, R. (1996). The effect of parenting stress on marital quality: An integrated mother–father model. *Journal of Family Issues*, 17(1), 114–135.
- Lawrence, E., Cobb, R.J., Rothman, A.D., Rothman, M.T., & Bradbury, T.N. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 41–50.
- LeMasters, E.E. (1957). Parenthood as crisis. *Marriage and Family Living*, 19, 352–355.
- Margolis, R., & Myrskylä, M. (2011). A global perspective on happiness and fertility. *Population and Development Review*, 37(1), 29–56.
- Matysiak, A., & Vignoli, D. (2008). Fertility and women’s employment: A meta-analysis. *European Journal of Population*, 24(4), 363–384.
- McLanahan, S., & Adams, J. (1987). Parenthood and psychological well-being. *Annual Review of Sociology*, 13, 237–257.
- Mirowsky, J., & Ross, C.E. (2002). Depression, parenthood, and age at first birth. *Social Science and Medicine*, 54(8), 1281–1298.
- Mitnick, D.M., Heyman, R.E., & Smith Slep, A.M. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 848–852.
- Morgan, S.P., Lye, D.N., & Condran, G.A. (1988). Sons, daughters and the risk of marital disruption. *American Journal of Sociology*, 94(1), 110–129.
- Myrskylä, M., & Margolis, R. (2012). *Happiness: Before and after the kids*. MPIDR Working Paper (WP 2012-013). <https://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2012-013.pdf> (dostęp 25.09.2018)

- Nazarina, R.R., Schumm, W.R., & Britt, S. (2014). Relationship maintenance. In R.R. Nazarina, Schumm, W.R., & Britt, S. (Eds.), *Transition to parenthood* (pp. 125–159). New York: Springer.
- Nelson, S.K., Kushlev, K., English, T., Dunn, E.W., & Lyubomirsky, S. (2013). In defense of parenthood: Children are associated with more joy than misery. *Psychological Science*, 24(1), 3–10.
- Nomaguchi, K.M., & Milkie, M.A. (2003). Costs and rewards of children: The effects of becoming a parent on adults' lives. *Journal of Marriage and Family*, 65, 356–374.
- O'Brien, M., & Peyton, V. (2002). Parenting attitudes and marital intimacy: A longitudinal analysis. *Journal of Family Psychology*, 16(2), 118–127.
- Patyjewicz, L. (2005). Zdrowie a poczucie sensu życia. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D, vol. LX*, 250–254.
- Powdthavee, N. (2008). Putting a price tag on friends, relatives, and neighbours: Using surveys of life satisfaction to value social relationships. *Journal of Socio-Economics*, 37(4), 1459–1480.
- Ross, C.E., Mirowsky, J., & Goldsteen, K. (1990). The impact of the family on health: The decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 52(4), 1059–1078.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Sanchez, L., & Thomson, E. (1997). Becoming mothers and fathers: Parenthood, gender, and the division of labor. *Gender and Society*, 11, 747–772.
- Seligman, M.E. (2005). *Prawdziwe szczęście*. Poznań: Media Rodzina.
- Shapiro, A.F., Gottman, J.M., & Carrère, S. (2000). The baby and the marriage: Identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 59–70.
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574–583.
- Umberson, D., & Gove, W.R. (1989). Parenthood and psychological well-being: Theory, measurement, and stage in the family life course. *Journal of Family Issues*, 10(4), 440–462.
- Umberson, D., Pudrovska, T., & Reczek, C. (2010). Parenthood, childlessness, and well-being: A life course perspective. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 612–629.
- Vaillant, C.O., & Vaillant, G.E. (1993). Is the U-curve of marital satisfaction an illusion? A 40-year study of marriage. *Journal of Marriage and Family*, 55(1), 230–239.
- Zimmermann, A.C., & Easterlin, R.A. (2006). Happily ever after? Cohabitation, marriage, divorce, and happiness in Germany. *Population and Development Review*, 32(3), 511–528.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Psychologica XI (2018)

ISSN 2084-5596

DOI 10.24917/20845596.11.4

Dominika Sznajder¹

Department of Psychology, Pedagogical University of Cracow

Barbara Pietryga-Szkarłat

Department of Health Psychology, Pedagogical University of Cracow

Family resilience – a new research challenge

Abstract

Researchers and practitioners dealing with the concept of resilience focus mainly on resilience in relation to the individual. However, there are relatively few studies devoted to family resilience. This situation is slowly changing. The need to look at the family, not only from the perspective of dysfunction, but also through its strengths and resources, is evident. Reliable research on family resilience processes, is needed to describe their properties and methods of action. Information obtained in this way will guide psychologists, practitioners, and therapists working in the field of prevention to strengthen the resilience of the family.

In order for the conducted research to be reliable, allowing for the comparison of the obtained data, it is important for it to be embedded in theory. The purpose of this article is to present and briefly characterize the concepts and models of family resilience that can form the theoretical basis for research carried out in the area of family resilience.

Keywords: family, crisis, family resilience, research models

Prężność rodziny – nowe wyzwanie dla badań naukowych

Streszczenie

Badacze i praktycy zajmujący się koncepcją resilience koncentrują się głównie wokół prężności w odniesieniu do jednostki. Stosunkowo niewiele jest natomiast badań poświęconych prężności rodziny. Sytuacja ta powoli się zmienia, co uwidacznia się w potrzebie patrzenia na rodzinę nie tylko przez pryzmat dysfunkcji, ale jej mocnych stron i zasobów. Potrzebne są jednak rzetelnie badania nad procesami rodziny resilientne, które pozwolą opisać właściwości i sposoby działania rodzin prężnych. Uzyskane w ten sposób informacje będą wskazówką dla psychologów praktyków, terapeutów do pracy w obszarze profilaktyki, wzmacnianiem prężności rodziny.

¹ Adres do korespondencji: dominika.sznajder@up.krakow.pl; barbara.pietryga-szkarlat@up.krakow.pl

Aby prowadzone badania były wiarygodne oraz by istniała możliwość porównywania uzyskanych danych ważne jest, by osadzone były w teorii. Celem niniejszego artykułu jest prezentacja i krótka charakterystyka koncepcji i modeli prężności rodziny, które mogą stanowić podstawę teoretyczną badań realizowanych w obszarze family resilience.

Słowa kluczowe: rodzina, kryzys, prężność rodziny, modele prężności rodziny

Introduction

The family is the first and the most important system to which every human being belongs. When analysing issues related to the family, it should be taken into account that this system is not a simple sum of the properties of people constituting it (de Barbaro, 1999; Braun-Gałkowska, 2007). The functioning of individual family members is based on interdependencies. In the family, causality is of circular nature and based on feedback, which means that the same causes can lead to different effects, and the same effects can have different sources. Related to this are the principles of system functioning, such as equipotentiality and equifinality. Equipotentiality means that causes originating from the same source can cause various effects, and equifinality is connected with the fact that, starting from various sources, the same results can be achieved.

The family does not function in a vacuum, it is surrounded by other systems, i.e. acquaintances, friends, society, state (Gąsior, 2014). Family members are biologically, emotionally, legally, and culturally connected. They have a common history, but also a common future. The lessons learned from the family of origin have an indelible impact on the lives of individual members. Seeking answers to the questions: who is the man? – it is impossible not to refer to the area related to the family. Hence, research on family is extremely important and concerns the family structure, family processes, the role of the family in the functioning and development of individuals, and its relationships with other social environments (Janicka, Liberska, 2014).

The contemporary family experiences many threats, faces various crises that lead to serious development problems, and often end in disintegration. Various forms of family support have developed in Poland in recent years. Support activities are aimed at repairing disturbed relationships and eliminating discomfort, resulting from mismatches between mutual expectations of family members relative to each other (Pietras, 2014). Researchers and psychologists, however, increasingly express the view that activities that underlie helping families should be more balanced. It is necessary to shift attention from psychopathology, deficits and limitations towards health, family forces, and its resources (Walsh, 2012). Such an approach opens the space to deal not only with dysfunctional families, but also with those that

function relatively well, so that they can function even better. This idea gives the opportunity to examine the family's resources, its potentiality and protective factors in the light of the resilience concept.

The concept of resilience, which was created and developed in the second half of the last century, provides a theoretical basis for explaining the phenomenon of good functioning of an individual, despite unfavourable living conditions, adversities, and traumatic experiences (Gamezy, 1985; Rutter, 1987; Werner, 1994).

Previous research conducted on the basis of the resilience concept most often concerned the search for determinants of immunity of children and adolescents from risk groups (Werner, 1994; 2000). Their basis was the question „what causes some people, in the face of threats and adversities, to stay healthy and well, while others do not?” (Patterson, 2002, p. 233). In the Polish context, this concept constituted the theoretical basis for the study of psychological immunity of children and adolescents from high-risk groups (Borucka, Ostaszewski, 2012; Grzegorzewska, 2013; Sikorska, 2016).

The concept of resilience focuses mainly on issues related to human functioning, however, the most important concepts and conclusions developed in the research refer not only to the individual, but also to wider systems, including family (Walsh, 2012; McCubbin & McCubbin, 1993; Patterson, 2002). This approach provokes the question: „How is it that some families, despite crises or persistent adversities, are still doing well, are developing well, and are even strengthening and enriching?” (Walsh, 2012). This question is absolutely fundamental in families facing serious problems such as disability or long-term disease (Liu & Potměšil, 2012; Potměšil & Pospíšil, 2013; Potměšilová, 2013; Welch, Harrist, 2017)

Family resilience – an attempt to conceptualize the idea

Literature uses many terms referring to resilience. In the Polish translation, it usually is resistance, the concept of resistance-flexibility, and resilience (Opora, 2009; Urban, 2011; Jarczyńska, 2011). English-language literature uses many terms interchangeably, such as resistance, flexibility, elasticity, indestructibility, or viability.

The variety of terminology used implies different approaches to this phenomenon. The first group of definitions includes elasticity as a psychic strength or ability to mobilize available resources and protective factors in the face of adverse circumstances. The second group of formulated definitions of resilience emphasizes the role of the individual's ability to positively adapt or rebound from unpleasant experiences, while giving a positive direction to their own development (Mudrecka, 2013). According to the third

approach, resilience is defined as a dynamic, multifactorial process in which the individual, despite experiencing unpleasant events, can adapt to them positively (Juczyński, 2009).

The mentioned points clearly show that the concept of resilience is considered a metaphor of processes that co-create the phenomenon of proper human functioning, despite objectively unfavourable conditions (Garmezy, 1985; Rutter, 1987; Borucka & Ostaszewski, 2008). This approach most generally points to the role of the adaptation process, in which the individual activates internal and external potentials (protective factors), in order to overcome the negative effects of life events leading to a general sense of well-being (Black & Lobo, 2008).

The term resilience is used more often in research on the functioning of the basic social cell – the family (family resilience) (Black & Lobo, 2008). The concept of family resilience creates the opportunity to look for protective factors and resources that increase the family's resilience to problematic situations and enable it to effectively overcome the negative effects of encountered events, while leading to maintaining and developing health (Mangham et al., 1995).

It should be emphasized that the concept of family resilience is rooted in systemic theory. In accordance with this approach, the family is captured in the categories of a uniform, changing, open and self-regulating psychosocial system, co-created by its members, closely related and mutually interacting each other (Czabała, 1988; de Barbaro, 1999; Braun-Gałkowska, 2007). A change in any of the elements of the system entails changes in the whole system, which in turn affects the person who is the direct source of change (Kaleta, 2013). Not only the mutual relations of individual family members (e.g. the mother's influence on the child) are analysed, but above all, the whole system in which each person depends on the members of the family. This kind of understanding of the family allows us to talk about relationship resilience, i.e. resilience as a theoretical construct at the level of the group as is the case of the family (Walsh, 1996).

The definition of resilience in relation to the family was first defined by Hamilton and Marylin McCubbin. According to these researchers, the term can be defined as characteristics, positive behavioural models, or properties that help the family avoid breaking up in the face of a variable, difficult, and complex reality (McCubbin & McCubbin, 1988). This means that the health and strength of the family is the result of resilience processes that appear in response to stress, negative experiences, or change. They help the family not only survive crises, but also help to restore harmony and integrity as a whole, leading to the development of its potential and the health of individual family members (Pisarska, Ostaszewski, 2012; Lachowska,

2014). A similar approach to family resilience is presented by Walsh (2006), pointing out that this resilience is a dynamic process related to the positive adaptation of the family in the face of various adversities or stressful and traumatic experiences. In turn, Patterson (2002, p. 522) proposes that the family's resilience should be understood as a process in which interactions between risk factors and protective factors are associated with a specific result, wherein the protective factors moderate or mediate the risk, which in effect leads to good results. These definitions underline the importance of family subjectivity, which, struggling with a difficult situation or crisis, is able to avoid the occurrence of pathological changes through the use of protective factors (resources).

Black and Lobo (2008) presented a list of protective factors that promote family health and positive adaptation. They include:

- positive outlook, which is associated with the perception of difficult and traumatic events as challenges and crises as a chance for change,
- spirituality, which is a system of beliefs and values shared by all family members, giving a deeper meaning to the critical events encountered,
- family member accord, constituting the basis of showing mutual respect, care, and giving a sense of security and psychological comfort,
- flexibility, expressed in the ability to modify the rules of functioning of individual family members depending on the needs and challenges encountered while maintaining the stability of the family as a system,
- family communication, understood in terms of a sincere, open dialogue conducive to solving emerging conflicts and the ability to express feelings, including those difficult,
- financial management, and therefore sound management of money,
- family time, fostering closer mutual relations by eating meals together, doing everyday housework,
- shared recreation, that is the source of positive experiences and the basis for the rebound of negative emotions,
- support network, is the ability to reach for help of other people or social institutions.

According to this approach, the property of effective family adaptation to difficult and threatening situations is conditioned by the family belief system, its organization, and the style and quality of communication (Juczyński, 2009). Thanks to the protective factors, the family is able not only to overcome the difficulties encountered, but also to return to sustainable functioning and maintaining a high sense of quality of life and health.

It should be emphasized that resilience, understood as a process, can take place in different ways in different phases of family life. Similarly, the protection factors described above may be different for each family and may

co-decide on its competence to deal with critical life events. Nevertheless, this is a positive conclusion, because it clearly indicates that resilience can be shaped and strengthened through the potentials available to the family (Juczyński, 2009).

Concepts and models of family resilience

The concept of family resilience is derived from the theory of family stress and coping, but it significantly extends it. This concept assumes the possibility of personal change, relations, and the possibility of growth as a result of experiencing crisis and adversity (Lachowska, 2014)

The Family Stress Model ABCX Hill (1949) was an important step in the development of the family resilience concept and research conducted within its framework. The author included the family resources and family definition of stressor in this model, which gave the opportunity to strengthen family resilience. The model proposed by Hill was expanded by Burra (1973), and its important element was the separation of the factors of family susceptibility and regenerativeness. The susceptibility of the family was understood as the family's ability to prevent the stressor from developing into a crisis, and the regenerativeness was the family's ability to recover from crisis (Van Breda, 2001).

The next changes in the Family Stress Model were made by McCubbin and Paterson (1983), which resulted in the Model of the Double ABCX. From the point of view of family resilience, researchers drew attention to the post-crisis period. The ABCX Double Model focuses on the fact that some families emerge from the crisis stronger and more resilient than they were before. McCubbin and Paterson stated that the reduction of the crisis is not a sufficient indicator of adaptation and introduced the concept of adaptation. Adaptation was understood as the ability to match the requirements of one system or subsystem, with the ability to meet the requirements by another system or subsystem

Along with the development of research, emphasizing the position that adjustment and adaptation of the family to a crisis situation is characterized by high dynamism, and considering the types of families, their potential and opportunities, conceptualization of the ABCX Dual Model was started. Taking into account the mentioned variables, the T-Double ABCX Model was developed. This model drew attention to the key factors related to the change in the way the family reacted to the stressful situation. These factors included the family typology, defined as a set of essential family system properties that characterize and explain how the system usually assesses,

acts and behaves (...). This is a family-standard, predictable model of family behaviour (McCubin & McCubin, 2001).

Another important change in the development of the Family Stress Model was the creation of the Family Adjustment and Adaptation Response model, the so-called FARR, by Joan Patterson (2002). From the point of view of family resilience, it was important to introduce two important effects by the author: adjustment and adaptation that take place in families struggling with adversities and failures. Adjustment was understood as minimizing the degree of change that must be made in the family and included the processes of: avoiding – denying the stressor in the hope of it disappearing, eliminating – releasing from the stressor, and assimilation – making minimal changes that reduce the negative effect of the stressor. Adaptation concerned family efforts to cope with prolonged, heavy, and multiple stressors. According to Patterson, the indicator of family resilience is a change in functioning towards better functioning – adaptation. Success in this respect means the ability to maintain the family as a whole, thanks to which it can carry out its development tasks and support the development of individual members.

Still another important theoretical construct in the Patterson model is the concept of meanings given by the family. The author has distinguished three types of meanings: situational meanings, that is, family-defined requirements with which they confront and the possibilities of the family; the identity of the family as a whole, i.e. how family members see themselves as a whole; picture of the world, that is how family members see their family in relation to systems outside the family. The author emphasizes that these meanings shape the nature and scope of risk and the family's protective capabilities (Lachowska, 2012).

The most developed theoretical model of family resilience is the Resilient Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation (McCubin & McCubin, 1996; 1998). In this model, the authors focus on how families adjust and adapt to a stressful situation. According to the concept, the families respond to stress in two basic, separate, but related phases: adjustment and adaptation. The effect of the first stage is adjustment, which can be described as good or as lack of adjustment.

The course of the adjustment phase in the Resilient Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation is presented in the Figure 1.

In the adaptation phase, the stressor interacts with the family susceptibility, which is shaped by the accumulated stress occurring at the same time as the stressor. Family susceptibility interacts with existing, stabilized models of behaviour, which in turn interact with family resilience resources, a family cognitive assessment of the stressor, and family strategies for

solving problems and coping. A family who found themselves in a stressful situation can survive and get an adjustment status between requirements and abilities. If the stressor is not too big, the family is not very susceptible, it has a favourable functioning model, positive stressor assessment, good immune resources, great problem-solving and coping abilities. The aim of this stage is to cope with the stressful situation by the family without introducing fundamental changes in the existing models of functioning (Lachowska, 2014).

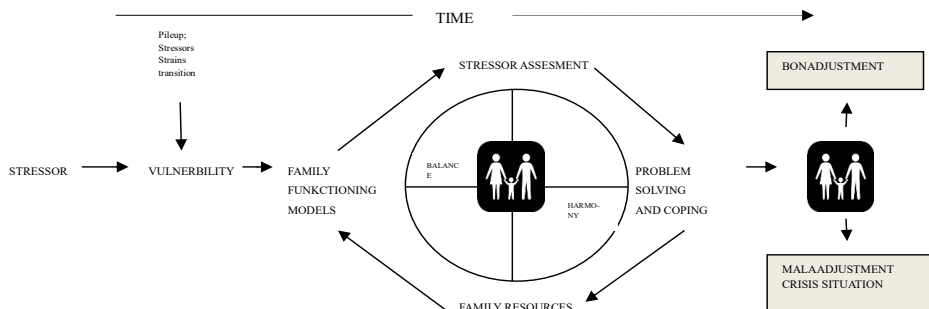


Figure 1. The adjustment phase in the Resilient Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation developed on the basis McCubbin and colleagues (McCubbin et al., 1996, p.15; 1998, p. 7).

Lack of adjustment means a crisis situation in the family, which entails the necessity of changes in order to deal with the stressor. The initiation of changes by the family marks the beginning of the adaptation phase. Positive adaptation is the effect of the interaction of many elements: new functional models developed in the family, existing functional models that have been maintained or modified, family resilience resources, family social support networks, family cognitive assessment of the situation, problem-solving and coping abilities of the family. Adaptation, appearing in response to the crisis experienced by the family, indicates its resilience.

The course of the adaptation phase in the Resilient Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation is presented in the Figure 2.

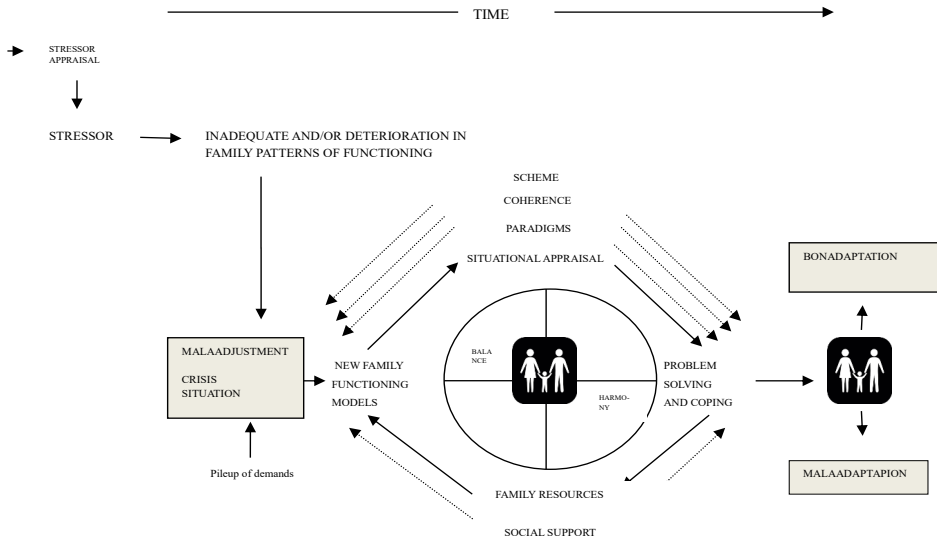


Figure 2. The adaptation phase in the Resilient Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation developed on the basis McCubbin and colleagues (McCubbin et al., 1996, p 25; 1998, p. 13).

Families achieving success in the adaptation process continue to show the ability to support the development of their members, and also show a willingness to maintain the family as a whole, thanks to which they can carry out development tasks typical for individual family life cycles (Paterson, 2002).

A slightly different look at the resilience of the family was presented by Walsh (2012). When reviewing literature in the field of social sciences, the author defined key processes for family resilience. According to Walsh, these are processes that reduce the risk of dysfunction, promote recovery and growth after the crisis, and give the family strength to overcome long-term difficulties. These processes are related to the three main areas of the family's functioning, they are: the family belief system, family organizational models, and family communication. The resilient families perceive the crisis as an opportunity for change and a common challenge. They believe that by acting together they will overcome adversities. These families have an optimistic vision of life, they focus on the present, not on trauma and the past. They can find sense in adversities, allowing them to be overcome. They are distinguished by transcendent values and spirituality. The resilient families have a flexible structure, which they can modify depending on their needs. They are flexible in terms of family roles. Mutual support, cooperation, and respect of the individual needs of family members are also important. Resilient families also benefit from non-family and environmental

support networks to deal with the crisis. Ways of communication in these families are clear and the level of trust is high. There is openness in expressing feelings, including difficult ones. Members of resilient families are able to realistically define a problem, jointly decide on how to solve it, then work together and cooperate to overcome difficulties. These processes remain in mutual interaction and are mutually reinforced, which makes the family immune to crises.

The family resilience model proposed by Foma Walsh was partially confirmed in the research of James P. Coyle (2009). The study was conducted among American and Canadian families with alcohol problems and showed that the development paths of these families, as well as their members, are very diverse. Some families were characterized by high resilience despite alcoholism. These families functioned correctly and their members were developing. Other families, however, experienced a number of negative effects, and their resilience was very limited.

Based on the concept of Walsh, the FRAS questionnaire Family Resilience Assessment Scale (Sixbey, 2005) was constructed to measure family resilience. The method is used in the United States, and has been adopted also in other countries, among others, Turkey and Malta. The work on the adaptation of the FRAS Questionnaire is also underway in Poland, and the results presented so far should be considered satisfactory (Nadrowska, Błażek, Ewandowska-Walter, 2017).

When considering issues related to the factors that make up family resilience, it also seems interesting to look for relationships between attachment styles of family members and the aforementioned resilience. According to John Bowlby's theory of attachment (2007), the ability to create close emotional ties is a basic element of human nature. Attachment is formed in early childhood (secure attachment, unprotected attachment) and defines the course of development through life (Józefik, Iniewicz, 2008). As it is shown in numerous studies, the pattern of ties created in childhood persists in later periods of human development and is important for equal aspects of its functioning. Analysis have shown, among other things, that the style of partner attachment is related to their relationship in the relationship. The more partners are attached to each other in a safe manner, the more positive their mutual relations are (Liberska, Suwalska, 2011; Tryjarska, 2017). Little is known, however, about the importance of adult attachment styles for the way of constituting relationships (e.g. cooperation, communication, conflict resolution) and how this translates into the functioning of the entire family system in terms of family resilience. Searching for the answers to these questions would be theoretically interesting especially to practitioners working with families.

Conclusion

Contemporary families experience many serious problems, struggle with various types of difficulties and traumas, which often lead to their disintegration. There are many different forms of family support in Poland, but they are usually of therapeutic character and are aimed at eliminating pathologies or dysfunctions. The concept of resilience presented in the study gives the opportunity to look at the background of family problems from a broader perspective and strives to justify why, despite being exposed to aggravating factors, families develop properly and maintain a sense of psychophysical well-being. In other words, resilience is a complex process that breaks the path leading from risk factors to problematic behaviour, providing a basis for recognizing the state of affairs (Borucka, Ostaszewski, 2008). The concept of resilience in the research provides, at the same time, the scientific basis for constructing different forms of prevention and therapy of families and marriages. For this purpose, however, it is necessary to conduct systematic and reliable scientific research that will answer the questions: what is the resilience of the family?, how do resilient families work? how to build and strengthen family resilience?

Each research should be embedded in theory, which gives a certain clarity and consistency in the course of the conducted argument. Trying to systematize the information presented in the article, it can be concluded that there is no single universal theory, by which the mechanism of adjusting the family to the crisis situation could be explained. However, the presented models and concepts do not constitute a superficial interpretation of the family situation. The presented theories draw attention to various factors, i.e. family resources, family type, family susceptibility, which seem to be important in the context of family resilience. In the presented models and concepts, it is pointed out that resilience is a process that lasts until the crisis occurs, until the family adapts to the new situation. There is also a discussion concerning requirements that the family faces and the way in which it experiences stressful situations.

The ongoing discussion on the models and concepts of family resilience can be a contribution to the design of research in the area of family resilience. This allows us to hope for greater interest of researchers in the area of resilience of the family, which may result in comprehensive research on this topic and the increase of support for families in the future.

References

- Blacka, K., & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing*, 14 (1), 33–55.

- Borucka, A., Ostaszewski, K. (2008). Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 12 (2), 587–597.
- Borucka, A., Ostaszewski, K. (2012). Czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych. *Dziecko Krzywdzone*, 3(40), 7–26.
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo PWN
- Braun-Gałkowska, M. (2007). *Poznanie systemu rodzinnego*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Burr, W.R. (1973). *Theory construction and the sociology of the family*. New York: Wiley.
- Coyle, J.P., Nochajski, T., Maguin, E., Safyer, E., DeWit, D., & Macdonald, S. (2009). An exploratory study of the nature of family resilience in families affected by parental alcohol abuse. *Journal of Family Issues*, 30(12), 1606–1623.
- Czabała, J.Cz. (1988). *Rodzina a zaburzenia psychiczne*. Kraków: Instytut Psychoneurologiczny.
- De Barbaro, B. (1999). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Garmezy, N. (1985). Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors. In J. Stevenson (Eds.), *Recent Research in Developmental Psychopathology*, (pp. 213–234). Pergamon Press, Oxford – New York – Toronto – Sydney – Paris – Frankfurt.
- Gąsior, K. (2014). Prężność rodzinna – nowe wyzwanie dla profilaktyki. *Resocjalizacja Polska*, 6, 79–88.
- Grzegorzewska, I. (2013). *Odporność psychiczna dzieci alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN
- Hill, R. (1949). *Families under stress: adjustment to the crises of war separation and Reunion*. New York: Harper and Brothers.
- Janicka, I., Liberska, H. (2014). *Psychologia rodziny*. Warszawa: PWN.
- Józefik, B., Iniewicz, G. (2008). *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Juczyński, Z. (2009). Pomnażanie i wzbogacanie zasobów własnego zdrowia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 4(1), 17–32.
- Junik, W. (2011). *Resilience. Teoria, badania, praktyka*. Warszawa: PARPAPEMIA.
- Jurczyńska, J. (2011). Wspomaganie procesu budowania prężności u dzieci i młodzieży zagrożonych rozwojem zespołu zachowań problemowych poprzez wzmacnianie relacji z rodzicami. In W. Junik (Eds.), *Resilience*, (pp. 147–162). Warszawa: PARPAPEMIA.
- Kaleta, K. (2013). Uczeń w kontekście rodziny. In J. Szczurkowska, A. Mazur. (Eds.), *Wokół roli i zadań pedagoga i psychologa w szkole*, (pp. 53–75). Kielce: Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP Spółka z o. o.
- Lachowska, B.H. (2012). *Praca i rodzina. Konflikt czy synergia ?* Lublin: Wydawnictwo: KUL.
- Lachowska, B.H. (2013). O znaczeniu modeli teoretycznych w badaniach rodziny. *Family Forum*, 3, 11–23.
- Lachowska, B.H. (2014). Pozytywna psychologia rodziny – w teorii i praktyce. In I. Janicka, H. Liberska. (Eds.), *Psychologia rodziny*, (pp. 539–554). Warszawa: PWN.

- Liberska, H., Suwalska, D. (2011). Styl przywiązania a relacje partnerskie we wczesnej dorosłości. *Psychologia rozwojowa*, 16 (1), 25–39.
- Liu, S., & Potměšil, M. (2012). A Comparative Study of Family Resilience. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis Studia Psychologica V*, 28–43.
- Mangham, C., Mc Graht, P., Reid, G., & Stewart M. (1995). *Resilience: Relevance to health promotion. Detailed analysis. Unpublished report*, Dalgousie: Atlantic Health Promotion Centre.
- McCubbin, H.I., & Patterson, J.M. (1983). Family stress and adaptation to crises: a Double ABCX Model of family behavior. In D.W. Olson, & R.C. Miller (Eds.), *Family Studied Review Yearbook*. 1, (pp. 87–106). Beverly Hills: Sage.
- McCubbin, M.A., McCubbin, H.I., & Thompson, A.I. (1996). Resiliency in families. A conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crises. In H.I. McCubbin, A.I. Thompson, & M.A. McCubbin (Eds.), *Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation– Inventories for Research and Practice*, (pp. 1–64). Madison: University of Wisconsin System.
- McCubin, M.A., & McCubin, H.I. (1993). Families coping with illness: The resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation. In C. Danielson, B. Hamel– Bissell, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Families, Health and Illness: Perspectives on Coping and Intervention*, (pp. 21–64). St. Louis Missouri.
- Mudrecka, I. (2013). Wykorzystanie koncepcji «resilience» w profilaktyce niedostosowania społecznego i resocjalizacji. *Resocjalizacja Polska*, 5, 49–61.
- Nadrowski, N., Błażek, M., Lewandowska-Walter, A. (2017). Family resilience – definition of construct and preliminary results of the Polish adaptation of the Family Resilience Assessment Scale (FRAS). *Current Issues in Personality Psychology*. Volume 5(4), 313–322.
- Ongińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2011). Prężność u dzieci i młodzieży – charakterystyka i pomiar . Polska skala SPP–18. *Polskie Forum Psychologiczne*, 16, (1), 7–28.
- Oxford Advance Learner's Dictionary* (2015). (9th Edition). Publishing house: Cornelsen Verlagskontor GmbH.
- Patterson, J.M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*. 58, (3), 234–246.
- Pietras T. (2014). Współczesne nurty w terapii rodzin. In I. Janicka, H. Liberska (Eds.), *Psychologia rodziny*, (pp. 528–534). Warszawa: PWN.
- Potměšil, M., & Pospíšil, J. (2013) Resilience factors in families of children with hearing impairment. *Psychologia Rozwojowa*. 18, 1, 9–25.
- Potměšilová, P. (2013). Disabled child in the family (A case study of the family resilience process). *Paidagogos*, 1, 10, 144–161.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, (3), 316–331.
- Sikorska, I. (2016). *Odporność psychiczna w okresie dzieciństwa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sixbey, M.T. (2005). *Development of the family resilience constructs* (Master's thesis). <https://education.ufl.edu/counselor-education/dissertations-list/> (access 25.10.2018).

- Tryjarska, B. (2017). Style przywiązania partnerów a zadowolenie ze związku. In K. Lubiewska (Eds.), *Przywiązanie. Związki intymne, osobowość oraz problematyka kliniczno-terapeutyczna*, (pp. 13–30). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Van Breda, A.D. (2001). *Resilience theory: A literature review*. Pretoria, South Africa. <https://www.vanbreda.org/> (access 22.08.2018).
- Walch, F. (2012). Family resilience. Strengths for et through adversity. In F. Walsh (Eds.), *Normal family processes*, (pp. 399–427). New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: crisis and challenge. *Family Process*, 35, 261–181.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press
- Welch, G.L., Harrist, A. (Eds.) (2017). *Family Resilience and Chronic Illness. Interdisciplinary and Translational Perspectives*. New York: Springer
- Werner, E. (1994). Overcoming the odds. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, (2), 131–136
- Werner, E.E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. Second edition, (pp. 113–132). Cambridge: Cambridge University Press.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Psychologica XI (2018)

ISSN 2084-5596

DOI 10.24917/20845596.11.5

Urszula Oszwa

Małgorzata Czelej

Institut Pedagogiki, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Spostrzeganie stylów pełnienia ról babci i dziadka przez wnuczęta

Streszczenie

Celem badań własnych jest analiza obrazu ról społecznych babci i dziadka w percepcji dzieci w młodszym wieku szkolnym. Poszukiwano odpowiedzi na pytanie badawcze: o występowanie różnic w postrzeganiu przez badane dziewczynki i chłopców roli babci i dziadka (styl zaangażowany, towarzyski, zdystansowany). Zastosowano kwestionariusz ankiety w autorskim opracowaniu. W badaniach uczestniczyło trzydzieścioro dzieci w wieku jedenastu lat, w tym piętnaście dziewczynek i tyle samo chłopców. Wyniki ukazały kilka istotnych statystycznie różnic w postrzeganiu przez wnuków stylów pełnienia ról babci i dziadka. Badani chłopcy inaczej postrzegali więź zaangażowaną i towarzyską z babcią, a inaczej z dziadkiem. U wnucząt obu płci ujawniła się ta sama kolejność rozpoznawanych typów relacji: od zaangażowanego, przez towarzyski, do zdystansowanego. Ponadto obraz babci, jak i dziadka w oczach wnuczek i wnuków był pozytywny.

Słowa kluczowe: transmisja międzypokoleniowa, relacje społeczne, dziadek, babcia, wnuczęta

Types of relationships with grandmother and grandfather in the perception of their grandchildren

Abstract

The purpose of the research was to analyze the image of social roles of grandmother and grandfather in the perception of children at a younger school age. Research question sought: for differences in the perception of the role of grandmother and grandfather girls and boys (involved/engaged, social/friendly, reserved/distanced). Based on literature, an original questionnaire was designed and used for research purposes. Thirty children at eleven years participated in the study, including fifteen girls and the same number of boys. The results showed several statistically significant differences in the grandchildren's perception of grandmother and grandfather roles. The assessed boys differently perceived the engaged and social bond with their grandmother with the comparison to their grandfather. In the grandchildren of both gender, the same order of

recognizable types of relationships emerged, from involved/engaged, through social/friendly, to reserved/distanced. Both the image of grandmother and grandfather in perceptions of granddaughters and grandchildren were positive.

Keywords: generational transmission, social relations, grandfather, grandmother, grandchildren

Wprowadzenie

Pod koniec życia, podobnie jak na jego początku, relacje z ludźmi stają się bardzo ważne dla prawidłowego funkcjonowania psychospołecznego człowieka (Adamski, 2002; Brzezińska 2008; Wawrzyniak, 2011). Dziadkowie i wnukowie są sobie potrzebni nawzajem (Brzezińska, 2001; Cęcelek, 2005). Dzięki poprawiającym się standardom życia obserwujemy wydłużanie się życia ludzkiego, co z kolei ma ten pozytywny wymiar, że większa część najmłodszego pokolenia ma szansę doświadczania obecności i wpływu dziadków na swój rozwój i dorastanie (Dyczewski, 2003; Wawrzyniak, 2011). Obserwując relacje rodzinne, można dostrzec, jak różne formy przybierają związki międzypokoleniowe (Izdebska, 2000). Dla jednych rodziców dziadkowie są niemal niezbędni, często przyprowadzają dzieci do przedszkola i szkoły, są aktywnie obecni w codziennym życiu rodziny. Zdarzają się relacje, w których dziadkowie rozpieszczają wnuki, spotykając się z nimi sporadycznie, nie mają z nimi stałego kontaktu, jaki daje np. wspólne zamieszkiwanie. Jeszcze inne okoliczności lub wybór sprawiają, że dziadkowie rzadko widują się z wnukami. Jedne z pierwszych badań, poświęconych analizie relacji wnucząt z dziadkami prowadzili Andrew Cherlin i Frank Furstenberg (za: Bee, 2004). Poddawali oni ocenie związki międzypokoleniowe widziane oczami dziadków. Na podstawie analizy wyników wyróżnili trzy typy pełnienia ról babci i dziadka w relacji z wnuczętami: a) zaangażowany, b) towarzyski i c) zdystansowany (por. Brzezińska, 2008).

W dzisiejszych czasach, kiedy stosunek młodego pokolenia do starszych ludzi jest zróżnicowany, ważne są bliskie i pozytywne relacje dziadków z wnukami. Mają one wartość dla obu stron związku, tzn. zarówno dla dziadków, jak i dla wnucząt. Jednym z bardziej stresogennych wydarzeń w życiu osoby starszej jest przejście na emeryturę oraz stopniowe wycofywanie się z czynnego życia zawodowego i społecznego (Korzeniowska, Szuścik, 2006; Kosior, 2007; Strelau 2003). Ważne staje się wówczas przeniesienie energii i aktywności z zakończonej pracy zawodowej na inne obszary. W Polsce często są to relacje rodzinne (por. Kotlarska-Michalska, 2000; Krupa, 2012). Harmonijne współżycie dziadków i wnuków może być dobrodziejstwem dla jednych i drugich. Młodszy wiek szkolny, nazywany także czasem późnego dzieciństwa, to okres od 7 do 10 roku życia. Jest on dla dziecka okresem

prześciowym między dzieciństwem a adolescencją. Pierwszym obszarem nabywania przez dziecko wiedzy o emocjach jest rodzina, to w niej tworzy się więc emocjonalna i typy przywiązania. Tu także odbywa się proces wprowadzania dziecka w życie społeczne. Ten okres to również umiejscowienie dziecka w kontekście szkoły. Z tych powodów badaniami własnymi nad relacjami międzypokoleniowymi objęto grupę dzieci z klasy trzeciej szkoły podstawowej.

Miejszem pierwszych interakcji, które mają wpływ na rozwój człowieka jest rodzina. Większość ludzi żyje w kręgu rodziny w okresie dzieciństwa i dorosłości. Na początku jest to rodzina generacyjna (rodzina pochodzenia), a następnie rodzina prokreacji. Przez cały cykl życia osoba jest osadzona w sieci relacji pokrewieństwa. Te różnorodne relacje w ramach szeroko pojętej rodziny tworzą tzw. rodzinę rozszerzoną (Kryczka, 1997; Kwak, 2005; Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa, 2002;). Sieć ta tworzy układ wielopokoleniowy, którego najważniejszymi członkami są, obok rodziców, dziadkowie (rodzice i teściowie małżonków).

Obecnie w indywidualistycznej kulturze krajów Europy Zachodniej najczęściej spotykany jest model rodziny nuklearnej. W niektórych obszarach jednego kraju można spotkać rodziny duże, zmodyfikowane. W kulturach kolektywistycznych dominującym typem rodziny ze względu na zakres bliskich więzi jest rodzina duża (patrz: tab.1).

Tabela 1. Typy rodzin ze względu na więzi rodzinne

Rodzina mała (nuklearna)	Rodzina duża (familia)	Rodzina duża zmodyfikowana
złożona z pary małżeńskiej i niepełnoletnich dzieci, kontakty ograniczają się do najbliższych członków rodziny	złożona z przynajmniej trzech pokoleń, połączona wspólnota majątkową i mieszkaniową	wielopokoleniowa, nie mieszkająca razem, rozproszona

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: Brągiel, Badora (2005)

Relacje wnucząt z dziadkami w kontekście społecznych przemian rodziny

Wśród wielu czynników oddziałujących na rodzinę znajdują się zmiany ustrojowe i te obszary życia społeczno-gospodarczego, w których dokonały się największe przeobrażenia: rozwój gospodarki i sytuacja na rynku pracy. Powodują one zmiany struktury społeczno-ekonomicznej gospodarstw domowych, wpływając bezpośrednio na sytuację rodziny. Pod ich wpływem stopniowym przeobrażeniom ulegają: struktura, funkcje rodziny, stosunki wewnątrzrodzinne, role członków rodziny. Przemiany w strukturze i modelach rodziny idą w parze z globalnymi przemianami społecznymi (Miłkowska, 2014; Szlendak, 2011; Trempała, Zając-Lamparska, 2007). W rodzinie

zachodzą równoległe przeobrażenia społeczne i kulturowe, powiązane ze zmianami w globalnym świecie. Z punktu widzenia socjologów współczesna rodzina jest dotknięta potrójną rewolucją (Rostowska, 2009; Szlendak, 2011): a) globalną rewolucją stylu życia; b) ekonomiczną rewolucją poindustrialną; c) rewolucją modelu rodziny. Zdaniem socjologów ewolucja rodziny zmierza w kierunku rodziny małej (3–4-osobowej), niezależnej ekonomicznie i terytorialnie od dalszych kręgów rodzinnych (Majchrzyk-Mikuła, Saran, 2006). Zintegrowana jest ona głównie dwupokoleniowo.

Dzisiejsza tendencja to zawężanie rodziny tylko do kręgów najbliższej rodziny: jej trzonu, czyli dziadków, rodziców oraz dzieci. Rzadsze są stałe kontakty z dalszymi krewnymi oraz ich dziećmi. Ograniczają się one do sporadycznych spotkań przy okazji większych uroczystości rodzinnych (śluby, święta). Wśród zmian systemowych wymienia się spadek funkcji socjalizacyjnej rodziny, upadek autorytetów (szczególnie ojca, por. Kornas-Biela, 2001), osłabienie więzi rodzinnych i międzypokoleniowych. Dziecko może być postrzegane coraz częściej jako wyznacznik statusu rodziców albo przeszkoda w ich samorealizacji. Z drugiej strony, we współczesnej kulturze indywidualistycznej obserwuje się tzw. dzieciocentryzm, przejawiający się koncentracją uwagi rodziców na dziecku jako najważniejszej inwestycji rodzinnej. Zmniejsza się zainteresowanie potrzebami emocjonalnymi dziecka na korzyść troski o jego potrzeby materialne. Zwrot w kierunku rozwoju autonomii pojedynczych członków rodziny może skutkować trudnościami w tworzeniu wspólnotowości (Janicka, Liberska, 2014; Majchrzyk-Mikuła, Saran, 2006).

Coraz bardziej powszechne jest rozluźnianie więzi między członkami rodziny na kolejnych etapach ich życia (Szacka, 2003; Wawrzyniak, 2011). Konsekwencją może być ograniczenie tradycyjnego oparcia społecznego, które zapewniały rodziny wielopokoleniowe. Dokonywało się w nich zaspokajanie potrzeb emocjonalno-społecznych oraz materialnych. Mobilność społeczna powoduje przestrzenne oddalenie się od siebie członków rodzin, co nie sprzyja podtrzymywaniu bliskich więzi (Rudnik, 2016; Szlendak, 2011). Dotyczy to szczególnie relacji dziadków z wnuczętami. W procesie przemian życia rodzinnego występuje coraz większe ryzyko utraty znaczenia i wpływu wcześniejszych pokoleń na postawy młodszych członków rodziny ze względu na osłabienie procesu transmisji międzypokoleniowej, która oznacza ciągłość pokoleniową w zakresie przekonań i wzorów zachowań. Zakres transmisji obejmuje cechy temperamentu, osobowości, system wartości, koncepcje ról społecznych oraz obraz kolejnych pokoleń (Majchrzak-Mikuła, Saran, 2006)

Podstawowym nośnikiem transmisji w rodzinie są bliskie więzi między jej członkami. Przejawy transmisji obejmują aspekty jednostkowe (cechy

osobowości, światopogląd, sposoby zachowania), ale także pozajednostkowe (obrzędy, tradycje, system wartości, normy społeczne). Najważniejszymi sposobami transmisji pokoleniowej są mechanizmy naśladownictwa, modelowania i identyfikacji (Rudnik, 2016; Szacka, 2003). Rolą transmisji międzypokoleniowej jest zapewnienie ciągłości rodziny i jej stabilizacja. Zachodzi ona między kilkoma pokoleniami, jednak ujawnione w badaniach najsilniejsze podobieństwo konstrukcji tożsamości występuje między rodzicami a dziećmi (Szlendak, 2011). Dzięki przekazowi międzypokoleniowemu członkowie rodziny mają poczucie przynależności do niej, uzyskują poczucie ciągłości, umiejętność łączenia przeszłości z teraźniejszością i przyszłością, poczucie przynależności do wspólnej historii. Dzięki niej możliwe jest korzystanie z zasobów rodzinnych (systemu wartości, tradycji, wzorców pełnienia ról społecznych, sposobów rozwiązywania problemów, reagowania na stres) w okolicznościach nowych lub trudnych. Każda rodzina ma swoją obyczajowość, tradycje, czasami sięgające kilka pokoleń wstecz. Bogactwo poprzednich pokoleń ma swój wkład w budowę następnych. Odróżnia to rodziny od siebie, nadając specyficzny charakter każdej z nich. W procesie przemian życia rodzinnego występuje coraz większe ryzyko utraty znaczenia i wpływu wcześniejszych pokoleń na postawy młodszych. W zależności od typu kultury, proces transmisji wartości może mieć odmienny przebieg, co ukazała w sposób bardzo przejrzysty analiza dokonana przez Margaret Mead (2000) (patrz: tab. 2).

Tabela 2. Typy kultur wg Margaret Mead

Aspekty analizy	TYP POSTFIGURATYWNY	TYP KOFIGURATYWNY	TYP PREFIGURATYWNY
Cechy charakterystyczne	<ul style="list-style-type: none"> –oparty na realizacji oczekiwań starszego pokolenia –istotna rola tradycji – brak zmian lub wolne ich tempo – uwewnętrznienie przez dziecko form kultury –bezwarunkowa identyfikacja –oparty na autorytecie rodziców i dziadków 	<ul style="list-style-type: none"> –ukierunkowanie na teraźniejszość – opierają się na doświadczeniu młodych pokoleń, które nie ma odpowiednika w doświadczeniu starszych pokoleń –pokolenia uczą się od siebie –współwystępują wzorce kulturowe młodszych i starszych pokoleń –stopniowa marginalizacja znaczenia przodków 	<ul style="list-style-type: none"> –młodsze pokolenie przekazuje wiedzę starszym pokoleniom –świat zrozumiały bardziej dla dzieci –proponowane wzory są tymczasowe
Nazwa metaforyczna	kultura nieocenionych przodków	kultura odnalezionych rówieśników	kultura zagadkowych dzieci
Typ społeczeństwa	Spółczesność tradycyjne	Spółczesność nowoczesne	Spółczesność nowoczesne

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: Mead (2000).

W czasach współczesnych mamy często do czynienia z prefiguratywnym typem rodziny, zwłaszcza w kulturach indywidualistycznych. Typ

prefiguratywny można spotkać w kulturze kolektywistycznej (np. w mniejszych miejscowościach niektórych krajów Europy, także w Polsce, jak również w krajach takich jak Indie, gdzie kulturowane są bliskie relacje wielopokoleniowe).

Style pełnienia roli babci i dziadka – przegląd klasyfikacji

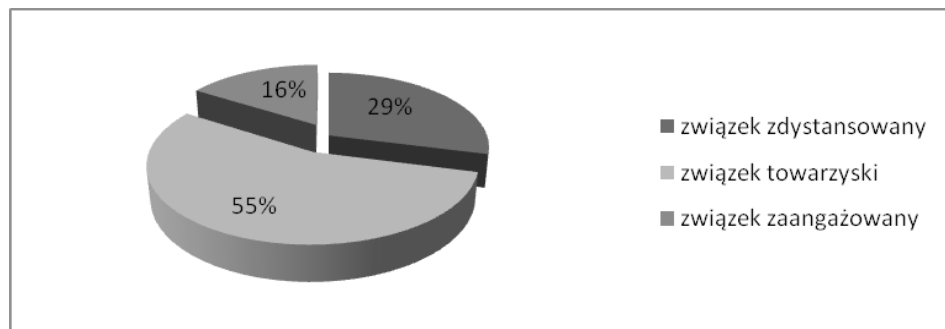
W polskiej literaturze przedmiotu można odnaleźć kilka typologii pełnienia roli babci i dziadka. Klasyczna typologia skonstruowana w rezultacie badań przeprowadzonych przez Cherlina i Furstenberga w latach 80. ubiegłego wieku (Bee, 2004; Brzezińska, 2008) obejmuje trzy rodzaje związków międzypokoleniowych: a) zdystansowany, b) zaangażowany, c) towarzyski (patrz: tab.3).

Tabela 3. Charakterystyka rodzajów relacji dziadków z wnukami wg Andrew J. Cherlina i Franka F. Furstenberga

Związek zdystansowany	Związek towarzyski	Związek zaangażowany
<ul style="list-style-type: none"> –dziadkowie widują wnuki stosunkowo rzadko –mają niewielki wpływ na życie wnuków – oddaleni przez miejsce zamieszkania lub własną decyzję zdystansowania –dominuje chłodny, pełen dystansu stosunek do wnuków –dziadkowie zajęci własnymi sprawami 	<ul style="list-style-type: none"> –dziadkowie budują ciepły, przyjemny związek z wnukami – dziadkowie jednocześnie cieszą się z braku stałych obowiązków związanych z wnukami –dziadkowie poświęcają wnukom dużo czasu – rozpieszczają wnuki – dziadkowie kochają wnuki, nie zastępują rodziców 	<ul style="list-style-type: none"> – dziadkowie spełniają niemal cały czas opiekę nad wnukami – duże zaangażowanie w wychowanie wnuków, niemal zastępują rodziców – często zamieszkują razem z wnukami –dziadkowie mogą tworzyć bliskie więzi mimo braku codziennych obowiązków przy wnukach

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bee (2004)

Autorzy objęli badaniami dziadków i babcie, których pytano o ocenę ich zachowań w relacjach z wnuczętami. Na podstawie analiz wypowiedzi uzyskano trzy typy relacji. Rozkład procentowy ukazał dominację związku towarzyskiego (55%) nad zdystansowanym (29%) i zaangażowanym (16%).



Rys. 1. Rodzaje związków dziadków z wnukami – opracowanie własne na podstawie wyników badań Cherlina i Furstenberga (za Bee, 2004)

Dziadkowie najczęściej oceniali swój związek z wnukami jako towarzyski, co oznacza utrzymywanie kontaktu, ale bez pełnienia funkcji opiekuńczo-wychowawczych. Zauważono także, że związki towarzyskie tworzyli najczęściej młodszy dziadkowie obu płci. Natomiast dziadkowie po 65. roku życia częściej pozostawali w związkach zdystansowanych, co mogło być spowodowane osłabieniem relacji wskutek pogarszającego się stanu zdrowia, związanego z wiekiem. Na uwagę zasługuje fakt, że badani dziadkowie w większości opisywali związek z wnukami jako ciepły i serdeczny (Bee, 2004). Inni badacze (Bryniewicz, Bulska, 2017; Zaremski, 2013) także analizowali sposoby utrzymywania kontaktu dziadków z wnuczętami, dokonując charakterystyk opisowych w wyniku analiz jakościowych. Tam, gdzie dziadkowie zamieszkują z wnukami, kontakt ma szansę być częstszy i bardziej intensywny poprzez wiele okazji do spotykania się. W innym przypadku mogą to być okolicznościowe wizyty, odwiedziny. Anna Brzezińska (2008) wprowadziła interesujące określenia trzech typów relacji międzypokoleniowych, nawiązujących do klasycznej typologii Cherlina i Furstenberga: a) daleki krewny, b) troskliwy opiekun, c) mądry towarzysz. Wybór konkretnego typu relacji niesie ze sobą korzyści lub straty zarówno dla wnuków, jak i dla dziadków. Jeśli dziadkowie to mało znani, dalecy krewni, korzyści dla wnuków są znikome. Z drugiej strony, odlegli dziadkowie mogą być zagrożeni samotnością, brakiem wsparcia ze strony wnuków w przyszłości. W związku z dziadkami-troskliwymi opiekunami zaspokojone są podstawowe potrzeby dziecka – bliskości, bezpieczeństwa, przynależności. Dla dziadków jest to także okazja do otrzymania wsparcia, akceptacji, bycia autorytetem, czucia się potrzebnym. Jeśli jednak dziadków zdominuje pełnienie tylko tej roli, są oni zagrożeni mniejszą dbałością o swoje zdrowie, zainteresowania i kontakty poza rodziną. Kiedy dziadkowie wchodzą w rolę mądrych towarzyszy, zaspokajają w dziecku potrzebę ciekawości, zabawy, eksperymentowania, co wzmacnia jego aktywność w różnych obszarach. Ten typ relacji wprowadza w życie dziadków równowagę między troską o innych a troską o siebie (por. Brzezińska, 2008).

Inna typologia stylów relacyjnych, także autorstwa Anny Brzezińskiej (2001), obejmuje cztery rodzaje relacji międzypokoleniowych. Według autorki dziadkowie mogą być dla wnuków: a) kotwicą (punktem odniesienia) – scalają wtedy rodzinę, podtrzymują wartości i tradycje, zapewniając jej ciągłość oraz bezpieczny fundament; pomagają formować tożsamość całej rodziny oraz poszczególnych jej członków; b) opiekunem i „ochroniarzem” – stanowią wówczas wsparcie dla rodziców w opiece i wychowaniu dzieci, wspomagają finansowo na miarę swoich możliwości; c) arbitrem i negocjatorem – pomagają zrozumieć i łagodzić konflikty, czasami wchodzą w rolę adwokatów wnuków, trzymając ich stronę w nieporozumieniach z rodzicami;

d) historykiem i archiwistą rodziny – są wtedy źródłem i strażnikami tradycji rodzinnych, utrzymują ciągłość pokoleniową i pomagają zrozumieć znaczenie upływu czasu (por. Brzezińska, 2001).

Kolejna klasyfikacja typów ról międzypokoleniowych powstała na podstawie wyników badań Anny Przygody (2012).

Tabela 4. Typologia stylów pełnienia roli babci i dziadka wg A. Przygody

Nazwa typu	Charakterystyka
Opiekun	Zapewnia towarzystwo, wykonuje tylko to, co jest obowiązkiem, niewiele wymaga, nie stosuje kar, nagradza.
Przyjaciel/ powiernik	Służy radą, wstawia się za wnukiem, wspiera jego wybory, dodaje mocy sprawczej, stosuje wzmocnienia o charakterze niematerialnym, nie stosuje kar.
Cenzor/ nauczyciel	Próbuje zastąpić rodziców, nadmiernie przejmuje rolę wychowawcy, nie angażuje się emocjonalnie w relację, krytykuje sposób zachowania, ubiór, poglądy, decyzje, częściej stosuje kary.
Kumpel	Jest nieświadomy swojej roli wychowawczej, bezkrytyczny wobec wnuka, wyznaczanie zasad i aktywności podejmowanych razem pozostawia wnukowi, odznacza się małą dojrzałością społeczną i emocjonalną, nie stosuje kar. Czasami przekazuje swoją pasję wnukowi.
Historyk/ dokumentalista	Dysponuje wiedzą i dokumentacją związaną z dziejami rodziny, gromadzi pamiątki, fotografie, opowiada o osobach i wydarzeniach rodzinnych, jest inicjatorem spotkań rodzinnych i je dokumentuje.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Przygoda (2012)

Zdaniem autorki wybrane sposoby pełnienia ról są związane z płcią. Role opiekuna oraz cenzora/nauczyciela częściej wybierają babcie niż dziadkowie. Funkcje kumpla i historyka/dokumentalisty częściej charakteryzują dziadków. Typ roli podejmowany w równym stopniu przez babcie i dziadków to przyjaciel/powiernik (patrz: tab. 4).

W innej typologii (Chmielnicki, 1978) wymienia się następujące style „dziadkowania”: a) styl formalny – ograniczenie roli dziadków do minimum wyznaczonego społecznie, ścisłe rozgraniczenie roli rodziców i dziadków; b) styl zastępczych rodziców – kiedy dziadkowie pełnią funkcje rodzicielskie i pozostają w bardzo bliskich relacjach z wnuczętami; c) rola krynicy mądrości rodzinnej – przekazywanie tradycji rodzinnych, odwoływanie się do zasad etycznych, wartości obowiązujących w rodzinie; d) postawa rozrywkowa – kiedy relacja jest oparta na zabawie i wzajemnej satysfakcji; e) rola życzliwych Mikołajów – okazjonalne obdarowywanie wnuków prezentami, pieniędzmi, ale rzadki kontakt z nimi (por. Wawrzyniak, 2011).

Analizując przedstawione klasyfikacje typów pełnienia roli babci i dziadka można stwierdzić, że różnią się one między sobą nazwami oraz liczbą rodzajów podejmowania ról. Są jednak bardzo zbliżone do siebie, opisują style bycia babcią i dziadkiem, potwierdzone obserwacjami życia codziennego. Niektóre role częściej są podejmowane przez dziadków, inne przez babcie. Role te zmieniają się wraz z kolejnymi fazami życia rodziny i wiekiem wnucząt. Dla przykładu, dziećmi do 7 roku życia opiekują się najczęściej

babcie, natomiast dorastanie dziecka niesie ze sobą mniejszą potrzebę jej zaangażowania w opiekę nad nim. Wówczas dziadek może przesunąć się na plan pierwszy w towarzyskiej relacji z wnukiem. Pełnienie konkretnej roli zależne jest także od zmian w społeczeństwie – dziadkowie coraz rzadziej ograniczają swoją aktywność jedynie do ról rodzinnych. W porównaniu do wcześniejszych pokoleń, w których byli oni głównie źródłem rodzinnego autorytetu, współczesne bycie babcią lub dziadkiem ma częściej charakter bardziej partnerski i koleżeński (Wawrzyniak, 2011).

Tabela 5. Zestawienie typów związków dziadków z wnukami w różnych klasyfikacjach

Autor, Rok	Brzezińska (2001)	Bee (2004)	Brzezińska (2008)	Chmielnicki (1978)	Przygoda (2012)
Typy związków	<ul style="list-style-type: none"> – Kotwica (punkt odniesienia) – Ochroniarz i opiekun – Arbiter, negocjator – Historyk, archiwista 	<ul style="list-style-type: none"> – związek zdystansowany – związek towarzyski – związek zaangażowany 	<ul style="list-style-type: none"> – dalecy krewni – mądrzy towarzysze – troskliwi opiekunowie 	<ul style="list-style-type: none"> – styl formalny – styl zastępczych rodziców – krynica mądrości rodzinnej – postawa rozrywkowa – rola życzliwych Mikołajów 	<ul style="list-style-type: none"> – opiekun – przyjaciel/powiernik – cenzor/nauczyciel – kumpel – historyk/dokumentalista

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: Brzezińska (2001, 2008), Bee (2004), Chmielnicki (1978), Przygoda (2012)

Zaprezentowane typologie ukazują style i związki międzypokoleniowe z perspektywy babć i dziadków (patrz: tab. 5). Ze względu na fakt, że w relacji interpersonalnej występują przynajmniej dwie strony, interesujące wydaje się dokonanie analizy związków z dziadkami w percepcji wnucząt. Zatem w badaniach własnych podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, jaki obraz babci i dziadka posiadają dzieci pozostające z nimi w relacjach. Analizowano trzy typy relacji: towarzyski, zaangażowany i zdystansowany (za: Bee, 2004). Poszukiwano różnic w ocenie relacji międzypokoleniowych w zależności od płci wnucząt, a także dokonano porównawczej analizy relacji wnucząt w zależności od płci ich dziadków.

Sformułowano dwa problemy badawcze:

1. Czy w zależności od płci wnucząt występują różnice w postrzeganiu stylów pełnienia ról przez babcie oraz dziadków?

2. Czy u wnucząt występują różnice w postrzeganiu stylów pełnienia roli dziadków w zależności od ich płci?

Postawiono następujące hipotezy:

H1A. Styl pełnienia ról przez babcię w percepcji dzieci jest zróżnicowany ze względu na ich płeć

H1B. Styl pełnienia ról przez dziadków w percepcji dzieci jest zróżnicowany ze względu na ich płeć

H2A. Dziewczynki w sposób zróżnicowany postrzegają style pełnienia ról w zależności od płci swoich dziadków.

H2B. Chłopcy w sposób zróżnicowany postrzegają style pełnienia ról w zależności od płci swoich dziadków.

Metoda

Narzędzia badawcze

Narzędzie zastosowane w badaniach to autorski kwestionariusz ankiety w postaci zestawu stwierdzeń, dotyczących trzech stylów pełnienia ról babci i dziadka w relacji z wnucętami. Dzięki temu, że ankieta jest anonimowa, można liczyć na otwartość i szczerłość osób badanych w udzielaniu odpowiedzi (Łobocki, 2006), jednak słabszą jej stroną jest deklaratywność oraz podatność na aprobatę społeczną, czego autorki niniejszego opracowania mają świadomość i dlatego interpretują uzyskane wyniki z dużą ostrożnością. Bazę teoretyczną do opracowania kwestionariusza ankiety stanowiły typologie opisane w literaturze (Bee 2004; Brzezińska 2008). Na podstawie analizy ich charakterystyk określono wyznaczniki poszczególnych stylów i nadano im charakter stwierdzeń ankietowych. Odpowiedzi udzielane były na 5-stopniowej skali Likerta (1 – całkowicie się nie zgadzam; 2 – częściowo się nie zgadzam; 3 – nie mam zdania; 4 – częściowo się zgadzam; 5 – całkowicie się zgadzam). Kwestionariusz był przyjazny dla grupy wiekowej badanych dzieci (klasa trzecia szkoły podstawowej) i zawierał łącznie tylko 21 stwierdzeń, po 7 dla każdego rodzaju relacji. Maksymalna liczba punktów mogła wynieść 35 w ocenie każdego typu związku badanych dzieci z ich dziadkami. Każde dziecko wypełniało osobno kwestionariusz oceny relacji z babcią, osobno – z dziadkiem. Stwierdzenia dla stylu zdystansowanego brzmiały: *rzadko widuję się z moją babcią/dziadkiem; mało znam moją babcię/dziadka; moja babcia/dziadek ma mały wpływ na moje życie*. Styl towarzyski opisywały stwierdzenia: *poznaję z babcią/dziadkiem wiele interesujących rzeczy; babcia/dziadek mnie rozpieszcza*. Styl zaangażowany zawierał się w stwierdzeniach: *babcia/dziadek rezygnuje ze swoich zajęć, by się mną opiekować; czasami babcia/dziadek zastępuje moich rodziców*.

Osoby badane

Badania przeprowadzono w maju 2017 roku. Wzięto w nich udział 30 dzieci z klasy trzeciej szkoły podstawowej, w tym 15 dziewczynek i 15 chłopców. Dzieci zostały wybrane losowo. Autorki mają świadomość konsekwencji badań z niewielką liczebnością grup. Uzyskane wyniki stanowią raczej empiryczną ilustrację dyskutowanego zagadnienia. W kolejnych etapach projektu planowany jest udział większej liczby badanych. Problematyka relacji dziadków z wnuczętami nie jest podejmowana w badaniach zbyt często, a posiada wartość ze względu na zmieniający się charakter funkcjonowania rodziny we współczesnym świecie, dlatego zdecydowano się na analizę i publikację otrzymanych wyników. Udział dzieci w badaniach był dobrowolny, a ankiety anonimowe. Przed rozpoczęciem badań uzyskano zgody dyrekcji szkół, nauczycieli, rodziców oraz dzieci. Badania prowadzono w dwóch 20-minutowych sesjach, indywidualnie z każdym dzieckiem.

Wyniki

Analiza statystyczna wyników badań własnych została przeprowadzona za pomocą programu PS IMAGO 2.0 IBM SPSS 24. Ze względu na małą liczebność grup, do zbadania różnic w percepcji dziadków przez badane dzieci wykorzystano testy nieparametryczne: test U Manna-Whitneya (dla grup niezależnych) oraz test Wilcoxona (dla grup zależnych). Za wyjściowy przyjęto poziom istotności różnic $p < 0,05$. Analiz dokonywano w następujących kierunkach:

1) w celu weryfikacji hipotezy pierwszej: a) porównanie stylów pełnienia roli babci w percepcji badanych dziewczynek i chłopców; b) porównanie stylów pełnienia roli dziadka w percepcji badanych dziewczynek i chłopców;

2) w celu weryfikacji hipotezy drugiej: a) porównanie stylów roli babci i dziadka w grupie dziewczynek; b) porównanie stylów roli babci i dziadka w grupie chłopców.

Różnice w postrzeganiu przez dziewczynki i chłopców stylów pełnienia ról przez babcie oraz dziadków

Z danych zestawionych pod kątem porównania postrzegania stylów pełnienia roli babci (tab. 6) wynika, iż między badanymi dziewczynkami i chłopcami z klasy trzeciej szkoły podstawowej nie wystąpiły istotne różnice w postrzeganiu ich związków z babciami. Można jednak zauważyć, że najwyższa średnia wśród dziewczynek wystąpiła w relacji towarzyskiej z babcią ($M=27,73$) nieco niższa była ona w związku zaangażowanym ($M=22,20$), a najniższa – w zdystansowanym ($M=14,53$). Warto zwrócić

uwagę, że wyniki w taki sam sposób rozkładają się w przypadku badanych chłopców.

Tabela 6. Różnice między dziewczynkami i chłopcami w postrzeganiu stylów pełnienia ról babci (test U Manna-Whitneya)

Styl pełnienia roli babci	Grupa				U	Z	p
	Dziewczynki		Chłopcy				
	M	SD	M	SD			
zdystansowany	14,53	4,749	13,07	4,399	92,5	-0,832	0,406
zaangażowany	22,20	5,240	23,80	5,414	99,00	-0,563	0,573
towarzyski	27,73	4,334	26,13	4,121	84	-1,190	0,234

Źródło: badania własne

Tabela 7. Różnice między dziewczynkami i chłopcami w postrzeganiu stylów pełnienia ról dziadka (test U Manna-Whitneya)

Styl pełnienia roli dziadka	Grupa				U	Z	p
	Dziewczynki		Chłopcy				
	M	SD	M	SD			
zdystansowany	15,37	4,688	14,87	4,897	91,500	-0,875	0,381
zaangażowany	20,53	3,907	18,47	4,688	80,000	-1,353	0,176
towarzyski	25,87	4,853	21,40	5,040	58,000	-2,265	0,023*

Źródło: badania własne

Porównując dane z badań pod kątem różnic między dziewczynkami i chłopcami w postrzeganiu stylów pełnienia ról dziadka, można zauważyć, że kolejność związków wg średniej układała się analogicznie jak w percepcji typów relacji z babcią: towarzyski, zaangażowany i zdystansowany (tab. 7). Wystąpiła różnica istotna statystycznie w związku towarzyskim z dziadkiem ($p < 0,05$). Postrzeżenie związku towarzyskiego z dziadkiem u chłopców i dziewczynek było zatem zróżnicowane ze względu na płeć badanych wnucząt. Zarówno w związku zdystansowanym, jak i zaangażowanym oraz towarzyskim, średnia dziewcząt była wyższa niż chłopców, choć uzyskane różnice nie były istotne statystycznie.

Różnice w postrzeganiu stylów pełnienia ról babci i dziadka u dziewczynek oraz u chłopców

Tabela 8. Różnice w postrzeganiu stylów pełnienia roli babci i dziadka u dziewczynek (test Wilcoxon)

Styl relacji z wnuczką		M	SD	Z	p
zaangażowany	Babcia	22,20	5,240	-0,818	0,414
	Dziadek	20,53	3,907		
towarzyski	Babcia	27,73	4,334	-1,061	0,289
	Dziadek	25,87	4,853		
zdystansowany	Babcia	14,53	4,749	-0,637	0,637
	Dziadek	15,87	4,688		

Źródło: badania własne

Tabela 8 przedstawia zestawienie każdego ze stylów babci i dziadka w oczach dziewczynek. W badanej grupie dziewczynek w porównaniach nie wystąpiły różnice istotne statystycznie. Średnie układają style w kolejności: towarzyski, zaangażowany, zdystansowany. Między każdym ze stylów powstały niewielkie różnice średnich, przy czym warto zauważyć, że w porównaniach stylu towarzyskiego i zaangażowanego są one wyższe w percepcji relacji wnuczki z babcią, a niższe w ocenie związku z dziadkiem. Najmniejsza różnica w średniej między oceną stylu babci i dziadka przez badane dziewczynki ujawniła się w postrzeganiu stylu zdystansowanego.

Tabela 9. Różnice w postrzeganiu stylów pełnienia roli babci i dziadka u chłopców (test Wilcoxon)

Styl relacji z wnukiem		M	SD	Z	p
zaangażowany	Babcia	23,00	5,414	-2,910	0,004**
	Dziadek	19,50	4,688		
towarzyski	Babcia	26,93	4,121	-3,166	0,002**
	Dziadek	23,63	5,040		
zdystansowany	Babcia	13,80	4,399	-1,015	0,310
	Dziadek	15,37	4,897		

Źródło: badania własne

Porównanie postrzegania stylów pełnienia ról babci i dziadka u chłopców (tab. 9) wskazuje na obecność dwóch różnic istotnych statystycznie. Średnie informują o większej intensywności związku zaangażowanego oraz towarzyskiego między wnukami a babcią w porównaniu z relacją między wnukami a dziadkami. Podobna różnica wystąpiła w porównaniu stylu towarzyskiego babć i dziadków z wnukami. Styl zdystansowany natomiast posiada większą wartość średniej dla dziadka w porównaniu z babcią, jednak różnica ta nie jest istotna statystycznie.

Dyskusja wyników

Rezultaty badań własnych, mimo niewielkiej liczebności badanych grup, zarysowują tendencje w ocenach relacji dziadków z wnuczętami dokonywanych przez badanych trzecioklasistów obu płci. Pozwalają też na dokonanie próby odniesienia uzyskanych informacji do wcześniejszych ustaleń, otrzymanych w badaniach nad problematyką relacji międzypokoleniowych z udziałem drugiej strony związku. Optymistyczną obserwacją z badań jest fakt, że obraz relacji dziadków z badanymi wnuczętami z klas trzecich szkoły podstawowej przedstawia się pozytywnie, mimo dominującego współcześnie modelu rodziny nuklearnej, w którym relacje ograniczone są do dwóch wspólnie zamieszkujących pokoleń, rodziców i dzieci (por. Kryczka, 1997; Kwak, 2005; Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa, 2002).

Dokonane porównania wyników grup niezależnych, tj. chłopców i dziewczynek, nie ujawniły istotnych różnic między nimi w spostrzeganiu związków z babciami. Hipoteza, zakładająca występowanie różnic w postrzeganiu przez dziewczynki i chłopców stylów pełnienia ról przez ich babcię (H1A), została zatem odrzucona. Na uwagę zasługuje fakt, że w obrazie relacji z babciami dominował styl towarzyski u wnucząt obu badanych płci. Zarówno badane dziewczynki, jak i chłopcy wybrali średnio najwięcej zdecydowanie pozytywnych stwierdzeń dotyczących towarzyskiej relacji z własną babcią. Jest to zgodne z ustaleniami innych badaczy, uwzględniających zmienność charakteru związku dziadków z wnuczętami wraz z wiekiem (por. Wawrzyniak, 2011). Hipoteza, zakładająca występowanie różnic w postrzeganiu przez dziewczynki i chłopców stylów pełnienia ról przez swoich dziadków (H1B), została potwierdzona częściowo. Między badanymi dziewczynkami i chłopcami wystąpiła istotna statystycznie różnica, dotycząca więzi z dziadkiem o charakterze towarzyskim. Średnia uzyskana przez dziewczynki w tym porównaniu była wyższa niż średnia otrzymana przez chłopców. Jednocześnie średnia ta była w tej grupie najwyższa w ocenie tego typu związku (towarzyskiego) w porównaniu z oceną relacji zaangażowanej i zdystansowanej. Może to oznaczać docenianie przez dziewczynki towarzyskiej relacji z dziadkiem w silniejszym stopniu w porównaniu z chłopcami, którzy jednak nie oceniają wyżej takiej relacji z babciami, a więc zależność ta nie ma charakteru krzyżowego. Niższe średnie wyników chłopców w dokonywanych ocenach mogą wynikać z trudności w werbalnej ocenie emocjonalnych relacji interpersonalnych, a także z tendencji do mniej radykalnych osądów w porównaniu z dziewczynkami. Być może z tego powodu decydowali się oni na bardziej wyważone wybory punktowe na skali Likerta, co skutkowało minimalnie niższą punktacją, jednak o różnicach statystycznie nieistotnych. Warto podkreślić, że w ocenach relacji z dziadkami i babciami przez badane dzieci kolejność stylów międzypokoleniowych

(wyznaczona wysokością średnich ocen) była jednakowa u chłopców i dziewczynek. Najwyższe średnie zarówno w ocenie relacji z babcią, jak i z dziadkiem, dotyczyły stylu towarzyskiego, następnie zaangażowanego, a na końcu zdystansowanego. Oznacza to, że w oczach badanych wnucząt rzadko występowały chłodne relacje z dziadkami i babciami, co jest obserwacją optymistyczną i potwierdzoną opiniami drugiej strony, czyli dziadków w innych badaniach (por. Bee, 2004; także: Dyczewski, 2003; Straś-Romanowska, 2001; Wawrzyniak, 2011).

Podobne tendencje w ocenach wystąpiły przy porównywaniu relacji wnucząt między babciami i dziadkami. Hipoteza, zakładająca występowanie różnic w postrzeganiu stylów pełnienia ról babci i dziadka przez dziewczynki (H2A), została odrzucona ze względu na brak różnic istotnych statystycznie w dokonywanych porównaniach. Na uwagę zasługuje fakt, że w porównaniach roli babci i dziadka dokonywanych przez dziewczynki ujawniły się wyższe oceny babć za ich styl towarzyski i zaangażowany, a także niższe za ich styl zdystansowany. Może to oznaczać, iż badane trzecioklasistki nadal potrzebują, dostrzegają i doceniają większe zaangażowanie babć w porównaniu z dziadkami w relacje z nimi (por. Majchrzak-Mikuła, Saran, 2006; Szlendak, 2011; Wawrzyniak, 2011). Hipoteza, w której oczekiwano wystąpienia różnic w postrzeganiu stylów pełnienia ról babci i dziadka przez chłopców (H2B), została częściowo potwierdzona. Badani chłopcy w sposób bardziej zróżnicowany niż dziewczynki oceniali swoje relacje z babciami oraz dziadkami. Różnice, dotyczące porównania stylu towarzyskiego w relacji babci z wnukiem oraz dziadka z wnukiem okazały się istotne statystycznie. Podobna sytuacja wystąpiła w odniesieniu do stylu zaangażowanego. Interesujące wydaje się spostrzeżenie, że w ocenie obu stylów w oczach chłopców to babcie były bardziej zaangażowane i bardziej towarzyskie w porównaniu z dziadkami. Może to oznaczać słabszy kontakt z dziadkami w ocenie chłopców, ale tylko w sytuacji, gdy porównanie przebiega z babciami. Zarówno babcie, jak i dziadkowie byli jednak odbierani przez chłopców jako zaangażowani towarzysze w większym stopniu niż zdystansowani krewni (por. Brzezińska, 2001). Z przeprowadzonych analiz wynika, że dziadkowie i wnukowie są sobie potrzebni nawzajem, co jest zgodne z wcześniejszymi ustaleniami, występującymi w literaturze przedmiotu (por. Brzezińska, 2001; Cęcelek, 2005).

Dyskusja wyników badań własnych z rezultatami badań Cherlina i Furstenberga (por. Wprowadzenie w niniejszym opracowaniu) wskazuje na niewielkie, ale interesujące zróżnicowanie w ocenie typów relacji międzypokoleniowych dokonywanych przez dziadków w porównaniu z wnuczętami. Rezultaty uzyskane w badaniach Cherlina i Furstenberga (Bee, 2004), dotyczących oceny stylów relacyjnych dokonywanej przez dziadków

(*grandparents*), sugerują większy krytycyzm dorosłych w opisie swojej relacji z wnukiem/wnuczką. Mimo iż najczęściej wskazywanym przez nich stylem relacji z wnukiem był związek towarzyski, jednak na drugiej pozycji znalazł się związek zdystansowany. Badania własne, w których ocena dokonywana była przez wnuczęta, nie potwierdziły jednak tej kolejności. Badane wnuczęta (zarówno dziewczynki, jak i chłopcy) oceniali swoje relacje z dziadkami i babciami głównie jako towarzyskie i zaangażowane, w mniejszym stopniu zdystansowane. Warto byłoby dokonać głębszej analizy tego zjawiska, także z perspektywy zmian kulturowych (badania Cherlinga i Furstenberga pochodzą z lat 80.), gdy zaangażowanie dziadków w relacje z wnukami mogło być inne niż w czasach obecnych). Dyskusja wyników w kontekście metodologicznym jest tutaj utrudniona. Ze względu na skromne opisy procedury realizacji badań przez autorów nie ma możliwości odniesienia się do wielu zmiennych ubocznych, których rola mogła mieć wpływ na kształt cytowanych rezultatów. Inne prezentowane w literaturze klasyfikacje stylów relacji międzypokoleniowych nie są poparte wynikami badań, co może stanowić okoliczność zachęcającą do podejmowania naukowych eksploracji w tym zakresie. Taką próbę poczyniono w niniejszym opracowaniu.

Zrealizowane badania nie są jednak pozbawione ograniczeń, których autorki mają świadomość. Pierwszym z nich jest niewielka liczebność badanych grup. Drugim ograniczeniem jest technika badań. Mimo wielu zalet ankiety, niesie ona ze sobą ryzyko powierzchowności stwierdzeń, deklaratywności (często różniącej się od realnego obrazu), a także subiektywizmu i wpływu podatności na aprobatę społeczną na wysokość uzyskiwanych wyników. W kolejnych etapach prac badawczych planowane jest psychometryczne opracowanie kwestionariusza ankiety na podstawie statystycznego pomiaru wskaźnika trafności poszczególnych stwierdzeń (alfa Cronbacha), a następnie zastosowanie go w większej grupie badanych. Skonstruowanie nowego narzędzia do pomiaru relacji międzypokoleniowych mogłoby wzbogacić praktykę psychologiczno-pedagogiczną o wartościowy instrument w wielu badaniach z zakresu problematyki rodziny. W procesie diagnozy relacyjnej można byłoby dokonywać z jego wykorzystaniem porównań percepcyjnych samych związków dziadków z wnukami z dwóch perspektyw, w oczach dzieci oraz samych dziadków (tzw. diagnoza 180 stopni).

Z przeprowadzonych badań płynie kilka praktycznych implikacji. Pierwsza z nich wynika z faktu, że badane dzieci pozytywnie oceniały babcię i dziadków pod względem więzi z nimi. W procesie rozwoju społecznego warto zachęcać do podtrzymywania relacji międzypokoleniowych i uwzględniać je w relacjach społecznych dzieci w różnym wieku. Uzyskane rezultaty ujawniają, że między wnukami a dziadkami dominowały związki towarzyskie oraz zaangażowane. Może to stanowić punkt wyjścia do poszukiwania

obszarów wzajemnego rozwoju dziadków i wnucząt w aktualnych typach związków. Oprócz potrzeby empirycznej weryfikacji zaprezentowanych klasyfikacji rodzajów relacji międzypokoleniowych (z których jedna została poddana eksploracji w badaniach własnych), można także potraktować je jako inspirację w kierunku poszerzania repertuaru relacji babć i dziadków z wnukami w praktyce codziennego życia.

Bibliografia

- Adamski, F. (2002). *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i Sk-a.
- Brańciel, J., Badora, S. (red.) (2005). *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie opieki społecznej*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Bryniewicz, W., Bulsa, M. (2017) Młodzież wobec starości i starzenia. *Hygeia Public Health*, 52(3), 203–208.
- Brzezińska, A. (2001). Niezbędność dziadków. *Charaktery*, 5 (52), 27–29.
- Brzezińska, A. (2008). *Psychologiczne portrety człowieka: praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cęcelek, G. (2005). Rodzina – jej przemiany oraz zagrożenia i problemy wychowawcze. *Mazowieckie Studium Humanistyczne*, 11/12, 239–249.
- Chmielnicki, N. (1978). Dziadkowie, babcie i wnuki, *Problemy Rodziny*, 1 99
- Dyczewski, L. (2003). *Rodzina twórcą i przekazicielem kultury*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Straś-Romanowska, M. (2001). Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.) *Psychologia rozwoju człowieka*. T. 2. *Charakterystyka okresów życia człowieka* (s. 263–293). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN (wydanie II).
- Izdebska, J. (2000). *Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku*. Białystok: Trans Humana.
- Janicka, I., Liberska H. (red.) (2014). *Psychologia rodziny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kornas-Biela, D. (2001). *Oblicza ojcostwa*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Korzeniowska, W., Szuścik, U. (2006). *Rodzina. Hhystoria i współczesność. Studium monograficzne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kosior, M. (2007). Kontakty międzypokoleniowe a postrzeganie seniorów przez ludzi młodych. W: B. Bugajska (red). *Życie w starości* (s. 247–260). Szczecin: Wydawnictwo ZAPOL.
- Kotlarska-Michalska, A. (2000). Starość w aspekcie socjologicznym. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 12(1), 147–159.
- Krupa, B. (2012). Starość w percepcji młodzieży – perspektywa pedagogiczna. *Nowiny Lekarskie*, 81(1), 36–43.
- Kryczka, P. (red) (1997). *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.

- Kwak, A. (2005). *Rodzina w dobie przemian: małżeństwo i kohabitacja*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Łobocki, M. (2006). *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Majchrzyk-Mikuła, J., Saran, J. (2006). *Rodzina i jej wartości w wielokulturowym społeczeństwie Europy*. Ryki: Wyższa Szkoła Umiejętności Pedagogicznych i Zarządzania.
- Mead, M. (2000). *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Przetacznik-Gierowska, M., Tyszkowa, M. (2002). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Przygoda, A. (2012). Dziadkowie w procesie socjalizacji wnuków. *Pedagogika Rodziny*, (4), 41–48.
- Rostowska, T. (red.) (2009). *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań*. Warszawa: Difin.
- Rudnik, A. (2016). Wymiary starości i cechy ludzi starych w percepcji dzieci i młodzieży. W: M. Halicka, J. Halicki, J. Borowik (red.), *Pogranicze. Studia Społeczne. Niepełnosprawność i starość* T. XXVIII, 201–219.
- Strelau, J. (2003). *Psychologia – podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Szacka, B. (2003). *Wprowadzenie do socjologii*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Szlendak, T. (2011). *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Trempała, J., Zając-Lamparska, L. (2007). Postawy wobec osób starszych: różnice międzypokoleniowe. *Przegląd Psychologiczny*, 50, 4, 447–462.
- Wawrzyniak, J. (2011). Opiekuńczo-wychowawcza rola dziadków w rodzinie. *Pedagogika Rodziny*, 1(2), 95–103.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Psychologica XI (2018)

ISSN 2084-5596

DOI 10.24917/20845596.11.6

*Karolina Pietras*¹

Joanna Ganczarek

Department of Psychology, Pedagogical University of Cracow

Who's interested in contemporary paintings with semantic and syntactic violations?

Abstract

Contemporary art often contains disruption of form and content, here operationalised as syntactic and semantic violations. The presented research examined whether violated paintings evoke interest in viewers and who in terms of personality and expertise would be interested in this type of art. Expert (N=37) and naive viewers (N=56) appraised 20 paintings (divided into four groups, i.e. no violation, single syntactic or semantic violation, and both violations) and filled in measures of Big Five and Need for Closure. In general, conflictual paintings evoked more interest in viewers, however the effect was significant only for syntactic violations. No interactions between types of violation, individual differences, and appraisal were observed. Expertise did not predict reaction of interest. In turn, we found that individuals high on Openness and Need for Closure and low on Neuroticism experienced more interest towards contemporary paintings.

Keywords: semantic and syntactic violations, contemporary paintings, interest, individual differences

Kto jest zainteresowany współczesnym malarstwem zawierającym niespójności semantyczne i syntaktyczne?

Streszczenie

Sztuka współczesna często zawiera celowe zakłócenia formalne i treściowe. W niniejszym tekście zostały one zoperacjonalizowane jako niespójności syntaktyczne i semantyczne. Prezentowane tutaj badanie miało na celu określić czy niespójności w obrazach wzbudzają zainteresowanie widzów, a także które charakterystyki widzów w kontekście cech osobowości oraz wiedzy eksperckiej będą predyktorami zainteresowania tego typu sztuką. Eksperci (N=37) oraz laicy (N=56) oceniali 20 obrazów podzielonych na cztery grupy (tj. bez niespójności, zawierające tylko jeden typ niespójności: semantyczny lub syntaktyczny, oraz zawierające oba typy niespójności),

1 Adres do korespondencji: karolina.pietras@up.krakow.pl

a następnie wypełniali kwestionariusz Wielkiej Piątki oraz Skalę Potrzeby Poznawczego Domknięcia. Wyniki badania wskazują, że obrazy zawierające niespójności wywołują większe zainteresowania odbiorców, jednak ten efekt jest istotny wyłącznie w przypadku niespójności syntaktycznych. Nie stwierdzono interakcji pomiędzy typem niespójności w obrazie, różnicami indywidualnymi oraz dokonanymi ocenami obrazów. Ekspertyza nie była predyktorem zainteresowania. Natomiast wysoka otwartość na doświadczenie, wysoka potrzeba domknięcia poznawczego oraz niska neurotyczność okazały się predyktorami zainteresowania współczesną sztuką wizualną

Słowa kluczowe: niespójności semantyczne i syntaktyczne; współczesna sztuka wizualna; zainteresowanie; różnice indywidualne

Introduction

Contemporary visual art provokes a variety of emotions in viewers, to name only a few: interest, astonishment, indifference, or even anger (e.g. Silvia, 2007, 2010). What seems to make contemporary art so powerful is its potential to violate the rules established in classical aesthetics, including expectations toward a painting's form and content. Amongst many different types of violations, which could be found in contemporary paintings, our focus concerned syntactic and semantic violations. These violations cover quite a broad spectrum of means that artists use to experiment with, respectively, form and content in the visual art of the 21st century. The linguistic terms of syntax and semantics were first used in the context of visual perception by Biederman, Mezzanotte & Rabinowitz (1982). They were then expanded by Vö & Henderson (2009, 2011) and Vö & Wolfe (2013) in the studies on real world scene perception, and lately transferred into the field of art perception (see Ganczarek, Pietras & Rosiek, submitted). Syntactic violations refer to inconsistencies in the paintings' form such as: lack of spatial context or its insufficient clarity, various artistic styles combined in one work, or undefined form within a work, as in for example *Come topi* by Annalisa Fulvi. In turn, semantic violations refer to inconsistencies in content, such as atypical relations between objects placed in a scene, or the presence of an object which has little or no reference to the global meaning of the scene, as in for example *Bombs (At Dinner)* by Scott Rider (for more details see Ganczarek, Pietras & Rosiek, submitted).

Interest is one of the possible reactions to the experience of violations in contemporary art. According to Silvia (2005, 2010), the emotion of interest stems from an appraisal of two particular components – the first one is related to the stimulus (how novel, unfamiliar, or complex it is), the second to one's coping potential (am I capable of understanding it). The latter is what differentiates interest from confusion. A viewer may be interested when he or she is able to comprehend a stimulus or may feel confused when lacks

such an ability. In our study, we focused on how interest can be evoked when viewing conflictual art. Just as the appraisal structure of interest contains two assessments, of the stimulus and of the coping potential, this study focuses accordingly on two research questions: 1) do violations in visual art evoke interest? and 2) what kind of viewer characteristics predict interest in violations in art? When it comes to the appraisal of stimuli, conflictual art is per definition more unfamiliar, complex, and novel. Consequently, we hypothesise that H1: the presence of violations (either semantic or syntactic) in visual art is experienced with more interest.

When it comes to the second dimension of appraisal – the coping potential – two types of viewer characteristics seem to play a role: expertise and individual differences. Studies on empirical aesthetic have shown that experts, in comparison to naive observers, concentrate more on formal aspects of paintings (e.g. Augustin & Leder, 2006; Cupchik & Laszlo, 1992), appreciate stylistic information more (Leder, Ring & Dressler, 2013), and might experience less difficulties in the reception of the formal level of contemporary art (Szubielska, Niestorowicz & Bałaj, 2016). Therefore, expertise provides the tools for easier visual syntax processing, leading to greater interest. Accordingly, we hypothesise that H2: expertise is a positive predictor of interest when it comes to paintings with syntactic violations.

Individual differences, on the other hand, might play a relevant role in the case of semantic violations, which seem to be less demanding for viewers because their processing doesn't rely only on art-specific knowledge and training. Instead, individual differences in the tendency to tolerate ambiguity (that paintings with semantic violations contain to a greater extent) might be more relevant. The construct which directly describes this particular individual difference is the need for cognitive closure (NFC). The high NFC individuals experience discomfort in situations lacking clear order and structure (Webster & Kruglansky, 1994), which makes these subjects prone to dislike art that misses close-ended solutions (Wiersema et al., 2012). As far as behavioural tendencies are concerned, high NFC individuals would rather abort viewing conflictual art where a clear meaning isn't readily obtainable (Pelowsky, Markey, Forster, Gerger & Leder, 2017). Therefore, we hypothesise that H3: NFC is a negative predictor for interest when it comes to paintings with semantic violations.

Furthermore, some Big Five personality traits could well characterize an individual's ability to deal with conflictual stimuli in art in general, regardless of the specific type of violations. Openness to experience is associated with preference for complex, challenging, and contemporary art (e.g. Feist & Brady, 2004; Furnham & Walker, 2001). Neuroticism, however, positively correlates with a preference for simplistic art (Furnham & Walker, 2001).

This leads us to hypothesis that: Openness is a positive predictor, whereas Neuroticism is a negative predictor of interest when it comes to violations in art, regardless of violation type (H4 and H5 respectively).

Method

Participants

Ninety-three subjects ($M_{age} = 29.2$; $SD_{age} = 9.4$), recruited from a group of senior year students and academic staff of universities and fine art academies, took part in the study. The sample consisted of 37 experts (12 males) with an art-related education (fine arts, history of art) and 56 naïve (23 males) participants without an art-related education (social science and technical science).

Procedure

Participants viewed 20 digital copies of contemporary paintings (images adjusted to 1920 x 1200 pixels) on a 24" monitor in the laboratory as part of a broader procedure. Paintings were divided into four groups of five paintings each, i.e. no violations, semantic violations only, syntactic violations only, and both types of violations (for more details for the selection of paintings see Ganczarek, Pietras & Rosiek, submitted), and presented in a random order with no time limitation. Subsequently, participants indicated whether they had previously seen each painting and what emotions each one of them evoked. To this aim, they could choose multiple items from a list of 14 emotions (e.g. interest, surprise, sadness, anxiety, joy, confusion). Presented, is our focus on "interest" which was the most frequently indicated emotion in our study (see Table 1).

Additionally, subjects filled two questionnaires, i.e. the NEO Five Factors Inventory (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992; Zawadzki, Szczepaniak & Strelau, 1995 for the Polish adaptation) and the short version of the Need for Cognitive Closure Scale (NFC; Kossowska, Hanusz & Trejtowicz, 2012). Finally, they answered a set of questions about demographic variables and art exposure.

Results

The data was analysed using R (R Development Core Team, 2017) and the R package lme4 (Bates, Maechler, Bolker & Walker, 2015). The occurrence of interest (0 or 1) was the dependent variable. Given that it was a dichotomous measure, a generalised mixed effects model was run with the use of

Table 1 Frequency of emotions in reaction to paintings

Emotion	Count	Percent
Interest	880	49.11
Anxiety	553	30.85
Surprise	405	22.60
Confusion	340	18.97
Serenity	306	17.07
Dislike	250	13.95
Boredom	242	13.50
Sadness	218	12.16
Awe	168	9.37
Joy	168	9.37
Chills	149	8.31
Disgust	123	6.86
Being moved	111	6.19
Anger	89	4.96

Observations = 1792

glmer function with the binomial distribution. The full model included the following fixed effects: syntactic and semantic violations, expertise, NFC total score, as well as NEO – FFI Openness and Neuroticism scores, familiarity, and participant age. Both expertise and NFC scores were entered in interaction with types of violations in order to test our hypotheses. Openness to experience and Neuroticism were also added as single effects. We controlled for familiarity (previous exposure to a given image) and participant age, as these variables play a role in aesthetic preferences (e.g. Francuz, Zaniewski, Augustynowicz, Kopiś & Jankowski, 2018; Chamorro-Premuzic, Reimers, Hsu & Ahmetoglu, 2009). We included random effects of stimulus and participant which allowed to account for the repeated measures design. In order to test the models' assumptions, we checked for linearity of the continuous predictors with the logit of the dependent variable, multicollinearity of

Table 2 Prediction of interest from generalised linear mixed-effects model

Fixed effects	Interest			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Intercept	0.42	0.34	1.25	.21
Syntactic violations ¹	0.66	0.28	2.37	.02*
Semantic violations ¹	0.51	0.28	1.82	.07
NFC	0.19	0.08	2.19	.03*
Openness	0.21	0.08	2.53	.01*
Neuroticism	-0.18	0.09	-2.05	.04*
Age	-0.03	0.01	-3.29	.001**
Syntactic x Semantic violations ¹	-0.64	0.39	-1.62	.81

Reference category: no violation; signif. codes: $p < 0.001$ '***', $p < 0.01$ '**', $p < 0.05$ '*'

the predictors, and over-dispersion of the model. For a better comparison of the models' coefficients, the continuous predictors were scaled and the grand mean centred. Initially, the full model was performed. Subsequently, we evaluated simpler models by eliminating predictors that decreased models' goodness of fit. The resulting models were compared with likelihood-ratio tests. In the final model (for details see Table 2), familiarity, expertise, as well as NFC score interaction with type of conflict were dropped, because they did not significantly predict the occurrence of interest and did not improve the models' fit.

The final model revealed that syntactic violations are associated with an increased interest. A similar trend is visible for semantic violations, however, the significance p -value level was not reached. Moreover, while Need for closure and Openness to experience are positive predictors of interest, Neuroticism predicts a decrease in interest. Importantly, all of these predictors influence interest in all of the paintings, irrespective of the existence of violations or their type.

Discussion

Results suggest that the presence of violations in art leads to an increase of interest in viewers, however, this effect is greater and significant only for syntactic violations. A similar effect was found by Vö & Henderson (2009) in the studies on scene perception. They reported that although both types of

violations lead to an increase in visual attention, it is the violation of syntax that captures attention more. What makes syntactic violations so interesting? One possible explanation might be that syntactic violations are less common. For example, viewers might be more used to semantic violations because they are widely employed in advertisements or popular culture, whereas syntactic violations seem more art-specific. The lower familiarity of syntactic violations would thus increase interest because such stimuli would be evaluated as more novel. However, both types of violations might be evaluated as novel, unfamiliar, and complex, evoking interest consistent with the appraisal approach (Silvia, 2010). This result is also in line with studies showing that ambiguity in art boosts interest (Jakesch & Leder, 2009, Jakesch, Leder & Forster, 2013).

Apart from the characteristics of paintings, we also tested whether viewer characteristics would influence the reaction of interest. The second component of appraisal leading to interest is the assessment of one's ability to understand the stimuli. That is why art expertise and individual differences were included, as they might play a role in moderating the coping potential of viewers. The results present a complex picture. We found that art training, surprisingly, doesn't predict interest in paintings with syntactic violations or in paintings in general. As we controlled whether paintings were previously seen by the participants, we excluded that the obtained result was simply an effect of the experts' prior knowledge of the works, which may have produced a lack of novelty. Experts are more interested in complex art (e.g. Crozier, 1974; Locher et al, 2001; Leder, 2018), but the effect of training does not affect their interest in simple pictures (Silvia, 2006). The plausible explanation could be that the stimuli we used was not complex enough for the experts, reducing differences usually observed between more and less experienced viewers.

When it comes to the need for cognitive closure, no interaction between the level of this variable and semantic inconsistencies was found. In turn, NFC appeared to be a general predictor of interest in art, but contrary to the expected direction. It was the high-NFC individuals who were actually more interested in contemporary art. Our hypothesis was based on previous studies showing high NFC individuals' dislike for abstract and open-ended paintings (e.g. Wiersema, van der Schalk & van Kleef, 2012). However, as NFC is a construct which is composed of five different sub-components manifesting in different ways, its direct link with reactions to art is far from being clear cut. We might speculate that discomfort with ambiguity or close-mindedness would rather hinder interest in complex art. On the other hand, a preference for order and predictability could de facto encourage and motivate viewers to persistently search for the hidden meaning in conflictual art, making it finally more comprehensive, and as a result more interesting.

Certainly, more studies precisely linking this multi-faceted construct with aesthetic preferences should be undertaken in the future.

Furthermore, the study revealed that Big Five traits as Openness and Neuroticism could serve as predictors of interest in contemporary art (regardless of violation type or its presence). These findings are consistent with previous research on personality and aesthetic preferences, while showing the role of interest in explaining these preferences. The question, for further investigation remains, whether experiencing greater (by Open individuals) or less (by Neurotic individuals) interest in contemporary art stems from the appraisal of stimuli or rather one's coping potential.

Finally, age was found to be a significant predictor of interest in our study showing that the older the viewers, the less interested they were in art. There might be at least two reasons for this effect. Firstly, we used only contemporary paintings as stimuli in our experiment. Studies have shown that contemporary art is more appreciated by younger people (Chamorro-Premusic, Furnham & Reimers, 2007; Granell, 2016). However, when it comes to children their evaluations increase with age (Szubielska, Ratomaska, Wójtowicz, Szymańska, 2018). In further studies, a more diversified sample presenting conflictual art from different periods (for example, XVI century works by Arcimboldo as a representation of semantic violation) not only contemporary one could be used. The second explanation focuses on the simple fact of gaining experience throughout the course of one's life. This could result in difficulty to experience novelty with ageing, and it is novelty that is the crucial component in the appraisal structure of interest.

Summing up, whereas interest is considered to be one of the most important and most examined emotions in empirical aesthetics (e.g. Russel, 1994; Silvia; 2010, Tan, 2000), it has proven to be also quite complex. Our paper offers a contribution to the field by showing what makes paintings more interesting for viewers and who's particularly interested in contemporary art. High on Openness and Need for Closure, low on Neuroticism, and younger individuals more often react with interest to contemporary art, but it will take time before (if ever) the mystery of what makes art so interesting is finally revealed.

References

- Augustin, M.,D., & Leder, H. (2006). Art expertise: a study of concepts and conceptual spaces. *Psychology Science*, 48(2), 135–156.
- Bates, D., Maechler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48.

- Biederman, I., Mezzanotte, R.J., & Rabinowitz, J.C. (1982). Scene perception: Detecting and judging objects undergoing relational violations. *Cognitive Psychology*, 14(2), 143–177.
- Chamorro-Premuzic, T., Furnham, A., & Reimers, S. (2007). The artistic personality. *The Psychologist*, 20(2), 84–87.
- Chamorro-Premuzic, T., Reimers, S., Hsu, A., & Ahmetoglu, G. (2009). Who art thou? Personality predictors of artistic preferences in a large UK sample: the importance of openness. *British Journal of Psychology*, 100(3), 501–516.
- Costa, P.T.Jr., & McCrae, R.R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Crozier, J.B. (1974). Verbal and exploratory responses to sound sequences varying in uncertainty level. In D.E. Berlyne (Ed.), *Studies in the new experimental aesthetics* (pp. 27–90). Washington, DC: Hemisphere Publication Services.
- Cupchik, G.C., & Laszlo, J. (1992). *Emerging visions of the aesthetic process. Psychology, semiology and philosophy*. New York: Cambridge University Press.
- Feist, G., & Brady, T. (2004). Openness to experience, non-conformity, and the preference for abstract art. *Empirical Studies of the Arts*, 22(1), 77–89.
- Francuz, P., Zaniewski, I., Augustynowicz, P., Kopiś, N., & Jankowski, T. (2018). Eye Movement Correlates of Expertise in Visual Arts. *Frontiers in human neuroscience*, 12, 87.
- Furnham, A., & Walker, J. (2001). Personality and judgements of abstract, pop art, and representational paintings. *European Journal of Personality*, 15, 57–72.
- Ganczarek, J., Pietras, K., & Rosiek, R. Subjective cognitive challenge predicts eye movements during perception of contemporary paintings. *Empirical Studies of the Arts* (under review).
- Granell, A. (2016). The effect of contemporary art perception: Study of younger and older adults' art appreciation in museums experiences. Doctoral dissertation. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Jakesch, M. & Leder, H. (2009). Finding meaning in art : Preferred levels of ambiguity in art appreciation. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology* 62(11), 2105–2112.
- Jakesch, M., Leder, H., & Forster, M., (2013). Image Ambiguity and Fluency. *PLoS ONE* 8(9), 1–15
- Kossowska, M., Hanusz, K., & Trejtowicz, M. (2012). Skrócona wersja Skali Potrzeby Poznawczego Domknięcia. Dobór pozycji i walidacja skali [Short version of the Need for Cognitive Closure Scale: Items selection and scale validation]. *Psychologia Społeczna*, 7(1), 89–99.
- Leder, H., Ring, A., & Dressler, S.G., (2013). See Me, Feel Me! Aesthetic Evaluations of Art Portraits. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 7(4), 358–369.
- Leder, H., Tinio, P.P., Brieber, D., Kröner, T., Jacobsen, T., & Rosenberg, R. (2018). Symmetry Is Not a Universal Law of Beauty. *Empirical Studies of the Arts*, 0276237418777941.
- Locher, P.J., Smith, J.K., & Smith, L.F. (2001). The influence of presentation format and viewer training in the visual arts on the perception of pictorial and aesthetic qualities of paintings. *Perception*, 30, 449–465.

- Pelowsky, M., Markey, P., Forster, M., Gerger, G., & Leder, H. (2017). Move me, astonish me... delight my eyes and brain: The Vienna Integrated Model of top-down and bottom-up processes in Art Perception (VIMAP) and corresponding affective, evaluative, and neurophysiological correlates. *Physics of Life Reviews*, 21, 80–125.
- Russell, P.A. (1994). Preferability, pleasingness, and interestingness: Relationships between evaluative judgments in empirical aesthetics. *Empirical Studies of the Arts*, 12, 141–157.
- Silvia, P.J. (2005). What is interesting? Exploring the appraisal structure of interest. *Emotion* 5(1), 89–102.
- Silvia, P.J. (2006). Artistic training and interest in visual art: Applying the appraisal model of aesthetic emotions. *Empirical Studies of the Arts*, 24, 139–161.
- Silvia, P.J. (2010). Confusion and interest: The role of knowledge emotions in aesthetic experience. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 4(2), 75–80.
- Silvia, P.J., & Brown, E.M. (2007). Anger, disgust, and the negative aesthetic emotions: Expanding an appraisal model of aesthetic experience. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts* 1(2), 100–106.
- Szubielska, M., Niestorowicz, E., Bałaj, B. (2016). Wpływ figuratywności obrazu i zapoznanie się z informacją katalogową na percepcję estetyczną. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica*, IX, 21–34.
- Szubielska, M., Ratomska, M., Wójtowicz, M., Szymańska, A. (2018). The Effect of Educational Workshops in an Art Gallery on Children's Evaluation and Interpretation of Contemporary Art. *Empirical Studies of the Arts*. <https://doi.org/10.1177/0276237418790917> (access 27.11.2018).
- Tan, E.S. (2000). Emotion, art, and the humanities. In M. Lewis & J.M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed., pp. 116–134). New York: Guilford Press.
- Webster, D.M., & Kruglanski, A.W. (1994). Individual differences in need for cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1049–1062.
- Wiersema, D.V., van der Schalk, J., & van Kleef, G.A. (2012). Who's Afraid of Red, Yellow, and Blue? Need for Cognitive Closure Predicts Aesthetic Preferences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(2), 168–174.
- Võ, M.L.H., & Henderson, J.M. (2009). Does gravity matter? Effects of semantic and syntactic inconsistencies on the allocation of attention during scene perception. *Journal of Vision*, 9(3), 24–24.
- Võ, M.L.H., & Henderson, J.M. (2011). Object-scene inconsistencies do not capture gaze: Evidence from the flash-preview moving-window paradigm. *Attention, perception & psychophysics* 73(6), 1742–1753.
- Võ, M.L.H., & Wolfe, J.M. (2013). Differential electrophysiological signatures of semantic and syntactic scene processing. *Psychological Science*, 24(9), 1816–1823.
- Zawadzki, B., Szczepaniak, P., & Strelau, J. (1995). Diagnostyka psychometryczna pięciu wielkich czynników osobowości: adaptacja kwestionariusza NEO-FFI Costy i McCrae'a do warunków polskich [Psychometric diagnosis of the Five Factors Model: Polish adaptation of NEO-FFI by Costa & McCrae]. *Studia Psychologiczne*, 33, 189–225.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Psychologica XI (2018)

ISSN 2084-5596

DOI 10.24917/20845596.11.7

*Joanna Mytnik*¹

Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet w Białymstoku

Wstęp do zagadnienia wykorzystania sztuki filmowej w terapii

Streszczenie

Od początku swojego istnienia, sztuka filmowa dzięki wykorzystaniu techniki wprowadzającej obraz w ruch stała się atrakcyjnym sposobem spędzania wolnego czasu. Dzięki rozwojowi języka wypowiedzi filmowej oraz powstaniu nowych konwencji i gatunków filmowych nieustająco dostarcza widzom rozrywki, a także wzbudza różnorodne emocje. Film jako narzędzie oddziaływania na widza stał się obiektem zainteresowania nie tylko filmoznawców, ale też psychologów, a sztuka filmowa znalazła zastosowanie w arteterapii dzięki oddziaływaniu jej poszczególnych elementów oraz poprzez uruchamianie w widzu mechanizmów bazujące na emocjonalnym i intelektualnym odbiorze prezentowanych obrazów. Niniejszy artykuł ma na celu ukazanie zastosowań sztuki filmowej w ramach działań terapeutycznych, a także wskazanie poruszanych w sztuce filmowej problemów i zagadnień, stanowiących podstawy dla zastosowania wybranych filmów jako ewentualnych narzędzi oddziaływania na widza. Zagadnienia te zostaną opisane na przykładzie ukazywanego w sztuce filmowej obrazu chorób i zaburzeń psychicznych, który może stanowić materiał dla prowadzenia działań terapeutycznych oraz edukacyjnych.

Słowa kluczowe: arteterapia, filmoterapia, terapia, choroby i zaburzenia psychiczne

Introduction to using the art of film in art therapy and psychotherapy

Abstract

Film art is increasingly used in art therapy and psychotherapeutic activities. The therapeutic value of films was discovered long ago, beginning with the researchers from the field of psychoanalysis and cognitive psychology. Only currently, however, a surge of interest among researchers and theoreticians from the field of film therapy can be noted. The emergence of a relatively young trend in psychology, namely positive psychology, has further deepened the ability to use films in therapy. The art of film has many means of influencing the viewer. One of these are reception mechanisms, based on the emotional and intellectual reception of the film and its specific components. It should be emphasized, that not every film has therapeutic potential. Nevertheless, the addressed life issues in the plots make it possible to use selected films as possible tools

1 Adres do korespondencji: mytnik.joanna@wp.pl

to influence the viewer. One of the therapeutic issues concerns mental and emotional illnesses and therapy. There are many works objectively showing certain problems, but many films depict distorted images of psychotherapy and the people involved. Both ways of presenting the problem constitute an indispensable source of knowledge and reflection on therapy, for people using therapeutic elements in their work, as well as for the loved ones and families of patients struggling with various disorders and diseases.

Keywords: Art Therapy, Film Therapy, Therapy, Mental Disorders

Wprowadzenie

Rozwój oraz skuteczność stosowania arteterapii przyczynił się do rozszerzenia możliwości wykorzystania poszczególnych dziedzin sztuki w obszarach terapii, edukacji, resocjalizacji oraz profilaktyki. Obok muzykoterapii, terapii przy pomocy sztuk plastycznych, biblioterapii, choreoterapii i dramy, można zauważyć obecnie znaczne zainteresowanie także najmłodszym rodzajem arteterapii, a mianowicie filmoterapią. Jest ona zagadnieniem coraz większej ilości publikacji naukowych, a także tematem przewodnim konferencji naukowych, gdzie teoretycy i praktycy prezentują swoje spostrzeżenia, efekty swojej pracy oraz wyniki badań.

Pierwsze, eksperymentalne próby zastosowania filmu w terapii datuje się na okres po II wojnie światowej, w ramach leczenia żołnierzy cierpiących na depresję (Kozubek, 2016). Sztuka filmowa była już wcześniej wykorzystywana jako forma rozrywki lub jako narzędzie do przedstawiania materiałów szkoleniowych dla żołnierzy. Po wojnie zostały jednak odkryte jej walory terapeutyczne (takie jak dostarczanie pozytywnych uczuć związanych z estetycznym odbiorem filmu) i zaczęto ją wykorzystywać podczas tradycyjnej psychoterapii. Teraźniejsze pojmowanie filmoterapii w przeważającej większości również opiera się na połączeniu stosowania filmów z tradycyjnymi metodami terapeutycznymi. Posługiwanie się filmoterapią jako samodzielnym rodzajem terapii nie zostało jeszcze ani dokładnie opisane, ani też poddane rzetelnym badaniom naukowym. Niemniej potencjał tkwiący w sztuce filmowej i jej sposobach oddziaływania na widza, sugeruje konieczność wnikliwego przypatrzenia się możliwościom działań filmoterapeutycznych.

Zastosowanie sztuki filmowej w terapii opiera się przede wszystkim na procesie dynamicznej interakcji między osobowością uczestnika działań filmoterapeutycznych a specjalnie dobranym dla niego filmem (Kozubek, 2016). Przebieg postępowania filmoterapeutycznego pozwala odbiorcy na recepcję dzieła filmowego dzięki poznawczemu, myślowemu opracowaniu oglądanych obrazów, a także za sprawą odczuwanych emocji podczas seansu (Mytnik, 2011). Dzięki umysłowemu i uczuciowemu odbiorowi sztuki filmowej, uczestnik filmoterapii ma okazję na uświadomienie i nazwanie swoich

problemów, na zwiększenie umiejętności rozumienia swojego zachowania i rozwój procesów poznawczych, wzrost umiejętności wyrażania i nazywania własnych uczuć, a także na rozwijanie refleksyjności i samoświadomości. Wspomaga również działania profilaktyczne, mające na celu zapobieganie powstawania zaburzeń i chorób psychicznych. Filmoterapia tak, jak każdy rodzaj terapii za pomocą sztuki spełnia wiele istotnych funkcji. Są nimi przede wszystkim funkcje: terapeutyczna, kompensacyjna, korekcyjna, wychowawcza, rekreacyjna, profilaktyczna oraz diagnostyczna (Konieczna, 2003). Dzięki tak szerokiemu wachlarzowi realizowanych zadań, istnieje możliwość zastosowania filmoterapii zarówno w działaniach leczniczych, jak i wychowawczo-edukacyjnych, resocjalizacyjnych, czy też rewalidacyjnych (Harland, Szymczyk 2018; Skorupa, Brol 2018; Kozubek 2016).

Dotychczasowe polskie badania prowadzone w obszarze arteterapii (Gładyszewska-Cylulko. 2011; Szulc 2011) skupiały się głównie na terapii muzyką (Metera. 2006; Natanson, 1979), biblioterapii (Konieczna, 2012) i szczególnie jej rodzaju – bajkoterapii (Molicka. 2002; Handford, Karolak, 2010), a także dramie (Borecka, Widerowska, Walczak, Wilamowska, 2005). Terapia wykorzystująca szeroko pojęte sztuki plastyczne również doczekała się obszernej bibliografii. Tego samego nie można jednak powiedzieć o filmoterapii. Oczywiście można odnaleźć bez trudu teksty źródłowe poruszające zagadnienia oddziaływania filmu na odbiorcę (Depta, 1975; Korsak 2004), czy mechanizmów odbioru filmu (Kozubek, 2016; Bobowski, 1994; Godzic, 1991) przez widza. Mimo to, w porównaniu z innymi rodzajami arteterapii, liczba publikacji stricte naukowych dotyczących zagadnienia filmoterapii jest znikoma zarówno na gruncie europejskim, jak i amerykańskim.

Powiązania sztuki filmowej z psychologią

Zagłębiając się w zagadnienie terapii przy pomocy sztuki filmowej można odnaleźć coraz większą liczbę pozycji poświęconych powiązaniom filmu i poszczególnych nurtów psychologicznych. Początkowo refleksje nad oglądaniem dzieł filmowych oraz ich percepcją i recepcją prezentowano w oparciu o psychoanalizę. Przedstawiciele tego nurtu dążyli między innymi do interpretacji zjawiska kina oraz poszczególnych gatunków filmowych. Na drodze inspiracji koncepcją psychoanalizy powstała psychoanalityczna teoria filmu (Helman, Ostaszewski, 2007; Brol, 2014). Uwaga badaczy zaczęła koncentrować się na odbiorcy, czego efektem jest powstanie teorii widza filmowego (Helman & Pitrus 2008). W trakcie jej rozwoju wyszczególniano różnicowane obszary badań, które miały na celu określenie stosunku widza wobec dzieła filmowego i jego treści. Próbowano także podkreślać rolę nieświadomości widza podczas recepcji (Godzic, 1991). Psychoanaliza

jest nurtem psychologii, który odegrał ogromną rolę wpływając w obszar filmoznawstwa. Wiele pojęć zostało z niej zaczerpniętych i zakorzeniono na stałe w teorii sztuki filmowej. Podstawowe założenia psychoanalizy oddziaływały również na twórczość i postawy realizatorów filmów, poruszane tematy i treści, a także strukturę wypowiedzi filmowych (głównie horrorów). Podejście psychoanalityczne zwróciło jednak główną uwagę na kwestię: *Co film robi z widzem?* (Brol, 2004), czyli w jaki sposób sztuka filmowa oddziałuje na nieświadomego widza.

Odwrócenie tego problemu na: *Co widz robi z filmem, aby go zrozumieć?* (Brol, 2004), nastąpiło po wkroczeniu w obszar filmoznawstwa psychologii kognitywnej (poznawczej) (Helman, Ostaszewski, 2007; Brol, 2014). Podejście kognitywne akcentuje aktywność poznawczą człowieka oraz przekonanie o świadomym i racjonalnym charakterze jego działań. Nurt ten, w przeciwieństwie do psychoanalizy, postawił więc na pierwszym planie widza i jego intelektualne zaangażowanie w recepcję sztuki filmowej. Głównym problemem badań kognitywnej teorii filmu stało się rozumienie i interpretacja dzieła filmowego (Ostaszewski, 1999). Kognitywni teoretycy filmu zaproponowali również opis emocjonalnego aspektu odbioru filmu, wolnego od typowej dla psychoanalizy teorii identyfikacji. W związku z odejściem od terminu identyfikacja, używano takich określeń, jak: uczestnictwo, zaangażowanie emocjonalne oraz asymilacja.

Nowym nurtem psychologii, którego przedstawiciele zainteresowali się sztuką filmową jest psychologia pozytywna (Tucholska, Gulla, 2007; Gulla, Tucholska, 2007). Skupiła się ona między innymi na filmie jako narzędziu oddziaływania na widza. W przeciwieństwie jednak do wcześniej omawianych kierunków psychologii nie wkroczyła w ogólny obszar rozważań filmoznawstwa, lecz skoncentrowała się na szczególnych możliwościach sztuki filmowej. Psychologia pozytywna prezentuje koncepcję nabywania, usprawniania i maksymalizowania funkcjonujących w człowieku cnót i sił charakteru za pomocą sztuki filmowej (Niemic & Wedding, 2008). Podejście to jest więc praktycznym dopełnieniem bardziej teoretycznych ujęć psychoanalizy i psychologii kognitywnej.

Oddziaływanie sztuki filmowej na widza – elementy sztuki filmowej oraz mechanizmy leżące u podstaw jej odbioru

Elementy składowe dzieła filmowego posiadające największe znaczenie w oddziaływaniach terapeutycznych, to: ruchomy obraz wraz z językiem filmu (Płazewski, 1982), opowiadanie filmowe, bohaterowie filmowi, muzyka filmowa oraz kolorystyka filmu. Na pierwszy wymieniony komponent sztuki filmowej składają się wszelkie elementy audiowizualnego utworu

(między innymi montaż, inscenizacja), budowane z materiału poddawanego specyficznemu uporządkowaniu i kodyfikacji. Oddziaływanie języka filmowego opiera się głównie na przekazywaniu wizualnych komunikatów tak, aby widz mógł niemal automatycznie odczytywać znaczenia zarejestrowane na różnych poziomach obszaru filmowego. Opowiadanie filmowe jest swoistym tekstem, wypowiedzią posiadającą charakterystyczne składniki oraz właściwości. Narracyjna forma opowiadania, w skład której wchodzi wydarzenia, czas, przestrzeń i postacie, zachęca odbiorców do intelektualnej pracy nad oglądanym dziełem (Bobowski, 1994). Fabuła filmowa stanowi sensotwórczą strukturę przez porządkowanie zdarzeń, przyczyn i skutków. Oglądanie filmów oraz poddanie ich procesom rozumienia i interpretacji daje możliwość pogłębionej świadomości odbiorczej, wnikliwej intelektualnej recepcji oraz mocniejszych doznań emocjonalnych. Rola bohatera filmowego w oddziaływaniu filmu na odbiorcę dotyczy przede wszystkim kwestii jego odbioru, głównie emocjonalnego (Pisarek, Francuz, 2007). Poszczególne postacie ucieleśniają tęsknoty i marzenia widzów, spełniają oczekiwania, zaspokajają braki, a nawet dają poczucie szczęścia poprzez oglądanie ich działań. Afektywne i poznawcze zaangażowanie się w interakcję z bohaterem filmowym jest pomocne w przeżywaniu i rozumieniu opowiadania filmowego oraz jako odniesienie i wzór postępowania wykorzystywany w trakcie filmoterapii.

Muzyka filmowa stała się niezbędną składową zarówno w tworzeniu, jak i w odbiorze dzieła filmowego. Jest ona czynnikiem ożywiającym oraz pogłębiającym filmową przestrzeń². Rola muzyki filmowej sprowadza się do uwolnienia widza z biernej postawy, silniejszego zaangażowania w ekranowe zdarzenia oraz przygotowuje na emocjonalne przeżywanie filmu. Psychologowie już dawno zauważyli, że muzyka potrafi wywierać silny wpływ na ludzką psychikę (Sloboda, 2002; Metera, 2006). Działać może w sposób uspokajający, pobudzający oraz wzbudzać określone nastroje. Muzyka filmowa może zatem posiadać podobne walory terapeutyczne do dzieł muzycznych wykorzystywanych w ramach muzykoterapii³.

2 Muzyka filmowa jest przedmiotem zainteresowania teoretyków i badaczy. W Polsce już w latach międzywojennych zagadnieniem funkcji i muzyki w filmie i jej recepcji zajmowała się Zofia Lissa, m.in. Lissa, Z. (1937). *Muzyka i film. Studium z pogranicza ontologii, estetyki i psychologii muzyki filmowej*. Lwów: Księgarnia Lwowska; Lissa, Z. (1964). *Estetyka muzyki filmowej*, Kraków: Państwowe Wydawnictwo Muzyczne. (przyp.red.).

3 por. Lissa, Z. (1933). Psychologiczne podstawy muzyki filmowej. *Lwowskie Wiadomości Muzyczne i Literackie*, 78; Galińska, E. (2000). Muzyka w terapii. Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy jej działania. (W:) *Człowiek-muzyka-psychologia. Książka dedykowana Profesor Marii Manturzewskiej*. (s. 472–486) Warszawa: Akademia Muzyczna im. Fryderyka Chopina (przyp.red.).

Ostatni komponent sztuki filmowej posiadający walory terapeutyczne to kolorystyka filmu. Główną funkcją barw jest wzbogacanie estetycznych doznań widza oraz urealnianie oglądanych obrazów. Kolory są często wykorzystywane w celu podkreślenia atmosfery opowiadania filmowego, dramatyzmu rozwoju akcji, charakterystyki miejsc oraz osobowości bohaterów (Bellantoni, 2010). Rozwiązania kolorystyczne w dziełach filmowych mogą wywoływać określone reakcje fizyczne oraz emocjonalne ze strony publiczności. Dlatego też ich wykorzystanie w ramach terapii powinno opierać się na wyborze dzieła o odpowiedniej, wywołującej pożądane działania kolorystyce.

Rozważania na temat mechanizmów odbioru filmu związane są nierozłącznie z określeniem uczestnictwa praktycznego widza (Mytnik, 2011). Początkowo twierdzono, że widz nie ma możliwości udziału w sztuce filmowej, ponieważ egzystuje poza obszarem akcji filmu (Morin, 1975). W związku z tym, jego uczestnictwo zredukowane jest jedynie do wyrażania swojego entuzjazmu lub dezaprobaty. Według Edgara Morina (1975), zanik uczestnictwa praktycznego determinuje wzmocnione uczestnictwo uczuciowe. Widz, nie ma wpływu na to, co widzi na ekranie: na przedstawiane opowiadanie filmowe i przebieg akcji. W związku z tym, zaczyna być aktywny pod względem poznawczym i emocjonalnym. Reaguje w sposób uczuciowy oraz aktywnie postrzega i przetwarza materiał filmowy poprzez rozumienie i interpretację oglądanych obrazów. Widz jest zatem bierny względem sposobu prezentowania opowiadania, ale z drugiej strony jest też aktywny podczas recepcji dzieła filmowego.

Systematyzując poruszane w piśmiennictwie mechanizmy wpływu na widza należy wyróżnić:

- mechanizm projekcji-identyfikacji – polegający na rzutowaniu pragnień, aspiracji, lęków widza na wyobraźnię i otaczającą go rzeczywistość oraz na utożsamianiu się jego z postaciami, wykorzystując w tym celu pewne podobieństwa fizyczne, wiekowe, czy też moralne (Morin, 1975);

- identyfikację, która według Murray'a Smitha (1994 za Skowronek, 2007) nie polega na zastępczym przeżywaniu emocji bohaterów ani na utożsamianiu się z nimi. Mechanizm ten wynika z przebiegu narracji filmowej dzięki aktywizowaniu racjonalnych mechanizmów wyobraźni widza i wywoływaniu jego zainteresowania postaciami na trzech poziomach (rozpoznania, współodczuwania, nastawienia), związanych z odrębnymi typami relacji – określanymi łącznie jako identyfikacja;

- asymilację, dzięki której widz ujmuje nowe doświadczenia na bazie już istniejącej wiedzy. Mechanizm ten umożliwia jednostce działanie w nowych sytuacjach za pomocą dotychczas funkcjonujących schematów zaczerpniętych ze sposobów działania bohatera (Carroll, 2004);

– internalizację, w której przyjmowanie treści dokonuje się w związku z uznaniem obiektywnej słuszności przekazu (tu z zachowaniem i działaniami bohatera) i wiązaniem przesłania z przyjętym przez siebie systemem wartości (Tyburska, 2002);

– wgląd, który w odniesieniu do sztuki filmowej polega na poznawczej obróbce treści filmowych oraz przeniesieniu ich do własnego życia, co pozwala widzowi borykającemu się z problemami doświadczyć poczucia braku odosobnienia (Czernianin, 2005).

Podsumowując mechanizmy leżące u podstaw odbioru dzieł filmowych warto zauważyć, że widz może utożsamiać się z poszczególnymi bohaterami filmu, rzutować swoje pragnienia bądź lęki na dany obraz filmowy, asymilować daną sytuację, porównywać treści przekazu z własnym schematem norm i wartości, a także upodabniać się, lub wręcz naśladować zachowania zaobserwowane na ekranie. Prowadząc działania terapeutyczne w oparciu o sztukę filmową, można z powodzeniem korzystać ze wszystkich wymienionych mechanizmów oddziaływania na odbiorcę. Wybór konkretnej propozycji powinien być uwarunkowany przez problem danego uczestnika działań filmoterapeutycznych, sposób prowadzenia terapii, wybór dzieła filmowego oraz wykorzystywanych w głównej mierze jego komponentów.

Problemy i zagadnienia poruszane w sztuce filmowej o potencjale terapeutycznym

Podczas oglądania dzieła filmowego widz skupia się przede wszystkim na jego opowiadaniu, sylwetkach bohaterów oraz wydarzeniach, w których biorą udział. Warto zaznaczyć, że sztuka filmowa porusza wiele istotnych kwestii z punktu widzenia odbiorców. Zawiera bowiem problemy i zagadnienia bliskie życiowym doświadczeniom, obawom, a także marzeniom widzów. Biorąc pod uwagę dorobek sztuki filmowej, opracowana została kategoryzacja poruszanych w niej problemów⁴. Są to zagadnienia:

– osobiste, np. emocje i myśli, poszukiwanie szczęścia, tożsamości, samorozwój, pokonywanie barier, zmiana dotychczasowego sposobu życia, marzenia i ich spełnianie, wygląd zewnętrzny;

– społeczne, np. praca zespołowa, życie społeczności lokalnej, komunikacja i problemy z nią związane, różnice kulturowe, tolerancja, uzależnienia;

⁴ W niniejszym artykule przedstawiona została autorska propozycja kategoryzacji problemów i zagadnień zawartych w opowiadaniach filmowych. Klasyfikacja ta powstała na podstawie wnikliwej analizy dostępnych dzieł sztuki filmowej pod względem prezentowanych głównych i pobocznych problemów, jakich doświadczają bohaterowie. Wyszczególnione a analizie dzieł filmowych zagadnienia zostały poddane kategoryzacji.

- związane z relacjami międzyludzkimi, np. miłość, relacje damsko-męskie, relacje rówieśnicze, relacje rodzinne, rozstanie, rozwód, samotność;
- moralne i duchowe, np. poszukiwanie wartości, wzory do naśladowania, wiara, świat fantazji i magii;
- związane z wiekiem, np. dzieciństwo, dorastanie, starość, zmiany w wyglądzie;
- związane z chorobami fizycznymi i niepełnosprawnością, np. ból, ciężkie choroby
- związane z zaburzeniami, chorobami psychicznymi i terapią.

Przedstawiony podział wskazuje jednocześnie obszary, w których dzieła filmowe mogą spełniać funkcję terapeutyczną. Jednak pojedyncze filmy rzadko poruszają jeden problem lub zagadnienie. Najczęściej posiadają główną myśl przewodnią oraz wątki poboczne, mające mniejsze bądź większe znaczenie względem nadrzędnego motywu. Należy zwrócić uwagę, że sztuka filmowa korzysta z całego wachlarza możliwości wyboru konwencji przedstawiania poszczególnych problemów, począwszy od trywialnych komedii, emocjonalnych melodramatów, po poruszające thrillery i wzbudzające trwogę horrory. Każde z wymienionych zagadnień posiada zatem swoich reprezentantów niemal we wszystkich możliwych rodzajach i gatunkach filmowych. Tym samym odnaleźć można wiele dzieł filmowych poruszających dany problem w przystępnej dla uczestnika działań filioterapeutycznych konwencji. Jednak pomimo poruszania wartościowych zagadnień, nie każde dzieło filmowe można uznać za narzędzie o potencjale terapeutycznym. Ma na to wpływ wiele czynników dodatkowych, takich jak zastosowane elementy języka filmowego wpływające na jakość przekazu i odbiór audiowizualnych komunikatów, sposób przedstawienia oraz prowadzenia opowiadania filmowego, czy prezentowane przez bohaterów filmowych sposoby postępowania. Bardzo ważną rolę, ewidentnie utrudniającą uznanie danego dzieła filmowego za potencjalne narzędzie terapeutyczne, odgrywają zawarte w filmach niebezpieczeństwa⁵.

Sz szczególnie ryzykowne jest wykorzystywanie dzieł filmowych zawierających nadmierne stosowanie scen przemocy, agresji i seksualizmu oraz treści nieadekwatnych do wieku czy też przekonań odbiorcy. Ważne jest także zwracanie uwagi na zamieszczane w obrazie filmowym treści stereotypowe, propagandowe, czy nawet bodźce podprogowe. W związku z możliwością wystąpienia niepożądanych elementów w filmie, lub czynników ograniczających jego właściwy odbiór należy uznać, że nie każde dzieło filmowe posiada oczywiste walory terapeutyczne. Terapeuci chcący wykorzystać w swojej pracy sztukę filmową powinni każdorazowo poddawać wybrane dzieło

5 Jest to zagadnienie obszerne, wymagające odrębnego opracowania, dlatego też autorka poprzestaje na wskazaniu pewnych utrudnień w stosowaniu sztuki filmowej w terapii.

filmowe wnikliwej analizie. Skutkiem tego badania powinno być dostrzeżenie ewentualnych elementów filmu, stwarzających ryzyko niepowodzenia działań filioterapeutycznych.

Najważniejsze z punktu widzenia niniejszej publikacji problemy poruszane w sztuce filmowej, to motywy związane z zaburzeniami, chorobami psychicznymi i terapią. Dotyczą one przede wszystkim takich zagadnień, jak: zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania, schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne, niepełnosprawność intelektualna, trudności związane z terapią oraz zarówno pozytywne, jak i negatywne postawy terapeuty wobec pacjentów. Istnieje wiele dzieł filmowych poruszających powyższą tematykę. Wśród nich znajdują się filmy o wysokiej wartości estetycznej i merytorycznej, ale też ekranizacje utrwalające błędne przekonania dotyczące chorób psychicznych i specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego. Omawiana problematyka sztuki filmowej, tak jak każda inna, obrazowana jest za pomocą niemal wszystkich gatunków filmowych. Dramat stwarza z dużym prawdopodobieństwem najlepsze warunki do ukazania psychopatologii w realistyczny sposób. Komedie często przedstawiają aberracje psychiczne ze specyficznym humorem łagodzącym niepokój, jaki wzbudzają zachowania głównych bohaterów. Thrillery i horrory często przedstawiają chorych psychicznie i terapeutów jako psychopatów, a placówki psychiatryczne jako miejsca makabrycznych morderstw. Pozostałymi gatunkami poruszającymi zagadnienia chorób psychicznych i terapii są: melodramaty, science-fiction, filmy biograficzne, a nawet dokumentalne. Należy podkreślić, że wszystkie tworzone obrazy filmowe (niezależnie od stopnia wierności przekazu ze stanem rzeczywistym) stanowią nieodzowne źródło inspiracji do prowadzenia zajęć mających na celu wzbogacenie wiedzy o chorobach psychicznych, przebiegu terapii oraz zmianę dotychczasowych, fałszywych przekonań. Wykorzystanie jej w celach terapeutycznych, edukacyjnych, czy profilaktycznych stanowi atrakcyjną formę zdobywania nowych informacji i umiejętności.

Obraz chorób oraz zaburzeń psychicznych w sztuce filmowej

Jak już zostało wspomniane, obraz omawianych zagadnień jest ukazywany w sztuce filmowej zarówno w sposób dość obiektywny, jak i będący przekształconą, reżyserską kreacją. Chorzy często są przedstawiani jako osoby niebezpieczne, agresywne i nieprzewidywalne, a zajmujący się nimi psychiatrzy, psychologowie i inni pracownicy służby zdrowia jako aroganccy, nieskuteczni, zimni, obojętni, przebiegli lub manipulujący (Beyerstein, Lillianfeld, Lynn, & Ruscio, 2017; Wedding, Boyd, & Niemiec, 2014). Istnieje

filmy, które podtrzymują błędne przekonania o etiologii chorób psychicznych, sugerują równoważność między chorobą psychiczną a opętaniem przez diabła oraz przekonują, że szpitale psychiatryczne są więzieniami, w których nie szanuje się praw pacjenta i nie dba się o ich dobro. Tego typu filmy mogą więc po części odpowiadać za stygmatyzację osób chorych psychicznie. Przykładem dzieła (adaptacji powieści Kena Keseya o tym samym tytule), które zwracało uwagę na problem traktowania osób chorych psychicznie jest *Lot nad kukułczym gniazdem* (*One Flew Over the Cuckoo's Nest*, reż. Miloš Forman, 1974). Film ten ukazuje walkę o godność człowieka, zarówno zdrowego, jak i chorego oraz zdecydowany sprzeciw wobec fizycznych i psychicznych aktów przemocy wobec pacjentów. Dzieło to idealnie wpasowało się w ówczesny nurt krytykujący stosunek społeczeństwa do osób chorych psychicznie, a także stanowiło komentarz do panującej kultury i władzy totalitarnej.

Środki masowego przekazu często podają błędne informacje, używają terminów psychiatrycznych w sposób nieścisły i niekiedy obraźliwy oraz pokazują niekorzystne stereotypy dotyczące osób chorych. Obrazy choroby są przedstawiane najczęściej w sposób zniekształcony i zawężony. Wymienić można trzy dominujące wątki, które pojawiają się w filmach i przyczyniają się do powstawania stereotypów dotyczących genezy zaburzeń psychicznych. Są nimi: domniemanie traumatycznej etiologii (przyczyną choroby psychicznej jest pojedyncze dramatyczne wydarzenie, np. *Fisher King*, reż. Terry Gilliam, 1991), posiadanie schizofrenogennego rodzica (pogląd ten czyni rodziców odpowiedzialnymi za chorobę psychiczną dziecka, np. *Shine*, reż. Scott Hicks, 1996) oraz poddanie leczeniu nieszkodliwego ekscentryzmu, niesłusznie uznanego za chorobę psychiczną (najlepszym przykładem tego błędnego przekonania jest wyżej wspomniany *Lot nad kukułczym gniazdem*).

Pomimo dużej liczby dzieł filmowych ukazujących negatywny obraz chorób psychicznych, można odnaleźć zarówno w zagranicznej i w polskiej kinematografii wiele wartościowych filmów. Bardzo obszerne zestawienia filmów ukazujących psychopatologię oraz listy filmów inspirujących do budowania cnót i silnego charakteru zamieszczają w swoich publikacjach przede wszystkim Wedding, Boyd i Niemiec⁶ (Wedding, Boyd & Niemiec, 2014; Niemiec & Wedding 2008). Wykazy te zawierają filmy poddane przez autorów ocenie. Są więc wśród nich dzieła wybitne, jak i filmy ukazujące błędne przekonania dotyczące chorób psychicznych i specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego. Wiele wartościowych dzieł filmowych, obrazujących

6 W publikacjach cytowanych autorów znaleźć można strony internetowe zawierające m.in. filmowe bazy danych wraz z recenzjami filmowymi, listami filmów dotyczących różnych zagadnień psychologicznych.

choroby i zaburzenia psychiczne można odnaleźć również w *Filmowym leksykonie psychologii* autorstwa Jolanty Pisarek i Pawła Fortuny (Pisarek, Fortuna, 2017).

Zaburzenia psychiczne (np. neurorozwojowe, obsesyjno-kompulsyjne lękowe, pourazowe i związane z czynnikiem stresowym) są ukazywane w wielu różnych konwencjach filmowych. Odnaleźć zatem można zarówno komedie, komedie kryminalne, dramaty, jak i horrory. Bardzo dobrym obrazem filmowym pod względem artystycznym, a także edukacyjnym jest *Lepiej być nie może* (*As Good As It Gets*, reż. J.L. Brooks, 1997) przedstawiający bohatera cierpiącego na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, mającego obsesję na punkcie czystości. Postacie doświadczające stresu pojawiają się w licznych filmach, zobrazowanych przede wszystkim w gatunkach dramatycznych, melodramatycznych, horrorach czy thrillerach. Większość z filmów traktujących o wojnie nawiązuje do fizycznych i psychicznych konsekwencji długotrwałego wystawienia na stres związany z walką. Motyw stresu pojawia się również w innych gatunkach filmowych. Przykładowo, często sparodiowane przeżywanie jego pod postacią dolegliwości somatycznych ukazują komediowi bohaterowie, w których wciela się Woody Allen w swoich dziełach. Inne filmy ukazują stres spowodowany problemami życia codziennego, czy doświadczaniem chorób. Wartościowymi pod względem racjonalnie ukazanych treści psychologicznych i walorów artystycznych, obrazującymi zaburzenia lękowe filmami są ponadto: *Naciągacze* (*Matchstick Men*, reż. R. Scott, 2003), *Elling* (reż. P. Næss, 2001), czy *Aviator* (*The Aviator*, reż. M. Scorsese, 2004). Filmami, które nie powinny być brane pod uwagę (jako potencjalne narzędzia terapeutyczne) ze względu na naruszanie przez bohaterów granic etycznych i moralnych oraz dużą ilość ukazywanej przemocy, są na przykład: *Fobia* (*Phobia*, reż. J. Huston, 1980), czy *Odważna* (*The Brave One*, reż. N. Jordan, 2007).

Rzadziej obrazowana, ale nadal pojawiająca się kategoria w sztuce filmowej dotyczy zaburzeń psychicznych organicznych, włącznie z zespołami objawowymi. Tematami przewodnimi są przeważnie otępienie, amnezja oraz następstwa guzów i udarów mózgu. Przykładem dzieła przedstawiającego cierpienie osoby doświadczającej zaburzenia pamięci jest thriller psychologiczny *Memento* (*Memento*, reż. Ch. Nolan, 2000). Niezwykłym aspektem tego filmu jest to, że wymusza na widzu doświadczanie oglądanego świata rzeczywistego w taki sam sposób, w jaki przeżywa go główny bohater z amnezją następczą. Innymi filmami obrazującymi zaburzenia psychiczne organiczne są również: *Człowiek bez przeszłości* (*Mies vailla menneisyttä*, reż. A. Kaurismäki, 2002), czy *Motyl Still Alice* (*Still Alice*, reż. R. Glatzer, W. Westmoreland, 2014). Na szczególną uwagę nie zasługuje przykładowo film *50 pierwszych randek* (*50 First Dates*, reż. P. Segal, 2004) ukazujący nieprawdziwy, wymyślony przez twórców obraz zaburzenia pamięci.

Zagadnienia związane z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem środków (substancji) psychoaktywnych odnaleźć można w bardzo wielu dziełach filmowych, ukazujących bohaterów nadużywających takich środków jak: nikotyna, alkohol, narkotyki, substancje halucynogenne oraz środki uspokajające i nasenne. Jednak kilka dzieł znacząco wyróżnia się na tle pozostałych filmów. Jednym z nich jest *Pod mocnym aniołem* (reż. W. Smarzowski, 2014) przedstawiający próby zerwania z alkoholizmem oraz wpływ choroby na bliskich i rodzinną osobę uzależnionej. Dramat *Requiem dla snu* (*Requiem for a Dream*, reż. D. Aronofsky, 2000) jest z kolei poruszającym obrazem filmowym ukazującym różne traumatyczne konsekwencje zażywania narkotyków. Pomimo, iż wszyscy bohaterowie filmu przeżyli, ale nieodwracalnie zniszczyli sobie życie – część z nich trafiła do więzienia, inni do szpitala psychiatrycznego lub pozostają bezdomni. Dzieło to wykorzystuje bogactwo języka filmowego dla wzmocnienia przekazu. Przykładowo przedstawia przewidywalne reakcje fizjologiczne na tle spotęgowanych efektów dźwiękowych, co potęguje w widzu emocjonalny odbiór filmu. Innymi filmami obrazującymi zaburzenia spowodowane stosowaniem środków psychoaktywnych są także: *My, dzieci z Dworca ZOO* (*Christiane F. – Wir Kinder vom Bahnhof Zoo*, reż. U. Edel, 1981), czy *21 gramów* (*21 Grams*, reż. A. González Iñárritu 2003). Na szczególną uwagę nie zasługują natomiast filmy ukazujące przerysowane obrazy zagrożeń, a także obrazy bagatelizujące skutki uzależnienia.

Ukazanie zaburzeń urojeniowych i schizofrenii w sztuce filmowej nierozłącznie kojarzy się z *Pięknym umysłem* (*A Beautiful Mind*, reż. R. Howard, 2001). Film opowiada historię geniusza matematycznego Johna Nasha, który w 1994 roku otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie ekonomii. Obraz ten przedstawia zarówno cierpienie i traumy towarzyszące schizofrenii, jak i uwidacznia wpływ choroby na członków rodziny. Pokazuje również, że osoby chore mogą odnaleźć w życiu poczucie normalności, a czasem funkcjonować równie dobrze jak inni członkowie społeczeństwa. Innym, wiarygodnie ukazującym bohatera cierpiącego na schizofrenię jest *Solista* (*The Soloist*, reż. J. Wright, 2009). Dzieło to porusza problem bezdomności osoby chorej, a w tym przypadku również wybitnie uzdolnionej muzycznie. Zaburzenie urojenowe niebędące postacią schizofrenii zostało przedstawione w *Miłości Larsa* (*Lars and the Real Girl*, reż. C. Gillespie, 2007). Główny bohater, małomówny, unikający kontaktów towarzyskich mężczyzna kupuje lalkę naturalnej wielkości, nadaje jej imię i traktuje tak, jakby byli parą. Rodzina i członkowie lokalnej społeczności włączają się w urojenia Larsa dając tym samym wsparcie w jego chorobie. Dzięki temu bohater umacnia związki z realnymi ludźmi, dopóki nie poczuje się wystarczająco bezpiecznie, aby porzucić urojenia. Przykładem filmu, który nie powinien znaleźć

zastosowania w terapii jest horror *May* (reż. L. McKee, 2002). Obraz ukazuje rozwój choroby psychicznej u młodej dziewczyny, która staje się niebezpieczna dla otoczenia. Zaczyna zabijać ludzi, aby z części ich ciał stworzyć idealną całość.

Zaburzenia dwubiegunowe, zaburzenia depresyjne i powiązane z nimi zagadnienie samobójstwa są głównymi tematami filmów poruszających kategorię zaburzeń nastroju. W przeważającej większości są to dramaty, choć odnaleźć można reprezentantów innych gatunków filmowych. Realistycznym obrazem depresji i osobowości z pogranicza jest *Pokolenie P (Prozac Nation)*, reż. E. Skjoldbjærg, 2001). Film ten ukazuje początki choroby, korzystanie z pomocy psychiatrycznej oraz przebieg leczenia z zastosowaniem leku Prozac. Początkowo lek pomagał głównej bohaterce, lecz z czasem uzależnia się od niego, co wywołało wiele problemów w jej życiu osobistym. Innymi, posiadającymi walory filmami obrazującymi zaburzenia nastroju są także: *Dom z piasku i mgły (House of Sand and Fog)*, reż. V. Perelman, 2003), czy *Godziny (The Hours)*, reż. S. Daldry, 2002).

Obrazy filmowe przedstawiające zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi dotyczą głównie problemów zaburzeń snu i odżywiania. Jednak stosunkowo rzadko można znaleźć wyeksponowanie tychże zagadnień do miana głównego tematu dzieła filmowego. Stanowią raczej poboczne, uzupełniające fabułę wątki filmowe. Działami, które w mniejszym, lub większym stopniu poruszają problematykę zaburzeń fizjologicznych, są: *Bezsennność (Insomnia)*, reż. Ch. Nolan, 2002), *Między słowami (Lost in Translation)*, reż. S. Coppola, 2003), czy *Przerwana lekcja muzyki (Girl, Interrupted)*, reż. J. Mangold, 1999).

Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych obrazowane są dość często i za pomocą różnych konwencji filmowych. Jednak tak, jak w przypadku poprzedniej kategorii zaburzeń stanowią w większości poboczne wątki. Wśród polskich filmów warto wspomnieć o *Dekalogu* Krzysztofa Kieślowskiego (1988). Jest to cykl dziesięciu godzinnych filmów telewizyjnych (o tytułach od *Dekalog I* do *Dekalog X*) luźno opartych na dziesięciu przykazaniach. Cykl ten przedstawia zamieszkujących jedno osiedle bohaterów kolejnych odcinków ujawniających różne problemy, a także zaburzenia psychiczne. Przykładowo, zostali ukazani bohaterowie z osobowością antyspołeczną, a także zostały poruszone takie zagadnienia, jak: voyeryzm (podglądactwo), lęki nocne oraz akt bezpodstawnego morderstwa. Dobrymi pod względem ukazanych treści psychologicznych i walorów artystycznych, obrazującymi zaburzenia osobowości filmami są ponadto: *Amelia (Le fabuleux destin d'Amélie Poulain)*, reż. J.-P. Jeunet, 2001), *American Beauty* (reż. S. Mendes, 1999), czy *Białe oleander (White Oleander)*, reż. P. Kosminsky, 2002). Na szczególną uwagę pod względem wykorzystania w terapii nie

zasługują natomiast filmy, które starają się utrwaląc w widzu przekonanie, że osoby z zaburzeniami osobowości i zachowania są antyspołeczne, a wręcz socjopatyczne (np. *Hannibal*, reż. Ridley Scott, 2001).

Wśród filmów ukazujących zaburzenia rozwoju, często ukazywanym zaburzeniem jest autyzm. Pojawia się on w wielu dziełach przedstawianych w różnych konwencjach, od komedii po dramat. Bardzo dobre pod względem artystycznym dzieło filmowe, poruszające problem autyzmu, przedstawia *Rain Man* (*Rain Man*, reż. B. Levinson, 1988). Główny bohater posiada wszystkie cechy charakterystyczne i skłonności występujące u ludzi z tym zaburzeniem. Fabuła jest dość wiarygodna, choć wzmacnia mylne przekonanie, że dla osób chorych istnieje tylko jedna możliwość, a mianowicie pobyt w zakładzie. Ponadto film ten utrwała stereotyp osoby z autyzmem z zespołem sawanta, a w rzeczywistości tylko niewielki procent osób z autyzmem posiada szczególne zdolności (Beyerstein, Lilienfeld, Lynn, & Ruscio 2017). Warto wymienić również takie filmy, jak *Co gryzie Gilberta Grape'a* (*What's Eating Gilbert Grape*, reż. L. Hallström, 1993), *Forrest Gump* (reż. R. Zemeckis, 1994), czy *Sam* (*I Am Sam*, reż. J. Nelson, 2001) przede wszystkim za walory artystyczne, ale i sposób prezentacji niepełnosprawności intelektualnej.

Podsumowanie

Sztuka filmowa silnie oddziałuje na społeczną percepcję obrazu chorób psychicznych oraz związanych z nimi instytucji udzielania pomocy. W związku z tym, jest także wyjątkowo przydatnym medium do rzeczywistego przedstawiania stanów psychicznych i umysłowych bohaterów filmowych. Dzieła filmowe poruszające zagadnienia zaburzeń i chorób psychicznych mogą być z powodzeniem wykorzystywane w działaniach edukacyjnych. Dzięki wpływowi, jaki ma obraz filmowy na widza, możliwe jest uświadamianie społeczeństwa co do rzeczywistej etiologii, objawów i leczenia poszczególnych chorób psychicznych (Brol, 2014). Tego typu zastosowanie filmów prowadzi do zwiększenia wiedzy oraz podważania i zaprzeczania funkcjonujących w społeczeństwie stereotypów dotyczących chorób psychicznych i osób na nie cierpiących. Filmoterapia rozwija zatem postrzeganie, prowokuje do podejmowania nowego punktu widzenia i sposobu oceny różnorodnych zjawisk. Mariusz Makowski (2018) zauważa fenomen filmów w sieci, będących cennym materiałem dla psychoedukacji rozumianej jako popularyzacja psychologii. W odniesieniu do jego spostrzeżeń uważam, że działania edukacyjne w ramach terapii sztuką filmową dotyczyć mogą zarówno osób chorych, jak i ich rodzin. Z jednej strony nastąpiłoby łagodzenie dyskomfortu psychicznego osoby cierpiącej, rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem spowodowanym chorobą, a także podniesienie poziomu

samokontroli i rozwijanie umiejętności komunikacyjnych. Z drugiej strony, rodzina i bliscy osoby chorej psychicznie mieliby możliwość zdobycia niezbędnej wiedzy o danej chorobie, rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i kształtowania prawidłowych reakcji wobec czynników stresogennych. Obraz zaburzeń i chorób psychicznych w sztuce filmowej powinien znaleźć swoje filmoterapeutyczne zastosowanie także w przypadku kształcenia osób, których profesja wiąże się z ciągłym kontaktem z ludźmi (Bhugra, 2003). Chodzi tu przede wszystkim o przyszłych psychiatrów, psychologów, arteterapeutów, pedagogów, nauczycieli, trenerów i lekarzy (Brol, Skorupa, 2018). Znajomość obrazów filmowych ukazujących różnorodne problemy zdrowotne pomaga w zrozumieniu istoty chorób, poznaje się sposoby pracy z chorymi oraz dowiaduje się o możliwych okolicznościach utrudniających podejmowane działania. Przez kontakt ze sztuką filmową ćwiczy się w pewnej mierze reakcję na nietypowe zachowania oraz usprawnia się dotychczasowe umiejętności. Elementy działań filmoterapeutycznych w oparciu o wybrane filmy nastawiają dodatkowo na łatwiejsze rozumienie swoich podopiecznych, rozpoznawanie ich stanów emocjonalnych oraz pomagają w nawiązaniu kontaktu i podtrzymaniu komunikacji z nimi.

Poszczególne rodzaje i gatunki filmowe posiadają zróżnicowane możliwości wpływu na odbiorcę, a komponenty sztuki filmowej stanowią wszechstronną inspirację do tworzenia sytuacji terapeutycznej. Najważniejsze z punktu widzenia przydatności w terapii wydają się poruszane w filmach problemy. Zagadnienia mające związek z zaburzeniami, chorobami psychicznymi i terapią stanowią cenne narzędzia, dzięki którym można uzyskać trwałe zmiany w sposobach myślenia oraz odczuwania przez odbiorców sztuki filmowej. Dzięki zastosowaniu dzieł filmowych w terapii następuje głębsze wejście w rzeczywistość uczestników działań filmoterapeutycznych oraz przepracowanie ich problemów w sposób efektywny.

O atrakcyjności metody filmoterapii świadczyć może fakt, że bazuje ona na narzędziach dobrze znanych i lubianych przez większość ludzi. Walor rozrywkowy filmów przemawia do odbiorcy w subtelny sposób, wykorzystując jednocześnie potencjał audiowizualnego przekazu informacji, myśli i emocji. Sposobność ta stawia dzieła filmowe w nowym świetle oraz ukazuje nieuświadomiane dotąd możliwości ich oddziaływania na widza.

Bibliografia

- Bellantoni, P. (2010). *Jeśli to fiolet, ktoś umrze. Teoria koloru w filmie*. Warszawa: Wydawnictwo Wojciech Marzec.
- Beyerstein, B. L., Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Ruscio, J. (2017). *50 wielkich mitów psychologii popularnej*. Warszawa: Wydawnictwo CiS.
- Bhugra, D. (2003). Teaching psychiatry through cinema. *Psychiatric Bulletin*, (27), 429–430.

- Bobowski, S. (1994). Film fabularny a ludzkie wartości. *Studia Filmoznawcze*, (15), 107–129.
- Borecka, I., Widerowska, M., Walczak, J., Wilamowska, E. (2005). *Drama i arteterapia w szkole*. Wałbrzych: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Wałbrzychu.
- Brol, M. (2014). Psychologia i film. W: M. Brol, A. Skorupa (red.), *Psychologiczna praca z filmem* (s. 13–41). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Brol, M., Skorupa, A. (2018). Znaczenie filmu w pracy psychologów i psychoterapeutów. W: A. Skorupa, M. Brol, P. Paczyńska-Jasińska (red.), *Na tropach psychologii w filmie część 2. Film w terapii i rozwoju* (s. 183–203). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Carroll, N. (2004). *Filozofia horroru albo Paradoksy uczuć*. Gdańsk: Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria.
- Czernianin, W. (2005). Film jako narzędzie terapeutyczne w biblioterapii. *Studia Filmoznawcze*, (26), 89–99.
- Depta, H. (1975). *Film i wychowanie*. Warszawa: Wydawnictwa Szkole i Pedagogiczne.
- Gładyszewska-Cylulko, J. (2011). *Arteterapia w pracy pedagoga*. Kraków: Impuls.
- Godzic, W. (1991). *Film i psychoanaliza: problem widza*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gulla, B., Tucholska, K. (2007). Psychologia pozytywna: cele naukowo-badawcze i aplikacyjne oraz sposób ich realizacji. *Studia z Psychologii w KUL*. T. 14, 133–152.
- Handford, O., Karolak, W. (2010). *Bajka w twórczym rozwoju i arteterapii*. Łódź: Wydawnictwo WSHE.
- Harland, M., Szymczyk, B. (2018). Filmoterapia – czyli rozwojowy i terapeutyczny wpływ filmu na emocje, W: A. Skorupa, M. Brol, P. Paczyńska-Jasińska (red.), *Film w terapii i rozwoju. Na tropach psychologii w filmie. Część 2* (s. 91–109). Warszawa: Difin.
- Helman, A., Ostaszewski, J. (2007). *Historia myśli filmowej*. Podręcznik. Gdańsk: Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria.
- Helman, A., Pitrus, A. (2008). *Podstawy wiedzy o filmie*. Gdańsk: Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria.
- Konieczna, E.J. (2003). *Arteterapia w teorii i praktyce*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Konieczna, E.J. (2012). *Biblioterapia w praktyce. Poradnik dla nauczycieli, wychowawców i terapeutów*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Korsak, Z. (2004). *Kultura filmowa – edukacja filmowa*. Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.
- Kozubek, M. (2016). *Filmoterapia*. Gdańsk: Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria.
- Makowski, M. (2018). Filmy w sieci i ich psychologiczny potencjał edukacyjny. W: A. Skorupa, M. Brol, P. Paczyńska-Jasińska (red.), *Na tropach psychologii w filmie część 1. Film w edukacji i profilaktyce* (s. 81–96). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Metera, A. (2006). *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*. Leszno: Metronom.
- Molicka, M. (2002). *Bajkoterapia. O lękach dzieci i nowej metodzie terapii*. Poznań: Media Rodzina.

- Morin, E. (1975). *Kino i wyobraźnia*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Mytnik, J. (2011). Problem widza jako odbiorcy filmu w filmoterapii, *Arteterapia: terapia sztuką w praktyce*, 11(1), 21–23.
- Natanson, T. (1979). *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Niemiec, R.M. & Wedding, D. (2008). *Positive Psychology at the Movies*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Ogonowska, A. (2018). Film w edukacji psychologicznej, W: A. Skorupa, M. Brol & P. Paczyńska-Jasińska (red.), *Na tropach psychologii w filmie część 2. Film w terapii i rozwoju* (s. 204–221). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Ostaszewski, J. (1999). *Rozumienie opowiadania filmowego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pisarek, J., Fortuna, P. (2017). *Filmowy leksykon psychologii*. Lublin: Wydawnictwo Słowa i Myśli.
- Pisarek, J. & Francuz, P. (2007). Poznawcze i emocjonalne zaangażowanie widza w film fabularny w zależności od typu bohatera. W: P. Francuz (red.). *Psychologiczne aspekty komunikacji audiowizualnej* (s. 165–188). Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II.
- Płużewski, J. (1982). *Język filmu*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Przetacznik-Gierowska, M., Włodarski, Z. (1998). *Psychologia wychowawcza 2*. Warszawa: PWN.
- Skorupa, A., Brol, M. (2018) Film w działaniach profilaktycznych. W: A. Skorupa, M. Brol, P. Paczyńska-Jasińska (red.) *Na tropach psychologii w filmie. Część 1. Film w edukacji i profilaktyce* (s. 207–228). Warszawa: Difin.
- Skorupa, A., Brol, M., Paczyńska-Jasińska, P. (red.) (2018a). *Na tropach psychologii w filmie. Część 1. Film w edukacji i profilaktyce*. Warszawa: Difin.
- Skorupa, A., Brol, M., Paczyńska-Jasińska, P. (red.) (2018b). *Na tropach psychologii w filmie. Część 2. Film w terapii i rozwoju*. Warszawa: Difin.
- Skowronek, B. (2007). *Konceptualizacje filmu i jego oglądania w języku młodzieży*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Sloboda, J. (2002). *Umysł muzyczny. Poznawcza psychologia muzyki*. Warszawa: AMFC.
- Szulec, W. (2011). *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucji teorii, rozwój praktyki*. Warszawa: Difin.
- Tucholska, K., Gulla, B. (2007). Psychologia pozytywna – krytyczna analiza koncepcji. *Studia z psychologii w KUL*. T. 14, 107–131.
- Tyburska, A. (2002). *Film w odbiorze nieletnich sprawców czynów karalnych*. Szczytno: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Policji.
- Wedding, D., Boyd, M.A., Niemiec, R. M. (2014). *Kino i choroby psychiczne. Filmy, które pomagają zrozumieć zaburzenia psychiczne*. Warszawa: Paradygmat.

*Agnieszka Franczok-Kuczmowska*¹*Martyna Kuzian*

Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński

Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania i zdrowia psychicznego w okresie wczesnej dorosłości

Streszczenie

Wkraczanie w dorosłość w dzisiejszych czasach wiąże się z poważnymi wyzwaniem tożsamościowymi oraz adaptacyjnymi. Uwidaczniają się one w zwiększającej się liczbie młodych dorosłych zmagających się z kryzysem psychicznym i doświadczających problemów psychicznych. Celem przedstawionych badań pilotażowych było poznanie funkcjonowania psychicznego młodych dorosłych u progu zakończenia edukacji wyższej oraz porównanie z osobami, które ten przełomowy krok mają już za sobą. W badaniach zostały uwzględnione wskaźniki poczucia stresu, symptomów lęku i depresji oraz poziom prężności psychicznej. Wyniki wskazują na wyższy poziom stresu i lęku wśród przebadanych młodych dorosłych między 24 a 26 rokiem życia, w porównaniu do osób pomiędzy 27 a 30 rokiem życia. Poziom prężności psychicznej oraz jej wpływ na stan zdrowia psychicznego nie różni się u badanych grup.

Słowa kluczowe: młodzi dorośli; stres; lęk; depresja; prężność psychiczna

Psychosocial conditions of mental health and functioning in early adulthood

Abstract

The modern world leaves a mark on early adulthood in the form of identity and adaptation challenges. Special attention needs to be drawn to young adults struggling with crisis and mental health problems. The aim of this pilot research was to explore mental health functioning in young adults finishing their studies and entering "adult" life, as well as to form a comparison with their older peers, who have already finished their education a while ago. The research focuses on the sense of stress, anxiety and depression symptoms, as well as on resilience. Higher stress and anxiety levels were observed in young adults between 24 and 26 years of age in comparison to those between the age of 27 and 30. No difference between resilience levels and their influence on mental health have been noticed.

Keywords: young adults; stress; anxiety; depression; resilience

¹ Adres do korespondencji: agnieszka.fr.kuczmowska@gmail.com; martyna.kuzian@gmail.com

Wprowadzenie

Wczesna dorosłość

W kręgu kultury zachodniej przyjmuje się, że dorosłość obejmuje okres między 18/20–25 a 65–85 rokiem życia (Oleś, 2011). Jest to zatem najdłuższy okres rozwojowy w biegu życia człowieka. Dzieli się on na trzy podokresy: wczesną, średnią i późną dorosłość. Pierwszy z nich, etap wczesnej dorosłości, w ramach psychologii rozwojowej w biegu życia człowieka cieszył się przez szereg lat znacznie mniejszym zainteresowaniem badaczy, aniżeli pozostałe okresy rozwoju, takie jak dzieciństwo, adolescencja, średnia dorosłość (głównie w kontekście zjawiska kryzysu wieku średniego) czy wiek podeszły. W ciągu ostatnich kilkunastu lat zainteresowanie okresem wczesnej dorosłości uległo zmianie, zyskując na popularności głównie za sprawą opublikowanej przez Jeffrey'ego J. Arnetta (2000) koncepcji „wyłaniającej się” dorosłości.

Stosunkowo mniejsze zainteresowanie badaczy okresem wczesnej dorosłości może wynikać z faktu, iż jest to okres, który cechuje się zmniejszoną dynamiką w zakresie zmian neurorozwojowych oraz psychofizycznych w porównaniu do pozostałych etapów rozwoju. Do marginalizacji problemów osób dorosłych przyczyniać się może także rosnący nacisk na samowystarczalność i indywidualizm w kręgu społeczeństw Zachodu (Brzezińska, Syska, 2016), wnoszący egocentryzm w miejsce wcześniejszej przestrzeni dla zainteresowania drugim człowiekiem, jak również milczące założenie o „radzeniu sobie” przeciętnego człowieka dorosłego. Samowystarczalność i indywidualizm, które stały się kluczowymi wartościami XXI wieku, obok ewidentnych korzyści, takich jak możliwość wyboru i tworzenia indywidualnej ścieżki rozwoju, niosą ze sobą także groźbę ignorancji problemów młodych dorosłych. Wczesna dorosłość to okres wyjątkowo intensywny pod względem konieczności podejmowania decyzji kluczowych dla rozwoju i dobrostanu jednostki. Na proces podejmowania tych decyzji wpływają nie tylko osobiste aspiracje i potrzeby jednostki, lecz często także poczucie presji, której źródłem są naciski ze strony rodziny oraz oczekiwania społeczne, związane z kulturowo zdefiniowanymi kryteriami dorosłości, czyli wejściem na rynek pracy i założeniem rodziny. Wyraźnie obserwowana tendencja do odraczania realizacji owych oczekiwań jak również dynamiczne przemiany, jakim podlegał w ciągu ostatnich paru dziesięcioleci obraz dorosłości sprawiły, że ten okres rozwojowy zyskuje na zainteresowaniu (Brzezińska, Kaczan, Piotrowski, Rękosiewicz, 2011; Piotrowski, Brzezińska, Pietrzak, 2013; Piotrowski, 2013; Rękosiewicz, 2013).

Wczesna dorosłość – trudności definicyjne

Według tradycyjnych koncepcji rozwoju człowieka, o tym, że człowiek jest dorosły decyduje rodzaj podejmowanych przez niego zadań, do których należą przede wszystkim podjęcie pracy i założenie rodziny (Brzezińska, 2015; Doliński, Strelau, 2010; Erikson, 2002). Niemniej jednak, zarówno zmiany społeczno-kulturowe, jak i pogładowe naszego kręgu cywilizacyjnego sprawiły, że owe kryteria nie są aktualnie tak definitywne. Niezbędna stała się ich rewizja i redefinicja (Sokołowska, Zabłocka-Żytka, Kluczyńska, Wajda-Kornacka, 2015).

Ostatnie pięćdziesiąt lat to okres istotnych zmian społeczno-kulturowych, które wywarły znaczący wpływ na funkcjonowanie młodych dorosłych (Brzezińska i in., 2011). Upowszechnienie wyższej edukacji i wydłużenie życia aż o dwadzieścia lat przyniosło w konwencji znaczące przesunięcie w czasie podejmowania ważnych ról życiowych. Gwałtowne zmiany społeczno-ekonomiczne, spowodowane niespotykanym dotąd rozwojem technologii jak również przemiany społeczne w zakresie postrzegania małżeństwa, rozwodu, rodzicielstwa, ról płciowych czy seksualności sprawiają, że realia, w jakich żyją młodzi dorośli diametralnie różnią się od tych, w których funkcjonowały poprzednie pokolenia. Wobec tego zdaje się, że dzisiejszy młody dorosły jest w znacznie szerszym zakresie zdany na siebie, niż jego poprzednicy. Sytuacja ta może mieć swoje źródło zmianie, jaka zachodzi w kulturach krajów zachodnich – w kierunku kultury prefiguratywnej, w której porządek socjalizacji jest odwrócony (Mead, 2000). Rzeczywistość, w której dorastali rodzice aktualnych młodych dorosłych, tak bardzo różni się od współczesnych realiów, że młodzi ludzie w znacznie mniejszym stopniu niż wcześniej mogą korzystać z doświadczeń poprzednich generacji. Ci z kolei nie rozumieją rzeczywistości, która otacza ich dorosłe dzieci, przez co nie są w stanie dostarczać im adekwatnego wsparcia.

W świetle klasycznych koncepcji dorosłości, dla których punktem odniesienia było podjęcie jasno określonych ról społecznych – pracownika i małżonka/rodzica (Brzezińska, 2015; Ciecuch, 2013), aktualne tendencje wydają się mieć charakter negatywny. W takim świetle zdają się również postrzegać je badacze, którzy posługują się w celu ich scharakteryzowania terminami takimi jak „kryzys dorosłości”, „carefree disfusion”, a młodych dorosłych nazywają „kidults”, czy „adulescents” (Sokołowska i in., 2015). Za tymi określeniami podążają negatywne skojarzenia ze „zdziecinnieniem” i brakiem przyjmowania odpowiedzialności, przez pryzmat których często postrzegani są młodzi dorośli.

Niemniej jednak ocena zjawisk kształtujących dzisiejszą wczesną dorosłość z perspektywy przytoczonych koncepcji, które wyrosły na bazie obserwacji stylu życia sprzed kilkudziesięciu lat, daje obraz co najmniej niepełny.

Tempo rozwoju wysoce technicyzowanych państw zachodu silnie rzutuje na styl życia i dobrostan dzisiejszych młodych dorosłych, którzy stają przed nowymi trudnościami i wyzwaniem, jakie narzuca życie w czasach „płynnej nowoczesności” (Bauman, 2007).

Wczesna dorosłość w czasach „płynnej nowoczesności”

Charakterystyczną cechą życia młodych dorosłych jest zmienność i brak stabilności w zakresie miejsca zamieszkania, pracy, związków. Zwiększona mobilność młodych odnosi się nie tylko do zmian miejsca pracy i zamieszkania, ale także znajduje swój wyraz na poziomie społecznym – w elastyczności i zmienności podejmowanych ról, a także na poziomie psychicznym – w zmienności stylu życia i wyznawanych wartości, jak również konieczności stałego dostosowywania się do zmian i nowych trendów (Ziółkowska, 2005).

Poszerzone pole eksploracji, przyzwolenie na przekraczanie granic kulturowych, konwenansów oraz zmienność w zakresie wyznawanych norm i wartości, sprzyja rozwojowi osobistemu młodych dorosłych, poszerzaniu własnych doświadczeń i kompetencji bez większego skrępowania sztywnymi normami czy wymogami. Jednocześnie funkcjonowanie w mało stabilnych warunkach zatrudnienia oraz większej niż kiedykolwiek zmienności oczekiwań i względności wyznawanych wartości, charakterystycznych dla współczesnego społeczeństwa, które Anthony Giddens (2001) określił jako „społeczeństwo ryzyka”, niesie ze sobą nowe zagrożenia.

Konsekwencje psychologiczne, funkcjonowanie psychiczne

Równoległe z rozwojem możliwości obserwujemy zwiększający się poziom indywidualizacji i osamotnienia. Jak zauważa Piotr Oleś (2011, s. 54), dochodzi do postępującej atrofii społecznie wyznaczonej struktury biegu życia, „człowiek traci wyraźne punkty odniesienia, co może rodzić niepewność”. Zmienność karier, nietrwałość związków i konieczność ciągłej adaptacji do niestabilnych warunków społeczno-ekonomicznych nie pozostaje bez wpływu na tożsamość jednostki. Przytaczane przez autora wyniki badań (Oleś, 2011) wskazują, że przedłużający się okres moratorium znacząco wydłuża kryzys tożsamości, charakterystyczny dla okresu adolescencji. Co więcej, podczas gdy kiedyś kryzys ten prowadził do osadzenia tożsamości osobistej w stałych i postrzeganych jako niezmiennie kategoriach, aktualnie preferowana jest elastyczność czy wielopostaciowość tożsamości jako korzystniejsza adaptacyjnie. Wraz z relatywizacją wartości i norm, punkty zakotwiczenia dla własnej tożsamości stają się coraz bardziej mgliste i podatne na zmiany, czego skutkiem jest towarzysząca współczesnym młodym

dorośłym niepewność i podwyższony niepokój (Campbell, Assanand & Di Paula, 2003).

Badania wskazują, że w tym okresie życia najsilniej odczuwany jest stres (Stone, Schwartz, Broderic & Deaton, 2010). Wiele zachowań ryzykownych, jak nadużywanie alkoholu i narkotyków, seks bez zabezpieczeń, nieprzepisowa jazda samochodem i jazda pod wpływem alkoholu, osiągają najwyższe wskaźniki właśnie w tym wieku. Młodzi dorośli ujawniają także najwięcej negatywnych emocji w porównaniu z innymi grupami wiekowymi i – jak notuje Ewa Gurba (2008) – jest w nich dużo złości.

Wczesna dorosłość, mimo że może jawić się jako okres mało interesujący pod kątem dynamiki procesów neurorozwojowych organizmu, jest wyjątkowo intensywny pod kątem nagromadzenia zadań i decyzji o kluczowym znaczeniu dla kierunku życia jednostki. Młodzi dorośli są pod silną presją konieczności zmagania się jednocześnie z wieloma ważnymi życiowymi zadaniami. W stosunkowo krótkim okresie wczesnej i środkowej dorosłości powinni zakończyć edukację, zyskać niezależność finansową, rozpocząć karierę zawodową oraz założyć własną rodzinę. Co więcej, oczekuje się od nich błyskawicznych sukcesów w każdym z tych obszarów (Sokołowska i in., 2015). Kontynuowanie edukacji na wyższych szczeblach prowadzi do dodatkowego zagęszczenia tych zadań w czasie. Zjawisko to nosi nazwę tzw. „godzin szczytu” (Brzezińska, Syska, 2016).

Podejmowanie studiów wyższych, które w naszym kręgu kulturowym stało się standardem, znacząco wydłużyło moratorium psychospołeczne. Młodzi studiujący, na długo po przekroczeniu wieku nastoletniego, tkwią w stanie specyficznego „zawieszenia” między adolescencją i dorosłością. Ich sytuacja jest silnie ambiwalentna – „nie są już w stanie poprzednim, ale nie osiągnęli jeszcze nowego” (Lipska, Zagórska, 2011, s. 9). Charakterystyczne odraczanie podejmowania ról kojarzących się z dorosłością na okres „po studiach” prowadzi bardzo często do nagromadzenia i kondensacji ważnych wydarzeń życiowych w krótkim czasie. Wydarzenia takie jak podjęcie pracy, wejście w związek małżeński i decyzja o rodzicielstwie, często usytuowane są w okresie dwóch lub trzech lat od czasu zakończenia studiów, co może wskazywać na potrzebę osadzenia się w określonych rolach i bardziej precyzyjnego zdefiniowania własnej tożsamości przez młodych dorosłych.

Zmiany w przebiegu i doświadczaniu wczesnej dorosłości skłoniły teoretyków do zrewidowania i uaktualnienia teorii stadiów rozwoju człowieka. Arnett (2000) postuluje wyodrębnienie tego okresu życia jako odrębnego etapu rozwojowego, który nazywa „wyłaniającą się dorosłością”. Opisywane jest także nowe zjawisko zwane „kryzysem ćwierćwiecza” (Robinson, 2015). Przedłużone przebywanie w sytuacji nieustrukturyzowanej i silnie niejednoznacznej nie pozostaje bowiem bez konsekwencji dla funkcjonowania

psychicznego młodych dorosłych. Długotrwałe tkwienie w warunkach braku jasnych struktur i rozmycia ról może prowadzić do odczuwania napięcia, stresu, niepokoju, lęku i przy niekorzystnych warunkach przerodzić się w głębszy kryzys. Obserwacje zarówno specjalistów udzielających pomocy, jak i badaczy wskazują na wzrost trudności emocjonalnych i częstotliwości zachorowań na zaburzenia psychiczne osób do 29 roku życia, zarówno w Polsce, jak i na całym świecie. Studenci stanowią grupę, w której charakter zdrowia psychicznego ulega znaczącym zmianom przez ostatnie lata i budzi niepokój. Z badań wynika, że w tej grupie coraz bardziej powszechnym problemem jest obniżony nastrój oraz trudności w radzeniu sobie ze stresem i lękiem (Sokołowska i in., 2015).

Momentem szczególnym w życiu młodego dorosłego jest zakończenie studiów, które postrzegane jest jako zamknięcie okresu, cieszącego się pewnymi przywilejami. Jest to też próg, po przekroczeniu którego młody dorosły zmuszony jest dokonać ostatecznego wyboru swojego miejsca w świecie i spoczywa nad nim oczekiwanie przejścia pełnej odpowiedzialności za siebie. Ta świadomość może powodować wzrost napięcia wśród studentów ostatnich lat studiów, którzy często kończą edukację z poczuciem niedopasowania do wymogów rynku pracy i poczuciem presji konieczności spełnienia swoich własnych oczekiwań oraz oczekiwań ze strony rodziny, dla której studia dziecka są często wielką inwestycją. Zgodnie z koncepcją Robinsona to właśnie na okres końca studiów przypada często pojawienie się „kryzysu ćwierćwiecza” (Robinson, 2015).

Biorąc pod uwagę funkcjonowanie zdrowotne młodych dorosłych należy uwzględnić nie tylko symptomatologię negatywną, ale również zasoby, dzięki którym młodzi są w stanie radzić sobie z trudnościami. Zdrowie psychiczne bowiem rozumiane jest nie tylko jako brak patologii, ale też jako wartość dodana – szeroko pojęty dobrostan (WHO, 1948; Heszen, Sęk, 2007). Zarówno pozytywnym elementem składowym zdrowia psychicznego jak i zasobem indywidualnym jednostki (Czabała, Kluczyńska, 2015) w kontekście buforowego, prewencyjnego oddziaływania w trudnych sytuacjach jest prężność psychiczna. Prężność psychiczna rozumiana jako dyspozycyjna właściwość jednostki oraz proces skutecznego przewycięzania negatywnych wydarzeń życiowych, (Borucka, 2011; Borucka, Ostraszewski, 2012; Masten, Powell & Luthar, 2003; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008) związana jest z wieloma czynnikami ochronnymi i czynnikami ryzyka natury indywidualnej, psychospołecznej, rodzinnej i środowiskowej. Dzisiejsze rozumienie tego pojęcia wykracza poza autoregulacyjną właściwość prężności i podkreśla jej rolę w dążeniu jednostki do samorozwoju i przekraczania własnych granic. Choć zauważalna jest fluktuacja poziomu prężności psychicznej u dzieci i młodzieży (Sikorska, 2016), brakuje danych dotyczących

poziomu i wpływu prężności psychicznej na zdrowie psychiczne młodych dorosłych.

Metoda

Problem badawczy

W związku z nowymi wyzwaniami, które pojawiają się w okresie wczesnej dorosłości, jak również z wzrostem obserwowalnych trudności natury psychologicznej, z jakimi zmagają się młodzi ludzie (Stone et. al., 2010; Sokołowska i in., 2015), etap ten domaga się zwiększonego zainteresowania, zarówno celem zrozumienia procesów jakim podlega, jak i wypracowania prewencji pojawiających się lub pogłębiających zaburzeń psychicznych (Sokołowska i in., 2015). Przełomowym wydarzeniem w życiu młodych dorosłych jest moment zakończenia edukacji, który bywa traktowany jako kryzys normatywny (James & Gilliland, 2005; Oleś, 2011). Jest on związany ze społecznie unormowanym wyjściem z bezpiecznej strefy przywilejów, którą gwarantują studia i koniecznością pełnego podjęcia obowiązków dorosłości (Zagórska, Jelińska, Surma, Lipska, 2012). Wobec tego na uwagę badawczą zasługuje funkcjonowanie psychiczne w okresie wczesnej dorosłości z uwzględnieniem co najmniej dwóch faz, w okresie około-finalnym dla zdobycia wykształcenia wyższego oraz w kilka lat po zakończeniu edukacji. Dodatkowo, na uwagę zasługuje buforowa rola prężności psychicznej, której poziom może wpływać na siłę doświadczanego kryzysu i towarzyszącym mu objawom, jak stres, lęk, depresja. W związku z odnotowaną fluktuacją poziomu prężności psychicznej w okresie dzieciństwa (Sikorska, 2016), błędem byłoby założenie o jej stabilności w wieku dorosłości.

Celem pilotażowych badań własnych jest poznanie i porównanie zdrowotnego funkcjonowania psychicznego przebadanej populacji młodych dorosłych w kontekście poczucia stresu, symptomów depresyjnych i lękowych jak również prężności psychicznej u progu zakończenia studiów oraz po ich zakończeniu. Przedstawione badanie opiera się na porównaniu dwóch grup wiekowych – osób pomiędzy 24–26 rokiem życia z osobami w wieku 27–30 lat. Podział taki został zastosowany ze względu na graniczny, przewidywany czas końca edukacji i pojawienia się nowych wyzwań (m.in. pierwsze doświadczenia zawodowe) w wieku 24–26 lat oraz względnej adaptacji do nowej roli społecznej człowieka dorosłego w wieku 27–30 lat. W pierwszej grupie wiekowej znalazły się osoby będące na ostatnim roku studiów oraz takie, które w przeciągu ostatniego roku zakończyły edukację wyższą. Badani z drugiej grupy wiekowej ukończyli edukację przed kilkoma laty i są aktywni zawodowo. Postawiona została główna hipoteza badawcza

dotycząca przebadanej populacji młodych dorosłych z wyszczególnieniem trzech obszarów funkcjonowania psychicznego: subiektywnie określanego stanu zdrowia psychicznego, poczucia stresu i prężności psychicznej. Hipotezy szczegółowe zostały zaprezentowane poniżej:

1. Młodzi dorośli między 24 a 26 rokiem życia charakteryzują się zwiększonym poczuciem stresu, niższym stanem zdrowia psychicznego oraz niższym poziomem prężności psychicznej w porównaniu do młodych dorosłych między 27 a 30 rokiem życia.

2. Poziom prężności psychicznej wpływa na poziom stresu i stan zdrowia młodych dorosłych, a jej wpływ może być różny w grupach wiekowych 24–26 lat w porównaniu do grupy wiekowej 27–30 lat.

Osoby badane

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 77 osób młodych dorosłych. W grupie wiekowej 24 do 26 lat przebadanych zostało 45 osób, natomiast w grupie wiekowej 27 do 30 lat przebadane zostały 32 osoby. Badani z grupy wiekowej 24–26 lat ($M = 25$, $SD = 0,133$) to studenci ostatniego roku studiów oraz osoby, które w przeciągu roku ukończyły studia i rozpoczynały pracę zawodową. 31% badanych z tej grupy było stanu wolnego, 62% było w związku nieformalnym, 7% było w związku małżeńskim. Badani w tej grupie nie posiadali potomstwa. 65% badanych wskazywało na dobry stan zdrowia, 18% na bardzo dobry, 17% na średni stan zdrowia. Badani z grupy wiekowej 27–30 lat ($M = 28$, $SD = 0,224$) ukończyli studia kilka lat wcześniej i byli aktywni zawodowo już od co najmniej dwóch lat. 30% badanych z tej grupy było stanu wolnego, 30% było w związku nieformalnym, 30% było w związku formalnym. Trzy osoby spośród badanych w starszej grupie wiekowej miało dzieci. 70% badanych wskazywało na dobry stan zdrowia, 17% na bardzo dobry, 13% na średni stan zdrowia. W związku z eksploracyjnym charakterem badań własnych, niewielka grupa badawcza pozwala na wstępną weryfikację założeń w formie badań pilotażowych oraz uzasadnienie przedsięwzięcia badawczego zakrojonego na szerszą skalę.

Narzędzia badawcze

Badanie zostało przeprowadzone metodą papier-ołówek. Wykorzystano następujące kwestionariusze: *Skala Pomiaru Prężności SPP-25* Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2008), *Kwestionariusz Poziomu Stresu* PS Levenstein (w polskiej adaptacji Płopy, 2004) oraz *Szpitalna Skala Lęku i Depresji* HADS Zigmond i Snaith (w polskiej adaptacji Karakuły i współpracowników, 1996). *Skala Pomiaru Prężności SPP-25* jest skonstruowana do pomiaru prężności psychicznej w pięciu skalach: wytrwałość i determinacja w działaniu, otwartość na doświadczenie i poczucie humoru, kompetencje osobiste

do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania oraz optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Skala charakteryzuje się zadowalającą rzetelnością (α Cronbacha = 0,89). *Szpitalna Skala Lęku i Depresji* HADS służy do badania poziomu lęku i depresji w postaci samopoczucia na przestrzeni ostatniego tygodnia. Skala charakteryzuje się zadowalającą rzetelnością (α Cronbacha = 0,83). *Kwestionariusz Poziomu Stresu* PS służy do pomiaru oceny stresu w kilku kategoriach: poczucie przemęczenia, drażliwość, zamartwianie się, napięcie psychiczne, brak radości z życia, poczucie presji i nacisków oraz przeciążenie.

Wyniki

W celu weryfikacji pierwszej hipotezy zastosowano test *U* Manna-Whitney'a w oprogramowaniu statystycznym IBM SPSS Statistics. Test nieparametryczny został wybrany ze względu na niespełnienie warunku o normalności rozkładów dla większości zmiennych (analiza testem Kołmogorowa-Smirnowa i testem Shapiro-Wilka). Statystyki opisowe dla poszczególnych skal zostały przedstawione w Tabeli 1.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla poczucia stresu, prężności psychicznej, lęku i depresji u badanych grup

Czynnik	Grupa wiekowa 24–26 lat		Grupa wiekowa 27–30 lat	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Stres	66,42	16,105	59,25	14,880
Poczucie przemęczenia	9,51	2,399	8,94	2,313
Drażliwość	4,44	1,307	4,16	1,394
Zamartwianie się	11,13	3,533	9,19	3,167
Napięcie psychiczne	8,13	3,272	6,88	2,837
Brak radości życia	15,96	4,022	14,69	3,383
Odczucie presji i nacisków	7,73	2,750	6,66	2,266
Przeciążenie	9,51	2,510	8,75	2,794
Prężność psychiczna	67,44	14,943	71,22	13,119
Wytrwałość i determinacja w działaniu	12,07	4,025	13,69	3,771
Otwartość na doświadczenie i poczucie humoru	15,69	2,720	16,50	2,314
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	13,47	3,578	13,47	3,681

Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	13,93	3,480	14,56	3,262
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	12,29	3,788	13,00	3,628
Zaburzenia lękowe i afektywne	12,36	6,289	9,78	5,779
Lęk	8,24	3,944	6,66	4,021
Depresja	4,11	3,200	3,13	2,562

Źródło: Opracowanie własne

Analiza porównawcza testem rangowym *U* Manna-Whitneya wskazuje na występowanie istotnych różnic pomiędzy młodszą i starszą grupą badanych. Młodzi dorośli pomiędzy 24 a 26 rokiem życia ($M = 66,42$, $SD = 16,105$) wykazują istotnie wyższy poziom stresu ($U = 522,5$ $p < 0,05$) niż młodzi dorośli pomiędzy 27 a 30 rokiem życia ($M = 59,25$, $SD = 14,880$) (Ryc. 1). Różnica ta cechuje się umiarkowaną wielkością efektu ($d = 0,5$). Istotne różnice w kategorii odczucia stresu dotyczą zamartwiania się ($U = 447,5$, $p < 0,01$) z umiarkowaną wielkością efektu ($d = 0,6$), napięcia psychicznego ($U = 533,5$ $p \leq 0,05$) z małą wielkością efektu ($d = 0,4$) oraz odczucia presji i nacisków ($U = 521,5$ $p < 0,05$) z małą wielkością efektu ($d = 0,4$) (Ryc. 2).

Grupa wiekowa 24–26 lat ($M = 12,36$, $SD = 6,289$) wykazuje również istotnie wyższy poziom zaburzeń lękowych i afektywnych ($U = 510,5$ $p < 0,05$) niż grupa wiekowa 27–30 lat ($M = 9,78$, $SD = 5,779$) (Ryc. 3). Różnica ta cechuje się małą wielkością efektu ($d = 0,4$). Głównym obszarem istotnej różnicy jest poziom lęku ($U = 534$, $p \leq 0,05$) z małą wielkością efektu ($d = 0,4$).

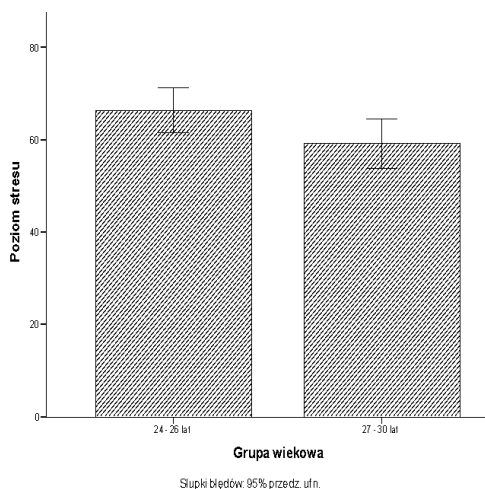
Choć młodszą grupę charakteryzuje się niższymi surowymi wynikami w aspekcie prężności psychicznej, nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych pomiędzy grupami wiekowymi. Szczegółowe wyniki analizy zostały przedstawione w Tabeli 2.

Tabela 2. Porównanie rang dla grup wiekowych młodych dorosłych 24–26 lat oraz 27–30 lat testem *U* Manna-Whitney'a

Czynnik	Średnia ranga		<i>U</i> Manna-Whitney'a	<i>p</i>	<i>d</i>
	24–26 lat	27–30 lat			
Stres	43,39	32,83	522,500	0,04	0,5
Poczucie przemęczenia	41,11	36,03	625,000	0,32	ni.
Drażliwość	41,38	35,66	613,000	0,26	ni.
Zamartwianie się	45,06	30,48	447,500	0,005	0,6

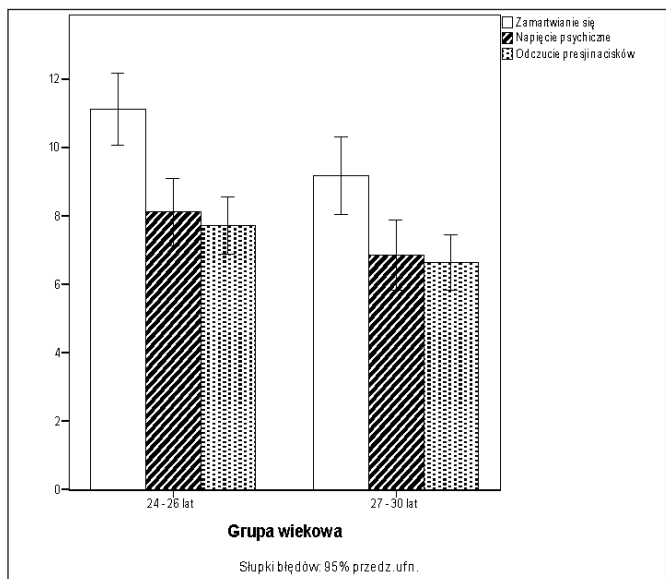
Napięcie psychiczne	43,14	33,17	533,500	0,05	0,4
Brak radości życia	42,10	34,64	580,500	0,15	ni.
Odczucie presji nacisków	43,41	32,80	521,500	0,04	0,4
Przeciążenie	42,44	34,16	565,000	0,1	ni.
Prężność psychiczna	37,06	41,73	632,500	0,37	ni.
Wytwałość i determinacja w działaniu	35,30	44,20	553,500	0,08	ni.
Otwartość na doświadczenie i poczucie humoru	36,40	42,66	603,000	0,22	ni.
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	39,02	38,97	719,000	0,99	ni.
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	37,91	40,53	671,000	0,61	ni.
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	37,98	40,44	674,000	0,63	ni.
Zaburzenia lękowe i afektywne	43,66	32,45	510,500	0,03	0,4
Lęk	43,13	33,19	534,000	0,05	0,4
Depresja	41,68	35,23	599,500	0,21	ni.

Źródło: Opracowanie własne



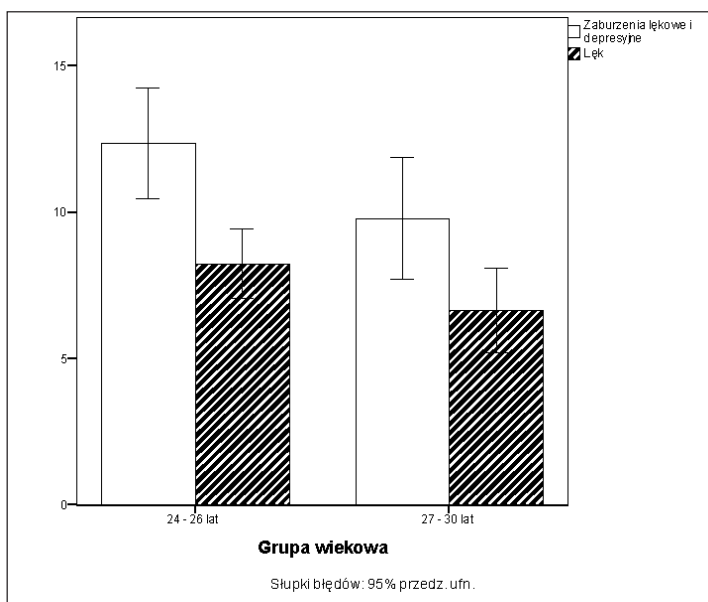
Rycina 1. Wykresy słupkowe dla średnich ogólnego poziomu stresu badanych grup.

Źródło: Opracowanie własne.



Rycina 2. Wykresy słupkowe dla średnich zamartwiania się, napięcia psychicznego oraz odczucia presji i nacisków badanych grup.

Źródło: Opracowanie własne.



Rycina 3. Wykresy słupkowe dla średnich zaburzeń lękowych i depresyjnych badanych grup.

Źródło: Opracowanie własne.

Przydatna rola prężności psychicznej

Drugim etapem analiz została objęta przydatna rola prężności psychicznej dla poziomu stresu i symptomów lękowych i afektywnych w podziale na młodszą i starszą grupę młodych dorosłych. W celu analizy wykorzystano jednozmienną analizę regresji liniowej.

Prężność psychiczna młodych dorosłych między 24 a 26 rokiem życia okazała się być istotnym predyktorem dla poziomu stresu ($F(1,43) = 17,108, p < 0,001$) ($b_0 = 105,2, SE = 9,6, b_1 = -0,58, SE = 0,14, beta = -0,53, t = -4,14, p < 0,001$), przy czym wyjaśnia 29% zmienności poziomu stresu ($r = 0,53, S_e = 13,8$). Szczegółowa analiza składowych poziomów stresu wykazała istotną predykcję prężności psychicznej niemal wszystkich czynników: poczucia przemęczenia ($F(1,43) = 34,831, p < 0,001$) przewidując 45% zmienności zmiennej ($r = 0,67, S_e = 1,8$); drażliwości ($F(1,43) = 18,358, p < 0,001$) przewidując 30% zmienności zmiennej ($r = 0,55, S_e = 1,84$); zamartwiania się ($F(1,43) = 7,648, p < 0,01$) przewidując 15% zmienności zmiennej ($r = 0,39, S_e = 3,29$); napięcia psychicznego ($F(1,43) = 11,66, p < 0,001$) przewidując 21% zmienności zmiennej ($r = 0,46, S_e = 2,94$); braku radości z życia ($F(1,43) = 26,136, p < 0,001$) przewidując 38% zmienności zmiennej ($r = 0,62, S_e = 3,21$) i odczucia presji i nacisków ($F(1,43) = 6,88, p < 0,01$) przewidując 14% zmienności zmiennej ($r = 0,37, S_e = 2,58$). Nie jest natomiast istotnym predyktorem przeciążenia. Prężność psychiczna młodych dorosłych w tej grupie wiekowej okazała się być również istotnym predyktorem symptomów lękowych i depresyjnych ($F(1,43) = 35,01, p < 0,001$) ($b_0 = 31,37, SE = 3,3, b_1 = -0,28, SE = 0,05, beta = -0,67, t = -5,92, p < 0,001$) przewidując 45% zmienności zmiennej ($r = 0,67, S_e = 4,72$). Szczegółowa analiza składowych wykazała istotną predykcję prężności psychicznej zarówno lęku ($F(1,43) = 15,67, p < 0,001$) przewidując 27% zmienności zmiennej ($r = 0,52, S_e = 3,42$) oraz depresji ($F(1,43) = 36,96, p < 0,001$) przewidując 46% zmienności zmiennej ($r = 0,68, S_e = 2,37$).

Prężność psychiczna młodych dorosłych między 27 a 30 rokiem życia okazała się być istotnym predyktorem dla poziomu stresu ($F(1,30) = 18,908, p < 0,001$) ($b_0 = 109,48, SE = 11,7, b_1 = -0,705, beta = -0,622, SE = 0,16, t = -4,35, p < 0,001$), przy czym wyjaśnia 38,7% zmienności poziomu stresu ($r = 0,62, S_e = 11,8$). Szczegółowa analiza składowych poziomów stresu wykazała istotną predykcję prężności psychicznej niemal wszystkich czynników: poczucia przemęczenia ($F(1,30) = 16,607, p < 0,001$) przewidując 36% zmienności zmiennej ($r = 0,58, S_e = 1,89$); drażliwości ($F(1,30) = 19,2, p < 0,001$) przewidując 39% zmienności zmiennej ($r = 0,63, S_e = 1,98$); zamartwiania się ($F(1,30) = 9,024, p < 0,01$) przewidując 23% zmienności zmiennej ($r = 0,48, S_e = 2,82$); napięcia psychicznego ($F(1,30) = 31,25, p < 0,001$) przewidując 51% zmienności ($r = 0,71, S_e = 2,02$); braku radości z życia ($F(1,30) =$

28,544, $p < 0,001$) przewidując 49% zmienności zmiennej ($r = 0,7$, $S_e = 2,46$) oraz odczucia presji i nacisków ($F(1,30) = 10,89$, $p < 0,01$) przewidując 27% zmienności zmiennej ($r = 0,52$, $S_e = 1,97$). Nie jest natomiast istotnym predyktorem przeciążenia. Prężność psychiczna w tej grupie wiekowej okazała się być również istotnym predyktorem symptomów lękowych i depresyjnych ($F(1,30) = 12,92$, $p < 0,001$) ($b_0 = 26,99$, $SE = 4,87$, $b_1 = -0,24$, $SE = 0,07$, $beta = -0,55$, $t = -3,59$, $p < 0,001$) przewidując 30% zmienności zmiennej ($r = 0,55$, $S_e = 4,91$). Szczegółowa analiza składowych wykazała istotną predykcję prężności psychicznej zarówno lęku ($F(1,30) = 9,27$, $p < 0,01$) przewidując 24% zmienności zmiennej ($r = 0,49$, $S_e = 3,57$) oraz depresji ($F(1,30) = 8,74$, $p < 0,01$) przewidując 23% zmienności zmiennej ($r = 0,48$, $S_e = 2,29$).

Choć zauważalne są różnice pomiędzy wpływem prężności psychicznej na poziom stresu i zdrowie psychiczne pomiędzy grupami 24-26 lat a 27-30 lat, analiza regresji z porównaniem grupowym (Tabela 3) nie wykazuje istotnych statystycznie różnic po wprowadzeniu obu czynników do modelu. Prężność psychiczna istotnie wpływa na poziom stresu oraz symptomy lękowe i depresyjne u obu grup badanych, jednak nie stwierdzono istotnej różnicy wpływu pomiędzy młodszą i starszą grupą młodych dorosłych.

Tabela 3. Wpływ prężności psychicznej i wieku na poziom stresu i zdrowie psychiczne

Model	B	SE	Beta	t	p	F	p	R	R2
POZIOM STRESU									
(Stała)	104,52	7,20		14,526	0,000	20,575	0,000	0,59	0,35
Grupa wiekowa	-2,49	1,50	-0,15	-1,655	0,102				
Prężność psychiczna	-0,60	0,10	-0,55	-5,940	0,000				
Poczucie przemęczenia									
(Stała)	16,01	1,05		15,313	0,000	22,889	0,000	0,61	0,38
Grupa wiekowa	-0,11	0,22	-0,04	-0,483	0,631				
Prężność psychiczna	-0,10	0,01	-0,61	-6,634	0,000				
Drażliwość									
(Stała)	8,05	0,62		13,011	0,000	20,038	0,000	0,59	0,35
Grupa wiekowa	-0,05	0,13	-0,03	-0,358	0,721				
Prężność psychiczna	-0,05	0,01	-0,58	-6,225	0,000				
Zamartwianie się									
(Stała)	16,94	1,73		9,806	0,000	11,992	0,000	0,49	0,24
Grupa wiekowa	-0,80	0,36	-0,22	-2,218	0,030				
Prężność psychiczna	-0,10	0,02	-0,41	-4,052	0,000				
Napięcie psychiczne									
(Stała)	15,52	1,45		10,738	0,000	18,397	0,00	0,57	0,33
Grupa wiekowa	-0,42	0,30	-0,13	-1,383	0,171				
Prężność psychiczna	-0,12	0,02	-0,54	-5,685	0,000				

Brak radości z życia									
(Stała)	26,84	1,61		16,660	0,000	28,607	0,000	0,66	0,43
Grupa wiekowa	-0,33	0,34	-0,08	-0,973	0,334				
Prężność psychiczna	-0,17	0,02	-0,64	-7,319	0,000				
Odczucie presji i nacisków									
(Stała)	12,13	1,30		9,354	0,000	9,584	0,000	0,45	0,20
Grupa wiekowa	-0,41	0,27	-0,16	-1,502	0,137				
Prężność psychiczna	-0,07	0,02	-0,40	-3,890	0,000				
Przeciążenie									
(Stała)	9,02	1,47		6,140	0,000	0,786	0,459	0,14	0,02
Grupa wiekowa	-0,38	0,31	-0,14	-1,251	0,215				
Prężność psychiczna	0,00	0,02	0,01	0,072	0,943				
SYMPTOMY LĘKOWE I DEPRESYJNE									
(Stała)	27,829	2,773		10,036	0,000	21,964	0,000	0,61	0,37
Grupa wiekowa	-0,855	0,579	-0,136	-1,477	0,144				
Prężność psychiczna	-0,244	0,039	-0,573	-6,223	0,000				
Lęk									
(Stała)	16,303	1,977		8,245	0,000	12,708	0,000	0,50	0,25
Grupa wiekowa	-0,573	0,413	-0,139	-1,387	0,170				
Prężność psychiczna	-0,130	0,028	-0,464	-4,634	0,000				
Depresja									
(Stała)	11,526	1,361		8,469	0,000	19,237	0,000	0,58	0,34
Grupa wiekowa	-0,283	0,284	-0,094	-0,995	0,323				
Prężność psychiczna	-0,115	0,019	-0,560	-5,948	0,000				

Źródło: Opracowanie własne

Dyskusja

Przedstawione wyniki wskazują na heterogeniczność porównywanych grup. Osoby w przebadanej populacji w przedziale wiekowym 24–26 lat odznaczają się wyższym poziomem stresu, zwłaszcza w kategoriach zamartwiania się, napięcia psychicznego oraz poczucia presji i nacisków w porównaniu do młodych dorosłych w wieku 27–30 lat. Różnica uwidacznia się również w stanie zdrowia psychicznego – młodsza grupa charakteryzuje się wyższym poziomem symptomów depresyjnych i lękowych.

Choć powszechnie okres studiów kojarzy się z obrazem beztróski, specyfika tego czasu może generować trudności przeżywane na poziomie indywidualnym. Jeszcze pięćdziesiąt lat temu przekazy kulturowe były na tyle stabilne, że dostarczały gotowej interpretacji wydarzeń życiowych i jasno określonych skryptów działania (Oleś, 2011). Dziś jest inaczej: „Dla kogoś urodzonego w naszych czasach, [...] sens życia jest próżnią, którą musi samodzielnie wypełnić. [...] Kultura oferuje wiele możliwych sposobów

nadawania egzystencji znaczenia, ale każda jednostka musi sama wybrać sposób konstruowania sensu własnego i jedyne w swym rodzaju." (Oleś, 2011, s. 131). Co więcej, wzbudzający zachwyty ogromny wybór stanowi zarazem zagrożenie dla dobrostanu psychicznego i satysfakcji z życia. „Wielość możliwości okazuje się czasem paraliżująca, a naciski ze strony rówieśników, oczekiwania rodziny czy presja mody – ponad siły” (Oleś, 2011, s. 19). Świadomość wagi dokonywanych wyborów, przy jednoczesnych naciskach z wielu frontów może być silnie lękogenna i skutkować odwlekaniami podejmowania istotnych życiowych decyzji, co z kolei przekłada się na negatywny wpływ na przystosowanie oraz zdrowie psychiczne (Oleś, 2011). W pewnym sensie, zmiany w stylu życia młodych dorosłych „rozplotły linie dojrzałości biologicznej i niezależności bytowej.” (Raclaw, 2012, s. 34). Między prawnym i biologicznym osiągnięciem dorosłości, a podejmowaniem typowych dla niej zadań wytworzyła się swoista luka (Robinson, Wright & Smith, 2013). W związku z tym, młodzi doświadczają trudnego do rozwiązania konfliktu między realiami współczesnego życia, a przekazami pokoleniowymi i oczekiwaniami rodzinnymi, co również może przyczyniać się do generowania napięcia psychicznego oraz lęku.

Trudność w adaptacji młodych dorosłych może być również podyktowana zmiennością rynku pracy, trendów i wymagań, która utrudnia określenie własnej tożsamości. Relatywizm wartości i różne, konkurujące ze sobą koncepcje siebie mogą utrudniać odnalezienie sensu życia, a w rezultacie, opóźnić także wewnętrzną integrację (Zagórska i in., 2012). Co więcej, mimo wielu lat spędzonych na zdobywaniu wiedzy i kompetencji, młodzi dorośli wchodzi na rynek pracy często z kwalifikacjami niedopasowanymi do jego potrzeb (Raclaw, 2012). Wraz z upowszechnieniem instytucji studiów wartość posiadania tytułu naukowego spadła. Stopień naukowy nie gwarantuje zatrudnienia, a tym bardziej dobrze opłacanego pensum z gwarancją dobrych, satysfakcjonujących warunków pracy. Stanowi to przyczynę nie tylko rozczarowania i poczucia zmarnowanego czasu, ale także wzmaga poczucie niepewności i obawy o własną przyszłość.

Lipska i Zagórska (2011) porównują moratorium psychospołeczne do fazy liminalnej rytuału przejścia w kulturach pierwotnych. W fazie tej jednostka jest w stanie czasowego niedookreślenia, znajduje się poza normatywną strukturą społeczną – straciła poprzednią rolę społeczną, ale nie nabyła jeszcze nowej. Choć czyni ją to z jednej strony słabą, to jednocześnie zwalnia z konieczności podejmowania pewnych zobowiązań. Faza liminalna stanowi integralny element każdego przejścia z jednego stanu do drugiego. Wydaje się jednak, że ten etap przejścia, który powinien być ograniczony w czasie, w przypadku młodych dorosłych uległ znacznemu wydłużeniu, przez co niesie ze sobą zagrożenie destabilizacji i pokusę pozostania w stanie

nieokreśloności. Przedłużanie tego stanu daje bowiem możliwość utrzymania wizji wielu możliwości, które naturalnie ulegają ograniczeniu wskutek podejmowania ważnych życiowych wyborów. Utrzymywanie tego statusu daje więc z jednej strony komfort braku konieczności konfrontacji z trudnym wyzwaniem egzystencjalnym jakim jest dokonywanie życiowych decyzji. Z drugiej strony jednak wydłużone pozostawanie w stanie niedookreślenia i braku struktury może negatywnie wpływać na poczucie bezpieczeństwa.

Przedstawione badanie rzuca światło na trudną sytuację młodych dorosłych w okresie końca studiów, co odzwierciedla się w zwiększającej się popularności pojęcia „kryzysu ćwierćwiecza” (Robbins & Wilner, 2001; Rossi & Mebert, 2011; Pande, 2011; Rachowska, 2011; Robinson & Wright, 2013; Robinson, Wright & Smith, 2013; Robinson, 2013; Robinson, 2015). Rosnące zainteresowanie badawcze tym konstruktem stanowi potwierdzenie powszechnie obserwowanych trudności młodych dorosłych około dwudziestego piątego roku życia. Brak istotnej różnicy w poziomie prężności psychicznej, a także jej oddziaływaniu na poziom stresu i zdrowie psychiczne w przebadanych grupach młodych dorosłych wstępnie negatywnie weryfikuje hipotezę o fluktuacji prężności psychicznej w wczesnej dorosłości. Wyniki badania, choć obejmują małą próbę badawczą, stanowią wskazówkę dotyczącą wzmożonej wrażliwości na doświadczanie negatywnych stanów psychicznych w okresie zakończenia edukacji. Ze względu na brak różnicy w poziomie prężności, przypuszczać można istotny wpływ oddziaływania czynników zewnętrznych (lub niekontrolowanych w badaniu) na gorszy stan zdrowia psychicznego młodych dorosłych kończących studia w wieku 24–26 lat w porównaniu do starszych rówieśników. Przy potwierdzeniu wyników w większej próbie badawczej, obserwacje poczynione w tym badaniu mogą być wskazówką w stronę rozwoju profilaktyki i jej ukierunkowania na rozwój umiejętności radzenia sobie ze stresem i zapobiegania rozwojowi symptomów lękowych i depresyjnych. Pomimo rozkwitu oferty programów budujących i rozwijających prężność psychiczną, brakuje programów ukierunkowanych na tę grupę wiekową, bowiem większość programów skierowanych jest w stronę dzieci (m.in. Junik, 2011).

Przedstawione badania pilotażowe stanowią punkt wyjściowy do głębszej eksploracji sytuacji młodych dorosłych podczas różnych faz dorosłości w warunkach polskich. Badania własne obarczone są jednak istotnymi ograniczeniami, które należałoby uwzględnić w dalszych planach badawczych, aby móc wyciągać wnioski dotyczące populacji. Niewielka liczebność próby badawczej skłania do replikacji badań na większej grupie badawczej. Przekrojowy charakter badań uniemożliwia wyciągnięcie wniosków dotyczących dynamiki zmian w zakresie natężenia badanych zmiennych, wobec tego zwraca się uwagę na korzyści płynące z uwzględnienia longitudinalnego

planu dalszych badań. Ważna z punktu interpretacyjnego jest również umiarkowana moc opisywanych zależności. Z tego względu zaleca się dalszą i pogłębioną weryfikację uzyskanych wyników. W dalszych badaniach istotne będzie uwzględnienie zmiennych demograficznych, między innymi takich jak ilość przepracowanych lat, częstość zmiany miejsca pracy, wysokość zarobków (jako zmienna warunkująca poczucie bezpieczeństwa), jak również zmienne takie jak stopień satysfakcji z pełnionych ról i zadań. Zaleca się również uwzględnienie w dalszych analizach różnic płciowych oraz porównanie przedstawionych grup wiekowych z innymi, zarówno młodszymi jak i starszymi grupami. Inspiracją dla dalszych badań może być również analiza porównawcza grupy młodych dorosłych podejmujących studia oraz tych, którzy studiów nie podjęli, lub też osób, które wybierają zaoczny tryb kształcenia i od pierwszych lat studiów są aktywne na rynku pracy.

Bibliografia

- Arnett, J.J., (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Bauman, Z. (2007). *Płynne życie*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Borucka, A. (2011). Koncepcja resilience. Podstawowe założenia i nurty badań. W: W. Junik (red.), *Resilience. Teoria – badania – praktyka* (s. 11–28). Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Borucka, A., Ostaszewski, K. (2012). Czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(3), 7–26. Online: http://fdds.pl/wp-content/uploads/2016/05/Borucka_A_Ostaszewski_K_2012_Czynniki_i_procesy_resilience.pdf
- Brzezińska, A. (2015). *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brzezińska, A., Kaczan, R., Piotrowski, K., Rękosiewicz, M. (2011). Odroczona dorosłość: fakt czy artefakt? *Nauka* 4, 67–107. Online: https://www.researchgate.net/publication/281346791_Brzejinska_A_I_Kaczan_R_Piotrowski_K_Rekosiewicz_M_2011_Odroczona_doroslosc_fakt_czy_artefakt_Nauka_4_67-107
- Brzezińska, A., Syska, W. (2016). *Ścieżki wkraczania w dorosłość*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Campbell, J.D., Assanand, S. & Di Paula, A. (2003). The structure of the self-concept and its relation to psychological adjustment. *Journal of Personality* 71(1), 115–40. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.t01-1-00002>
- Cieciuch, J. (2013). *Kształtowanie się systemu wartości od dzieciństwa do wczesnej dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri.
- Czabała, J.C., Kluczyńska, S. (2015). *Poradnictwo psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Doliński, D., Strelau, J. (2010). *Psychologia akademicka*. Tom II. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Erikson, E.H. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Rebis.
- Giddens, A. (2001). *Nowoczesność i tożsamość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gurba, E. (2011). Wczesna dorosłość. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki* (s. 287–311). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- James, R.K. & Gilliland, B.E. (2005). *Strategie interwencji kryzysowej: pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Junik, W. (2011). *Resilience. Teoria – badania – praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Kaczmarek, Ł., Sęk, H., Ziarko, M. (2011). Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie. *Przegląd Psychologiczny*, 1, 29–46. Online: https://www.researchgate.net/publication/216100640_Sprezystosc_psychiczna_i_zmienne_posredniczace_w_jej_wplywie_na_zdrowie_Ego_Resiliency_and_the_mediators_of_its_effect_on_health
- Kubacka-Jasiecka, D., Passowicz, P. (2014). Dorastanie we współczesności. Postawy, wartości i doświadczanie czasu a kryzysy rozwoju pokolenia po transformacji. *Czasopismo Psychologiczne*, 20(2), 171-182. Online: http://czasopismopsychologiczne.pl/files/articles/2014_PDF_2/01-M-JASIECKA_PASSOWICZ_GOTOWE_str_171-182.pdf
- Karakuła H., Grzywa A., Śpila B., Baszak J., Gieroba A., Kosikowski, W. (1996). Zastosowanie Skali Lęku i Depresji w chorobach psychosomatycznych. *Psychiatria Polska* 30(4), 653–668.
- Lipska, A., Zagórska, W. (2011). Stająca się dorosłość w ujęciu Jeffreya J. Arnetta jako rozbudowana faza liminalna rytuału przejścia. *Psychologia Rozwojowa*, 16(11), 9–21. DOI: 10.4467/20843879PR.11.001.0174
- Masten, A. S., Powell, J. L. & Luthar, S. S. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S.S. Luthar (Eds.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1–25), New York: Cambridge University Press.
- Mead, M. (2000). *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). Skala Pomiaru Prężności (SPP–25). *Nowiny Psychologiczne*, 3, 39–56. Online: https://www.researchgate.net/profile/Zygfryd_Juczynski/publication/284689565_Skala_pomiaru_preznosci/links/565c2def08ae4988a7bb63b1/Skala-pomiaru-preznosci.pdf
- Oleś, K. P. (2011). *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość – zmiana – integracja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pande, S. (2011). *Quarter life crisis – effect of career self efficacy and career anchors on career satisfaction*. Online: <http://shodhganga.inflibnet.ac.in/handle/10603/9099>.
- Piotrowski, K., Brzezińska, A.I. & Pietrzak, J. (2013). Four statuses of adulthood: Adult roles, psychosocial maturity, and identity formation in emerging adulthood. *Health Psychology Report*, 1, 52–62. Online: https://www.researchgate.net/publication/284689565_Skala_pomiaru_preznosci

- cation/275254189_Four_statuses_of_adulthood_adult_roles_psychosocial_maturity_and_identity_formation_in_emerging_adulthood
- Piotrowski, K. (2013). Identity in adolescence and emerging adulthood: Relationships with emotional and educational factors. *Polish Psychological Bulletin*, 44, 266–276. <https://doi.org/10.2478/ppb-2013-0030>
- Rękosiewicz, M. (2013). Type of social participation and identity formation in adolescence and emerging adulthood. *Polish Psychological Bulletin*, 44, 277–287. <https://doi.org/10.2478/ppb-2013-0031>
- Rachowska, Z. (2011). Wyjazdy studentów w ramach programu Erasmus jako instytucjonalna forma przedłużonego moratorium. Przyczynek do tezy o „kryzysie ćwierćwiecza”. *Rocznik Lubuski*, 37(2), 179–193. Online: <https://polona.pl/item/wyjazdy-studentow-w-ramach-programu-erasmus-jako-instytucjonalna-forma-przedluzonego,NDAXNTYwMTg/0/#info:metadata>
- Raław, M. (2012). Młodzi „uwięzieni”. Bezdroża (nie)zależności na drodze do dorosłości, *WIĘŹ*, 11–12, 32–40.
- Robbins, A. & Wilner, A. (2001). *Quarterlife Crisis: The Unique Challenges of Life in Your Twenties*. New York: MJF Books.
- Robinson, O.C. (2015) Emerging adulthood, early adulthood and quarter-life crisis: updating Erikson for the twenty-first century. In R. Zukauskienė (Eds.), *Emerging adulthood in a European context* (pp. 17–30). New York: Routledge.
- Robinson, O.C. & Wright, G. (2013). The prevalence, types and perceived outcomes of crisis episodes in early adulthood and midlife. *International Journal of Behavioural Development*, 37(5), 407–416. <http://dx.doi.org/10.1177/0165025413492464>
- Robinson, O.C., Wright, G. & Smith, J. (2013). The holistic phase model of early adult crisis. *Journal of adult development*, 20(1), 27–37. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9153-y>.
- Rossi, N. & Mebert, C. (2011). Does a quarterlife crisis exist? *The Journal of Genetic Psychology*, 172(2), 141–161. Online: https://www.researchgate.net/publication/51221341_Does_a_Quarterlife_Crisis_Exist
- Sikorska, I. (2016). *Odporność psychiczna w okresie dzieciństwa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sokołowska, E., Zabłocka-Żytka, L., Kluczyńska, S., Wajda-Kornacka, J. (2015). *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Stone, A.A., Schwartz, J.E., Broderick, J.E. & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 107(22), 9985–9990. Online: http://www.princeton.edu/~deaton/downloads/Stone_Schwartz_Broderick_Deaton_Snapshot_of_the_age_distribution_of_psychological_wellbeing_PNAS_April2010.pdf
- World Health Organization, (1948). *Definition of health*. Online: <http://www.who.int/suggestions/faq/zh/index.html>
- Zagórska, W., Jelińska, M., Surma, M., Lipska, A. (2012). *Wydłużająca się droga do dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Ziółkowska, B. (2005). Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych? W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 423–468). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

*Benita Wielgus*¹*Jakub Morawski*

Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński

Psychiatria środowiskowa w opinii studentów kierunków medycznych i psychologii²

Streszczenie

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 poszerza zakres lecznictwa środowiskowego, co wymaga wprowadzenia zmian w zakresie programów edukacyjnych uczelni wyższych w Polsce dotyczących funkcjonowania oraz rozwoju działań zgodnych z modelem środowiskowym. Celem przeprowadzonego badania było uzyskanie opinii studentów kierunków medycznych na temat psychiatrii środowiskowej. W badaniu wzięło udział 171 studentów kierunków medycznych (lekarski, pielęgniarstwo itd.) i psychologii z różnych miast Polski. W opinii badanych model leczenia środowiskowego stanowi właściwą alternatywę dla tradycyjnego leczenia psychiatrycznego, choć nie wszyscy badani potrafią ten model trafnie zdefiniować oraz postulują włączenie treści związanych z opieką środowiskową w zakres kształcenia akademickiego lub poszerzenie jego obecnego zakresu, ze szczególnym uwzględnieniem szkolenia praktycznego.

Słowa kluczowe: psychiatria środowiskowa, lokalna społeczność, edukacja medyczna

A survey of medical students' views on community psychiatry

Abstract

The National Mental Health Care Program in Poland for 2017–2022 increases the role of community psychiatry in psychiatric care. This requires adequate changes in teaching curriculum for universities in Poland. The primary aim of presented study was to assess the medical students' opinion and their state of knowledge about community psychiatry.

1 Adres do korespondencji: benita.wielgus@gmail.com; morawski.grk@gmail.com

2 W tekście występują dwa równoważne pojęcia „psychiatrii środowiskowej” i „leczenie środowiskowe”, które występują w opozycji do tradycyjnej, szpitalnej formy leczenia. Natomiast pojęcie „model leczenia środowiskowego” dotyczy struktury i szczegółowych założeń leczenia środowiskowego/psychiatrii środowiskowej, zgodnie z którymi funkcjonują instytucje i zespół medyczny.

Students of medical fields of studies (mostly medicine and nursing) and psychology (N=171) from different universities in Poland were tested. Community psychiatry was found as a valid alternative to conventional form of psychiatric care by majority of students however they were not able to define it accurately. Students also believed that the university courses should include details about community psychiatry especially in regards to its practical aspects.

Keywords: community psychiatry, fellowship, medical education

Wprowadzenie

Ukształtowany na gruncie kartezjańskiego dualizmu biomedyczny model zdrowia traktował ciało człowieka jako maszynę, zaś choroba interpretowana była w kategoriach odchylenia od normy (McClelland, 1985). Zdrowie oznaczało brak zakłóceń w funkcjonowaniu biologicznym człowieka (Aleksandrowicz, 1972), a rolą lekarza było „naprawienie organizmu”, co sprzyjało uprzedmiotowieniu pacjentów oraz promowaniu ich biernej postawy wobec możliwości samodzielnego wpływania na proces leczenia (Łazowski, 1995).

Dopiero rewolucja II połowy XX wieku w medycynie wprowadziła zmiany w postrzeganiu roli jednostki w procesie leczenia (Jankowski, 1994). Model holistyczny odstąpił od mechanistycznej wizji funkcjonowania organizmu człowieka. Uwzględnienie czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i duchowych (Heszen-Niejodek, Sęk, 1997), doprowadziło do przeformułowania definicji zdrowia na stan dynamicznej równowagi organizmu (Szawarski, 2005). Zdrowie i choroba to przeciwległe bieguny jednego kontinuum, na którym aktualny stan jednostki znajduje się w dynamicznej równowadze. Takie procesualne rozumienie zdrowia przyczyniło się do podkreślenia roli świadomej aktywności jednostki w podejmowaniu decyzji oraz wpływania na swoje zdrowie (Cechnicki, Liberadzka, 2015). Podmiotowe uczestnictwo pacjenta w zdrowieniu wiąże się z chęcią współdecydowania o sobie samym, z podejmowaniem aktywności nakierowanej na rekonwalescencję, potrzebą psychoedukacji i wzrostem znaczenia roli oddziaływania psychoterapeutycznego (Heszen, Sęk, 2007).

Leczenie środowiskowe można traktować jako część ruchu anty-psychiatrycznego (Jankowski, 1994), lecz w rzeczywistości stanowi ono kontynuację głównego nurtu psychiatrii, ponieważ nie rezygnuje ze stawiania diagnozy, ale przede wszystkim traktuje pacjenta jako jednostkę zdolną do samoleczenia oraz jako rozumiejącą swoją chorobę i mającą zdolność do przeciwstawiania się jej objawom. Nowy, radykalny sposób podejścia do pacjenta, wiedziony próbą rezygnacji z hierarchizacji w jednostkach szpitalnych oraz demokratyzacji procesu terapeutycznego w latach 60. XX wieku

stanowił zagrożenie dla psychiatrii tradycyjnej (Claytor, 1993). Wyszedł on jednak naprzeciw zmianom historyczno-politycznym i wprowadził wiele reform na gruncie klinicznym. Deinstytucjonalizacja opieki sprzyjała odzyskaniu należytej godności pacjentów oraz przeciwstawiała się ich stygmatyzacji w życiu społecznym oraz w kulturze (Wciórka, 2000).

Propagatorem psychiatrii aksjologicznej w Polsce był Antoni Kępiński (1972/2001), który otwarcie przeciwstawiał się uprzedmiotowieniu chorych oraz zwracał uwagę na wartość wrażliwości w kontakcie z drugim człowiekiem. W swoich monografiach (1972/2001; 1973/2002) odchodził od żargonu medycznego i unikał stwierdzeń typowo psychiatrycznych, jak np. choroba czy pacjent, a relację terapeutyczną traktował jako symetryczną. Poglądy Kępińskiego zainspirowały wielu jego kontynuatorów m.in. Andrzeja Cechnickiego (2009), Jacka Wciórkę (2000) i Marię Załuską (2006) do odstąpienia od tradycyjnego leczenia w warunkach instytucjonalnych i zaoferowania swoich usług w przestrzeni społecznej. W procesie leczenia, psychiatra i pacjent razem skupiają się na poszukiwaniu i wzmacnianiu mocnych stron, tworząc „wspólną przestrzeń”, w której jest miejsce na oddziaływania medyczne, samoleczenie oraz, co najważniejsze, na szczerą i autentyczną więź (Cechnicki, 2009). Proces zdrowienia nie kończy się na ustąpieniu objawów, ale jest głęboko zakorzeniony w środowisku społecznym, do którego powrót jest jednym z najtrudniejszych etapów walki z chorobą. Oddziały rehabilitacyjne stwarzają możliwość wzięcia odpowiedzialności przez pacjenta za siebie samego i pozwalają nabyć lub odzyskać umiejętności niezbędne w radzeniu sobie z wyzwaniami życia codziennego oraz ułatwiają nawiązywanie relacji społecznych (Sawicka, 2016).

Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego

Podstawą leczenia klinicznego stały się podejścia skoncentrowane na rozwijaniu konceptu spersonalizowanego leczenia środowiskowego. Wywodząca się z ruchu konsumenckiego orientacja w leczeniu (McQuiston, Sowers, Ranz, & Feldman, 2012), charakteryzująca się zwiększaniem znaczenia oraz odpowiedzialności jednostki za podejmowane przez siebie decyzje mające wpływ na jej zdrowie, obecnie sukcesywnie oddziałuje na coraz większy zakres zachowań prozdrowotnych, jak grupy samopomocowe, treningi społeczne oraz samoświadomość osób cierpiących na zaburzenia psychiczne (Cechnicki, 2009). Zgodnie z definicją model opieki środowiskowej zawiera zasady i praktyki niezbędne w promowaniu zdrowia psychicznego w lokalnej społeczności, które obejmują: 1) formułowanie w sposób przystępny i akceptowany warunków realizacji potrzeb jednostki w społeczności, 2) koncentrację na celach i mocnych stronach osób

doświadczających zaburzeń psychicznych, 3) zapewnienie szerokiej sieci wsparcia, usług i źródeł adekwatnej pomocy oraz 4) promowanie usług opierających się na dowodach (*evidence-based practices*) i zorientowanych na zdrowienie (Szmukler & Thornicroft, 2001; Drake, Szmukler, Mueser, & Thornicroft, 2011). Modernizacja leczenia psychiatrycznego zorientowanego na naprawę i towarzyszenie pacjentowi w procesie zdrowienia wymaga przekształcenia obecnego sposobu edukacji w zakresie merytorycznego i praktycznego (Christensen, 2005; Shtasel, Viron, & Freudenreich, 2012), atakże motywacyjnego (Carpenter-Song, 2015) szkolenia personelu medycznego. Ponowna konceptualizacja dotyczy rozumienia roli profesjonalisty. Odejście od podejścia dyrektywnego na rzecz postawy kooperującej powinno przyczynić się do spojrzenia na kontakt praktyk-beneficjent w sposób bardziej optymistyczny niż dotąd (Lamb & Bacharach, 2001). Wykluczenie paternalistycznej praktyki medycznej powinno pozytywnie wpłynąć na poczucie autonomii beneficjenta oraz wzmocnić jego wiarę w zasadność rozwijania swoich mocnych stron i sprzyjać dążeniu do zrealizowania pełnego potencjału (Sowers, 2005).

Nowe wyzwania determinują odejście od podejścia *ad hoc* do nauczania psychiatrii tylko w warunkach szpitalnych (Abed & Teodorczuk, 2015), na rzecz działania w oparciu o ustrukturyzowane standardy w warunkach ambulatoryjnych (Rosen, 2006). Istotność dbałości o kształcenie wykwalifikowanego interdyscyplinarnego zespołu, już na poziomie akademickim, przystosowanego do pracy w środowisku pacjenta, zawierają postulaty Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (NPOZP) (Dz.U.2017, poz. 458). Wśród warunków dążących do zmiany obecnego statusu psychiatrii środowiskowej program uwzględnia zwiększenie wiedzy i kompetencji w zakresie kształcenia psychiatrycznego przeddyplomowego lekarzy, psychologów klinicznych oraz pielęgniarek psychiatrycznych, poprzez zwiększenie dostępności do szkoleń terapeutycznych ze środków publicznych oraz sformułowanie prawomocnej ustawy o zawodzie psychoterapeuty.

Potrzeba zmian w środowisku edukacyjnym oraz klinicznym wydaje się być priorytetem (Abed & Teodorczuk, 2015), co implikuje poszukiwanie praktycznych rozwiązań administracyjnych i organizacyjnych w sektorze zdrowia psychicznego w Polsce (Wciórka, 2014) i na świecie. Public Psychiatry Fellowship (PPF) w New York State Psychiatric Institute jest najbardziej znanym, najstarszym i największym programem szkolenia psychiatrów stażystów koncentrującym się na sektorze publicznym w USA (Ranz, Deakins, LeMelle, Rosenheck, & Kellermann, 2008). Jego celem jest zapewnienie szkoleń pospecjalizacyjnych w zakresie psychiatrii środowiskowej. Program obejmuje seminaria akademickie poświęcone wiedzy

merytorycznej związanej z pracą w społeczności, praktyki kliniczne w instytucjach publicznych, jak również ewaluację skuteczności całego programu (Romero, Munir, & Runnels, 2015). Steiner, Giggie, Koh, Mangurian i Ranz (2014) porównali różne programy oparte na założeniach PPF w innych jednostkach akademickich m.in. w Yale i Alabamie, charakteryzując ich struktury oraz metody osiągania sukcesu. Zestawienie piętnastu programów pozwoliło na sformułowanie ogólnego wniosku, iż organizacja działań dydaktycznych i praktycznych usług klinicznych zależy od sposobu ich administrowania oraz źródeł finansowania. Wynika stąd, iż skuteczność programów zależy od jakości partnerstwa między ośrodkami akademickimi a państwowymi.

Wielu absolwentów medycyny (Christensen, 2005) decyduje się na pracę w placówkach realizujących założenia modelu środowiskowego, ponieważ stanowi on według nich atrakcyjną alternatywę leczenia tradycyjnego. Są do niego jednak skutecznie zniechęceni przez doświadczonych lekarzy (ibidem), ponieważ kontakt lekarza z pacjentem w środowisku, w którym pacjent funkcjonuje na co dzień, wciąż uznawane jest za przekraczający granice. Z drugiej strony taki kontakt ułatwia rozpoznanie mocnych stron pacjenta i ich wzmacnianie, oraz stanowi wstęp do pracy nad deficytami w zakresie umiejętności społecznych (Kretzmann & McKnight, 1993). Pacjent jest aktywnym partnerem procesu zdrowienia, a nie tylko biernym odbiorcą oddziaływań medycznych (Lamb & Bacharach, 2001).

Przygotowanie do nowych wyzwań edukacji napotyka wiele przeszkód w postaci niejasno wyartykułowanych podstaw programowych oraz braku homogenicznej metody kształcenia (Shtasel et al., 2012). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz.U. 2013 nr 0, poz. 26) w Polsce nie określa zasad odbywania specjalizacji w dziedzinie psychiatrii środowiskowej, choć nie wykluczają takiej możliwości. W odróżnieniu od staży odbywanych w ramach innych 77. specjalności, posiadających klarownie sformułowane wytyczne dotyczące ich realizacji, m.in. czasu trwania, miejsca odbywania praktyk oraz zakresu treści kształcenia, warunki ich odbywania w podejściu środowiskowym są zbyt ogólne, a właściwie podporządkowane obszarowi szeroko rozumianej psychiatrii.

Również absolwenci studiów psychologicznych nie posiadają odpowiedniego przygotowania merytorycznego ani praktycznego ściśle związanego z leczeniem środowiskowym. Dopiero programy specjalizacji dla dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, obejmujące program szkoleń z psychologii klinicznej zaburzeń psychicznych, posiadają rzeczowy opis umiejętności w zakresie „Rehabilitacji i metod działań środowiskowych”. Wytyczne obejmują treści nauczania dotyczące zadań i roli psychologa

klinicznego, modeli rehabilitacji oraz uwzględniają konieczność edukacji w zakresie komunikacji zespołowej z innymi pracownikami służby zdrowia, a także dostosowywanie indywidualnych form pracy do wymagań danej placówki i zespołu, z naciskiem na konieczność przekazywania wiedzy psychologicznej uprawnionym do tego osobom (Centrum Kształcenia Medycznego Podyplomowego [CKMP], 2018).

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, jako jeden z głównych celów wymienia upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 458). Program wskazuje też m.in. na aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi i upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego. Dane zawarte w NPOZP (ibidem), opracowane przez Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, pokazują, że dominującą metodą leczenia osób chorujących psychicznie pozostaje w Polsce opieka ambulatoryjna. To właśnie w ten sposób leczone było 1 223 427 pacjentów (prawie 89%) w roku 2014. Jedynie około 3% pacjentów leczyło się w zespołach środowiskowych lub na oddziałach dziennych.

Jednak to właśnie, jak informuje ustawodawca, w opiece środowiskowej zaobserwowano największy rozwój i wzrost liczby pacjentów w latach 2011–2014 (z 9,6 tys. do 29,8 tys.), co oznacza, że liczba chorych leczonych przez zespoły opieki środowiskowej potroiła się. Psychiatria środowiskowa jest więc najszybciej rozwijającą się formą opieki nad osobami chorymi psychicznie w Polsce i nic nie wskazuje na to, by sytuacja ta miała się odwrócić w najbliższych latach (Dz.U. 2017, poz. 458).

Celem przeprowadzonego badania była weryfikacja umiejętności definiowania leczenia środowiskowego u studentów kierunków medycznych na podstawie wyrażonych opinii. Miało ono sprawdzić, czy koncepcja modelu środowiskowego jest znana przez studentów różnych kierunków, jakie jego elementy są najczęściej identyfikowane przez badanych, a także czy wydaje się im atrakcyjną alternatywą tradycyjnego leczenia psychiatrycznego.

Metoda

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 171 studentów z różnych miast Polski. Trzy najliczniej reprezentowane miasta w badaniu to Kraków (65 respondentów), Wrocław (39 respondentów) i Bydgoszcz (28 respondentów). Badanie skierowane było do studentów tych kierunków, których absolwenci najczęściej pracują z osobami chorymi psychicznie (głównie kierunek lekarski oraz psychologia). Osoby badane rekrutowane były w grupach uniwersyteckich za

pośrednictwem Internetu. Udział w badaniu był dobrowolny i nieodpłatny. Badanie zostało przeprowadzone metodą online.

W badaniu wzięły udział 142 kobiety i 29 mężczyzn. Średnia wieku uczestników badania wynosiła 21,9 lat (SD = 2,95). Do badania były zapraszane osoby niezależnie od roku studiów. W celu przeprowadzenia dalszych analiz studenci zostali zaklasyfikowani do jednej z pięciu grup w oparciu o studiowany przez nich kierunek studiów: (1) Lekarski (N=78), (2) Psychologia (psychologia i psychologia stosowana, N= 49), (3) Pielęgniarstwo i położnictwo (N=16), (4) Inne kierunki medyczne (m.in. ratownictwo medyczne, fizjoterapia, zdrowie publiczne, dietetyka, N= 28). Grupa trzecia została wyodrębniona ze względu na istotną rolę pielęgniarek w zespole środowiskowym (Ujhely, 1969).

Narzędzia badawcze

Zastosowany autorski kwestionariusz składał się z trzech części. Pierwszą z nich stanowiła metryczka (wiek, płeć, miasto i kierunek studiów), a także pytanie *Czy wiesz, czym jest psychiatria środowiskowa?*

Osoby, które udzieliły odpowiedzi twierdzącej na ostatnie pytanie wypełniały drugą część kwestionariusza. Zadanie badanych polegało na opisanie, *czym jest, czym się zajmuje i kogo dotyczy psychiatria środowiskowa* w formie otwartej odpowiedzi. Następnie z listy trzynastu pojęć dotyczących struktury modelu środowiskowego (m.in. *decentralizacja szpitali, oddziały dzienne, leczenie kontraktowane przez NFZ*), form pracy z pacjentem i rodziną (m.in. *rozwijanie relacji z pacjentem i rodziną obejmującej psychoedukację, warsztaty terapii zajęciowej, działanie w dialogu*) oraz form wsparcia dążących do aktywizacji pacjentów (m.in. *tworzenie grup wsparcia, realizacja programów nastawionych na aktywizację zawodową*) należało wybrać te, które uważa się za zgodne z założeniami modelu. Pojęcia opracowane zostały na podstawie podręcznika dla studentów medycyny (Jarema, 2016) oraz innych materiałów (Cechnicki & Liberadzka, 2015; Cechnicki, 2015).

W trzeciej części kwestionariusza, którą wypełniały wszystkie osoby, należało zapoznać się z krótkim tekstem (w załączniku), przybliżającym założenia psychiatrii środowiskowej. Tekst został opracowany we współpracy z pracownikami Zakładu Psychiatrii Środowiskowej w Krakowie. Następnie uczestnicy badania byli proszeni o wyrażenie opinii na temat dwu zagadnień (poprzez udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania):

A. psychiatria środowiskowa jako alternatywna forma leczenia psychiatrycznego

Czy uważasz, że psychiatria środowiskowa to ciekawa alternatywa dla tradycyjnego leczenia psychiatrycznego?

Czy w przypadku problemów psychicznych swoich lub bliskiej osoby zdecydowałbyś/zdecydowałabyś się na leczenie środowiskowe?

B. przydatność wiedzy na temat psychiatrii środowiskowej i jej kształtowanie w trakcie studiów

Czy uważasz, że ta wiedza na temat psychiatrii środowiskowej może lub mogłaby Ci się przydać w praktyce zawodowej?

Czy uważasz, że program Twojego kierunku studiów powinien zawierać treści związane z tematyką psychiatrii środowiskowej?

Wyniki

Przeprowadzone badania ujawniły deklarowaną przez respondentów znajomość psychiatrii środowiskowej i sposoby jej definiowania. Spośród 171 osób badanych 30% zadeklarowało, że wiedzą, czym jest psychiatria środowiskowa. Analiza jakościowa wypowiedzi ujawniła jednak, że 11 definicji nie świadczy o znajomości problematyki, ze względu na: błędną charakterystykę psychiatrii środowiskowej (*Zajmuje się oddziaływaniem środowiska, otoczenia na ludzi i na odwrót, Opieka psychiatryczna i badania epidemiologiczne dotyczące wszystkich mieszkańców danego regionu*), zbyt wielką ogólnikowość (*Psychiatria środowiskowa obejmuje opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi*), brak związku z tematem.

Powyższe działania pozwoliły oszacować, że w całej próbie jedynie tylko co czwarta spośród osób badanych (24% studentów) wiedziała, czym jest psychiatria środowiskowa. Dokładne dane przedstawiono w tabelach poniżej.

Tabela 1. Znajomość psychiatrii środowiskowej wśród badanych

Kierunek studiów	Liczba respondentów	Odsetek respondentów, definiujących psychiatrię środowiskową
Lekarski	78	17%
Psychologia	49	37%
Pielęgniarstwo i położnictwo	16	19%
Inne medyczne	28	25%

Źródło: Badanie własne

Definicje psychiatrii środowiskowej sformułowane przez 41 respondentów zostały poddane analizie jakościowej w celu wyłonienia elementów wspólnych. Osoby badane opisując psychiatrię środowiskową najczęściej wskazywały na leczenie poza szpitalami (31 definicji – 76%), prowadzenie leczenia w codziennym środowisku pacjenta lub w mniejszych instytucjach (26 definicji – 63%), aktywizację i poprawę funkcjonowania społecznego

(13 definicji – 32%), a także znaczący udział rodziny i bliskich w procesie leczenia (12 definicji – 29%).

Spontanicznie formułowane przez respondentów definicje zostały następnie porównane do odpowiedzi, które zdaniem badanych dotyczą psychiatrii środowiskowej, wybieranych z ograniczonej kafeterii. Spośród 13 wybranych arbitralnie pojęć opisujących psychiatrię środowiskową badani za najlepiej definiujące uznali:

- tworzenie grup wsparcia w celu wymiany doświadczeń między rodzinami i opiekunami chorych – 93%
- rozwijanie relacji z pacjentem i rodziną obejmujące psychoedukację – 90%
- realizacja programów nastawionych na aktywizację chorujących – 90%
- warsztaty terapii zajęciowej – 85%

Natomiast znacznie rzadziej wskazywane były oddziały dzienne (49% respondentów) czy decentralizacja szpitali (56%), najrzadziej wskazywane było działanie w triadzie (29%) i udział pacjentów w konferencjach psychiatrycznych (39%).

Analiza odpowiedzi badanych na cztery pytania szczegółowe pozwoliła poznać ich opinię na dwa zasadnicze zagadnienia: czy psychiatria środowiskowa jest przez przyszłych profesjonalistów traktowana jako alternatywna forma leczenia psychiatrycznego i wykorzystana w osobistej sytuacji choroby psychicznej bliskiej osoby oraz czy studenci widzą przydatność znajomości modelu psychiatrii środowiskowej oraz doświadczają potrzeby jej kształtowanie w trakcie studiów. Tabela 2 prezentuje rozkład odpowiedzi badanych osób.

Tabela 2. Psychiatria środowiskowa w opinii studentów kierunków medycznych

Pytanie	Odsetek respondentów udzielających odpowiedzi twierdzącej
Czy uważasz, że psychiatria środowiskowa to ciekawa alternatywa dla tradycyjnego leczenia psychiatrycznego?	95%
Czy w przypadku problemów psychicznych swoich lub bliskiej osoby zdecydowałbyś/zdecydowałabyś się na leczenie środowiskowe?	91%
Czy uważasz, że ta wiedza na temat psychiatrii środowiskowej może lub mogłaby Ci się przydać w praktyce zawodowej?	92%
Czy uważasz, że program Twojego kierunku studiów powinien zawierać treści związane z tematyką psychiatrii środowiskowej?	91%

Źródło: Badanie własne

Zdecydowana większość osób badanych udzieliła odpowiedzi twierdzących na każde z pytań – we wszystkich czterech przypadkach było to ponad 90% respondentów. Studenci kierunków medycznych oraz psychologii, po zapoznaniu się z krótką notatką na temat psychiatrii środowiskowej, uznawali, iż psychiatria środowiskowa może być ciekawą alternatywą leczenia tradycyjnego (95% osób wybrało odpowiedź „tak”). Co więcej, również sami skorzystaliby z takiej formy leczenia w przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym swoim lub bliskich osób (91% osób zaznaczyło odpowiedź „tak”). 92% studentów uznało, iż w ich przyszłej praktyce zawodowej wiedza na temat psychiatrii środowiskowej może mieć znaczenie.

Ze względu na to, iż wysoki odsetek badanych potwierdził konieczność poszerzania wiedzy o psychiatrii środowiskowej w trakcie studiów (91% osób zaznaczyło odpowiedź „tak”) interesujące było przeprowadzenie analiz dodatkowych uwzględniających kierunek studiów osób badanych. Wyniki prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Opinia badanych na temat konieczności włączenie zagadnień związanych z psychiatrią środowiskową do programu studiów

Kierunek studiów	Odsetek respondentów, którzy uważali, że program ich studiów powinien zawierać treści związane z psychiatrią środowiskową
Lekarski	94%
Psychologia	96%
Pielęgniarstwo i położnictwo	100%
Inne medyczne	68%

Źródło: Badanie własne

Dyskusja i wnioski

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. 2017, poz. 458) za nadrzędny cel planowanych reform w zakresie profilaktyki medycznej stawia zorganizowanie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem ich indywidualnych potrzeb. Drogą do jego realizacji ma się stać upowszechnienie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej. W rozwinięciu celu szczegółowego kładzie się nacisk przede wszystkim na zadania obejmujące m.in. wprowadzenie jasnych reguł funkcjonowania modelu leczenia opartego na społeczności pacjenta oraz włączenie kształcenia na temat psychiatrii środowiskowej w zakres programów edukacyjnych uczelni wyższych.

Nawiązującą do powyższego, obiecującym może stać się tworzenie wyspecjalizowanych ścieżek dla związanych z opieką środowiskową lekarzy rezydentów na polskich uczelniach wyższych. Podobne rozwiązanie

funkcjonuje już na kilku uczelniach w Stanach Zjednoczonych (Reardon, Factor, Brenner, Singh, & Spurgeon, 2014), które pozwala na właściwe przygotowanie absolwentów do przyszłej pracy zawodowej. Pozytywne skutki przyniosła także realizacja krótszych programów, w których rezydenci spędzali kilka godzin w tygodniu przez okres pół roku w ośrodkach środowiskowych (Cohen, McQuiston, & Albert, 1998). Ich uczestnicy wskazują na możliwość uzyskania doświadczeń odmiennych do tych pozyskanych w trakcie pracy na oddziałach zamkniętych, a z opracowanych programów skorzystały także same placówki, które ceniły sobie obecność psychiatrów rezydentów.

Podjęmowane w Polsce od lat 90. próby reformy systemu opieki psychiatrycznej nie przynosiły zadowalających skutków. Przegląd piśmiennictwa z lat 1990–2007 autorstwa Ciałkowskiej i współpracowników (2009) wskazuje na liczne problemy, takie jak marginalizacja i stygmatyzacja osób chorych czy instytucjonalizacja leczenia. Jednak obserwowany w ostatnich latach rozwój placówek środowiskowych oraz celów realizowanego obecnie programu ochrony zdrowia psychicznego pozwalają z nadzieją patrzeć w przyszłość. Jeśli kondycja polskiego systemu zdrowotnego ma ulec znaczącej zmianie, to jego reforma powinna być realizowana także na gruncie akademickim. To właśnie zmiany w sposobie kształcenia przyszłych lekarzy, psychologów czy pielęgniarek pozwolą na szersze rozpowszechnienie modelu psychiatrii środowiskowej.

Uzyskane w badaniu wyniki prowadzą do dwu podstawowych wniosków. Pierwszym z nich jest konstatacja faktu, że znajomość psychiatrii środowiskowej wśród studentów kierunków medycznych jest raczej niska – jedynie jedna czwarta respondentów określiła, że wie, czym jest psychiatria środowiskowa i potrafiła podać jej przybliżoną definicję. Wiąże się to niewątpliwie m. in. z faktem zbyt małego udziału treści na temat tego nurtu w oferowanych obecnie w szkolnictwie wyższym programach kształcenia studentów.

Drugi wniosek związany jest z faktem, iż psychiatria środowiskowa okazuje się być pomimo wszystko postrzegana przez respondentów jako interesujący i przydatny model leczenia chorób psychicznych. Nawet jeśli studenci nie uważali, że jest to wiedza przydatna w ich przyszłej praktyce zawodowej, to i tak większość z nich postrzegając model środowiskowy jako interesującą alternatywę dla tradycyjnego leczenia psychiatrycznego (73%). Co więcej – okazali się oni skłonni do podjęcia decyzji odnośnie leczenia środowiskowego w przypadku wystąpienia problemów psychicznych u siebie lub bliskiej im osoby (67% z nich).

Wyniki pozwalają zatem stwierdzić, że studenci kierunków medycznych pozytywnie oceniliby włączenie wiedzy na temat psychiatrii środowiskowej

do ich programu studiów. Jak dotąd, w planie studiów na kierunku lekarskim w roku akademickim 2018/2019 Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum wśród przedmiotów obowiązkowych do zaliczenia przez cały okres kształcenia akademickiego w ramach sześcioletniego toku studiów, przedmiotów fakultatywnych (do wyboru) oraz przedmiotów nadobowiązkowych oferta nie przewiduje kursów o problematyce bezpośrednio związanej z zagadnieniami psychiatrii środowiskowej (Uniwersytet Jagielloński–Collegium Medicum, 2018). Również zatwierdzony uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu dokument obejmujący spis wykładów, ćwiczeń i seminariów w roku akademickim 2018/2019 nie zawiera zajęć dotyczących psychiatrii środowiskowej (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, 2018). Wśród kursów przewidzianych dla psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego nie ma żadnych dedykowanych tematyce psychiatrii środowiskowej (Uniwersytet Jagielloński, 2018). Jednakże należy wziąć pod uwagę, iż część zagadnień poruszana jest w ramach zajęć niezwiązanych bezpośrednio z opieką środowiskową.

Jak wynika z informacji uzyskanych w niniejszym badaniu studenci polskich uczelni są otwarci na reformę leczenia w myśl założeń psychiatrii środowiskowej. Zgodnie z przyjętym programem rządowym pozytywne zmiany w tym obszarze mogłyby zatem polegać nie tylko na powstawaniu nowych placówek, ale także na odpowiednim kształceniu pracujących w nich w przyszłości specjalistów, szczególnie iż mają oni względem nich pozytywną postawę.

Dalsze badania tego problemu powinny zostać przeprowadzone na większej próbie badawczej oraz umożliwić uzyskanie od respondentów dodatkowych danych (m.in. informację o odbytych kursach czy aktualnym roku studiów). Pozwoli to na dokładniejszą ocenę stanu wiedzy na temat psychiatrii środowiskowej u polskich studentów.

Bibliografia

- Abed, R., & Teodorczuk, A. (2015). Danger ahead: challenges in undergraduate psychiatry teaching and implications for community psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 89–90.
- Aleksandrowicz, J. (1972). W poszukiwaniu definicji zdrowia. *Studia Filozoficzne*, 9, 19–21.
- Carpenter-Song, E. (2015). „I always viewed this as the real psychiatry”: provider perspectives on community psychiatry as a career of first choice. *Community Mental Health Journal*, 51(3), 258–266.
- Cechnicki, A. (2009). W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej – 30 lat doświadczeń krakowskich. *Psychoterapia*, 3(150), 43–55.

- Cechnicki, A. (2015). Rehabilitacja psychiatryczna. Online: <https://rehabilitacja.mp.pl/rehabilitacja-medyczna/118503,rehabilitacja-psychiatryczna> (dostęp: 11.02.2018).
- Cechnicki, A., Liberadzka, A. (2015). *Umacnianie i zdrowienie. Dać nadzieję*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Christensen, R.C. (2005). Community psychiatry and medical student education. *Psychiatric Services*, 56(5), 608–609.
- Ciałkowska, M., Adamowski, T., Kiejna, A. (2009). Rehabilitacja psychiatryczna w Polsce. Przegląd piśmiennictwa polskiego 1990–2007. *Psychiatria Polska*, 43(3), 313–322.
- Claytor, A. (1993). *A changing faith?: a history of developments in radical critiques of psychiatry since the 1960's* (Doctoral dissertation, University of Sheffield).
- Cohen, N.L., McQuiston, H., & Albert, G. (1998). Training in community psychiatry: new opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 69, 107–116.
- Drake, R.E., Szumkler, G., Mueser, K.T., & Thornicroft, G. (2011). Introduction to community mental health care. In G. Thornicroft, G. Szumkler, & K.T. Mueser (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp. 3–6). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Heszen-Niejodek, I., Sęk, H. (1997). *Psychologia Zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). Narodziny i rozwój psychologii zdrowia. W: I. Heszen, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 19–35). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jankowski, K. (1994). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej – dwadzieścia lat później*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & CO.
- Kępiński, A. (1972/2001). *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kępiński, A. (1973/2002). *Psychopatologia nerwic*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kłapciński, M.M., Rymaszewska, J. (2015). Podejście terapeutyczne oparte na Otwartym Dialogu – o fenomenie skandynawskiej psychiatrii. *Psychiatria Polska*, 49(6), 1179–1190.
- Kretzmann, J. & J. McKnight. (1993). *Building Communities From the Inside Out*. Chicago, IL: ACTA Publications.
- Lamb, H.R. & Bacharach, L.L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52, 1039–1045.
- Łazowski, J. (1995). Paradygmaty współczesnej medycyny. *Sztuka leczenia*, 1(1), 23–28.
- McClelland, D.C. (1985). *Human Motivation*. New York: Cambridge University Press.
- McQuiston, H.L., Sowers, W., Ranz, J.M., & Feldman, J.M. (2012). The Present and Future of Community Psychiatry: An Introduction. In H. L. McQuiston, W. E. Sowers, J.M. Ranz, & J.M. Feldman (Eds.), *Handbook of Community Psychiatry* (pp. 3–10). New York: Springer New York Dordrecht Heidelberg London.
- Centrum Kształcenia Medycznego Podyplomowego, CKMP. (2018). *Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Psychologii Klinicznej. Program podstawowy dla osób posiadających tytuł magistra uzyskany na kierunku studiów w zakresie psychologii*. Warszawa.
- Ranz, J.M., Deakins, S.M., LeMelle, S.M., Rosenheck, S.D., & Kellermann, S.L. (2008). Public-academic partnerships: core elements of a public psychiatry fellowship. *Psychiatric Services*, 59(7), 718–720.

- Reardon, C., Factor, R., Brenner, C., Singh, P., & Spurgeon, J. (2013). Community Psychiatry Tracks for Residents: A Review of Four Programs. *Community mental health journal*, 50(1), 10–16.
- Romero, M., Munir, F., & Runnels, P. (2015). Integrating a college mental health track into a public psychiatry fellowship. *Academic Psychiatry*, 39(5), 555–557.
- Rosen, A. (2006). The community psychiatrist of the future. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 380–408.
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów, [Dz.U. 2013 nr 0, poz. 26].
- Sawicka, M. (2016). Leczenie środowiskowe w psychiatrii, praca z rodziną i psychoedukacja. W: M. Jarema (red.), *Psychiatria* (s. 611–638). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Shtasel, D., Viron, M., & Freudenreich, O. (2012). Community Psychiatry: What Should Future Psychiatrists Learn? *Harvard Review of Psychiatry*, 20(6), 218–323.
- Sowers, W. (2005). Transforming Systems of Care: The American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. *Community Mental Health Journal*, 41(6), 757–774.
- Steiner, J.L., Giggie, M.A., Koh, S., Mangurian, C., & Ranz, J.M. (2014). The evolution of public psychiatry fellowships. *Academic Psychiatry*, 38(6), 685–689.
- Szawarski, Z. (2005). *Mądrość i sztuka leczenia*. Gdańsk: Słowo / Obraz Terytoria.
- Szmukler, G., & Thornicroft, G. (2001). What is community psychiatry? In: G. Thornicroft, & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 1–13). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ujhely, G.B. (1969). The nurse in community psychiatry. *AJN The American Journal of Nursing*, 69(5), 1001–1005.
- Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum. Wydział Lekarski (2018). Plan studiów na kierunku lekarskim. Studia stacjonarne i niestacjonarne I–VI rok, rok akademicki 2018/2019. Online: https://wl.cm.uj.edu.pl/cm/uploads/2018/09/PLAN-STUDI%C3%93W_LEK_2018_2019.pdf (dostęp: 12.12.2018).
- Uniwersytet Jagielloński. Instytut Psychologii (2018). Katalog kursów na rok akademicki 2018/2019. Online: <https://psychologia.uj.edu.pl/documents/110813215/136566814/katalog-2018-2019+KOREKTA+1f+2.pdf/ca4ad-194-d03b-4d4e-8d42-e08a8a92ae64> (dostęp: 12.12.2018).
- Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu. Wydział Lekarski (2018). Spis wykładów, ćwiczeń i seminariów w roku akademickim 2018/2019 zatwierdzony Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Online: https://www.lekarski.umed.wroc.pl/sites/default/files/struktura/lekarski/dzieskanat/1_Spis_wykladow_cwiczen_i_seminariow_w_roku_akademickim_2018_2019_rotated.pdf (dostęp: 14.12.2018).
- Ustawa z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, [Dz.U. 2017, poz. 458].
- Wciórka, J. (2000). Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 9, 319–337.

Wciórka, J. (Ed.). (2014). *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki: raport RPO*. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

Załużska, M. (2006). Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 15(4), 285–276.

Załącznik 1.

Tekst wykorzystany w ankiecie

Psychiatria środowiskowa to system leczenia i rehabilitacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne w warunkach pozaszpitalnych, czyli w domu lub na Oddziałach Dziennych. Jest działaniem interdyscyplinarnym, które integruje różne środowiska społeczne (rodzinne i zawodowe) oraz władze samorządowe. Terapia środowiskowa obejmuje różne formy terapii i pracy grupowej, dostępność do całodobowego poradnictwa psychiatrycznego i psychologicznego oraz psychoedukację (nie tylko pacjenta na temat siebie, swojej choroby i sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych, ale także jego rodziny czy pracodawców).

Celem Zespołu Środowiskowego (psychiatra, psycholog, pielęgniarka, pracownik socjalny, psychoterapeuta) oraz lokalnej wspólnoty (społeczność rodzinna i zawodowa) jest towarzyszenie pacjentowi w procesie zdrowienia oraz wspieranie w czasie aktywizacji zawodowej. Działania obejmują również przeciwdziałanie stygmatyzacji osób leczonych psychiatrycznie. Usługi leczenia środowiskowego są kontraktowane przez NFZ, czyli bezpłatne i każdy może z nich skorzystać.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Psychologica XI (2018)

ISSN 2084-5596

DOI 10.24917/20845596.11.10

*Elwira Brodowska*¹

Agata Burzyńska

Magdalena Gruszczyńska

Zakład Psychologii Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wytatuowany personel medyczny z perspektywy pacjentów

Streszczenie

Tataże nadal mają pejoratywne znaczenie (np. patologiczne, gangsterskie) pomimo wzrostu tolerancji społeczeństw nowoczesnych. Celem badań było zapoznanie się z opinią pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej na temat występowania tatuaży u personelu medycznego. W badaniach realizowanych przy pomocy autorskiej ankiety wzięło udział 120 pełnoletnich pacjentów POZ. Zdecydowana większość pacjentów uważa, że posiadanie tatuaży nie wpływa na jakość pracy (95%) służby medycznej. 50,8% respondentów jest zdania, że podczas pełnienia obowiązków zawodowych tatuaże powinny być przykryte. Współcześnie tatuaże wykonywane są w warunkach sterylnych, pomimo to badani wyrażają różnego rodzaju obawy wobec wytatuowanego personelu. Istnieje związek pomiędzy wiekiem respondentów, a ich opinią na temat całkowitego zakazu tatuowania pracowników służby zdrowia.

Słowa kluczowe: opieka medyczna, tatuaż, opinia publiczna

The image of a tattooed healthcare professional through the eyes of the patients

Abstract

In spite of an increased level of tolerance in the modern world, tattoos still have a negative connotation (pathological or criminal). The aim of the study was to recognize the public's opinion concerning tattoos among medical staff. 120 adults took part in the research. The method used was an anonymous questionnaire. The majority of respondents (95%) think that having a tattoo does not affect the quality of work. However, 50,8% of respondents declared that tattoos should be hidden. To conclude, although tattoos are made in a sterile studio, some people perceive the medical staff's tattooed body as a potential risk of infection. There is also a relationship between the age of the respondents and their opinion on banning tattoos.

Keywords: healthcare, tattoos, public opinion

1 Adres do korespondencji: agata.burza@gmail.com

Wprowadzenie

„Tatuaż ma bogatą i bardzo interesującą historię, która obfitowała w okresy wzlotów i upadków. Niewątpliwie jest on jednym z najbardziej kontrowersyjnych sposobów ozdabiania ludzkiego ciała” (Snopek 2009, s. 27).

Tatuowanie ciała towarzyszy ludzkości od początków jej istnienia. Tatuaż od wieków miał znaczenie symboliczne: „określał on przynależność do grup społecznych, wyznaczał stosunki pokrewieństwa, pozycję społeczną czy był świadectwem popełniania bohaterskich lub, wręcz przeciwnie, nagannych czynników. Współczesne funkcje tatuażu odnoszą się do aspektów religijnych, kosmetycznych, erotycznych i kontestatorskich; jest on też dowodem przejścia różnego rodzaju obrzędów inicjacyjnych” (Jakubowska 2009, s. 159).

W społecznościach przedpiśmiennych tatuowanie ciała miało charakter globalny i w głównej mierze obligatoryjny. Pełniły one funkcje amuletów – gwarantowały zdrowie i ochronę. W starożytnej Grecji uważano, że tatuaż umniejsza godności człowieka, dlatego wykorzystywany był do znakowania szpiegów. Natomiast, w antycznym Rzymie wykorzystywano tatuaż jako mechanizm kontroli społecznej – naznaczano nim niewolników oraz kryminalistów (Kluczyńska, 2016). Przez wiele kolejnych epok tatuaże były odbierane przez społeczeństwo negatywnie, często kojarzono je z przynależnością do określonych grup społecznych, takich jak półświatek więzienny lub zorganizowane grupy przestępcze (Zbyrad, 2015). W XX wieku odnotowano zwiększone zainteresowanie tatuażem artystycznym, powstały nowe profesjonalne salony tatuażu, a tatuowanie stało się praktykowane przez ogromną liczbę ludzi. W Polsce moda na tatuaż pojawiła się początkiem lat dziewięćdziesiątych. Wiązało się to z przeświadczeniem, iż dysponowanie własnym ciałem jest prawem każdego człowieka, a dodatkowo wpłynęły na to wzmagające się procesy indywidualizacji i estetyzacji ciała (Dziuban, 2012).

Współcześnie wymienia się trzy główne typy motywów decydujących o chęci posiadania tatuażu: estetyczne („podoba mi się, jak wygląda”), indywidualne („chciałbym wyrazić siebie”) oraz społeczne („chciałbym pokazać przynależność do grupy”) (Nowak, 2012). Wśród mieszkańców odrębnych regionów świata istnieją różnice pomiędzy postrzeganiem wytatuowanego ciała w kontekście czasu, jak i szerokości geograficznej. W państwach wysokorozwiniętych tatuaż częściej niesie ze sobą negatywne skojarzenia, niż u państw słabo rozwiniętych lub plemion. (Snopek, 2009). U Eskimosów tatuaż uważany był za powszechną ozdobę ciała podczas obrzędów sakramentu małżeństwa. Plemię Maori (Tahiti) podczas oficjalnych uroczystości wykonywało tatuaże mężczyzną, który zwycięsko powrócił po podbojach innych plemion (Boduch, 2011) Obecnie w Polsce tatuowanie ciała dotyczy przede wszystkim osób młodych pomiędzy 25 a 34 rokiem życia. Osoby pomiędzy 18 a 24 rokiem życia pozytywnie odnoszą się do tego rodzaju

ozdabiania ciała. Natomiast powyżej 48 roku życia zdecydowana większość osób jest negatywnie nastawiona do tatuażu. Ponadto, badania przeprowadzone przez Centrum Badań Opinii Społecznej wykazały, że posiadanie tatuażu uzależnione jest od wykształcenia, czynników społeczno-zawodowych oraz poglądów politycznych. Na tatuaże decydują się częściej osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym, a także mieszkańcy małych i średnich miast. Interesujący wydaje się fakt, że osoby z poglądami politycznymi prawicowymi oraz centrowymi częściej tatuują swoje ciało w porównaniu z poglądami lewicowymi (CBOS, 2017).

Choć, jak wskazują cytowane badania CBOS, istnieją pewne czynniki społeczne warunkujące wzrost popularności ozdabiania ciała w formie tatuażu, to jednak w krajach zachodnich obserwuje się to zjawisko także wśród personelu medycznego i studentów medycyny (Cumberlege et al., 2005; Callaghan & Mcconville, 2018), choć pacjenci przeważnie nie akceptują jego publicznej ekspozycji w trakcie czynności medycznych (Jonkura et al., 2013; Johnson & Yamamoto, 2016). Wobec cytowanych rezultatów badań podjęto badania opinii polskich pacjentów.

Celem badań było zapoznanie się z opinią pacjentów POZ na temat tatuażu wśród personelu medycznego. Szczególnie interesujące wydawało się ujawnienie, czy pacjenci traktują tatuaż jako nieestetycznej i/lub zagrażającej zdrowiu formę ozdabiania ciała, a także czy istnieje zależność pomiędzy wiekiem oraz płcią pacjentów a ich opinią na temat wytatuowanych pracowników służby zdrowia.

Założono następujące hipotezy:

H1: W opinii pacjentów POZ pracownicy służby zdrowia powinni zakrywać tatuaże podczas pełnienia obowiązków zawodowych.

H2: Osoby starsze uważają, że pracownicy służby posiadający tatuaże są mniej kompetentni od osób, które tatuaży nie posiadają.

H3: Płeć nie różnicuje opinii o jakości pracy wytatuowanego personelu medycznego.

H4: Nie ma obaw ze strony pacjentów o zarażenie się „chorobą” od pracownika służby zdrowia z tatuażem.

Metoda

Osoby badane

Badanie przeprowadzono w styczniu i lutym 2017 roku w czterech katowickich publicznych placówkach ochrony zdrowia. Dyrekcja placówek wyraziła pisemną zgodę na przeprowadzenie badań. Grupę badaną stanowiło 120 pełnoletnich pacjentów POZ, w tym: 74 kobiety (61,67%) oraz 46 mężczyzn

(38,33%). Najliczniejszą grupę badanych reprezentowały osoby w przedziale wiekowym do 25 roku życia oraz od 46 do 60 lat. Większość badanych osób nie posiadała tatuaży (87,5%). Zdecydowaną większość stanowili pacjenci z wykształceniem wyższym, natomiast najmniej liczną grupę reprezentowały osoby z wykształceniem podstawowym.

Narzędzie badawcze

W badaniach zastosowano autorską ankietę służącą do badania opinii skonstruowaną z 9 zamkniętych pytań o możliwości wyboru odpowiedzi „tak” lub „nie”, a także pytań metryczkowych. Pytania dotyczyły opinii na temat: wpływu tatuażu u pracownika służby zdrowia na jego kompetencje oraz jakość pracy; wprowadzania całkowitego zakazu tatuowania ciała dla personelu medycznego; konieczności zakrywania tatuaży podczas czynności medycznych; odmowy zgody na zabieg medyczny realizowany przez wytatuowany personel medyczny; obawy zarażenia się „chorobą” od wytatuowanego pracownika ochrony zdrowia. Analiza statystyczna została przeprowadzona przy użyciu programu Statistica, z wykorzystaniem testu nieparametrycznego χ^2 , za poziom istotności statystycznej przyjmując wartość $p < 0,05$ oraz $p < 0,01$.

Wyniki

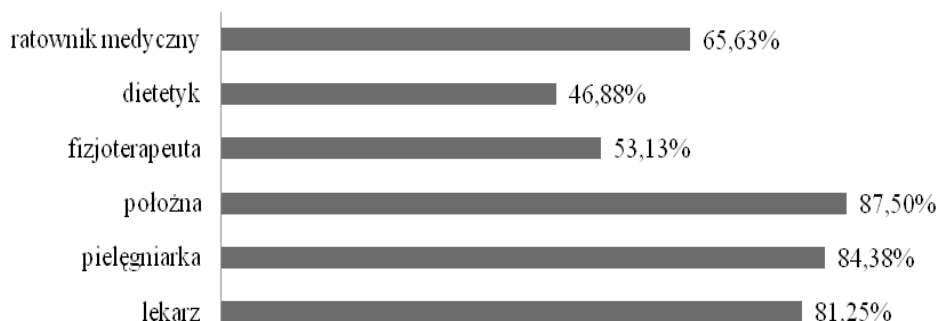
Na podstawie analizy zebranych danych można stwierdzić, że pacjenci POZ rzadko spotykają się z personelem medycznym, który tatuaże posiada – 38,33%.

Odpowiedzi respondentów dotyczące obowiązku zakrywania tatuaży podczas pełnienia obowiązków zawodowych rozłożyły się prawie równomiernie (49,2% odpowiedź „tak” oraz 50,8% odpowiedź „nie”). Zdecydowana mniejszość respondentów uważa, że zawody medyczne powinny mieć kategorię zakazu tatuowania ciała – 26,7%. Szczegółowe dane dotyczące kategorię zakazu tatuowania w poszczególnych zawodach medycznych w opinii pacjentów POZ przedstawia wykres 1.

Badania wykazały, że badani pacjenci w ok. 94% nie odmówiliby przyjęcia pomocy przez pracownika służby zdrowia z tatuażem, gdyby zaszła taka konieczność. Stwierdzono istotną zależność ($p = 0,000002$ χ^2 Pearsona = 3,66 $p < 0,05$) pomiędzy wiekiem pacjenta a całkowitym zakazem tatuowania ciała. Im wyższy jest wiek respondenta, tym częściej popiera on zakaz tatuowania ciała u personelu medycznego.

Z analizy wyników badań wynika, że 90,8% badanych pacjentów uważa, że posiadanie tatuaży przez personel medyczny nie pływa na

Który z poniższych zawodów medycznych powinien mieć
kategoryczny zakaz tatuowania ciała?



Wykres 1. Rozkład procentowy zawodów medycznych, które zdaniem badanych powinny być objęte kategorycznym zakazem tatuowania ciała.

jego kompetencje zawodowe, a także na jakość wykonywania pracy – 95%. Natomiast szczegółowa analiza statystyczna przeprowadzona w grupie pacjentów wykazała zależność pomiędzy wiekiem a opinią na temat wpływu wytatuowanego ciała na kompetencje zawodowe pracownika służby zdrowia ($p = 0,000023$ χ^2 Pearsona = 10,04 $p < 0,01$). Wykazano, że osoby powyżej 60 roku życia częściej niż pozostałe grupy wiekowe uważają, że wytatuowany personel medyczny ma niższe kompetencje w porównaniu z personelem niewytatuowanym. Dodatkowo w grupie badanej zaobserwowano, istotną zależność pomiędzy płcią badanych a ich opinią dotyczącą wpływu tatuażu na jakość pracy personelu medycznego ($p = 0,001$ χ^2 Pearsona = 10,16 $p < 0,01$). Mężczyźni w porównaniu z kobietami, częściej uważają, że jakość pracy i tatuaż są od siebie zależne. Zdecydowana większość wszystkich badanych pacjentów – 92,4% uważa, że w obecnych czasach nie można zarazić się „chorobą” od wytatuowanego personelu. Jednakże, szczegółowa analiza statystyczna wykazała, że w grupie badanej wraz z wiekiem respondentów wyrasta obawa o możliwość zarażenia się, „zainfekowania się” od wytatuowanego personelu medycznego ($p = 0,01$ χ^2 Pearsona = 11,05 $p < 0,01$). Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rozkład procentowy i analiza statystyczna odpowiedzi na pytania ankiety.

	Analiza opisowa				Analiza statystyczna	
	odpowiedź tak		odpowiedź nie		Wiek respondentów	
	n	%	n	%	p*	χ^2
Zakaz tatuowania ciała przez personel medyczny	32	26,67%	88	73,33%	p=,000002	$\chi^2=28,86$
Związek tatuazu z kompetencjami zawodowymi personelu medycznego	11	9,17%	109	98,3%	p=,000023	$\chi^2=24,13$
Obawa przed zarażeniem się od wytatuowanego personelu medycznego	9	7,56%	110	92,44%	p=,011	$\chi^2=11,05$
					Płeć respondentów	
Związek tatuazu z jakością pracy personelu medycznego	6	5%	114	95%	p=,001	$\chi^2=10,16$

Źródło: badania własne

p<0,05*;p<0,01**

Dyskusja

Współcześnie realizowane badania dotyczące osób z tatuazem skupiają się głównie na wykazaniu różnic w zakresie samopoczucia psychicznego ze względu na tatuowanie ciała (Pajor, Broniarczyk-Dyła, & Świtalska, 2015). Wyniki prowadzonych badań są jednak niejednoznaczne (Frederick & Bradley, 2000; Roberti & Storch, 2005; Pajor, Broniarczyk-Dyła, & Świtalska, 2015). Ze względu jednak na powszechny wzrost popularności ozdabiania ciała poprzez tatuaż, który obserwuje się także wśród studentów medycyny oraz personelu medycznego (Cumberlege et al., 2005; Callaghan & Mcconville, 2018), a także brak akceptacji ze strony pacjentów dla jego publicznej ekspozycji w trakcie profesjonalnych zawodowych kontaktów (Jonekura et al., 2013; Johnson & Yamamoto, 2016) badania opinii pacjentów są bardzo istotne. Wizerunek wytatuowanego ciała personelu medycznego analizowany z perspektywy pacjentów stanowi współcześnie bardzo ważny przedmiot badań i wymaga pogłębionej eksploracji, gdyż pacjenci interesują się tym, jak wyglądają pracownicy służby zdrowia i oczekują, iż będą spełniać ich oczekiwania. Doniesienia naukowe wykazują, że w opinii pacjentów czynności zawodowe podejmowane przez wytatuowany personel medyczny jest oceniane są jako mniej profesjonalne, efektywne oraz bezpieczne. Interesujący wydaje się fakt, że powyższa opinia jest niezależna w od wieku, miejsca zamieszkania czy płci badanych (Motluk, 2018).

Przeprowadzone badania prowadzone w grupie polskich pacjentów ukazują jednak, że personel medyczny ubierający się w strój odsłaniający wytatuowane ciało nie jest postrzegany w sposób negatywny. Zarówno kobiety jak i mężczyźni podzielają opinię, że wytatuowana służba zdrowia jest w takim samym stopniu kompetentna opiekuńcza i profesjonalna jak niewytatuowani pracownicy. Natomiast doniesienia z badań realizowanych w innych krajach wykazują, iż w opinii pacjentów praca wytatuowanego personelu medycznego jest oceniana na mniej profesjonalną, efektywną oraz pewną. Interesujący wydaje się fakt, że powyższa opinia jest niezależna w od wieku, miejsca zamieszkania czy płci (Westerfield et al., 2012), choć zagadnienie to wymaga dalszych szczegółowych badań.

Wyniki prezentowanych badań własnych wykazały jednakże, iż mężczyźni w porównaniu z ankietowanymi kobietami uważają, że jakość pracy osoby wytatuowanej może być gorsza, a wiek stanowi czynnik różnicujący opinie respondentów na temat wytatuowanego personelu. Uzyskany wynik pozostaje w częściowej zbieżności z wynikami badania opinii publicznej przeprowadzonych przez CBOS w 2017 roku, w których wykazano, iż inne zmienne socjo-demograficzne niż wiek, nie mają istotnego wpływu na opinię reprezentowanej grupy (CBOS, 2017). W badaniach własnych stwierdzono jednak związek pomiędzy wiekiem pacjentów a negatywnym postrzeganiem wytatuowanego personelu medycznego. Akceptacja tatuażu jest wyższa u młodych osób, a wraz z wiekiem jej stopień się obniża. Podobna zależność wystąpiła w badaniach CBOS z 2017 roku. Wśród osób w przedziale wiekowym 18–24 lat – 78% akceptuje wytatuowane ciało. Sytuacja zmienia się u osób powyżej 45 roku życia, gdzie już tylko 27% wyraża akceptację. Zdecydowana większość osób powyżej 65 roku życia (86%) nie akceptuje tego zjawiska w ogóle. Wydaje się, iż uzyskaną zależność można interpretować w odniesieniu do historycznych doświadczeń polskiego społeczeństwa, związanych z okresem II wojny światowej, który ukierunkował stosunek społeczeństwa do tatuowania ciała. W tym okresie w hitlerowskich obozach koncentracyjnych tatuowano więźniom literę (oznaczającą konwój, w którym przybyło się do obozu) oraz liczbę (obozowy numer identyfikacyjny). Fakt ten mogą tłumaczyć pejoratywne skojarzenia ludzi starszych w stosunku do tatuowania ludzkiego ciała (Snopek, 2009).

Zbyt mała liczba publikacji uniemożliwia wnikliwą analizę stwierdzonych zależności w obrębie analizowanego zjawiska. Brak dotychczas naukowych doniesień otwiera zatem nowy obszar badawczy. Jednakże warto zauważyć, iż współcześnie tatuáže wykonywane są w warunkach sterylnych, w nowoczesnych studiach tatuażu, dlatego też ryzyko przenoszenia chorób związane z tą formą dekorowania ciała jest praktycznie

znikome. Jednakże problematyka badawcza podjęta w niniejszej pracy mogła być uznana za kontrowersyjna, o czym świadczyć może fakt, iż wiele osób odmówiło wypełnienia ankiety, a niektóre placówki POZ nie wyraziły zgody na przeprowadzenie badań. W związku z powyższym można przypuszczać, że temat tatuażu u personelu medycznego jest tematem tabu.

Wnioski

W oparciu o przeprowadzone badania można wyprowadzić następujące wnioski:

1. Istnieje związek pomiędzy wiekiem a opinią pacjentów na temat wprowadzenia obowiązywania całkowitego zakazu tatuowania ciała przez personel medycznego.

2. Płeć respondentów wpływa na opinię o jakości pracy wytatuowanego personelu medycznego.

3. Pacjenci katowickich publicznych placówek ochrony zdrowia obawiają się, że tatuaż na ciele personelu medycznego może przyczynić się do przenoszenia chorób.

4. Zawód położnej według pacjentów POZ powinien być objęty kategorią zakazem tatuowania ciała.

Dotychczasowe badania dotyczące tatuowania ciała przez personel medyczny w większości ujawniają negatywne opinie pacjentów na temat tego zjawiska i obawy z nim związane. To sugeruje potrzebę kontynuowania badań, których wyniki mogłyby przyczynić się do tworzenia warunków do facylitowania procesu przeciwdziałania stereotypom na drodze popularyzacji wiedzy.

Bibliografia

- Boduch T. (2011). *Tatuaż jako sztuka ciała czy naśladowczy rytuał przodków? Krótka podróż historyczna*. Akademia Sztuk Pięknych Wrocław. Online: <http://aspwroclaw.blox.pl/2011/05/Tatuaz-jako-sztuka-ciala-czy-nasladowczy-rytual.html> (dostęp: 04.05.2011).
- Callaghan, B., & Mcconville, K. (2018). The tattooed doctor: An exploration of the perceptions of medical students and medical school staff. *MedEdPublish* 7. 7. 10.15694/mep.2018.0000049.1.
- CBOS Centrum Badania Opinii Społecznej (2017). *Komunikat z badań: Moda na tatuáže*.
- Cumberlege, B., Shepherd, S., Black, C., Dickson, N., Doe, W., Elsharkawy, A., Hayward, M., Hilton, S., Horton, R., Johnson, J., Morgan, G., Neighbour, R., Nicholls, B., Pounder, R., Roberts, T., Scott, D., Tallis, R., Walmsley, C., & Wass, V. (2005). Doctors in society: Medical professionalism in a changing world. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*. 5. 1–40.

- Dziuban, A. (2012). Ja zapisane na skórze: tatuowanie ciała jako praca tożsamościowa w indywidualizującym się społeczeństwie polskim. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 8(2), 200–227.
- Frederick, C.M. & Bradley, K. A. (2000). A different kind of normal? Psychological and motivational characteristics of young adult tattooers and body piercers. *North American Journal of Psychology*, 2, 379–392.
- Jakubowska, H. (2009). *Socjologia ciała*. Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Johnson, S. C., M., M. L., & Yamamoto, L. G. (2016). Adverse Effects of Tattoos and Piercing on Parent/Patient Confidence in Health Care Providers. *Clinical Pediatrics*, 55(10), 915–920. <https://doi.org/10.1177/0009922815616889>
- Kluczyńska, U. (2016). Ciało jako obszar refleksji naukowej i jako projekt. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 3(48), 277–284.
- Motluk A. (2018). Is it unprofessional for doctors to have tattoos or facial piercings?. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal (Journal de l'Association medicale canadienne)*, 190(34), 1026–1027. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6110655/> (dostęp: 08.08.2018).
- Nowak, R. (2012). Psychologiczne aspekty tatuowania się. *Roczniki Psychologiczne*, 15(2), 87–104.
- Pajor, A.J., Broniarczyk-Dyła, G., & Świtalska, J. (2015). Satisfaction with life, self-esteem and evaluation of mental health in people with tattoos or piercings. *Psychiatria Polska*, 49 3, 559–573.
- Roberti, J.W. & Storch, E.A. (2005). Psychosocial adjustment of college students with tattoos and piercings. *Journal of College Counseling*, 8(1), 14–19.
- Snopek, M. (2009). *Tatuaż. Element współczesnej kultury*. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Stuppy, D.J., Armstrong, M.L., & Casals-Ariet, C. (1998). Attitudes of health care providers and students towards tattooed people. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1165–1170.
- Westerfield, H.V., Stanfort, A.B., Speroni, K.G., Daniel, M.G. (2012). Patients' perceptions of patient care provides with tattoos and/or body pearcing. *Journal of Nursing Administration*. 42(3), 160–164.
- Yonekura, C.L., Certain, L., Ka Kee Karen, S., Alcântara, G.A.S., Ribeiro, L.G., Rodrigues-Júnior, A.L., & Baddini-Martinez, J. (2013). Impressões de pacientes, médicos e estudantes de medicina quanto a aparência dos médicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(5), 452–459. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.04.005>.
- Zbyrad, T. (2015). Przekształcanie ciała – tatuaż i piercing. Motywy osobiste i znaczenie społeczne. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Sociologica VII*, 67–77.

Dorota Ryżanowska-Krzyżak¹

Department of Psychology, Pedagogical University of Cracow

Elizabeth Ngozi Okpalaenwe

Tangaza University College, Catholic University of Eastern Africa, Nairobi

The Appearance-Based Rejection Sensitivity in Kenyan and Polish young women

Abstract

The aim of the research was to find cross-cultural differences in the Appearance-RS level, understood as a predictor of eating disorders (especially anorexia nervosa), by comparing obtained test results of young women from Poland and Kenya. The authors examined 62 Kenyan and 62 Polish women aged 19–25 using the ARS Scale by Park (2007). The results showed no significant cross-cultural difference between young women in the global Appearance-RS level related to country of origin and cultural background (Poland vs Kenya). The results may suggest that young women are predisposed to develop eating disorders for the same reasons in Kenyan as they are in Europe (among others: high Appearance-RS level).

Keywords: The Appearance-RS level, the risk factors for eating disorders, Kenyan and Polish young women

Wrażliwość na odrzucenie ze względu na wygląd fizyczny u młodych dorosłych kobiet z Kenii i Polski

Streszczenie

Celem badania było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czy i jakie istnieją różnice w poziomie wrażliwości na odrzucenie ze względu na wygląd fizyczny u młodych dorosłych kobiet z Kenii i Polski. Wrażliwość na odrzucenie na podstawie wyglądu fizycznego rozumiana była przez autorki jako czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania (zwłaszcza jadłowstrętu psychicznego). Autorki przebadaly 62 studentki z Kenii i 62 studentki z Polski używając skali ARS autorstwa Park (2007). Wyniki badania świadczą, iż nie ma znaczących międzykulturowych różnic pomiędzy młodymi kobietami z Kenii i Polski w poziomie wrażliwości na odrzucenie na podstawie wyglądu. Wyniki mogą sugerować, iż młode kobiety z Kenii są narażone na zaburzenia odżywiania (zwłaszcza o typie anorexia nervosa) z powodu podobnych czynników spustowych w Keni i jak w Europie.

Słowa kluczowe: wrażliwość na odrzucenie ze względu na wygląd fizyczny, czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania, młode kobiety z Kenii i Polski

1 Adres do korespondencji: dorotary@wp.pl; nwamama2013@gmail.com

Introduction

Appearance-Based Rejection Sensitivity (Appearance-RS) is defined as a personality-processing system characterized by anxious concerns and expectations regarding rejection based on one's physical attractiveness (Park, 2007; Park, 2010). People differ in their sensitivity to rejection based on appearance, with consequences it can have for their mental and physical health, self-esteem, affect, and feeling of belonging (Park, 2007).

The findings of the research conducted in European countries show that physical attractiveness is a predictor of self-esteem and interpersonal attraction. Physically attractive people tend to have higher self-esteem, are liked more, and are perceived by others as more interesting, socially skilled, and successful than those who are physically unattractive (Dion, Berscheid, & Walster, 1972; Eagly, Ashmore, Makhijani, & Longo, 1991, in: Park, 2007; Snyder, Tanke, & Berscheid, 1977). Some people find appearance particularly motivating since it influences their self-esteem – an Appearance Contingency of Self-Worth (Crocker, Luhtanen, Cooper, & Bouvrette, 2003). Therefore, they are concerned with the way they look, because feeling physically attractive boosts self-esteem, while feeling unattractive diminishes it.

The research results, examining individuals from different races living in the USA, show that their sensitivity level to appearance-based rejection varies, with implications for mental and physical health, feelings of rejection, self-esteem, affect, and motivation. In this study, the level of Appearance-RS did not depend on race, but on other aspects connected especially with personality traits (Park, 2007). People with a high level of Appearance-RS are predisposed to develop various disorders, such as eating disorders or especially anorexia nervosa (Park, 2007).

These results correspond with Polish research findings showing that body dissatisfaction, internalization of the thin ideal, diet, social pressure of being skinny, oral control, and actual-ought discrepancy forecast anorexia readiness syndrome in women without eating disorders (Brytek-Matera, Rybicka-Klimczyk, 2012).

According to theory (Fredrickson, Roberts, 1997), the process of comparing one's own body shape and body image with the ideal body shape (popular in a particular culture), can influence self-esteem and even the state of mental health among women. The authors presumed that the Appearance-RS level is an important factor in building the self-esteem of young women due to the visible impact culture (and the ideal body shape popular in a particular culture) has on it (Park, 2007).

The findings of research conducted in different nationalities show that 1% of the world's population suffers from anorexia nervosa, regardless of the access to European patterns of the ideal body type (Keel & Klump, 2003).

The reasons for developing eating disorders are always complex, composed of cultural, familial, personal, and genetic factors (Józefik, 2013). The awareness of the reasons why people in a specific region of the world suffer from anorexia nervosa or bulimia is important among clinicians and therapist, who implement the method of treatment among their patients.

The results of the research show, that there are various aspects associated with cultural context which are responsible for developing anorexia in people from different parts of the world (Lee, 1995; Lai, 2000; Simpson, 2002). For example, people suffering from anorexia in Asia (Hong Kong), depending on their age, declared different reasons of why they develop this particular disorder. 80% of young anorectic patients indicated fatphobia as the main or partial reason of their illness, whereas older patients didn't mention this symptom at all (Lai, 2000). A different specificity of anorexia nervosa in younger patients might be associated with their exposure to Eastern European and American culture.

Customarily, people believe that eating disorders do not exist in parts of the world where they are rarely diagnosed (van Hoeken, Burns, & Hoek, 2016). This is because the lack of awareness of eating disorder behaviours, risk factors, and warning signs often lead to misdiagnosed or untreated eating disorders. Eating disorders exist in African countries, but they are rarely diagnosed. The authors of meta-analysis (van Hoeken, Burns, & Hoek, 2016) claimed that the epidemiological study of eating disorders in Africa is still in its infancy. Over time, a total of four studies providing epidemiological data on specific, formally assessed eating disorders were conducted. No cases of anorexia nervosa were reported in African epidemiological studies (van Hoeken, Burns, & Hoek, 2016). This concurs with the very low prevalence rate of anorexia nervosa in both Latin Americans (0.1% for anorexia nervosa, 1.16% for bulimia nervosa, and 3.53% for binge-eating disorder (BED) in the general population (Kolar, Rodriguez, Chams, & Hoek, 2016) and African Americans in the USA (total of 86.0% of the original NHLBI Growth and Health Study cohort participated, including 985 white women (average age = 21.3) and 1,061 black women (average age = 21.5). Fifteen white (1.5%) and no black women met lifetime criteria for anorexia nervosa; more white women (N=23, 2.3%) than black women (N=4, 0.4%) met criteria for bulimia nervosa; binge eating disorder also was more common among white women (N=27, 2.7%) than black women (N=15, 1.4%). Few women (white: N=16, 28.1%; black: N=1, 5.3%) never received treatment for an eating disorder (Striegel-Moore et al., 2003)). As a comparison, in Poland the prevalence of eating disorders in the group of 17 year old teenagers is 18,7% for girls and 7,3% for boys (Modrzejewska, Bomba, 2010).

The authors of the meta-analysis (van Hoeken, Burns, & Hoek, 2016) found that there were no cases of anorexia nervosa in Africa according to the DSM-IV criteria, which are:

- refusal to maintain body weight at or above a minimally normal weight for age and height,
- disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation,
- denial of the seriousness of the current low body weight,
- in postmenarcheal females, amenorrhoea, i.e. the absence of at least three consecutive menstrual cycles).

The combined point-prevalence rate of bulimia nervosa in young women in Africa is 0.87%, according to DSM-IV criteria:

- recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following: eating in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than most people would eat during a similar period of time and under similar circumstances,
- a sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating),
- recurrent inappropriate compensatory behaviour in order to prevent weight gain, such as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, enemas, or other medications; fasting; or excessive exercise,
- self-evaluation is unduly influenced by body shape and weight.

The combined point-prevalence rate of EDNOS (eating disorders not otherwise specified according to DSM-IV) in African young women is 4.45% (van Hoeken, Burns, & Hoek, 2016). However, the authors of the mentioned meta-analysis suggest that on the background of the DSM-V criteria (similar to DSM-IV, but lacking the criterion "in postmenarcheal females, amenorrhoea, i.e. the absence of at least three consecutive menstrual cycles") for anorexia nervosa, some women in the African studies would have fulfilled the criteria for anorexia nervosa (van Hoeken, Burns, & Hoek, 2016).

On the basis of the mentioned data, intercultural differences were assumed. The purpose of the presented research was to compare the Appearance-RS level in young women from Poland and Kenya. It was hypothesized that this comparison may answer the question if young Kenyan women nowadays have a tendency to develop eating disorders (especially anorexia nervosa) for similar reasons as young women in Europe (one of the predictors of eating disorders is high Appearance-RS level).

Method

Instrument

The instrument used was a close-ended questionnaire, the Appearance-RS Scale constructed by Park (2007). This method is used to measure the level of Appearance-based Rejection Sensitivity (Appearance-RS). The Appearance-RS Scale presents 15 situations developed by the author in which people may feel rejected based on their appearance. The authors used American norms to analyse the results of the research.

Participants

The authors examined 62 women from Kenya and 62 women from Poland aged 19–25. Each examined woman was a student living in the city. The majority of women from both countries were unmarried and did not have children. Due to the fact that the original version of the ARS Scale is written in English, to avoid methodological difficulties connected with the cultural context of the assessment method translation, it was decided that only fluently English speaking women would be tested. Both tested groups were university students: Kenyan subjects studied at the university in English, while Polish subjects studied English philology. All examined students were volunteers recruited from the university in Nairobi and Kraków. They were examined in a group during their free time. The questionnaire was filled out anonymously.

Results

The results showed that there is no significant difference between young women from Poland and Kenya in the global Appearance-RS level (Table 1).

Table. 1. The Appearance-Based Rejection Sensitivity in the cross-cultural context. The general difference based on the t-Student test for independent groups.

t	df	p	The difference between averages	The standard error of average	95% confidence interval for the difference of averages	
					The lower limit	The upper limit
0,33	122	0.74	0.37	1.12	1.84	2.59

There was no statistically significant difference between the average global level of Appearance-RS for students from Poland and Kenya (based on the t-Student test).

Some minor differences, which may have been connected with the cultural background, were observed (Table 2).

Table. 2 The Appearance-Based Rejection Sensitivity in the context of cross-cultural context. The detailed differences based on the U Mann-Whitney's tests results for single ARS statements.

scale statement	subgroup	N	The average of ranges	The sum of ranges	Mann-Whitney's U	The asymptotic relevance
1	Kenya	62	58.37	3619,00	1666,0	0.199
	Poland	62	66.63	4131,00		
	In all	124				
2	Kenya	62	58.77	3643,50	1690,5	0.245
	Poland	62	66.23	4106,50		
	In all	124				
3	Kenya	62	67.08	4159,00	1638,0	0.151
	Poland	62	57.92	3591,00		
	In all	124				
4	Kenya	62	65.95	4089,00	1708,0	0.283
	Poland	62	59.05	3661,00		
	In all	124				
5	Kenya	62	68.87	4270,00	1527,0	0.047
	Poland	62	56.13	3480,00		
	In all	124				
6	Kenya	62	63.59	3942,50	1854,5	0.734
	Poland	62	61.41	3807,50		
	In all	124				
7	Kenya	62	65.26	4046,00	1751,0	0.391
	Poland	62	59.74	3704,00		
	In all	124				
8	Kenya	62	59.68	3700,00	1747,0	0.380
	Poland	62	65.32	4050,00		
	In all	124				
9	Kenya	62	59.72	3702,50	1749,5	0.386
	Poland	62	65.28	4047,50		
	In all	124				
10	Kenya	62	53.09	3291,50	1338,5	0.003
	Poland	62	71.91	4458,50		
	In all	124				

11	Kenya	62	58.11	3603,00	1650,0	0.172
	Poland	62	66.89	4147,00		
	In all	124				
12	Kenya	62	53.92	3343,00	1390,0	0.008
	Poland	62	71.08	4407,00		
	In all	124				
13	Kenya	62	62.20	3856,50	1903,5	0.926
	Poland	62	62.80	3893,50		
	In all	124				
14	Kenya	62	65.77	4077,50	1719,5	0.309
	Poland	62	59.23	3672,50		
	In all	124				
15	Kenya	62	60.15	3729,00	1776,0	0.463
	Poland	62	64.85	4021,00		
	In all	124				

A more detailed analysis of the obtained results showed that women from Kenya tend to show a higher Appearance-RS level in situations when a man suggests that they should go to the gym [statement 5 ($U = 1527,0$; $p < 0.05$)], whereas women from Poland show a higher Appearance-RS level in the situation when nobody wants to dance with them at the disco/ball [statement 10 ($U = 1338,5$; $p < 0.05$) and 12 ($U = 1390,0$; $p < 0.05$)].

Discussion

The research results show that there is no significant difference between young women from Poland and Kenya in the Appearance-RS level (the dispositional tendency to anxiously expect, readily perceive, and overreact to signs of rejection based on one's physical appearance) (Park, 2007). These results correspond with Park's findings (2007). There is no difference in the Appearance-RS level between people of different race. This is probably connected with the globalization of culture. The findings of our research correspond with results obtained from American students (the average Appearance-RS level of American students is similar to the level demonstrated among the students examined in our research) (Park, Calogero, Young, & Di-raddo, 2010). The explanation for the observed differences is probably the cultural context.

Nowadays, going to the gym is a popular way of actively spending free time in Poland and may be considered part of a healthy lifestyle (Zapała,

Kowalczyk, Lipińska-Żądło, 2015). Results of the research show that in Poland, people who regularly exercise at the gym declared higher global self-esteem and a higher evaluation of their body value (Ziemianek, Jendrysik, Horodecki, Knapik, 2015). Among the examined women from Kenya, going to the gym can be interpreted as a signal that a person is overweight. Therefore, the authors can presume that Kenyan women who live in big cities and have access to European patterns of ideal body shape, are now more likely than Polish woman to develop anorexia nervosa, because such situations tend to make them feel more vulnerable (Tosselli, Rinaldo, & Gualdi-Russo, 2016). Kenyan women may be copying European patterns from a few years back, whereas European women nowadays are more conscious of the risk connected with anorexia and therefore are more prone to a healthy lifestyle than to being very slim.

In Kenya, dancing in pairs is not so popular (traditional dances usually include dancing in a group or in a circle) and even today, it may symbolize formalized flirtation between the sexes before marriage (Itebu, 2016). In Poland, dancing in pairs has a different cultural meaning, and is often understood as a sign of intimacy (Hryniewiecka, 1973). This may serve as a cultural explanation for the observed difference. Moreover, the results of research examining Polish and German women demonstrate, how vulnerable the body image of dancers is in Europe. The results showed that most dancers were diagnosed with moderate to severe anorexia readiness syndrome. Only in the group of older Polish dancers, the anorexic syndrome didn't occur. (Ołpińska-Lischka 2017).

Although those two differences are noticeable, they do not influence the global Appearance-RS level, which is very similar for young women in Poland (Europe) and Kenya (Africa). This similarity is probably associated with the cultural globalization and the fact that young Kenyan students have access to European patterns connected with lifestyle.

Conclusions

To sum up, the findings of the research show that there is no significant difference between the global level of Appearance-RS level in the examined Polish and Kenyan female students. Moreover, some cultural differences seem to show that nowadays women from Kenya are more sensitive to appearance-based rejection than women from Poland, which contradicts the stereotypes connected with problems of African women. The results of the research may suggest that African women may develop eating disorders such as anorexia nervosa for the same reason as women in Poland and Europe. One of these reasons may be a high Appearance-RS level.

The practical implication of the research is the need for psychologists to work with young women in Poland and Kenya on their body image and the acceptance of their bodies (for example by leading special psycho-educational groups), to help them build adequate self-esteem, and consequently to avoid eating disorders.

The study was limited by sample size. Replication and future work with larger samples is needed. Another big limitation of the research was that the group of researched women was not diverse (all of the students were living in a big city, most of the women were unmarried with no children), so we cannot draw reliable conclusions for the population of European and African women according to it.

In the future, the authors will try to examine a larger group of students from different parts of Africa and different parts of Europe, to avoid missing the cultural differences between women from different regions. What is more, exploring differences between women from big cities and small towns or villages is also planned.

Future studies should also include other psychological adjustment outcomes (i.e., body image), including those that are more clinically relevant (i.e. eating disorder symptoms; Park et al., 2010), to further investigate the nature and degree of psychopathology associated with Appearance-RS among women in young adulthood.

References

- Brytek-Matera, A., Rybicka-Klimczyk, A. (2012). Assessment of anorexia readiness syndromescalating symptoms in young women – a pilot study. *Studia Psychologica*, 12 (2), 23–36.
- Calogero, R.M., Park, L.E., Rahemtulla, Z.K., & Williams, K.C.D. (2009). Predicting excessive body image concerns among British university students: The unique role of Appearance-based Rejection Sensitivity. *Body Image*, 7(1), 78-81. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.005> (access 25.09.2018).
- Crocker, J., Luhtanen, R., Cooper, M.L., & Bouvrette, S.A. (2003). Contingencies of self-worth in college students: Measurement and theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 894–908. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.894> (access 26.09.2018)
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. The American Psychiatric Association.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. The American Psychiatric Association.
- Dion, K.K., Berscheid, E., & Walster, E. (1972). What is beautiful is good. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 285–290. Online: <https://garfield.library.upenn.edu/classics1990/A1990EH31100001.pdf>. (access 10.10.2018)

- Fredrickson, B.L., Roberts, T. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21 (2), 173–206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x> (access 29.09.2018).
- Hryniewiecka, J. (1973). *Polskie tańce narodowe w formie towarzyskiej*. Warszawa: PWN.
- Józefik, B. (2013). *Kultura, ciało, (nie)jedzenie, terapia. Perspektyw anarracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Keel, P., & Klump, K.L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 29(5) 747–769. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.747> (access 29.09.2018)
- Kolar, D.R., Rodriguez, D.L., Chams, M.M., & Hoek, H.W. (2016) Epidemiology of eating-disorders in LatinAmerica: a systematicreview and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, (6), 363–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279> (access 26.09.2018).
- Lai, K.Y.C. (2000). Anorexia nervosa in Chinese adolescents- does culture make a difference? *Journal of Adolescence*, 23, 561–568. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0343> (access 05.10.2018)
- Langlois, J.H., Kalakanis, L., Rubenstein, A.J., Larson, A., Hallam, M., & Smoot, M. (2000). Maxims or myths of beauty? A meta-analyticand theoretical review. *Psychological Bulletin*, 126, 390–423.
- Lee, S. (1995). Self- starvation in context: towards a culturallensitive understanding of anorexia nervosa. *Social Science & Medicine*, 41(1), 25–36.
- Modrzejewska, R., Bomba, J. (2010). Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i używania substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomiejskiej. *Psychiatria Polska*, tom XLIV, 4, 579–592.
- Ołpińska-Lischka, M. (2017). Assessment of anorexia readiness syndrome and body image in female dancers from Poland and Germany. *Journal of Education, Health and Sport*, 7 (7), 423–440. <http://doi.org/10.5281/zenodo.834093> (access 05.10.2018).
- Park, L. (2007). Appearance-Based Rejection Sensitivity: Implications for Mental and Physical Health, Affect, and Motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 490 <https://doi.org/10.1177/0146167206296301> (access 25.08.2018).
- Park, L., Calogero, R., Young, A. , & Diraddo, A. (2010). Appearance-Based Rejection Sensitivity Predicts Body Dysmorphic Disorder Symptoms and Cosmetic Surgery Acceptance. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(5), 489–509. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.5.489> (access 20.09.2018).
- Park, L. (2010). Visible versus non-visible rejection: Consequences of appearance-based rejection sensitivity. *Journal of Research in Personality* 44(1), 128–132. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.10.001> (access 23.08.2018).
- Snyder, M., Tanke, E.D., & Berscheid, E. (1977). Social perception and interpersonal behavior: On the self-fulfilling nature of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 656–666.
- Simpson, K.J. (2002). Anorexia nervosa and culture. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 65–71. <https://doi.org/10.1046/j.1351-0126.2001.00443.x> (access 28.09.2018).

- Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Kraemer, H.C., Taylor, C.B., Daniels, S., Crawford, P.B., & Schreber, G.B. Eating disorders in white and black women. *American Journal of Psychiatry*, 160 (7), 1326–31. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1326> (access 27.09.2018).
- van Hoeken, D., Burns, J.K., & Hoek, H.W.(2016). Epidemiology of eating disorders in Africa. *Current Opinion of Psychiatry*, 29(6), 372–377. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000274> (access 24.09.2018).
- Toselli, S., Rinaldo, N., & Gualdi-Russo, E. (2016). Body image perception of African immigrants in Europe. *Global Health* 12 (1),48. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0184-6> (access 22.09.2018).
- Zapała, M., Kowalczyk, B., Lipińska- Żądło, B. (2015). Aktywność fizyczna a styl życia kobiet w wieku produkcyjnym. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(4), 391–397.
- Ziemiańek, P., Jendrysiak, K., Horodecki, M., Knapik, A. (2015). Poczucie własnej wartości i wartości swojego ciała u osób ćwiczących regularnie na siłowni- wyniki badań pilotażowych. *Quality in Sport*, 3 (1), 61–69. <http://dx.doi.org/10.12775/QS.2015.018> (access 23.09.2018).
- Itebu, J. (2016). The culture and progression of African dance. Online: <http://blog.swali-africa.com/the-culture-progression-of-african-dance> (access 01.10.2018).

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Psychologica XI (2018)

ISSN 2084-5596

DOI 10.24917/20845596.11.12

Małgorzata Płoszaj¹

Katedra Psychologii, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z ASD. Analiza przypadku

Zastanawiające, jak wiele mamy książek poświęconych teoretycznym opisom zachowań autystycznych i jak niewiele doniesień o przebiegu i skutkach terapii

Cieszyńska, Korendo, 2007, s. 15

Streszczenie

Celem artykułu jest ukazanie efektów podejmowanych działań skoncentrowanych na wspomaganie rozwoju dzieci z ASD realizowanych w nurcie eklektycznym ukierunkowanym na poszukiwanie technik dostosowanych do indywidualnej osoby i jej problemów. Dzieci (w wieku 5–7 lat) poddane zostały dwuetapowej procedurze diagnostycznej (wstępnej i końcowej) testem PEP-R (Profil Psychoedukacyjny opracowany przez Schoplera). Pomiędzy pomiarami uczestniczyły w rocznym programie wspomaganie rozwoju wykorzystującym techniki stymulacji integracji sensorycznej, stymulacji motoryki małej i dogoterapii. Uzyskane wyniki jednostkowe świadczą o efektywności zastosowanych propozycji, lecz nie pozwalają na wyprowadzenie ogólnych konkluzji. Mogą jednak stanowić przesłankę dla prowadzenia szerszego projektu badawczego oraz opracowania indywidualnie projektowanych programów wczesnej interwencji dla dzieci z ASD.

Słowa kluczowe: zaburzenia ze spektrum autyzmu, wczesna interwencja, wczesne wspomaganie rozwoju, analiza przypadku

Early support of the development of children with ASD. A case study

Abstract

The aim of the article is to show the effects of actions focused on supporting the development of children with ASD carried out in the eclectic trend aimed at seeking techniques tailored to the individual person and their problems. Children (aged 5–7) underwent a two-stage diagnostic procedure (preliminary and final) with the PEP-R test (Schopler's Psychoeducational Profile). Between measurements, they participated in the annual development support program using sensory integration stimulation techniques,

1 Adres do korespondencji: malgorzata.ploszaj@up.krakow.p

fine motor stimulation and dog therapy/animal-assisted therapy. The results obtained per unit testify to the effectiveness of the applied proposals, but do not allow for general conclusions to be reached. However, they can be a prerequisite for conducting a broader research project and developing individually designed early intervention programs for children with ASD.

Keywords: autism spectrum disorder, early intervention, early supporting the development, case study analysis

Wprowadzenie

Zaburzenia ze spektrum autyzmu współcześnie są coraz wcześniej diagnozowane u dzieci ze względu na prowadzone powszechnie badania przesiewowe oraz wzrost świadomości społecznej będący efektem realizowanych na całym świecie kampanii społecznych (np. Światowy Dzień Świadomości Autyzmu, Light It Up Blue, w ramach których na niebiesko oświetlane są ważne budowle, takie jak Opera w Sydney, Wielki Budda w Kobe w Japonii, czy Empire State Building (Dillenburger, Jordan, McKerr, Devine, & Keenan, 2013). Na podstawie doniesień z CDC (U.S. Centers for Disease Control and Prevention) można stwierdzić, że na autyzm choruje 1 na 59 dzieci (Baio et al., 2018). Liczba ta wzrosła o 150% od 2000 roku, dane te z jednej strony mogą świadczyć o wielorako uwarunkowanej epidemiologii autyzmu, z drugiej jednak wzbudzają niepokój związany z nadrozpoznawalnością tego zaburzenia (Zwaigenbaum et al., 2015).

W Polsce, w ramach bilansu dwulatka, pediatra podejmuje diagnozę ryzyka autyzmu przy zastosowaniu kwestionariusza CHAT (*The Checklist for Autism in Toddlers*), jeżeli już wcześniej nie zostały zaobserwowane niepokojące objawy, stanowiącego listę prototypowych objawów wczesnodziecięcych zachowań autystycznych, których rozpoznanie pozwala podejmować stosowną terapię jeszcze przed ukończeniem przez dziecko drugiego roku życia (Cieszyńska, Korendo, 2007). W krajach zachodnich badania przesiewowe wykonywane są w 18. miesiącu życia (Baron-Cohen, Allen, & Gillberg, 1992; Volkmar, Chawarska, & Klin, 2005; Charman, & Baron-Cohen, 2006; Barton, Dumont-Mathieu, & Fein, 2012) ze względu na trafność i rzetelność oraz stabilność prognostyczną (Baid et al., 2000). Warto również wspomnieć o narzędziach opracowanych dla zagrożonych zaburzeniami ze spektrum autyzmu lub innymi nieprawidłowościami rozwojowymi niemowląt w 12 i 14 miesiącu życia, tj Inwentarz Pierwszego Roku (*First Year Inventory – FYI*) (Reznick, Baranek, Reavis, Watson, & Crais 2007), czy Kwestionariusz do Przesiewowego Wczesnego Wykrywania Cech Autystycznych (*Early Screening of Autistic Traits Questionnaire – ESAT*) (Dietz, Swinkels, van Daalen, van Engeland, & Buitelaar 2006).

W Polsce, ze względu na małą dokładność prognostyczną badań bilansowych, Fundacja SYNAPSIS opracowała Program Wczesnego Wykrywania Zaburzeń Autystycznych u dzieci, w ramach którego, w ciągu 5 lat specjalistycznymi badaniami przesiewowymi objętych zostało 21500 dzieci (Wroniszewski, 2018).

Wczesne wykrywanie autyzmu lub jego ryzyka w trakcie badań przesiewowych umożliwia zapewnienie dzieciom dostępu do oddziaływań terapeutycznych w formie wczesnego wspomagania z wykorzystaniem interwencji opartych na dowodach w najbardziej sensytywnym okresie rozwoju (Zwaigenbaum et al., 2015), czyli wtedy, kiedy centralny układ nerwowy jest najbardziej plastyczny i powinno odbywać się to w sposób kompleksowy. Pierwsze lata życia są kluczowe dla dalszego rozwoju, ze względu na plastyczność mózgu umożliwiającą szybkie zmiany w obrębie struktur i sieci neuronalnych, warunkujące rozwój poznawczych, językowych i społecznych umiejętności (Dawson, 2008). Niemowlęta rozwijają się, obserwując preferowane obiekty społeczne (twarz matki), współdzielą emocje, rozwijają wspólne pole uwagi z osobami znaczącymi, uczą się przez doświadczenie w naturalnym środowisku w kontekście codziennych czynności opiekuńczych oraz podejmując interakcje w zabawie społecznej (Broadshaw, Steiner, Gengoux, & Koegel, 2015; Tomasello, & Carpenter, 2007; Parlade et al., 2009). Stymulacja tych niezbędnych rozwojowo kompetencji w ramach instytucjonalnie prowadzonej i kompleksowej wczesnej interwencji możliwa jest w oparciu o indywidualny program terapeutyczny. Dane dostępne od 2001 roku świadczą o efektywności wczesnej interwencji dla poprawy rozwoju dzieci, lecz jej wartość uzależniona jest od czasu rozpoczęcia – interwencja zainicjowana przed 3. rokiem życia dziecka jest bardziej efektywna aniżeli rozpoczęta po 5. roku (Kasari, & Patterson, 2012). Dla najmłodszych dzieci wczesna interwencja realizowana jest przy pomocy *Early Start Denver Model* (metoda wczesnej interwencji terapeutycznej przeznaczona dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w wieku od 12 miesięcy do 5 lat). Dla niektórych badaczy metoda ta jest najbardziej efektywna, o czym świadczą wyniki badań prowadzonych w wielu krajach (Dawson et al., 2010; Devescovi et al., 2016; Zhou et al., 2018). Jednakże badania prowadzone w tym zakresie wskazują, że postęp w rozwoju nie jest uzależniony od rodzaju zastosowanej metody ale od posiadanego przez dziecko potencjału rozwojowego w tym możliwości intelektualnych. (Eaves, & Ho, 2004; Vivanti, Prior, Williams, & Dissanayake, 2014).

Proces usprawniania i stymulacji rozwoju dziecka powinien być wielokierunkowy i obejmować różne obszary jego funkcjonowania. Ze względu na specyfikę oferowanej pomocy, sposób jej realizacji oraz jej adresatów

wyróżnia się *wczesną interwencję* oraz *wczesne wspomaganie*. Terminy te bywają również stosowane zamiennie, gdyż odnoszą się do szerszego kontekstu, a mianowicie do wspomagania rozwoju człowieka. Wczesna interwencja jest jedną z dróg wczesnego wspomagania rozwoju. Zamiennie używanie tych pojęć jest zasadne jedynie w ściśle określonym kontekście warunków, które gwarantują, że dany proces wspomagania będzie uwzględniał istotne cechy zmian rozwoju (Walczak, 2009). Wspomaganie rozwoju musi uwzględniać progresywność, stałość zmian oraz występowanie każdej zmiany w sekwencji rozwojowej przewidzianej dla określonej sfery rozwoju (Kielar-Turska, 2003). Jednakże w odniesieniu do aktualnych aktów prawnych wszechstronne, kompleksowe i systematyczne działania medyczne oraz rehabilitacyjne, czyli *wczesna interwencja*, prowadzone są w Polsce w ramach NFZ w odpowiednich placówkach. Natomiast wczesne wspomaganie ukierunkowane na stymulację rozwoju psychicznego dziecka realizowane jest przez specjalistów z zakresu psychologii i pedagogiki w poradniach i placówkach edukacyjnych. (Dz.U. z 2017 poz. 59 ze zm.², Dz.U. z 2017 r. poz. 1635³).

Pomimo systemowego ujęcia oraz umocowania legislacyjnego dostęp do wczesnej interwencji dla mieszkańców mniejszych miast wydaje się być w Polsce ograniczony. W wielu ośrodkach oczekiwanie na rozpoczęcie terapii trwa nawet ponad rok⁴. Dlatego pojawia się wiele inicjatyw społecznych, którym brak zorganizowanego, systemowego charakteru. Choć ilość propozycji jest duża, pojawia się problem z dostępnością usług z zakresu wczesnej interwencji, w tym liczbą godzin świadczeń przysługujących dziecku. Rekomendowane przez *The National Research Council* (USA) bezwzględne minimum oddziaływań terapeutycznych to 5 godzin dziennie wczesnej interwencji prowadzonych przez 5 dni w tygodniu wobec dzieci z ryzyka autyzmu lub z potwierdzoną diagnozą (Kasari, & Patterson, 2012). Fundamentalną kwestią jest nie tylko wczesne wykrywanie dysfunkcji i problemów rozwojowych, ale także możliwie najszybsze organizowanie działań wspomagających rozwój oraz wyrównywanie stwierdzonych deficytów i trudności. Wczesne wspomaganie rozwoju jest uzasadnione przez szczególną gotowość małego dziecka do uczenia się elementarnych umiejętności motorycznych, emocjonalnych i społecznych.

2 Ustawa z 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 poz. 59 ze zm.) - art. 112 ust. 2, art. 127 ust. 5.

3 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Dz.U. z 2017 r. poz. 1635) - § 2, § 3 ust. 2.

4 Rejestr kolejek do specjalistów, przygotowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia- <http://kolejki.nfz.gov.pl/>; raport NIK https://www.nik.gov.pl/plik/id,18657,v,artykul_17642.pdf

Niniejszy artykuł ma na celu ukazanie efektów rocznego programu oddziaływań terapeutycznych podjętych wobec dzieci w wieku 5–7 lat. Istotne jest ukazanie zmian, jakie zaszły w funkcjonowaniu dzieci w związku z realizowanym programem stymulacji rozwoju. Ze względu na specyfikę indywidualnych zaburzeń program terapeutyczny zanurzony jest w podejściu eklektycznym, w którym terapeuta poszukuje skutecznych technik odpowiadających na konkretne indywidualne potrzeby poddanej oddziaływaniom osoby i zawierał elementy terapii integracji sensorycznej, stymulacji motoryki małej i dogoterapii. Chociaż wykorzystane podejścia nie są powszechnie uznane za udowodnione naukowo ze względu na brak wyników dobrze kontrolowanych badań (Wong et al., 2014), to jednak stanowią metody wspomagające w uzasadnionych klinicznie indywidualnych przypadkach w przypadku realizacji eklektycznego podejścia terapeutycznego skoncentrowanego na osobie (Błeszyński, 2005; Bobkowicz-Lewartowska, 2007; Pisula, Danielewicz, 2010; Olechnowicz, Wiktorowicz, 2012). Eklektyzm nie zakłada wszakże dowolności i synkretyzmu oddziaływań, lecz jest podejściem integrującym doświadczeniowo potwierdzone i logicznie uzasadnione metody (Kawa, 2011).

Rozwój dziecka z ASD jest bardzo nieharmonijny, co w pewnym stopniu może wynikać z nadwrażliwości sensorycznej, która może być modyfikowana dzięki zastosowaniu metody integracji sensorycznej (Pfeiffer, Koenig, Kinnealey, Sheppard & Henderson, 2011; Devlin, Leader, & Healy, 2009; Fazlloğlu, & Baran, 2008; Komender, Jasielska, Bryńska, 2012; Sekułowicz, 2004; Case-Smith, Weaver, Fristad, 2014). Chociaż metoda integracji sensorycznej spotyka się z częstą krytyką, gdyż nie stanowi opartej na dowodach procedury (Wong et al., 2014), to jednak niejednokrotnie przez rodziców oraz dorosłe osoby z autyzmem jest przywoływana jako interwencja, która odegrała zasadniczą rolę w poprawie jakości życia i funkcjonowania. Proces odbioru wrażeń ma kluczowe znaczenie dla rozwoju całej struktury wyżej zorganizowanych procesów poznawczych, która implikuje budowanie obrazu siebie i świata (Baranek, Foster, & Berkson, 1997; Bogdashina, 2011; Grandin, 2016; Bluestone, 2015).

Stymulacja motoryki małej stanowi ważny element działań terapeutycznych ze względu na facylitujące znaczenie ruchu dla aktywności poznawczej i praktycznej (Piaget, 1966; Dzierżanka-Wyszyńska, 1972; Szot, 2003; Szot, Szot, 2012; Kuleczka-Raszewska, Markowska, 2012; Oberer, 2017).

Dogoterapia jako odmiana animaterapii została zapoczątkowana przez Borisa Levinsona (1969), który po raz pierwszy przedstawił naukowe argumenty na rzecz tezy, iż kontakt z psem usprawnia komunikację dzieci z autyzmem. Dogoterapia przynosi wiele pozytywnych efektów: stymuluje rozwój wspólnej uwagi, komunikacji werbalnej, samooceny i motywacji

oraz redukuje stres (Otto 2005). Systematyczny przegląd dobrze kontrolowanych choć niewielu istniejących dotychczas badań potwierdza jej efektywność (Berry, Borgi, Francia, Alleva, & Cirulli, 2013).

W związku z powyższym postawiono dwa szczegółowe pytania badawcze:

1. Czy realizowane w ciągu roku działania terapeutyczne stymulowały zmiany w zakresie mierzalnych wskaźników funkcjonowania psychoruchowego i społecznego dzieci z ASD?
2. Czy wspomagające, choć nieoparte na dowodach uzyskanych w randomizowanych badaniach specjalistyczne oddziaływania terapeutyczne (stymulacja integracji sensorycznej i motoryki małej oraz dogoterapia) prowadzą do wystąpienia obserwowalnych zmian w zachowaniu dzieci z ASD?

Metoda

Narzędzia i procedura

W celu udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania do oceny poziomu funkcjonowania społecznego i psychoruchowego uczestniczących w programie dzieci zastosowano Profil Psycho-Edukacyjny (PEP-R) oraz obserwację techniką próbek zdarzeń. Pomiary zostały dokonane przez rozpoczęciem programu terapeutycznego oraz po jego zakończeniu. Indywidualny program terapeutyczny realizowany był systematycznie przez okres 12 miesięcy. Uczestnicy uczestniczyli w zajęciach stymulacji motoryki małej i integracji sensorycznej oraz dogoterapii raz w tygodniu. Każde z planowanych zajęć odbywało się w innym dniu tygodnia i trwało 45 minut. Schemat zajęć opracowany przez terapeutów zaczynał się od powitania. Następnie części właściwej danego tematu oraz pożegnania.

Profil Psycho-Edukacyjny PEP-R (Schopler, Reichler, Bashford, Lansing, Marcus, 1995) to oparty na rozwojowej koncepcji oceny test służący do diagnozowania charakterystycznych, zindywidualizowanych sposobów uczenia się, pozwala na określenie aktualnego wieku rozwojowego oraz sfer najbliższego rozwoju, a także zachowań i problemów charakterystycznych dla zaburzeń ze spektrum autyzmu. Test składa się z następujących skal:

A. Skala Rozwoju (zawiera 131 zadań testowych): 1. Naśladowanie, 2. Percepcja, 3. Motoryka mała, 4. Motoryka duża, 5. Koordynacja wzrokowo-ruchowa, 6. Czynności poznawcze, 7. Komunikacja, mowa czynna.

B. Skala Zachowań (zawiera 43 zadania testowe): 1. Nawiązywanie kontaktów i reakcje emocjonalne, 2. Zabawa i zainteresowanie przedmiotami, 3. Reakcje na bodźce, 4. Mowa.

Skala Zachowań pełni funkcję pomocniczą przy stawianiu diagnozy funkcjonalnej oraz pozwala na różnicowanie zachowań rozwojowych od patologicznych w takich obszarach, jak kontakt wzrokowy, niewłaściwe wykorzystanie przedmiotów, nietypowe używanie słów, reakcje na wzmocnienia płynące ze środowiska.

Osoby badane

W programie terapeutycznym brało udział trzech urodzonych w Krakowie chłopców w wieku przedszkolnym, objętych edukacją w przedszkolu specjalnym w grupie dzieci z ASD⁵ w jednym ze specjalistycznych ośrodków dla dzieci zaburzeniami rozwojowymi na podstawie orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.

Szymon (lat 5) jest szczupłym i bardzo ruchliwym chłopcem. Podejmuje kontakt fizyczny i toleruje dotyk, lecz sam go nie inicjuje. Unika kontaktu wzrokowego, choć czasami potrafi długo patrzeć, wręcz wpatrywać się w oczy, śmiejąc się. Spontanicznie nie wchodzi w relacje z osobami (ani rówieśnikami, ani nauczycielami), wręcz ich unika, nie wita się, nie podchodzi, nie reaguje na imię. Przy próbach nawiązania kontaktu ucieka na drugi koniec sali, lecz zmuszony do kontaktu przez podanie ręki, nie protestuje. Komunikuje się przez prowadzenie i wskazywanie ręką drugiej osoby. Chłopiec obserwuje otoczenie społeczne, choć nie przejawia zainteresowania innymi dziećmi i nie podejmuje współpracy w zabawie. Sygnalizuje potrzeby fizjologiczne, lecz oczekuje pomocy w zakresie jedzenia, ubierania i rozbierania. Jest bardzo sprawny fizycznie: biega po sali, skacze, wchodzi na drabinki i sprzęty. Sprawnie pokonuje tor przeszkód (schody, zjeżdżalnia, ławeczka, gąbczaste walce). Sprawnie wbiega na schody i na stojąco zjeżdża po zjeżdżalni, nie patrząc pod nogi i nie okazując lęku. Natomiast przy wykonywaniu nowych ćwiczeń przejawia strach i napięcie. Po opanowaniu trwogi dziecko samodzielnie inicjuje ćwiczenia, które mu się podobały. Szymon nie lubi określonych form ruchu, np. huśtania i kręcenia wokół własnej osi. Dominującą cechą jego funkcjonowania jest wyraźne pobudzenie psychoruchowe, krąży po sali, bardzo rzadko przystając lub przysiadając na krótko, zatrzymany w jednym miejscu, np. posadzony na krześle szuka okazji do ucieczki.

Pod nadzorem jest w stanie pracować przy stoliku i układać puzzle, choć robi to automatycznie, bez kontroli wzroku i bez koncentracji na zadaniu. Czynności manualne (lepienie z plasteliny, rysowanie, naklejanie ziaren kaszy) stanowią dużą trudność, choć niejednokrotnie wykonuje spontanicznie precyzyjne ruchy.

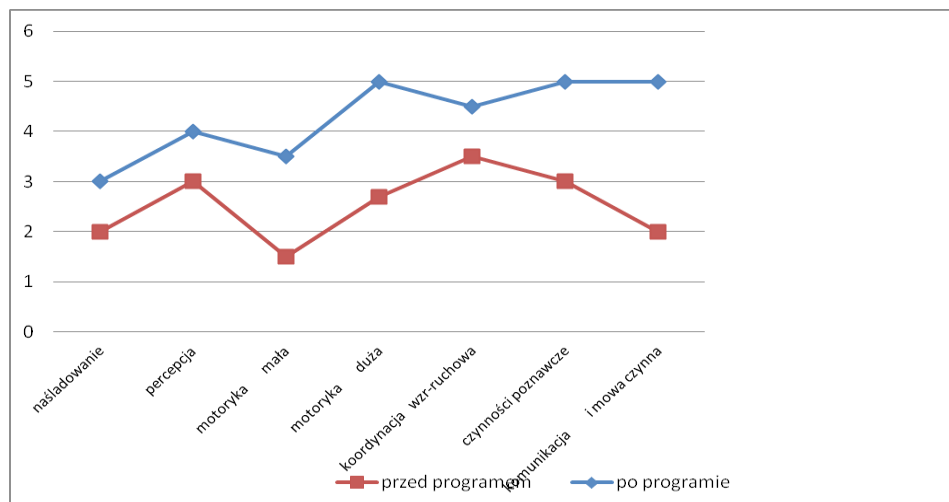
5 Imiona dzieci zostały zmienione

Piotr (lat 6) jest pogodnym i wesołym chłopcem, sprawnym fizycznie, zwłaszcza w zakresie motoryki dużej. Samodzielnie wykonuje czynności samoobsługowe (toaleta, jedzenie, ubieranie, rozbieranie). Potrafi skupić się nad wykonywaną czynnością, lecz wymaga kontrolowania. Przy zadaniach wymagających dłuższej koncentracji chłopiec szybciej się męczy. Rozumie złożone polecenia, ale często wymaga kilkakrotnego ich powtarzania ze względu na labilność uwagi. Potrafi dość dobrze rysować i spontanicznie, samodzielnie maluje. Chętnie naśladuje. Przejawia dużą wrażliwość słuchową. Toleruje dotyk, ale sam reguluje jego intensywność. Wydaje się być zainteresowany rówieśnikami, lecz nie podejmuje samodzielnie kontaktu ani zabawy. Ma bardzo dobrze rozwinięty słownik bierny i czynny, odpowiada na pytania, sporadycznie sam je zadaje (spontanicznie). Rzadko jednak używa mowy do komunikacji i złości się, kiedy jest do tego nakłaniany. Potrafi czytać i liczyć w zakresie 10-ciu, przepisuje z tablicy proste kształty.

Filip (lat 7) jest wesołym, pogodnym i bardzo ruchliwym chłopcem średniego wzrostu, z dość dużą nadwagą. W sytuacjach zadowolenia występuje pobudzenie psychoruchowe. U Filipa występuje dominacja prawej ręki, jednak często używa obu. Czynności samoobsługowe wykonuje samodzielnie (toaleta, mycie rąk i twarzy, wkładanie niektóre elementy garderoby, jedzenie). Filip krótko skupia się na proponowanej aktywności, wymaga wspomagania koncentracji uwagi i ciągłego motywowania do wykonywania czynności. Ma dość dobrze rozwinięty słownik bierny, rozumie polecenia i zazwyczaj je wykonuje. Pozostawiony bez kontroli kiwa się w przód i tył. Spontanicznie wypowiada pojedyncze słowa lub złożone wyrażenia, a czasami powtarza całe sentencje (teksty piosenek i wierszyki). Często wydaje nieartykułowane dźwięki zwłaszcza, gdy jest zadowolony lub rozbawiony. Takim stanom towarzyszy również ogólne pobudzenie psychoruchowe. W sytuacjach, które mu się podobają piszczy, skacze, biega. Ma dużą potrzebę ruchu i bardzo lubi zajęcia ruchowe, jednak szybko się męczy. Chłopiec, w niektórych sytuacjach wykazuje specyficzne umiejętności manualne (np. kładzie przedmioty na kciuku i utrzymuje je w równowadze), choć ogólna sprawność grafomotoryczna jest obniżona, U Filipa występuje nadwrażliwość słuchową - nie lubi nagłych, intensywnych dźwięków. Dostrzega swoich rówieśników i ich obserwuje, jednak z własnej inicjatywy nie wchodzi z nimi w kontakty, nawet jeżeli jest zmuszony współpracować.

Wyniki

Efekty realizowanego programu zostały oszacowane w oparciu o wyniki uzyskane w Skali Rozwoju PEP-R



Wykres 1. Średnie wyniki uzyskane przez badane dzieci w skali PEP-R przed- i po- realizacji programu terapeutycznego

Z przedstawionych na wykresie 1 danych wynika, że zaproponowane oddziaływania rehabilitacyjne pozytywnie wpłynęły na ogólne funkcjonowanie uczestniczących w nich chłopców. Wzrost opanowanych umiejętności i sprawności występuje we wszystkich sferach badanych poprzez poszczególne skale PEP-R, największy przyrost umiejętności nastąpił w zakresie komunikacji, funkcji poznawczych i motoryki dużej, natomiast motoryka mała osiągnęła mniejszy przyrost, a koordynacja, naśladownictwo i percepcja zmieniły się a najmniejszym stopniu.

Realizowane w trakcie rocznego programu zajęcia integracji sensorycznej ujawniły pozytywne efekty w zakresie funkcjonowania objętych programem chłopców. Szczegółowe wyniki obserwacji przeprowadzonych przed i po programie wczesnej interwencji pokazuje tabela 1.

Tabela 1. Indywidualne efekty oddziaływań zajęć integracji sensorycznej

Czynności dziecka	Szymon		Piotr		Filip	
	przed	po	przed	po	przed	po
Patrzy na ruchy ręki	-	V	-	V	-	V
Odwraca głowę na dźwięk dzwonka	-	V	V	V	-	V
Odwraca się na dźwięk ludzkiego głosu	-	V	-	V	-	V
Obserwuje bańki mydlane	-	V	V	V	V	V
Reaguje na mokre ubranie	-	V	V	V	V	V

Reaguje na brudne ubranie	-	V	V	V	V	V
Rozróżnia kształty	V	V	V	V	-	V
Rozróżnia kolory	V	V	V	V	-	V
Rozróżnia dźwięki	-	V	V	V	V	V
Reaguje na bodźce smakowe	-	V	V	V	-	V
Reaguje na gesty rąk	V	V	-	V	V	V
Reaguje na imię	-	V	-	V	V	V
Słucha muzyki	-	V	V	V	-	V
Skacze na jednej nodze	V	V	-	V	V	V
Patrzy na ilustracje w książce	-	V	-	V	-	V

* - brak reakcji podczas zajęć terapeutycznych w zakresie mierzonych wskaźników

V - reakcja podczas zajęć terapeutycznych w zakresie mierzonych wskaźników

Przed rozpoczęciem programu Szymon nie patrzył na ruchy ręki terapeuty, nie odwracał głowy na dźwięk dzwonka, nie reagował na swoje imię ani nie obserwował baniek mydlanych. Reagował na gesty rąk i rozróżniał kształty i kolory. Skakał na jednej nodze, lecz nie patrzył na ilustracje w książce. Również Piotr nie patrzył na ruchy ręki, nie odwracał głowy w kierunku ludzkiego głosu, lecz reagował na bodźce smakowe i słuchał muzyki, reagował na mokre i brudne ubranie. Rozróżniał kształty, kolory i dźwięki. Podobnie Filip, nie patrzył na ruchy rąk, nie rozróżniał kształtów, kolorów i bodźców smakowych. Potrafił jednak rozróżnić dźwięki, reagował na brudne i mokre ubrania.

Ważne zmiany nastąpiły po realizacji programu w zakresie wrażliwości sensorycznej uczestniczących w programie chłopców. Po zakończeniu programu Szymon poczynił postępy we wszystkich badanych obszarach. Piotr poczynił postępy w identyfikacji bodźców westybularnych (przedsińkowych, związanych z ruchem głowy) i proprioceptywnych (czucie głębokie), dzięki czemu opanował umiejętność stania na jednej nodze. Również Filip poczynił postępy w zakresie wszystkich badanych obszarów.

Realizowane w trakcie programu zajęcia stymulacji motoryki małej ujawniły pozytywne efekty w zakresie poszczególnych precyzyjnych sprawności, a także poprawy stanu emocjonalnego dziecka. Szczegółowe wyniki obserwacji przeprowadzonych przed i po programie wczesnej interwencji pokazuje tabela 2.

Tabela 2. Indywidualne efekty oddziaływań zajęć stymulacji motoryki małej.

Czynności dziecka	Szymon		Piotr		Filip	
	przed	po	przed	po	przed	po
Jest spokojny i rozluźniony w czasie zajęć	-	V	-	V	-	V
Wykazuje zainteresowanie zajęciami	V	V	-	V	-	V
Koncentruje się na wykonywanych ćwiczeniach	-	V	-	V	-	V
Drze kartki papieru	V	V	V	V	V	V
Samodzielnie odrysowuje kształty	V	V	-	V	V	V
Samodzielnie rysuje	-	V	-	V	-	V
Bawi się plasteliną	V	V	-	V	-	V
Maluje farbami	V	V	-	V	-	V
Samodzielnie wycina nożyczkami	-	V		V	-	V

* - brak reakcji podczas zajęć terapeutycznych w zakresie mierzonych wskaźników

V - reakcja podczas zajęć terapeutycznych w zakresie mierzonych wskaźników

Przed programem Szymon wykazywał słabą koncentrację uwagi i niepokój, choć był zainteresowany i aktywny. Samodzielnie darł kartki papieru, obrysowywał kształty, bawił się plasteliną, malował farbami, jednakże nie rysował samodzielnie i nie wycinał nożyczkami. Piotr również był niespokojny, nie wykazywał zainteresowania zajęciami i nie był skoncentrowany na zadaniach. Darł kartki papieru, lecz nie podejmował innych bardziej złożonych zajęć motorycznych (rysowanie, wycinanie, malowanie, zabawa plasteliną). Filip również nie wykazywał zainteresowania zajęciami i nie był skoncentrowany na zadaniach. Był niespokojny i darł kartki, a także podejmował samodzielne obrysowywanie kształtów.

Po treningu u badanych chłopców nastąpiła wyraźna zmiana stanu emocjonalnego i stopnia zainteresowania zadaniami, także w zakresie konkretnych umiejętności manipulacyjnych. Szymon wykazywał koncentrację i zainteresowanie zajęciami, samodzielnie rysował, malował farbami i bawił się plasteliną, lecz potrzebował pomocy podczas wycinania nożyczkami. Piotr wykazywał zainteresowanie zajęciami i koncentrację na zadaniu, samodzielnie rysował, malował farbami. Filip po zakończonym programie podejmował czynności z zakresu motoryki małej, jednak w dalszym ciągu nie wycinał samodzielnie nożyczkami.

Roczne realizowanie programu wykorzystującego elementy dogoterapii przyniosło konkretne efekty w kontakcie z psem. Szczegółowe wyniki

obserwacji przeprowadzonych przed- i po- programie wczesnej interwencji pokazuje tabela 3.

Tabela 3. Indywidualne efekty oddziaływań dogoterapii

Czynności dziecka	Szymon		Piotr		Filip	
	przed	po	przed	po	przed	po
Jest spokojny i rozluźniony w czasie zajęć	-	V	V	V	V	V
Patrzy w kierunku psa	V	-	-	V	V	V
Wykazuje zainteresowanie psem	-	V	V	V	V	V
Samodzielnie podchodzi do psa	-	V	-	V	V	V
Samodzielnie dotyka (głaszcze) psa	-	V	-	V	-	V
Karmi psa	-	V	-	V	-	V

* - brak reakcji podczas zajęć terapeutycznych w zakresie mierzonych wskaźników

V - reakcja podczas zajęć terapeutycznych w zakresie mierzonych wskaźników

Tabela 3 prezentuje zróżnicowane indywidualnie efekty dogoterapii realizowanej wobec chłopców objętych programem terapeutycznym. Na początku zajęć z dogoterapii Szymon wydawał się nie zauważać psa, był w stosunku do niego obojętny, choć z bezpiecznej odległości go obserwował, przejawiając niepokój (krzyczał i machał rękami). Piotr jednak nie patrzył na psa i nie podchodził do niego samodzielnie, lecz wykazywał odruch orientacyjny (odwracał głowę, gdy pies zaszczekał). Był spokojny i rozluźniony. Natomiast Filip wykazywał zainteresowanie psem, zauważał go, podchodził samodzielnie do niego, lecz go nie głaskał i nie karmił.

Po programie u Szymona nastąpiła wyraźna zmiana stanu emocjonalnego (był spokojny i rozluźniony w kontakcie z psem), oczekiwał na nadejście psa z radością. Jednak w dalszym ciągu nie dotykał psa, nie karmił i nie podchodził spontanicznie. Piotr przejawiał pozytywne emocje, był zadowolony i odprężony, a także zaczął samodzielnie psa głaskać i karmić. Natomiast Filip był wyraźnie zadowolony i pobudzony: śmiał się, machał rękami, samodzielnie głaskał psa i karmił.

Dyskusja

Uzyskane na podstawie obserwacji funkcjonowania trzech chłopców w wieku przedszkolnym wyniki ukazują indywidualną efektywność terapii dla ogólnej poprawy funkcjonowania psychoruchowego i społecznego, w ocenianych przy użyciu skali PEP-R obszarach. Intensywna i systematyczna praca z dziećmi została podjęta stosunkowo późno w stosunku do zaleceń (Kasari,

Patterson, 2012), lecz była realizowana systematycznie, choć z bardzo małą częstotliwością. Mimo tych ograniczeń przyniosła korzystne rezultaty, szczególnie w zakresie percepcji, motoryki małej i dużej oraz komunikacji.

Interwencje porządkujące doświadczenia sensoryczne mają na celu regulację nieadekwatnej do symulacji zewnętrznej reakcji na bodźce wewnętrzne (Goldstein, 2000; Iarocci, & McDonald, 2006). Opracowana przez Jean Ayres koncepcja Integracji Sensorycznej (Ayres, 1989, 2005) opiera się na przekonaniu, że zmiana doświadczenia zmieni sposób, w jaki mózg integruje sensoryczne informacje i spowoduje, że wyższe ośrodki przejmą kontrolę nad niższymi ośrodkami sensoryczno-motorycznymi (Schaaf, & Miller, 2005). Chociaż to podejście jest często używane wobec osób z ASD, istnieje niewiele badań opartych na dowodach empirycznych potwierdzających jego efektywność (Baranek, Parham, & Bodfish, 2005; Borkowska, 2010) oraz związek z regulacją emocji i redukcją zachowań trudnych (Devlin, Leader, & Healy, 2009). Jednakże opisy indywidualnych oddziaływań realizowanych w ramach niedyrektywnego i eklektycznego podejścia świadczą o ich skuteczności (Olechnowicz, 1997, 2000, 2004).

Zastosowana dogoterapia okazała się skuteczna w zakresie zmniejszenia lęku przed psem, co jest zgodne z wynikami badań ukazującymi takie efekty zarówno u dzieci, jak i dorosłych osób (Hines, 2003; Jalongo, Astorino, & Bomboy, 2004; Karol, 2007; Lefkowitz, Paharia, Prout, Debiak, & Bleiberg, 2005; Liptak, 2005; Parshall, 2003). Dostępne badania wskazują, że wspomniana terapia jest pomocna dla wielu osób z autyzmem (Pavlidis, 2008; Siewertsen, French, Teramoto, 2015) i może być indywidualnie efektywna (Redefer, Goodman, 1989). Ogólnego podsumowania dostarcza metaanaliza 49 badań poświęconych wspomaganemu zwierzętami terapii dzieci z autyzmem, która wykazała, iż animaterapia skutecznie stymuluje rozwój umiejętności społecznych i komunikacyjnych oraz ogranicza koncentrację na własnej osobie (Nimer, & Lundahl, 2007). Polskie doświadczenia również potwierdzają zasadność prowadzenia dogoterapii jako elementu kompleksowego wspomaganie rozwoju dzieci z ASD (Goździewska (2009).

Zaobserwowane zmiany w funkcjonowaniu objętych programem wczesnego wspomaganie chłopców można uznać za efekt kompleksowo realizowanej interwencji, bazującej na podejściu rozwojowym, co jest zgodne z wynikami badań świadczących, iż takie oddziaływania przynoszą poprawę w funkcjonowaniu adaptacyjnym dzieci z autyzmem (Dawson, 2008; Dawson et al., 2010; Ben-Itzhak, Zachor, 2009; Remington et al., 2007; Cohen, Amerine-Dickens, Smith, 2006). Efektywność wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci z ASD zależy wszakże od jego potencjału rozwojowego, a w szczególności od możliwości intelektualnych, a nie od rodzaju zastosowanej metody (Eaves, & Ho, 2004; Vivanti, Prior, Williams, & Dissanayake, 2014).

Podjęcie wczesnej interwencji w okresie przedszkolnym w zaproponowanym zakresie dostosowanym do indywidualnych potrzeb rozwojowych uczestników programu sprzyja stymulacji ich rozwoju, ale także jest poparte argumentami natury ekonomicznej. Dzieci objęte wczesnym wspomaganie rozwoju wymagają w okresie szkolnym znacznie mniej intensywnych oddziaływań terapeutycznych w ramach kształcenia specjalnego aniżeli dzieci, które nie były objęte taką interwencją (Ball, 2016). Prawidłowość ta przekłada się na wskaźniki ekonomiczne, które ukazują znaczącą różnicę w kosztach kształcenia specjalnego ponoszonych przez rząd federalny USA w zależności od wieku dziecka, w którym zostało objęte intensywną interwencją. Koszt edukacji szkolnej ucznia, który był objęty wczesnym wspomaganie rozwoju wynosi 37 273 \$, w porównaniu do prawie dwukrotnie wyższego kosztu kształcenia (53 340 \$) ucznia objętego wspomaganie rozwoju dopiero w wieku 6 lat (ibidem, 2016). Niestety w Polsce brak jest precyzyjnych i długoterminowych analiz ekonomicznych, lecz można przypuszczać, iż zaobserwowane w innych krajach prawidłowości także mają zastosowanie.

Z przeprowadzonych badań wynika, że różnorodne oddziaływania rehabilitacyjne pozytywnie wpłynęły na ogólne funkcjonowanie dzieci. Stosowane różnorodne formy oddziaływań stymulujących integrację sensoryczną, motorykę małą oraz kontakt z psem przyniosły korzystny efekt obserwowany w ich funkcjonowaniu. Wzrost opanowanych umiejętności i sprawności występuje we wszystkich badanych sferach. Największy przyrost nastąpił w zakresie komunikacji i dużej motoryki, nieco mniejszy przyrost obserwowano w zakresie funkcji poznawczych i małej motoryki, a najmniejszy w zakresie koordynacji, naśladownictwa i percepcji. Wyniki te sugerują, iż uczestniczący w programie chłopcy powinni być objęci dalszymi oddziaływaniami terapeutycznymi dostosowanymi do indywidualnych możliwości i obejmującymi wszystkie sfery rozwoju, tak aby niwelować funkcjonalne objawy autyzmu oraz wypracować kompensujące je sprawności (Livingston, & Happe, 2017).

Warto tutaj wspomnieć, iż nawet przy stosunkowo intensywnych oddziaływaniach, długoterminowe i znaczące wyniki interwencji będą zależały od wielu czynników, między innymi zapewnienia optymalnych rodzinnych wzorców interakcji. Dlatego tak ważne staje się angażowanie rodziny we wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z ASD. Oparcie działań terapeutycznych na partnerskiej współpracy specjalistów z rodzicami jest nie tylko pożądane, ale konieczne dla efektywnego realizowania programów (Skórczyńska, 2006). Aktywne włączanie w proces terapeutyczny i zaangażowanie rodziny może mieć pozytywny wpływ na wyniki rozwojowe. Zaangażowanie rodziców i opiekunów zwiększa ilość czasu interwencji dostarczanego dziecku.

Rodzice są cennym, integralnym ogniwem w procesie wczesnej interwencji (Li, Potměšil, 2016). Są również ważnymi decydentami, jeśli chodzi o każdy aspekt programów wczesnej interwencji. Istnieje kilka różnych programów wczesnego wspomagania przeznaczonych dla rodziców, jak chociażby wspomniany *Early Start Denver Model*, czy też *Pivotal Response Training*, *Metoda Hanen*, *Komunikacja Społeczna*, *Kontrola Emocji*, *Wsparcie Transakcji* (SCERTS). Większość działań interwencyjnych stosowanych przez rodziców podkreśla znaczenie pozytywnych emocji i dobrych relacji pomiędzy rodzicami a dziećmi we wzmacnianiu procesu rozwoju. Badania pokazują, że relacje społeczne pomiędzy rodzicami a dziećmi stanowią fundament nauki i komunikowania się (Beaudoin, Sebire, & Couture, 2014).

Zaprezentowana w niniejszym artykule próba analizy przypadku stanowi egzemplifikację ukazującą efektywność różnorodnych działań rehabilitacyjnych stosowanych wobec dzieci z ASD. Wczesne wspomaganie daje dziecku szansę na maksymalne wykorzystanie możliwości, a jego rodzicom stwarza szansę na efektywne radzenie sobie z trudnościami związanymi z zaburzeniami rozwoju ich dziecka. Na podstawie analizy jakościowej uzyskanych wyników można sformułować następujące wnioski:

1. Realizowane w ciągu roku działania terapeutyczne stymulowały zmiany w zakresie mierzalnych wskaźników funkcjonowania psychoruchowego i społecznego dzieci z ASD.

2. Wspomagające, choć nieoparte na statystycznie weryfikowanych dowodach uzyskanych w randomizowanych badaniach specjalistyczne oddziaływania terapeutyczne (stymulacja integracji sensorycznej i motoryki małej oraz dogoterapia) przyczyniły się do wystąpienia obserwowalnych zmian w zachowaniu dzieci z ASD.

Wobec ograniczeń metodologicznych studium indywidualnych przypadków, choć jest to metoda powszechnie stosowaną w naukach społecznych i humanistycznych, stanowi ono jedynie sposób egzemplifikacji danych zebranych przy pomocy innych (jakościowych lub też ilościowych) metod. Z tego też względu, a także z powodu bardzo ograniczonej liczebności próby, zaprezentowane w niniejszym artykule opisy pozytywnych oddziaływań nie stanowią podstaw do wyprowadzenia ogólnych wniosków pozwalających rozstrzygnąć kwestie skuteczności terapeutycznej, tak ważne dla praktyki społecznej. Jednakże mają pewną wartość poznawczą, gdyż pozwalają na możliwie pełny opis funkcjonowania dziecka z ASD oraz zmian obserwowanych po zastosowaniu programu terapeutycznego, a także wartość ukierunkowaną na zrozumienie trudności funkcjonalnych. Prezentowane wyniki indywidualne mogą stanowić zatem przesłankę dla prowadzenia intensywnych zrandomizowanych badań naukowych weryfikujących wpływające z postawionych pytań badawczych hipotezy.

Bibliografia

- Ayres, A. J. (1989). *Sensory Integration and Praxis Tests*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. (2005). *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Baio J., Wiggins L., Christensen D.L., Maenner M.J., Daniels J., Warren Z., Kurzius-Spencer M., Zahorodny W., Robinson Rosenberg C., White T., Durkin M.S., Imm P., Nikolaou L., Yeargin-Allsopp M., Lee LC, Harrington R., Lopez M., Fitzgerald R.T., Hewitt A., Pettygrove S., Constantino J.N., Vehorn A., Shenouda J., Hall-Lande J., Van Naarden Braun K., Dowling N.F. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 67, 6, 1–23. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585>
- Baird, G., Charman, T., Baron-Cohen, S., Cox, A., Swettenham, J., Wheelwright, S., & Drew, A. (2000). A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 39(6), 694–702.
- Ball, J. (2016). *Autyzm a wczesna interwencja. Rzeczowe pytania, życiowe odpowiedzi*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, Universalis
- Baranek, G. T., Foster, L. G., & Berkson, G. (1997). Sensory defensiveness in persons with developmental disabilities. *Occupational Therapy Journal of Research*, 17, 173–185.
- Baranek, G.T., Parham, L.D., & Bodfish, J.W. (2005). Sensory and motor features in autism: Assessment and intervention. In: F. Volkmar et al. (Eds) (1991). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (831–857). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*. 161, 839–843.
- Barton, M.L., Dumont-Mathieu, T., & Fein, D. (2012). Screening young children for autism spectrum disorders in primary practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 42(6), 1165–74.1343-5.
- Beaudoin, J., Sebire G., Couture M. (2014) Parent Training Interventions for Toddlers with Autism Spectrum Disorder, *Autism Research and Treatment*.
- Ben-Itzhak, E., & Zachor D.A. (2009). Change in autism classification with early intervention: predictors and outcomes. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(4), 967–976.
- Berry, A., Borgi, M., Francia, N., Alleva, E., & Cirulli F. (2013). Use of Assistance and Therapy Dogs for Children with Autism Spectrum Disorders: A Critical Review of the Current Evidence. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(2), 73–80.
- Bluestone, J. (2015). *Materia AUTYZMU. Łączenie wątków w spójną teorię*. Warszawa: Fundacja Rozwiązać Autyzm.
- Błęszyński, J. (2005). *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bobkovicz-Lewartowska L. (2007). *Autyzm wczesnodziecięcy – zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bogdashina, O. (2011). Sensory Perceptual Issues in Autism: Why We Should Listen to Those Who Experience Them. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica*. V, 145–160.
- Borkowska, A. (2010). *Zrozumieć świat ucznia z zespołem Aspergera*. Gdańsk: Harmonia.

- Broadshaw, J., Steiner, A.M., Gengou, V.G., & Koegel, L.K. (2015). Feasibility and effectiveness of very early intervention for infant at-risk for autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 3, 778–794.
- Case-Smith, J., Weaver, L.L., Fristad, M.A. (2014). A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism*, 19(2), 133–148.
- Charman, T., & Baron-Cohen, S. (2006). Screening for autism spectrum disorders in populations: progress, challenges, and questions for future research and practice. In T. Charman, & W. Stone (Eds.), *Social and communication development in autism spectrum disorders. Early identification, diagnosis and intervention* (63–87). New York: Guilford.
- Cieszyńska J., Korendo M. (2007). *Wczesna interwencja terapeutyczna*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Cohen, H., Amerine-Dickens, M., & Smith, T. (2006). Early intensive behavioral treatment: replication of the UCLA model in a community setting. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 27(2), 145–155.
- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Developmental Psychopathology*, 20, 775–803.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), 17–23. doi: 10.1542/peds.2009-0958 (dostęp 20.09.2018)
- Devescovi, R., Monista, L., Mancini, A., Bin, M., Vellante, V., Carrozzi, M., Colombi, C. (2016). Early diagnosis and Early Start Denver Model intervention in autism spectrum disorders delivered in an Italian Public Health System service. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1379–1384. doi: 10.2147/NDT.S106850
- Devlin, S., Leader, G., & Healy, O. (2009). Comparison of behavioral intervention and sensory-integration therapy in the treatment of self-injurious behavior. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(1), 223–231. doi: 10.1016/j.rasd.2008.06.004
- Dietz, C., Swinkels, S., Van Daalen, E., Van Engeland, H., Buitelaar, J. K. (2006). Screening for autistic spectrum disorder in children aged 14-15 months. II: population screening with the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). Design and general findings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (6), 713–722. doi:10.1007/s10803-006-0114-1.
- Dillenburger, K., Jordan, J.A., McKerr, L., Devine, P., & Keenan, M. (2013). Awareness and knowledge of autism and autism interventions: A general population survey. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 12, 1558–1567.
- Dziennik Ustaw, 2013 poz. 1257, Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 roku.
- Dzierżanka-Wyszyńska, A. (1972). *Rozwój psychomotoryczny małego dziecka*. Warszawa: PZWS.
- Eaves, L.C., & Ho, H.H. (2004). The very early identification of autism: outcome to age 4 1/2-5. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 34(4), 367–78.
- Fazlıoğlu, Y., & Baran, G. (2008). A sensory integration therapy program on sensory problems for children with autism. *Perceptual and Motor Skills*, 106(2), 415–422. doi: 10.2466/pms.106.2.415-422

- Goldstein, H. (2000). Commentary: Interventionists to facilitate auditory, visual, and motor integration: 'Show me the data.' *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 423–425.
- Goździewska, K. (2009). Dogoterapia jako element kompleksowej rehabilitacji dzieci z autyzmem. *Dziecko Autystyczne*, 9, 16–22.
- Grandin, T. (2016). *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*. Kraków: Copernicus Center Press.
- Hines, L.M. (2003). Historical perspectives on the human-animal bond. *American Behavioral Scientist*, 47(7), 9–16.
- Iarocci, G., & McDonald, J. (2006). Sensory integration and the perceptual experience of persons with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, (1) 77–90.
- Jalongo, M.R., Astorino, T., & Bomboy, N. (2004). Canine visitors: The influence of therapy dogs on young children's learning and well-being in classrooms and hospitals. *Early Childhood Education Journal*, 32(1), 9–16.
- Karol, J. (2007). Applying a traditional individual psychotherapy model to equine facilitated psychotherapy (EFP): Theory and method. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 12(1), 77–90.
- Kasari C., Patterson S., (2012). Intervention sad dressing social impairment in autism. *Current Psychiatry Reports*, 14, 6, 713–725.
- Kawa, R. (2011). Integracja podejść oraz technik terapeutycznych w pracy z dziećmi z autyzmem. *Psychologia Rozwojowa*, 16, 4, 5–60.
- Kielar-Turska M. (2003). Analiza pola semantycznego terminów związanych ze wspomaganiami rozwoju, W: B. Kaja (red.). *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja, psychokorekcja*, (11–24) Bydgoszcz: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Komender, J., Jasielska, G., Bryńska, A. (2012). *Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa: PZWL.
- Kuleczka-Raszewska, M., Markowska, D. (2012). *Uczę się poprzez ruch. Program terapii dla dzieci autystycznych i z niepełnosprawnością sprzężoną*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Lefkowitz, C., Paharia, I., Prout, M., Debiak, D., & Bleiberg J. (2005). Animal-assisted prolonged exposure: A treatment for survivors of sexual assault suffering posttraumatic stress disorder. *Society and Animals*, 13(4), 275–295.
- Levinson, B. (1969). *Pet-oriented child psychotherapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas
- Li, X., & Potmesil, M. (2016). *Early intervention for children with developmental disabilities - a family centred approach*. Olomouc: Palacký University.
- Linderman, T.M., & Stewart, K.B. (1999). Sensory integrative based occupational therapy and functional outcomes in young children with pervasive developmental disorders: A single subject study. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 207–213.
- Liptak, G.S. (2005). Complementary and alternative therapies for cerebral palsy. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(1), 156–163.
- Livingston, L.A., Happé, F. (2017). Conceptualising compensation in neurodevelopmental disorders: Reflections from autism spectrum disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 729–742,
- Macauley, B. & Gutierrez, K. (2004). The effectiveness of hippotherapy for children with language-learning disabilities. *Communications Disorders Quarterly*, 25(4). 205–217.
- Martin, F. & Farnum, J. (2002). Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorders. *Western Journal of Nursing Research*, 24,(6), 657–670.

- Nimer, J. & Lundahl, B. (2007). Animal-assisted therapy: A meta-analysis. *Anthrozoos*, 20(3), 225–238.
- Oberer, N., Gashaj, V., Roebbers, C. (2017). Motor skills in kindergarten: Internal structure, cognitive correlates and relationships to background variables. *Human Movement Science*. 52. 170-180. 10.1016/j.humov.2017.02.002.
- Olechnowicz, H. (1997). *Opowieści terapeutów*. Warszawa: WSiP
- Olechnowicz, H. (2000). *Drugie opowieści terapeutów*. Warszawa: WSiP S.A.
- Olechnowicz, H. (20004). *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*. Warszawa: WSiP.
- Olechnowicz, H. Wiktorowicz R. (2012). *Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego*. Warszawa, PWN,
- Otto J. (2005). Dogoterapia w terapii autyzmu. W: D. Danielewicz, E. Pisula (red.), *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*. Kraków: Wydawnictwo IMPULS.
- Parlade, M.V., Messinger, D.S., Delgado, C.E., Kaiser, M.Y., Van Hecke, A.V., & Mundy, P.C. (2009). Anticipatory smiling: Linking early affective communication and social outcome. *Infant Behavior and Development*, 32(1), 33–43.
- Parshall, D. (2003). Research and reflection: Animal-assisted therapy in mental health settings. *Counseling and Values*, 48, 47–56.
- Pavlidis, M. (2008). *Animal-assisted interventions for individuals with autism*. London, England: Jessica Kingsley Publishers.
- Pfeiffer, B.A., Koenig, K., Kinnealey, M., Sheppard, M., & Henderson, L. (2011). Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: A pilot study. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 76–85. doi: 10.5014/ajot.2011.09205
- Piaget, J. (1966). *Narodziny inteligencji dziecka*. Przeł. M. Przetacznikowa. Warszawa: PWN.
- Pisula, E., Danielewicz D. (2010). *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls
- Redefer, L.A. & Goodman, J.F. (1989). Brief report: Pet-facilitated therapy with autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 461–467.
- Remington, B., Hastings, R.P., Kovshoff, H., degliEspinosa, F., Jahr, E., Brown, T., Alsford, P., Lemaic, M., & Ward, N. (2007). Early intensive behavioral intervention: outcomes for children with autism and their parents after two years. *American Journal of Mental Retardation*, 112(6), 418–438.
- Reznick, S.J., Baranek, G., Reavis, S., Watson, L., & Crais, E. (2007). A parent-report instrument for identifying one-year-olds at risk for an eventual diagnosis of autism: the first year inventory. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1691–710.
- Schaaf, R.C., Miller, L.J. (2005). Occupational therapy using a sensory integrative approach for children with developmental disabilities. *Mental Retardation Developmental Disability Research Review*, 11(2), 143–8.
- Schopler, E., Reichler, R.J., Bashford, A., Lansing, M. D. Marcus, L. M. (1995). *Profil Psychoedukacyjny*. Gdańsk: SPOA.
- Sekułowicz, M. (2004). Metoda integracji sensorycznej w diagnozie i terapii dzieci z autyzmem. W: J.J. Błęszyński (red.), *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem. Teoria – Metodologia – Przykłady* (31–38). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Siewertsen, C.M., French, E.D., & Teramoto, M. (2015). Autism spectrum disorder and pet therapy. *Advances in Mind Body Medicine*, 29 (2), 22–25.
- Skórczyńska M., (2006). Podejście zorientowane na rodzinę we współczesnej teorii i praktyce wczesnej interwencji, W: B. Cytowska, B. Wilczura (red.) *Dziecko z zabu-*

- rzeniami w rozwoju. *Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne*, (282–286). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Szot, Z. (2003). *Aktywność ruchowa w terapii dzieci autystycznych*. Gdańsk, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu. Wydawnictwo Uczelniane.
- Szot, Z., Szot, T. (2012). *Aktywność ruchowa osób z rzadkimi zaburzeniami rozwojowymi. Autyzm, zespoły Retta i Aspergera*. Gdańsk, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu Wydawnictwa Uczelniane.
- Tomasello, M., Carpenter, M. (2007). Shared intentionality. *Developmental Science*, 10(1), 121–125.
- Vivanti, G., Prior, M., Williams, K., & Dissanayake, C. (2014). Predictors of outcomes in autism early intervention: why don't we know more? *Frontiers in Pediatrics*, 2, 58. doi: 10.3389/fped.2014.00058
- Volkmar, F., Chawarska K., & Klin A., (2005). Autism in infancy and early childhood. *Anna Review of Psychology*, 56, 315–36.
- Walczak, G. (2009). Wczesna interwencja a wczesne wspomaganie rozwoju – kwestie terminologiczne. W: M. Bielska-Łach (red.). *Pedagogika specjalna. Różne poszukiwania – wspólna misja*. (232–238). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Wong, C., Odom, S.L., Hume, K. Cox, A.W., Fettig, A., Kucharczyk, S., Brock, M.E., Plavnick, J.B., Fleury, V.P., & Schultz, T.R. (2014). *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism Spectrum Disorder*. Chapel Hill: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, <http://autism-pdc.fpg.unc.edu/sites/autismpdc.fpg.unc.edu/files/2014-EBP-Report.pdf> (dostęp, 20.11.2018).
- Wroniszewski, M. (2018). *Konsekwencje coraz wcześniejszego diagnozowania zaburzeń autystycznych. Międzynarodowa Konferencja Naukowa Focus on Autism*. Kraków: Uniwersytet Pedagogiczny. Wystąpienia konferencyjne
- Zhou, B., Xu, Q., Li, H., Zhang, Y., Wang, Y., Rogers, S.J. & Xu, X. (2018). Effects of Parent-Implemented Early Start Denver Model Intervention on Chinese Toddlers with Autism Spectrum Disorder: A Non-Randomized Controlled Trial. *Autism Research*, 11(4), 654–666. doi: 10.1002/aur.1917.
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M.L., Stone, W.L., Yirmiya, N., Estes, A., Hansen, R.L., McPartland, J.C., Natowicz, M.R., Choueiri, R., Fein, D., Kasari, C., Pierce, K., Buie, T., Carter, A., Davis, P.A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., Newschaffer, C., Robins, D., Roley, S.S., Wagner, S., & Wetherby, A. (2015). Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*, 136, Suppl 1, 10–40. doi: 10.1542/peds.2014-3667C.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Psychologica XI (2018)

ISSN 2084-5596

DOI 10.24917/20845596.11.13

Joanna Kossewska¹

Department of Psychology Pedagogical University of Cracow

Katarzyna Sarlej

Students' Club Supporting Persons with Autism

Department of Psychology, Pedagogical University of Cracow

Knowledge about autism by Polish future psychologists

Abstract

The appropriate level of professional knowledge about autism is the fundamental factor of the adequate diagnosis, treatment, and professional service of children with autism and their families. Although research on the knowledge about autism was conducted in various professional groups and in many countries, not much of it is related to future psychologists and none to students of pharmacy. The aim of this study was to fill this gap. A total of 80 students participated in the survey (40 students of psychology and 40 of pharmacy) and filled in the Questionnaire on the knowledge of autism by Janikowska and Rychlewska. Two assumed hypothesis (1. the higher knowledge of symptom identification and therapy forms among psychology students than in pharmacy students; and 2. the lower knowledge of etiological factors and comorbid disorders among psychology students than in pharmacy students) were partially confirmed.

Keywords: autism, knowledge, future psychologist, future specialist of pharmacy

Wiedza o autyzmie u polskich adeptów psychologii

Streszczenie

Podstawowym warunkiem adekwatnej diagnozy oraz właściwego procesu leczenia i nauczania dzieci z autyzmem oraz wspierania rodziny jest odpowiedni poziom wiedzy profesjonalistów na temat autyzmu.

Badania na temat wiedzy o autyzmie prowadzone są w różnych grupach zawodowych w wielu krajach świata, lecz tylko nieliczne dotyczą przyszłych psychologów, a żadne nie obejmują studentów farmacji. Celem prezentowanych badań było więc uzupełnienie tego braku. W badaniu realizowanym przy użyciu *Kwestionariusza wiedzy o autyzmie* Janikowskiej i Rychlewskiej wzięło udział 80 studentów (40 studentów psychologii i 40 studentów farmacji). Wyniki potwierdziły częściowe postawione na wstępie dwie hipotezy: 1. Studenci psychologii charakteryzują się lepszą znajomością symptomów

¹ Adres do korespondencji: joanna.kossewska@up.krakow.pl

autyzmu i form terapii w porównaniu ze studentami farmacji natomiast 2. niższą wiedzą na temat czynników etiologicznych i chorób współistniejących.

Keywords: autyzm, wiedza, przyszli psycholodzy, przyszli farmakolodzy

Introduction

Autism spectrum disorder (ASD), a neurodevelopmental disorder, has been found to start from early prenatal or postnatal impairments influenced by different factors. Since 2013, ASD has been defined on a behavioural basis and can be characterized by impairments in two areas: social interactions and communication (both reciprocal verbal and nonverbal), as well as a range of interests and activities (DSM-5). Currently, autism seems to affect more children than previously observed. Current epidemiological studies in the USA report ASD prevalence as 9,5% in children aged 3 through 5 and 9,1% in children aged 6 to 21 (Report, 2017). Detection of the factors responsible for such an increased prevalence of autism is fundamental for early prevention. However, ASD is conditioned and multi-factorial and it is not easy to eliminate causal determinants. The knowledge about the factors and mechanism of this impairment is very important for the whole population. Although ASD is a very serious and pervasive disease with very different processual dysfunctions, in the USA, most children with ASD are fully or partly included in regular classes, which allows more than 60% of them to graduate with a regular high school diploma between the age of 14 and 21 (Report, 2017). This most likely is possible thanks to early diagnosis and intervention, followed by better long-term cognitive and behavioural outcomes (Estes et al., 2015; Lazaratou, Economou, & Dikeos, 2017). Medical professionals (GP and pediatricians) are obligated to have adequate knowledge on behavioural and health problems related to this disorder. Early detection of ASD is currently a subject of wide interest (Crane, & Winsler, 2008; Zwaigenbaum et al., 2015). Professionals, as well as parents, are significant factors for effective treatment, therapy, and life-long education of people with ASD, enabling them to achieve positive effects of social participation and well-being. The level of preliminary knowledge is essential for the involvement of professionals and their appropriate diagnosis, applicable for special education and disability allowance. As a result, attention has been drawn to the problem of increased pressure on pediatricians and child psychiatrists (Skellern, Schluter, & McDowell, 2005; Taylor et al., 2016). Appropriate assessment and diagnosis empowers the family to understand the child's behaviour and to look for effective professional treatment. It is also a fundamental factor for parental stress reduction; despite being the beginning of a life-long path leading through intense contact with professionals, such as psychologists and teachers.

Research on the knowledge about autism was conducted in various professional groups and in many countries. The state-of-the-art knowledge about autism varied in reference to the professional experience of primary healthcare providers (family physicians, pediatrics, psychiatrists, nurses, healthcare workers, emergency wards medical staff, etc.) Studies on the knowledge about autism were carried out in Poland (Łęczycka, 1994, Pisula, 1998, Janikowska, Rylewska, 2010, Suchowierska, 2009; Suchowierska, & Walczak, 2013; Bandurska, Szmaglińska, Nowalińska, Zarzeczna-Baran, 2017), Spain (Martínez-Cayuelas et al., 2017), Canada and the USA (Dosreis, Weiner, Johnson, & Newshaffer, 2006; Rhoades, Scarpa, & Salley, 2007), Pakistan (Rahbar, Ibrahim, & Assassi, 2011; Imran, Chaudry, Azeem, 2011), in African countries such as Nigeria (Bakare et al., 2009; Iqwe, Ahanotu, Bakare, Achor, & Igwe, 2011; Esegbe et al., 2015) and Ghana (Sampson, & Sandra, 2018), as well as in China (Zhang, Xu, Zhang, Zhang, & Nie, 2018). Teachers' knowledge, especially in the context of introducing inclusive education, is also important for the proper processes of development, therapy, and education of a student with ASD to take place. Teachers' knowledge tests (special and subject-specific) provide significant information and indicate the need to be supplemented (Łęczycka, 1994; Pisula, Rola, 1998; Williams, Schroeder, Carvalho, & Cervantes, 2011; Chrzanowska, 2012; Shetty, & Rai, 2014; Liu et al., 2016; Ayubet et al., 2017).

Health care professionals, as well as other medical staff, develop their professional knowledge and skills during extensive studies when they are involved in different theoretical and practical issues. This process should be as effective as possible. The knowledge of medical professionals is fundamental to develop reliable knowledge among students, who are preparing to fulfil their professional role (Kalyva, & Papageorgiou, 2004; Shah, 2011; Bakare et al., 2015; Low, & Zailan, 2018). The knowledge about autism among assisting people (including psychologists, psychology students, etc.) should be raised in order to meet the needs of people with ASD properly, especially considering that they have higher rates of unmet health care needs compared to the general population (Nicolaidis et al., 2012; Weiss et al., 2017).

It is worth investigating whether the level of student preparation in the field of autism is relevant to the state of contemporary scientific knowledge. The well-being of the people with whom they will have professional contacts or when volunteering for activities during their studies, should also be taken into consideration.

In Poland, a substantial amount of data on the knowledge about autism among students (nursery, psychology, medicine, education) and professionals (nursery workers, special and regular teachers, pediatricians) was collected by Łęczycka (1994). It was found that 62% of the tested individuals theoretically knew something about autism, but 23.4% of them never met

an autistic child. Almost half of the group neither knew the epidemiological rate nor the first symptoms onset. 21.7% of respondents acknowledged the damage to the central nervous system, as in the case of autism, although some blamed the mother for the emergence of ASD. Only a few of the tested individuals pointed to all of the characteristic autistic symptoms, while 20% took into consideration limited interactions with the social environment. Comorbid disorder as an intellectual disability, was not pointed by more than half of the respondents (57.2%). Methods to improve the functioning of people with autism were pointed by 57.7% of the respondents, and 41.8% of them mentioned the home environment as the best place for a child's development. 62.8% of the respondents did not point to any treatment that would help a child in typical functioning, although doctors and regular teachers mentioned music therapy, physical therapy, Sherborne Developmental Movement, psychotherapy, and medical treatment.

The medical professionals' knowledge, as the core background for appropriate diagnosis, was discussed in many studies (Suchowierska, 2009; Suchowierska, & Walczak 2013; Iqwe, Ahanotu, Bakare, Achor, & Igwe, 2011; Eseigbe et al., 2015), however, the results are not optimistic regardless of the geographical region (eg. Poland vs. Nigeria). What is confusing, is the incomplete knowledge of Polish pediatricians about autism, related neither to country nor region. The knowledge of Nigerian medical doctors (aged 26 to 60, general and psychiatrists working in public health facilities) examined with the KCAHW Questionnaire, an adequate assessment instrument, differentiated according to the administration area (Eseigbe et al., 2015). The lowest scores were obtained by doctors in the field of comorbid disorders, and the highest in the area of communication impairment symptoms. The cited studies showed the importance of improving the knowledge about autism among medical professionals to facilitate the diagnosis and challenges associated with the therapy of a person with ASD.

The KCAHW Questionnaire was also applied to Nigerian nurses (Iqwe et al., 2010; Iqwe et al., 2011). The level of the nurses' knowledge depended on their specialization; the psychiatric nurses' high result levels are comparable to those of pediatricians, due to their more intensive contact with ASD patients. Most nurses had knowledge about autism, the symptoms and medications, while communication symptoms and therapy forms remained outside their interest (Iqwe et al., 2011).

Undoubtedly, a low level of professional knowledge might trigger diagnostic mistakes and inappropriate treatment of the assessed child. Providing education to medical students and practicing doctors about the various aspects of autism would therefore be very useful, as their expertise will most likely lead to a better prognosis for autistic children.

Studies on the knowledge of autism among a group of psychology students, who had not participated in optional classes on autism, but were interested in the subject, were conducted by Pisula (1998). The results of the study indicate that a small percentage of respondents had contact with a person with autism (11%), and more than half of the respondents did not know the epidemiological indicators, although at the same time, they associated the disorder with the male gender. Most of the respondents correctly identified the triad of autism-related symptoms, as well as excessive crying. About 40% of respondents were unable to identify the causes of autism and 60% found them to be genetic or psychological factors. Unfortunately, a large proportion of psychology students thought that autism could be caused by a lack of parental love or personality disorder. As comorbid disorders, 27% of respondents mentioned schizophrenia and 16% referred to epilepsy. Knowledge about the possibilities of improving the development of a child with autism in the subjects varied, although the majority of them rightly recognized that it is not possible to outgrow autism. 44.3% thought developmental opportunities and the ability to function optimally to be high, but at the same time, the remaining respondents claimed that developmental chances are low, suggesting only 10–15% of people with autism can function independently. As an environment conducive to improving the development of a child with autism, the respondents usually indicated the family home and specialist therapeutic centres. At the same time, 50% of them emphasized the validity of integration. Although the knowledge of psychology students about autism was not complete and reliable, 87% of them declared their willingness to work with people with autism. Later studies showed a difference between the students' (medicine and psychology) knowledge about autism (Janikowska, Rychlewska, 2010) depending on the field of study. The views on the etiology of autism have been changed in the temporal context. Neurobiological disorders (50% of medical students, 43% of psychology students) and genetic factors or pregnancy and childbirth complications, were considered as the main cause of autism. Only a few students regarded the lack of love, warmth, or the personality disorder of the parent, as the cause of autism. On the other hand, unfavourable effects of crossed vaccines were identified as the cause of autism by 13.6% of medical students and 5.6% of psychology students. More than half of medical students and about 26% of psychology students believed that the period from 13 to 24 months of the child's life is the time of the first symptoms of ASD, while 11.6% of future doctors and 15.2% of future psychologists pointed to the period between 18 and 36 months. As the most common symptoms, students identified disorders in social relations, self-aggression, sensory hypersensitivity, limited interests, and stiffness of the child's behaviour. As a phenomenon associated

with autism, savantism (55.2% medical students, 47.2% psychology students) and intellectual disability (45% of all respondents) were identified. A clear difference between medicine and psychology students occurred in identifying incidence rates: medical students – 1 in 10,000 people, and psychology students – 5 in 10,000 people. Disturbing results were obtained as far as the knowledge of forms of therapy is concerned: 7.2% of medicine students and 75.2% of psychology students did not mention any of them. About 90% of the respondents defined the level of their knowledge as low and were not particularly interested in expanding it.

Taking the results of studies from other countries into consideration (Ukraine and Nigeria), it is claimed that the knowledge of psychology students about autism has to be supplemented and improved (Tarnavska, 2012; Igwe et al., 2010). The research also revealed a low level of knowledge about autism among graduates of medicine, nursing, and psychology in Nigeria. The groups of graduates differed significantly in the three areas of knowledge about autism (social interactions, stereotypical behaviours, comorbid disorders). Generally, it can be stated that a higher level of knowledge was demonstrated by graduates of medicine than those of nursing, and the lowest level was presented by future psychologists, due to the fact that pediatrics and psychiatry were implemented in the university study curriculum.

The aim of the presented research² was to determine the level of knowledge about autism as presented by students of psychology and pharmacy. These individuals, in their professional carrier, will interact with ASD patients in the form of diagnostic and therapeutic activities, they will carry out clinical trials testing new drugs, or will trade registered drugs, if working in the pharmaceutical sector. This is the essential evidence to assess the level of knowledge among students in the middle of their master's courses in order to make improvements to the process of specialized education, before the end of the tertiary education. Due to the varied scope of subjects including content related to autism, depending on the specialization of studies, the following hypotheses have been put forward:

H1: The level of knowledge about autism in the aspects of symptom identification and therapy forms is higher in psychology students than in pharmacy students.

H2: The level of knowledge about autism in the area of etiological factors and comorbid disorders is lower in psychology students than in pharmacy students.

² Data was collected by the second author under the supervision of the first author and presented in K. Sarlej (2017). *Wiedza o autyzmie wśród studentów psychologii i farmacji*. Kraków: Uniwersytet Pedagogiczny, unpublished bachelor thesis under supervision of Dr J. Kossewska.

Method

Participants

Students who participated in the study were studying in Cracow. A total of 80 individuals participated: 40 second-year psychology students (N=40, 32 females and 8 males, aged 19 to 23) and 40 second-year pharmacy students (N=40, 36 females and 4 males, aged 18 to 23). Most of the participants involved in the survey had no contact with autistic persons (22,5% psychology students, 70% pharmacy students), however some of them had an occasional contact (15% psychology students, 22,5% students pharmacy). The tested subjects felt their knowledge on autism was rather low and based on university lectures (50% psychology students, 2,5% pharmacy students).

Instrument

In the presented study, the Questionnaire on the knowledge of autism by Karolina Janikowska and Paulina Rychlewska (2010) was used³. The questionnaire was a modified version of an assessment method used by Ewa Pisula (1998). It consisted of 16 questions referring to fundamental issues in the field of autism (e.g., diagnostic criteria of autism, etiological factors contributing to autism prevalence, comorbid disorders and developmental prognosis for people with autism, effective therapeutic methods, the epidemiological indicators, and the behavioural characteristic of the people with autism).

The study was carried out between February and April 2017. Pharmacy and psychology students of Cracow universities were informed about the aim of the survey during their regular classes and invited for individual testing. After preliminary assessment, the time and place of individual contact with the second researcher was fixed. The second researcher met individually with each participant in a quiet place to fill the self-administered questionnaire anonymously by circling one of the answer options – “yes” or “no” – to a given statement. Completing the questionnaire took approximately 30 minutes.

Results

Students' knowledge about the autistic symptoms onset was reliable – the majority of the students identified the first symptoms in the first three years of the child's life, although there were some differences depending on the field of study: first symptoms between 13 and 24 months (42.5% pharmacy

³ The authors would like to acknowledge Karolina Janikowska and Paulina Rychlewska for their consent to use the “Questionnaire on the knowledge of autism” in the present study.

students, 22.5% psychology students), first symptoms between 6 and 12 months (30% psychology students, 27.5% pharmacy students), first symptoms between 18 and 36 months (10% pharmacy students, 17.5% psychology students), first symptoms between 20 and 36 months (2.5% psychology students, 5% pharmacy students). At the same time, a quarter of respondents emphasized that it is difficult to identify any pattern that would accurately determine the first symptoms of autistic disorders (22.5% of psychology students, 20% of pharmacy students).

The knowledge of epidemiological indicators occurred independently of the field of study: 5/10 000 births (62.5% of pharmacy students, 52.5% of psychology students), 8–9 / 10,000 births (17.5% of pharmacy students, 22.5% of psychology students), 16/10 000 births (17.5% pharmacy students, 2.5% psychology students). Regardless of the field of study, the respondents identified autism as a disorder independent of racial and geographical factors (72.5% psychology students, 65% pharmacy students). However, a significant difference between the students in the tested groups was related to the relationship between autism and gender: pharmacy students (55%) more often than psychology students (20%) claimed that ASD was equally common in both sexes, while psychology students (47.5%) more often than pharmacy students (30%) claimed that autism was more common in boys.

Members of both groups presented a varied level of knowledge about symptoms of autism. The percentages and differences between the examined groups are presented in Table 1.

Table 1. The knowledge about symptoms of autism in the context of the field of study (psychology vs. pharmacy).

Autism symptoms	Psychology Students	Pharmacy Students	Group differences
Cognitive deficits	90%	100%	n.s.
Self-aggression	27,5%	22,5%	n.s.
Sensory sensitiveness	55%	75%	Z=2.052, p=0.040
Limited interests	60%	32,5%	Z=2.467, p=0.013
Behaviour inflexibility	65%	37,5%	Z=2.460, p=0.014
Lack of verbal communications	37,5%	12,5%	Z=2.562, p=0.01
Echolalia	42,5%	35%	n.s.
Abnormal motor development	35%	27,5%	n.s.
Abnormal EEG	25%	12,5%	n.s.
Eating and sleep disorders	10%	22,5%	n.s.

n.s. – non significant

source: modified data based on Sarlej, 2017

The respondents correctly identified the symptoms of autism, although there are significant differences between the groups in the frequency

of identifying such symptoms as: sensory sensitiveness ($Z=2.052$, $p=0.040$; 55% psychology students; 75% pharmacy students), limited interests ($Z=2.467$, $p=0.013$, 60% psychology students, 32,5 % pharmacy students), behaviour inflexibility ($Z=2.460$, $p=0.014$; 65% psychology students, 37,5% pharmacy students), lack of verbal communications ($Z=2.562$, $p=0.01$; 37,5% psychology students, 12,5% pharmacy students). Other symptoms were identified independently of the field of study: cognitive impairments, echolalia, abnormal motor development, eating and sleep disorders, as well as abnormal brain activity.

Students from both tested groups showed an adequate level of knowledge regarding the etiology of autism. Percentages and differences between the groups are presented in Table 2.

Table 2. The knowledge on autism etiology in the context of the field of study (psychology vs. pharmacy).

Aetiological factors	Psychology Students	Pharmacy Students	Group differences
Neurobiological impairments	62,5%	55%	n.s.
Genetic factors	85%	82,5%	n.s.
Poligenetic impairment	55%	90%	$Z=3.505$, $p=0.001$
Prenatal and perinatal factors	42,5%	42,5%	n.s.
Combination vaccines	15%	42,5%	$Z=2.717$, $p=0.006$
Early intoxication	17,5%	25%	n.s.
Parental failures	7,5%	2,5%	n.s.
Lack of parental love	2,5%	10%	n.s.
Nutritional factors	0%	10%	$Z=2.052$, $p=0.040$
No answer	15%	12,5%	n.s.

source: modified data based on Sarlej, 2017

In the presented study, respondents correctly identified ASD etiological factors, although there were significant differences between groups in the frequency of identifying: polygenetic impairments ($Z=3.505$, $p=0.001$, 55% psychology student, 90% pharmacy students), combination vaccines ($Z=2.717$, $p=0.006$, 15% psychology students, 42,5 pharmacy students), nutritional factors ($Z=2.052$, $p=0.040$, 0% psychology students, 10% pharmacy students). Other factors were mentioned with similar intensity: genetic factors (85% psychology students, 82,5% pharmacy students), neurobiological impairments (62,5% psychology students, 55% pharmacy students), prenatal and perinatal factors (42,5%), early intoxication (17,5% psychology students, 25% pharmacy students), parental failures (7,5% psychology students, 2,5% pharmacy students), lack of parental love (2,5% psychology students, 10% pharmacy students).

Comorbid disorders, that were identified by the respondents, are shown in Table 3.

Table 3. The knowledge about comorbid disorders in the context of the field of study (psychology vs. pharmacy).

Comorbid disorders	Psychology students	Pharmacy students	Group differences
Epilepsy	27,5%	37,5%	n.s.
Obesity	2,5%	5%	n.s.
Left-handedness	22,5%	25%	n.s.
Congenital cytomegaly	5%	2,5%	n.s.
Congenital rubella	0%	5%	n.s.
Fragile X chromosome syndrome	10%	10%	n.s.
Down syndrome	12,5%	7,5%	n.s.
Incontinentia pigmenti achromians	2,5%	2,5%	n.s.
Neonatal herpes infection	5%	2,5%	n.s.
Sight and hearing impairments	2,5%	7,5%	n.s.
Increased excretion of uric acid	2,5%	12,5%	n.s.

source: modified data based on Sarlej, 2017

Disorders coexisting with autism were identified by the respondents to a similar degree, regardless of the field of study. For the most common comorbidity, the subjects considered epilepsy (27.5% students of psychology, 37.5% students of pharmacy) and left-handedness (22.5% psychology students, 25% pharmacy students). Other disorders mentioned in the questionnaire (obesity, congenital cytomegaly, congenital rubella, fragile X syndrome, Down's syndrome) were identified by a few people. Intellectual disability is a very important phenomenon among ASD individuals, resulting in the need to undertake the appropriate comprehensive therapy. Intellectual disability was the most frequently identified disorder coexisting with autism, regardless of the participant's field of study (75% students of psychology, 65% students of pharmacy). Students of psychology significantly more often recognized that autism coexists with mild intellectual disability ($Z = 2.813$, $p = 0.005$) and that it is accompanied by extraordinary abilities (savantism) ($Z = 3,134$, $p = 0.002$), while students of pharmacy attributed above-average intelligence to autism ($Z = -3.553$, $p = 0.001$) (Tab.4).

Table 4. The knowledge about cognitive deficits in autism in the context of the field of study (psychology vs. pharmacy).

Intelligence	Psychology students	Pharmacy students	Group differences
Intellectual disability	65%	75%	n.s.
$IQ < 50$	5%	17,5%	n.s.

50<II<70	50%	20%	Z=2.813, p=0.005
80<II<100	40%	32,5%	n.s.
II>120	5%	37,5%	Z=-3.553, p=0.001
Savant syndrome	65%	32%	Z=3.134, p=0.002

Source: modified data based on Sarlej, 2017

In the context of the complexity of behavioural problems and the diversified symptomatology of autism, it is important to choose the adequate therapy methods. The knowledge about forms of therapy is presented in Table 5.

Table 5. The knowledge about the therapy treatments used in autism in the context of the field of study (psychology vs. pharmacy).

	Psychology students	Pharmacy students	Group differences
Medical treatment (pharmacotherapy)	0%	0%	n.s.
ABA methods	17%	15%	n.s.
Hippotherapy	7.5%	22%	Z=3.053, p=0.01
Music therapy	12,5%	2.5%	n.s.
Sensory integration	10%	2,5%	n.s.
Psychotherapy	5%	2,5%	n.s.
No answer	47,5%	55%	n.s.

Source: modified data based on Sarlej, 2017

Regardless of the field of study, half of the respondents were unable to identify any forms of therapy applied to people with autism. Also, their field of study did not make any difference when it came to their knowledge about methods based on empirical evidence and psychotherapy, particular methods were indicated by a small group of respondents (behavioural method: – 17% students of psychology, 15% students of pharmacy; psychotherapy: 5% students of psychology, 2.5% students of pharmacy). The respondents (both students of psychology and of pharmacy) did not identify pharmacology as a method of treating autistic disorders. However, in reference to the field of the study, only one result was significant. Students of pharmacy, in comparison with students of psychology, significantly more often pointed to hippotherapy as an appropriate treatment for autistic persons.

Discussion

The research carried out using the questionnaire developed by Janikowska and Rychlewska (2010) allowed for the comparison of knowledge about autism among future specialist in Poland (psychology students vs. pharmacy students) in the temporal context. The observed changes may indirectly be related to the introduction of the DSM-5 classification. Currently, autism

spectrum disorder diagnosed in the DSM-5 classification falls into the superior category of Neurodevelopmental Disorders, as postulated by many authors based on contemporary study results (Pisula, 2012; Volkmar & Reichow, 2013; Thapar, Cooper, & Rutter, 2017). Due to the lack of implementation of relevant specialist subjects during the course of studies, second-year students of psychology and pharmacy may not have yet learned about this medical classification. The introduction of DSM-5, however, has become a media reality, just as autism is commonly present in the public space through different social campaigns (World Autism Day, Autism Week, etc.).

Autism is a multi-factorial neurodevelopmental disorder (Pisula, 2012), that can be correctly identified based on a vast majority of course subjects, regardless of the field of study. The results obtained indicate that future specialists' knowledge is dominated by the polygenic and prenatal etiology of autism. Leo Kanner (1943) was the first to argue that the symptoms of autism are present from child birth, so their origin must be associated with an abnormal course of prenatal development. The respondents, more often than in later studies (Pisula, 1998; Janikowska, Rychlewska, 2010), included vaccines as a factor in the etiology of autism. This was particularly pronounced by pharmacy students (in comparison with psychology students), and can be interpreted as a disturbing effect of false media reports about the potential harmfulness of vaccinations, inspired by unreliable research results based on insufficient samples, uncontrolled design, and concluded in an unfair and rather speculative way (Wakefield et al., 1988). Although epidemiological studies were immediately performed and gave clear evidence of no relationship between vaccination and autism (Taylor et al., 1999; Dales, Hammer, & Smith, 2001; Foster, & Ortiz, 2017), vaccination rates began to decrease as a result of many parents' concern. The negative effect of this socially harmful and dishonest practice is still visible in the increase of endemic infectious diseases among children (Communicable Disease Threats Report, 2018).

Students of psychology, more often than students of pharmacy, linked intellectual disability with autism and also associated autism with the occurrence of extraordinary abilities (savant syndrome). Their results may be influenced by the best-known autistic savant portrayed by Dustin Hoffman in the 1988 movie *Rain man*. However, only one in 10 ASD individuals has such abilities, and they are not specific only to autism, but may occur in other developmental disabilities related to injury or disease of the central nervous system (Treffert, 2009).

The methods of therapy for people with autism are far beyond common knowledge, which is why half of the respondents were unable to identify any. The other half of the respondents mentioned intermittently some forms of therapeutic interventions. However, the field of study does not have any

impact on the knowledge about the forms of therapy in autism, as was assumed. Although, it seems that students of pharmacy should be familiar with psychopharmacology from the beginning of their studies, they are not. Drug treatment is however, the appropriate treatment to reduce various symptoms and comorbid disorders, although not autism per se (Vetulani, 2013).

The results obtained indicate that it is necessary to undertake activities aimed at analysing knowledge about autism among people preparing for the job of health care professions, which coincides with the results of research conducted in other groups (Suchowierska, 2009; Suchowierska, & Walczak, 2013). It is especially important for specialists (medical doctors, pharmacists, psychologists, physiotherapists, teachers and special teachers) and students who receive training in these fields during their university studies to improve their knowledge about autism, (Kalyva, & Papageorgiou, 2004) in order to have the appropriate level of knowledge to accompany and support people with autism in their future professional practice.

It could be concluded, that both tested hypothesis (1 – the higher knowledge of symptom identification and therapy forms in psychology students than in pharmacy students; and 2 – the lower knowledge of etiological factors and comorbid disorders in psychology students than in pharmacy students) were partially confirmed.

Students of psychology more often identified symptoms of verbal communication impairment and limited patterns of behaviour, but did not reveal any greater knowledge of therapy methods. However, pharmacy students more often identified symptoms of sensory hypersensitivity. Students of pharmacy significantly more often identified the appropriate biological factors (polygenetic, nutritional). They did however, also point to vaccines, which is inconsistent with the current state of medical knowledge (Destefano & Thompson, 2004; Uno, Uchiyama, Kurosawa, Aleksic, & Ozaki, 2012), although present in the varied attitudes of mothers towards vaccines (Świętoniowska & Rozensztauch, 2017) and related to their level of education (Kowalska, Gajda, Barański, & Braczkowska, 2018). In contrast, co-morbidities were identified independently of the field of study, with the exception of intellectual disability, which students of pharmacy associated with autism less frequently than students of psychology.

Although interesting results were obtained, there are also some limitations of the presented research. The research was conducted in small groups, which makes the generalization quite limited. It would be necessary to broaden the surveyed groups and randomly select students from all Polish universities educating in psychology and pharmacy. Increasing the number of groups would also make it possible to identify the factors diversifying the

level of knowledge about autism, such as gender, contact with people with ASD, year of study, as well as particular specialization.

The research instrument created by Polish researchers (Janiszewska, Rychlewska, 2010) was applied, which made it possible to interpret the results in a temporal context, however, due to the possibility of multiple choice, the results are difficult to relate to those obtained by other authors. It would be interesting, therefore, to conduct research based on the KCAHW (Knowledge About Childhood Autism Among Health Workers) questionnaire, which would allow for the assessment of the subjects' knowledge and the precise comparison with the results from other countries.

References

- 39th Annual report to congress on the implementation of the Individuals with Disabilities. Education Act. (2017). Office of Special Education and Rehabilitative Services U.S. Department of Education. (retrieved 25.09.2018 from <http://www.ed.gov/about/reports/annual/osep>).
- Ayub, A., Naeem, B., Ahmed, W.N., Srichand, S., Aziz, K., Abro, B., Najam, S., Murtaza, D., Janjua, A.A., Ali, S., & Jehan, I. (2017). Knowledge and perception regarding autism among primary school teachers: A cross-sectional survey from Pakistan, South Asia. *Indian Journal of Community Medicine*, 42 (3), 177–179.
- Bakare, M.O., Ebigbo, P.O., Agomoh, A.O., Eaton, J., Onyeama, G.M., Okonkwo, K.O., Onwu-kwe, J.U., Igwe, M.N., Orovwigho, A.O., & Aguocha, C.M. (2009). Knowledge about childhood autism and opinion among healthcare workers on availability of facilities and law caring for the needs and rights of children with childhood autism and other developmental disorders in Nigeria. *BMC Pediatrics*, 9, 12. doi:10.1186/1471-2431-9-12 .
- Bakare, M.O., Tunde-Ayinmode, M.F., Adewuya, A.O., Bello-Mojeeed, M.A., Sale, S., James, B.O., Yunusa, M.A., Obindo, J.T., Igwe, M.N., Odinka, P.C., Okafor, C.J., Oshodi, Y.O., Okonoda, K.M., Munir, K.M., Orovwigho, A.O. (2015). Recognition of Autism Spectrum Disorder (ASD) symptoms and knowledge about some other aspects of ASD among final year medical students in Nigeria, Sub-Saharan Africa. *BMC research notes*, 8, 454. doi:10.1186/s13104-015-1433-0 (retrieved 25.09.2018 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574575/>).
- Bandurska, E., Szmaglińska, K., Nowalińska, M., Zarzeczna-Baran, M. (2017). Wiedza personelu medycznego oddziałów ratunkowych na temat postępowania z pacjentem autystycznym. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 47 (1), 31–38.
- Chrzanowska, I. (2012). Wiedza na temat autyzmu wśród obecnych i przyszłych pedagogów a dylemat wspólnego kształcenia i integracji w wymiarze edukacyjnym. *Rocznik Lubuski*, 38, 2, 105–115.
- Crane, J.L. & Winsler, A. (2008). Early Autism Detection. Implications for Pediatric Practice and Public Policy. *Journal of Disability Policy Studies*, 18, 4, 245–253
- Dales, L., Hammer, S.J., Smith, N.J. (2001). Time trends in autism and in MMR immunization coverage in California. *JAMA*. 285, 1183–1185.

- Destefano, F., & Thompson, W. (2004). MMR vaccine and autism: An update of the scientific evidence. *Expert Review of Vaccines*, 3, 19–22. Doi: 10.1586/14760584.3.1.19.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. (2013). Arlington: American Psychiatric Association.
- Dillenburger, K., Jordan, J.A., McKerr, L., Devine, P., & Keenan, M. (2013) Awareness and knowledge of autism and autism interventions: A general population survey. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7 (12), 1558–1567.
- Dosreis, S., Weiner, C.L., Johnson, L., Newschaffer, C.J. (2006). Autism spectrum disorder screening and management practices among general pediatric providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2 Suppl), 88–94.
- Eseigbe, E.E., Nuhu, F. T., Sheikh, T.L., Eseigbe, P., Sanni, K.A., & Olisah, V. O. (2015). Knowledge of Childhood Autism and Challenges of Management among Medical Doctors in Kaduna State, Northwest Nigeria. *Autism Research and Treatment*, 892301. doi: [10.1155/2015/892301].
- Estes, A., Munson, J., Rogers, S.J., Greenson, J., Winter, J., & Dawson, G (2015). Long-Term Outcomes of Early Intervention in 6-Year-Old Children With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 7, 580–587.
- Foster, C., & Ortiz, S. (2017). Vaccines, Autism, and the Promotion of Irrelevant Research: A Science-Pseudoscience Analysis. *Skeptical Inquirer*, 41, 44–48. [retrieved 05.10.2018 from https://www.researchgate.net/publication/316609492_Vaccines_Autism_and_the_Promotion_of_Irrelevant_Research_A_Science-Pseudoscience_Analysis].
- Igwe, M.N., Ahanotu, A.C., Bakare, M.O. (2011). Assessment of knowledge about childhood autism among paediatric and psychiatric nurses in Ebony state, Nigeria. *Child Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5: 1. doi: 10.1186/1753-2000-5-1 (retrieved 25.09.2018 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3022827/>).
- Igwe, M.N., Bakare, M.O., Agomoh, A.CO., Onyeama, G.M., & Okonkwo, K.O. (2010). Factors influencing knowledge about childhood autism among final year under graduates Medical, Nursing and Psychology students of University of Nigeria, Enuga. *Italian Journal of Pediatrics*, 36, 44, doi: 10.1186/1824-7288-36-44. (retrieved 25.09.2018 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2894024/>).
- Janikowska, K., Rychlewska, P. (2010). Wiedza o autyzmie wśród studentów psychologii i medycyny. *Current Problems of Psychiatry*, 11 (3), 260–264. [retrieved 15.09.2017 from <http://www.cppsych.umlub.pl/issues/archive/vol11/no3/a16/>]
- Kalyva, E., & Papageorgiou, V. (2004). Psychology Students' Knowledge About Autism. *Good Autism Practice*. 5. 61–67.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.
- Kowalska, M., Gajda, M., Barański, K., & Brackowska, B. (2018). Sources of parental knowledge about the safety of vaccinations in Poland. *Health Promotion International*. DOI: 10.1093/heapro/day096
- Lazaratou, H., Economou, M., & Dikeos, D. (2017). The necessity of early intervention in autism. *Journal of Pediatrics*, 184, 240–241.
- Łęczycka, J. (1994). Stan wiedzy o autyzmie w badaniach empirycznych. W: W. Dykciak (red.). *Autyzm, kontrowersje i wyzwania*, (s. 209–216). Poznań: Wydawnictwo Eruditus.

- Liu, Y., Li, J., Zheng, Q., Zaroff, Brian Ch.M., Hall, J., Li, X., & Hao, Y., (2016). Knowledge, attitudes, and perceptions of autism spectrum disorder in a stratified sampling of preschool teachers in China. *BMC Psychiatry*, 16, 142, doi: [10.1186/s12888-016-0845-2] (retrieved 12.09.2018).
- Low, H.M. & Zailan, F. (2018) Medical students' perceptions, awareness, societal attitudes and knowledge of autism spectrum disorder: an exploratory study in Malaysia. *International Journal of Developmental Disabilities*, 64 (2), 86–95.
- Martínez-Cayuelas, E., Ibáñez-Micó, S., Ceán-Cabrera, L., Domingo-Jiménez, R., Alarcón-Martínez, H., & Martínez-Salcedo, E. (2017). Nivel formativo sobre trastornos del espectro autista (TEA) entre los pediatras de atención hospitalaria. [Level of training in autistic spectrum disorders among hospital paediatricians]. *Anales de Pediatría*, 86 (6), 329–336.
- Nicolaidis, C., Raymaker, D., McDonald, K., Dern, S., Boisclair, W.C., Ashkenazy, E., & Baggs, A. (2012). Comparison of healthcare experiences in autistic and non-autistic adults: a cross-sectional online survey facilitated by an academic-community partnership. *Journal of General Internal Medicine*, 28(6), 761–9.
- Pisula, E. (1998). Wiedza o autyzmie – część I studenci. *Dziecko autystyczne*, 2 , 6–9.
- Pisula, E. (2012). *Autyzm*. Sopot: Wydawnictwo: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pisula, E., Rola, J. (1998). Wiedza o autyzmie – część II nauczyciele. *Dziecko autystyczne*, 6 (2), 10–15.
- Rahbar, M.H., Ibrahim, K., & Assassi, P. (2011). Knowledge and Attitude of General Practitioner Regarding Autism in Karachi, Pakistan. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 41, 465–74.
- Rhoades, R.A., Scarpa, A., Salley, B. (2007). The importance of physician knowledge of autism spectrum disorder: results of a parent survey. *BMC Pediatrics*, 7, 37, doi: 10.1186/1471-2431-7-37, (retrieved 10.10.2018 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2235850/>).
- Shah, K. (2011). Research in brief: what do medical students know about autism? *Autism*, 1, 5, 127–33.
- Sampson, W.-G., & Sandra, A.E. (2018). Comparative study on knowledge about autism spectrum disorder among paediatric and psychiatric nurses in public hospitals in Kumasi, Ghana. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 14, 99–108.
- Sarlej, K. (2017). *Wiedza o autyzmie wśród studentów psychologii i farmacji*. Kraków: Uniwersytet Pedagogiczny, unpublished bachelor thesis under supervision of dr J. Kossewska
- Shetty, A., & Rai, S. (2014). Awareness and Knowledge of Autism Spectrum Disorders among Primary School Teachers in India. *International Journal of Health Sciences and Research*. 4. 80–85.
- Skellern, C.Y., Schluter, P.J., & McDowell, M.J. (2005). From complexity to category: responding to diagnostic uncertainties of autistic spectrum disorders. *J Pediatr Child Health*; 41(8), 407–412.
- Suchowierska, M. & Walczak, P. (2013). Knowledge about autism among Polish pediatricians. *Postępy Nauk Medycznych*, 1, 58–64.
- Suchowierska, M. (2009). Autism: early detection and the role of primary health care providers in the diagnostics process. *Postępy Nauk Medycznych*, 5, 398–403.

- Świątoniowska, N. & Rozensztrauch, A. (2017). Vaccinations through the mother's eyes. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(8), 11-19. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.839607><http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4671> (retrieved 20.08.2018).
- Tarnawska, Y. (2012). Społeczne rozumienie pojęcia „autyzm” na Ukrainie i w Polsce – analiza międzykulturowa. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 4(18), 67–85
- Taylor, B., Miller, E., Farrington, C.P., Petropoulos, M.C., Favot-Mayaud, I., Li, J., Waight, P.A. (1999). Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: No epidemiologic evidence for a causal association. *Lancet*, 353, 2026–2029.
- Taylor, L.J., Eapen, V., Maybery, M.T., Midford, S., Paynter, J., Quarmby, L., Smith, T., Williams, K., & Whitehouse, A. (2016). Diagnostic evaluation for autism spectrum disorder: a survey of health professionals in Australia. *BMJ Open*, 6, (9), e012517. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012517. (retrieved 25.09.2018 from <https://bmjopen.bmj.com/content/6/9/e012517.long>).
- Thapar, A., Cooper, M., Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 339-346. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30376-5.
- The ECDC Communicable Disease Threats Report (CDTR)* (2018). [retrieved 15.09.2018 from <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-7-13-october-week-41>].
- Treffert, D.A. (2009). *The savant syndrome: an extraordinary condition. A synopsis: past, present, future*. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 364(1522), 1351–1357.
- Uno, Y., Uchiyama, T., Kurosawa, M., Aleksic, B., & Ozaki, N. (2012). The combined measles, mumps, and rubella vaccines and the total number of vaccines are not associated with development of autism spectrum disorder: The first case–control study in Asia. *Vaccine* 30(28), 4292–4298.
- Vetulani, J. (2013). Neurochemia impulsywności i agresji. *Psychiatria Polska*, XLVII, 1, 103–115.
- Volkmar, F.R., Reichow, B. (2013). Autism in DSM-5: progress and challenges. *Molecular Autism*, 4:13, doi: 10.1186/2040-2392-4-13. (retrieved 10.10.2018 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3716827/>)
- Wakefield, A.J., Murch, S.H., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D.M., Malik, M., Berelowitz, M., Dhillon, A.P., Thomson, M.A., Harvey, P., Valentine, A., Davies, S.E., Walker-Smith, J.A. (1998). Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet*, 351, 637–641.
- Weiss, J.A., Isaacs, B., Diepstra, H., Wilton, A.S., Brown, H. K., McGarry, C., & Lunskey, Y. (2017). Health Concerns and Health Service Utilization in a Population Cohort of Young Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(1), 36–44.
- Williams, K.L., Schroeder, J.L., Carvalho, C., & Cervantes, A. (2011). School personnel Knowledge of autism: a pilot survey. *The school psychologist*, 65, 2, 7–14.
- Wing, L., & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? *Mental Retard Dev Disabil Res Rev*, 8(3), 151–161. doi: 10.1002/mrdd.10029 (retrieved 25.09.2018).

- Zhang, X., Xu, X., Zhang, Y., Zhang, Y., & Nie, X. (2018). Child healthcare workers' knowledge about autism and attitudes towards traditional Chinese medical therapy of autism: A survey from grassroots institutes in China. *Iranian Journal of Pediatrics*, 28 (5), art. no. e60114.
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M.J., Stone, W.L., Yirmiya, N., Estes, A., Hansen, R., McPartland, J.C., Natowicz, M.R., Choueiri, R., Fein, D., Kasari, C., Pierce, T., Buie, T., Carter, A., Davis, P.A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., Newschaffer, C., Robins, D., Smith, R., & Wagne, S., (2015). Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*, 136, (1 Suppl.), doi: 10.1542/peds.2014-3667C

