

NAUKI SPOŁECZNE W KONTEKŚCIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

TRENDY, BADANIA I PERSPEKTYWY



Redakcja:
Alicja Danielewska
Monika Maciąg

Lublin 2023

**Nauki społeczne w kontekście
zdrowia psychicznego –
trendy, badania i perspektywy**

Nauki społeczne w kontekście zdrowia psychicznego – trendy, badania i perspektywy

Redakcja:
Alicja Danielewska
Monika Maciąg

Lublin 2023

**Wydawnictwo Naukowe TYGIEL składa serdeczne podziękowania
zespółowi Recenzentów za zaangażowanie w dokonane recenzje
oraz merytoryczne wskazówki dla Autorów.**

Recenzentami niniejszej monografii byli:

- ks. dr hab. Kazimierz Pierzchała, prof. KUL
- dr hab. inż. Julian Szymański
- dr Karolina Appelt
- dr Anna Chmielewska
- dr n. o zdr. Mariola Janiszewska
- dr Elżbieta Januszewska
- dr Angelika Kleszczewska-Albińska
- dr szt. muz. Michalina Radzińska
- dr Marlena Stradomska

Wszystkie opublikowane rozdziały otrzymały pozytywne recenzje.

Skład i łamanie:

Monika Maciąg

Projekt okładki:

Marcin Szklarczyk

Korekta:

Eliza Orman

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe TYGIEL sp. z o.o.

ISBN 978-83-67881-14-2

Wydawca:

Wydawnictwo Naukowe TYGIEL sp. z o.o.

ul. Głowackiego 35/341, 20-060 Lublin

www.wydawnictwo-tygiel.pl

Spis treści

Patrycja Misiak, Monika Koiszewska, Marlena Robakowska Postawa oraz poziom wiedzy pracowników opieki zdrowotnej odnośnie zapobiegania samobójstwom w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym (UCK) w Gdańsku.....	7
Hubert Plisiecki, Adam Sobieszek Analiza uniwersalności emocji przy użyciu wielojęzycznych modeli uczenia maszynowego typu transformer	26
Łukasz Wójcik, Piotr Juda, Milena Nowak Wpływ korzystania z Instagrama na powstawanie zniekształceń obrazu ciała i występowanie zaburzeń internalizacyjnych u adolescentów.....	37
Piotr Juda, Milena Nowak, Łukasz Wójcik Psychologiczna Analiza Stanów Emocjonalnych Pacjentów Okulistycznych – przegląd wybranych badań.....	44
Agnieszka Wojciechowska, Paweł Rycąbel, Mateusz Paniak, Oliwia Polak, Adam Woszczyński Muzykoterapia jako narzędzie terapeutyczne wspomagające aktywne starzenie się.....	54
Anna Rzepiela-Podlecka Wypalenie zawodowe jako problem cywilizacyjny XXI wieku	68
Katarzyna Przybylska Podejścia i metody pracy psychoterapeutycznej w terapii traumy psychicznej	76
Marta Kuty-Pachecka, Katarzyna Gucwa, Monika Kozłowska, Aleksandra Sałańska-Labisz, Magdalena Trzebińska Perfekcjonizm, samoocena, motywacja osiągnięć, style myślenia a ocena wiedzy własnej u studentów kierunków nauczycielskich.....	90
Olga Korba Psychologiczne skutki oglądania pornografii przez adolescentów.....	111
Marta Górską Ślady zaburzeń integracji sensorycznej w dorosłym życiu.....	122
Piotr Juda, Milena Nowak, Łukasz Wójcik Poporodowe zaburzenia psychiatryczne: epidemiologia, czynniki ryzyka i strategie interwencji – przegląd literatury	129

Wiesław Sikorski Komunikacja paralingwistyczna w dialogu terapeutycznym – „Sztuka słuchania z miłością”	138
Maria Merklinger-Soma, Ewa Wilczek-Rużyczka Wpływ czynników demograficzno-społecznych na poziom optymizmu u pielęgniarek	151
Wiesław Sikorski Próby wykorzystania medytacji w psychoterapii	160
Marta Kuty-Pachecka Wyobrażeniowa zmiana skryptów w terapii poznawczo-behawioralnej fobii społecznej	169
Marta Kalka Wpływ stresu mniejszościowego na postrzeganie własnego ciała przez kobiety nieheteronormatywne.....	181
Indeks Autorów	188

Postawa oraz poziom wiedzy pracowników opieki zdrowotnej odnośnie zapobiegania samobójstwom w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym (UCK) w Gdańsku

1. Wprowadzenie

Zachowania samobójcze stanowią jeden z poważniejszych problemów zdrowia publicznego na całym świecie. Każdego roku ponad 700 tys. osób umiera w wyniku odebrania sobie życia, przy czym znacznie więcej podejmuje próby samobójcze. W 2019 roku samobójstwo było czwartą najczęstszą przyczyną śmierci wśród osób w wieku 15-29 lat. Samobójstwo jest zjawiskiem globalnym, ale 77% samobójstw wystąpiło w krajach o niskich i średnich dochodach.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, ang. *World Health Organization*) definiuje samobójstwo jako świadomy akt odebrania sobie życia. Samobójstwa i próby samobójcze odbijają się echem na rodzinach, przyjaciółach, współpracownikach oraz społecznościach [1]. Durkheim definiuje samobójstwo jako zakłócenie normalnych stosunków między jednostką a grupą, świadectwem oraz miarą głębokiego zaburzenia, które dotknęło cywilizowane społeczeństwa. Według Organizacji samobójstwom można zapobiec poprzez podejmowanie właściwych interwencji na czas. WHO stwierdza, że działania w tym zakresie mogą być skuteczne, jeśli powstanie kompleksowa i wielosektorowa strategia zapobiegania zachowaniom samobójczym [2, 3]. Samobójstwo uważane jest za temat tabu, czego powodem jest unikanie rozmów na jego temat, brak refleksji. Czynniki te klasyfikują zjawisko jako „zagadkę” [4].

Samobójstwo jest bardzo złożonym procesem, na który wpływ ma wiele czynników. Polega ono na intencjonalnym odebraniu sobie życia przez osobę ze zróżnicowanym stopniem świadomości. Zdecydowanie się na ten czyn poprzedzają myśli samobójcze, które są jasnym sygnałem, by udać się do specjalisty, co pomoże zapobiec ich nawrotom oraz odebraniu sobie życia. Według statystyk aż 72% osób z myślami samobójczymi podejmuje ryzyko próby samobójczej [5]. Z dowodów naukowych wynika, że samobójstwo jest związane z chorobą psychiczną, co powoduje, że skuteczne leczenie choroby może zmniejszyć prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa. Istotne jest, aby leczenie to było skuteczne, poprzez prawidłową i terminową identyfikację osób z grupy ryzyka oraz eliminowanie barier w dostępie do specjalistycznej opieki zdrowotnej. Tego typu barierą jest m.in. nieodpowiednie postrzeganie choroby psychicznej również wśród personelu medycznego oraz brak zaangażowania w edukację pracowników

¹ patryciam@gumed.edu.pl, Studenckie Koło Naukowe Interdyscyplinarne Zarządzanie Ochroną Zdrowia przy Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny.

² m.koiszewska@gumed.edu.pl, Studenckie Koło Naukowe Interdyscyplinarne Zarządzanie Ochroną Zdrowia przy Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny.

³ marlena.robakowska@gumed.edu.pl, dr, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny.

ochrony zdrowia [6, 7]. Najnowszy światowy raport z 2015 roku usytuował Polskę na 15. miejscu z krajów o najwyższym wskaźniku samobójstw na 100 000 mieszkańców. Według danych z Głównego Urzędu Statystycznego oraz Komendy Głównej Policji dziennie w Polsce aż 15 osób popełnia samobójstwo, a spośród nich jedno dziecko. W 2021 roku wśród dzieci i nastolatków odnotowano 1496 prób samobójczych, a wśród nich 127 śmiertelnych. W 2022 roku odnotowano łącznie 5108 samobójstw w Polsce. Światowej sławy suicydolog, Erwin Ringel, zauważył, że niemal każdemu zdarzyło się choć raz pomyśleć o samobójstwie. Z badań wynika, że około 34% ludzi doświadczających myśli samobójczych, planuje odebranie sobie życia, natomiast 72% z planów przechodzi do realizacji [5, 8-10]. Około 80% osób planujących odebranie sobie życia informuje o tym osoby ze swojego otoczenia [11].

Samobójstwo i przypadkowa śmierć w wyniku samookaleczenia były trzecią przyczyną śmiertelności nastolatków w 2015 roku, co powoduje około 67 000 zgonów. Samookaleczenia występują w szczególności wśród starszych nastolatków i na całym świecie są drugą najczęstszą przyczyną śmierci starszych dziewcząt. Samobójstwo jest jedną z głównych przyczyn śmierci nastolatków w Europie i Azji Południowo-Wschodniej [12].

Na całym świecie opracowuje się strategię zapobiegania samobójstwom. Niektóre kraje umieściły zapobieganie samobójstwom wysoko w swoich programach, niestety zbyt wiele krajów pozostaje niezaangażowanych. Obecnie wiadomo, że tylko 38 krajów ma krajową strategię zapobiegania samobójstwom. Jedną ze strategii jest szkolenie pracowników służby zdrowia w tym zakresie [13-17]. Ważnym elementem zapobiegania zachowaniom suicydalnym jest znajomość rozpoznawania i postępowania z pacjentami z myślami samobójczymi. Fakt, że znacznej większości zgonów w wyniku popełnienia samobójstwa można zapobiec poprzez identyfikację czynników ryzyka oraz przeszkolenie personelu medycznego w tym kierunku, sprawia, że badania oraz szkolenia na temat samobójstw są znaczące. Ogólnoświatowe badania wykazują pozytywny wpływ szkoleń na zapobieganie samobójstwom oraz na przestrzeganie wytycznych przez pracowników ochrony zdrowia. Działania w ramach szkoleń często skupiają się na zwiększeniu świadomości i umiejętności rozpoznawania znaków alarmujących o możliwości popełnienia samobójstwa, poprawie przestrzegania procedur i wytycznych w leczeniu związanym ze zdrowiem psychicznym. Zdecydowanie tego typu działania edukacyjne podnoszą zarówno poziom wiedzy personelu medycznego, jak i poprawiają postawy [13, 18, 19].

W latach 2020-2030, jeśli nie nastąpi przyspieszenie działań w zakresie zapobiegania samobójstwom, globalne cele dotyczące zmniejszenia śmiertelności samobójczej nie zostaną osiągnięte. Światowa Organizacja Zdrowia utworzyła *LIVE LIFE*, czyli pakiet kluczowych i skutecznych wielosektorowych interwencji w celu zapobiegania samobójstwom. Wizją tego przedsięwzięcia jest świat, w którym samobójstwo nie jest główną przyczyną śmierci oraz gdzie ludzie, którzy mają myśli samobójcze, czują się komfortowo, szukając pomocy [20].

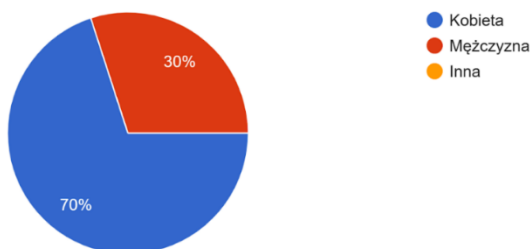
2. Metody

Badaniami została objęta grupa 100 osób pracujących w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku, wykonujących zawód medyczny i niemedyyczny. Otrzymano zgodę Niezależnej Komisji Bioetycznej do Spraw Badań Naukowych przy Gdańskim

Uniwersytecie Medycznym. Rozesłano maile dostępne na stronie UCK do poszczególnych klinik. Grupa danej kliniki została poproszona o wypełnienie ankiety obejmującej dane społeczno-demograficzne, zawodowe, pytania dotyczące problematyki samobójstwa oraz dodatkowe pytanie otwarte dotyczące osobistych spostrzeżeń/uwag. W pytaniach dotyczących samooceny poziomu wiedzy odnośnie do zapobiegania samobójstwom zastosowano pięciostopniową skalę Likerta (1 = zdecydowanie się nie zgadzam, 2 = raczej się nie zgadzam, 3 = nie mam zdania, 4 = raczej się zgadzam, 5 = zdecydowanie się zgadzam). Pytania wzorowane były na podstawie przeprowadzonego badania na temat pewności siebie oraz oceny i zapobiegania samobójstwom wśród pracowników opieki zdrowotnej w Zatoce Nelson Mandela w Republice Południowej Afryki oraz siostrzanego badania przeprowadzonego w Sztokholmie [13, 21].

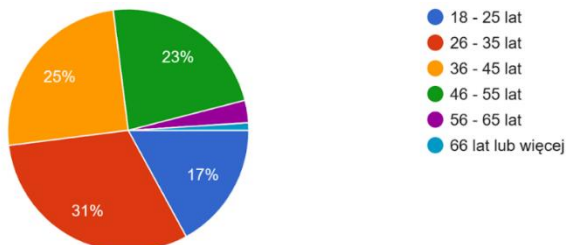
3. Wyniki

Łącznie uzyskano 100 odpowiedzi z arkusza Google. Wśród respondentów 70% to kobiety, 30% mężczyźni.



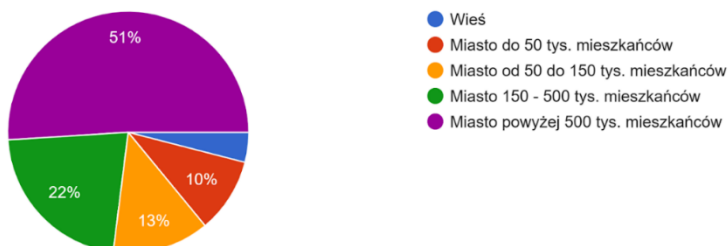
Rysunek 1. Płeć ankietowanych. Źródło: opracowanie własne

Najwięcej ankietowanych było w przedziale wiekowym 26-35 lat (31%).



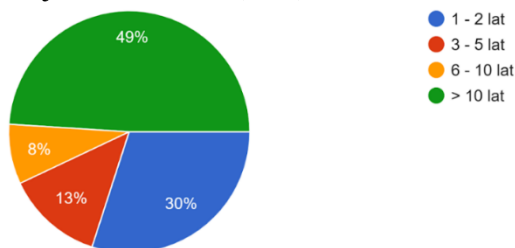
Rysunek 2. Wiek ankietowanych. Źródło: opracowanie własne

Najczęściej zaznaczanym miejscem zamieszkania było miasto powyżej 500 tys. mieszkańców (51%).



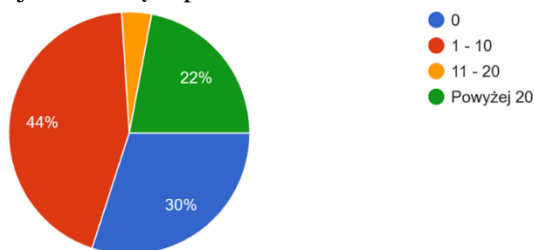
Rysunek 3. Miejsce zamieszkania ankietowanych. Źródło: opracowanie własne

W pytaniu o lata doświadczenia w zawodzie najwięcej osób zaznaczyło ponad 10 lat (49%), w dalszej kolejności – do 2 lat (30%).



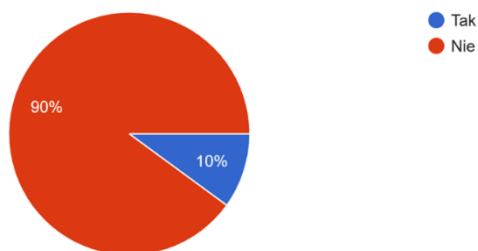
Rysunek 4. Rok doświadczenia w zawodzie ankieterów. Źródło: opracowanie własne

Najczęstszymi zawodami wśród respondentów były: lekarz (40%) oraz pielęgniarka (43%). Największa częstotliwość (44%) pacjentów z tendencjami samobójczymi w ciągu ostatniego roku znajdowała się w przedziale 1-10.



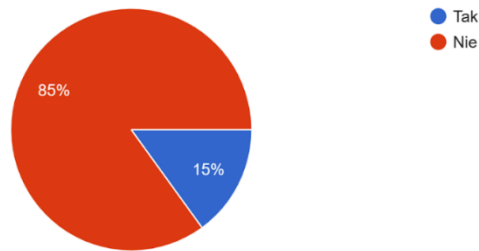
Rysunek 5. Liczba pacjentów z tendencjami samobójczymi w ciągu ostatniego roku. Źródło: opracowanie własne

W pytaniu „Czy miał/miała Pan/Pani jakieś szkolenie odnośnie do zapobiegania samobójstwom?” 90% respondentów odpowiedziało „nie”.



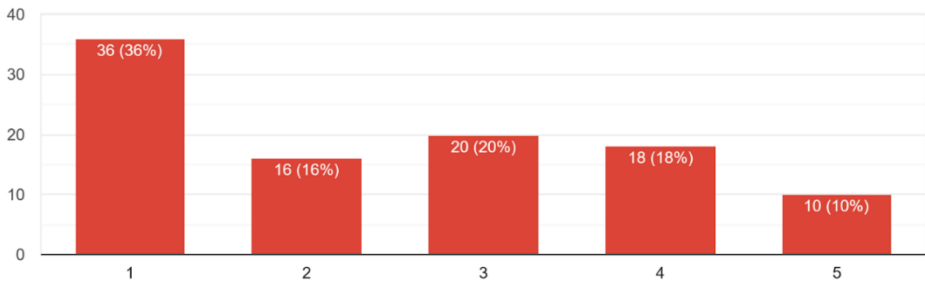
Rysunek 6. „Czy miał/miała Pan/Pani jakieś szkolenie odnośnie do zapobiegania samobójstwom?”. Źródło: opracowanie własne

W pytaniu „Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem »ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie zabijają się?«” 85% odpowiedziało „nie”.



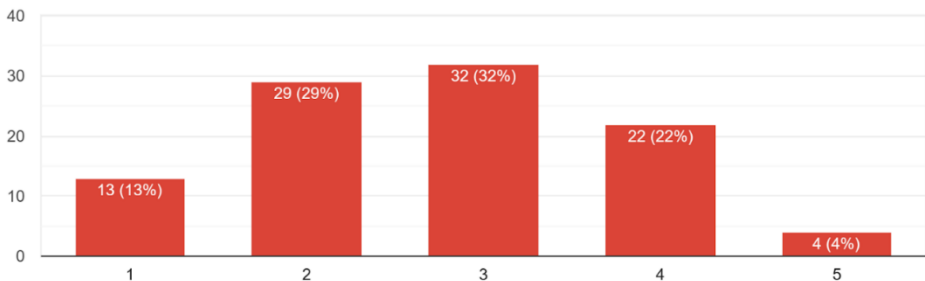
Rysunek 7. „Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem »ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie zabijają się?«”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Waham się, czy zapytać pacjentów, czy mają zachowania samobójcze” 36% odpowiedziało „zdecydowanie się nie zgadzam”.



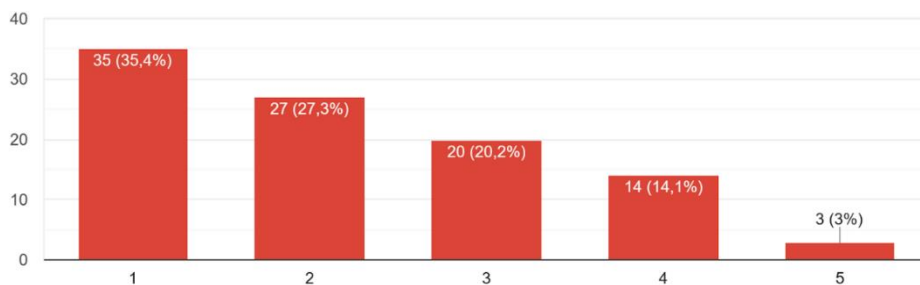
Rysunek 8. „Waham się, czy zapytać pacjentów, czy mają zachowania samobójcze”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Jestem przekonany o mojej zdolności do skutecznej oceny pacjentów ze skłonnościami samobójczymi” 32% odpowiedziało „nie mam zdania”.



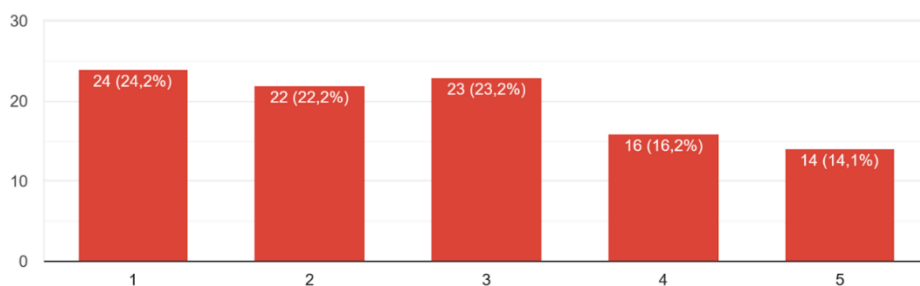
Rysunek 9. „Jestem przekonany o mojej zdolności do skutecznej oceny pacjentów ze skłonnościami samobójczymi”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Jestem przekonany o mojej zdolności do skutecznego leczenia pacjentów ze skłonnościami samobójczymi” 35,4% odpowiedziało „zdecydowanie się nie zgadzam”.



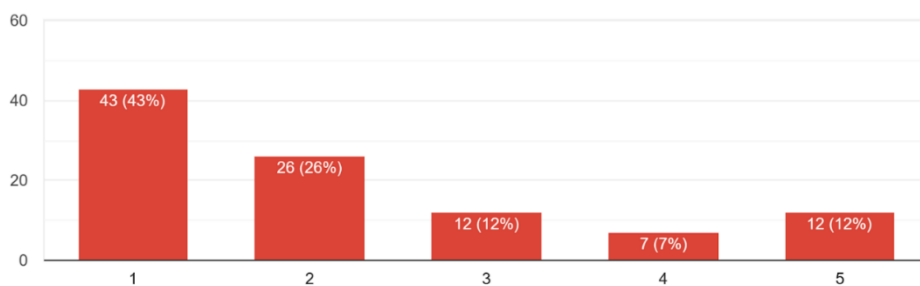
Rysunek 10. „Jestem przekonany o mojej zdolności do skutecznego leczenia pacjentów ze skłonnościami samobójczymi”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Wiem, czego się ode mnie oczekuje w pracy z pacjentami ze skłonnościami samobójczymi” 24,2% odpowiedziało „zdecydowanie się nie zgadzam”, 22,2% – „raczej się nie zgadzam”, 23,2% – „nie mam zdania”.



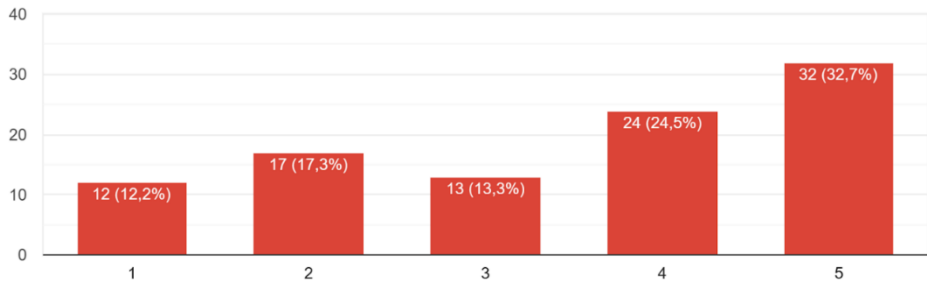
Rysunek 11. „Wiem, czego się ode mnie oczekuje w pracy z pacjentami ze skłonnościami samobójczymi”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Otrzymuję jasne i dobre instrukcje dotyczące prowadzenia opieki nad pacjentami ze skłonnościami samobójczymi” 43% odpowiedziało „zdecydowanie się nie zgadzam”, 26% – „raczej się nie zgadzam”.



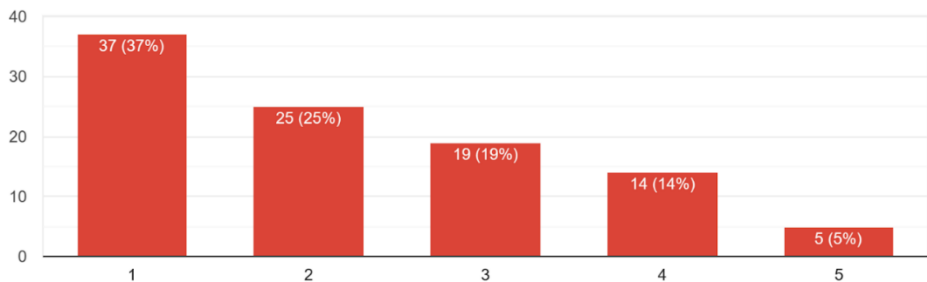
Rysunek 12. „Otrzymuję jasne i dobre instrukcje dotyczące prowadzenia opieki nad pacjentami ze skłonnościami samobójczymi”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Brakuje mi wiedzy i informacji o tym, co jest ważne w pracy z pacjentami ze skłonnościami samobójczymi” 32,3% odpowiedziało „zdecydowanie się zgadzam”, 24,2% – „raczej się nie zgadzam”.



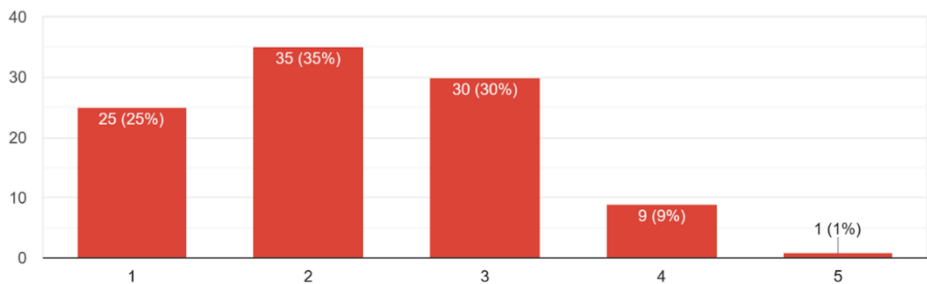
Rysunek 13. „Brakuje mi wiedzy i informacji o tym, co jest ważne w pracy z pacjentami ze skłonnościami samobójczymi”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Czuję się pewnie w pracy z pacjentami o skłonnościach samobójczych” 37% odpowiedziało „zdecydowanie się nie zgadzam”.



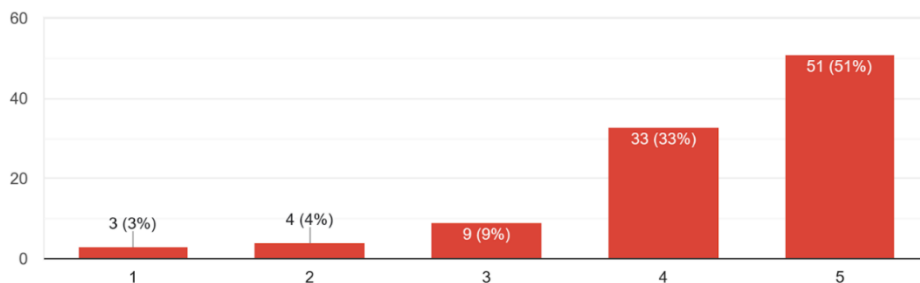
Rysunek 14. „Czuję się pewnie w pracy z pacjentami o skłonnościach samobójczych”. Źródło: opracowanie własne

W pytaniu „Czy współpraca pracownik ochrony zdrowia – pacjent ze skłonnościami samobójczymi dobrze funkcjonuje?” 35% odpowiedziało „raczej się nie zgadzam”, 30% – „nie mam zdania”, 25% – „zdecydowanie się nie zgadzam”.



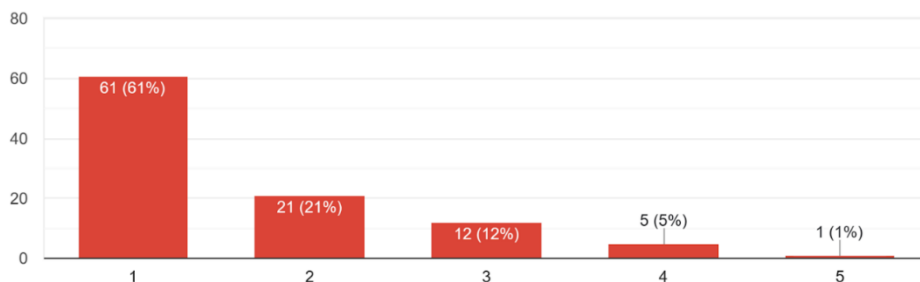
Rysunek 15. „Czy współpraca pracownik ochrony zdrowia – pacjent ze skłonnościami samobójczymi dobrze funkcjonuje?”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Możliwe jest zapobieganie samobójstwom” 51% odpowiedziało „zdecydowanie się zgadzam”.



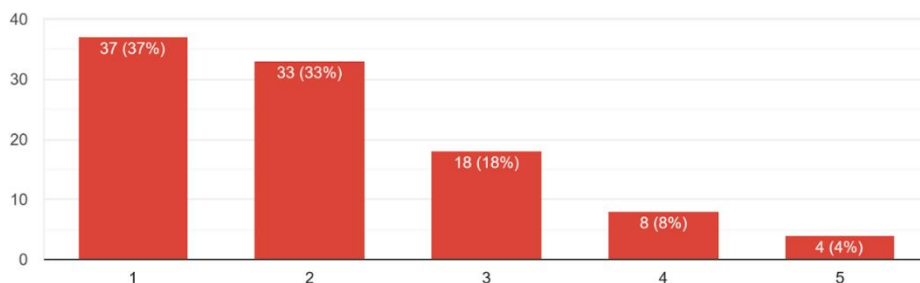
Rysunek 16. „Możliwe jest zapobieganie samobójstwom”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Nie ma znaczenia, co robi się z pacjentami samobójczymi – i tak prędzej czy później im się to udaje” 61% odpowiedziało „zdecydowanie się nie zgadzam”.



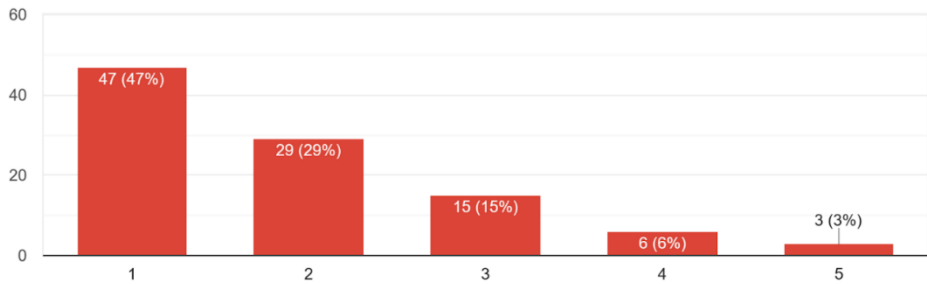
Rysunek 17. „Nie ma znaczenia, co robi się z pacjentami samobójczymi – i tak prędzej czy później im się to udaje”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Jeśli ludzie naprawdę chcą się zabić, odniosą sukces pomimo otrzymania najlepszego leczenia” 37% odpowiedziało „zdecydowanie się nie zgadzam”, 33% – „raczej się nie zgadzam”.



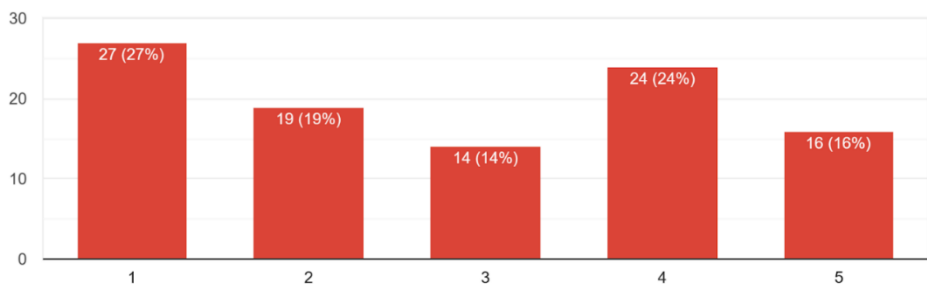
Rysunek 18. „Jeśli ludzie naprawdę chcą się zabić, odniosą sukces pomimo otrzymania najlepszego leczenia”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Kiedy ludzie zdecydują się popełnić samobójstwo, nie możesz ich powstrzymać” 47% odpowiedziało „zdecydowanie się nie zgadzam”.



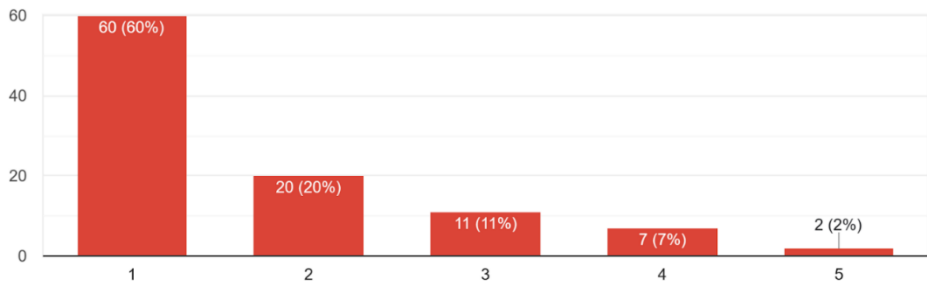
Rysunek 19. „Kiedy ludzie zdecydują się popełnić samobójstwo, nie możesz ich powstrzymać”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Samobójstwa popełniają osoby wrażliwe” 27% odpowiedziało „zdecydowanie się nie zgadzam”, 24% – „raczej się zgadzam”.



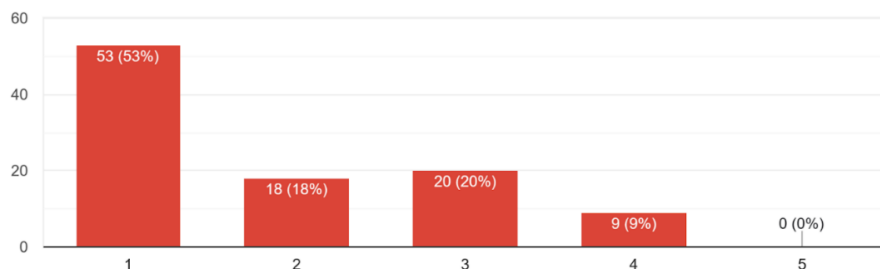
Rysunek 20. „Samobójstwa popełniają osoby wrażliwe”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie odbierają sobie życia” 60% odpowiedziało „zdecydowanie się nie zgadzam”.



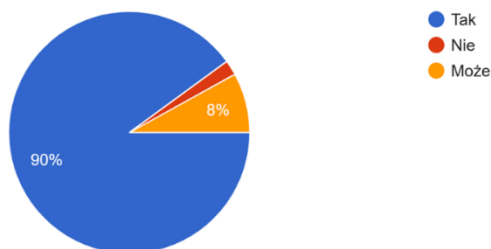
Rysunek 21. „Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie odbierają sobie życia”. Źródło: opracowanie własne

W stwierdzeniu „Rozmowa na temat samobójstwa może do niego zachęcić” 53% odpowiedziało „zdecydowanie się nie zgadzam”.



Rysunek 22. „Rozmowa na temat samobójstwa może do niego zachęcić”. Źródło: opracowanie własne

W pytaniu „Czy uważa Pan/Pani, że szkolenia na temat zapobiegania samobójstwom są potrzebne?” 90% odpowiedziało „tak”.



Rysunek 23. „Czy uważa Pan/Pani, że szkolenia na temat zapobiegania samobójstwom są potrzebne?”.

Źródło: opracowanie własne

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizy statystyczne z użyciem pakietu IBM SPSS Statistics 28. Za jego pomocą wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testami Shapiro–Wilka, test t Studenta dla prób niezależnych, test U Manna–Whitneya oraz korelację ρ Spearmana. Za poziom istotności w niniejszym rozdziale uznano $\alpha = 0,05$.

3.1. Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro–Wilka

W pierwszym kroku analizy na podstawie średniej z odpowiedzi na pytania 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19 i 21 utworzono zmienną „postawa pewności pracy z pacjentem”, a na podstawie pytań 14, 15, 23 i 24 utworzono zmienną „wiedza na temat samobójstw”. Ze względu na charakter pytań odwrócono punktację dla pytań 10, 15, 19, 21, 23 i 24. Następnie sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro–Wilka badającym normalność rozkładu. Szczegóły analiz zostały zaprezentowane w tabeli 1.

Tabela 1. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Shapiro–Wilka

Zmienna zależna	M	Me	SD	$Sk.$	$Kurt.$	$Min.$	$Maks.$	W	p
Postawa pewności pracy z pacjentem	3,27	3,13	0,63	0,45	-0,45	2,13	4,88	0,97	0,013
Wiedza na temat samobójstw	3,31	3,25	0,79	0,38	-0,23	1,50	5,00	0,96	0,006

Źródło: opracowanie własne.

Jak widać w tabeli 1 uzyskane wyniki testu Shapiro–Wilka wskazują na nienormalne rozłożenie obu rozkładów. Biorąc jednak pod uwagę centralne twierdzenie graniczne, które zakłada, że cecha przyjmuje rozkład normalny w momencie, kiedy badanych jest

przynajmniej 30 osób, oraz fakt, że żadna miara skośności w przypadku większości zmierzonych nie przekracza krytycznej wartości bezwzględnej równej 2 (George, Mallery, 2016), można założyć, że badane zmienne przyjmują rozkład normalny. Dlatego też postanowiono wykorzystać analizy parametryczne dla hipotez, w których spełniono również pozostałe założenia, takie jak równoliczność badanych grup czy też jednorodność wariancji.

3.2. Zależność postawy pewności pracy i wiedzy na temat pacjentów z tendencjami samobójczymi od wykonywanego zawodu

Kolejno sprawdzono, czy lekarze i pielęgniarki różnili się postawami i wiedzą na temat pacjentów z tendencjami samobójczymi. W tym celu wykonano analizę testem *t* Studenta dla prób niezależnych, a wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki analizy testem *t* Studenta dla prób niezależnych porównującej lekarzy i pielęgniarki pod względem postawy pewności pracy i wiedzy na temat pacjentów z tendencjami samobójczymi

Zmienna zależna	Lekarz (<i>n</i> = 31)		Pielęgniarka (<i>n</i> = 37)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Postawa pewności pracy z pacjentem	3,33	0,65	3,04	0,40	2,16 ^a	47,85	0,036	0,02	0,56	0,55
Wiedza na temat samobójstw	3,25	0,72	3,09	0,53	1,04	65,00	0,302	-0,15	0,47	0,25

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wykazała istotne statystycznie i przeciętne różnice w poziomie postawy pewności pracy z pacjentem pomiędzy porównywanymi grupami. Dalsza analiza średnich wykazała, że lekarze wykazywali większą pewność pracy z pacjentami z tendencjami samobójczymi.

3.3. Zależność postawy pewności pracy i wiedzy na temat pacjentów z tendencjami samobójczymi od przebytego szkolenia zapobiegania samobójstwom

Następnie sprawdzono, czy osoby, które przebyły i nie przebyły szkolenia dotyczącego zapobieganiu samobójstwom, różnią się postawą pewności pracy i wiedzą na temat pacjentów w tendencjami samobójczymi. W tym celu wykonano analizę testem *U* Manna–Whitneya, a wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Wyniki analizy testem *U* Manna–Whitneya porównującej osoby, które odbyły i nie odbyły szkolenia zapobiegania samobójstwom, pod względem postawy pewności pracy i wiedzy na temat pacjentów z tendencjami samobójczymi

Zmienna zależna		Nie (<i>n</i> = 90)	Tak (<i>n</i> = 10)	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	η^2
Postawa pewności pracy z pacjentem	<i>M</i>	3,21	3,83				
	<i>Me</i>	3,13	3,88				
	<i>SD</i>	0,61	0,49	-3,00	0,003	0,30	0,09
	średnia ranga	47,11	75,75				

	<i>M</i>	3,25	3,92				
	<i>Me</i>	3,00	4,00				
Wiedza na temat samobójstw	<i>SD</i>	0,76	0,82	-2,35	0,019	0,2 4	0,06
	średnia ranga	47,88	71,22				

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wykazała istotną statystycznie i przeciętną różnicę w obu porównywanych zmiennych pomiędzy porównywanymi grupami. Dalsza analiza median wykazała, że osoby, które odbyły szkolenie odnośnie do zapobieganiu samobójstwom, wykazywały wyższą pewność i większą wiedzę na temat pracy z pacjentami o tendencjach samobójczych.

3.4. Zależność postawy pewności pracy i wiedzy na temat pacjentów z tendencjami samobójczymi od wieku, stażu pracy i liczby pacjentów z tendencjami samobójczymi

W ostatnim kroku analizy sprawdzono, czy pewność pracy i wiedza na temat osób z tendencjami samobójczymi jest zależna od wieku, stażu pracy i liczby pacjentów z tendencjami samobójczymi, leczonych przez badanych pracowników zawodów medycznych. W tym celu wykonano analizę korelacji *rho* Spearmana, a wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki analizy korelacji *rho* Spearmana sprawdzającej współzmiennność postawy pewności pracy i wiedzy na temat pacjentów z tendencjami samobójczymi i wieku, stażu pracy oraz liczby pacjentów z tendencjami samobójczymi

Zmienna		Postawa pewności pracy z pacjentem	Wiedza na temat samobójstw
Wiek	<i>rho</i> Spearmana	0,07	0,03
	istotność	0,487	0,766
Staż pracy	<i>rho</i> Spearmana	0,07	0,04
	istotność	0,500	0,701
Liczba pacjentów z tendencjami samobójczymi	<i>rho</i> Spearmana	0,35	0,43
	istotność	<0,001	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wykazała istotną statystycznie, dodatnią i przeciętną korelację liczby pacjentów z tendencjami samobójczymi, którymi opiekowały się osoby badane, a postawą pewności pracy i wiedzą na temat osób z tendencjami samobójczymi. Oznacza to, że badani pracownicy zawodów medycznych mieli tym większą wiedzę i tym pewniejszą postawę pracy z pacjentami o tendencjach samobójczych, im większą liczbą pacjentów z tendencjami samobójczymi opiekowali się.

4. Dyskusja

Z zebranych danych wynika, że 90% respondentów nie przeszło odpowiedniego szkolenia mającego na celu przygotowanie ich do pracy w zakresie zapobiegania samobójstwom. Zdecydowana większość nie jest przekonana o zdolności do skutecznej oceny pacjentów ze skłonnościami samobójczymi. Zdecydowana większość nie jest przekonana co do skutecznego leczenia pacjentów samobójczych. Zdecydowana większość uważa, że brakuje jej wiedzy i pewności w pracy z pacjentami. Większość respondentów poprawnie odpowiedziała na pytania odnośnie do wiedzy o samobójstwach. Poniższe badania przedstawiają podobne stanowiska.

W 2020 roku przeprowadzono badanie w sześciu placówkach medycznych w miejscowości Nelson Mandela Bay Municipality (NMBM) w Republice Południowej Afryki. Celem badania było sprawdzenie pewności siebie oraz wiedzy pracowników opieki zdrowotnej, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentami samobójczymi odnośnie do zapobiegania samobójstwom. Łącznie w badaniu wzięło udział 344 pracowników opieki zdrowotnej. Badanie jednoznacznie wykazało konieczność wprowadzenia odpowiednich kroków, biorąc pod uwagę ogromną rolę pracowników w zapobieganiu samobójstwom. Wyniki pokazały brak odpowiedniej wiedzy, aby skutecznie ocenić ryzyko odebrania sobie życia. W pytaniach o samoocenę wiedzy mniej niż 30% wszystkich badanych oceniło się wysoko lub bardzo wysoko. Ustalenia autorów powyższego badania mają poparcie w kenijskim badaniu, które ukazało nieodpowiednie umiejętności pielęgniarek, aby właściwie ocenić pacjentów z tendencjami samobójczymi. Poziom wiedzy wśród pracowników był wyższy w grupie, w której pracownicy odbyli przynajmniej dwie godziny bądź więcej godzin specjalistycznego szkolenia. Kolejnym wnioskiem z badania jest stwierdzenie o posiadaniu większej wiedzy na temat oceny samobójstw wśród młodszych pracowników [21, 22]. Kolejną rzeczą wymagającą zwrócenia uwagi mogą być źle przeprowadzane testy przesiewowe, które mogą pokazać niewłaściwą diagnozę, która ostatecznie nie da szansy na podjęcie odpowiedniego leczenia na czas [23]. Światowa Organizacja Zdrowia zwraca uwagę, że samobójstwa są szczególnie problematycznym zjawiskiem w krajach o niskich i średnich dochodach, ponieważ nie nadążają one za rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę psychiatryczną, która w dużym stopniu jest zależna od infrastruktury państwa oraz zasobów ludzkich i gospodarczych. Ogromną rolę w zapobieganiu samobójstwom mają politycy, którzy mają możliwość wprowadzenia realnych zmian na poziomie krajowym. Bez ich zaangażowania nie można liczyć na wprowadzenie trwałych zmian [24]. Idealnym przykładem przedstawiającym potrzebę lepszego zarządzania i wykrywania zaburzeń psychicznych jest Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ) w Zomba. Badanie przedstawiło występowanie depresji u pacjentów korzystających ze świadczeń ambulatoryjnych na poziomie 30,3%, z czego wykrywalność oceniono na poziomie 0%. Wyniki te jednoznacznie pokazują potrzebę odpowiedniego szkolenia specjalistów w celu rozpoznania i pokierowania danego pacjenta. Badanie to pokazało, że wykrycie depresji zwłaszcza w jej somatycznej postaci jest trudne. Dodatkowym utrudnieniem jest przeciążenie placówki, brak gotowości pacjentów do podzielenia się swoimi problemami psychicznymi [25].

W północno-zachodniej Anglii przeprowadzono badanie, którego celem była dokładna analiza liczby oraz charakteru konsultacji medycznych z lekarzem pierwszego kontaktu w roku poprzedzającym odebranie sobie życia przez danych pacjentów. Udowodniono, że 91% pacjentów brało udział w konsultacji z lekarzem ogólnym przynajmniej raz

w roku poprzedzającym samobójstwo. Prawie 50% pacjentów miało wizytę u lekarza miesiąc przed śmiercią. Lekarze pierwszego kontaktu tylko u 27% swoich pacjentów zgłosili niepokojące obawy dotyczące ich zdrowia psychicznego. Z danych wynika, że konsultacje z lekarzem przed popełnieniem samobójstwa są zjawiskiem powszechnym. Zwrócono uwagę na potrzebę opracowania odpowiedniej strategii, która poprawi multidyscyplinarną komunikację między lekarzami pierwszego kontaktu a specjalistami zdrowia psychicznego. W tym celu opracowano nowe standardy, które mają za zadanie skrócenie czasu potrzebnego szpitalom na przekazanie wypisów pacjentów dla lekarzy pierwszego kontaktu [26]. Badanie przeprowadzone na terenie Anglii i Walii wykazało, że około 1/4 badanych pacjentów, którzy popełnili samobójstwo, konsultowało się rok przed śmiercią ze specjalistami zdrowia psychicznego. Zaobserwowano, że samobójstwo występowało z większą częstotliwością w terminie siedmiu dni od wypisania pacjenta. Aby móc skutecznie przeciwdziałać samobójstwom, należy poddać pacjentów obserwacji do trzech miesięcy od wypisu z placówki medycznej [27].

Metody zapobiegania samobójstwom opierają się głównie na zmniejszaniu przypadków myśli samobójczych oraz dokonywanych prób odebrania sobie życia. Skupiają się na ograniczaniu czynników ryzyka oraz na prawidłowym postępowaniu z osobami, które znajdują się w grupie ryzyka. Jednakże pomocne może być rozwijanie umiejętności oraz poprawianie postaw związanych z zapobieganiem samobójstwom w ogóle populacji, wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i personelu medycznego. Programy edukacyjne na temat zapobiegania samobójstwom i postępowania z osobami z tendencjami samobójczymi mogą wspomóc personel medyczny w zrozumieniu postawy takiej osoby oraz przygotować do współpracy z osobami z myślami samobójczymi. Kluczową rolę w zapobieganiu samobójstwom odgrywają pielęgniarki, ponieważ zajmują się ścisłą obserwacją pacjentów i jako pierwsze mogą dostrzec przejawiające się myśli samobójcze u pacjenta. Pielęgniarki mają długotrwały i bliski kontakt z pacjentami. Relacja pielęgniarki z pacjentem pozwala na uzyskanie wsparcia rodziny, przyjaciół oraz instytucji zajmujących się osobami z myślami samobójczymi [28-30]. Jednak pielęgniarki mogą nie mieć odpowiedniej wiedzy oraz umiejętności w zakresie zapobiegania samobójstwom. Programy edukacyjne przedstawiające problem samobójstwa oraz mające na celu poprawę wiedzy, postawy i kompetencji pracowników ochrony zdrowia wykazują pozytywne skutki i wyniki [28, 31, 32].

Odnosząc się do badania oceny wiedzy i kompetencji pielęgniarek po krótkim programie edukacyjnym dotyczącym profilaktyki samobójstw, można uznać, że program znacznie poprawił postawę oraz wiedzę personelu pielęgniarskiego na temat samobójstw. Skutkowało to lepszym rozumieniem czynników ryzyka i wstępnego postępowania z pacjentami z myślami samobójczymi. Program ten poprawił również pewność i kompetencje uczestników szkolenia w sferze identyfikacji osoby z tendencjami samobójczymi. Dla uczestników badania przygotowano krótki program szkoleniowy na temat interwencji edukacyjnych w zakresie samobójstw. Program miał na celu zwiększenie wiedzy pielęgniarek na temat zapobiegania samobójstwom, promowanie pozytywnej postawy pielęgniarek w opiece nad chorymi, którzy znajdują się w grupie ryzyka samobójstwa, oraz z członkami ich rodzin i zwiększenie kompetencji pielęgniarek w zakresie identyfikacji i kierowania takich pacjentów. Łącznie w szkoleniu wzięło udział 54 uczestników [33].

Program *Gatekeeper Suicide Awareness* jest przykładem, że szkolenia personelu medycznego w zakresie zapobiegania samobójstwom mają pozytywne skutki w sferze postrzegania znaków ostrzegawczych u osób z tendencjami samobójczymi. Spośród pielęgniarek z grupy eksperymentalnej 98 uczestniczyło w comiesięcznych zajęciach edukacyjnych i 90-minutowym programie *Gatekeeper Suicide Awareness*, 97 pielęgniarek z grupy kontrolnej uczestniczyło tylko w comiesięcznych zajęciach. Przed rozpoczęciem różnych interwencji edukacyjnych i po nim wszystkie pielęgniarki zostały poproszone o wypełnienie kwestionariusza na temat znaków ostrzegawczych i zachowań samobójczych u pacjentów. Kwestionariusz zawierał również pytania o reakcje pielęgniarek w przypadku napotkania osoby z myślami samobójczymi. Wyniki badania wykazują, że pielęgniarki, które brały udział w programie *Gatekeeper Suicide Awareness*, były bardziej świadome znaków ostrzegawczych i chętniej kierowały pacjentów na profesjonalną poradę. Zgadza się ze stwierdzeniem, że kształcenie personelu medycznego powinno obejmować program szkoleniowy w zakresie zapobiegania samobójstwom [34].

W 2020 roku opublikowano badanie, którego celem było zbadanie wpływu ciągłości pracy oraz postrzegania zjawiska samobójstw wśród pracowników opieki zdrowotnej. Udowodniono, że pracownicy, którzy doświadczyli samobójstwa pacjenta, nad którym sprawowali opiekę, doświadczyli szeregu objawów takich jak: ataki paniki, koszmary senne, obwinianie się, brak wiary we własne kompetencje. Samobójstwo pacjentów miało konsekwencje w dalszej pracy z innymi pacjentami. Badanie pokazuje, w jaki sposób pracownicy mogą nauczyć się lepszego radzenia sobie z emocjami po śmierci samobójczej pacjenta oraz zadawać bardziej skuteczne pytania dotyczące śmierci. Dobre przygotowanie i otwartość czynią pracowników bardziej świadomymi oznak i mogą pomóc ewentualnemu odebraniu sobie życia. W tym celu pracownicy zadbali o stworzenie bezpiecznego miejsca, ustanawiając nową rutynę pracy opiekuńczej nad pacjentem [35]. W ramach wywiadów z lekarzami zbadano emocjonalny wpływ samobójstwa pacjentów, z którymi mieli bezpośredni kontakt. Wszystkim badanym towarzyszyło poczucie winy oraz porażki. W największym stopniu odbiły się natomiast samobójstwa tych pacjentów, u których nie doszło do zaobserwowania objawów somatycznych [36]. Dobrym przykładem jest wprowadzenie legislacji (jako pierwszej na terenie Stanów Zjednoczonych) w stanie Waszyngton, która dotyczyła wymogu kontynuowania edukacji dla niektórych specjalistów na temat oceny oraz odpowiedniego zarządzania ryzykiem samobójstw. Licencja ta jest obowiązkowa w celu kontynuowania posiadania licencji [37]. Brak kompleksowej strategii zapobiegania samobójstwom nie powinien stanowić przeszkody w tworzeniu odpowiednich programów prewencyjnych. Mogą stanowić one dobry wskaźnik do zidentyfikowania grup wysokiego ryzyka oraz dostarczyć im potrzebne zasoby [38]. Należy wziąć pod uwagę fakt, że korzystanie przez pacjentów z wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu w roku poprzedzającym samobójstwo jest powszechne. Dowodzi tego badanie, w którym przeprowadzono przegląd systematyczny 40 badań. Kontakt z lekarzami POZ był częstszy niż ze specjalistami zdrowia psychicznego. Członkowie młodszej grupy wiekowej mieli większą tendencję do kontaktowania się ze specjalistami zdrowia psychicznego rok przed śmiercią, co może świadczyć o mniejszej stygmatyzacji problemów niż w latach dawniejszych [39]. Badanie przeprowadzone w USA, które objęło swoim zasięgiem około 11 milionów osób, również dowiodło, iż większość pacjentów, którzy odebrali sobie życie, miała kontakt z opieką zdrowotną, a połowa badanych korzystała z porady lekarskiej 4 tygodnie przed samobójstwem [40]. Dobrym przykładem tego, iż warto przeprowadzać szkolenia

w zakresie zapobiegania samobójstwom i leczenia pacjentów z tendencjami samobójczymi dla personelu POZ, jest 5-letni program edukacyjny, który został wprowadzony w południowo-zachodniej części Węgier. Program ten był przeznaczony dla lekarzy pierwszego kontaktu i dotyczył leczenia depresji. W programie wzięło udział 28 lekarzy POZ. Badanie wykazuje, że interwencja lekarza pierwszego kontaktu spowodowała spadek wskaźnika samobójstw w objętej populacji w porównaniu z resztą kraju [19].

5. Wnioski

Badanie pokazuje, że tylko 10% badanych miało jakiegokolwiek szkolenie odnośnie do zapobiegania samobójstwom. Zdecydowana większość nie jest przekonana co do skuteczności leczenia swoich pacjentów. Badani uważają, że odpowiednie szkolenie jest potrzebne. Na podstawie dokładnych analiz stwierdzono, że lekarze wykazywali większą pewność pracy z pacjentami z tendencjami samobójczymi niż pielęgniarki. Powyższe analizy jasno dowodzą, że pracownicy, którzy odbyli szkolenie odnośnie do zapobiegania samobójstwom, wykazywali bardziej efektywny tryb pracy z pacjentami o tendencjach samobójczych. Pracownicy medyczni, którzy opiekowali się większą liczbą pacjentów, charakteryzowali się większą wiedzą oraz pewniejszą postawą w pracy z nimi. Większa wiedza i pewność siebie pozwalają na skuteczniejsze leczenie pacjentów, co w efekcie zmniejsza ryzyko samobójstw.

Literatura

1. Durkheim E., *Samobójstwo. Studium z socjologii*, przekład K. Wakar, Warszawa 2006, s. 48.
2. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [data dostępu: 15.03.2023].
3. Zwoliński A., *Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny*, Kraków 2013, s. 9-10.
4. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> [data dostępu: 22.03.2023].
5. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> [data dostępu: 15.03.2023].
6. Capp K., Deane F.P., Lambert G., *Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training*, Aust N Z J Public Health, 25(4), Aug. 2001, s. 315-321, doi: 10.1111/j.1467-842x.2001.tb00586.x. PMID: 11529611.
7. Maina R., Bukusi D., Njuguna S.K., Kumar M., *Luki w ocenie samobójstw i zarządzaniu wśród pielęgniarek wypadkowych i ratunkowych w Kenyatta National Hospital: badanie jakościowe*, Glob Soc Welf., 6(2), 2019, s. 87-96, 10.1007/s40609-018-0127-7.
8. Hołyst B., *Suicydologia*, Warszawa 2012, s. 89.
9. Ziółkowska J., *Analiza narracji osób po próbach samobójczych*, Warszawa 2016, s. 49-52.
10. Witkowska H., Czabański A., Kicińska L., Łuba M., Palma J., Szczepaniak W., *Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych. Zadanie zrealizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 finansowane przez Ministra Zdrowia*.
11. <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide> [data dostępu: 22.03.2023].
12. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> [data dostępu: 22.03.2023].
13. Ramberg I., Di Lucca M., Hadlaczky G., *The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention*, Int J Environ Res Public Health. 2016 Feb, 13(2), s. 195.
14. Zalsman G., Hawton K., Wasserman D., van Heeringen K., Arensman E., Sarchiapone M., Carli V., Höschl C., Barzilay R., Balazs J., Purebl G., Kahn J.P., Sáiz P.A., Lipsicas C.B., Bobes J., Cozman D., Hegerl U., Zohar J., *Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review*.

15. Osteen P.J., Frey J.J., Ko J., *Advancing training to identify, intervene, and follow up with individuals at risk for suicide through research*, Am J Prev Med., 47(3 Suppl 2), Sep 2014, S216-21. doi: 10.1016/j.amepre.2014.05.033. PMID: 25145742.
16. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_3 [data dostępu: 22.03.2023].
17. <https://www.who.int/news/item/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable> [data dostępu: 22.03.2023].
18. Szanto K., Kalmar S., Hendin H., Rihmer Z., Mann J.J., *A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate*, Arch Gen Psychiatry, 64(8), Aug 2007, 914-20. doi: 10.1001/archpsyc.64.8.914. PMID: 17679636.
19. Appleby L., Morriss R., Gask L., Roland M., Perry B., Lewis A., Battersby L., Colbert N., Green G., Amos T., Davies L., Faragher B., *An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project)*.
20. Santos J.C., Simões R.M., Erse M.P., Façanha J.D., Marques L.A., *Impact of „+Contigo” training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide*, Rev Lat Am Enfermagem., Jul-Aug 2014, 22(4), 679-84. doi: 10.1590/0104-1169.3503.2467. PMID: 25296153.
21. Adeyinka A. Alabi, *Self-confidence and knowledge of suicide assessment and prevention amongst first-line health professionals in Nelson Mandela Bay, South Africa*, S Afr Fam Pract (2004), 64(1), 2022, s. 5377.
22. Lotfi L., Flyckt L., Krakau I., Mårtensson B., Nilsson G.H., *Niewykryta depresja w podstawowej opiece zdrowotnej: występowanie, nasilenie i współzachorowalność w dwuetapowej procedurze oportunistycznych badań przesiewowych*, Psychiatria Nord J., 64(6), 2010, s. 421-427.
23. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf [data dostępu: 22.03.2023].
24. Udedi M., *The Prevalence of Depression among patients and its detection by Primary Health Care Workers at Matawale Health Centre (Zomba)*, 26(2), 2014.
25. Pearson A., Saini P., Da Cruz D., *Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness*, British Journal of General Practice, 59(568), 2009, s. 825-832.
26. Appleby L., Shaw J., Amos T., McDonnell R., Harris C., McCann K., Kiernan K., Davies S., Bickley H., Parsons R., *Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey*, BMJ, 8, 318(7193), May 1999, s. 1235-1239, doi: 10.1136/bmj.318.7193.1235. PMID: 10231250; PMCID: PMC27859.
27. Saini V.K., Gehlawat P., Gupta T., *Evaluation of knowledge and competency among nurses after a brief suicide prevention educational program: A pilot study*, J Family Med Prim Care., 31, 9(12), Dec 2020, s. 6018-6022.
28. Botega N.J., Silva S.V., Reginato D.G., Rapeli C.B., Cais C.F., Mauro M.L., Stefanello S., Ceconi J.P., *Maintained attitudinal changes in nursing personnel after a brief training on suicide prevention*, Suicide Life Threat Behav., 37(2), Apr 2007, s. 145-153.
29. Bolster C., Holliday C., Oneal G., Shaw M., *Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show?*, Online J Issues Nurs., 31, 20(1), Jan 2015, 2. PMID: 26824260.
30. Tsai W.P., Lin L.Y., Chang H.C., Yu L.S., Chou M.C., *The effects of the Gatekeeper Suicide-Awareness Program for nursing personnel*. Perspect Psychiatr Care, 47(3), Jul 2011, s. 117-125, doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00278. x. Epub 2010 Nov 3, PMID: 21707626.
31. Holdsworth N., Belshaw D., Murray S., *Developing A&E nursing responses to people who deliberately self-harm: the provision and evaluation of a series of reflective workshops*, J Psychiatr Ment Health Nurs., 8(5), Oct 2001, s. 449-458, doi: 10.1046/j.1351-0126.2001.00434.

32. Gilbody S., Whitty P., Grimshaw J., Thomas R., *Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review*, JAMA, 18, 289(23), Jun 2003, s. 3145-3151, doi: 10.1001/jama.289.23.3145. PMID: 12813120.
33. Anderson M., Standen P., Noon J., *Nurses' and doctors' perceptions of young people who engage in suicidal behaviour: a contemporary grounded theory analysis*, Int J Nurs Stud., 40(6), Aug 2003, s. 587-597, doi: 10.1016/s0020-7489(03)00054-3. PMID: 12834924.
34. Rytterström P., Ovox S., Wärdig R., Hultsjö S., *Impact of suicide on health professionals in psychiatric care mental healthcare professionals' perceptions of suicide during ongoing psychiatric care and its impacts on their continued care work*.
35. Davidsen A., *'And then one day he'd shot himself. Then I was really shocked': General practitioners' reaction to patient suicide*, Patient Education and Counseling, 85, 1, Oct 2011, s. 113-118.
36. Stuber J., Quinnett P., *Making the Case for Primary Care and Mandated Suicide Prevention Education, Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(2), Apr 2013, s. 117-124.
37. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> [data dostępu: 14.03.2023].
38. Luoma J., M.A., Catherine E. Martin, M.A., Jane L. Pearson, Ph.D., *Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence*, The American Journal of Psychiatry, 159, 6, Jun 2002, s. 909-916.
39. Ahmedani B.K., Simon G.E., Stewart C., Beck A., Waitzfelder B.E., Rossom R., ..., Solberg L.I., *Health care contacts in the year before suicide death*, Journal of General Internal Medicine, 29(6), 2014, s. 870-877.
40. Mann J.J., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A., Hegerl U., Lonnqvist J., Malone K., Marusic A., Mehlum L., Patton G., Phillips M., Rutz W., Rihmer Z., Schmidtke A., Shaffer D., Silverman M., Takahashi Y., Varnik A., Wasserman D., Yip P., Hendin H., *Suicide prevention strategies: a systematic review*, JAMA, 294, 2005, s. 2064-2074.

Postawa oraz poziom wiedzy pracowników opieki zdrowotnej odnośnie do zapobiegania samobójstwom w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym (UCK) w Gdańsku

Streszczenie

Samobójstwa są poważnym problemem zdrowia publicznego. W 2022 roku w ich wyniku doszło do 5108 zgonów. Liczba ta jest większa niż liczba wypadków samochodowych. Pracownicy opieki zdrowotnej dzięki swojej pozycji mają zdolność do skutecznej oceny i leczenia pacjentów z tendencjami samobójczymi. Złe zarządzanie pacjentem, niska pewność siebie oraz niedostateczna wiedza skutkują niezyskaniem odpowiedniej diagnozy i leczenia pacjenta. Celem niniejszej pracy jest analiza postawy oraz poziomu wiedzy pracowników opieki zdrowotnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku w kierunku zapobiegania samobójstwom. W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizy statystyczne z użyciem pakietu IBM SPSS Statistics 28 oraz wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testami Shapiro–Wilka, test t Studenta dla prób niezależnych, test U Manna–Whitneya oraz korelację ρ Spearmana. Łącznie zebrano 100 odpowiedzi. Zdecydowana większość nie przeszła szkolenia odnośnie do zapobiegania samobójstwom. Powyższe analizy jasno dowodzą, że pracownicy, którzy odbyli szkolenie odnośnie do zapobieganiu samobójstwom, wykazywali bardziej efektywny tryb pracy z pacjentami o tendencjach samobójczych. Na podstawie badania w północno-zachodniej Anglii udowodniono, że 91% pacjentów brało udział w konsultacji z lekarzem ogólnym przynajmniej raz w roku poprzedzającym samobójstwo. Prawie 50% pacjentów miało wizytę u lekarza miesiąc przed śmiercią. Metody zapobiegania samobójstwom opierają się głównie na zmniejszaniu przypadków myśli samobójczych oraz dokonywanych prób odebrania sobie życia. Skupiają się na ograniczaniu czynników ryzyka oraz na prawidłowym postępowaniu z osobami, które znajdują się w grupie ryzyka. Jednakże pomocne może być rozwijanie umiejętności oraz poprawianie postaw związanych z zapobieganiem samobójstwom w ogóle populacji, wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i personelu medycznego.

Słowa kluczowe: samobójstwa, zachowania samobójcze, opieka zdrowotna, wiedza, zapobieganie

Attitude and level of knowledge of health care workers regarding suicide prevention at the University Clinical Center (UCC) in Gdańsk

Abstract

Suicide is a serious public health problem. In 2022, there were 5,108 deaths as a result. This number is greater than the number of car accidents. Healthcare workers, thanks to their position, have the ability to effectively assess and treat patients with suicidal tendencies. Poor patient management, low self-confidence and insufficient knowledge result in not obtaining an adequate diagnosis and treatment of the patient. The aim of this paper is to analyze the attitude and level of knowledge of health care workers of the University Clinical Center in Gdańsk towards suicide prevention. In order to answer the research questions, statistical analyses were carried out using the IBM SPSS Statistics 28 package and basic descriptive statistics were analyzed together with Shapiro-Wolf tests, Student's t-test for independent samples, Mann-Whitney U test and Spearman rho correlation. A total of 100 responses were collected. The vast majority have not received training on suicide prevention. The above analyses clearly show that employees who received suicide prevention training showed a more effective mode of working with patients with suicidal tendencies. Based on a study conducted in the North West of England It was proved that 91% of patients had consulted a general practitioner at least once in the year before suicide. Almost 50% of patients had a visit to the doctor a month before death. Suicide prevention methods are mainly based on reducing the incidence of suicidal thoughts and attempts to take one's own life. They focus on reducing risk factors and on proper handling of people who are at risk. However, it may be helpful to develop skills and improve attitudes related to suicide prevention among primary care physicians and medical staff.

Keywords: suicide, suicide behavior, healthcare, knowledge, prevention

Analiza uniwersalności emocji przy użyciu wielojęzycznych modeli uczenia maszynowego typu transformer

1. Wprowadzenie

We współczesnej literaturze psychologicznej istnieją trzy główne teorie rozumienia natury emocji. Te teorie to teoria emocji podstawowych, zainspirowana przez Tomkinsa [1, 2]; teoria oceny poznawczej, zainspirowana przez Arnolda [3, 4]; oraz podejście konstruktywistyczne, sięgające Schachtera i Singera [5] (dogłębny przegląd historii badań nad emocjami znajduje się w [6]). Te trzy szkoły myślenia opierają się na prostych założeniach. Teoria emocji podstawowych traktuje emocje jako instynktowne reakcje na wydarzenia zewnętrzne. Teoria oceny komplikuje ten obraz, wskazując, że doświadczana emocja może być również zależna od tego, jak zostanie zinterpretowana pewna sytuacja wywołująca emocje. Wreszcie, podejście konstruktywistyczne postuluje, że same emocje są jedynie interpretacją wzajemnego oddziaływania pomiędzy interoceptywnymi wskazówkami (powszechnie ujmowanymi w pojęciach walencji i pobudzenia) a zewnętrznymi wydarzeniami [6].

Dwa ostatnie podejścia podkreślają zatem rolę znaczenia w procesie doświadczania emocji. Teoria oceniająca zwraca uwagę głównie na znaczenie sytuacyjne, natomiast podejście konstruktywistyczne rozszerza swój pogląd na znaczenie samych emocji – biorąc pod uwagę sposób, w jaki są one konstruowane na poziomie indywidualnym i społecznym. To znaczenie przez wiele lat było kluczowe w wyciąganiu wniosków na temat tego, która z ram teoretycznych jest najbardziej zgodna z dowodami. Począwszy od badań prowadzonych przez Ekmana, który badał uniwersalność mimiki twarzy w odniesieniu do konkretnych emocji, naukowcy szukali uniwersalnych znaków podstawowych emocji, aby poprzeć pogląd, że są one stałe w różnych kulturach [7]. Pogląd ten został od tego czasu zakwestionowany przez wiele badań (dogłębny przegląd powiązanej literatury zob. [8]).

Uniwersalność specyficznych, wbudowanych ekspresji emocjonalnych sugerowałaby, że rzeczywiście podstawowy pogląd na emocje jest słuszny, a przynajmniej nie jest unieważniony przez dane, i że zarówno znaczenie zewnętrznych wydarzeń (w tym konkretnym przypadku wyrazów twarzy innych ludzi), jak i sygnatura interoceptywna (w tym przypadku impuls, który skłania osobę doświadczającą emocji do ułożenia mięśni twarzy w określonej konfiguracji) jest stabilna w różnych kulturach. Zarówno teoria podstawowych emocji, jak i teoria konstruktywistyczna opierają się natomiast na znacznie szerszej bazie dowodowej, niż proste występowanie lub brak uniwersalnej ekspresji twarzy [6]. Obecny artykuł skupia się na roli „znaczenia” dla obu tych teorii, a powyższy przypadek traktuje jedynie jako ilustracyjny.

¹ hplisiecki@psych.pan.pl, Instytut Psychologii, Polska Akademia Nauk.

² aw.sobieszek@student.uw.edu.pl, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski.

Należy podkreślić, że teoria konstruktywistyczna postuluje również pewien stopień uniwersalizmu, przynajmniej w odniesieniu do elementów składowych emocji w postaci afektu podstawowego [9]. Twierdzi ona, że choć ludzie w różnych kulturach mogą różnie interpretować swoje emocje, to istnieje pewien stopień wspólny w odniesieniu do pozytywnej/negatywnej oceny (walencja) oraz gotowości do działania (pobudzenie) [10, 11]. Teoria ta jest dobrze ugruntowana w literaturze neuropsychologicznej, przy czym walencja i pobudzenie odwzorowują stany, w które mózg wprowadza ciało na podstawie przewidywań, jakie czyni na temat środowiska, i tego, jak te przewidywania odnoszą się do zadania utrzymania allostazy (stanu, w którym potrzeby ciała są zaspokojone) [12].

Kiedy model predykcyjny w mózgu przewiduje zaspokojenie potrzeb, informacja ta zostaje przekazana do ciała poprzez interocepcję i zinterpretowana jako stan afektywny o wysokiej wartości. Z drugiej strony, gdy model przewiduje potrzebę zaangażowania dodatkowych zasobów w zadanie utrzymania allostazy, będzie to sygnalizowane przez interocepcję i interpretowane jako stan wysokiego pobudzenia [12]. To ugruntowanie w neuropsychologii pozwala na postawienie hipotezy, że niezależnie od specyfiki sytuacji tak długo, jak długo sytuacja przekłada się na równowagę allostacyjną, jednostka powinna doświadczać stanu introcepcji interpretowanego jako wysoka walencja, niskie pobudzenie. Analogiczne hipotezy można postawić dla innych konfiguracji dwóch wymiarów afektywnych.

Istnieją zatem dwie taksonomie, których uniwersalność można postulować na podstawie dwóch, koncepcyjnie odmiennych szkół myślenia: taksonomii emocji podstawowych zaproponowanej przez Ekmana [7] (między innymi) oraz taksonomii walencji/pobudzenia proponowanej przez konstruktywistów [6]. Te dwie taksonomie będą nazywane odpowiednio taksonomią dyskretną (emocje podstawowe) i taksonomią wymiarową (konstruktywiści). Porównanie uniwersalności tych dwóch podstawowych taksonomii mogłoby zatem rzucić pewne światło na to, która z nich pełniej wyjaśnia naturę emocji.

Testowanie uniwersalności taksonomii dyskretniej, rozumianej w ramach emocji podstawowych, wymaga sprawdzenia stanów emocjonalnych ludzi eksponowanych w odpowiedzi na określone bodźce w różnych kulturach i porównania tych odpowiedzi. Kiedy jednak próbuje się zrobić to samo z perspektywy teorii oceny, która również powszechnie korzysta z modelu dyskretnego, lub z perspektywy podejścia konstruktywistycznego, pojawia się problem znaczenia. Ponieważ różne sytuacje lub bodźce mogą być różnie rozumiane w różnych kulturach, badacz nigdy nie może być pewien, że dana osoba zareagowała emocjonalnie na to samo znaczenie, nawet jeśli prezentowany bodziec był nie do odróżnienia. Istnieje zatem potrzeba kontroli różnic w interpretacji różnych bodźców w różnych kulturach. Nowe osiągnięcia w dziedzinie przetwarzania języka naturalnego mogą nam na to pozwolić.

1.1. Wielojęzyczne modele typu transformer

Głównym celem dziedziny przetwarzania języka naturalnego (NLP) jest tworzenie numerycznych reprezentacji tekstu, które mogą być następnie wykorzystane do różnych zadań, takich jak generowanie tekstów czy kategoryzacja. Opracowano wiele sposobów, aby to osiągnąć, z różnym stopniem sukcesu na różnych benchmarkach. Począwszy od word embeddings, które kompresowały informacje o współwystępowaniu

słów w określonym korpusie [13], dziedziną tą opracowała w końcu duże modele językowe, takie jak GPT-3, które mogą produkować mowę podobną do ludzkiej [14]. Na drodze do tego punktu godnym uwagi osiągnięciem o szczególnym znaczeniu dla obecnych badań był model typu transformer, z którego wywodzi się większość obecnych modeli NLP [15].

Model typu transformer składa się z dwóch części: kodera i dekodera. Koder przyjmuje prostą numeryczną reprezentację zdania, która pozwala na reprezentację kontekstową. Innowacją w architekturze tych modeli jest warstwa nazywana warstwą uwagi, która pozwala łączyć informacje o słowach będących daleko od siebie w zdaniu. W przeciwieństwie do starszych modeli pozwala to koderowi modelować numeryczne reprezentacje relacji między odległymi słowami, co odzwierciedla sposób, w jaki znaczenie jest przekazywane w ludzkim języku. Reprezentacja liczbowa stworzona przez koder jest następnie przekazywana do dekodera, który używa tej informacji do wypisania słowa, jakie z największym prawdopodobieństwem będzie występować po zdaniu przekazanym do kodera [15].

Model jest zwykle trenowany poprzez przekazywanie niekompletnych zdań do kodera i porównywanie wyjścia dekodera z rzeczywistym słowem, które pojawia się jako następne w zdaniu. Ilościowa różnica pomiędzy wyjściem modelu a wartością oczekiwaną (następnym słowem) jest następnie używana do aktualizacji wag modelu w procesie zwanym backpropagation. Rezultatem jest model, który może być użyty do generowania zdań, poprzez przekazanie mu pierwszego słowa, a następnie rekurencyjne przekazywanie wyjścia dekodera do kodera, tam i z powrotem, aż do wygenerowania pełnego zdania; lub do wykorzystania surowej reprezentacji liczbowej stworzonej przez koder, do innych zadań [15].

Zazwyczaj takie modele są trenowane na rozległych korpusach pochodzących z jednego języka, jednak Devlin i współpracownicy [16] wytrenowali jeden z nich na wielojęzycznym korpusie Wikipedii pochodzącym ze 104 języków. Dzięki temu powstał model, który może tworzyć reprezentacje nie tylko dla zdań z jednego języka, ale dla wielu różnych zdań z różnych języków z całego świata. Później Pires i współpracownicy [17] przetestowali model na linii różnych zadań, aby lepiej zrozumieć, do czego jest zdolny. Na podstawie reprezentacji liczbowych wytwarzanych przez moduł kodera modelu (znany również jako stan ukryty modelu) wytrenowali różne regresje do kategoryzacji części mowy (*Parts of Speech Tagging*), a także samych wyrażeń (*Named Entity Recognition*). Zauważyli, że gdy takie modele były trenowane na jednym języku, ich dokładność łatwo generalizowała się na inne, bez potrzeby dalszego treningu.

Oznacza to np., że gdy model ten zostanie wytrenowany do klasyfikowania angielskich zdań w zależności od tego, czy są one pozytywne czy negatywne, będzie on w stanie sklasyfikować pozytywne i negatywne zdania w każdym z pozostałych 103 języków z porównywalną dokładnością. Stwierdzono, że stopień, w jakim model może generalizować się do innego języka, zależy głównie od topologii języka, czyli kanonicznej kolejności różnych części mowy w zdaniu, a nie od skryptu, który jest używany przez dany język. Co więcej, wektory stanów ukrytych wygenerowane z tych samych zdań w różnych językach są bardzo podobne. Autorzy wywnioskowali więc, że model nie tylko koduje każdy język osobno, ale może również reprezentować neutralne językowo znaczenie zdań zapisanych w różnych językach [17].

Zakładając, że normy i znaczenia kulturowe mogą przejawiać się w hasłach Wikipedii pochodzących z różnych języków, neutralna językowo zdolność kodowania znaczeń tego modelu potencjalnie może zostać wykorzystana do prowadzenia badań nad uniwersalnością konstruktów społecznych. Wracając do problemu odmiennego rozumienia bodźców w różnych kulturach, model wielojęzycznego transformatora można wykorzystać do zapewnienia, że nieporozumienia nie będą miały miejsca poprzez kontrolę różnic w znaczeniach.

1.2. Innowacja metodologiczna

Wyobraźmy sobie, że bierzemy zdanie w języku angielskim i mierzymy reakcję emocjonalną na to zdanie u osoby mówiącej po angielsku. Następnie tłumaczymy to zdanie na język chiński i mierzymy reakcję w analogiczny sposób. Na koniec trenujemy model, aby rozpoznać emocje zgłaszane przez angielskiego mówcę i próbujemy przewidzieć emocje Chińczyka. Dokładność tej predykcji będzie równoważna uniwersalności taksonomii emocji użytej do pomiaru stanu emocjonalnego, jak również szumowi właściwemu dla modelu. Ponieważ nie znamy zakresu szumu, nie możemy oszacować uniwersalności taksonomii emocji, używając tylko tej informacji. Jednakże jeśli następnie zmierzmy reakcję emocjonalną na to samo zdanie, używając innej taksonomii, i powtórzmy proces przewidywania, będziemy mogli porównać poziomy dokładności i oszacować, która taksonomia jest bardziej uniwersalna. Szum nie będzie już problemem w tej konfiguracji, ponieważ jest stały dla obu predykcji, a zatem może zostać zignorowany.

1.3. Bieżące badania

Choć zadanie zmierzenia reakcji emocjonalnych ludzi z różnych kultur, używających różnych języków i różnych taksonomii emocji, na odpowiednio duży zestaw zdań wydaje się bardzo zasobożerne, istnieją już gotowe zbiory danych, które można wykorzystać do przetestowania proponowanej metody w praktyce – leksykony słów. Stworzone na użytek psycholingwistów i badaczy uczenia maszynowego leksykony słów zawierają skwantyfikowane reakcje afektywne na długie listy słów [18]. Ze względu na swoją popularność doskonale nadają się do obecnego badania, ponieważ zostały stworzone dla wielu różnych języków. Zostaną one wykorzystane w tym badaniu do sprawdzenia jednoczesnej uniwersalności dwóch głównych taksonomii emocji: pięciu podstawowych emocji – radości, smutku, złości, obrzydzenia, strachu; oraz podstawowych afektów – walencji i pobudzenia.

2. Metoda

2.1. Zbiory danych

Użyto zestawów norm afektywnych słów z 6 różnych języków, przy czym w przypadku niektórych języków oceny dla dwóch taksonomii pochodziły z różnych badań. Angielski zestaw danych afektu podstawowego zawierał 1030 słów [19], a zestaw danych emocji podstawowych – 1034 słowa [20], z czego 1030 było wspólnych dla obu zestawów danych. Niemiecki zestaw danych core affect zawierał ponad 2900 słów [21], a odpowiednik basic emotions zawierał 1958 rzeczowników wziętych z zestawu danych core affect [22]. Francuski zestaw danych afektu i podstawowych emocji pochodził z tego samego zbioru danych mieszczącego 1031 słów. Francuski zestaw danych nie

zawierał ocen radości [23]. Hiszpański zestaw danych core affect zawierał 1034 słowa [24], a odpowiadający mu zestaw danych basic emotions zawierał 10491 słów [25]. Wreszcie, turecki podstawowy afekt i podstawowy zestaw danych emocji zawierał 2031 słów [26]. Polski zestaw zawierający obie taksonomie emocji składał się z 2902 słów [27, 28].

2.2. Model

Model wykorzystywany do uzyskania numerycznych reprezentacji słów z każdego ze zbiorów danych pochodzi z modelu opracowanego przez zespół Devlina i współpracowników [16], którego wielojęzyczna wydajność została szczegółowo opisana przez Piresa i współpracowników [17]. Model został wytrenowany na wielojęzycznym korpusie z Wikipedii złożonym ze 104 różnych języków o największych Wikipediach. Koder modelu został wyposażony w głowicę regresyjną, która przewidywała wszystkie wymiary w ramach danej taksonomii emocji jednocześnie.

2.3. Trening

Wszystkie wyniki emocji zostały znormalizowane do zakresu od 0 do 1, aby zapewnić współmierność. Zbiory danych zostały następnie podzielone na podzbiory treningowe, ewaluacyjne i testowe (proporcja 8:1:1). Dwa modele zostały wytrenowane dla każdego języka, jeden przewidujący normy podstawowego afektu, a drugi przewidujący normy podstawowych emocji. Wszystkie modele były trenowane przez 100 epok, przy współczynniku uczenia 5e-4. Następnie każdy z modeli został użyty do estymacji norm afektywnych na zbiorze testowym w języku treningowym, jak również w każdym innym języku dostępnym do analizy.

2.4. Analiza danych

Dla każdej emocji zbiór danych podzielono na przewidywania zdobyte przy użyciu modelu tego samego języka (języka treningowego danego zbioru testowego) oraz na przewidywania uzyskane na podstawie modelu innego języka. Dla norm każdego wymiaru emocjonalnego obliczono współczynniki korelacji Pearsona pomiędzy przewidywaniami modelu a normatywnymi ocenami ludzkimi oddzielnie w obu podzbiórach, aby następnie porównać spadek korelacji, przechodząc z modelu języka treningowego do modeli obcojęzycznych. Jako miarę uniwersalności wybrano iloraz korelacji przy użyciu modeli obcojęzycznych i modelu języka treningowego. Iloraz ten mierzy procent dokładności przewidywania, który stracono przy przejściu do modeli obcojęzycznych i dzięki temu jest niezczuły na absolutną wartość korelacji dla każdej emocji, która różni się w zależności od tego, jak łatwo jest przewidzieć normy danej emocji. Aby ustalić istotność różnic, wykonano szereg testów t Coxa z zastosowaną korektą Bonferroniego na wielokrotne porównania.

3. Wyniki

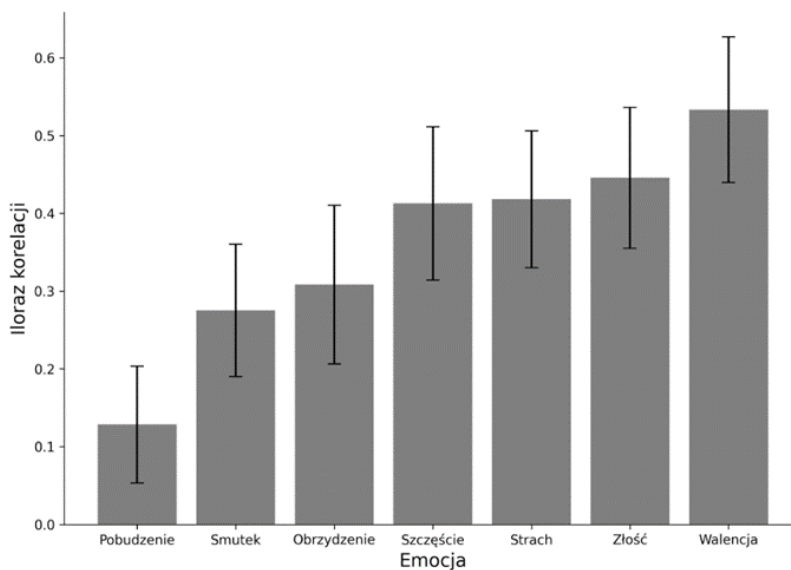
Wszystkie wartości współczynników korelacji były istotnie różne od zera. Wartości korelacji dla przewidywań w tym samym i w innym języku są przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Wartości współczynnika korelacji dla każdej emocji przy estymowaniu norm modelem języka treningowego lub przy użyciu modeli pozostałych języków

	Radość	Smutek	Złość	Strach	Wstręt	Walencja	Pobudzenie
Korelacja w języku treningu	0,46	0,52	0,48	0,50	0,43	0,46	0,59
Korelacja w językach obcych	0,19	0,14	0,21	0,21	0,13	0,25	0,08

Źródło: opracowanie własne.

Dla każdej emocji obliczono iloraz korelacji, będący naszą miarą uniwersalności. Im większy iloraz, tym mniej mocy predykcyjnej stracono przy zmianie modelu predykcyjnego na model z innego języka. Wymiar emocjonalny z najwyższym ilorazem korelacji to walencja 0,53 (95% CI: 0,44-0,63). Podobnej wielkości wartości otrzymano dla gniewu, strachu i radości z ilorazami wynoszącymi kolejno 0,45 (95% CI: 0,36-0,54), 0,42 (95% CI: 0,33-0,51) i 0,41 (95% CI: 0,31-0,51). Następnie iloraz korelacji wyniósł 0,30 (95% CI: 0,21-0,41) dla obrzydzenia oraz 0,28 (95% CI: 0,19-0,36) dla smutku. Wymiarem emocjonalnym o najniższym ilorazie było pobudzenie z wynikiem 0,13 (95% CI: 0,05-0,20). Wartości zaprezentowano na wykresie 1.



Wykres 1. Wartości ilorazu korelacji przewidywań z ocenami ludzkimi dla każdej z emocji. Oznaczony błąd reprezentuje 95-proc. przedział ufności. Emocje umieszczono w kolejności rosnącej uniwersalności. Źródło: opracowanie własne

Aby ustalić istotności różnic, współczynniki korelacji porównano testem *t* Coxa. Wszystkie porównania okazały się istotne ($p < 0,001$). Wartości statystyk testowych zaprezentowano w tabeli 2, podając kolejno wartość statystyki *t* i wielkości efektu *d* Cohena. Liczba stopni swobody różniła się pomiędzy porównaniami i wynosiła 11 582 dla porównań z wymiarem radości, a 11 686 dla pozostałych porównań.

Tabela 2. Statystyka t i wielkość efektu d , dla porównań parami wszystkich emocji. Każde porównanie okazało się istotne z $p < 0,001$

	Smutek	Złość	Strach	Wstręt	Walencja	Pobudzenie
Radość	$t = 109,9$ $d = 3,1$	$t = -26,1$ $d = 0,7$	$t = -4,2$ $d = 0,1$	$t = 81,2$ $d = 2,0$	$t = -95,0$ $d = 2,5$	$t = 230,2$ $d = 7,0$
Smutek		$t = -156,7$ $d = 3,7$	$t = -132,0$ $d = 3,2$	$t = -29,8$ $d = 0,7$	$t = -235,7$ $d = 5,5$	$t = 139,0$ $d = 3,7$
Złość			$t = 24,3$ $d = 0,6$	$t = 117,2$ $d = 2,7$	$t = -75,9$ $d = 1,8$	$t = 284,1$ $d = 8,0$
Strach				$t = 95,8$ $d = 2,2$	$t = -102,4$ $d = 2,4$	$t = 266,2$ $d = 7,3$
Wstręt					$t = -176,4$ $d = 4,6$	$t = 144,9$ $d = 4,4$
Walencja						$t = 351,6$ $d = 10,1$

Źródło: opracowanie własne.

4. Dyskusja

Dzięki wykorzystaniu w badaniu dużych baz norm emocjonalnych w wielu językach uzyskaliśmy wysoką moc statystyczną do zaobserwowania różnic w stopniu generalizacji pomiędzy emocjami. Wyniki nie wskazały na przewagę jednej taksonomii nad drugą. Podczas gdy pozytywność–negatywność bodźców słownych okazała się najbardziej uniwersalnym wymiarem emocjonalnym, z ilorazem korelacji wynoszącym 0,53, drugi wymiar tej taksonomii – pobudzenie – okazał się wymiarem, dla którego najmniej zaobserwowano międzyjęzykową spójność. Wewnątrz taksonomii dyskretnej także zaobserwowaliśmy duży rozstęp miary uniwersalności. Pierwszym wnioskiem powinno być zatem, że uniwersalność międzyjęzykowa (a także po części międzykulturowa) nie jest cechą jednej lub drugiej taksonomii emocji, lecz obie zawierają uniwersalne i nieuniwersalne wymiary. Aby interpretować wyniki pod kątem uniwersalności emocji, należy zatem spojrzeć na wewnętrzną strukturę obu taksonomii.

Postawiona we wstępie hipoteza o uniwersalności taksonomii wymiarowej okazała się jedynie po części prawdziwa. Wyniki wskazały, że afekt podstawowy w tej teorii składa się z jednego komponentu uniwersalnego (walencja) i jednego specyficznego kulturowo (pobudzenie). Warto jednak zauważyć, że nie stoi to w sprzeczności z dobrze ugruntowaną wiedzą na temat neuronalnych mechanizmów odpowiadających za oba wymiary [20]. Wskazuje na to m.in. fakt, że wewnątrz jednej kultury oba te wymiary okazały się przewidywalne z dużą dokładnością. Różnica między nimi nie jest zatem możliwa do zaobserwowania w żadnej pojedynczej kulturze, a możliwa jest do zaobserwowania jedynie w badaniach międzykulturowych.

Jedno z wyjaśnień specyficzności kulturowej oceny pobudzenia możemy znaleźć w powiązaniu tego wymiaru wymiarami z taksonomii dyskretnej. Emocje, którym towarzyszy wysokie pobudzenie, to złość, strach i obrzydzenie. Te okazały się natomiast mniej uniwersalne niż walencja. W szczególności warto zwrócić uwagę na niską uniwersalność obrzydzenia, którego przypisanie do poszczególnych bodźców może być funkcją różnic geograficznych i historycznych. Zaobserwowano także asymetrię pomiędzy dyskretną

emocją pozytywną (radością) a negatywną (smutkiem), gdzie smutek okazał się mniej uniwersalny od radości. Wynik ten może być zgodny już z podstawowymi założeniami dyskretnego modelu Eckmana, gdzie znalazło się wiele różnych emocji negatywnych, a tylko jedna pozytywna, wskazując na mniejsze zróżnicowanie emocjonalnych przeżyć pozytywnych. Podczas gdy Eckman w badaniach zainteresowany był uniwersalnością występowania ekspresji danych emocji, wyniki niniejszego badania należy interpretować jako uniwersalność sposobu, w jaki dane emocje przypisywane są poszczególnym bodźcom.

Interpretacja wyników powinna być jednak wyczulona na ograniczenia metodologiczne badania. Dokładniejsze analizy źródeł błędu na każdym etapie estymacji pozwoliłyby z większą pewnością zinterpretować otrzymane miary uniwersalności. Przykładem takiego wyjaśnienia jest obserwacja, że mała uniwersalność pobudzenia może być też związana z różnym stylem publicznego wyrażania pobudzenia, co może wpływać na kształt zależności już na poziomie zbierania norm afektywnych – które mogą być bardziej rozproszone dla pobudzenia w kulturach, w których wyrażanie skrajnego pobudzenia jest bardziej powszechne. Aby dostać pełniejszy obraz zależności, należy także porównać wyniki uzyskane dla słów z innym typem bodźców. Najbardziej bezpośrednim sposobem potwierdzenia wyników powyższego badania byłoby powtórzenie analizy na podobnie zanotowanych wielojęzycznych bazach danych, ale złożonych ze zdań, i innego rodzaju tekstów, dłuższych od pojedynczych słów. Występowanie różnicy w generalizacji konceptów emocjonalnych ze względu na długość tekstów, którymi są wyrażane, jest otwartym pytaniem badawczym. Można jednak przypuszczać, że im bardziej skomplikowane formy wyrazu, tym mniej uniwersalne ich przeżywanie emocjonalne. Możliwe, że dopiero przy analizie dłuższych tekstów klarowniejsza stałaby się różnica pomiędzy oboma taksonomiami emocji.

Ostatnim kierunkiem replikacji jest niewątpliwie poszerzenie grona kultur, między którymi porównujemy uniwersalność. Niestety nie zostały dotychczas zebrane wystarczająco rozbudowane zbiory norm afektywnych dla większości kultur nieeuropejskich.

Metoda zaprezentowana w powyższym badaniu ma duży potencjał jako metoda w całej gamie ilościowych badań międzykulturowych. Jednak rozwój metody będzie wymagać międzynarodowej kooperacji przy tworzeniu i etykietowaniu tekstów, które mają potencjał być współmierne dla różnych języków i grup kulturowych. Takiego rodzaju przedsięwzięcie mogłoby w sposób bezpośredni odpowiedzieć na wiele otwartych pytań co do uniwersalności konceptów i emocji, ze względu na ilościową i porównawczą naturę prezentowanej metody.

5. Wnioski

Niniejsze badanie koncentrowało się na analizie uniwersalności emocji w kontekście dwóch teoretycznych ram: teorii emocji podstawowych i podejścia konstruktywistycznego, opisującego emocje na wymiarach pobudzenia i pozytywności/negatywności. Dzięki wprowadzeniu nowej metodologii, która opiera się na wielojęzycznych reprezentacjach słów uzyskanych z modeli uczenia maszynowego, możliwe było zmierzenie różnic w łądunkach emocjonalnych przypisywanym słowom przez użytkowników różnych języków.

Wyniki badania wskazały, że uniwersalność międzyjęzykowa nie jest cechą jednej taksonomii emocji, ale obie taksonomie zawierają zarówno uniwersalne, jak i nieuniwersalne wymiary. W badaniu zaobserwowano, że pozytywność–negatywność (walencja)

okazała się najbardziej uniwersalnym wymiarem emocjonalnym, podczas gdy pobudzenie, drugi wymiar taksonomii konstruktywistycznej, okazało się najmniej uniwersalne. Również w przypadku taksonomii dyskretnej zaobserwowano duże różnice w mierze uniwersalności poszczególnych emocji – emocje pozytywne były bardziej uniwersalne od negatywnych. Niską uniwersalność wykazał też wstręt.

Na poziomie metodologicznym badanie pokazało możliwość wykorzystania wielojęzycznych reprezentacji słów, uzyskanych z modeli typu transformer, do zbierania cennych informacji na temat międzyjęzycznych i międzykulturowych różnic w postrzeganym ładunku emocjonalnym. Ostatecznie wyniki potwierdziły, że użycie obu taksonomii dostarcza pełniejszego obrazu zjawiska emocji w kontekście międzykulturowym.

Badania finansowane z kosztów grantu Narodowego Centrum Nauki (NCN) „Laboratorium badawcze cyfrowych nauk społecznych” (SONATA BIS-10, Nr UMO-020/38/E/HS6/00302).

Literatura

1. Tomkins S., *Affect imagery consciousness: Volume I: The positive affects*, Springer publishing company, 1963.
2. Tomkins S., *Affect imagery consciousness: Volume II: The positive affects*, Springer publishing company, 1963.
3. Arnold MB., *Emotion and personality: Vol 1 Psychological aspects*, New York: Columbia University Press, 1960.
4. Arnold MB., *Emotion and personality: Vol 2 Physiological aspects*, New York: Columbia University Press, 1960.
5. Schachter S., Singer J.E., *Cognitive, social, and physiological determinants of an emotional state*, *Psychological Review*, 69, 1962, s. 379-399.
6. Gendron M., Feldman B.L., *Reconstructing the Past: A Century of Ideas About Emotion in Psychology*, *Emotion Review*, 1(4), 2009, s. 316-339.
7. Ekman P., Cordaro D., *What is Meant by Calling Emotions Basic*, *Emotion Review*, 3(4), 2011, s. 364-370.
8. Barrett L.F., Adolphs R., Marsella S., Martinez A.M., Pollak S.D., *Emotional Expressions Reconsidered: Challenges to Inferring Emotion From Human Facial Movements*, *Psychological Science in the Public Interest*, 20(1), 2019, s. 1-68.
9. Barrett L.F., *Valence is a basic building block of emotional life*, *Journal of Research in Personality*, 40(1), 2006, s. 35-55.
10. Barrett L.F., Russell J.A., *The psychological construction of emotion*, Guilford Publications, 2014.
11. Russell J.A., *A circumplex model of affect*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 1980, s. 1161-1178.
12. Shaffer C., Westlin C., Quigley K.S., Whitfield-Gabrieli S., Barrett L.F., *Allostasis, action, and affect in depression: Insights from the theory of constructed emotion*, *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 2022, s. 553-580.
13. Mikolov M.T., Grave G.E., Bojanowski B.P., Puhersch P.C., Joulin J.A., *Advances in pre-training distributed word representations*, 2017.
14. Brown T., Mann B., Ryder N., Subbiah M., Kaplan J.D., Dhariwal P., Neelakantan A., Shyam P., Sastry G., Askell A., *Language models are few-shot learners*, *Advances in Neural Information Processing Systems*, 3, 2020, s. 1877-1901.
15. Vaswani A., Shazeer N., Parmar N., Uszkoreit J., Jones L., Gomez A.N., Kaiser L., Polosukhin I., *Attention Is All You Need*, ArXiv, 2017.
16. Devlin J., Chang M.W., Lee K., Toutanova K., *BERT: Pre-training of Deep Bidirectional Transformers for Language Understanding*, ArXiv, 2018.

17. Pires T., Schlinger E., Garrette D., *How Multilingual is Multilingual BERT? Proceedings of the 57th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics*, 2019, s. 4996-5001.
18. Imbir K.K., *Affective Norms for 4900 Polish Words Reload (ANPW_R): Assessments for Valence, Arousal, Dominance, Origin, Significance, Concreteness, Imageability and, Age of Acquisition*, *Frontiers in Psychology*, 7(1081), 2016.
19. Bradley M.M., Lang P.J., *Affective norms for English words (ANEW): Instruction manual and affective ratings*, Technical report C-1, the center for research in psychophysiology, 1999.
20. Stevenson R.A., Mikels J.A., James T.W., *Characterization of the Affective Norms for English Words by discrete emotional categories*, *Behavior Research Methods*, 39(4), 2007, s. 1020-1024.
21. Võ M.L.H., Conrad M., Kuchinke L., Urton K., Hofmann M.J., Jacobs A.M., *The Berlin Affective Word List Reloaded (BAWL-R)*, *Behavior Research Methods*, 41(2), 2009, s. 534-538.
22. Briesemeister B.B., Kuchinke L., Jacobs A.M., *Discrete emotion norms for nouns: Berlin affective word list (DENN-BAWL)*, *Behavior Research Methods*, 43(2), 2011, s. 441.
23. Syssau A., Yakhloufi A., Giudicelli E., Monnier C., Anders R., *FANCat: French affective norms for ten emotional categories*, *Behavior Research Methods*, 53(1), 2021, s. 447-465.
24. Redondo J., Fraga I., Padrón I., Comesaña M., *The Spanish adaptation of ANEW (Affective Norms for English Words)*, *Behavior Research Methods*, 39(3), 2007, s. 600-605.
25. Stadthagen-González H., Ferré P., Pérez-Sánchez M.A., Imbault C., Hinojosa J.A., *Norms for 10,491 Spanish words for five discrete emotions: Happiness, disgust, anger, fear, and sadness*, *Behavior Research Methods*, 50(5), 2018, s. 1943-1952.
26. Kapucu A., Kılıç A., Özkılıç Y., Sarıbaz B., *Turkish Emotional Word Norms for Arousal, Valence, and Discrete Emotion Categories*, *Psychological Reports*, 124(1), 2021, s. 188-209.
27. Riegel M., Wierzba M., Wypych M., Żurawski Ł., Jednoróg K., Grabowska A., Marchewka A., *Nencki Affective Word List (NAWL): The cultural adaptation of the Berlin Affective Word List-Reloaded (BAWL-R) for Polish*, *Behavior Research Methods*, 47(4), 2015, s. 1222-1236.
28. Wierzba M., Riegel M., Wypych M., Jednoróg K., Turnau P., Grabowska A., Marchewka A., *Basic Emotions in the Nencki Affective Word List (NAWL BE): New Method of Classifying Emotional Stimuli*, *PLOS ONE*, 10(7), 2015, e0132305.

Analiza uniwersalności emocji przy użyciu wielojęzycznych modeli uczenia maszynowego typu transformer

Streszczenie

Niniejsze opracowanie przedstawia innowacyjne podejście do badania uniwersalności międzykulturowej emocji z wykorzystaniem wielojęzycznych modeli typu transformer. Te modele uczenia maszynowego, trenowane na obszernych korpusach tekstów, tworzą liczbową reprezentację słów, która może być użyta do badania zależności między nimi. Ostatnie badania pokazały możliwość tworzenia wielojęzycznych reprezentacji słów, gdzie modele predykcyjne wyszkolone w jednym języku potrafią do pewnego stopnia przewidywać także w innych językach. Celem badania było zbadanie uniwersalności emocji poprzez stworzenie miary uniwersalności opartej na wspomnianym zjawisku oraz porównanie dwóch podstawowych taksonomii emocji: emocji dyskretnych (podstawowych) i emocji wymiarowych (podejście konstruktywistyczne). Wyniki analizy wskazują na istnienie zarówno uniwersalnych, jak i nieuniwersalnych wymiarów emocji w obu taksonomiach. Wśród dwóch wymiarów konstruktywistycznych walencji i pobudzenia walencja (pozytywność–negatywność) okazała się najbardziej, a pobudzenie najmniej uniwersalną emocją wśród badanych wymiarów. W przypadku emocji dyskretnych emocje pozytywne okazały się bardziej uniwersalne od negatywnych, gdzie wstępnym i smutek okazały się emocjami o najniższej uniwersalności. Wyniki dostarczają danych komplementarnych do eksperymentalnych badań międzykulturowych nad emocjami, odpowiadając nie na pytanie, czy dana emocja odczuwana jest w każdej kulturze, ale czy wzbudzają ją te same bodźce. Pokazana w opracowaniu metoda może być dalej rozwijana i stanowić wartościowe narzędzie do ilościowych badań międzykulturowych nad językiem i emocjami.

Słowa kluczowe: psychologia emocji, uczenie maszynowe, psycholingwistyka, badania międzykulturowe

Analysis of emotion universality using multilingual machine learning transformer models

Abstract

This study presents an innovative approach to investigating the cross-cultural universality of emotions in using multilingual transformer models. These machine learning models, trained on extensive text corpora, create numerical representations of words that can be used to examine relationships between them. Recent research has shown the potential to develop multilingual word representations, where predictive models trained in one language can, to some extent, predict in other languages as well. The aim of this study was to investigate the universality of emotions by creating a measure of universality based on the aforementioned phenomenon and then using it to compare two fundamental taxonomies of emotions: discrete (basic) emotions and dimensional emotions (constructivist approach). The analysis results indicate the existence of both universal and non-universal dimensions of emotions in both taxonomies. The two constructivist dimensions of valence and arousal were found to highly differ in universality, with valence (positivity-negativity) being the most universal, and arousal least universal dimension in our study. In the case of discrete emotions, positive emotions were more universal than negative ones, with disgust and sadness being the least universal emotions. The findings provide complementary data to experimental cross-cultural studies on emotions, addressing not whether a given emotion is experienced in every culture, but whether the same stimuli evoke it. The presented method may be developed further, and could serve as a useful tool for quantitative cross-cultural studies of language and emotion.

Keywords: emotion psychology, machine learning, psycholinguistics, cross-cultural studies

Wpływ korzystania z Instagrama na powstawanie zniekształceń obrazu ciała i występowanie zaburzeń internalizacyjnych u adolescentów

1. Wprowadzenie

Instagram to powstały w 2010 roku serwis społecznościowy, umożliwiający swoim użytkownikom udostępnianie zdjęć i filmów. Za jego pośrednictwem możliwe jest śledzenie innych użytkowników oraz wyświetlanie, komentowanie i reagowanie na udostępniane przez nich treści [1]. W 2012 roku Instagram został wykupiony przez spółkę Facebook (obecnie Meta) za 1 miliard USD, kiedy serwis ten posiadał bazę 27 milionów użytkowników. W styczniu 2022 roku miał on już 1,478 miliarda aktywnych użytkowników, co plasowało go na czwartym miejscu na liście najpopularniejszych mediów społecznościowych na świecie i na pierwszym miejscu na liście *image-based social media* [2]. Tak szybki wzrost popularności platformy może wskazywać na jej potencjał uzależniający [3].

We wrześniu 2021 roku amerykański dziennik „The Wall Street Journal” rozpoczął publikowanie dokumentów dostarczonych mu przez Frances Haugen – była pracownicę Facebooka na stanowisku menadżera produktu. Dostarczone przez Haugen dokumenty dowodzą, że decydenci spółki Facebook świadomie podejmowali działania mające negatywne skutki społeczne, które miały prowadzić do zwiększenia zysków firmy. Wyniki wewnętrznych badań dostarczały przesłanek wnioskowania o istnieniu problemów specyficznych dla Instagrama, dotyczących zwłaszcza nastoletnich użytkowników [4]. Pomimo alarmujących wyników spółka zamierzała wprowadzić w niedalekiej przyszłości osobną aplikację, przeznaczoną dla dzieci poniżej 13. roku życia (Instagram Kids) [5]. W następstwie serii artykułów opublikowanych przez „The Wall Street Journal” spółka Facebook ogłosiła wstrzymanie rozwoju dziecięcego odpowiednika Instagrama [6].

Adolescenci są ważną grupą docelową, ponieważ stanowią około 26,3% wszystkich użytkowników serwisu [7]. Jak wskazują wyniki coraz częściej publikowanych niezależnych badań, zamieszczane w serwisie treści mogą nieść wiele zagrożeń dla zdrowia psychicznego młodych użytkowników. Jednym z takich problemów jest zjawisko porównywania społecznego (ang. *social comparison*) w górę, polegające na dokonywaniu oceny własnej wartości w odniesieniu do atrakcyjności, statusu i sukcesów innych osób, lepszych od porównującego się podmiotu [8]. Jako że publikowane w ramach serwisu treści koncentrują się głównie na wizerunku ciała i stylu życia, może to wywoływać negatywne skutki dla zdrowia psychicznego w tych dziedzinach życia oraz może

¹ lukasz.konrad.wojcik@student.uj.edu.pl, Studenckie Koło Naukowe Humanistyki Medycznej, Wydział Lekarski, Kierunek Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

² piotr.juda@student.uj.edu.pl, Studenckie Koło Naukowe Humanistyki Medycznej, Wydział Lekarski, Kierunek Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

³ milena1997.nowak@student.uj.edu.pl, Studenckie Koło Naukowe Humanistyki Medycznej, Wydział Lekarski, Kierunek Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

prowadzić nastolatków do poczucia coraz większej separacji i izolacji społecznej [4]. Jak pokazują opublikowane przez „The Wall Street Journal” badania wewnętrzne, co trzeci nastolatek doświadcza negatywnego wpływu Instagrama na obraz ciała, a 20% nastoletnich użytkowników platformy doznaje obniżenia samooceny na skutek korzystania z aplikacji [9].

Celem pracy było podsumowanie wiedzy o ryzyku związanym z użytkowaniem aplikacji Instagram przez adolescentów. W przeglądzie dokonano analizy literatury dostępnej z poziomu wyszukiwarek Scopus, PubMed oraz Google Scholar.

2. Wpływ korzystania z Instagrama na powstawanie zniekształceń obrazu ciała u adolescentów

Obraz ciała definiowany jest jako sposób postrzegania oraz wyobrażenie na temat atrakcyjności własnego ciała. Obraz ciała może być podzielony na pozytywny, czyli prawdziwe postrzeganie swojej sylwetki, które powoduje poczucie komfortu i pewności siebie we własnym ciele, i negatywny, który wiąże się z doświadczaniem niezadowolenia z powodu wyglądu własnego ciała [10]. Ciągła presja społeczna oraz konieczność prezentowania się w social mediach z najlepszej strony mogą prowadzić do zaburzonego postrzegania obrazu ciała przez młodego człowieka, co znajduje potwierdzenie w wynikach coraz częściej publikowanych badań poświęconych temu zagadnieniu [11].

W jednym z badań Davide Marengo i wsp. wykazali, że użytkownicy Instagrama, którzy deklarują korzystanie z HVSM (ang. *Highly-Visual Social Media*) przez ponad 2 godziny dziennie, zgłaszają wyższy poziom obaw związanych z obrazem ciała [12]. Niezadowolenie z obrazu ciała może przekładać się w przypadku nastoletnich użytkowników, a zwłaszcza dorastających dziewcząt [13], na pojawienie się uczucia osamotnienia oraz wzrost deklarowanego poczucia lęku [14]. Do przyczyn mogących prowadzić do zniekształceń obrazu ciała należy m.in. charakterystyczny dla platformy wizualny *content*, skoncentrowany na wyglądzie i stylu życia użytkowników. W badaniu porównującym treści fitness zamieszczane w serwisie przez fitness influencerów z treściami zamieszczanymi przez marki fitness, Jacqueline Ahrens i wsp. zwracają uwagę na wyższy udział obrazów zseksualizowanych w postach influencerów. Wykorzystując swoje zasięgi w social mediach, influencerki fitness utrwalają wąskie normy autoprezentacji i nierealistyczne ideały ciała, co może prowadzić do mniejszego zadowolenia z własnego ciała u odbiorców tych treści [15]. Podobne zjawisko można zaobserwować wśród społeczności zgromadzonej wokół hasztagu *fitspiration* (*#fitspiration*). W jednym z badań autorzy zaobserwowali znaczące obniżenie samooceny i nastroju badanych w odpowiedzi na ekspozycję na zdjęcia „fitspiracyjne” [16]. Odpowiedzią na prezentację wyidealizowanych sylwetek są ruchy *keep it raw* czy *body positivity* (*#BoPo*). Osoby ze świata fitness działające zgodnie z założeniami *keep it raw* publikują realistyczne, nieedytowane zdjęcia swoich sylwetek, a w treściach postów zwracają się ku rozmowom na tematy zdrowia psychicznego i obrazu ciała [17]. W przypadku osób ze społeczności zaangażowanej w działalność przy tworzeniu tagu *body positivity* publikowane przez nie treści są skupione na promowaniu różnorodności w wyglądzie fizycznym. W wątpliwość podają istnienie jednego ideału piękna oraz odnoszą się często do problematyki zdrowia psychicznego. Alicia Stevens i Scott Griffiths w badaniu poświęconym ekspozycji na treści o charakterze *body positivity* wykazali, że oglądanie takich zdjęć może prowadzić do wyższej satysfakcji z ciała i lepszego samopoczucia emocjonalnego [18].

Treści publikowane w serwisie stanowią nieformalne źródło materiałów edukacyjnych z dziedzin promocji zdrowia i zdrowego stylu życia. Prezentowane tam wzory utożsamiane są często z ciągłą redukcją masy ciała w celu poprawy samopoczucia. Ze względu na fakt, że treści w ramach platformy może publikować każdy zarejestrowany użytkownik, często popularność zyskują osoby wyróżniające się atrakcyjnym wizualnie *contentem*, czemu nie musi towarzyszyć merytoryczna poprawność wygłaszanych stanowisk. Treści takie przepełnione są często mnogością fałszywych założeń, których obserwatorzy rzadko są świadomi [19]. Porównanie użytkowników Instagrama z osobami niekorzystającymi z tego medium wykazało, że chłopcy mający konto na Instagramie wykazują częstsze zawyżanie oceny swojej wagi oraz częściej zgłaszają zaburzenia odżywiania [20, 21]. Natomiast dziewczęta mające konto na Instagramie różniły się od dziewcząt niemających konta stosowaniem bardziej rygorystycznych planów treningowych. Sugeruje to możliwy negatywny wpływ korzystania z Instagrama na zadowolenie z ciała i występowanie zaburzeń odżywiania zarówno u chłopców, jak i dziewcząt [21].

Selfie jest to zdjęcie wykonane samemu sobie, z użyciem przedniego aparatu telefonu komórkowego, które następnie zamieszczane jest w social mediach [22]. Ze względu na popularność tej formy aktywności w mediach społecznościowych, w ostatnich latach pojawiło się wiele badań poświęconych jej znaczeniu i wpływowi na twórców i odbiorców tego rodzaju fotografii. Bojana Bodroža i wsp. w jednym ze swych badań wykazali, że porównywanie się w górę z *selfie* innych osób negatywnie wpływa zarówno na obraz ciała, jak i samopoczucie badanych [23]. Dowiedziono również, że bierna konsumpcja treści z kategorii *beauty* i *fitness* istotnie obniża samoocenę badanych. Towarzyszą temu również objawy zaburzeń lękowych i depresyjnych oraz niezadowolenie ze swojego ciała [24, 25]. Wykazano również, że użytkownicy, którzy robią więcej *selfies* przed opublikowaniem postu, a także ci, którzy edytują zdjęcie przed jego udostępnieniem w serwisie, zgłaszają większe niezadowolenie z własnego ciała [26].

3. Wpływ korzystania z Instagrama na występowanie zaburzeń internalizacyjnych u adolescentów

Zaburzenia internalizacyjne obejmują szereg przypadłości psychiatrycznych, których cechą wspólną stanowi ukierunkowanie do wewnątrz problemów psychicznych przeżywanych przez jednostkę. W grupie zaburzeń internalizacyjnych zawierają się zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i zaburzenia pokrewne, zaburzenia związane z traumą i stresem oraz zaburzenia dysocjacyjne, bulimia i anoreksja, dystymia, zaburzenia somatyczne i zespół stresu pourazowego. W dużej mierze wskazuje się na przyczyny genetyczne i środowiskowe, choć nadal prowadzone są badania nad społecznymi czynnikami etiologicznymi [27]. W ostatnich latach badacze coraz częściej podkreślają znaczenie korzystania z mediów społecznościowych w rozwoju zaburzeń internalizacyjnych w grupie adolescentów [28]. Na szczególną uwagę natomiast zasługują HVSM, ze względu na popularność, jaką cieszą się one w grupie odbiorców nastoletnich [29].

Wykazano istnienie szkodliwego wpływu pasywnego konsumowania treści publikowanych w serwisie na samopoczucie jego użytkowników. Taka forma użytkowania aplikacji może prowadzić do pogorszonego nastroju i niższej samooceny w porównaniu z aktywnym zaangażowaniem [30]. Badania przeprowadzone przez Eline Frison i Stevena Eggermonta wykazały, że częstsze przeglądanie Instagrama przez nastoletnich

użytkowników (niezależnie od ich płci) może prowadzić do rozwinięcia zaburzenia depresyjnego o nasileniu objawów proporcjonalnym do czasu spędzonego w aplikacji [31]. Badacze dowodzą, że w przypadku występowania objawów zaburzeń depresyjnych pośredniczącą rolę odgrywa zjawisko porównań społecznych [32]. Ponadto częstotliwość korzystania z aplikacji jest dodatnio skorelowana z obniżeniem samooceny oraz niepokojem związanym z wyglądem ciała [24]. Przewlekające się pozostawanie w roli „widza” może wywoływać długotrwałe odczucia zazdrości i niższości, które zwiększają w nastoletnim użytkowniku potrzebę akceptacji. Celem zwalczania tych negatywnych emocji młodzi ludzie zwracają się w kierunku roli „twórcy” i stają się aktywniejsi w publikowaniu własnych treści, co pozwala na doraźne podwyższenie samooceny. W przypadku dłuższej obserwacji funkcjonowania użytkownika w przestrzeni aplikacji można dostrzec naprzemienną występowania stanów „widza” i „twórcy”, co wywołuje niekończący się proces emocjonalnych wznoszeń i upadków [33].

Użytkownicy, którzy czują, że spędzają zbyt dużo czasu na Instagramie, zgłaszają częściej poczucie uzależnienia od Instagrama, co z kolei wiąże się z pogorszonym samopoczuciem psychicznym [34] i wyższym poziomem odczuwanego stresu [35]. Wykazano, że spędzanie wolnego czasu na korzystaniu z Instagrama negatywnie wpływa na wyniki w nauce [36], co prawdopodobnie spowodowane jest m.in. gorszą jakością snu u jego użytkowników [37]. W jednym z badań Jeffrey Lambert i wsp. wykazali, że tygodniowa przerwa w korzystaniu z social mediów prowadzi do znaczącej poprawy samopoczucia, zmniejszenia objawów depresji i lęku [38] oraz poprawy jakości snu [37]. Im wyższy poziom odczuwanego lęku, tym bardziej prawdopodobne jest uzależnienie od mediów społecznościowych [39]. Kluczową rolę w mechanizmie uzależnienia od social mediów wydaje się odgrywać samotność [40], a wprowadzenie *lockdownu* z powodu pandemii COVID-19 w 2021 roku, poprzez ograniczenie kontaktu z rówieśnikami, przekładało się na częstsze korzystanie z platform mediów społecznościowych jako formy zaspokajania potrzeb socjalnych [41]. Ponadto uzależnienie od korzystania z Instagrama napędzane jest zwrotnie za sprawą FOMO (ang. *Fear Of Missing Out*). Obawa przed przegapieniem czegoś ważnego, gdy użytkownik pozostaje *offline*, zmusza do spędzania większej ilości czasu na przeglądaniu udostępnianych w serwisie treści [42].

4. Podsumowanie

Długotrwałe korzystanie z aplikacji Instagram wiąże się ze zgłaszaniem przez użytkowników wyższego poziomu obaw związanych z obrazem ciała [12]. Zamieszczane w serwisie treści prowadzą ich biernych odbiorców do wykształcenia nierealistycznych ideałów ciała, co przekłada się na mniejsze zadowolenie z ciała, obniżoną samoocenę, nastrój [16] oraz uczucie osamotnienia i zwiększone deklarowane poczucie lęku [14]. Treści publikowane w serwisie stanowią nieformalne źródło materiałów edukacyjnych z dziedzin promocji zdrowia i zdrowego stylu życia (często nie towarzyszy im merytoryczna poprawność) [19], a te utożsamiane są często z ciągłą redukcją masy ciała. Użytkownicy z tego powodu częściej zawyżają ocenę swojej wagi i częściej zgłaszają zaburzenia odżywiania w porównaniu z populacją kontrolną [20, 21]. Pasywna konsumpcja treści istotnie obniża samoocenę badanych, co wiąże się z pogorszonym nastrojem, objawami zaburzeń lękowych i depresyjnych [30, 31]. Poczucie uzależnienia od aplikacji, które występuje u użytkowników, związane jest z pogorszeniem samopoczucia psychicznego i wyższym poziomem odczuwanego stresu [34, 35], negatywnie

wpływa na wyniki w nauce i skutkuje gorszą jakością snu [36, 37]. Uzależnienie może być spowodowane obawą przed przegapieniem czegoś ważnego (FOMO), co zmusza do spędzania większej ilości czasu na przeglądaniu treści w serwisie i nasila pojawiającą się kaskadę zaburzeń emocjonalnych [42].

Literatura

1. <https://help.instagram.com/424737657584573> [data dostępu: 14.03.2023].
2. <https://www.statista.com/statistics/272014/global-social-networks-ranked-by-number-of-users/> [data dostępu: 14.03.2023].
3. Kircaburun K., Griffiths M., *Problematic Instagram use: The role of perceived feeling of presence and escapism*, International Journal of Mental Health and Addiction, 17, 2019, s. 909-921.
4. https://www.wsj.com/articles/facebook-knows-instagram-is-toxic-for-teen-girls-company-documents-show-11631620739?mod=article_inline [data dostępu: 14.03.2023].
5. <https://www.buzzfeednews.com/article/ryanmac/facebook-instagram-for-children-under-13> [data dostępu: 14.03.2023].
6. <https://about.instagram.com/blog/announcements/pausing-instagram-kids> [data dostępu: 14.03.2023].
7. <https://www.statista.com/statistics/376128/facebook-global-user-age-distribution/> [data dostępu: 14.03.2023].
8. Festinger L., *A Theory of Social Comparison Processes*, Human Relations, 7(2), 1954, s. 117-140.
9. <https://s.wsj.net/public/resources/documents/teen-girls-body-image-and-social-comparison-on-instagram.pdf> [data dostępu: 14.03.2023].
10. <https://www.nationaleatingdisorders.org/body-image-0> [data dostępu: 14.03.2023].
11. <https://www.mentalhealth.org.uk/about-us/news/millions-teenagers-worry-about-body-image-and-identify-social-media-key-cause-new-survey-mental> [data dostępu: 14.03.2023].
12. Marengo D., Longobardi C., Fabris M.A., Settanni M., *Highly-visual social media and internalizing symptoms in adolescence: The mediating role of body image concerns*, Computers in Human Behavior, 82, 2018, s. 63-69.
13. Papageorgiou A., Fisher C., Cross D., „*Why don't I look like her?*” *How adolescent girls view social media and its connection to body image*, BMC Women's Health, 22, 261, 2022.
14. Yurdagül C., Kircaburun K., Emirtekin E., Wang P., Griffiths M.D., *Psychopathological consequences related to problematic Instagram use among adolescents: The mediating role of body image dissatisfaction and moderating role of gender*, International Journal of Mental Health and Addiction, 19(5), 2021, s. 1385-1397.
15. Ahrens J., Brennan F., Eaglesham S., Buelo A., Laird Y., Manner J., Newman E., Sharpe H., *A Longitudinal and Comparative Content Analysis of Instagram Fitness Posts*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(11), 2022.
16. Limniou M., Mahoney C., Knox M., *Is fitspiration the healthy internet trend it claims to be? A British students' case study*, 18(4), 2021.
17. Reade J., *Keeping it raw on the 'gram: Authenticity, relatability and digital intimacy in fitness cultures on Instagram*, New Media & Society, 23(3), 2020, s. 535-553.
18. Stevens A., Griffiths S., *Body Positivity (#BoPo) in everyday life: An ecological momentary assessment study showing potential benefits to individuals' body image and emotional wellbeing*, Body image, 35, 2020, s. 181-191.
19. Marks R.J., de Foe A., Collett J., *The pursuit of wellness: Social media, body image and eating disorders*, Children and Youth Services Review, 119, 2020.

20. Fardouly J., Magson N.R., Rapee R.M., Johnco C.J., Oar E.L., *The use of social media by Australian preadolescents and its links with mental health*, *Journal of Clinical Psychology*, 76(7), 2020, s. 1304-1326.
21. Faelens L., Hoorelbeke K., Cambier R., van Put J., van de Putte E., de Raedt R., Koster E.H.W., *The relationship between Instagram use and indicators of mental health: A systematic review*, *Computers in Human Behavior Reports*, 4, 2021.
22. <https://www.oed.com/viewdictionaryentry/Entry/390063> [data dostępu: 14.03.2023].
23. Bodroža B., Obradović V., Ivanović S., *Active and passive selfie-related behaviors: implications for body image, self-esteem and mental health*, *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 16(2), 2022.
24. Sherlock M., Wagstaff D.L., *Exploring the relationship between frequency of Instagram use, exposure to idealized images, and psychological well-being in women*, *Psychology of Popular Media Culture*, 8(4), 2018.
25. Bozzola E., Spina G., Agostiniani R., Barni S., Russo R., Scarpato E., Di Mauro A., Di Stefano A.V., Caruso C., Corsello G., Staiano A., *The Use of Social Media in Children and Adolescents: Scoping Review on the Potential Risks*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 2022.
26. Wagner C., Aguirre E., Sumner E.M., *The relationship between Instagram selfies and body image in young adult women*, *First Monday*, 21(9), 2016.
27. Liu J., Chen X., Lewis G., *Childhood internalizing behaviour: analysis and implications*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10), 2011, s. 884-894.
28. Diaz Kane M.M., *Social Media, Adolescents, and the Role of the Pediatrician: Exploring Potential Benefits and Harms in Today's Digital Landscape*, *Pediatric annals*, 51(8), 2022.
29. Marengo D., Longobardi C., Fabris M.A., Settanni M., *Highly-visual social media and internalizing symptoms in adolescence: The mediating role of body image concerns*, *Computers in Human Behavior*, 82, 2018.
30. Epameinondas L., Koutra K., *Social Media Use and Mental Health in Young Adults of Greece: A Cross-Sectional Study*, *Clinical Psychology in Europe*, 4(2), 2022.
31. Frison E., Eggermont S., *Browsing, Posting, and Liking on Instagram: The Reciprocal Relationships between Different Types of Instagram Use and Adolescents' Depressed Mood*, *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 20(10), 2017, s. 603-609.
32. Stefana A., Dakanalas An., Mura M., Colmegna F., Clerici M., *Instagram Use and Mental Well-Being: The Mediating Role of Social Comparison*, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 210(12), 2022, s. 960-965.
33. McCrory A., Best P., Maddock A., *'It's just one big vicious circle': young people's experiences of highly visual social media and their mental health*, *Health Education Research*, 37(3), 2022, s. 167-184.
34. Keyte R., Mullis L., Egan H., Hussain M., Cook A., Mantzios M., *Self-Compassion and Instagram Use Is Explained by the Relation to Anxiety, Depression, and Stress*, *Journal of Technology in Behavioral Science*, 6, 2021, s. 436-441.
35. Dailey S.L., Howard K., Roming S.M.P., Ceballos N., Grimes T., *A biopsychosocial approach to understanding social media addiction*, *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2, 2020, s. 158-167.
36. Marker C., Gnambis T., Appel M., *Active on Facebook and Failing at School? Meta-Analytic Findings on the Relationship Between Online Social Networking Activities and Academic Achievement*, *Educational Psychology Review*, 30, 2018, s. 651-677.
37. Graham S., Mason A., Riordan B., Winter T., Scarf D., *Taking a Break from Social Media Improves Wellbeing through Sleep Quality*, *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 24(6), 2021, s. 421-425.

38. Lambert J., Barnstable G., Minter E., Cooper J., McEwan D., *Taking a One-Week Break from Social Media Improves Well-Being, Depression, and Anxiety: A Randomized Controlled Trial*, *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 25(5), 2022, s. 287-293.
39. Lin W.S., Chen H.R., Lee T.S.H., Feng J.Y., *Role of social anxiety on high engagement and addictive behavior in the context of social networking sites*, *Data Technologies and Applications*, 53(2), 2019, s. 156-170.
40. Rogowska A.M., Libera P., *Life Satisfaction and Instagram Addiction among University Students during the COVID-19 Pandemic: The Bidirectional Mediating Role of Loneliness*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 2022.
41. Jovic J., Pantovic-Stefanovic M., Mitkovic-Voncina M., Dunjic-Kostic B., Mihajlovic G., Milovanovic S., Ivkovic M., Fiorillo A., Latas M., *Internet use during coronavirus disease of 2019 pandemic*, *Psychiatric history and sociodemographics as predictors*, 62(3), 2020, s. 383-390.
42. Röttinger D., Bischof G., Brandt D., Bischof A., Orlowski S., Besser B., Wegmann E., Brand M., Rumpf H.J., *Dispositional and online-specific Fear of Missing Out are associated with the development of IUD symptoms in different internet applications*, *Journal of Behavioral Addictions*, 10(3), 2021, s. 747-758.

Wpływ korzystania z Instagrama na powstawanie zniekształceń obrazu ciała i występowanie zaburzeń internalizacyjnych u adolescentów

Streszczenie

Jak wskazują wyniki coraz częściej publikowanych niezależnych badań, zamieszczane w serwisie treści mogą nieść wiele zagrożeń dla zdrowia psychicznego młodych użytkowników. Częste korzystanie z Instagrama może prowadzić do porównywania się adolescentów do wyidealizowanego wyglądu i stylu życia kreowanych na potrzeby serwisu przez influencerów. Konsekwencjami porównań mogą być m.in. zniekształcenie obrazu własnego ciała oraz występowanie zaburzeń internalizacyjnych, na które narażone są najbardziej młode użytkownicy serwisu. Istnieje szereg czynników sprzyjających występowaniu tych nieprawidłowości, a są to m.in. trendowanie treści związanych z restrykcyjnymi dietami i planami treningowymi, negatywne komentarze innych użytkowników, uzależnienie od mediów społecznościowych i współwystępujące z nim zaburzenia snu. Konieczne jest zwrócenie uwagi na zachowania i preferencje adolescentów w mediach społecznościowych, co pozwoli na opracowanie optymalnego sposobu spędzania czasu na przeglądaniu i tworzeniu treści w ramach serwisu Instagram.

Słowa kluczowe: Instagram, media społecznościowe, obraz ciała, zaburzenia internalizacyjne

The impact of Instagram use on the formation of body image distortions and the occurrence of internalizing disorders in adolescents

Abstract

As the results of a growing body of independent research indicate, the content posted on the site may carry a number of risks to the mental health of young users. Frequent use of Instagram, may lead adolescents to compare themselves to the idealized appearance and lifestyle created for the service by influencers. The consequences of the comparisons can include a distorted body image and the occurrence of internalizing disorders, which young users of the service are most vulnerable to. There are a number of factors that contribute to the occurrence of these abnormalities, and these include trending content related to restrictive diets and workout plans, negative comments from other users, social media addiction and co-occurring sleep disorders. It is necessary to pay attention to adolescents' social media behavior and preferences in order to develop the optimal way to spend time browsing and creating content on Instagram.

Keywords: Instagram, social media, body image, internalizing disorders

Psychologiczna Analiza Stanów Emocjonalnych Pacjentów Okulistycznych – przegląd wybranych badań

1. Wprowadzenie

Psychiatria i okulistyka pozornie wydają się zupełnie niepowiązаныmi dyscyplinami medycznymi. Nierzadko jednak specjaliści obu działów muszą równolegle świadczyć swoją pomoc, aby kompleksowe podejście terapeutyczne przelożyło się w ostateczności na szybsze i efektywniejsze zdrowienie pacjentów. Osoby niewidome stanowią dużą część populacji Polski – szacuje się, że jest ich około 42 tysiące [1], a jak pokazują badania, jedna trzecia osób z niedowidzeniem powodującym niepełnosprawność może mieć objawy zaburzeń depresyjnych [2]. Ponadto u osób z niedowidzeniem lub całkowitą utratą wzroku objawy zaburzeń lękowych lub depresyjnych stwierdza się od 2 do 4 razy częściej niż u osób z prawidłowym wzrokiem [3]. W związku z powyższym za cel niniejszej pracy obrano przyjrzenie się problemom emocjonalnym, z jakimi mogą zmagać się osoby z tą niepełnosprawnością oraz zwrócenie uwagi na konieczność współpracy lekarzy wymienionych specjalności w zapewnieniu odpowiedniej opieki psychologicznej i psychiatrycznej pacjentom okulistycznym. W pracy tej przeanalizowane zostały badania opisujące zjawiska chorobowe z pogranicza psychiatrii i okulistyki. Rozpatrzono typowo okulistyczne schorzenia, takie jak: AMD (ang. *Age-related Macular Degeneration*), jaskrę, zespół suchego oka, odwarstwienie siatkówki, współwystępujące z zaburzeniami psychiatrycznymi, takimi jak: PTSD (ang. *Posttraumatic Stress Disorder*), zaburzenia lękowe, depresyjne oraz zaburzenia snu. W tym artykule zostały opisane również mniej powszechne jednostki chorobowe jak zespół Charlesa Bonneta, określany czasem jako zespół widzenia fantomowego [4], psychoza czarnej plamy (ang. *Black Patch Delirium*) mogąca pojawić się po rozległych operacjach okulistycznych [5] czy halucynacje wzrokowe mogące wystąpić w przebiegu psychozy schizofrenicznej [6, 7].

2. Jednostki i objawy chorobowe z pogranicza okulistyki i psychiatrii – analiza literatury

Lekarze specjaliści w swych wysiłkach terapeutycznych często skupiają się wyłącznie na jednostkach chorobowych z zakresu swojej specjalności. Wraz z rozwojem wiedzy medycznej oraz kolejnymi badaniami okazuje się nierzadko, że podejście lekarskie powinno stawać się bardziej interdyscyplinarne, aby zapewnić możliwie najlepsze efekty. Powinno ono łączyć wiedzę z zakresu medycyny, ale również innych nauk ścisłych i nauk humanistycznych. Wiedzieli to już starożytni medycy, tacy jak Hipokrates czy

¹ piotr.juda@student.uj.edu.pl, Studenckie Koło Naukowe Humanistyki Medycznej, Wydział Lekarski, Kierunek Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

² milena1997.nowak@student.uj.edu.pl Studenckie Koło Naukowe Humanistyki Medycznej, Wydział Lekarski, Kierunek Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

³ lukasz.konrad.wojcik@student.uj.edu.pl, Studenckie Koło Naukowe Humanistyki Medycznej, Wydział Lekarski, Kierunek Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

Galen, ceniący sobie rozwijanie wiedzy w szerokim obszarze i wielu kontekstach [8-10]. Pierwszemu z nich przypisywane są następujące słowa: *by leczyć ciało ludzkie, konieczna jest wiedza o całości zjawisk* [11, 12], a także: [...] *jest wielkim błędem naszych czasów, że lekarze oddzielają duszę od ciała* [12]. Okulista XXI wieku powinien zatem być świadomy znaczenia kompleksowego podejścia w opiece nad pacjentami, stąd w niniejszym rozdziale zostały przedstawione objawy jednostek chorobowych z pogranicza psychiatrii i okulistyki.

Halucynacjami, czy też omamami, nazywamy subiektywne odczucia wzrokowe, które pojawiają się u danej osoby, pomimo braku bodźca zewnętrznego [6, 7, 13]. Mimo iż zaobserwowane przez pacjentów zjawiska lub kształty w rzeczywistości nie istnieją, osoby chore postrzegają je jako realistyczne i prawdziwe. W literaturze określa się je jako zaburzenia sądu realizującego oraz klasyfikacyjnego [6, 7]. Omamy wzrokowe mogą mieć różnorodną etiologię, jednak za czynniki o głównym znaczeniu uważa się czynniki psychofizjologiczne, psychobiochemiczne lub psychodynamiczne [14]. W powstawaniu halucynacji wzrokowych upatruje się udziału układu cholinergicznego, GABA-ergicznego, serotonergicznego, dopaminergicznego, a także zwiększonej pobudliwości korowej, szczególnie w zakresie 17, 18 oraz 19 pola Brodmanna – stanowiących korę wzrokową [13, 15]. Halucynacje wzrokowe mogą zdarzyć się również u pacjentów w podeszłym wieku z wieloma różnymi schorzeniami, pomimo braku przeszłości psychiatrycznej [16].

Innym ważnym i nie mniej ciekawym zjawiskiem jest opisywana już w latach 50. XX wieku tzw. psychoza czarnej plamy, obserwowana wśród pacjentów np. po wyluszczeniu obu gałek ocznych [5]. W wyniku utraty wzroku u takich osób dochodzi do pojawienia się zaburzeń emocjonalnych w postaci nadpobudliwości, niepokoju, drażliwości, zaburzenia orientacji co do czasu i miejsca. Rzadziej mogą wystąpić objawy takie jak mania, urojenia, omamy słuchowe lub wzrokowe [17]. Sugeruje się, iż przyczyną tego zjawiska jest wadliwe przystosowanie się do utraty wzroku, a w konsekwencji pojawienie się nasilonego stresu psychicznego. Utrata wzroku powoduje tak zwaną depryzację wzrokową, czyli całkowite usunięcie bodźców wzrokowych oddziałujących na pacjenta, co nasila objawy psychiczne [5, 17, 18]. W pracy z 2004 roku, w której badano zjawisko wzrokowej deprywacji, stwierdzono, iż u 10 z 13 badanych po pięciu dniach zasłaniania oczu wystąpiły objawy halucynacji wzrokowych. Wynik tego badania silnie skłania do poglądu, że utrata prawidłowego bodźca wzrokowego sprzyja rozwojowi omamów wzrokowych [19].

Kolejną istotną jednostką chorobową jest zespół Charlesa Bonneta związany ze znacznym pogorszeniem się jakości wzroku lub całkowitą jego utratą. Pojawia się on z reguły u osób starszych [20], choć stwierdzano również przypadki występowania tego zespołu u osób młodych [20, 21]. Podobnie jak psychoza czarnej plamy, przyczyny zespołu Charlesa Bonneta również upatruje się w deprywacji wzrokowej [22]. Sugeruje się, że mózg na swój sposób stara się uzupełnić pustkę pozostawioną po utracie wzroku i wypełnia ją halucynacjami [16]. Patofizjologiczne wytłumaczenie tego zjawiska zakłada zmiany biochemiczne i molekularne, które prowadzą do ogólnego wzrostu pobudliwości, co jest często porównywane do zjawiska wrażliwości na odnerwienie w przypadku amputacji kończyn – stąd alternatywna nazwa tej choroby: *zespół widzenia fantomowego* [4, 23]. Mimo wielu badań próbujących wyjaśnić etiologię tej przypadłości, nadal nie ustalono bezpośredniej przyczyny, dla której część pacjentów po utracie

wzroku rozwija tę chorobę [24]. Zespół ten może pojawić się w przypadku usunięcia gałek ocznych, zwyrodnienia plamki żółtej, retinopatii cukrzycowej, zaćmy czy jaskry [4]. Przypuszcza się, iż istniejące wcześniej otępienie lub upośledzenie funkcji poznawczych może predysponować do rozwoju tego schorzenia. Jest to szczególnie istotne, gdyż znaczna część pacjentów okulistycznych to osoby starsze, będące w grupie ryzyka otępienia [25]. Objawami choroby są najczęściej omamy wzrokowe proste lub złożone, dotyczące ludzi, zwierząt, ale również odnoszące się do irracjonalnych przedmiotów, postaci czy scen. W kryteriach rozpoznania nie uwzględnia się współwystępujących urojeń ani zaburzeń poznawczych, które typowo w zespole Charlesa Bonneta nie powinny mieć miejsca [22]. Ze względu na stosunkowo rzadkie występowanie choroby (u zaledwie 2% pacjentów z AMD dochodzi do rozwoju tego zespołu [26]) kryteria rozpoznawania nie są do końca jasne i z pewnością będą wymagać dopracowywania w kolejnych latach [24]. Brak jasno sprecyzowanych kryteriów skutkuje problemem niedodiagnozowania pacjentów z ewentualnymi objawami choroby [27].

Największą grupę przypadków zaburzeń o podłożu emocjonalnym w grupie pacjentów okulistycznych stanowią zaburzenia związane z chorobami oraz procedurami okulistycznymi. Stwierdzono częstsze występowanie tego typu zaburzeń m.in. u pacjentów z AMD, zaćmą, zespołem suchego oka czy jaskrą. Częstość występowania poszczególnych zaburzeń psychiatrycznych zależy przede wszystkim od wieku pacjenta oraz stopnia utraty wzroku [28, 29]. Zauważono, że niektóre jednostki chorobowe wiążą się ze szczególnie dużym spadkiem jakości życia. Były to m.in. AMD, jaskra, retinopatia cukrzycowa [30] oraz zespół suchego oka [31, 32]. Urazy oka i powstające w ich wyniku odwarstwienie siatkówki [33] również wskazywały na większe ryzyko rozwoju zaburzeń lękowych, depresyjnych, zaburzeń snu, PTSD [33] oraz pogorszenia jakości życia [28, 29, 34]. Istnieje także szereg skutków ubocznych związanych z przyjmowaniem leczenia farmakologicznego. Glikokortykosteroidy podawane systemowo mogą prowadzić do rozwinięcia u osoby je przyjmującej psychozy posterydowej [16].

Prawidłowa współpraca interdyscyplinarna w medycynie jest konieczna, aby zapewnić pacjentowi optymalne warunki do wychodzenia z choroby. Ze względu na mnogość zaburzeń psychiatrycznych, które mogą rozwinąć się u pacjenta okulistycznego, wskazane jest, aby pacjenci z zaburzeniami prawidłowego widzenia w razie potrzeby konsultowani byli również z psychologiem i psychiatrą. Podobnie psychiatrzy powinni chętniej konsultować się ze specjalistami okulistyki w przypadku wątpliwości co do związku objawów psychiatrycznych z symptomami ocznymi. Istotne jest więc dalsze uświadamianie lekarzy oraz psychologów w kwestii interdyscyplinarnego podejścia do pacjentów z zaburzeniami widzenia [28, 35].

3. Zaburzenia emocjonalne wśród pacjentów okulistycznych – analiza wyników badań empirycznych

Choroba okulistyczna czy korygująca ją operacja zaburzą homeostazę organizmu, a tym samym wpływają na inne, niepodlegające bezpośredniemu wpływowi choroby, obszary funkcjonowania pacjenta. U części pacjentów stwierdza się współistniejące z chorobą podstawową zaburzenia, np. PTSD, zaburzenia lękowe, depresyjne i zaburzenia snu. Wiedza na temat częstości występowania, a także związku między różnymi jednostkami psychiatrycznymi i okulistycznymi sprzyja lepszemu rozpoznaniu proble-

mów pacjenta, a tym samym poprawieniu rokowań oraz jakości życia pozostającego pod opieką specjalistów pacjenta.

Metaanaliza z 2017 roku, dotycząca rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów z chorobami oczu, dostarczyła wysokiej jakości wyników w temacie deregulacji emocjonalnej u osób z przypadłościami okulistycznymi. Na podstawie kilkudziesięciu badań autorzy określili występowanie zaburzeń depresyjnych w 25% (95% CI: 0,20-0,30) przypadków, zauważyli również, iż niektóre przypadłości w większym stopniu sprzyjają rozwojowi stanów depresyjnych. Najwyższą częstość występowania objawów zaburzeń depresyjnych wykazano w przypadku zespołu suchego oka (29%), jaskry (25%), zwyrodnienia płamki żółtej (24%) i zaćmy (23%). Stwierdzono zwiększoną częstość występowania zaburzeń depresyjnych u osób z chorobami oczu w porównaniu do zdrowych osób z grupy kontrolnej (OR: 1,59; 95% CI: 1,40-1,81; $I^2 = 68,5\%$) [32]. Do podobnych wyników dotarli autorzy pracy z 2020 roku, którzy stwierdzili, że AMD (OR: 1,33; 95% CI: 1,13-1,57), jaskra z zamkniętym oraz otwartym kątem przesączania (OR: 1,24; 95% CI: 1,11-1,37) oraz zespół suchego oka (OR: 1,22; 95% CI: 1,13-1,31) sprzyjają rozwojowi zaburzeń depresyjnych [36]. Badanie z 2011 roku wskazuje również na retinopatię cukrzycową jako czynnik sprzyjający rozwojowi wyżej wymienionych zaburzeń psychiatrycznych [30]. W badaniu przeprowadzonym w 2013 roku na grupie 662 pacjentów w wieku powyżej 70 lat oceniano wzrok w kierunku występowania konkretnej jednostki chorobowej lub jej braku, ewentualnego pogorszenia jakości wzroku oraz współwystępowania zaburzeń depresyjnych. Wśród badanych bez choroby oczu 3,7% osób miało klinicznie istotne objawy depresji. Wartości zwiększały się do 6,7% wśród pacjentów z zaćmą, do 4,3% u pacjentów z jaskrą i do 10,5% w przypadku występowania u badanych AMD [37]. W innej publikacji, poświęconej AMD, częstość objawów depresyjnych wśród pacjentów oszacowano na 15,7%–44% [38]. W przypadku zespołu suchego oka, w jednym z przeglądów systematycznych, w którym włączono do analizy 980 026 pacjentów, również opisano zwiększoną częstość występowania depresji (OR: 2,92; 95% CI: 2,13-4,01; $p < 0,00001$) [31, 39]. Pomimo różnic w wynikach ukazujących częstość występowania opisanych powyżej zaburzeń psychiatrycznych widać wyraźnie, że osoby narażone na choroby okulistyczne częściej wykazują objawy depresyjne.

W przypadku zaburzeń lękowych związanych z chorobą oczu również udowodniono w wielu badaniach znaczny wzrost ich występowania wśród pacjentów okulistycznych. W metaanalizie z 2022 roku oceniono występowanie odpowiednio objawów lękowych u 31,2% (6507/23 415 badanych; 95% CI: 25,8%-36,7%; $p < 0,001$) oraz zaburzeń lękowych u 19% (6502/60 174 badanych; 95% CI: 16,1%-22%; $p < 0,001$) pacjentów z chorobami okulistycznymi. Objawy lękowe były najbardziej rozpowszechnione w zapaleniu błony naczyniowej (53,5%), zespole suchego oka (37,2%), barwnikowym zwyrodnieniu siatkówki (36,5%), retinopatii cukrzycowej (31,3%), jaskrze (30,7%), krótkowzroczności (24,7%) oraz w AMD (21,6%) i zaćmie (21,2%). Zaburzenia lękowe najczęściej występowały w chorobach oczu związanych z gospodarką hormonalną tarczycy (28,9%), jaskrze (22,2%) oraz w zespole suchego oka (11,4%). Stwierdzono ponadto, że w porównaniu ze zdrowymi osobami z grupy kontrolnej nastąpił dwukrotny wzrost częstości występowania objawów lękowych (OR: 1,912; 95% CI: 1,463-2,5; $p < 0,001$) i zaburzeń lękowych (OR: 2,281; 95% CI: 1,168-4,454; $p = 0,016$) u pacjentów z chorobą okulistyczną [40]. W innym badaniu, dotyczącym AMD, objawy

łękowe występowały u 9,6%-30,1% [38]. W metaanalizie, badającej związek pomiędzy zespołem suchego oka i zaburzeniami lękowymi, również stwierdzono zwiększony poziom lęku (OR: 2,80; 95% CI: 2,61-3,02, $p < 0,00001$) [31].

Istotnym, choć stosunkowo mało zbadanym zagadnieniem jest występowanie u pacjentów okulistycznych PTSD. W przeglądzie opublikowanym w 2021 roku stwierdzono, iż osoby niedowidzące lub niewidome, z racji swojej niepełnosprawności, mają zwiększone prawdopodobieństwo doświadczenia w swym życiu sytuacji traumatycznej, a tym samym większe szanse na rozwinięcie PTSD [41, 42]. Zaburzenie to było stosunkowo powszechne w badanej populacji, a wskaźniki rozpowszechnienia wahały się od 4% do 50% w zależności od wyników włączonej do przeglądu publikacji [42]. Metaanaliza z 2019, również poświęcona PTSD, określiła tę częstość na 4% do 21,2% [43]. W norweskiej publikacji z 2022 roku przebadano grupę 1216 osób dorosłych z niedowidzeniem. Wykazano, iż rozpowszechnienie PTSD było większe wśród osób z dysfunkcją wzroku w porównaniu do populacji ogólnej. Prawidłowość tę zaobserwowano zarówno wśród mężczyzn (9,0% u niedowidzących, względem 3,8% w populacji ogólnej), jak i u kobiet (13,9% u tych z zaburzeniami wzroku, w stosunku do 8,5% w populacji ogólnej). Wskaźniki rozpowszechnienia PTSD z powodu choroby lub urazu, który spowodował utratę wzroku, były wyższe u mężczyzn i wynosiły 3,9% występowania, względem 2,2% u kobiet. Ponadto stwierdzono, że młodszy wiek, nabyta utrata wzroku oraz inne zaburzenia poza utratą wzroku zwiększają ryzyko ujawnienia się PTSD [41]. W innym z badań ustalono, że zaburzenia wzroku mogą wpływać na przebieg aktywnego już wcześniej zespołu stresu pourazowego, przyczyniając się do pogłębiania niskiej samooceny oraz problemów w relacjach społecznych [44]. W przypadku odwarstwienia siatkówki stwierdzono, iż u 9 z 366 badanych osób (2,5%) wraz z chorobą podstawową współwystępuje zaburzenie stresowe pourazowe [33].

Objawami chorób oczu mogą stać się także nieprawidłowości dotyczące fizjologii snu. Ukazują to badania dotyczące związku zaburzenia snu z retinopatią cukrzycową i zespołem suchego oka. W badaniach z 2018 i 2020 roku wykazano dodatnią korelację pomiędzy problemem bezsenności a umiarkowaną i ciężką postacią retinopatii cukrzycowej. Wykazano, że długi czas trwania snu (2,37 [1,16-4,89]), wysokie ryzyko obturacyjnego bezdechu sennego (2,24 [1,09-4,75]) i nadmierna senność w ciągu dnia (3,27 [1,02-10,30]) były związane z ciężką, zagrażającą utratą wzroku retinopatią [45]. W innym z badań dowiedziono, że występowanie bezsenności było związane z cukrzycowym obrzękiem płamki (OR: 4,01; 95% CI: 1,09-14,73) [46]. W badaniu przeprowadzonym w 2021 roku wykazano, że nawet około 33% pacjentów zgłasza bezsenność związaną z występującą u nich chorobą oczu [28]. W przypadku zespołu suchego oka w jednym z badań stwierdzono możliwy związek z obniżoną jakością snu [39]; ustalono również, że około połowa pacjentów z tą chorobą cierpi na problemy ze snem, a współwystępujące u nich nasilenie zaburzeń nastroju jest silnie związane z występującymi zaburzeniami snu [47].

W badaniu z 2007 roku dokonano porównania m.in. samoradzenia sobie osób z przewlekłymi chorobami wzroku w codziennych czynnościach z osobami cierpiącymi z powodu innych przewlekłych schorzeń. W analizie kwestionariusza EQ-5D oceniającego jakość życia pacjenci z chorobami oczu uzyskali wyniki gorsze od chorych na cukrzycę typu II, ostry zespół wieńcowy czy wady słuchu; wykazano jednak, że uzyskane wyniki pozostają wyższe od osób po przebytych udarze, chorych na stwardnienie

rozsziane, zespół chronicznego zmęczenia oraz depresję [48]. Ponadto w badaniach chorób takich jak retinopatia cukrzycowa i stożek rogówki również stwierdzono obniżone wartości jakości życia [49, 50].

4. Podsumowanie

Wśród problemów emocjonalnych, z jakimi mogą zmagać się osoby z niepełnosprawnością związaną z chorobami wzroku, najczęściej występują zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, zaburzenia dotyczące fizjologii snu oraz PTSD. Ponadto wystąpienie zaburzenia związanego z nieprawidłowym widzeniem może pogarszać już wcześniej występujące zaburzenia psychiatryczne. Zaburzenia o podłożu emocjonalnym związane są najczęściej z samą chorobą, okulistycznymi procedurami chirurgicznymi i leczeniem farmakologicznym [16, 28, 31]. Zaburzenia depresyjne oraz zaburzenia lękowe są częstsze wśród pacjentów z chorobami oczu w porównaniu z populacją zdrową (nawet dwukrotnie częstsze [40]) i najczęściej występują w przebiegu zespołu suchego oka, zapalenia błony naczyniowej, barwnikowego zwyrodnienia siatkówki, krótkowzroczności, jaskry, zwyrodnienia płamki żółtej i zaćmy oraz retinopatii cukrzycowej [32, 36, 40]. Osoby z chorobami oczu, ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia w ciągu życia sytuacji traumatycznej, obciążone są większym ryzykiem rozwoju PTSD [41, 42]. Dodatkowo pacjenci zgłaszają bezsenność oraz pogorszenie jakości życia związane z występującą u nich chorobą oczu [28, 48]. Do innych, mniej powszechnie występujących zaburzeń psychiatrycznych należą omamy wzrokowe, psychoza czarnej plamy oraz zespół Charlesa Bonneta (zespół widzenia fantomowego) [4, 5, 6], które najczęściej związane są z całkowitą utratą widzenia i występującą w jej następstwie depriacją wzrokową [19, 22].

Z roku na rok rośnie liczba badań klinicznych oraz metaanaliz badających zaburzenia psychiatryczne w okulistyce. Mimo to zagadnienia z pogranicza psychiatrii i okulistyki wydają się stosunkowo rzadkim tematem badań. W związku z powyższym ważne jest uświadamianie lekarzy o konieczności podejścia holistycznego w opiece nad pacjentami okulistycznymi. Pacjent nie zawsze jest świadomy swojej choroby. W takich przypadkach jest on zdany na wiedzę i doświadczenie opiekującego się nim lekarza. W związku z tym psychiatrzy powinni być w stanie rozpoznać i odróżnić objawy chorób oczu od problemów natury psychicznej, natomiast u osób z problemami psychicznymi okuliści powinni zachować ostrożność w rozpoznawaniu potencjalnych objawów zaburzeń psychicznych [35]. Ze względu na ograniczoną liczbę publikacji ważne jest kontynuowanie badań w tych dziedzinach. Istotne jest też podejmowanie działania w opracowywaniu najlepszych sposobów postępowania z takimi pacjentami oraz dalsza edukacja lekarzy i psychologów w omówionym zakresie [36].

Literatura

1. <https://pzn.org.pl/wp-content/uploads/2020/12/Raport-Widzimy-nie-tylko-oczam.pdf> [data dostępu: 07.12.2022].
2. Demmin D.L., Silverstein S.M., *Visual impairment and mental health: Unmet needs and treatment options*, Clinical Ophthalmology, 14, 2020, s. 4229-4251.
3. Gascoyne B., Jolley E., Penzin S., Ogundimu K., Owoeye F., Schmidt E., *Vision impairment and self-reported anxiety and depression in older adults in Nigeria: evidence from a cross-sectional survey in Kogi State*, International Health, 14, 2022, s. 9-16.

4. Jurišić D., Sesar I., Cavar I., Sesar A., Zivkovic M., Curkovic M., *Hallucinatory experiences in visually impaired individuals: Charles bonnet syndrome – Implications for research and clinical practice*, *Psychiatria Danubina*, 30(2), 2018, s. 122-128.
5. Avery D. Weisman, Thomas P. Hackett, *Psychosis After Eye Surgery Establishment of a Specific Doctor-Patient Relation in the Prevention and Treatment of „Black-Patch Delirium”*, *New England Journal of Medicine*, 258, 1958, s. 1284-1289.
6. Gałęcki P., Szulc A., *Psychiatria*, Edra Urban & Partner, 2018.
7. Jarema M.B.B., *Psychiatria, Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2021.
8. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/;3911863> [data dostępu: 04.12.2022].
9. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Galen;3903660.html> [data dostępu: 04.12.2022].
10. Rogers K., *Medicine and Healers Through History (Health and Disease in Society)*, Britannica Educational Pub, 2011.
11. <https://zpe.gov.pl/a/wprowadzenie/DbhbX9GA5> [data dostępu: 14.12.2022].
12. Tylka J., *Podejście psychosomatyczne w wyjaśnieniu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia*, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2010, s. 97-103.
13. Teeple R.C., Caplan J.P., Stern T.A., *Visual Hallucinations: Differential Diagnosis and Treatment*, *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 11 (1), 2009, s. 26-32.
14. Asaad G., Shapiro B., *Hallucinations: Theoretical and Clinical Overview*, *The American Journal of Psychiatry*, 143(9), 1986, s. 1088-1097.
15. O'brien J., Taylor J.P., Ballard C., Barker R.A., Bradley C., Burns A., Collerton D., Dave S., Dudley R., Francis P., Gibbons A., Harris K., Lawrence V., Leroi I., McKeith I., Michaelides M., Naik C., O'Callaghan C., Olsen K., Onofrj M., Pinto R., Russell G., Swann P., Thomas A., Urwyler P., Weil R.S., Ffytche D., *Visual hallucinations in neurological and ophthalmological disease: Pathophysiology and management*, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 91(5), 2020, s. 512-519.
16. <https://www.eyenews.uk.com/features/ophthalmology/post/psychiatric-consequences-of-ophthalmic-disease> [data dostępu: 04.12.2022].
17. Singh J., *Black-Patch Psychosis with Symphatetic Ophthalmitis and Deafnes*, *Indian Journal of Psychiatry*, 26(3), 1984, s. 248-249.
18. Raz M., *Alone Again: John Zubek and the Troubled History of Sensory Deprivation Research*, *Journal of the History of the Behavioral Sciences.*, 49(4), 2013, s. 379-395.
19. Merabet L.B., Maguire D., Warde A., Alterescu K., Stickgold R., Pascual-Leone A., *Visual Hallucinations During Prolonged Blindfolding in Sighted Subjects*, *Journal of Neuro-Ophthalmology*, 24, 2004, s. 109-113.
20. Issa B.A., Yussuf A.D., *Charles bonnet syndrome, management with simple behavioral technique*, *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 4(1), 2013, s. 63-65.
21. Carvalho N.P., Fasanya O., McNally S., *Charles Bonnet syndrome in a young adult with diabetic retinopathy*, *British Journal of Hospital Medicine*, 82(8), 2021, s. 1-2.
22. Teunisse R.J., Cruysberg J.R., Hoefnagels W.H., Verbeek A.L., Zitman F.G., *Visual hallucinations in psychologically normal people – Charles Bonnet Syndrome*, *Lancet*, 1996.
23. Burke W., *The Neural Basis of Charles Bonnet Hallucinations: A Hypothesis*, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 73, 2002, s. 535-541.
24. Hamedani A.G., Pelak V.S., *The Charles Bonnet Syndrome: a Systematic Review of Diagnostic Criteria*, *Current Treatment Options in Neurology*, 21(9), 2019, s. 40-53.
25. Rovner B.W., *The Charles Bonnet Syndrome: A Review of Recent Research*, *Current Opinion in Ophthalmology*, 17, 2006, s. 275-277.
26. Niazi S., Krogh Nielsen M., Singh A., Sørensen T.L., Subhi Y., *Prevalence of Charles Bonnet syndrome in patients with age-related macular degeneration: systematic review and meta-analysis*, *Acta Ophthalmologica*, 98(2), 2020, s.121-131.

27. Lamri A.T., Frère A., Postelmans L., *Value of systematic screening for depressive symptoms and Charles Bonnet syndrome in AMD patients*, Journal Français d’Ophtalmologie, 45(9), 2022, s. 1069-1078.
28. Okosa M., *Psychological Effects of Eye Diseases: A Tertiary Eye Center Study*, Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders, 5, 2021, s. 128-139.
29. Akuffo K.O., Sewpaul R., Darrah S., Dukhi N., Kumah D.B., Agyei-Manu E., Addo E.K., Asare A.K., Osei Duah I. Jr, Reddy P., *Vision loss, vision difficulty and psychological distress in South Africa: results from SANHANES-1*, BMC Psychology, 9(1), 2021, s. 66.
30. Pinquart M., Pfeiffer J.P., *Psychological well-being in visually impaired and unimpaired individuals: A meta-analysis*, British Journal of Visual Impairment, 29(1), 2011, s. 27-45.
31. Wan K.H., Chen L.J., Young A.L., *Depression and anxiety in dry eye disease: A systematic review and meta-analysis*, Eye, 30(12), 2016, s. 1558-1567.
32. Zheng Y., Wu X., Lin X., Lin H., *The Prevalence of Depression and Depressive Symptoms among Eye Disease Patients: A Systematic Review and Meta-analysis*, Scientific Reports, 7, 2017.
33. Didi Fabian I., Abudy A., Kinori M., Skaat A., Glovinsky Y., Farkash I., Zohar J., Moisseiev J., *Diagnosis of posttraumatic stress disorder after surgery for primary rhegmatogenous retinal detachment*, Retina, 33 (1), 2013, s. 111-119.
34. Broman A.T., Munoz B., Rodriguez J., Sanchez R., Quigley H.A., Klein R., Snyder R., West SK., *The Impact of Visual Impairment and Eye Disease on Vision-Related Quality of Life in a Mexican-American Population: Proyecto VER*, Investigative Ophthalmology & Visual Science, 43(11), 2004.
35. Sadykov E., Studnička J., Hosák L., Siligardou M.R., Elfurjani H., Hoikam J.L., Kuganathan S., Petrovas A., Amjad T., *The Interface Between Psychiatry and Ophthalmology*, Acta Medica (Hradec Kralove), 62(2), 2019, s. 45-51.
36. Liu C.H., Kang E.Y.C., Lin Y.H., Wu W.C., Liu Z.H., Kuo C.F., Lai C.C., Hwang Y.S., *Association of ocular diseases with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A retrospective case-control, population-based study*, BMC Psychiatry, 20(1), 2020.
37. Eramudugolla R., Wood J., Anstey K.J., *Co-morbidity of depression and anxiety in common age-related eye diseases: A population-based study of 662 adults*, Frontiers in Aging Neuroscience, 5, 2013, s. 1-9.
38. Dawson S.R., Mallen C.D., Gouldstone M.B., Yarham R., Mansell G., *The prevalence of anxiety and depression in people with age-related macular degeneration: A systematic review of observational study data*, BMC Ophthalmology, 14(1), 2014, s. 1-7.
39. Wu M., Liu X., Han J., Shao T., Wang Y., *Association Between Sleep Quality, Mood Status, and Ocular Surface Characteristics in Patients With Dry Eye Disease*, Cornea, 38(3), 2019.
40. Ulhaq Z.S., Soraya G.V., Dewi N.A., Wulandari L.R., *The prevalence of anxiety symptoms and disorders among ophthalmic disease patients*, Therapeutic Advances in Ophthalmology, 2022.
41. Bonsaksen T., Brunès A., Heir T., *Post-Traumatic Stress Disorder in People with Visual Impairment Compared with the General Population*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(2), 2022.
42. van der Ham A.J., van der Aa H.P.A., Brunès A. i in., *The development of posttraumatic stress disorder in individuals with visual impairment: a systematic search and review*, Ophthalmic and Physiological Optics, 41(2), 2021, s. 331-341.
43. Brunès A., Hansen M.B., Heir T., *Post-traumatic stress reactions among individuals with visual impairments: a systematic review*, Disability and Rehabilitation, 41(18), 2019, s. 2111-2118.
44. van der Ham A.J., van der Aa H.P.A., Verstraten P., van Rens G.H.M.B., van Nispen R.M.A., *Experiences with traumatic events, consequences and care among people with*

- visual impairment and post-traumatic stress disorder: A qualitative study from The Netherlands*, *BMJ Open*, 11(2), 2021, s. 1-9.
45. Tan N.Y.Q., Chew M., Tham Y.C., Nguyen Q.D., Yasuda M., Cheng C.Y., Wong T.Y., Sabanayagam C., *Associations between sleep duration, sleep quality and diabetic retinopathy*, *Public Library of Science One*, 13(5), 2018.
 46. Chew M., Tan N.Y.Q., Lamoureux E., Cheng C.Y., Wong T.Y., Sabanayagam C., *The associations of objectively measured sleep duration and sleep disturbances with diabetic retinopathy*, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 159, 2020.
 47. Ayaki M., Tsubota K., Kawashima M., Kishimoto T., Mimura M., Negishi K., *Sleep disorders are a prevalent and serious comorbidity in dry eye*, *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 59(14), 2018.
 48. Langelan M., de Boer M.R., van Nispen R.M.A., Wouters B., Moll A.C., van Rens G.H.M.B., *Impact of visual impairment on quality of life: A comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions*, *Ophthalmic Epidemiology*, 14(3), 2007, s. 119-126.
 49. Majerníková L., Hudáková A., Kaščáková M., Obročníková A., *Changed Eye Functions and Quality of Life of Seniors with Diabetic Retinopathy*, *Czech and Slovak Ophthalmology*, 2020.
 50. Aydin Kurna S., Altun A., Gencaga T., Akkaya S., Sengor T., *Vision related quality of life in patients with keratoconus*, *Journal of Ophthalmology*, 2014.

Psychologiczna analiza stanów emocjonalnych pacjentów okulistycznych

Streszczenie

Mimo że psychiatria i okulistyka wyglądają z pozoru na odległe dziedziny medycyny, łączy je o wiele więcej, niż może się wydawać; w końcu współwystępowanie i wzajemne oddziaływanie zaburzeń emocjonalnych z chorobami somatycznymi jest rzeczą powszechną w medycynie. Stąd celem niniejszej publikacji jest ukazanie zależności i wpływu lekarzy wymienionych specjalności na pacjentów psychiatrycznych, okulistycznych oraz tych, którzy przeszli wyjątkowo okaleczające zabiegi operacyjne oczu w celu poprawy ich dalszego leczenia, jak również jakości życia, mimo dużego uszczerbku na zdrowiu. W przeglądzie tym przeanalizowano kilkadziesiąt artykułów z internetowych baz naukowych, a następnie opisano najistotniejsze fakty z wybranego zakresu tematycznego. Zebrano najważniejsze informacje o niektórych objawach psychiatryczno-okulistycznych oraz jednostkach chorobowych, takich jak zespół Charlesa Bonnetta i halucynacji wzrokowych, które pojawiają się w związku z całkowitą utratą wzroku przez pacjentów. Dokonano analizy najczęstszych zaburzeń emocjonalnych występujących u osób z chorobami okulistycznymi. Przeanalizowano również wpływ zaburzeń wzroku na sen oraz jakość życia pacjentów. Na podstawie przebadanych prac można z łatwością stwierdzić, że dziedziny te przeplatają się i w pewnym zakresie nie mogą bez siebie istnieć. Interdyscyplinarne podejście okulistów, psychiatrów i psychologów może zapewnić pacjentom dużo lepszy komfort życia oraz polepszyć ich rokowania. Sama świadomość problemów emocjonalnych, z jakimi mogą zmagać się pacjenci z problemami ocznymi, pozwoli szybciej pokierować pacjenta do odpowiedniego specjalisty i pomóc mu uporać się z nimi w sprawniejszy i korzystniejszy sposób. Kluczowe jest również prowadzenie dalszych badań w zakresie zaburzeń psychiatrycznych u pacjentów okulistycznych oraz określenie najlepszych sposobów postępowania z takimi pacjentami.

Słowa kluczowe: okulistyka, psychiatria, psychookulistyka, zaburzenia emocjonalne, choroby oczu

Psychological analysis of emotional states of ophthalmology patients

Abstract

Although psychiatry and ophthalmology look on the surface like distant fields of medicine, they have much more in common than it may seem; after all, the co-occurrence and interaction of emotional disorders with somatic diseases is commonplace in medicine. Hence, the purpose of this publication is to show the relationship and influence of the doctors of the aforementioned specialties on psychiatric patients, ophthalmological patients and those who have undergone extremely mutilating eye surgery in order to improve their further treatment, as well as their quality of life, despite the great damage to their health. This review analyzed dozens of articles from online scientific databases, and then described the most relevant facts from the selected subject area. Key information was collected on some psychiatric-ophthalmic symptoms

and disease entities, such as Charles-Bonnet syndrome and visual hallucinations that occur in connection with the total loss of vision of patients. An analysis was made of the most common emotional disorders that occur in people with ophthalmic diseases. The impact of visual disorders on sleep and patients' quality of life was also analyzed. Based on the works studied, one can easily conclude that these fields are intertwined and to some extent cannot exist without each other. An interdisciplinary approach by ophthalmologists, psychiatrists and psychologists can provide patients with a much better quality of life and improve their prognosis. Merely being aware of the emotional problems that patients with eye problems may face will help direct patients to the right specialist more quickly and help them deal with them in a more efficient and more beneficial way. It is also crucial to conduct further research into psychiatric disorders in ophthalmic patients and determine the best ways to manage such patients.

Keywords: ophthalmology, psychiatry, psychoophthalmology, emotional disorders, eye diseases

Muzykoterapia jako narzędzie terapeutyczne wspomagające aktywne starzenie się

1. Problemy współczesnej geriatricy

1.1. Rozwój gerontologii i geriatricy a problematyka starzejącego się społeczeństwa Unii Europejskiej

Od końca lat 90. XX wieku lekarze polscy i europejscy coraz większą wagę przywiązują do wielowątkowej analizy problematyki zjawiska starzenia się człowieka i starości, czyli gerontologii. Na przestrzeni XIX i XX wieku w Europie doszło do dwóch przejść demograficznych charakterystycznych dla krajów rozwijających się. Skutki drugiego, które rozpoczęło się w latach 60. XX wieku, obserwujemy dzisiaj także w polskim społeczeństwie [1-3]. W jego konsekwencji następuje spadek liczby urodzeń w stosunku do wzrostu średniej długości życia osób w wieku senioralnym [1-7]. W Polsce problem ten nasilił się w latach lat 90. XX wieku, kiedy to zaczęła zwiększać się liczba ludności w wieku emerytalnym. Wedle danych GUS-u w 1990 roku liczba osób w wieku 60 i więcej lat wynosiła 5,7 mln (15,0% ogółu populacji), w 2020 roku wzrosła do 9,8 mln i osoby te stanowiły 25,6% ogółu ludności [3]. W skali Unii Europejskiej doniesienia w tej kwestii publikuje Eurostat – urząd statystyczny Unii Europejskiej. Wedle raportów z 2019 roku ponad jedna piąta (20,3%) ludności UE-27 miała co najmniej 65 lat; co więcej, według prognoz przewiduje się, że odsetek osób w wieku 80 lat lub starszych w stosunku do liczby ludności UE-27 wzrośnie w okresie od 2019 do 2100 roku dwa i pół razy, z 5,8% do 14,6% [8]. Skutki starzenia się społeczeństwa w Unii Europejskiej będą miały duże znaczenie dla całej wspólnoty.

Spółczesne społeczeństwo starzejące się to społeczeństwo, w którym dochodzi do zaburzenia ciągłości reprodukcyjnej ludności, czyli obniżenia poziomu płodności poniżej prostej zastępowalności pokoleń [9, 10]. W konsekwencji zwiększa się odsetek seniorów współtworzących społeczeństwo, co przekłada się na statystyczne obniżenie siły fizycznej przypadającej na jednego członka społeczności. Polityka unijna i polska podjęła dzia-

¹ ine.wojciechowska@gmail.com, Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej. Koło Medycyny Humanistycznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, <https://www.umlub.pl/>.

² pawelrycabel@gmail.com, Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej. Koło Medycyny Humanistycznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, <https://www.umlub.pl/>.

³ mateuszpaniak.mp@gmail.com, Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej. Koło Medycyny Humanistycznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, <https://www.umlub.pl/>.

⁴ obc.polak@gmail.com, Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej. Koło Medycyny Humanistycznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, <https://www.umlub.pl/>.

⁵ adam.woszczyński@gumed.edu.pl, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny, <https://gumed.edu.pl/>.

łania mające na celu zapobieganie problemom demograficznego przełomu. W latach 2008-2012 przeprowadzono badania dotyczące sytuacji osób starszych w Polsce oraz przedsięwzięć wspierających inicjatywy wychodzące ku ich potrzebom. Jedną z takich inicjatyw – badania *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior)*, kierowane przez Profesora Piotra Błędowskiego, stanowiły podstawę rozwoju gerontologii oraz polskiej geriatrii i znalazły swoją kontynuację w ramach programu finansowanego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 ze środków otrzymanych od Ministerstwa Zdrowia.

1.2. Starzejące się społeczeństwo a wyzwania dla współczesnego systemu opieki medycznej

Gerontologia to nauka o charakterze interdyscyplinarnym, która łączy wielowątkowe analizy z różnych dziedzin, m.in. biologii, medycyny, socjologii, psychologii, kulturoznawstwa, politologii, ekonomii. Badacze podejmuje problem starzenia się i starości poszczególnych jednostek ludzkich, ale także podkreślają wagę znaczenia edukacji społecznej, zmian postaw życiowych i ról. Wielość problematyki, którą podejmuje gerontologia, czyni ją wielowątkową refleksją na temat starości oraz roli współczesnego państwa wobec seniorów [5, 10]. I tak np. demografowie obserwują procesy starzenia się ludności w poszczególnych krajach i środowiskach społecznych oraz demograficzne skutki tegoż zjawiska. Psychologowie natomiast koncentrują się na zagadnieniach zmian osobowościowych, psychicznych i charakterologicznych [5]. Politycy podejmuje m.in. takie zagadnienia jak potrzeby ludzi w starszym wieku, próg wieku emerytalnego czy też rodzaje zabezpieczeń społecznych. Ekonomisci analizują stan wyposażenia gospodarstw domowych i pozycję ekonomiczną tej grupy społecznej oraz badają sytuację ludzi starych na rynku pracy [11]. Lekarze specjalizujący się w geriatrii w swej działalności zajmują się profilaktyką, diagnozowaniem i leczeniem chorób wieku podeszłego, przeplatając wiedzę m.in. z zakresu interny, kardiologii, diabetologii, okulistyki i rehabilitacji. Praca z pacjentem starszym jest trudna, gdyż wiek starczy jest okresem, w którym odporność człowieka obniża się, zwiększając podatność na wiele zaburzeń i chorób. Niektóre schorzenia mogą mieć charakter somatyczny, a to z kolei utrudnia diagnostykę, leczenie, opiekę nad starszymi osobami i prowadzi u nich do postaw lękowych, depresyjnych czy wręcz agresywnych, które często dotyczą lekarzy i opiekunów, stanowiąc jedno z większych wyzwań geriatrii [9-11].

Jeszcze w XIX wieku wielu lekarzy uznawało starość za stan zawieszenia między zdrowiem i chorobą lub po prostu chorobę. Przekonania te żywe były w powszechnie przyjętych stereotypach. Było to zgodne z filozofią Galenową, która określała ten okres życia słowem *gerocomy*, ale nie uważała go za etap na tyle istotny, aby stanowić podstawę wyodrębnienia nowej gałęzi medycyny interesującej się wyłącznie zagadnieniami dotyczącymi osób w wieku podeszłym [12]. Wraz z rozwojem medycyny naukowej zaczęto badać choroby wieku podeszłego. Pierwsza specjalizacja w chorobach starości powstała we Francji na początku XIX wieku i podążając za rozważaniami Galenowskimi, została określona słowem *géromie* [12]. Pionierskie prace przetłumaczono na język angielski, co zwiększyło zainteresowanie środowisk medycznych tematem chorób towarzyszących starości. Pod koniec XIX wieku badania podjęto w Anglii i Stanach Zjednoczonych, a podstawy współczesnej geriatrii tworzyli austriacko-amerykański lekarz Ignatz Leo Nascher oraz angielski chirurg Marjory Warren. W 1906 roku Nascher użył

słowa *geriatria* i dążył do wyodrębnienia owej specjalizacji w Stanach Zjednoczonych. Twierdził, że starość charakteryzuje się nie tylko typowymi dla tego etapu życia chorobami, ale także inną fizjologią i specyficznymi problemami, z którymi borykają się pacjenci. Pionierskie prace Naschera nie rozwinęły się jednak w Ameryce aż do lat 60. XX wieku [12]. Marjory Warren była chirurgiem i konsultantką w szpitalu West Middlesex w Londynie. W chwili przejścia oddziału w tejsze placówce jej pacjentami stali się przede wszystkim ludzie starzy. Oddział liczył 850 łóżek, a stan osób na nim przebywających był zły. W konsekwencji zaniedbań doświadczali częstych powikłań jatrogennych. Lekarka wyremontowała oddział. Każdy pacjent został przebadany w celu oceny stanu zdrowia, Warren stworzyła podstawy kompleksowej oceny geriatrycznej (KOG). Lekarka powołała interdyscyplinarne zespoły terapeutyczne, w skład których wchodził lekarze, pielęgniarki i fizjoterapeuci. W 1948 roku w Wielkiej Brytanii uznano geriatrię za odrębną dziedzinę medycyny. W 1999 roku odbyło się pierwsze międzynarodowe spotkanie geriatrów z różnych krajów Europy w celu wymiany doświadczeń i tworzenia standardów międzynarodowych w rozwoju tejsze specjalizacji. Coroczne kongresy stanowią ważny filar wyznaczania głównych kierunków rozwoju współczesnej geriatrii i gerontologii. W 2000 roku powstało Europejskie Towarzystwo Medycyny Geriatrycznej (EUGMS) [12, 13].

1.3. Definicja starości

Pisząc o gerontologii i geriatrii, należy odróżnić proces starzenia się, który towarzyszy jednostce od momentu urodzenia, od starości, która jest jednym z końcowych etapów życia jednostki. Z perspektywy medycznej *starzenie jest postępującym i uogólnionym uszkodzeniem wszystkich funkcji organizmu, powodującym utratę adaptacyjnej odpowiedzi na stres, w tym ograniczenie rezerwy homeostazy i rosnące ryzyko chorób zależnych od wieku* [11]. Problem definicji starości nie jest łatwy do rozwiązania i chociaż nauka próbuje dzielić życie ludzkie na cykle i fazy, są one zmienne i zależne od uwarunkowań biologicznych, kulturowych, społeczno-ekonomicznych oraz politycznych [13, s. 617-631].

Niezależnie jednak od przyjętych granic końcowym etapem w życiu człowieka jest faza starości lub późnej starości. Odwiecznym dylematem jest pytanie o możliwość zatrzymania procesu starzenia oraz zdolności do wydłużenia życia w dobrym zdrowiu. W życiu jednostki nie ma jasno sprecyzowanej granicy między końcem etapu późnej dojrzałości a początkiem starości. Może być to próg biologiczny, psychologiczny i społeczny. W tym ostatnim aspekcie granicami staje się wiek emerytalny pomiędzy 60. a 65. rokiem życia dla obu płci. Ze względu na wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia współcześni demografowie proponują również wyższe progi starości i postulują wydłużenie fazy późnej dojrzałości [14]. Wedle standardów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) należy odróżnić wiek podeszły od wieku starczego. Pierwszy przypada na okres między 65. a 75. rokiem życia, a wiek starczy przypada na okres od 75. roku życia do 90. roku życia. Od tego czasu rozpoczyna się wiek sędziwy. Niezależnie od przyjętych kryteriów coraz częściej terminologia faz i cykli ludzkiego życia ewoluje w stronę koncepcji aktywnego starzenia się [15].

Trudności w definiowaniu starości czynią problematycznym określenie, kim jest „pacjent geriatryczny”. Jak twierdzi Profesor Barbara Bień, tym terminem określa się osobę powyżej 80. roku życia. Wyznacznikiem jest wielość występujących chorób

i poziom niepełnosprawności. Według definicji WHO pacjent geriatryczny to osoba w wieku 65 lat i więcej. W Polsce na oddział geriatryczny bądź do poradni geriatrycznej możemy przyjąć osobę w wieku 60 lat i więcej, bo zdarza się, że są to już pacjenci z wielochorobowością. W praktyce geriatry wymagają przeważnie pacjenci powyżej 75. roku życia. Można zatem przyjąć, iż pacjent geriatryczny to osoba w wieku 65+, która obciążona jest kilkoma chorobami oraz związanym z nimi leczeniem farmakologicznym i potencjalnie narażona na rozwój chorób uznanych za typowe dla tego okresu życia. Takie założenie pozwala stworzyć szerszą perspektywę pojmowania starości jako procesu.

Przyjmuje się, iż podstawowymi biologicznymi wyznacznikami społecznego życia człowieka jest płeć oraz wiek [15]. Na przestrzeni dziejów w psychologii ukształtowało się bardzo wiele teorii dotyczących stadiów rozwoju człowieka. Dla zrozumienia istoty pojęcia aktywnego starzenia się warto przyjrzeć się koncepcji Erika Eriksona, w której położył on nacisk na społeczny wymiar starzenia się [16]. W myśl tej koncepcji osobowość człowieka rozwija się przez całe życie, dlatego interakcje z innymi mają wpływ na nasze poczucie tożsamości (tzw. tożsamość ego). Około 65. roku życia człowiek wchodzi w okres tzw. późnej dorosłości i konflikt „integralności ego *versus* rozpacz”. Jest to niełatwy czas analizy i podsumowań własnego życia. Jeśli nie zostanie on odpowiednio przepracowany, w osobach tych pozostanie zgorzknienie, rozpacz, przygnębienie, świadomość niemocy i nieuchronność zbliżającej się śmierci. Stany te będą nasilać się w fazie kolejnej, tzw. starości, która przypada na 75. rok życia. Koncepcja stadiów psychospołecznego rozwoju w życiu człowieka wg Eriksona może stanowić przyszłość dla rozwoju gerontologii i geriatry w całej złożoności swoich problemów oraz wyznaczać podstawy organizowania skutecznej profilaktyki i programów realizowanych w ramach procesów aktywnego starzenia się. Szczególnie ciekawe wydaje się zwrócenie uwagi na kwestie konfliktów, które towarzyszą poszczególnym etapom życia, i optymistycznej teorii przekraczania barier oraz potrzeby ciągłego rozwoju, także w zakresie aktywności społecznej [16]. Pionierską inicjatywę, która realizowała tę koncepcję, podjęła lekarka gerontolog Profesor Halina Szwarz. W 1975 roku powołała do życia Uniwersytet Trzeciego Wieku [17].

Założenie ciągłego rozwoju wpisane jest w koncepcję aktywnego i zdrowego starzenia się, poruszaną przez Profesora Bolesława Samolińskiego. Mając świadomość faktu, iż wyznacznikiem starości są: wielochorobowość, naturalny proces osłabienia siły mięśniowej i pogorszenie sprawności narządów zmysłu, starość jawi się jako ciężar społeczno-ekonomiczny dla państwa i emocjonalny dla opiekunów. Stąd tak ważnym elementem staje się profilaktyka oparta na szeroko rozumianej innowacyjności zarówno technologicznej, farmakologicznej, jak i w zakresie programów aktywizujących środowiska seniorów w celu zachowania jak najdłużej dobrej aktywności fizycznej i kondycji psychicznej. Jest to istotne zarówno dla zwiększenia ich wkładu w życie społeczne i rodzinne w naszym kraju, jak i zmniejszenie kosztocłonności wynikającej z konieczności opieki socjalnej i zdrowotnej. Priorytetem wydaje się zatem „wydłużenie życia w zdrowiu” oraz rozwój geriatry i opieki społecznej opartej na prozdrowotnych programach adresowanych do osób w wieku poprodukcyjnym [18].

Koncepcja aktywnego starzenia, która od początku 2000 roku stanowi ważny element rozwoju gerontologii, łączy do zmian poglądów na temat starości, zwraca uwagę na starzenie jako proces, który można zatrzymać poprzez odpowiednią profilaktykę,

motywację i zaangażowanie starszych osób w życie rodzinne i społeczne. Taka filozofia skłania również do poszukiwania nowych technik terapeutycznych (jedną z nich jest muzykoterapia), które mają zatrzymywać proces starzenia oraz pełnić funkcję profilaktyczną. Starość pojmowana jako proces pozwala godzić się z nieuchronnością śmierci biologicznej, ale też cieszyć życiem do późnej starości. Poczucie sprawczości zwiększa satysfakcję życiową [19, 20].

1.4. Problemy geriatryczne w Polsce

Jak przewiduje Eurostat, do 2050 roku odsetek osób starszych w Polsce będzie stanowił około 38% społeczeństwa. Do tej pory w populacji osób w podeszłym wieku wyraźnie zaznacza się przewaga liczby kobiet nad liczbą mężczyzn, lecz tendencja ta powinna się zmniejszać w kolejnych latach. Będzie to następstwem nieznacznie szybszego wydłużania długości życia mężczyzn w porównaniu do kobiet w tej samej kategorii wiekowej [21].

W 2008 roku w Polsce podjęto interdyscyplinarne badania nad sytuacją ludzi starszych w ramach programu *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* (Program PolSenior realizowano w latach 2008-2012). Kierownikiem i uczestnikiem tychże badań był Profesor Piotr Błądowski. Celem pracy badawczej była analiza sytuacji życiowej seniorów, jakości ich życia także w kwestii zdrowia oraz wzajemnych relacji pomiędzy czynnikami zdrowotnymi i społecznymi. Na podstawie uzyskanych wyników przygotowano rekomendacje, które odnoszą się do kilku najważniejszych obszarów działania na poziomie administracji państwowej i samorządowej, inicjatywy społecznej zgodnie z prognozowanym znacznym wzrostem odsetka osób starszych w polskim społeczeństwie. Zwrócono uwagę na konieczność przygotowania bazy leczniczej, rehabilitacji licznych pacjentów, ułatwienia seniorom dostępu do placówek służby zdrowia, poprawy wczesnej wykrywalności i zwiększenia zakresu opieki nad chorymi na typowe choroby okresu starczego takie jak: choroby nowotworowe, serca i układu krążenia oraz nadciśnienie, choroby nerek, cukrzyca i choroby układu pokarmowego – czyli to, co można uznać za typowe choroby okresu starczego [22].

W latach 2016-2020 przeprowadzono badanie związane z Programem PolSenior2, który obejmował ogólnopolskie pomiary stanu zdrowia osób starszych w Polsce, ich sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz jakości życia. Program został utworzony ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020 i jego celem było zbadanie sytuacji zdrowotnej seniorów w Polsce i wiążących się z tym potrzeb społeczeństwa [23].

Badanie zostało zrealizowane na 5987 mieszkańcach Polski w wieku od 60. roku życia do 106 lat i było prowadzone w okresie od września 2018 roku do grudnia 2019 roku. Jego podstawową zaletą było wykonanie najważniejszych testów i kwestionariuszy stosowanych współcześnie w geriatryi, które wchodzi w skład Całościowej (Kompleksowej) Oceny Geriatrycznej (COG) oraz bezpośrednich pomiarów antropometrycznych i ciśnienia krwi, a także zestawu 36 badań laboratoryjnych krwi i moczu. W raporcie wyodrębniono zespół słabości, zaburzenia wzroku i słuchu, otępienie i łagodne zaburzenia poznawcze, depresję, zaburzenia snu, otyłość, nadciśnienie tętnicze, stanowiące częste ryzyko zgonów, choroby nerek, hipercholesterolemię, choroby serca, udar mózgu, choroby nowotworowe, choroby układu oddechowego, niedobór witaminy D₃ oraz niedokrwistość. Wyniki badania umożliwiły ocenę stanu zdrowia i sytuacji społecznej starszych

Polaków, a ich porównanie z wynikami badania PolSenior wskazało na główne zmiany w ostatniej dekadzie w Polsce [23].

W uzyskanych wynikach wśród problemów geriatrycznych wyróżniono choroby obejmujące zarówno choroby o podłożu psychicznym, jak i somatycznym, na których skoncentrowano się w dalszej części pracy. Wyniki dowodzą, że objawy depresyjne w populacji osób starszych w Polsce występują u prawie co czwartego seniora, a ich częstość narasta wraz z wiekiem. Konsekwencją występowania takich objawów jest upośledzenie funkcjonowania społecznego oraz pogorszenie stanu zdrowia psychicznego i fizycznego. Ponadto wyniki wskazują na wysoką częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych w populacji osób starszych w Polsce. Średnio co szósta osoba w wieku 60 i więcej lat w Polsce prezentuje deficyt poznawczy w stopniu nasuwającym podejrzenie otępienia oraz częstość występowania i zaawansowanie deficytu poznawczego rośnie z wiekiem. Jeśli chodzi o choroby somatyczne, z którymi mierzą się Polacy w wieku podeszłym, jak podają wyniki PolSenior2, w Polsce rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego (NT) u osób w wieku 60 i więcej lat jest bardzo duże i wynosi 75% u kobiet i mężczyzn. Tylko co ósma starsza osoba w Polsce ma wartości ciśnienia krwi w granicach ciśnienia optymalnego lub prawidłowego. Dodatkowo problemy okresu starczego wiążą się z rozpowszechnieniem chorób neurologicznych. Chorobowość udarowa dotyczy 8% populacji seniorów w Polsce, a chorobowość związana z padaczką i chorobą Parkinsona (PD) wynosi odpowiednio 1,6% oraz 1,1% [23].

Według rekomendacji PolSenior2, aby opieka geriatryczna spełniała właściwie swoje funkcje, powinna być rozwijana równoległe w zakresie wyspecjalizowanej opieki ambulatoryjnej i szpitalnej. Za docelowy model opieki należy uznać system łączący opiekę podstawową (geriatra lub lekarz rodzinny z solidnym wykształceniem geriatrycznym – podstawowa opieka geriatryczna – POG) z opieką szpitalną, z rehabilitacją geriatryczną stacjonarną i ambulatoryjną oraz z opieką środowiskową. Oddziały szpitalne powinny ściśle współpracować z ambulatoryjnymi Centrami Opieki Senioralnej (COS) prowadzącymi opiekę dzienną, domową oraz koordynującymi pomoc społeczną z opieką zdrowotną [23].

Seniorzy to osoby o znacznym kapitale ludzkim (wiedza i doświadczenie) i społecznym (sieć więzi społecznych), na marnotrawienie których nie może sobie pozwolić nawet najbogatsze społeczeństwo. Celem założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 w zakresie polityki społecznej konieczne jest zwiększenie udziału osób starszych w życiu społecznym w skali kraju oraz społeczności lokalnej przy uwzględnieniu zróżnicowania poziomu samodzielności i występowania czynników ograniczających aktywność społeczną i życiową seniorów. Istotna jest organizacja systemu opieki długoterminowej w miejscu zamieszkania osób niesamodzielnych i w placówkach ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej. Wśród zadań lokalnych podmiotów szeroko pojętej polityki społecznej, które ułatwiają przygotowanie do starości, adaptację w jej początkowym okresie oraz podniesienie sprawności seniorów, są m.in. wspieranie różnych form aktywności fizycznej i rekreacyjnej seniorów, edukacja oraz wspieranie aktywności zawodowej i społecznej osób starszych [23].

1.5. Metodologia pracy

Profilaktyka chorób, które uznano w badaniach PolSenior jako typowe dla osób starszych w Polsce, kieruje uwagę ku muzykoterapii. Celem pracy jest analiza metody wspomagającej leczenie muzykoterapią w profilaktyce chorób okresu starczego. Artykuł

ma charakter przeglądowy. Założono, iż muzykoterapia może być tanim i łatwym sposobem, który polepsza jakość życia seniorów w zakresie profilaktyki zdrowia. Dodatkowo przyjęto, że wpływ muzykoterapii może być udokumentowany badaniami klinicznymi w profilaktyce rozwoju problemów geriatrycznych prowadzących do takich chorób jak depresja, demencja, nadciśnienie tętnicze, choroba Parkinsona. Stąd podjęto próbę zestawienia randomizowanych i kontrolowanych badań klinicznych wspomaganych muzykoterapią, których wyniki opublikowano w bazach naukowych PubMed, Scopus i Cochrane w latach 2014-2023, kiedy to aktywnie zaczęto promować gerontologię. Jednym z zarzutów sceptyków jest powiązanie tegoż procesu z medykacją chorób okresu starczego. W artykule podjęto próbę wykazania, że inicjatywy aktywnego starzenia się i profilaktyki stanowią przyszłość społeczeństwa europejskiego i polskiego nie tylko w aspekcie poprawy życia seniorów, ale także w kwestii tworzenia interdyscyplinarnych zespołów badawczych oraz humanizacji medycyny.

2. Funkcje terapeutyczne muzyki

Muzyka była wykorzystywana od czasów starożytnych w profilaktyce zdrowia psychicznego oraz w leczeniu i rehabilitacji wielu chorób. Przykładem znaczenia muzykoterapii jest system medycyny Hildegardy z Bingen. Biochemiczny model ciała, który stanowi podstawę rozumienia zdrowia i choroby we współczesnej medycynie naukowej, ukształtował się na przestrzeni XIX wieku. Wraz z rozwojem laboratoriów nastąpił wzrost znaczenia medycyny opartej na faktach. W ten sposób lekarze odrzucili wiele wcześniejszych terapii, uznając je za nienaukowe, także muzykoterapię. W 1928 roku Michel Foucault stworzył koncepcję medykacji, uznając ją za proces, w którym niemedyczne problemy (zachowania, stany, atrybuty) mogą być definiowane w kategoriach medycznych, najczęściej jako choroby lub zaburzenia, i zostają poddane medycznej interwencji. Jego teza była powiązana z kryzysem systemowych rozwiązań tworzącej się formy opieki medycznej i swoistym rozczarowaniem w zakresie osiągnięć medycyny naukowej, który doprowadził do rozwoju przemysłu farmaceutycznego. Ten swoisty paradoks pomiędzy sukcesem i kryzysem doprowadził do przedefiniowania stosunku medycyny opartej na faktach do systemów tzw. medycyny alternatywnej i holistycznej. W latach 60. XX wieku lekarze coraz częściej zaczęli sięgać po dawne techniki, jednocześnie szukając naukowych dowodów na potwierdzenie ich skuteczności [13, 14].

Jedną z pierwszych metod, z których zaczęto korzystać, była muzykoterapia. W latach 40. XX wieku okazała się ona skuteczna w terapii hospitalizowanych żołnierzy, ofiar bitew II wojny światowej. W krótkim czasie taką metodę terapii uznano za skuteczną, a w kolejnych latach włączono jako czynnik wspomagający leczenie w innych chorobach. Jest ona bowiem jedną z najbardziej bezpiecznych metod terapeutycznych [24].

Trudno jest jednoznacznie ocenić, czy muzykoterapia przyspieszyła kierunek myślenia, w którym uznano podłoże emocjonalne jako przyczynę występowania chorób. To był wielki krok w medycynie naukowej XX wieku, gdy na nowo zwrócono uwagę na holistyczne filozofie, które zaczęto łączyć z biochemicznym modelem ciała ludzkiego i wykorzystywać je w leczeniu, rehabilitacji oraz w profilaktyce schorzeń psychicznych osób zdrowych. Muzykoterapia jest stosowana jako metoda wspomagająca terapię w psychiatrii, kardiologii, chirurgii, położnictwie, opiece paliatywnej, stomatologii. Coraz częściej pojawia się w geriatry i na przestrzeni lat okazała się skuteczna jako metoda wspomagająca leczenie nerwic (ma wpływ na zapobieganie atakom paniki), zaburzeń psychosomatycznych i schorzeń psychicznych. Pozytywnie stymuluje psychikę,

zmniejsza depresję, lęk, poprawia samoocenę, pomaga również osobom cierpiącym na bezsenność. Zauważono również, że muzyka zmniejsza napięcie mięśniowe i poprawia ruchomość, stymuluje koncentrację i pamięć. Ważnym elementem muzykoterapii jest poprawa komunikacji i współpracy między pacjentami oraz personelem medycznym. Badania dowiodły także, że ma ona wpływ na to, w jaki sposób odczuwany jest ból. Próby przeprowadzone na pacjentach pooperacyjnych wykazały, iż słuchanie muzyki relaksacyjnej lub – co dawało lepsze wyniki – swoich ulubionych piosenek, pozwalało chorym złagodzić odczucie bólu. Wszystkie te czynniki powodują, że jest ona coraz częściej wykorzystywana przez lekarzy specjalizujących się w geriatricznym i włączana w programy aktywizujące seniorów [24].

Krzysztof Stachyra określa muzykoterapię jako zbiór czynności, które mają na celu uzyskanie poprawy stanu zdrowia pacjentów, jak również poprawę ich funkcjonowania oraz stymulowanie ich rozwoju [25]. Techniki muzykoterapii dzieli się na aktywne i receptywne oraz muzykoterapię grupową. Aktywna forma terapii za pomocą muzyki ma za zadanie zaangażować pacjenta podczas całego procesu terapeutycznego dzięki wykorzystaniu technik takich jak taniec, śpiew i improwizacja artystyczna. Jej przeciwieństwem jest forma receptywna, która wykorzystuje bierne słuchanie utworów muzycznych [26]. Niezależnie od wybranej formy muzykoterapię można przeprowadzać indywidualnie lub w grupach, co jest uwarunkowane oczekiwanym celem terapeutycznym [27].

Wszechstronność jej działania, także w interakcji lekarz – pacjent, ma w naszym przekonaniu fundamentalne znaczenie dla poprawienia jakości życia starszych ludzi, jak również dla satysfakcji lekarzy w kwestii uzyskania zamierzonych efektów ukierunkowanych na skuteczność leczenia. Stąd wynika zainteresowanie stanem badań wykorzystujących muzykoterapię w profilaktyce chorób okresu starczego oraz zapobieganiu problemom geriatricznym, które w dużej mierze leżą u podstaw stanów depresyjnych utrudniających pracę z pacjentem.

3. Zestawienie danych uzyskanych z przeglądu

3.1. Depresja jako choroba starcza

Depresja jest to choroba, która zostaje najczęściej zdiagnozowana w wieku 20-40 lat i liczniej dotyczy kobiet niż mężczyzn. Do jej objawów należy obniżenie nastroju, koncentracji i uwagi, obniżona samoocena i wiara w siebie, ciągle towarzyszące poczucie winy, pesymizm, tendencje samobójcze, brak zainteresowań i radości z ulubionych zajęć [28]. Jest ona najczęstszym zaburzeniem psychicznym wśród osób starszych. Jak wynika z raportu WHO, choruje na nią prawie 6% populacji osób powyżej 60. roku życia [29]. Problem w największej mierze dotyczy mieszkańców domów opieki, gdzie dwóch na pięciu podopiecznych zmaga się z zaburzeniami depresyjnymi. W szpitalu jest to natomiast co czwarty pacjent w wieku podeszłym. Jednym z głównych powikłań u osób chorych jest zaburzenie funkcji poznawczych [30, s. 448]. Istotnym czynnikiem mającym znaczenie dla wystąpienia depresji jest stres, który wpływa na określone obszary układu nerwowego [31]. Potwierdzenie zależności pomiędzy depresją i stresem wykazano w badaniach nad ilością wydzielanego kortyzolu do osocza u dotkniętych depresją pacjentów. Wśród osób chorych zaobserwowano wzrost poziomu tego hormonu [32].

W ciągu ostatnich lat wykazano istotną rolę muzykoterapii w redukcji objawów depresji i ich skutków na organizm wśród osób w wieku podeszłym. Autorzy badania podzielili uczestników na dwie grupy, z których jedna została poddana grupowej interwencji muzycznej z zastosowaniem 20 sesji, trwających ogółem 10 tygodni. Udowodniono, że grupowa muzykoterapia pozytywnie wpływa na seniorów przebywających w domach opieki, zmniejszając objawy depresji mierzone kwestionariuszem Geriatrycznej Skali Oceny Depresji w wersji skróconej (GDS-SF, ang. *Geriatric Depression Scale – Short Form*). Nie przedstawiono podobnej korelacji stężenia kortyzolu w ślinie badanych [33].

Badania dowodzą także, że muzykoterapia znacznie zmniejsza wartości skurczowego ciśnienia tętniczego w grupie osób starszych z depresją. Wykonawcy podzielili mieszkańców domu opieki w Turcji na dwie losowo dobrane grupy. Były to grupa kontrolna oraz grupa poddana muzykoterapii. Dobór rodzaju muzyki dla całej grupy badanych został przeprowadzony na podstawie osobistych konsultacji z muzykoterapeutą. Sesje terapeutyczne odbywały się trzy razy w tygodniu, przez 8 tygodni. Nie wykazano istotnego wpływu tej metody na ciśnienie rozkurczowe [34].

3.2. Demencja

Demencja (inaczej otępienie) charakteryzowane jest jako dysfunkcja działania wyższych ośrodków kory mózgowej obniżająca m.in. jakość myślenia, orientacji czy uczenia się, która jest zazwyczaj połączona z zaburzeniami emocjonalnymi i spowodowana chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Wpływa ona również na pogorszenie ogólnego codziennego funkcjonowania pacjentów i może dotyczyć jednej na sto osób powyżej 60. roku życia oraz 40% seniorów po 8. dekadzie życia [35, s. 255-256].

Autorzy pracy zastosowali specjalne playlisty, dobrane indywidualnie do każdego badanego, za pomocą których podjęto próbę redukcji objawów otępiennych. Badanie wykazało odwrotną korelację pomiędzy stopniem nasilenia zaburzeń poznawczych u pacjentów a czerpaniem przyjemności ze słuchania muzyki. Osoby w zaawansowanym stadium depresji oraz z demencją wynikającą z choroby Alzheimera nie tylko nie czerpały przyjemności z muzykoterapii, ale zaobserwowano u nich znaczne obniżenie nastroju. Natomiast terapia muzyczna u osób apatycznych ze słabo wyrażonymi objawami depresyjnymi prowadziła do poprawy nastroju [36].

Jednym z ważnych elementów terapii jest wytworzenie porozumienia terapeutycznego. Muzykoterapia może mieć wspomagające znaczenie w tworzeniu więzi [37, 38]. W badaniu interwencji poddani byli zarówno opiekunowie, jak i pensjonariusze placówki opiekuńczej z rozpoznaną demencją. Otrzymane dane wykazały pozytywny wpływ na poprawę relacji i budowania więzi między pensjonariuszem a jego opiekunem. Wyższe zaufanie i poczucie bezpieczeństwa przyczyniły się do poprawy czynników psychospołecznych, a w konsekwencji do redukcji stresu u seniorów [39].

3.3. Profilaktyka delirium

Delirium (inaczej zespół majaczeniowy) jest zbiorem objawów, cechujących się zaburzeniami świadomości o charakterze głównie zamąceniowym. Pacjenci z tym schorzeniem mogą skarżyć się na splątanie, omamy, urojenia czy dezorientację [40]. Nieprawidłowości te dotyczą 15% chorych przebywających w szpitalach, a w przypadku osób w wieku podeszłym odsetek ten zwiększa się do 20%. Do głównych przyczyn takiego

stanu należą zaburzenia równowagi wewnętrznej wywołane nagłym zdarzeniem, np. rozległym urazem, ostrym atakiem choroby lub lekami [30, s. 117].

Losowo wybrani pacjenci z Oddziału Intensywnej Terapii Urazowej i Ortopedii Urazowej zostali poddani muzykoterapii indywidualnej. Terapeutyczne utwory odznaczały się niespiesznym tempem, niskimi tonami oraz jednostajnym rytmem. W grupie badawczej zaobserwowano poprawę parametrów fizjologicznych oraz rzadsze występowanie delirium w porównaniu z grupą kontrolną, poddaną standardowej opiece szpitalnej [41].

3.4. Badani z nadciśnieniem

Ponad 65% pacjentów w wieku podeszłym zмага się z nadciśnieniem tętniczym. U trzech na pięć osób w tym okresie życia diagnozowane jest izolowane nadciśnienie skurczowe (ISH, ang. *Isolated Systolic Hypertension*) [42]. Jak udowodniono w badaniach, muzykoterapia wśród osób starszych ma praktyczne zastosowanie w zmniejszeniu wartości ciśnienia tętniczego [34].

Poza obniżaniem wartości ciśnienia tętniczego wykazano efektywność zastosowania muzyki jako metody obniżania częstości pracy serca oraz poziomu lęku u osób starszych zmagających się z nadciśnieniem tętniczym. Jako leczenie nefarmakologiczne ma to istotne znaczenie w poprawie jakości życia seniorów [30].

W badaniu nad osobami starszymi z nadciśnieniem w Turcji wykazano, że słuchanie tureckiej muzyki klasycznej i odpoczynek mają wpływ na obniżenie wartości ciśnienia tętniczego. Badacze podkreślają znaczenie łączenia obu technik, wywołujących odprężenie fizyczne i psychiczne, a tym samym poprawę jakości życia osób starszych [43].

3.5. Badani z chorobą Parkinsona

Choroba Parkinsona występująca z ogólną częstotliwością 100-200 chorych na 100 000 osób, dotyczy częściej mężczyzn i stanowi coraz większy problem populacyjny. Jej głównymi objawami są m.in. drżenie spoczynkowe, problemy z poruszaniem się, wysokie napięcie mięśniowe, a w ciężkiej postaci również depresja i otępienie [35, s. 278-282].

W badaniu oceniono skuteczność grupowej muzykoterapii u osób z chorobą Parkinsona, opierając się na porównywaniu wyników testu „Wstań i idź” (ang. *Timed-Up-and-Go*) oraz oceny funkcji poznawczych i równowagi. Nie udowodniono istotnego wpływu muzykoterapii na wyniki wyżej wspomnianego testu, zwrócono natomiast uwagę na pozytywne wyniki w skali FES (ang. *Falls Efficacy Scale*) i Kwestionariuszu Choroby Parkinsona, dowodząc tym polepszenie nastroju, czujności jak i ogólnej jakości życia pacjentów [44].

4. Wnioski

Zagadnienie starości jest złożone i wielowątkowe. Stanowi punkt wyjścia nad rolę lekarzy geriatrici w całym systemie opieki medycznej, czyni z tej specjalizacji ważne narzędzie stymulujące procesy aktywnego starzenia się z perspektywy pracy z pacjentem trudnym. Efekty tych działań nie zawsze muszą przynosić satysfakcję. Zastosowanie muzykoterapii w różnych aspektach pracy z osobami starszymi może przynieść znacznie większą satysfakcję, przyczyniając się do poprawy jakości życia seniorów oraz przeciwdziałając wielu powszechnym problemom geriatrycznym, uznanym za typowe dla wieku starczego. Co więcej, muzykoterapia to zmiana stylu życia, to przeobrażenia wspomagające przepracowanie ważnego etapu późnej dojrzałości, starości i nieuchronnej

biologicznej śmierci. Można by uznać to za czysto teoretyczne rozważania, gdyby nie dowody w postaci wpływu muzykoterapii na organizm ludzki. I chociaż przeanalizowano tu tylko wybrane choroby, wykazano, że elementy terapii aktywnej, receptywnej i grupowej w wybranych aspektach owocowały skutecznością. Rola starszych ludzi w polskim i europejskim społeczeństwie jest niezwykle istotna, nie tylko w tradycji chrześcijańskiej, ale i świeckiej. Aktywność seniorów jest istotnym łącznikiem między tradycją a terażniejszością, między doświadczeniem i mądrością a intuicją i inteligencją. Dlatego świadome starzenie się nie jest jedynie procesem medykalizacji, co zarzucano środowiskom administracyjno-medycznym, które zaczęły zwracać uwagę na ten problem od końca lat 90. XX wieku, ale promocją dobrego i pięknego życia w wymiarze społecznym i duchowym.

Skuteczność muzykoterapii jako metody poprawy jakości życia seniorów znajduje potwierdzenie w prowadzonych badaniach klinicznych. Wyniki wybranych badań wykazują korzystny wpływ muzykoterapii na poprawę samopoczucia, parametry biologiczne, a w konsekwencji poprawę jakości życia seniorów. Zaobserwowano, że muzykoterapia jest mniej skuteczna w poprawie funkcji kognitywnych oraz ogólnego samopoczucia, gdy u badanych współwystępuje zaawansowane otępienie. Wyżej przedstawione badania wykazują jednak korzystny wpływ muzykoterapii na choroby wieku podeszłego takie jak depresja, demencja, nadciśnienie tętnicze, delirium i choroba Parkinsona, a także na obniżenie poziomu subiektywnie odczuwanego stresu. Muzykoterapia może być zatem stosowana w celu wspomagania prawidłowego funkcjonowania psychosomatycznego osób w wieku podeszłym. Opisanie wyżej badania dowodzą, że zarówno aktywna, jak i receptywna forma muzykoterapii może wspomóc konwencjonalne sposoby leczenia i opieki seniorów.

Artykuł stanowi podstawę trwających autorskich badań dotyczących wpływu muzykoterapii na poziom stresu i poprawę funkcji kognitywnych u osób w wieku podeszłym.

Literatura

1. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 35-45.
1. Dragan A., *Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki*, Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelaria Senatu, <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ot-601.pdf> [data dostępu: 18.07.2023].
2. Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski, w świetle prognozy na lata 2014-2050*, Warszawa 2014, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf [data dostępu: 18.07.2023].
3. Okólski M., *Demografia zmiany społecznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004, s. 4-5.
4. Komisja Europejska, *Sprawozdanie dotyczące starzenia się społeczeństwa z 2015 r.: prognozy gospodarcze i budżetowe dla 28 państw członkowskich UE (2013-2060)*, Publications Office of the European Union, 3, Bruksela 2015.
5. https://www.southampton.ac.uk/~assets/doc/aai_report.pdf [data dostępu: 01.07.2023].
6. Kotlarska-Michalska A., *Rocznik Socjologii Rodziny*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2010, s. 147-148.
7. Kawińska M., *Starzenie się społeczeństwa europejskiego – narzędzia pomiaru*, Uniwersyteckie Czasopismo Socjologiczne, Warszawa 2016, s. 25-36.
8. Bidzan L., *Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym*, *Medycyna Wieku Podeszłego*, 1, nr 1, 2011, s. 31-41.

9. Kostka T., Koziarska-Rościszewska M., *Choroby wieku podeszłego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 148-153.
10. Bień B., *Wprowadzenie do gerontologii wyjaśnienie pojęć. Biologiczne aspekty starzenia*, https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/WNoZ_jednostki/wnoz-k-geriatrii/wprowadzenie%2Bdo%2Bgerontologii_diet_www.pdf [data dostępu: 01.07.2023].
11. Kaluźniak-Szymanowska A., Krzywińska-Siemaszko R.G., *Historia geriatrii i gerontologii od starożytności do współczesności*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 25(4), 2019, s. 230-234.
12. Cooter R., Pickstone J., *Medicine and the Counter Culture*, Taylor & Francis, Londyn 2020.
13. Kolek A., Sobolewski O., *Demografia – największe wyzwanie tej dekady*, Instytut Emerytalny, Warszawa 2021, s. 7-9.
14. <https://www.institutemerytalny.pl/wp-content/uploads/2021/01/Demografia-najwi%C4%99ksze-wyzwanie-dekady-w-PL.pdf> [data dostępu: 18.07.2023].
15. Jurek Ł., *Aktywne starzenie się jako paradygmat w polityce społecznej*, Polityka Społeczna, Warszawa 2012, 3, 2012, s. 8-12.
16. Fabiś A., *Rozwój duchowy jako atrybut dojrzałości w starości*, EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej, 2015, 1(9), 2015, s. 11-17.
17. <https://utw.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2013/05/UTW-H.Szwarc-artykul.pdf> [data dostępu: 18.07.2023].
18. Samoliński B., *Strategia zdrowego starzenia*, <https://whc.ifps.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/Problemy-medyczne-wieku-starszego.pdf> [data dostępu: 18.07.2023].
19. Halicki J., *Społeczne teorie starzenia się*, https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/13103/1/J_Halicki_Spoeczne_teorie_starzenia_sie.pdf [data dostępu: 01.07.2023].
20. Zralek M., *Tworzenie podstaw dla partycypacji osób starszych w życiu społecznym*, [w]: Kamińska A., Kraus E., Ślęczka K. (red.), *Jak możliwy jest dialog?*, Oficyna Wydawnicza Humanitas, Sosnowiec 2014.
21. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struktura_ludno%C5%9Bci_i_starzenie_si%C4%99_spo%C5%82ecze%C5%84stwa&oldid=364923 [data dostępu: 18.07.2023].
22. PAN Materiały Prasowe, *Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce*, Warszawa 2014, <https://whc.ifps.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/Problemy-medyczne-wieku-starszego.pdf> [data dostępu: 18.07.2023].
23. Błędowski P., Chudek J., Grodzicki T., Jagiełło K., Kostka T., Lange A., Mossakowska M., Wieczorowska-Tobis M., Więcek A., Wojtyniak B., Zdrojewski T., *Rekomendacje strategiczne dla rządu i samorządów*, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2022, https://polsenior2.gumed.edu.pl/attachment/attachment/86541/Polsenior_2_Rekomendacje_online.pdf [data dostępu: 18.07.2023].
24. Paszkiewicz-Mes E., *Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie*, Hygeia Public Health, Łódź 2013, 48(2), s. 168-176.
25. Stachyra K., *Podstawy muzykoterapii*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2014, s. 27-28.
26. Ruda K., Rymaszewska J., *Wybrane zagadnienia z terapii muzyką osób chorujących na zaburzenia otępienne*, Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 8(1), 2013, s. 40-46.
27. Metera A., *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*, Wydawnictwo Centrum Technik Nauki „Metronom”, Leszno 2006, s. 40-41.
28. Gałęcki P., Szulc A., *Psychiatria*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018, s. 202.
29. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> [data dostępu: 12.07.2023].
30. Wieczorowska-Tobis K., Neuman-Podczaska A., *Geriatrya. Praktyczny przewodnik*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021.
31. Yang L., Zhao Y., Wang Y., Liu L., Zhang X., Li B., Cui R., *The Effects of Psychological Stress on Depression*, Current neuropharmacology, Sharjah 2015, 13(4), s. 494-504.

32. Jarema M., *W gabinecie lekarza specjalisty. Psychiatria. Depresja i zaburzenia lękowe*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021, s. 182.
33. Yu A.L., Lo S.F., Chen P.Y., LuS.F., *Effects of Group Music Intervention on Depression for Elderly People in Nursing Homes*, International Journal of Environmental Research and Public Health, Basel 2022, 19(15), s. 9291.
34. Gökugur H., YamanAktaş Y., Orak O.S., Saglambilen O., Aydin Avcı İ., *The effect of music therapy on depression and physiological parameters in elderly people living in a Turkish nursing home: a randomized-controlled trial*, Aging & Mental Health, Abingdon 2017, 21(12), s. 1280-1286.
35. Kozubski W., Liberski P., *Neurologia*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2016.
36. Garrido S., Stevens C.J., Chang E., Dunne L., Perz J., *Music and Dementia: Individual Differences in Response to Personalized Playlists*, Journal of Alzheimer's Disease, Amsterdam 2018, JAD, 64(3), s. 933-941.
37. Marziali E., Alexander L., *The power of the therapeutic relationship*, American Journal of Orthopsychiatry, Waszyngton 1991, 1(3), s. 383-391.
38. Baumann K., *Muzykoterapia i reminiscencja jako szansa rozwoju w okresie późnej dorosłości*, Gerontologia Polska, Poznań 2005, t. 13, nr 3, s. 173.
39. Bufalini J., Eslinger P., Lehman E., George D.R., *Effects of a Personalized Music Intervention for Persons with Dementia and their Caregivers*, Journal of Alzheimer's Disease Reports, San Antonio 2022, 6(1), s. 43-48.
40. Bilikiewicz A., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2011, s. 102.
41. Johnson K., Fleury J., McClain D., *Music intervention to prevent delirium among older patients admitted to a trauma intensive care unit and a trauma orthopaedic unit*, Intensive & Critical Care Nursing, Amsterdam 2018, 47, s. 7-14.
42. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D., *Geriatry i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017, s. 555.
43. Bekiroğlu T., Owayolu N., Ergün Y., Ekerbiçer H.Ç., *Effect of Turkish classical music on blood pressure: a randomized controlled trial in hypertensive elderly patients*, Complementary Therapies in Medicine, Amsterdam 2013, 21(3), s. 147-154.
44. Pohl P., Wressle E., Lundin F., Enthoven P., Dizdar N., *Group-based music intervention in Parkinson's disease – findings from a mixed-methods study*, Clinical Rehabilitation, Newbury Park 2020, 34(4), s. 533-544.

Muzykoterapia jako narzędzie wspomagające aktywne starzenie się

Abstrakt

Od lat 60. XX wieku trwa przełom demograficzny, którego skutkiem jest starzenie się społeczeństwa Unii Europejskiej. By sprostać skutkom tegoż procesu, od końca lat 90. w ramach inicjatyw międzynarodowych i krajowych tworzone są programy państwowe, których celem jest realizacja koncepcji aktywnego starzenia się, mogącej zatrzymać procesy biologiczne, poprawić jakość życia osób w wieku podeszłym, aktywować ich do udziału w życiu społecznym i przeciwdziałać rozwojowi chorób okresu starczego. Wprowadzenie w życie tych działań może stanowić szansę na ograniczenie wydatków publicznych związanych ze świadczeniami emerytalnymi, usługami zdrowotnymi i opiekuńczymi. Działania te stymulują rozwój gerontologii i geriatrii, czyniąc z problematyki starości interdyscyplinarną refleksję nad holistycznym podejściem do pacjenta. Przykładem takiego podejścia jest wykorzystanie muzykoterapii jako narzędzia wspomagającego proces terapeutyczny i jego wpływ na profilaktykę chorób wieku starczego. Poniższy artykuł podejmuje próbę analizy badań, które potwierdzają skuteczność muzykoterapii w wybranych chorobach uznanych za typowe dla wieku starczego, tj. demencja, nadciśnienie tętnicze, depresja, delirium oraz choroba Parkinsona. Jednocześnie w artykule podjęto analizę kluczowych problemów współczesnej gerontologii, czyli kwestii chorób wieku starczego, problemu aktywnego starzenia się; jest to o tyle istotne, że stanowi przyszłość społeczeństwa europejskiego i polskiego.

Słowa kluczowe: starzejące się społeczeństwo, aktywne starzenie się, geriatry, choroby wieku starczego, muzykoterapia

Music Therapy as a Tool for Active Aging

Abstract

Since the 1960s, there has been a demographic breakthrough characterized by the aging of the European Union's population. To address the consequences of this process, international and national initiatives have been established since the late 1990s to create state programs aimed at implementing the concept of active aging. This concept seeks to halt biological processes, improve the quality of life for older individuals, encourage their participation in social life, and prevent the development of age-related diseases.

The implementation of these actions presents an opportunity to reduce public expenditures related to pension benefits, healthcare, and caregiving services. These endeavors stimulate the development of gerontology and geriatrics, fostering an interdisciplinary approach to holistic patient care. An example of such an approach is the use of music therapy as a supportive tool in the therapeutic process and its impact on the prevention of age-related diseases.

This article attempts to analyze research confirming the effectiveness of music therapy in selected diseases commonly associated with old age, such as dementia, hypertension, depression, delirium, and Parkinson's disease. Simultaneously, the article addresses key issues in contemporary gerontology, including age-related diseases and the concept of active aging. This is particularly crucial as it represents the future of European and Polish societies.

Keywords: aging society, active aging, geriatrics, age-related diseases, music therapy

Wypalenie zawodowe jako problem cywilizacyjny XXI wieku

1. Wprowadzenie

Według wielu ludzi zdrowie to element życia ściśle łączący się z różnego rodzaju chorobami, do których możemy zaliczyć „zwykłe” infekcje lub poważniejsze problemy zdrowotne związane z chorobami przewlekłymi, np. cukrzyca, nadciśnieniem czy chorobami serca. Niewiele osób jednak wie, że łączy się ono nie tylko ze sferą fizyczną, ale również ze sferą społeczną, duchową i psychiczną. W ujęciu nauk o kulturze fizycznej szczególną rolę odgrywa ostatnia z wymienionych sfer – zdrowie psychiczne, ponieważ ma ono ogromny wpływ na odpowiednie samopoczucie człowieka i funkcjonowanie całego organizmu. Obecnie bardzo częstym problemem jest niska samoocena, brak poczucia własnej wartości, niechęć do wykonywania codziennych, prostych czynności ze względu na powszechne zjawisko depresji jak i innych chorób o podłożu psychicznym. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, ang. *World Health Organization*) dostrzega jeszcze inny problem wynikający z wypalenia zawodowego, które jest zjawiskiem oddziałującym na wszystkie sfery naszego zdrowia oraz życia. Termin ten po raz pierwszy pojawił się prawie 50 lat temu pod nazwą *burnout*. Zjawisko to, od momentu wprowadzenia terminu w obieg, było poddawane stałym obserwacjom w różnych grupach społecznych zatrudnionych w instytucjach publicznych. Z dniem 1 stycznia 2022 roku Światowa Organizacja Zdrowia wpisała wypalenie zawodowe do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, zaś samo wypalenie określane jest jako przewlekły stres odczuwany w miejscu pracy. Oznacza to, że *burnout* powinno być poddawane stałym obserwacjom, które powinny zmierzać do wyeliminowania go w jak największym stopniu – tak jak inne choroby oraz zaburzenia o podłożu psychicznym. Niestety wszelkie działania podejmowane dotychczas u osób dotkniętych wypaleniem są niewystarczające.

2. Zdrowie – definicja, podział oraz wpływ zdrowia na organizm człowieka

Na świecie znanych jest wiele definicji zdrowia, które różnią się od siebie w zależności od dziedziny. Koncentrując się na zdrowiu w naukach o kulturze fizycznej, najbardziej aktualną definicją jest ta, która utworzona została przez WHO: *zdrowie jest stanem pełnego/całkowitego dobrego samopoczucia/dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego a nie tylko jej brakiem – obiektywnie istniejącej – choroby czy niepełnosprawności. Oznacza to, że bycie zdrowym jest zależne od więcej niż jednego czynnika [1].*

Zgodnie z definicją zdrowia rozpatruje się je w ujęciu kilku obszarów, do których należy: sfera fizyczna, psychiczna, duchowa, społeczna i ekonomiczna. Odpowiednia kondycja, optymizm, równowaga czy budowanie relacji społecznych to tylko jedne

¹ anna.rzepiela-podlecka@phd.usz.edu.pl, Szkoła Doktorska, Uniwersytet Szczeciński, Instytut Nauk o Kulturze Fizycznej, ORCID 0000-0002-7777-2629.

z nielicznych elementów, które warunkują życie na godnym poziomie, a także umożliwiają prawidłowe funkcjonowanie całego organizmu. Zdrowie to pojęcie wielowymiarowe, wystarczy, że zabraknie jednego elementu, aby zaburzyć równowagę i poczucie stabilności. Nauki o kulturze fizycznej są jedną z nielicznych dyscyplin, które rozpastrują pojęcie w tak szerokim ujęciu [2].

Zdrowie fizyczne i psychiczne to elementy ściśle ze sobą powiązane, zaś prawidłowe funkcjonowanie człowieka jest zależne od obu z nich. Oznacza to, że jeżeli następuje spadek, to odczuwalny jest on na obu podłożach. Kiedy organizm jest narażony na przemęczenie czy wyeksploatowanie, odczuwalne staje się obniżenie nastroju, co jest zjawiskiem naturalnym [3].

Ważnym aspektem zdrowia jest praca zawodowa, która w dużym stopniu oddziałuje na nasze codzienne funkcjonowanie oraz generuje odczuwanie przez nas większego bądź mniejszego stresu. Wiele ze źródeł podaje również, że obecne tempo życia, zanieczyszczenie środowiska, przetwarzana żywność itp. negatywnie wpływają na organizm człowieka. Dodatkowo swoje piętno odcisnęła pandemia COVID-19, która zdecydowanie podwyższyła statystyki związane z zachorowaniem na depresję, samobójstwami lub próbami samobójczymi czy odczuwaniem wzmożonego lęku. Długotrwałe oddziaływanie stresu jest zagrożeniem dla zdrowia i może objawiać się na wiele sposobów – np. rozdrażnieniem, pobudzeniem, nadpotliwością, a nawet kołataniem serca. Sztuką jest znalezienie sposobu, żeby wyeliminować skutki jego oddziaływania i prowadzić spokojny tryb życia [4].

Nawiązując do punktu wyżej, istotnym problemem okazuje się długotrwałe odczuwanie stresu w miejscu pracy uznawane często za przewlekły stres. Przede wszystkim istotnie wpływa to na budowanie relacji koleżeńskich, wykonywanie powierzonych obowiązków, dekoncentrację czy obniżenie wydajności oraz satysfakcji z pracy. W związku z tym, że stres jest obecnie zjawiskiem powszechnym, utworzono wiele kwestionariuszy służących do jego pomiaru, których celem jest określenie skali zjawiska. Do przykładowych kwestionariuszy należy: Skala Odczuwanego Stresu PSS-10 (ang. *Perceived Stress Scale*) autorstwa Sheldona Cohena, Toma Kamarcka i Robina Mermelsteina, Skala Stresu Zawodowego OSI (ang. *Occupational Stress Indicator*) autorstwa Cary L. Coopera i Howarda Kahna oraz Skala Stresu Zawodowego PMI (ang. *Pressure Management Indicator*) opracowana przez Stephena Williama – utworzona na bazie kwestionariusza PMI. Wielu badaczy uznało również, że długotrwałe odczuwanie rozdrażnienia, złości, frustracji ma ścisły związek ze zjawiskiem wypalenia zawodowego (ang. *burnout*) [5].

3. Wypalenie zawodowe – definicja, charakterystyka zjawiska oraz jego problematyka

Wypalenie zawodowe znane jest od 1974 roku – prekursorami opisu zjawiska byli Herbert Freudenberg oraz Christina Maslach, którzy jako pierwsi podjęli się badań na jego temat. Według H. Freudenberga *wypalenie zawodowe to stan wyczerpania fizycznego, psychicznego i duchowego* (Kuc, Moczydłowska, 2009, s. 113), zaś Ch. Maslach uważa je za *psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi* (Bartkowiak, 1999, s. 103). Na podstawie powyższych definicji można stwierdzić, że wypalenie jest zjawiskiem wnoszącym spustoszenie dla całego ciała

i umysłu. Pozornie „mały ogień” może spowodować „duży pożar”, a co za tym idzie – uniemożliwić normalne funkcjonowanie człowieka [6, 7].

Wypalenie zawodowe w szczególności odbija się na zdrowiu psychicznym, nie oznacza to jednak, że nie dotyka innych obszarów człowieka. Powoduje całkowite spustoszenie w zakresie emocji, odczuć, sposobu myślenia oraz rozbitcie wewnętrzne, które skutkuje wycofaniem się z relacji z bliskimi, brakiem chęci do rozwoju osobistego, jak również brakiem dążenia do realizacji postawionych celów. Objawami zaawansowanego wypalenia zawodowego jest depersonalizacja – zachowywanie obojętności i dystansowanie się przy pojawiających się problemach; wyczerpanie emocjonalne powodujące niechęć do pracy i obniżenie wydajności; obniżone poczucie własnych dokonań – zatrzymanie się w rozwoju w sferze zawodowej. Osoby dotknięte zjawiskiem *burnout* często pozostają niezauważone, nie otrzymują pomocy ze strony pracodawcy oraz współpracowników, są pozostawione same sobie. Szczególnie zaburzona jest równowaga w relacjach społecznych, ponieważ osoby dotknięte wypaleniem zawodowym postrzegane są źle – zazwyczaj następuje gwałtowna zmiana w ich zachowaniu, zauważalne są spadki wydajności w pracy oraz niechęć do wykonywania codziennych obowiązków. Osoby poszkodowane powinny jak najszybciej uzyskać specjalistyczną pomoc, żeby móc wyeliminować lub chociaż zminimalizować konsekwencje wynikające z wypalenia zawodowego – w wielu przypadkach okazuje się, że na pomoc jest już za późno, a jedynym rozwiązaniem jest zmiana miejsca pracy lub dłuższy urlop [8].

Wypalenie zawodowe istnieje już od prawie 50 lat, jednak szczególnie nasiliło się w okresie pandemii. Wielu pracowników instytucji publicznych, w tym nauczycieli, zaczęło odczuwać konsekwencje wydłużonego czasu pracy, pracy na odległość, a także pracy w trudnych warunkach, w nowej rzeczywistości. Dodatkowo osoby pracujące zdalnie często były w odosobnieniu, zamknięte w domu, zupełnie pozbawione możliwości wsparcia w tej sytuacji. Uwzględniając specyfikę pracy nauczycielskiej, wydaje się stosowne, by zaznaczyć, że nauczyciele stanęli przed bardzo skomplikowanym zadaniem: jak efektywnie przeprowadzić edukację, będąc z dala od uczniów, i jak prowadzić zajęcia, nie mając do tego narzędzi? Część z nauczycieli otrzymała wsparcie w tym zakresie i miała możliwość poprowadzenia zajęć na multimedialnych narzędziach, w sposób ciekawy i móc zrealizować zadania podstawy programowej, a pomoc przyszła stosunkowo szybko. Wyzwaniem okazało się prowadzenie zajęć wychowania fizycznego. Okazało się to bardzo istotnym problemem, który stanowił dużą barierę dla tej grupy nauczycieli. Prowadzenie zajęć bez przyborów lub przedmiotów było nierealne i początkowo realizowano je z użyciem wideomateriałów. Realizacja zadania opierała się jednak na samodzielnym wykonywaniu go przez ucznia – uczniowie nie byli chętni do wykonywania ćwiczeń, zaś nauczyciele nie mieli kontroli nad wykonaniem zadania [9, 10].

Bardzo ważnym aspektem, który należałoby uwzględnić, jest stosunek WHO do problemu – 1 stycznia 2022 roku wypalenie zawodowe zostało uznane jako konsekwencja przewlekłego stresu i wpisane do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób. Być może będzie to pierwszy mały krok w zmierzeniu się z problemem, o którym mowa, i podjęciu działań mających na celu eliminację zjawiska [11].

4. Przegląd badań

Jak już wcześniej zostało wspomniane, za prekursorów opisu wypalenia zawodowego uznaje się H. Freudenberga i Ch. Maslach. To oni jako pierwsi prowadzili badania w określonych grupach społecznych. Początkowo obserwacje prowadzono na grupie wolontariuszy, u których zaobserwowano spadek motywacji (Freudenberg, 1974), oraz pielęgniarek i pracowników socjalnych, u których odnotowano brak chęci do pracy spowodowany odczuwaniem cierpienia względem kontaktu z osobami cierpiącymi (Maslach, 1981). Należy przy tym zaznaczyć, że wprowadzono wówczas pierwsze narzędzie do pomiaru skali zjawiska, które używane jest aż do dziś – Maslach Burnout Inventory (MBI, ang. *Maslach Burnout Inventory*) [12].

Skupiając się na najbardziej aktualnych badaniach, tych związanych z wypaleniem zawodowym jest już dość sporo – zazwyczaj są to badania prowadzone na pracownikach instytucji publicznych lub korporacji. Pod uwagę brane są następujące zawody: lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni, niekiedy również nauczyciele. W kwestii badań nad wypaleniem zawodowym w okresie pandemii widoczne są jeszcze duże luki.

W 2016 roku Umiastowska i Gdaniec prowadziły badania nad wypaleniem zawodowym u nauczycieli wychowania fizycznego. Według badaczek ważnym elementem wpływającym na odpowiednią jakość życia jest zdrowie psychiczne. Badania przeprowadzone zostały na grupie 101 osób (49 kobiet i 52 mężczyzn) pracujących w szczecińskich szkołach podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

W pierwszej części badań ustalono, że 58% ankietowanych odczuwa satysfakcję z wyboru zawodu, a 42% dokonało złego wyboru; 53% ankietowanych jest niezadowolonych z zarobków i odczuwa potrzebę zmiany stanowiska pracy; 59% respondentów jest niezadowolonych z pracy ze względu na brak wsparcia ze strony pracodawcy; źródłami stresu u nauczycieli były: brak odpowiedniego wyposażenia, nieodpowiednie zachowania uczniów, duża liczebność grup podczas zajęć, hałas.

W kolejnym etapie uznano, że stres jest głównym powodem generującym w zawodzie nauczyciela wyczerpanie, brak motywacji do prowadzenia zajęć, brak empatycznych postaw względem uczniów. Oprócz tego brak motywacji odczuwany był ze względu na duży nacisk oraz brak wsparcia ze strony dyrekcji, zbyt dużą ilość obowiązków oraz odpowiedzialność za uczniów. Czynnikiem wpływającym na zniechęcenie do pracy okazało się również niskie wynagrodzenie, brak możliwości przedłużenia umowy, przekonanie o małej istotności zajęć WF jako przedmiotu szkolnego względem innych przedmiotów [13].

W 2019 roku ciekawe badania nad wypaleniem zawodowym prowadziła Karłyk-Ćwik, która prowadziła je u pedagogów z wykorzystaniem kryteriów socjodemograficznych, tj. płeć, wiek, środowisko i staż pracy. Celem badań było ustalenie zróżnicowania poziomu nasilenia wypalenia z użyciem kwestionariusza MBI. Grupa objęta badaniami stanowiła 281 nauczycieli i wychowawców zatrudnionych na terenie szkół oraz zakładów poprawczych. Głównymi ustaleniami było to, że miejsce pracy istotnie różnicuje nasilenie przedstawionego zjawiska.

W badaniach uwzględniono następujące problemy badawcze: wpływ środowiska pracy na stopień wypalenia, określenie, czy na nasilenie syndromu ma wpływ staż pracy, jaką rolę odgrywa płeć, czy nasilenie objawów wypalenia jest zależne od płci.

Prezentowane wyniki badań miały umożliwić potwierdzenie hipotez roboczych, które uwzględniały, że: praca w instytucjach resocjalizacyjnych generowała wyższy odsetek

wypalenia względem placówek ogólnodostępnych; pedagodzy z najdłuższym i najkrótszym stażem pracy narażeni są na wystąpienie syndromu wypalenia; u mężczyzn odnotowuje się istotnie wyższy wynik nasilenia jednego z wymiarów – depersonalizacji – względem kobiet; zarówno najmłodszy, jak i najstarsi pracownicy narażeni są na wypalenie zawodowe.

Do badań wykorzystano adaptację kwestionariusza MBI, który zawierał 22 twierdzenia podzielone na 3 skale: emocjonalne wyczerpanie, depersonalizacja, poczucie dokonań osobistych. Odpowiedzi udzielano w 7-stopniowej skali od 0 do 6, w której 0 oznaczało nigdy, a 6 – codziennie.

Badania realizowano na przełomie lat 2017/2018, uwzględnione zostały 2 typy placówek – szkoły branżowe i internaty, resocjalizacyjne zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich. Próbę badawczą stanowiło 168 pedagogów resocjalizacyjnych oraz 113 nauczycieli i wychowawców szkół ogólnodostępnych – 126 kobiet i 155 mężczyzn ze średnią wieku 44 lata – łącznie 281 osób.

Otrzymane wyniki świadczą o występowaniu różnic istotnych statystycznie w zależności od środowiska i charakteru pracy. Z powyższego zestawienia wynika, że wskaźnik wypalenia zawodowego pedagogów pracujących w ośrodkach resocjalizacyjnych i schroniskach jest istotnie niższy $M = 33,565$ w stosunku do nauczycieli szkół ogólnodostępnych $M = 39,389$. Odnotowano również zdecydowanie wyższy poziom wyczerpania emocjonalnego u pedagogów szkół branżowych $M = 16,230$ względem placówek resocjalizacyjnych $M = 33,250$; zdecydowanie wyższy wynik w sferze poczucia osiągnięć osobistych $M = 30,399$; brak istotnych statystycznie różnic w sferze depersonalizacji.

W dalszej części analizy ujawniono brak zróżnicowania nasilenia wypalenia w uwzględnionych grupach ze względu na staż pracy, otrzymane wyniki były nieistotne statystycznie. Prowadzone badania ujawniły jednak, że płeć jest istotnym wskaźnikiem w zakresie różnicowania zjawiska: wypalenie zawodowe było wyższe w grupie mężczyzn $M = 37,187$ w porównaniu do grupy kobiet $M = 34,333$ – różnica nieistotna statystycznie; istotną różnicą w badanej grupie była skala depersonalizacji, w której nasilenie było istotnie wyższe u mężczyzn $M = 6,535$ niż u kobiet $M = 4,611$. Biorąc pod uwagę wiek badanej grupy pracowników, uznano, że najbardziej narażone na wypalenie zawodowe były osoby do 34. roku życia – nie wykazano jednak istotnych statystycznie różnic względem pozostałych grup i nie potwierdzono postawionej hipotezy.

W badaniach potwierdzono, że obraz funkcjonowania zawodowego i kondycji emocjonalnej wypada lepiej u pedagogów resocjalizacyjnych – prawdopodobnie ze względu na „lepsze dopasowanie” do miejsca pracy, a pracownicy są bardziej zmotywowani do działania oraz charakteryzuje ich wysokie poczucie skuteczności; nauczyciele szkół ogólnodostępnych odczuwają większy stres zawodowy, uzyskują wysokie wskaźniki wypalenia zawodowego i mają trudność z przystosowaniem się do warunków, w których pracują [14].

W 2021 roku ukazały się pierwsze z nielicznych badań nt. syndromu wypalenia zawodowego w opinii nauczycieli pracujących zdalnie prowadzone przez Mazur-Mitrowską. Badania prowadzono od marca do czerwca 2020 roku z zastosowaniem ankiety internetowej, która zawierała 3 pytania związane z opinią nt. wpływu nauczania zdalnego na rozwój zjawiska wypalenia; wskazanie źródeł mających wpływ na wypalenie; sposoby radzenia sobie z rozładowaniem napięcia oraz stresu. Celem badań było: uzyskanie wiedzy na temat wpływu nauczania zdalnego, specyficznej i nowej sytuacji, w jakiej

znaleźli się pedagodzy, na odczuwany poziom wypalenia zawodowego, poznanie głównych symptomów wypalenia zawodowego, doświadczanych przez respondentów w tym okresie, oraz preferowanych przez nich sposobów radzenia sobie z przeżywanym stresem i napięciem.

W badaniach uczestniczyło 196 nauczycieli z radomskich szkół podstawowych i średnich, zdecydowaną większość stanowiły kobiety – 180, w stosunku do mężczyzn – 16. Postawione zostały następujące pytania badawcze: czy zdaniem nauczycieli okres nauki zdalnej od marca do czerwca 2020 roku wpłynął na poziom wypalenia zawodowego w grupie zawodowej pedagogów? Które z kluczowych objawów wypalenia zawodowego odczuwali ankietowani nauczyciele w okresie nauki zdalnej od marca do czerwca 2020 roku? Jakie działania chroniące przed wypaleniem zawodowym podejmowali respondenci w tym czasie? Postawiono również hipotezy robocze: duży wpływ na rozwój wypalenia zawodowego w opinii ankietowanych nauczycieli miał okres nauki zdalnej.

Zdaniem respondentów okres nauczania zdalnego miał duży wpływ na rozwój wypalenia zawodowego – 30%, umiarkowany wpływ – 27%, nieznaczny wpływ – 22,4%. Część z ankietowanych nie miała zdania na ten temat – 14,3%, a 5,6% uznało, że okres nauki zdalnej nie miał wpływu na występowanie zjawiska.

Za jedno z głównych symptomów wypalenia zawodowego uznano: poczucie przeciążenia zadaniami – 167 odpowiedzi, nasilone odczuwanie stresu – 165, odczuwanie zmęczenia – 136 (tutaj odnotowano najwyższe wyniki); te, które miały najmniejszy wpływ, to: cynizm – 4 odpowiedzi, zobojętnienie – 8, poczucie wyobcowania – 9; wskazano również dodatkowe symptomy, do których zaliczono: poczucie braku czasu, irytację, znużenie.

W trakcie analizy nauczyciele przedstawili, w jaki sposób próbują obniżyć poziom stresu w okresie nauczania zdalnego. Przykładowo wskazali tu: realizację pasji, spacer, spotkania z bliskimi, uprawianie sportu. Dystansowanie się od problemu było możliwe dzięki: gimnastyce, oglądaniu telewizji czy rozwiązywaniu krzyżówek oraz spędzaniu czasu w rodzinnym gronie [15].

5. Podsumowanie/Wnioski

Celem niniejszej pracy było zwrócenie uwagi na dwa zagadnienia: zdrowie oraz wypalenie zawodowe – elementy, które w szerokim rozumieniu są od siebie ściśle zależne. Należy przy tym zwrócić szczególną uwagę na związek zdrowia psychicznego z działaniem w poszczególnych obszarach życia człowieka, a także na oddziaływanie sytuacji z życia codziennego na psychikę ludzką. Wiele z nich wpływa na prawidłowe funkcjonowanie całego organizmu i powoduje odczuwanie dyskomfortu związanego ze stresem.

Stres towarzyszy człowiekowi niemal codziennie, odczuwany jest od kilku do kilkunastu razy dziennie. Może on być odczuwany z powodu napiętej atmosfery w pracy, nieosiągnięcia wyznaczonych celów na czas czy z powodu choroby. Silne, długofalowe odczuwanie stresu może powodować wiele negatywnych konsekwencji, np.: bóle głowy, roztargnienie, zachwianie relacji z bliskimi. Zjawisko przewlekłego stresu odbija się na funkcjonowaniu całego organizmu człowieka, co może mieć związek bezpośrednio ze zdrowiem, np. z podwyższonym ciśnieniem, powodować odczuwanie objawów psychosomatycznych, a nawet spowodować zawał serca.

Poruszona problematyka związana z wypaleniem zawodowym jest konsekwencją oddziaływania stresu przez długi czas. Wypalenie pojawia się niespodziewanie, często spowodowane jest presją ze strony otoczenia, natłokiem obowiązków, niskim wynagrodzeniem, brakiem możliwości awansowania. Osoby doświadczające wypalenia często nie uzyskują pomocy wystarczająco szybko, żeby móc poradzić sobie z problemem. Pomoc udzielana osobom wypalonym często okazuje się niewystarczająca, przychodzi również za późno – kiedy stadium jest już bardzo zaawansowane.

W pracy zostały uwzględnione badania nad wypaleniem zawodowym prowadzone w przedziale czasowym 2016-2020, które umożliwiają dokonanie oceny skali zjawiska. Według analiz jest to zjawisko coraz bardziej powszechne i niezbędne jest dalsze prowadzenie badań w różnych obszarach, aby móc je eliminować. Zgromadzone z literatury informacje skłaniają do następujących wniosków:

- wypalenie zawodowe przybrało na sile wśród nauczycieli wychowania fizycznego, szczególnie w związku z minionym okresem pandemii, podczas której nie mieli oni możliwości prowadzenia zajęć z powodu braku odpowiedniego zaplecza;
- na wypalenie zawodowe narażone są często osoby młode, dopiero rozpoczynające swoją ścieżkę zawodową, u których w skrajnych przypadkach możliwe jest wyeliminowanie zjawiska jedynie poprzez zmianę stanowiska pracy;
- osoby dotknięte syndromem wypalenia wciąż są zbyt mało wspierane przez instytucje, w których są zatrudnione, dlatego jedynym sposobem, by zmniejszyć ich odsetek, byłoby wdrożenie środków mających na celu eliminację problemu.

Niewątpliwie wypalenie zawodowe stanowi obecnie ogromny problem, szczególnie zauważalny wśród pracowników instytucji oświatowych, wśród lekarzy, pielęgniarek itp. – czyli osób, których praca jest specyficzna i wymaga kontaktów i relacji z ludźmi. Wszystkie zebrane informacje świadczą o tym, że zjawisko to na przestrzeni lat przybrało na sile, a szczególnie należałoby przyjrzeć mu się w okresie pandemii COVID-19 – wiele badań odnosi się do okresu sprzed pandemii, niewiele z nich jest związanych z tym okresem. Ze względu na duży wymiar zjawiska, a także na najświeższe dane w podanej tematyce, wypalenie zawodowe należy uznać za chorobę cywilizacyjną XXI wieku i skupić się na jego eliminacji i pomocy osobom poszkodowanym.

Pracę dedykuję osobie, która potrafi wspierać na każdym kroku. Kiedy ja przestaję w siebie wierzyć, Ona wierzy we mnie dalej i motywuje do działania. Nawet kiedy Jej nie ma, czuję Jej obecność. Pani Profesor, bardzo dziękuję...

Literatura

1. <https://profibaza.pzh.gov.pl> [data dostępu: 04.06.2023].
2. Niedźwiedzka-Rystwej P. i in. (red.), *Lokalne Spotkania Interdyscyplinarne: Wielowymiarowość zdrowia w kontekście kultury fizycznej*, Wyd. Fundacja Centrum Badań Socjologicznych, Szczecin 2022, s. 21-23.
3. Szempruch J., Cieśleńska B., *Wypalenie w pracy zawodowej nauczyciela*, Czasopismo Społeczeństwo. Edukacja. Język, 13, 2021, s. 37-51.
4. www.journals.viamedica.pl/psychiatria [data dostępu: 04.06.2023].
5. Kordziński J., *Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu nauczycieli*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2019, s. 85-108.
6. Tucholska S., *Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego – etapy rozwoju*, Czasopismo Przegląd Psychologiczny, 44, 3, 2001, s. 301-317.

7. Sęk H., *Wypalenie zawodowe – przyczyny i zapobieganie*, PWN, Warszawa 2020, s. 13-32, 113-135.
8. Pyżalski J., *Zdrowie psychiczne i dobrostan młodych ludzi w czasie pandemii COVID-19 – przegląd najistotniejszych problemów*, Czasopismo Dziecko krzywdzone – Teoria, Badania, Praktyka, 20(2), 2021, s. 92-110.
9. Nowak K., *Nasilenie stresu i style radzenia sobie z nim u nauczycieli w epidemii COVID-19*, 34(2), 2021, s. 8-10.
10. Bulzak A. i wsp., *Wzajemne relacje między poczuciem humoru, stresem i wypaleniem zawodowym na przykładzie badań w grupie nauczycieli*, Czasopismo Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika, 13, 2016, s. 209-211.
11. Znańska-Kozłowska K., *Wypalenie zawodowe – pojęcie, przyczyny i objawy*, Wyd. Oficyna Wydawnicza Humanitas, Sosnowiec 2013, s. 105-113.
12. Gembalska-Kwiecień A., Żurakowski Z., *Przyczyny i skutki wypalenia zawodowego*, Czasopismo Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska, t. 92, 2016, s. 73-83.
13. Umiałowska D., Gdaniec A., *Zjawisko wypalenia zawodowego wśród nauczycieli wychowania fizycznego*, Czasopismo Prace naukowe Akademii Wychowania Fizycznego im. Jana Długosza w Częstochowie Kultura Fizyczna, 15(4), s. 147-156.
14. Karłyk-Ćwik A., *Wypalenie zawodowe pedagogów a wybrane czynniki socjodemograficzne*, Czasopismo Pedagogika Społeczna, 2(72), 2019, s. 163-178.
15. Mazur-Mitrowska M., *Syndrom wypalenia zawodowego w opinii nauczycieli pracujących zdalnie*, Czasopismo Edukacja Ustawiczna Dorosłych, 1, 2021, s. 121-131.

Wypalenie zawodowe jako inny wymiar chorób cywilizacyjnych XXI wieku

Streszczenie

Tematyka pracy podejmuje próbę wyjaśnienia związku pomiędzy wypaleniem zawodowym a zdrowiem (ze szczególnym naciskiem na zdrowie psychiczne). Przedstawiono w niej najważniejsze zagadnienia dotyczące definicji, stanowiska Światowej Organizacji Zdrowia oraz obszarów, których dotyczy podana problematyka. Niniejsza praca ma charakter przeglądowy, uwzględnione w niej badania stanowią uzupełnienie części teoretycznej. Celem analizy było zapoznanie się z wielkością zjawiska, głównymi objawami oraz sferami, których ono dotyczy.

Zarówno część teoretyczna, jak i część dotycząca badań umożliwiły realizację ostatniej części i uzupełnienie pracy o nowe spostrzeżenia w postaci zapisanych wniosków.

Słowa kluczowe: zdrowie, wypalenie zawodowe, stres, choroby cywilizacyjne

Occupational burnout as another dimension of civilization diseases of the 21st century

Abstract

The subject of the paper attempts to clarify the relationship between occupational burnout and health (with particular emphasis on mental health). It presents the most important issues concerning the definition, the position of the World Health Organization and the areas of concern given.

The present work is of a review nature, the studies included in it complement the theoretical part. The purpose of the analysis was to learn about the magnitude of the phenomenon, the main symptoms and the spheres affected.

Both the theoretical part and the research part made it possible to implement the last part and complete the work with new insights in the form of recorded conclusions.

Keywords: health, professional burnout, stress, civilization diseases

Podejścia i metody pracy psychoterapeutycznej w terapii traumy psychicznej²

1. Wprowadzenie

W światowej literaturze przedmiotu można znaleźć wiele badań opisujących praktyki terapeutyczne w odniesieniu do traumy psychicznej. W Polsce problematyka traumy była przez długi czas pomijana, zarówno w badaniach naukowych, jak i debacie publicznej. Do jej eksploracji przyczyniły się studia Profesor Mai Lis-Turlejskiej, uznanej propagatorki psychotraumatologii [1]. Dzięki temu na początku XX wieku można było zaobserwować rosnące zainteresowanie tą dziedziną psychologii wśród polskich badaczy. Obecnie prowadzone badania naukowe skupiają się głównie na zrozumieniu mechanizmów powstawania i utrzymywania się zaburzeń po stresie traumatycznym, identyfikacji czynników predysponujących do rozwoju zaburzeń potraumatycznych, skuteczności poszczególnych metod terapeutycznych, wzroście potraumatycznym i traumie transgeneracyjnej.

Z powodu rosnącej liczby osób doświadczających traumatycznych zdarzeń, jak również wskutek postępu w nauce w dziedzinach neurobiologii i psychoterapii, istnieje potrzeba prowadzenia badań dotyczących wyboru i sposobów łączenia różnych metod pracy psychoterapeutycznej w terapii traumy, u pacjentów ze zróżnicowanymi diagnozami.

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie i omówienie wyników badań, których rezultatem było ustalenie, czy polscy psycholodzy, psychoterapeuci i psychotraumatolodzy stosują jedno podejście psychoterapeutyczne w terapii traumy, czy też korzystają z wielu podejść i metod terapeutycznych w przypadku wyodrębnionych zaburzeń, wynikających z traumatycznych zdarzeń. Badanie miało również zidentyfikować metody pracy psychoterapeutycznej łączone przez terapeutów oraz ich preferencje dotyczące stosowanych modalności w terapii traumy, uwzględniając zawód, jaki aktualnie wykonują.

Prowadzenie takich badań nad integracją różnych metod terapeutycznych może przyczynić się do rozwinięcia bardziej kompleksowych i skutecznych interwencji psychologicznych. Opracowania naukowe z tego obszaru mogą również pomóc specjalistom w podejmowaniu decyzji, dotyczących najlepszych strategii terapeutycznych dla swoich pacjentów.

2. Pojęcie i problematyka traumy

Pojęcie *trauma* (z języka greckiego) oznacza ranę, zranienie i związane z tym cierpienie [2]. Do XIX wieku za źródło objawów potraumatycznych uważano urazy fizyczne ciała przez czynniki zewnętrzne. Dopiero kilka dekad później badacze zwrócili uwagę na organiczne uszkodzenia struktur mózgowo-rdzeniowych, histerię i neurastenię,

¹ kasiaprzybylskax@gmail.com, Instytut Psychologii, Collegium Humanum, filia w Poznaniu, www.humanum.pl.

² Niniejszy artykuł jest skróconą wersją pracy dyplomowej pod tym samym tytułem, obronionej w Instytucie Psychologii Collegium Humanum, filia w Poznaniu.

które powiązано z traumą emocjonalną [3]. Próba zrozumienia ludzkiego cierpienia psychicznego po raz kolejny została podjęta w XX wieku, po I i II wojnie światowej. Doświadczenia wojenne, obozy zagłady, przesiedlenia i ludobójstwa były przyczynkiem do szeroko zakrojonych badań dotyczących pojawiania się i utrzymywania objawów psychopatologicznych. Na skalę masową ujawniły się przypadki dysfunkcji u żołnierzy w postaci zmęczenia, zaburzeń snu, widzenia i słyszenia czy innych problemów powiązanych ze zdrowiem.

W 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w podręczniku klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-III (ang. *Diagnostic and Statistical Manual*) wprowadziło nową jednostkę chorobową, którą nazwano: *Post Traumatic Stress Disorder*, w skrócie PTSD – Zespół Stresu Pourazowego [4]. Było to związane z zakończeniem wojny amerykańskiej w Wietnamie, wyodrębnieniem w 1974 roku przez Ann Burgess i Lyndę Holmstrom zespół traumy gwałtu (ang. *Rape Trauma Syndrome*) oraz skutkami powodzi w miejscowości Buffalo Creek, w stanie Wirginia w USA [3]. Byłych żołnierzy, wykorzystane kobiety i ocalałych z powodzi dręczyły koszmary senne i widzenie na jawie przerażających scen z przeszłości.

Zidentyfikowanie powyższego procesu, leżącego u podstaw stresu traumatycznego, zbiegło się w czasie z badaniami nad przemocą seksualną i fizyczną, stosowaną przez dorosłych wobec małoletnich. W latach 80. XX wieku u maltretowanych dzieci obserwowano zachowania, które występowały u weteranów wojennych: nadmierną czujność, odrętwienie emocjonalne, trudności z koncentracją i wybuchy gniewu [5]. Powyższe objawy nie wpisywały się w jednostkowe doświadczenia traumy w ujęciu kategoryzacji PTSD. Zwrócono uwagę na skalę problemu i korelację występowania traumy w okresie dzieciństwa z nadużyciem zaufania i władzy przez opiekunów oraz na fakt, że trauma również zawiera reakcje na chroniczne lub powtarzające się doświadczenie [5].

Według amerykańskiej instytucji *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMSHA) definicja traumy opiera się na trzech pojęciach: *wydarzenie, doświadczenie i konsekwencje* [6]. Psychologiczna trauma łączy się z fizjologicznym wstrząsem, który odgrywa kluczową rolę w długoterminowych afektach [6]. U tych, którzy doznali traumy w postaci silnego, przerażającego doświadczenia, trwającego sekundy czy lata, można zaobserwować zmiany anatomiczne w mózgu [5]. Neurobiologiczny obraz traumy potwierdził, że nie można jej klasyfikować jako choroby psychicznej, ponieważ jest to uszkodzenie związane z silnymi oddziaływaniami środowiska, określonymi mianem stresorów [7]. Stresor, który jest traumą, definiuje:

realnie zagrażający zdrowiu i życiu czynnik zewnętrzny (przyroda, ludzie), prowadzący często do głębokich i długo utrzymujących się zmian w funkcjonowaniu człowieka, które wyrażają się w zaburzeniach somatycznych i psychicznych [7, s. 47].

Konsekwencje traumy psychicznej są zróżnicowane: *reakcje zależą od czynników genetycznych, od historii traumy danej osoby, a także od dynamiki rodzinnej* [8]. U wielu osób narażonych na zdarzenia traumatyczne, w obrazie klinicznym dominują objawy takie jak: anhedonia, dysforia, złość czy agresywność [9]. Trauma odgrywa istotną rolę w powstawaniu następujących zaburzeń: złożonych zaburzeń dysocjacyjnych, zaburzeń konwersyjnych, zaburzeń osobowości i zaburzeń psychotycznych [10]. Może również skutkować takimi doświadczeniami, których nie da się sklasyfikować

w podręcznikach diagnostycznych [11], ponieważ klasyfikacje psychiatryczne ICD-11 (ang. *International Classification of Diseases* — Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób, publikowana przez Światową Organizację Zdrowia), jak i DSM-5, nie porządkują zaburzeń psychicznych według ich przyczyn. Z tego powodu nie ma wyodrębnionej kategorii zaburzeń związanych z traumą. Występują natomiast zespoły zaburzeń psychicznych, szczególnie związanych ze stresem, które obejmują reakcje na traumatyczne doświadczenia. Z uwagi na powyższe w pracy badawczej wyszczególnione zostały następujące zaburzenia związane ze stresem potraumatycznym: zaburzenia ostrego stresu (ASD, ang. *Acute Stress Disorder*), prosty zespół stresu pourazowego (PTSD), złożony zespół stresu pourazowego (cPTSD, ang. *Complex Post-Traumatic Stress Disorders*), zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia somatoformiczne oraz zaburzenia adaptacyjne.

3. Terapia traumy

Terapia zaburzeń związanych z traumą jest dziedziną, która stale się rozwija. W Polsce zawód psychotraumatologa został wpisany do klasyfikacji zawodów i specjalności w 2014 roku jako odpowiedź na rosnące zainteresowanie tematyką traumy i implementacji nowych metod terapeutycznych, ugruntowanych w międzynarodowych badaniach naukowych.

Na początku XXI wieku nastąpił rozwój *szczegółowo zorientowanych podejść i technik psychoterapii PTSD* [12, s. 454]. Sformułowano założenia terapii traumy, gdzie za najważniejsze uznano moment rozpoczęcia i czas trwania terapii, strategie terapeutyczne oraz trudności z nią związane [12]. Zasadniczym celem terapii zaburzeń potraumatycznych powinno być: *doprowadzenie pacjenta do poziomu funkcjonowania z okresu przed wystąpieniem traumy* [12, s. 455], a terapia ma: *wyposażać klientów w potrzebne im narzędzia, by sami potrafili zadbać o siebie* [13], oraz poprawiać jakość ich życia.

Różne rodzaje metod terapeutycznych mają wspólny kierunek, który jest oparty na wspieraniu adaptacyjnych umiejętności radzenia sobie, normalizacji, zmniejszaniu unikania i zmiany atrybucji znaczenia traumy [12]. Standardem w zdrowieniu po traumie jest wdrażanie faz terapii Pierre'a Janeta, który można zastosować w każdej metodzie terapeutycznej [13]. Leczenie traumy składa się z trzech linearnych sekwencji: stabilizacji, konfrontacji i integracji [13]. W pierwszym etapie terapeuta przywraca pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i zrozumienie, że traumatyczne zdarzenie zakończyło się i należy do przeszłości. Etap ten może trwać tygodnie lub lata. Celem tej fazy jest osiągnięcie poprawy jakości życia codziennego pacjenta; zalecane jest zastosowanie interwencji kryzysowej, treningu stabilizacji czy terapii uważności [13]. W drugim etapie terapeuta konfrontuje pacjenta z jego traumatycznymi doświadczeniami, wybierając te narzędzia, które są dla niego odpowiednie. *Choć różne metody mają swoje odrębne mechanizmy, to jednak wszystkie mają też pewne cechy wspólne – służą zredukowaniu nacisku traumy na ciało i psychikę* [13, s. 50]. W ostatnim kroku terapeuta integruje terażniejszość z przeszłością. Pacjent jest świadomy, że nie można zmienić przeszłości, ale można zmienić wpływ, jaki wywiera na terażniejszość i przyszłość:

to nie traumatyczne wydarzenie samo w sobie jest odpowiedzialne za konsekwencje traumy. Chodzi raczej o znaczenie, jakie nadaje mu ofiara w kontekście całego życia i to ono wyznacza proces jego leczenia [14, s. 65].

W przebiegu terapii traumy bardzo ważną rolę odgrywa wiedza i umiejętności psychologiczne terapeuty, dzięki którym jest możliwe zawiązanie relacji terapeutycznej. Elementy takie jak: pełne szacunku, pozytywne i przepojone współczuciem podejście do pacjenta czy psychoedukacja są bazą w terapii [11]. Doświadczenie wydarzenia traumatycznego lub jego wspomnienia wywołuje często silne reakcje emocjonalne, ponieważ doznane emocje w traumatycznym zdarzeniu nie są wspomnieniem, tylko: *destrukcyjnymi reakcjami somatycznymi* [5, s. 266], dziejącymi się tu i teraz. Smutek, złość czy strach można wyrazić w bezpiecznej relacji terapeutycznej, co pozwala na ich adaptację [15]. Integracja traumy wymaga, by traumatyczne części doświadczenia zostały połączone i uświadomione [14]. Do tego celu prowadzi wiele różnorodnych, często komplementarnych dróg.

W literaturze przedmiotu metody pracy psychoterapeutycznej określane są najczęściej jako podejścia, modalności czy systemy psychoterapeutyczne [16]. W badaniu został uwzględniony podział, który opiera się na modelach teoretycznych w ramach psychologii klinicznej. Zgodnie z nim zostały wyodrębnione cztery zasadnicze szkoły psychoterapii: psychodynamiczna, behawioralno-poznawcza, humanistyczno-egzystencjalna i systemowa [17]. W ich składzie znalazły się kluczowe rodzaje terapii dla danego nurtu. W badaniu wyszczególniono także wybrane rodzaje psychoterapii w leczeniu zespołu stresu pourazowego, rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia [18] i Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne [19]. Silna rekomendacja obejmuje: terapię poznawczo-behawioralną, Terapię Przetwarzania Poznawczego (CPT), terapię poznawczą i Terapię PTSD Metodą Przedłużonej Ekspozycji. Ich skuteczność opiera się na trzech filarach: dowodach naukowych, preferencjach i wartościach pacjenta oraz doświadczeniu i wiedzy specjalistów prowadzących psychoterapię [20]. Razem składają się na podejście praktyki opartej na dowodach (EBP, ang. *Evidence Based Practice*). Warunkowa rekomendacja dotyczy Krótkoterminowej Terapii Eklektycznej (BEPP), terapii EMDR oraz Ekspozycyjnej Terapii Narracyjnej (NET). Do powyższych metod terapeutycznych zorientowanych na leczenie traumy włączono dodatkowo: Somatyczne Doświadczenie (ang. *Somatic Experiencing* – SE) oraz integracyjne podejście do leczenia złożonego PTSD i zaburzeń dysocjacyjnych, z uwagi na ich celowość i zastosowanie.

4. Metoda

W przeprowadzonym badaniu naukowym posłużono się zaplanowanym i celowym sposobem dokonania wyboru w zakresie celu i metody badawczej. Zastosowano metodę analizy statystycznej, opartej na macierzy korelacji i analizie czynnikowej, a następnie, po przeprowadzeniu i potwierdzeniu zależności badanych cech, do właściwej analizy korespondencji.

Pomiaru zmiennych dokonano z użyciem kwestionariusza ankiety internetowej składającej się z 44 pytań. Narzędzia operacjonalizacji stanowiły następujące arkusze:

- arkusz zawierający wyodrębnionych sześć kategorii zaburzeń związanych z traumą, z którymi pracują osoby badane;
- arkusz zawierający wyszczególnione 27 podejść i metod pracy psychoterapeutycznej, metody i podejścia zaklasyfikowano do czterech głównych nurtów teoretycznych oraz wyszczególniono terapie zorientowane na traumę;
- arkusz personalny własnej konstrukcji, który miał na celu zebranie informacji na temat tego, jakie jest wykształcenie, wykształcenie, wiek, płeć, wykonywany zawód

osób badanych oraz kategorii wiekowej pacjentów, z którymi osoby badane prowadzą psychoterapię w Polsce; arkusz personalny został skonstruowany zgodnie z problematyką badań, a zgromadzone w nim dane socjodemograficzne przedstawiają charakterystykę badanej grupy.

Pytania zawarte w arkuszach były pytaniami jednokrotnego i wielokrotnego wyboru, z możliwością pisemnego rozwinięcia. Arkusze zostały skierowane do psychoterapeutów, psychotraumatologów i psychologów. W badaniu zastosowano metodę samoopisu opartą na deklaracji respondentów. Ankieta została udostępniona adresatom drogą internetową. Aby dotrzeć do osób badanych, którzy prowadzą terapię traumy, ankietę wysłano do grup zrzeszających towarzystwa psychologiczne, psychiatryczne i psychoterapeutyczne, osób deklarujących w Internecie prowadzenie terapii traumy. Informacje o ankiecie umieszczono na stronach portali społecznościowych (Facebook). Podczas poszukiwań wykorzystano następujące hasła: „psychoterapia”, „psychotraumatolog”, „psychoterapeutka”, „psycholog”, „terapeuta”, „terapeutka”, „trauma”, „terapia traumy”, „leczenie traumy”. Dobór próby był celowy. Badanie odbywało się w okresie od 22 lipca do 4 października 2022 roku. Udział był dobrowolny oraz poufny. Uzyskano 204 wypełnione ankiety, na podstawie których obliczono wyniki niniejszego badania.

Charakterystyka demograficzna psychologów, psychotraumatologów i psychoterapeutów wykazała, że spośród wszystkich respondentów 89,7% (n = 183) stanowią kobiety, zaś 10,3% (n = 21) mężczyźni. Wiek badanych znajduje się w następującym przedziale: do 30 lat: 6,4% (n = 13); od 31 do 40 lat: 34,8% (n = 71); od 41 do 50 lat: 46,1% (n = 94); powyżej 51 lat: 12,7% (n = 26).

5. Wyniki

W pierwszym kroku analiz wykonano eksploracyjną analizę czynnikową, w celu zredukowania liczby kategorii zaburzeń związanych z traumą i metod pracy psychoterapeutycznej oraz aktualnie wykonywanego zawodu; następnie przeprowadzono analizę korespondencyjną, w celu redukcji czynników wyodrębnionych podczas analizy czynnikowej do dwóch wymiarów, jak i określenia relacji między nimi.

5.1. Kategorie zaburzeń związanych z traumą

Wyniki testu K-M-O (0,66) i testu sferyczności Bartletta ($\chi^2(15) = 145,36; p < 0,001$) pokazały, że analiza czynnikowa będzie w stanie wyłonić co najmniej jeden czynnik i że zmienne w zbiorze są wzajemnie skorelowane. Spośród sześciu kategorii wyodrębnionych zaburzeń u pacjentów, z którymi pracowali ankietowani terapeuci, analiza czynnikowa wyłoniła 3 czynniki, które tłumaczą 69% zmienności wyników. Następnie każdemu z badanych terapeutów przypisano, z jakimi wyodrębnionymi w analizie czynnikowej kategoriami zaburzeń związanych z traumą pracuje. Okazało się, że w badanej grupie terapeutów zaistniało 5 kombinacji kategorii zaburzeń związanych z traumą:

1. Zaburzenia ostrego stresu. Prosty zespół stresu pourazowego (PTSD). Złożony zespół stresu pourazowego. Zaburzenia dysocjacyjne. Zaburzenia somatoformiczne (0,52%).
2. Zaburzenia adaptacyjne (16,67%).
3. Złożony zespół stresu pourazowego (17,19%).

4. Zaburzenia ostrego stresu. Prosty zespół stresu pourazowego. Złożony zespół stresu pourazowego. Zaburzenia dysocjacyjne. Zaburzenia somatoformiczne (20,83%).
5. Złożony zespół stresu pourazowego. Zaburzenia adaptacyjne (44,79).

5.2. Kategorie metod pracy psychoterapeutycznej

Wyniki testu K-M-O (0,70) i testu sferyczności Bartletta ($\chi^2(351) = 1374,14; p < 0,001$) uzasadniły zastosowanie analizy czynnikowej. Spośród 27 podejść i metod terapeutycznych analiza czynnikowa wyłoniła 5 czynników, które tłumaczą 43,60% zmienności wyników dotyczących metod i podejść pracy psychoterapeutycznej. Okazało się, że w badanej grupie terapeutów zaistniało 6 kombinacji metod pracy psychoterapeutycznej:

1. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Psychoterapia behawioralna. Psychoterapia poznawcza A. Becka. Racjonalna emotywna terapia behawioralna Alberta Ellisa. Psychoterapia Dialektyczno-Behawioralna. Terapia Schematów (6,25%).
2. Psychoterapia psychodynamiczna. Psychoanaliza Zygmunta Freuda. Psychologia analityczna Carla Gustava Junga. Psychoterapia adlerowska (6,25%).
3. Psychoterapia humanistyczno-egzystencjalna. Terapia i poradnictwo egzystencjalne. Logoterapia Victora Frankla. Integracyjne podejście do leczenia złożonego PTSD i zaburzeń dysocjacyjnych (6,25%).
4. Psychoterapia psychodynamiczna Melanie Klein. Terapia systemowa. Terapia kontekstualna (6,25%).
5. Terapia Przetwarzania Poznawczego (CPT). Terapia narracyjna. Krótkoterminowa Terapia Eklektyczna (BEPP). Ekspozycyjna Terapia Narracyjna (NET). Terapia PTSD Metodą Przedłużonej Ekspozycji. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Psychoterapia behawioralna. Psychoterapia poznawcza A. Becka. Racjonalna emotywna terapia behawioralna Alberta Ellisa. Psychoterapia Dialektyczno-Behawioralna. Terapia Schematów (12,50%).
6. Terapia Przetwarzania Poznawczego (CPT). Terapia narracyjna. Krótkoterminowa Terapia Eklektyczna (BEPP). Ekspozycyjna Terapia Narracyjna (NET). Terapia PTSD Metodą Przedłużonej Ekspozycji (62,50%).

5.3. Wymiary kategorii pacjentów i metod pracy psychoterapeutycznej.

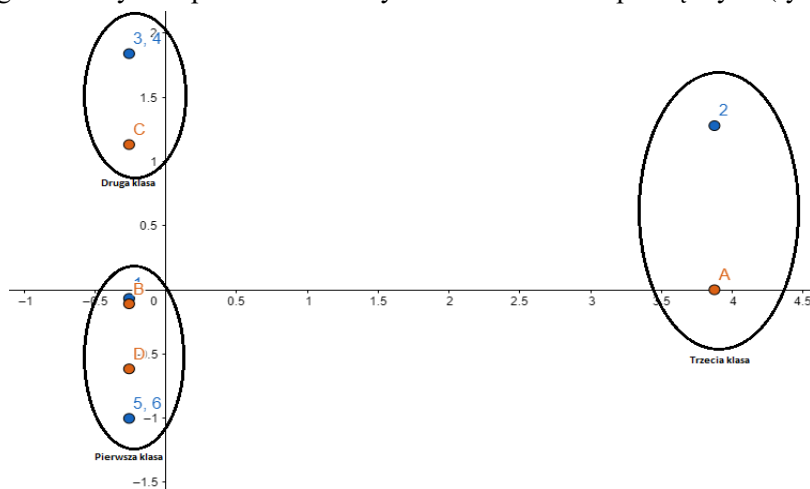
Wyodrębnione w analizie czynnikowej kombinacje kategorii pacjentów i metod pracy psychoterapeutycznej przypisano do dwóch wymiarów. W tym celu wykonano analizę korespondencji (wymiar pierwszy i drugi: $\chi^2 = 22,61; p = 0,308; SD = 0,13$). Analiza χ^2 odnosząca się do analizy korespondencji okazała się nieistotna statystycznie. Oznacza to, że obydwa wymiary są nieskorelowane i tłumaczą razem 98% zmienności wyników. Pierwszy wymiar tłumaczył 71% zmienności wyników, a drugi wymiar 27%.

Na pierwszy wymiar dodatkowo składali się pacjenci cierpiący na złożony zespół stresu pourazowego (współrzędna 3,873) i grupa metod terapeutycznych, w skład której wchodzi: psychoterapia poznawczo-behawioralna, psychoterapia behawioralna, psychoterapia poznawcza A. Becka, racjonalna – emotywna terapia behawioralna Alberta Ellisa, Psychoterapia Dialektyczno-Behawioralna oraz Terapia Schematów (współrzędna 3,873).

Drugi wymiar okazał się dodatnio związany z grupą pacjentów ze złożonym zespołem stresu pourazowego i zaburzeniami adaptacyjnymi (współrzędna 1,132) oraz dwiema

grupami narzędzi terapeutycznych: pierwszą – psychoterapia psychodynamiczna, psychoanaliza Zygmunta Freuda, psychologia analityczna Carla Gustava Junga i psychoterapia adlerowska (współrzędna 1,841) oraz drugą: psychoterapia humanistyczno-egzystencjalna, terapia i poradnictwo egzystencjalne, logoterapia Victora Frankla oraz integracyjne podejście do leczenia złożonego PTSD i zaburzeń dysocjacyjnych (współrzędna 1,841).

Z użyciem współrzędnych przypisanych do wchodzących w skład wymiaru pierwszego i drugiego zmiennych zaprezentowano wyniki na układzie współrzędnych (rys. 1).



Rysunek 1. Wyniki analizy korespondencji przedstawione na układzie współrzędnych. Opracowanie własne

Analizując powstały w ten sposób układ współrzędnych, można wyróżnić w Polsce trzy klasy terapeutów:

1. Pierwsza klasa terapeutów powstała na podstawie ujemnych związków między zmiennymi (wymiar pierwszy i drugi). Do pierwszej klasy terapeutów przypisani zostali terapeuci korzystający z mieszanki metod terapeutycznych z zakresu psychoterapii poznawczo-behawioralnej (psychoterapia behawioralna, psychoterapia poznawcza A. Becka, Psychoterapia Dialektyczno-Behawioralna, Terapia Schematów, racjonalna emotywna terapia behawioralna Alberta Ellisa), terapii zorientowanych na traumę: Terapia Przetwarzania Poznawczego (CPT), terapia narracyjna, Krótkoterminowa Terapia Eklektyczna (BEPP), Ekspozycyjna Terapia Narracyjna (NET), Terapia PTSD Metodą Przedłużonej Ekspozycji – oraz psychoterapii psychodynamicznej Melanie Klein, terapii systemowej, terapii kontekstualnej względem następujących zaburzeń: zaburzenia ostrego stresu, zaburzenia prostego zespołu stresu pourazowego (PTSD), złożony zespół stresu pourazowego, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia somatoformiczne, zaburzenia adaptacyjne.
2. Druga klasa terapeutów została wyróżniona poprzez podejścia psychodynamiczne i psychoanalityczne (psychoterapia psychodynamiczna, psychoanaliza Zygmunta Freuda, psychologia analityczna Carla Gustava Junga, psychoterapia adlerowska), z użyciem psychoterapii humanistyczno-egzystencjalnej (psychoterapia humanistyczno-egzystencjalna, terapia i poradnictwo egzystencjalne, logoterapia Victora Frankla) oraz integracyjnym podejściem do leczenia złożonego PTSD i zaburzeń

dysocjacyjnych – względem pacjentów ze złożonym zespołem stresu pourazowego i zaburzeniami adaptacyjnymi. Zmienne wchodzące w skład tej klasy miały dodatnie związki.

3. Trzecia i ostatnia klasa terapeutów została wyodrębniona na podstawie dodatknych związków między zmiennymi z wymiaru pierwszego. Pacjentami dla tej klasy terapeutów okazały się osoby ze złożonym zespołem stresu pourazowego, a metody terapii skupiały się na psychoterapii poznawczo-behawioralnej.

5.4. Zawód wykonywany aktualnie przez specjalistów

W kolejnym kroku analizy sprawdzono występujące wśród badanych osób kombinacje wykonywanych zawodów. Na bazie deklarowanych specjalności utworzono 7 kombinacji zawodów wykonywanych przez badanych terapeutów:

1. Psycholog, psychoterapeuta (40,00%).
2. Psychoterapeuta (18,00%).
3. Psycholog, psychotraumatolog (17,50%).
4. Psycholog, psychotraumatolog, psychoterapeuta (10,50%).
5. Psycholog (6,50%).
6. Psychotraumatolog (6,00%).
7. Psychotraumatolog, psychoterapeuta (1,50%).

5.5. Zawód wykonywany obecnie przez specjalistów i wymiary metod pracy psychoterapeutycznej

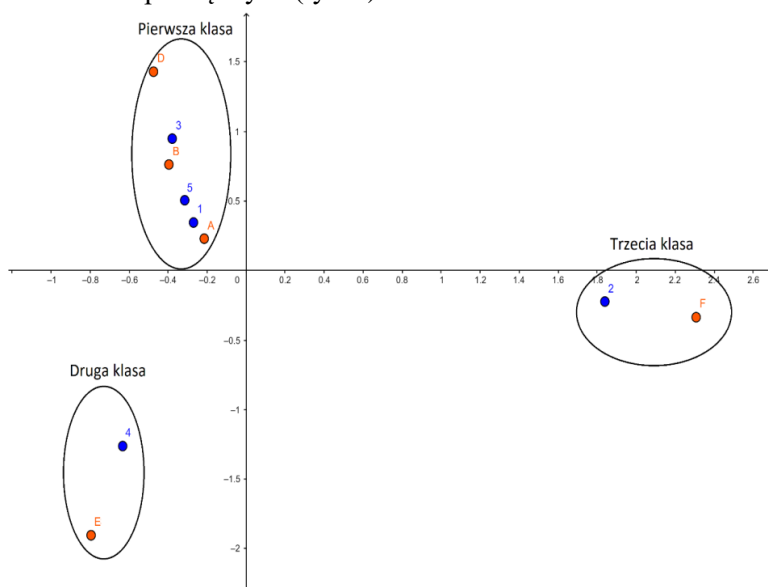
W ostatnim kroku analizy utworzono dwa wymiary, do których przypisano kombinacje zawodów wykonywanych przez psychoterapeutów i wyodrębnione w analizie czynnikowej kombinacje metod pracy psychoterapeutycznej. W tym celu wykonano analizę korespondencji. Wyniki analizy χ^2 odnoszące się do analizy korespondencji okazały się niewystarczające do stwierdzenia istotności statystycznej. Wynika z tego, że oba utworzone wymiary są nieskorelowane i tłumaczą razem 78% zmienności wyników. Pierwszy wymiar tłumaczył 46% wyników, a drugi 32%.

W ramach pierwszego wymiaru dodatkowo znaleźli się psychoterapeuci (współrzędne 1,839) i metoda pracy terapeutycznej za pomocą Terapii Przetwarzania Poznawczego (CPT), terapii narracyjnej, Krótkoterminowej Terapii Eklektycznej (BEPP), Ekspozycyjnej Terapii Narracyjnej (NET), Terapii PTSD Metodą Przedłużonej Ekspozycji, psychoterapii poznawczo-behawioralnej oraz psychoterapii behawioralnej (współrzędne 2,307).

Drugi wymiar był dodatnio związany z psychotraumatologami (współrzędne 0,345), psychologami, psychotraumatologami i psychoterapeutami (współrzędne 0,948), psychologami i psychoterapeutami (współrzędne 0,505), a metodami pracy psychoterapeutycznej, w skład w których wchodzi: Terapia Przetwarzania Poznawczego (CPT), terapia narracyjna, Krótkoterminowa Terapia Eklektyczna (BEPP), Ekspozycyjna Terapia Narracyjna (NET), Terapia PTSD Metodą Przedłużonej Ekspozycji (współrzędne 0,229), psychoterapia poznawczo-behawioralna, psychoterapia behawioralna, psychoterapia poznawcza A. Becka, racjonalna emotywna terapia behawioralna Albert Ellisa, Psychoterapia Dialektyczno-Behawioralna, Terapia Schematów (współrzędne 0,762), psychoterapia humanistyczno-egzystencjalna, terapia i poradnictwo egzystencjalne, logoterapia Victora Frankla, integracyjne podejście do leczenia złożonego PTSD i zaburzeń dyso-

cyjnych (współrzędne 1,429) oraz psychoterapia psychodynamiczna Melanie Klein, terapia systemowa, terapia kontekstualna (współrzędne 1,903).

Z użyciem współrzędnych przypisanych do pierwszego i drugiego wymiaru, w skład których wchodziły metody pracy terapeutycznej i zawody terapeutów, zaprezentowano wyniki na układzie współrzędnych (rys. 2).



Rysunek 2. Wyniki analizy korespondencji przedstawione na układzie współrzędnych. Opracowanie własne

Analizując powstały w ten sposób układ współrzędnych, wyróżniono trzy klasy zawodów terapeutycznych:

1. Do pierwszej klasy zawodów terapeutycznych zostali przypisani: (psychotraumatolodzy, psycholodzy, psychoterapeuci), (psychoterapeuci), (psycholodzy, psychoterapeuci), korzystający terapii zorientowanych na traumę (Terapia Przetwarzania Poznawczego (CPT), terapia narracyjna, Krótkoterminowa Terapia Eklektyczna (BEPP), Ekspozycyjna Terapia Narracyjna (NET), Terapia PTSD Metodą Przedłużonej Ekspozycji, integracyjnego podejścia do leczenia złożonego PTSD i zaburzeń dysocjacyjnych), psychoterapii poznawczo-behawioralnej (psychoterapia behawioralna, psychoterapia poznawcza A. Becka, racjonalna emotywna terapia behawioralna Albert Ellisa, Psychoterapia Dialektyczno-Behawioralna, Terapia Schematów) i psychoterapii humanistyczno-egzystencjalnej (terapia i poradnictwo egzystencjalne, logoterapia Victora Frankla).
2. Do drugiej klasy zawodów terapeutycznych zostali zaliczeni psycholodzy i psychotraumatolodzy korzystający z psychoterapii psychodynamicznej, systemowej i kontekstualnej.
3. Trzecią klasę zawodów terapeutycznych stanowią psychoterapeuci korzystający z terapii zorientowanych na traumę: (Terapia Przetwarzania Poznawczego (CPT), terapia narracyjna, Krótkoterminowa Terapia Eklektyczna (BEPP), Ekspozycyjna Terapia Narracyjna (NET), Terapia PTSD Metodą Przedłużonej Ekspozycji) i psychoterapia poznawczo-behawioralna.

Ponadto w badaniu uwzględniono charakterystykę demograficzną badanej grupy: psychologów, psychotraumatologów i psychoterapeutów, która wykorzystuje terapię traumy w leczeniu zaburzeń związanych ze stresem potraumatycznym:

Zaobserwowano, że psychoterapią i terapią traumy w Polsce zajmują się głównie kobiety (89,7%). Wykonywany obecnie zawód respondentów to w znacznej większości zawód psychologa (73,5%), psychoterapeuty (68,6%) i psychotraumatologa (35,3%). Ukończenie studiów podyplomowych z psychotraumatologii zadeklarowała jedna trzecia respondentów (32,8%). Znaczna większość badanych deklaruje odbycie szkoleń z zakresu terapii traumy. Zgodnie z oświadczeniem najliczniejszą grupę stanowią ci respondenci, którzy zrealizowali powyżej 401 godzin liczby szkoleń specjalistycznych (27,9%). Polscy terapeuci wykształcili się bądź nadal się kształcą w zakresie całościowego kursu/szkoły psychoterapii. Najbardziej popularny jest nurt poznawczo-behawioralny (26%), następnie można wyróżnić nurt integratywny/integracyjny (18,6%), psychodynamiczny (15,7%) oraz systemowy (12,7%). Połowa respondentów ukończyła całościowy kurs/szkołę psychoterapii (48,5%), a jedna czwarta badanych (26%) jest w trakcie takiego szkolenia. Terapią najczęściej stosowaną przez osoby badane w leczeniu traumy jest psychoterapia poznawczo-behawioralna (52%), na drugim miejscu jest terapia EMDR (40,2%), następnie psychoterapia psychodynamiczna (28,4%), Terapia PTSD Metodą Przedłużonej Ekspozycji (23,5%), Terapia systemowa (22,5%), Terapia Akceptacji i Zaangażowania (16,2%), Terapia Schematów (15,2%) i Terapia Przetwarzania Poznawczego (14,7%). Psycholodzy, psychotraumatolodzy i psychoterapeuci podejmują się prowadzenia terapii traumy z pacjentami o następujących diagnozach: Zaburzenia Ostrego Stresu (41,7%), Prosty Zespół Stresu Pourazowego (71,1%), Złożony Zespół Stresu Pourazowego (77,9%), Zaburzenia dysocjacyjne (59,8%), Zaburzenia somatoformiczne (39,7%), Zaburzenia adaptacyjne (78,9%). Główną grupę pacjentów uczestniczących w terapii traumy stanowią dorośli (95,6%). Połowa badanych (50,5%) pracuje z młodzieżą, mniejsza część z dziećmi (23%) oraz z seniorami (19,6%).

6. Wnioski

Badanie dowiodło, że polscy terapeuci integrują różne podejścia i metody terapeutyczne w leczeniu traumy, w zależności od rodzaju zaburzenia po stresie traumatycznym. Wykazano związek pomiędzy łączeniem różnych nurtów psychoterapeutycznych i metod terapeutycznych zorientowanych na traumę a rodzajem zaburzeń potraumatycznych prowadzonych w terapii pacjentów.

Wyniki zastosowanej analizy korespondencji wyszczególniły trzy klasy terapeutów wśród psychologów, psychotraumatologów i psychoterapeutów względem stosowanych podejść i metod terapeutycznych. Do pierwszej klasy terapeutów przypisani zostali terapeuci korzystający z metod terapeutycznych z zakresu psychoterapii poznawczo-behawioralnej, terapii zorientowanych na traumę oraz psychoterapii psychodynamicznej Melanie Klein, terapii systemowej i terapii kontekstualnej, względem następujących zaburzeń: Zaburzenia Ostrego Stresu, Prostego Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD), Złożonego Zespołu Stresu Pourazowego, zaburzeń dysocjacyjnych, zaburzeń somatoformicznych i zaburzeń adaptacyjnych. Do drugiej klasy terapeutów zostali przypisani terapeuci stosujący podejścia psychoanalityczne, psychodynamiczne, z użyciem psychoterapii humanistyczno-egzystencjalnej oraz integracyjnym podejściem do leczenia złożonego PTSD i zaburzeń dysocjacyjnych – względem pacjentów ze Złożonym Zespołem

Stresu Pourazowego i zaburzeniami adaptacyjnymi. Trzecia klasa terapeutów stosuje psychoterapię poznawczo-behawioralną względem pacjentów ze Złożonym Zespołem Stresu Pourazowego.

Łączenie podejścia poznawczo-behawioralnego z terapiami zorientowanymi na traumę oraz psychoterapią psychodynamiczną i systemową jest stosowane w praktyce terapeutycznej przez osoby badane w leczeniu zaburzeń potraumatycznych. Okazuje się, że różne rodzaje zaburzeń potraumatycznych mogą wymagać różnych podejść terapeutycznych. Podejście poznawczo-behawioralne może być wykorzystywane w celu pomocy pacjentowi, w radzeniu sobie z objawami PTSD, takimi jak: lęki i unikanie, a następnie w ramach terapii psychodynamicznej lub systemowej, może koncentrować się na przeszłości pacjenta i jego relacjach interpersonalnych.

Opracowane wyniki ukierunkowują na wnioski, że można wyodrębnić nowy kierunek łączenia podejść psychodynamicznych z humanistyczno-egzystencjalnymi i integracyjnym podejściem do leczenia złożonego PTSD i zaburzeń dysocjacyjnych – w terapii pacjentów ze złożonym zespołem stresu pourazowego i zaburzeniami adaptacyjnymi. W ramach tego zintegrowanego podejścia terapeuta może pomóc pacjentowi w odkrywaniu i zrozumieniu nieświadomych procesów psychicznych, jednocześnie wspierając go w procesie rozwoju i samorealizacji. Pacjenci ze Złożonym Zespołem Stresu Pourazowego mogą potrzebować podejść terapeutycznych opartych na terapii psychodynamicznej, która ogniskuje się na rozumieniu, jak przeszłe doświadczenia i relacje wpływają na obecne problemy pacjentów oraz humanistyczno-egzystencjalnej, która kładzie większy nacisk na zrozumienie pacjenta jako osoby i budowaniu relacji terapeutycznej. Psychoterapeuci psychodynamiczni uważają, że ten rodzaj terapii jest najbardziej odpowiedni do pracy z traumami złożonymi [21].

Specjaliści mogą łączyć różne podejścia i metody terapeutyczne w terapii traumy, aby dostosować terapię do indywidualnych potrzeb pacjenta i zwiększyć jej skuteczność. Jest to potwierdzenie tendencji integracyjnej w psychoterapii, której uzasadnienie można odnaleźć w polskiej i światowej literaturze badawczej. W projekcie badawczym, zrealizowanym w 2012 roku, finansowanym przez Narodowe Centrum Nauki, dotyczącym rynku usług psychoterapeutycznych w Polsce, 54% terapeutów deklarowało, że pracuje w podejściu o charakterze integracyjnym [22]. Jest to stosunkowo nowe podejście terapeutyczne, wymagające dalszych badań i analiz, zwłaszcza w kontekście zaburzeń potraumatycznych.

Na podstawie przedstawionych analiz można stwierdzić, że terapia poznawczo-behawioralna jest wiodącym podejściem terapeutycznym stosowanym przez respondentów w leczeniu wyodrębnionych zaburzeń potraumatycznych (Zaburzenia Ostrego Stresu, Prosty Zespół Stresu Pourazowego (PTSD), Złożony Zespół Stresu Pourazowego, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia somatoformiczne, zaburzenia adaptacyjne). Wyniki są spójne z wcześniejszymi pracami tego rodzaju, które opisują terapię CBT jako jedno z najlepiej udokumentowanych i skutecznych podejść psychoterapeutycznych w terapii traumy [20, 23]. Terapeuci, którzy podążają za podejściem poznawczo-behawioralnym, mogą się skupić na terapii ekspozycyjnej i technikach redukcji lęku. Wykorzystywanie przez nich elementów terapii poznawczo-behawioralnej w Terapii Schematów i Terapii Dialektyczno-Behawioralnej dla kategorii pacjentów ze złożonym zespołem stresu pourazowego może być powiązane z leczeniem zaburzeń lękowych i depresyjnych lub zaburzeń osobowości, które są często związane z doświadczeniem traumy. Powyższe

twierdzenie należy potraktować jako hipotezę, która wymaga dalszych weryfikacji, aczkolwiek dla specjalistów może być wskazówką do pracy z podobnymi problemami u ich pacjentów.

Badanie potwierdziło hipotezę, że wybór konkretnych podejść i metod terapeutycznych związany jest z wykonywanym zawodem. Specjaliści pracujący z traumą w zawodach: psychologa, psychoterapeuty i psychotraumatologa korzystają z terapii zorientowanych na traumę, psychoterapii poznawczo-behawioralnej i psychoterapii humanistyczno-egzystencjalnej. Psycholodzy i psychotraumatolodzy czerpią z psychoterapii psychodynamicznej, systemowej i kontekstualnej. Wśród psychoterapeutów natomiast dominują terapie zorientowane na traumę i psychoterapia poznawczo-behawioralna. Preferencje co do stosowanych metod terapeutycznych mogą zależeć przede wszystkim od indywidualnych doświadczeń, umiejętności osoby badanej i odbytych szkoleń specjalistycznych, a nie tylko od wykonywanego zawodu, co może być przedmiotem dalszych badań.

7. Podsumowanie

Podsumowując, terapia traumy jest procesem leczenia następstw doświadczenia traumatycznego, który może obejmować zarówno skutki fizyczne, jak i emocjonalne. W Polsce najbardziej popularnymi terapiami traumy są podejścia i metody oparte na terapii poznawczo-behawioralnej oraz podejścia integracyjne/integratywne, które integrują różne podejścia terapeutyczne w leczeniu traumy z zakresu psychoterapii poznawczo-behawioralnej, psychodynamicznej i systemowej oraz psychodynamicznej i humanistyczno-egzystencjalnej, w zależności od rodzaju zaburzenia potraumatycznego. Często stosuje się podejście wieloaspektowe, łącząc różne modalności, aby dostosować terapię do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Literatura

1. Dragan M., Rzeszutek M. (red.), *Z badań nad traumą psychiczną w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2021, s. 7-11.
2. Popielski K., Mamcarz P., *Trauma egzystencjalna a wartości*, Wydawnictwo DIFIN, Warszawa 2015, s. 11.
3. Merecz-Kot D., *Diagnoza zaburzeń w stanie zdrowia po doświadczeniach traumatycznych – perspektywa historyczno-naukowa*, [w:] Dragan M., Rzeszutek M. (red.), *Z badań nad traumą psychiczną w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2021, s. 17-39.
4. Dudek B., *Zaburzenie po stresie traumatycznym*, GWP, Gdańsk 2003, s. 14.
5. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2018, s. 163-266.
6. Perry B.D., Winfrey O., *Co ci się przydarzyło? Rozmowy o traumie, odporności psychicznej i zdrowieniu*, Wydawnictwo Agora, Warszawa 2022, s. 117.
7. Strelau G., Zawadzki B., Kaczmarek M. (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009, s. 47.
8. Levine P.A., *Uleczyć traumę*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2021, s. 19.
9. Szulc A., Wciórka J., Rymaszewska J., Pilecki M., Gałecki P., Sidorowicz S., *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-V*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Warszawa 2018, s. 323.
10. Tomalski R., Pietkiewicz I., *Zaburzenia związane z traumą – perspektywa teoretyczna*. Czasopismo Psychologiczne, 24(2), 2018, s. 261-268.
11. Briere J.N., Scott C., *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2020, s. 37-84.

12. Lis-Turlejska M., Łuszczynska A., *Wybrane ogólne założenia dotyczące terapii PTSD*, [w:] Grzesiuk L. (red.), *Psychoterapia. Praktyka podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2006, s. 454-459.
13. Rotschild B., *Ciało pamięta. Rewolucja w terapii traumy*, t. 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021, s. 36-50.
14. Wirtz U., *Umieranie i stawanie się. Transformacyjna moc traumy*, Instytut Studiów Kulturowych Raven, Czeladź 2021, s. 65.
15. Oatley K., Jenkis J., *Zrozumieć emocje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 355.
16. Hermanowski M., *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w Polsce. Analiza cech populacji*, Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2021, s. 13.
17. Grzesiuk L., *Rozmowy o tajemnicach psychoterapii*, Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2008.
18. WHO wydaje wytyczne dotyczące opieki nad zdrowiem psychicznym po traumie <https://www.who.int/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma> [data dostępu: 12.01.2023].
19. Leczenie PTSD (apa.org) <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments> [data dostępu: 12.01.2023].
20. Kowalski J., Elżanowski A., Śliwerski A., *Przegląd wybranych psychoterapii PTSD, ich skuteczności i zaleceń terapeutycznych w terapii osób dorosłych*, *Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST*, 303, 2023, s. 1-14.
21. Schottenbauer M.A., Glass C.R., Arnkoff D.B., Gray S.H., *Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature*, *Psychiatry*, 71(1), 2008, s. 13-34.
22. Suszek H., Grzesiuk L., Styła R., Krawczyk K., *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II. Wyniki ogólnopolskiego badania*, *Psychiatria*, 14(2), 2017, s. 90-100.
23. Farley D., Golonka K., Kowalski J., Legierski J., Tucholska K. (red.), *Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń psychicznych*, 1, Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej, Warszawa 2022, s. 12-25.

Podejścia i metody pracy psychoterapeutycznej w terapii traumy psychicznej

Streszczenie

Badania przeprowadzono w celu zebrania i przeanalizowania informacji na temat podejść i metod leczenia traumy przez psychologów, psychotraumatologów i psychoterapeutów w Polsce, aby ustalić, z jakimi zaburzeniami potraumatycznymi pracują. Badanie wykazało, czy psychoterapeuci, psychotraumatolodzy i psycholodzy stosują jedno podejście psychoterapeutyczne w leczeniu traumy, czy też posługują się wieloma podejściami i metodami terapeutycznymi, w przypadku wyodrębnionych ze względu na konsekwencje zdarzeń traumatycznych zaburzeń potraumatycznych. Przedstawiono sposoby łączenia podejść i metod przez terapeutów oraz udzielono odpowiedzi na pytania, czy łączenie to odbywa się wewnątrz jednego podejścia teoretycznego, a także czy wykonywany zawód przez osoby badane ma związek z wybranymi modalnościami w leczeniu traumy. W badaniu zastosowano metodę analizy statystycznej, opartej na macierzy korelacji i analizie czynnikowej, a następnie po przeprowadzeniu i potwierdzeniu zależności badanych cech do właściwej analizy korespondencji. Przebadano 204 osoby; w badaniu wykorzystano kwestionariusze własnej konstrukcji. Przeprowadzone analizy psychologiczne oraz statystyczne nakierowały na następujące wnioski. W Polsce najbardziej popularnymi terapiami traumy są podejścia i metody oparte na terapii poznawczo-behawioralnej oraz podejścia integracyjne/integratywne, które integrują różne modalności terapeutyczne w leczeniu traumy z zakresu psychoterapii poznawczo-behawioralnej, psychodynamicznej i systemowej oraz psychodynamicznej i humanistyczno-egzystencjalnej, w zależności od rodzaju zaburzenia potraumatycznego. Często stosuje się podejście wieloaspektowe, łącząc różne metody i podejścia, aby dostosować terapię do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Słowa kluczowe: trauma, zdarzenia traumatyczne, zaburzenia potraumatyczne, psychoterapia, terapia traumy

Approaches and methods of psychotherapeutic work in the treatment of psychological trauma

Abstract

The study was conducted to collect and analyse information on approaches and methods of treating trauma by psychologists, psychotraumatologists and psychotherapists in Poland, in order to determine which post-traumatic disorders they work with. The study showed whether psychotherapists, psychotraumatologists and psychologists, use one psychotherapeutic approach to treat trauma, or whether they use multiple approaches and therapeutic methods, in the case of post-traumatic disorders distinguished by the consequences of traumatic events. The ways in which therapists combine approaches and methods are presented, and questions are answered as to whether this combination takes place within a single theoretical approach, and whether the profession of the respondents, is related to the selected modalities in the treatment of trauma. The study used a statistical analysis method, based on a correlation matrix and factor analysis, and then, once the correlations of the studied characteristics had been carried out and confirmed, to a proper correspondence analysis. A total of 204 people were surveyed; questionnaires of our own design were used in the study. The psychological and statistical analyses carried out led to the following conclusions. In Poland, the most popular therapies of trauma are approaches and methods based on cognitive-behavioural therapy and integrative/integrative approaches, which integrate different therapeutic modalities in the treatment of trauma from the fields of cognitive-behavioural, psychodynamic and systemic, and psychodynamic and humanistic-existential psychotherapy, depending on the type of post-traumatic disorder. A multifaceted approach is often used, combining different methods and approaches to tailor the therapy to the individual needs of the patient.

Keywords: trauma, traumatic events, post-traumatic disorders, psychotherapy, trauma therapy

Perfekcjonizm, samoocena, motywacja osiągnąć, style myślenia a ocena wiedzy własnej u studentów kierunków nauczycielskich

1. Perfekcjonizm

Perfekcjonizm jest pojęciem, które od wielu lat jest przedmiotem zainteresowania badaczy z dziedziny psychologii. Już na początku XX wieku Albert Adler [1] jako jeden z pierwszych zajmował się tym konstruktem, rozumiejąc perfekcjonizm jako ważny mechanizm motywacyjny człowieka i styl osobowościowy, który może być zdrowy lub neurotyczny. Do dnia dzisiejszego funkcjonuje wiele koncepcji tej cechy. Niektórzy badacze widzą ją jako potrzebę samodoskonalenia [2], która określa, jakie jednostka ma standardy osobiste (nieuwzględniające możliwości ich osiągnięcia) i przejawia się w potrzebie bycia doskonałym we wszystkich dziedzinach. Perfekcjonizm można także rozumieć jako nastawienie osobowości [3], które skutkuje odrzucaniem wszystkiego, co mieści się poniżej standardów doskonałości. Konstruktm ten można wreszcie rozumieć jako cechę osobowości [4], która przejawia się w zwyczaju wymagania od siebie wyższego standardu wykonania pracy niż wymagana.

Opierając się na koncepcjach Adlera, w latach 70 XX wieku Don Hamachek [5] stworzył dwuwymiarową typologię i opisał perfekcjonistów, którzy wypełniają wysoko stawiane sobie wymagania w sposób zdrowy (adaptacyjny, normalny), ale także takie osoby, które realizują tę cechę w sposób niezdrowy (dezadaptacyjny, neurotyczny). Według tego badacza istnieje sześć wskaźników, które pozwalają odróżnić te dwa style od siebie: jakość nastroju, czas potrzebny na wykonanie działania, przyzwolenie na błąd, realizm w stawianiu sobie celów, wyrzuty sumienia i jakość samooceny. Osoby reprezentujące adaptacyjny perfekcjonizm czerpią radość z wykonywanej pracy, mają motywację zadaniową w wypełnianiu zobowiązań, są elastyczne w stawianiu i wykonywaniu zadań oraz nie odkładają ich na przyszłość. Osoby neurotyczne stawiają sobie nierealistyczne wymagania, prokrastynują własną pracę i odczuwają wyrzuty sumienia w związku z jej jakością. Rozumiejąc osobowość jako zespół cech, należy założyć, że *oba aspekty perfekcjonizmu traktować się powinno jako względnie stałą charakterystykę czy styl osobowościowy* [...]. Rice, Lopez, Vergara (2005) opisują obie formy perfekcjonizmu jako *zinternalizowany zestaw samooceny i motywacji odnoszących się do zadaniowego funkcjonowania podmiotu* [6, s. 74].

Istnieje również wielowymiarowy model autorstwa Hewitta i Fletta [7], którzy opisali perfekcjonizm jako konstrukt zorientowany na siebie, na innych lub przypisany społecz-

¹ marta.kuty-pachecka@uwr.edu.pl, Centrum Edukacji Nauczycielskiej, Uniwersytet Wrocławski.

² katarzyna.gucwa@uwr.edu.pl, Centrum Edukacji Nauczycielskiej, Uniwersytet Wrocławski.

³ monika.kozlowska@uwr.edu.pl, Instytut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski.

⁴ aleksandra.salanska-labisz@uwr.edu.pl, Centrum Edukacji Nauczycielskiej, Uniwersytet Wrocławski.

⁵ magdalena.trzebinska@uwr.edu.pl, Centrum Edukacji Nauczycielskiej, Uniwersytet Wrocławski.

nie. Perfekcjonizm zorientowany na siebie to ustanawianie własnych bardzo wysokich wymagań w dążeniu do celu, krytycyzm własny oraz dążenie do przekraczania granic doskonałości. Perfekcjonizm zorientowany na innych to oczekiwanie od ludzi spełniania wygórowanych, często niemożliwych do spełnienia standardów, często obejmujące osoby z kręgu najbliższych, takich jak współmałżonek czy dziecko. Perfekcjonizm przypisany społecznie to z kolei subiektywne przekonanie, że inni ludzie mają zawyżone standardy i że tym oczekiwaniom należy się podporządkować.

Od lat 90. XX wieku powrócono do dwuwymiarowego pojęcia perfekcjonizmu za sprawą zespołu badawczego Frosty i współpracowników, którzy wykazali, iż nie wszystkie formy perfekcjonizmu są negatywne [8]. Wyniki tych badań zostały zreplikowane, a ów dwuwymiarowy model stał się od tej pory podejściem dominującym. Wyróżnia się w nim perfekcjonistyczne dążenia jako pozytywny aspekt związany ze standardami osobistymi i zorganizowaniem oraz perfekcjonistyczne obawy skoncentrowanie głównie wokół lęku przed błędami i zwątpieniem w jakość swoich działań.

Późniejsze badania koncentrujące się wokół podejścia wielowymiarowego [9] wykazały, że osoby o wysokim natężeniu perfekcjonistycznych dążeń i niskim natężeniu perfekcjonistycznych obaw wykazują wyższy poziom samooceny. Osoby z perfekcjonistycznymi obawami zaniżają ocenę wiedzy własnej, w przeciwieństwie do tych z perfekcjonistycznymi dążeniami, którzy są w stanie adekwatnie oszacować poziom swojej wiedzy [10].

Rice, Lopez i Vergara [11] opisują obie formy perfekcjonizmu jako zinternalizowany zestaw samoocen i motywacji odnoszących się do zadaniowego funkcjonowania podmiotu. Z dalszych badań wyłania się dość jednorodny obraz obu wspomnianych już wcześniej grup osób perfekcjonistycznych – adaptacyjnych (zmotywowanych, sumiennych, mających wysokie poczucie własnej skuteczności) oraz dezadaptacyjnych (charakteryzujących się stawianiem sobie nierealistycznych celów, co skutkuje niskim poczuciem własnej skuteczności i spadkiem motywacji wewnętrznej) [6]. Ludzie z perfekcjonistycznymi obawami oceniają swoje umiejętności niedokładnie, ze szkodą dla ich osiągnięć akademickich. Z drugiej strony stwierdzono, że osoby z perfekcjonistycznymi dążeniami dokładnie oceniają swoje zdolności akademickie, a tym samym osiągają wyższe wyniki w nauce [12].

2. Samoocena

Samoocena jest wieloaspektowym pojęciem. W podręcznikach akademickich można spotkać się z ogólną definicją, że jest to *ewaluacja pojęcia Ja, czyli uogólniona, względnie trwała ocena siebie jako osoby*, zawierająca różne aspekty oceny siebie, np. konkretnych własnych kompetencji czy atrakcyjności fizycznej [13, s. 573]. Samoocena jest zatem subiektywnym konstruktem, opartym na postrzeganiu i ocenie własnej osoby; w dodatku w literaturze przedmiotu pojawia się rozróżnienie na globalnie pozytywną lub negatywną samoocenę [14]. W świetle dostępnych badań samoocena ma względnie trwałe charakter u osób dorosłych [15].

Osoby charakteryzujące się wysoką samooceną wykazują większe zaangażowanie w wykonywanie trudnych zadań oraz większą elastyczność w ich realizacji [16]. W dodatku wysoka samoocena dodatkowo koreluje z satysfakcją z życia. Osoby charakteryzujące się niską samooceną są bardziej skłonne do doświadczania stanów depresyjnych

i lękowych [17], mają małą wiarę w swoje możliwości, postrzegają siebie i otoczenie z większą wrogością.

Przykładem innego jakościowo podejścia do pojęcia samooceny jest teoria autoregulacji Higginsa [18]. W jej świetle w systemie Ja dochodzi do rozbieżności pomiędzy idealną a realną oraz powinnościową a realną koncepcją siebie. „Ja idealne” rozumiane jest jako doskonały obraz własnej osoby, wykreowany przez oczekiwania osób znaczących lub/i własne pragnienia i standardy. „Ja powinnościowe” z kolei oznacza obraz siebie odnoszący się do wymagań otoczenia lub/i własnych względem siebie. „Ja realne” można zdefiniować jako obraz tego, jaki człowiek rzeczywiście jest. Rozbieżność pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym” i „ja powinnościowym” wyznacza poziom samooceny. Obie te rozbieżności generują podobny kierunek motywacji, prowadzący do zmniejszenia dysonansu w systemie „Ja” [19, s. 245].

W związku z wykorzystaniem w badaniach własnych Skali SES autorstwa Rosenberga przyjęto w niniejszej pracy jego koncepcję samooceny. Rosenberg [20, s. 30-31] zakłada, że ludzie przejawiają różne postawy wobec różnych obiektów, a własne Ja jest jednym z owych obiektów. Podobnie jak w jednej z przytoczonych wyżej teorii zwraca uwagę na istnienie pozytywnej lub negatywnej postawy wobec Ja (samooceny) w rozumieniu globalnym, całościowym. W jego ujęciu wysoka samoocena jest utożsamiana z przekonaniem o byciu „wystarczająco dobrym”, wartościowym człowiekiem (niekoniecznie jednak lepszym od innych), natomiast niska samoocena jest tożsama z niezadowolaniem z siebie, odrzuceniem własnego Ja.

Co szczególnie istotne dla badania własnego, diagnozowane za pomocą polskiej adaptacji skali osoby o wysokiej samoocenie okazały się prezentować wyższy poziom dyspozycji, które sprzyjają efektywnej realizacji zadań [17]. Istnieje wiele badań wskazujących na słaby związek pomiędzy szacunkową oceną wykonania zadania a jego obiektywnym wynikiem [21].

W świetle dotychczasowych badań wydaje się, że samoocena jest częściowo odzwierciedleniem przekonań kulturowych i życzeniowego myślenia i jako taka może odgrywać istotną rolę w ocenie własnego działania, nawet jeśli jednostka jest w stanie odróżnić dobre od niezbyt dobrego wykonania zadania [22]. Przykładem tego zjawiska jest mniejsza wiara w zdolność zrozumienia koncepcji naukowych u kobiet względem mężczyzn mimo braku obiektywnych różnic międzyplciowych w testach mierzących tę zdolność [23]. Efekt ten może przyczyniać się do nieproporcjonalnie większego unikania angażowania się w karierę naukową przez kobiety względem mężczyzn [24]. Na tej podstawie można wysnuć wniosek, że jednym z czynników nieadekwatnej oceny własnego działania (czy własnej wiedzy) jest nadmierne poleganie na samoocenie, która nie zawsze będzie bliska rzeczywistości.

Jako jeden z czynników warunkujących nieadekwatną ocenę własnego wykonania czy własnej wiedzy podawana jest hipoteza o potrzebie dążenia do utrzymania pozytywnej samooceny u jednostki kosztem obiektywnych informacji o własnym działaniu [23]. W ten sposób stopień, do którego ocena własnej wiedzy czy wykonania będzie adekwatna, prawdopodobnie warunkowany będzie tym, który cel jest w danym kontekście dla osoby ważniejszy – uzyskanie obiektywnej wiedzy o sobie czy też utrzymanie pozytywnej samooceny. Cel związany z utrzymaniem pozytywnej samooceny z większym prawdopodobieństwem wiąże się z przeszacowaniem własnej wiedzy czy poziomu wykonania zadania w procesie autoewaluacji.

3. Motywacja osiągnięć

Pojęcie motywacji osiągnięć pojawia się w opracowaniach naukowych od przeszło stu lat i od tego czasu podlega ciągłym modyfikacjom. W latach 40. ubiegłego stulecia badaniami nad motywacją osiągnięć jako jeden z pierwszych zajął się Henry Murray, który stworzył również jeden z pierwszych modeli tego pojęcia i dokonał podziału na potrzeby osiągnięć i motywację osiągnięć. Ten drugi konstrukt opisywał następująco:

Dokonać czegoś trudnego. Panować nad obiektami fizycznymi, istotami ludzkimi lub ideami. Manipulować nimi lub organizować je. Robić to jak naj-sprawniej i w sposób jak najbardziej niezależny. Przewycięzać przeszkody i osiągać wysoki poziom. Rywalizować z innymi i górować nad nimi. Zwiększać szacunek do samego siebie przez skuteczne wykorzystanie swojego talentu [25, s. 208].

Motywacja osiągnięć może być rozumiana również jako potrzeba wykonywania czynności lub zadania możliwie szybko i dobrze w celu osiągnięcia bądź przekroczenia wysokich standardów [26]. Jest definiowana także jako *tendencja do osiągania i przekraczania standardów doskonałości, związana z odczuwaniem pozytywnych emocji w sytuacjach zadaniowych, spostrzeganych jako wyzwanie* [27, s. 461].

Badaniami nad motywacją osiągnięć poświęcił się również David McClelland, który w latach 50. XX wieku zdefiniował motywację osiągnięć jako *dążenie do osiągnięcia możliwie wysokiego rezultatu czynności, wobec którego istnieje standard doskonałości i w związku z tym wykonanie tej czynności może zakończyć się sukcesem lub niepowodzeniem* [26, s. 20]. McClelland, badając motywację osiągnięć wraz z Atkinsonem i Heckhausenem, widział ją jako wynik rozbieżności pomiędzy obawą przed fiaskiem a nadzieją na powodzenie. Model stworzony przez siebie badacze określili „modelem decyzji ryzykownych”. Jest on skoncentrowany na opisie osób przejawiających wysoki stopień motywacji osiągnięć, które skupiają się na osiągnięciu konkretnych, choć odległych celów, wybierających zadania o wysokim stopniu trudności, ale jednocześnie możliwe do osiągnięcia. Osoby skoncentrowane na unikaniu porażki realizują zadania łatwe, które są poniżej ich możliwości [28].

Dychotomiczny model motywacji osiągnięć zakłada motyw mistrzostwa i motyw porównywania się z innymi [29]. Motywy mistrzostwa skupiają jednostkę na rozwijaniu jak najwyższych kompetencji przy osiągnięciu mistrzostwa w wykonywaniu konkretnego zadania oraz ukierunkowują ją na dążenie do celu, aby osiągnąć sukces. Motywy porównywania się z innymi zorganizowane są wokół manifestowania swoich umiejętności i dokonywania porównań pomiędzy sobą a innymi osobami, by prezentować przynajmniej takie samo wykonanie jak inni. *Obydwa motywy tworzą sobie tylko właściwe schematy percepcyjno-poznawcze i doprowadzają do wyraźnie odrębnych wzorów samego procesu i do odrębnych rezultatów* [29, s. 150].

Model dychotomiczny został zrewidowany w latach 90. XX wieku, kiedy dodano jeszcze jeden wymiar: dążenie do obranego celu vs. unikanie i tak stworzony został trychotomiczny schemat motywacji osiągnięć. W tym wciąż klasycznym modelu autorzy Eliot i Church [28] wymieniają motywy mistrzostwa, motywy porównywania się z innymi i dodają jeszcze motywy ukierunkowane na wykonywanie zadań w obawie przed

kompromitacją przed innymi osobami wynikające z obawy przed porażką i zdyskredytowaniem.

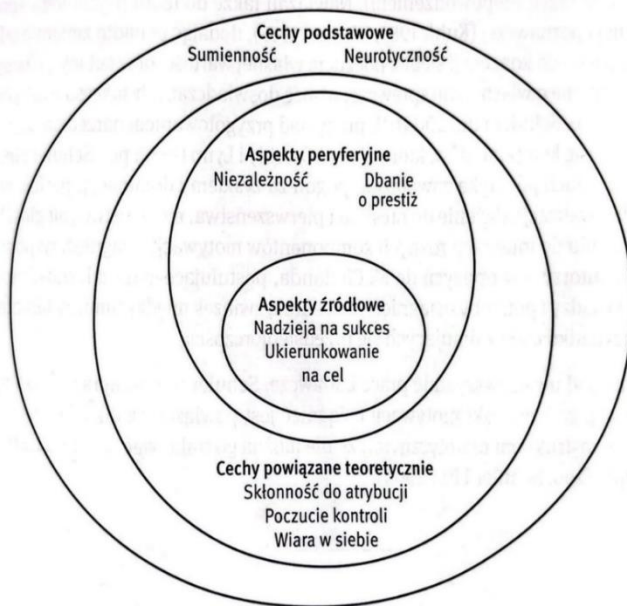
Model ujmujący motywację osiągnięć w kontekście aspektów osobowości stworzył Schuler, nazywając go „cebulowym modelem osiągnięć” [28].

Wykorzystując metaanalizę stu różnych aspektów motywacji osiągnięć, dzieli je na cztery grupy:

- aspekty źródłowe;
- aspekty peryferyjne;
- cechy powiązane teoretycznie;
- cechy osobowości.

Aspekty źródłowe odnoszą się m.in. do ukierunkowania na cel, wytrwałości, nadziei na sukces i lęku przed porażką. Aspekty peryferyjne dotyczą aspektów zachowania, np. niezależności czy dbania o prestiż, dotyczą szeroko pojętego konstruktów motywacji osiągnięć i są rzadziej opisywane w literaturze. Cechy powiązane teoretycznie, takie jak poczucie kontroli czy wiara w siebie, współdziałają z motywacją osiągnięć, ale nie należą do źródłowych aspektów. Cechy osobowości opisują dyspozycje takie jak sumienność czy neurotyczność

których związek z aspektami źródłowymi motywacji osiągnięć może polegać na tym, że opisują inne przejawy behawioralne tych samych fenomenów lub stanowią wobec motywacji osiągnięć rodzaj „oddziaływającego tła”. Na przykład świadomość obowiązku może być aspektem motywacji osiągnięć wynikającym z sumienności, a dominacja – aspektem wynikającym z ekstrawertyczności [28, s. 14].



Rysunek 1. Cebulowy model motywacji osiągnięć. Źródło: [29, s. 15]

W badaniu wykorzystano Inwentarz Motywacji Osiągnięć (LMI) H. Schulera i M. Prochaski, w polskiej adaptacji W. Klinkosza i A.E. Sękowskiego [30]. Autorzy LMI w swojej konceptualizacji motywacji osiągnięć odnieśli się do kilku modeli motywacji i

odwołali się nie tylko do podejścia McClellanda, Atkinsona i Heckhausena [...]. Nawiązali także do teorii psychologii społecznej i poznawczej (Kuhl, 1983; Weiner, 1985), dodając jeszcze zmienne odnoszące się do koncepcji siebie, poczucia własnej wartości oraz relacji samego siebie do przypisywania sobie sukcesu lub porażki w doświadczeniu (zob. Schuler i in., 2004). Ponadto wykorzystali ułożoną przez Cassidy i Lynn (1989; za: Schuler i in., 2004) listę komponentów motywacji osiągnięć, takich jak: etyka zawodowa, pogoń za zyskiem i dominacją, perfekcja, duch rywalizacji, dążenie do prestiżu i pierwszeństwa, mistrzostwo [28, s. 15].

Sternberg [31] w przeprowadzonych badaniach udowodnił, że przyczyną, dla której osoby o wysokim poziomie inteligencji nie odnoszą sukcesu, jest niska motywacja osiągnięć. Poziom motywacji jest, zdaniem badacza, silniejszym determinantem sukcesu niż inteligencja.

W badaniach przeprowadzonych przez zespół Ehrlinger, Johnson, Banner, Dunning i Kruger [32] wykazano, iż wzbudzenie dodatkowej motywacji osób badanych poprzez wprowadzenie niewielkiej nagrody pieniężnej za trafność oceny własnej wiedzy zaprezentowanej w napisanym uprzednio teście nie miało większego znaczenia dla trafności tejże oceny. Podobne badanie zostało powtórzone na grupie studentów, którym zaofiarowano znaczną nagrodę pieniężną (sprawdzając hipotezę, czy czynnikiem decydującym w poprzednim badaniu nie była zbyt mała nagroda), jednak i tu okazało się nie mieć to wpływu na trafność szacowanej oceny po wykonanym teście.

4. Style myślenia

Termin „styl” w ujęciu psychologicznym zdaniem Czesława Nosala [33, s. 470] można zdefiniować jako [...] *dominujący sposób, a zarazem stosunkowo stały wariant zorganizowania przebiegu określonej czynności poznawczej lub działania, rozpatrywany w kontekście mechanizmu kompensacji, tj. w kontekście istniejących możliwości i ograniczeń*. Styl podkreśla indywidualność ludzką, to, że ludzie pod względem poznawczym różnią się między sobą. Tę psychologiczną tezę można rozpatrywać jako wskazówkę diagnostyczną, która ma implikacje praktyczne w kontekście chociażby uczenia się.

Myślenie, jak pisze Tomasz Maruszewski [34, s. 359], jest najbardziej złożonym procesem poznawczym, na którego przebieg mają wpływ różne czynniki, m.in. emocje. Wśród różnych podejść definiujących myślenie można wyróżnić spojrzenie Jerome S. Brunera [35], który myślenie opisuje jako wychodzenie poza dostarczone informacje. Węższe rozumienie myślenia proponują Newell i Simon [36], określając myślenie mianem procesu przeszukiwania przestrzeni problemu. Robert Sternberg [37, s. 156] stwierdza, iż *myślenie polega na reprezentowaniu i przetwarzaniu informacji w umyśle*. Indywidualne różnice w myśleniu można szerzej opisywać za pomocą stylów poznawczych. Zagadnienie stylów poznawczych ze względu na złożoność tematu jest dość szerokie, na potrzeby tego artykułu odwołamy się do podziału stylów z wykorzystaniem modułu funkcjonalnego umysłu Nosala [38]. Badacz ten wyróżnia cztery grupy kategorii:

- style organizowania pola informacji;
- style przeszukiwania struktur informacyjnych;
- style organizacji kategorii pojęciowych, wykrywania ekwiwalentności i korzystania z zasobów doświadczenia;
- style poznawczej kontroli i samoregulacji, monitorowania i metapoznania.

Pośród kategorii stylów poznawczych w wąskim rozumieniu definicyjnym znaczącą rolę odgrywają style intelektualnej samoregulacji. Zagadnieniem tym zajął się Robert J. Sternberg [39], tworząc teorię poznawczego samokierowania (ang. *theory of mental self-government*). Teoria poznawczego samokierowania akcentuje elastyczność i zmienność stylu poznawczego, również w odniesieniu do tej samej osoby, która w zależności od etapu swojego życia może ujawniać różne style poznawcze. Sam Sternberg posługuje się określeniem „style myślenia” zamiast „styl poznawczy” i definiuje je jako *preferowane sposoby myślenia, decydujące o tym, jak jednostka dysponuje posiadanymi zasobami poznawczymi* [40, s. 776]. Style myślenia, zdaniem Sternberga, podatne są na czynniki sytuacyjne, szczególnie związane z problematyką zadań.

W koncepcji Sternberga [39] na podstawie takich aspektów samokierowania, jak funkcje, formy, poziom ogólności, zasięg, otwartość na zmiany, zostało wyszczególnionych 13 stylów myślenia: legislacyjny, wykonawczy, oceniający, monarszy, hierarchiczny, oligarchiczny, anarchiczny, lokalny, globalny, wewnętrzny, zewnętrzny, liberalny, konserwatywny. Pierwszy aspekt poznawczego samokierowania odnosi się do funkcji czynności intelektualnych. Styl myślenia określany mianem legislacyjnego (ang. *the legislative style*) będzie wskazywał na tendencję do samodzielności w strukturalizowaniu problemów, generowaniu pomysłów rozwiązań oraz planowaniu działań. Styl wykonawczy (ang. *the executive style*) będzie prezentować odmienne preferencje, niezwiązane z samodzielnością; osoby reprezentujące ten styl myślenia dobrze odnajdą się w realizowaniu stworzonych przez innych planów działania. Styl oceniający (ang. *the judicial style*) będzie charakteryzował się analitycznym podejściem do problemów, zestawianiem i porównywaniem informacji, ale również ocenianiem działań innych osób. Drugi aspekt poznawczego samokierowania dotyczy form samokierowania, a zatem dysponowania posiadanymi zasobami poznawczymi i rozkładania ich w odniesieniu do zadań. W tym aspekcie znalazły się style monarchiczny, hierarchiczny, oligarchiczny i anarchiczny. Styl monarchiczny (ang. *the monarchic style*) oznacza koncentrację na jednym zadaniu w określonym czasie, styl hierarchiczny (ang. *the hierarchic style*) pozwala na zajmowanie się kilkoma zadaniami naraz, jednak z uwzględnieniem ich ważności – hierarchizacji. Styl oligarchiczny (ang. *the oligarchic style*) również pozwala na zajmowanie się kilkoma zadaniami w jednym czasie, jednakże trudność występuje w dokonaniu wyboru ważności zadania, co może oznaczać trudność z planowaniem działań. Styl anarchiczny (ang. *the anarchic style*) znowuż unika planowania, przejawiając skłonność do przypadkowych działań i odrzucania reguł. Trzeci aspekt samokierowania odnosi się do poziomu ogólności rozpatrywania problemów poznawczych. Mieszczą się tutaj dwa kontrastujące style: globalny (ang. *the global style*) oraz lokalny (ang. *the local style*). W myśleniu stylem globalnym dominuje abstrakcyjność, mała koncentracja na szczegółach, styl lokalny skupia się na konkretnych zagadnieniach, precyzyjnie oraz rzeczowo kategoryzuje problemy. Czwarty aspekt opisuje myślenie w kategorii orientacji człowieka do wewnątrz – introwertycznie i na zewnątrz, w kierunku innych ludzi – ekstrawertycznie. Odpowiada temu styl wewnętrzny (ang. *the internal style*), związany

z preferencją pracy w pojedynkę oraz silniej ukierunkowany na zadanie; a także styl zewnętrzny (ang. *the external style*) zorientowany na rozwiązywanie problemów w grupie, w wyniku współpracy. Ostatni, piąty aspekt samokierowania odnosi się do otwartości na zmiany. Styl liberalny (ang. *the progressive style*) charakteryzuje się otwartością na zmiany i nowości, poszukiwaniem modyfikacji działań, wieloznacznością. Z drugiej strony styl konserwatywny (ang. *the conservative style*) oznacza unikanie zmian, niejasności, działanie w ustalonych procedurach.

W odniesieniu do dalszych badań, również w kontekście edukacji Sternberg uznał, iż styl liberalny oraz styl legislacyjny są pozytywnie skorelowane z postępami w nauce i twórczością. Stąd też dwa wyżej wymienione style myślenia z większym prawdopodobieństwem korzystnie wpłyną na szkolny sukces, w przeciwieństwie do stylu konserwatywnego i stylu wykonawczego [41].

Badania przeprowadzone w późniejszych latach przez Zhang i innych badaczy [42] pozwoliły na odmienną kategoryzację stylów myślenia, przypisując je do trzech grup. Pierwsza grupa kompletuje style odnoszące się do kreatywności, drugą tworzą style preferujące mniejszą złożoność poznawczą zagadnienia oraz jasno określone normy i zasady; trzecia grupa natomiast koncentruje style pozwalające na elastyczność wobec zadań stawianych danej osobie.

Teorię poznawczego samokierowania Sternberga zoperacjonalizowano w postaci m.in. Kwestionariusza Stylów Myślenia (TSI, ang. *Thinking Styles Inventory*) Sternberga i Wagnera [43], którym posłużyliśmy się w niniejszym badaniu.

Na polskim gruncie badań teoria Sternberga została wykorzystana m.in. w badaniach Strzałeckiego i Wiśniewskiej [41]. Jednym z celów postawionych przez badaczy było wykazanie stabilności struktury czynnikowej Kwestionariusza Stylów Myślenia. W tym celu przeprowadzono na grupie 211 nauczycieli (167 kobiet i 42 mężczyzn) z województwa mazowieckiego nową analizę czynnikową. W wyniku analizy czynnikowej przyjęto rozwiązanie siedmioczynnikowe wyjaśniające ogółem 41,4% wariacji. Pierwszy wyizolowany czynnik zaprezentowano jako styl schematyczny. Osoby, które uzyskały wysokie wyniki w stylu schematycznym, preferowały określone, ustrukturalizowane problemy; charakteryzowały się zorganizowaniem, systematycznością, ustalaniem priorytetów przy rozwiązywaniu problemów. Styl ten wykazuje duże podobieństwo do wyróżnionego przez Sternberga stylu lokalnego. Drugi czynnik określono mianem stylu postępowego. Osoby wybierające taki sposób podejścia do sytuacji problemowych charakteryzowały się wykraczaniem poza schematy, otwartością na zmiany, nowatorskie pomysły, szerokim spojrzeniem na różne aspekty zadania. Preferowały samodzielne działanie i wieloznaczne, złożone zadania. W odniesieniu do teorii Sternberga styl ten jest pokrewny ze stylem liberalnym. Trzeci wyłoniony czynnik został nazwany stylem kolektywistycznym. Badani osiągający wysokie wyniki w tym czynniku preferowali zadania zespołowe, współdziałanie, wymienianie się ideami. Charakteryzowali się otwartością na wielość punktów widzenia, wielość zadań i nowych doświadczeń. Mniej istotne okazały się zasady czy hierarchia. Styl ten zdaniem badaczy odpowiada u Sternberga stylowi zewnętrznemu. Czwarty czynnik określono mianem stylu indywidualistycznego; przypisany on został do osób introwertycznych, preferujących indywidualne działania, samotne rozwiązywanie problemów, bardziej skoncentrowanych na zadaniach niż ludziach, wybierających zadania o dużym stopniu ogólności, patrzących globalnie na problemy. Zdaniem badaczy styl ten odpowiada stylowi wewnętrznemu u Sternberga.

Piąty wyłoniony czynnik został nazwany stylem tradycyjnym. Styl ten charakteryzuje badanych, którzy niechętnie wykraczali poza ustalone reguły postępowania, odwołując się do sprawdzonych sposobów myślenia i działania. Osoby te unikają niejednoznacznych sytuacji, trudność sprawia im wykonywanie wielu zadań jednocześnie. Przy rozwiązywaniu zadań koncentrują się na ustalonym celu. W odniesieniu do teorii Sternberga styl ten jest zgodny ze stylem konserwatywnym. Szósty czynnik nazwano stylem nieodpowiedzialnym. Badani osiągający wysoki wynik w tym stylu scharakteryzowano jako jednostki o niefrasobliwym, nieodpowiedzialnym podejściu do problemów, jednostki, które do rozwiązywania problemów podchodzą bez ustalenia porządku postępowania i kolejności wykonywania zadań. Mają trudność w uwzględnieniu stanowisk innych osób, podporządkowują się innym. Badacze uznali podobieństwo tego stylu do stylu oligarchicznego u Sternberga. Ostatni, siódmy czynnik został nazwany stylem odpowiedzialnym. Styl ten prezentowali badani, którzy w procesie rozwiązywania problemów przejawiali rozwagę i odpowiedzialność. Preferowali wybór adekwatnych i sprawdzonych procedur i metod podczas sytuacji problemowych, gotowość do współpracy z innymi i uwzględnianie ich stanowisk. Styl ten odpowiada dwóm stylom u Sternberga: stylowi hierarchicznemu i oceniającemu. Zdaniem Strzałeckiego i Wiśniewskiej pomimo iż siedmioczynnikowa struktura „stylów myślenia” w stosunku do trzynastowymiarowej struktury stylów charakteryzuje się większą oszczędnością, uzyskane wyniki w znacznym stopniu walidują model Sternberga.

Innym badaniem odnoszącym się zarówno do teorii Sternberga, jak i wyników badań Strzałeckiego i Wiśniewskiej jest badanie [44] przeprowadzone na grupie 946 studentów (w tym 931 kobiet) kierunku pedagogiki wczesnoszkolnej i przedszkolnej. Kwestionariusz badawczy został skonstruowany z 40 stwierdzeń, które w badaniach Strzałeckiego i Wiśniewskiej były zmiennymi tworzącymi siedem czynników, siedem stylów myślenia preferowanych przez ankietowanych nauczycieli. Następnie badaczki porównały za pomocą analizy czynnikowej style myślenia preferowane przez nauczycieli w badaniu Strzałeckiego i Wiśniewskiej do tych wybieranych przez studentów – przyszłych nauczycieli. Kolejnym pytaniem, jakie zostało postawione, było pytanie o wybór stylu myślenia przez studentów w odniesieniu do sytuacji problemowych. W wyniku analizy uzyskanych wyników badaczki wyodrębniły pięć stylów myślenia preferowanych przez studentów – tradycyjny, kolektywistyczny, postępowy, działania według priorytetów oraz indywidualistyczny. Zauważono duże podobieństwo z siedmioma wymiarami zidentyfikowanymi w badaniach Strzałeckiego i Wiśniewskiej, przy czym znaczącą zbieżność wyników uzyskano przy pięciu podstawowych stylach. Pozwala to stwierdzić, że przyszli nauczyciele wczesnej edukacji wykazują podobne preferencje stylów myślenia, jak pracujący już nauczyciele. W odpowiedzi na pytanie, jaki styl myślenia preferują badani studenci, stwierdzono, że studenci pedagogiki wczesnoszkolnej i przedszkolnej preferują przede wszystkim tradycyjny styl myślenia. Stylem najłatwiej reprezentowanym w grupie badanych studentów okazał się styl indywidualistyczny. Badaczki uznały, że być może wynika to z wczesnego etapu profesjonalizacji zawodowej, niepewności co do wybranej drogi zawodowej oraz poczucia nieporadności wobec wieloaspektowej pracy nauczyciela.

W badaniu z wykorzystaniem Kwestionariusza Stylów Myślenia Sternberga i Gri-gorenki przeprowadzonym [45] z udziałem 212 studentów wydziałów filologii angielskiej, romańskiej i słowiańskiej zbadano preferencje stylów myślenia w dwóch grupach:

w grupie studentów osiągających wysokie wyniki akademickie oraz grupie osiągającej dostateczne wyniki. Styl liberalny okazał się wspólny dla obu grup. Dla grupy studentów wyróżniających się wspólne były style: lokalny, hierarchiczny i wewnętrzny. Wiązano to z preferencją rozwiązywania szczegółowych problemów w sposób samodzielny (bez udziału innych). Grupa studentów dostatecznych wykazała preferencję stylów: zewnętrzny, legislacyjny oraz globalny. Wytłumaczone to zostało chęcią rozwiązywania wspólnie problemów o dużym stopniu ogólności, z akcentem na indywidualne pomysły i rozwiązania.

5. Badania własne

W badaniu własnym zakładamy ujemną korelację między nieodpowiedzialnym stylem myślenia a rzeczywistą oceną uzyskaną na egzaminie, a także dodatnią korelację między stylem postępowym, indywidualistycznym, odpowiedzialnym i schematycznym a rzeczywistą oceną uzyskaną na egzaminie. Dodatkowo zakładamy, że im wyższy wskaźnik motywacji osiągnięć wystąpi u osoby badanej, tym lepszą ocenę uzyska ona na egzaminie i w tym mniejszym stopniu zaniży swoją przewidywaną ocenę.

W naszym badaniu zakładamy, że osoby o wysokim wskaźniku perfekcjonizmu nieadaptacyjnego będą zaniżać ocenę swojej wiedzy, natomiast osoby z wysokim wskaźnikiem perfekcjonizmu adaptacyjnego będą adekwatnie szacować poziom swojej wiedzy. Dodatkowo stawiamy hipotezę, że wysoki wskaźnik samooceny będzie wiązał się z przeszacowaniem poziomu swojej wiedzy.

6. Materiał i metoda

6.1. Narzędzia badawcze

Kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Dezadaptacyjnego (KPAD)

Kwestionariusz przeznaczony do badania perfekcjonizmu składa się z 35 stwierdzeń. Kwestionariusz bada dwa aspekty perfekcjonizmu – poziom perfekcjonizmu adaptacyjnego i dezadaptacyjnego. Badani określają na 7-stopniowej skali (1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 7 – zdecydowanie się zgadzam), na ile każde stwierdzenie jest trafnym opisem ich samych. Narzędzie charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi [6].

Skala Samooceny Rosenberga (SES)

Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga, w polskiej adaptacji opublikowanej przez Mariolę Łagunę, Irenę Dzwonkowską i Kingę Lachowicz-Tabaczek jest metodą pomiaru globalnej, jawnej samooceny, stosowaną do badania zarówno osób dorosłych, jak i młodzieży. Samoocena jest tu traktowana jako globalna negatywna lub pozytywna postawa wobec Ja. Skala samooceny SES składa się z 10 twierdzeń. Badani określają, na ile wierzą w dane twierdzenia na 4-stopniowej skali od 1 do 4, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, a 4 – zdecydowanie tak. Rzetelność polskiej adaptacji skali samooceny SES dla różnych grup standaryzacyjnych wynosi od 0,81 do 0,83 [16].

Inwentarz Motywacji Osiągnięć (LMI)

Inwentarz Motywacji Osiągnięć (LMI) H. Schulera i M. Prochaski, w polskiej adaptacji W. Klinkosza i A.E. Sękowskiego [28], składa się ze 170 itemów. Wyniki mogą być ujmowane na trzech skalach czynnikowych, którymi są: Pewność siebie, Ambicja i Samokontrola oraz 17 podskalach. W badaniu wykorzystano Inwentarz Motywacji Osiągnięć w wersji krótkiej LMI-K, który składa się 30 twierdzeń, gdzie

badany udziela odpowiedzi na 7-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza zupełnie mnie nie dotyczy, a 7 – w pełni mnie dotyczy. Rzetelność testu jest zadowalająca [28].

Test Style Myślenia wg Sternberga

Kwestionariusz Stylów Myślenia (TSI) Sternberg, Wagner [43], w polskiej adaptacji Strzałeckiego, Wiśniewskiej [41] składa się ze 104 itemów, które wyznaczają 13 stylów myślenia. W badaniach został wykorzystany kwestionariusz składający się z 40 stwierdzeń, które zostały wyselekcjonowane na podstawie analizy czynnikowej w badaniach Wiśniewskiej [41] tworzącymi 7 czynników (stylów myślenia). Badani udzielają odpowiedzi na 7-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza zupełnie się nie zgadzam a 7 – całkowicie się zgadzam.

6.2. Opis grupy badanej

W badaniu wzięło udział 230 studentów kierunków nauczycielskich z Uniwersytetu Wrocławskiego: 55 mężczyzn (23,91%) i 170 kobiet (73,91%). Badanie przeprowadzono od grudnia 2022 roku do maja 2023 roku, w wersji elektronicznej i papierowej. Pierwsza część badania odbyła się przed egzaminem i polegała na wypełnieniu 4 testów psychologicznych: Kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Dezadaptacyjnego (KPAD), Skala Samooceny Rosenberga (SES), Inwentarz Motywacji Osiągnięć (LMI), Test Style Myślenia wg Sternberga. Drugą część badania respondenci wykonali w dniu egzaminu. W ankiecie studenci oceniali punktowo na skali od 1-3 poziom swojej wiedzy w odniesieniu do efektów uczenia się sprawdzanych na egzaminie: 1 – oznaczał niski poziom wiedzy, 2 – średni, 3 – wysoki poziom wiedzy. Po wypełnieniu ankiety studenci przystępowali do pisemnego, wystandaryzowanego egzaminu w formie testu, który był taki sam dla wszystkich kierunków studiów. Egzamin był obowiązkowy i przewidziany w programie studiów nauczycielskich. Wypełnienie kwestionariuszy miało charakter dobrowolny. Osoby, które podjęły się wypełnienia ankiet, wyraziły pisemną zgodę na udział w badaniu.

Kwestionariuszy nie wypełniło w pełni 28 studentów (12,17%). Ze względu na braki danych do ostatecznych obliczeń zakwalifikowano odpowiedzi od 202 respondentów (153 kobiet i 44 mężczyzn). Liczebność badanych z uwzględnieniem kierunków studiów była następująca: filologia polska: 85, filologia angielska: 14, filologia germańska: 12, biologia: 4, chemia: 25, historia: 19, matematyka: 29, turystyka: 12, geografia: 2. Średni wiek respondentów wynosił 20,7 lat ($SD = 3,44$).

7. Wyniki badań

Na wstępie obliczono statystyki opisowe dla zmiennych psychologicznych wykorzystanych w badaniu oraz rzetelności skal (tab. 1). Poziom rzetelności był satysfakcjonujący z wyjątkiem podskal stylu myślenia odpowiedzialnego i nieodpowiedzialnego. Z uwagi na to, że wartości skośności i kurtozy dla wszystkich zmiennych były poniżej wartości krytycznych (< 1 dla skośności i < 2 dla kurtozy; [46]), do analizy korelacji wykorzystano test parametryczny r Pearsona. Przed przystąpieniem do analiz sprawdzono także różnice między badanymi płci żeńskiej i męskiej w zakresie poziomu zmiennych głównych przy użyciu testu t Welcha. Analiza wykazała różnice wyłącznie w zakresie poziomu perfekcjonizmu dezadaptacyjnego, wskazując na jego wyższy poziom wśród badanych kobiet ($t(88,6) = 4,55, p < .001, d = 0,72$).

Tabela 1. Statystyki opisowe zmiennych

	KPA D_A	KPA D_D	LMI	SES	KSM _S	KS M_P	KSM _K	KSM _I	KS M_T	KSM _N	KS M_O
<i>M</i>	4,78	4,18	4,32	2,61	5,17	4,48	4,58	4,74	4,60	4,31	4,52
<i>SD</i>	0,936	1,24	0,653	0,653	1,01	0,819	1,10	1,00	0,918	0,671	0,762
Min	2,08	1,23	2,83	1,10	2,17	2,50	1,80	1,50	2,00	2,83	2,17
Max	6,67	6,64	6,13	4,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	5,83	6,83
Skoś.	-0,33	-0,10	0,12	0,01	-0,46	0,37	-0,06	0,12	-0,03	0,09	-0,07
Kurt.	-0,32	-0,71	-0,32	-0,49	0,02	0,04	-0,47	-0,16	0,27	-0,54	0,61
α	.856	.952	.824	.875	.755	.751	.742	.784	.635	.303	.421

Legenda: KPAD_A – perfekcjonizm adaptacyjny; KPAD_D – perfekcjonizm dezadaptacyjny; LMI – motywacja osiągnięć; SES – samoocena; KSM_S – styl schematyczny; KSM_P – styl postępowy; KSM_K – styl kolektywistyczny; KSM_I – styl indywidualistyczny; KSM_T – styl tradycyjny; KSM_N – styl nieodpowiedzialny; KSM_O – styl odpowiedzialny; α – α Cronbacha.

Źródło: opracowanie własne.

Analiza korelacji wykazała, że przewidywane przez studentów oceny były skorelowane ujemnie z perfekcjonizmem dezadaptacyjnym oraz nieodpowiedzialnym stylem myślenia, zaś dodatnio z samooceną. Rzeczywista ocena uzyskana na egzaminie była skorelowana ujemnie z postępowym stylem myślenia oraz z nieodpowiedzialnym stylem myślenia. Pozostałe zmienne psychologiczne (samoocena i perfekcjonizm) nie były skorelowane z rzeczywistą oceną z egzaminu. Z kolei rozbieżność między oceną przewidywaną i rzeczywistą zoperacjonalizowano jako poziom zaniżenia i zawyżenia oceny. Analiza korelacji wykazała, że poziom zaniżenia oceny był skorelowany ujemnie z poziomem motywacji osiągnięć.

Tabela 2. Korelacje między miarami oceny własnej wiedzy a zmiennymi psychologicznymi

	Przewidywana ocena	Rzeczywista ocena	Zaniżenie oceny	Zawyżenie oceny
Przewidywana ocena	—	—	—	—
Rzeczywista ocena	.329***	—	—	—
Zaniżenie oceny	-.351***	.654***	—	—
Zawyżenie oceny	.201**	-0.617***	-.375***	—
PER_AD	.047	.058	.006	-.050
PER_DEZ	-.138*	.024	.056	-.128
MOT_OS	.132	-.012	-.141*	.017
SES	.211**	-.013	-.128	.119
SM_SCH	.073	.081	.034	-.025
SM_POST	-.093	-.169*	-.094	.088
SM_KOL	.030	-.004	-.081	-.052
SM_IND	.121	.052	-.067	-.013
SM_TRA	-.040	-.003	.014	-.022
SM_NODP	-.139*	-.159*	-.106	.005
SM_ODP	-.044	.022	.009	-.090

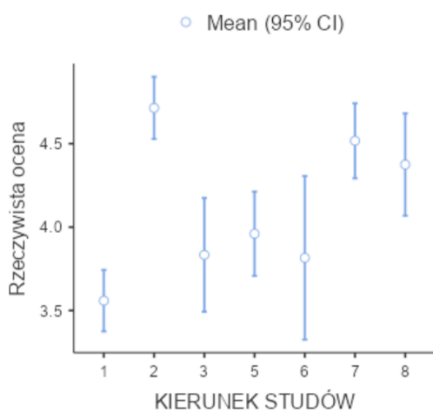
Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,01$. KPAD_A – perfekcjonizm adaptacyjny; KPAD_D – perfekcjonizm dezadaptacyjny; LMI – motywacja osiągnięć; SES – samoocena; KSM_S – styl schematyczny; KSM_P – styl postępowy; KSM_K – styl kolektywistyczny; KSM_I – styl indywidualistyczny; KSM_T – styl tradycyjny; KSM_N – styl nieodpowiedzialny; KSM_O – styl odpowiedzialny.

Źródło: opracowanie własne.

Badania wykazały korelację dodatnią między zawyżaniem oceny a rzeczywistą oceną i korelację ujemną między zaniżaniem oceny a rzeczywistą oceną. Im bardziej studenci zaniżali oceny, tym wyższą rzeczywistą ocenę otrzymali, im bardziej zawyżali oceny, tym niższą rzeczywistą ocenę dostali. Zaobserwowaną zależność między zawyżaniem oceny a rzeczywistą oceną moderował poziom motywacji osiągnąć badanych ($z = 2,06, p = .04$). Innymi słowy, była ona silniejsza dla osób z niską motywacją osiągnąć (-1 SD; $b = -1,54, z = -7,64, p < .001$), a słabsza dla osób z wysoką motywacją osiągnąć ($+1$ SD; $b = -0,83, z = -4,10, p < .001$), co wskazuje, że osoby z wyższą motywacją osiągnąć były bardziej realistyczne w swych optymistycznych oczekiwaniach i mniej zawyżały przewidywane oceny, niż osoby z niską motywacją osiągnąć, które przeszacowywały swoje oczekiwania w większym stopniu (ich optymizm był bardziej nierealistyczny).

W kolejnym kroku dokonano porównania średnich dla zmiennych psychologicznych oraz wskaźników wiedzy pomiędzy grupami studentów specjalizacji nauczycielskich różnych kierunków z wykorzystaniem testu ANOVA Welcha. Z porównań ANOVA wyeliminowano studentów kierunków biologia ($n = 4$) oraz geografia ($n = 2$) z uwagi na zbyt niską liczbę osób. Wyniki analizy wskazywały na istnienie różnic w zakresie przewidywanych ocen ($F(6, 48,0) = 2,91, p = .017$), średnich wartości zaniżenia oceny ($F(6, 50,7) = 6,80, p < .001$), rzeczywistych ocen ($F(6, 52,0) = 16,51, p < .001$) oraz motywacji osiągnąć ($F(6, 47,9) = 4,04, p = .002$). Test nie wykazał różnic w zakresie stylów myślenia, perfekcjonizmu ani samooceny wśród studentów studiujących na różnych kierunkach.

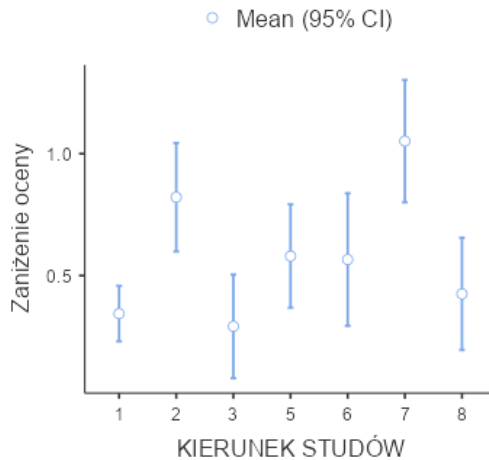
W kolejnym kroku dokonano porównań *post hoc* z użyciem testu Gamesa-Howella, które wykazały, że rzeczywiste oceny uzyskane przez studentów filologii angielskiej były wyższe od ocen studentów filologii polskiej oraz chemii. Rzeczywiste oceny studentów filologii polskiej były istotnie niższe od ocen studentów filologii angielskiej, matematyki i turystyki. Oceny studentów matematyki były wyższe od ocen studentów filologii germańskiej, polskiej oraz chemii. Natomiast oceny studentów filologii angielskiej były wyższe od ocen studentów filologii polskiej, germańskiej, chemii oraz historii (rys. 1).



Legenda: 1 – filologia polska, 2 – filologia angielska, 3 – filologia germańska, 5 – chemia, 6 – historia, 7 – matematyka, 8 – turystyka.

Rysunek 1. Porównanie średnich wartości rzeczywistych ocen pomiędzy studentami różnych kierunków.
Źródło: opracowanie własne

Studenci matematyki istotnie bardziej zaniżali spodziewane oceny w porównaniu do studentów filologii polskiej, germańskiej oraz turystyki, zaś studenci filologii angielskiej zaniżali swoje spodziewane stopnie w stopniu większym w porównaniu do studentów filologii polskiej i germańskiej (rys. 2).

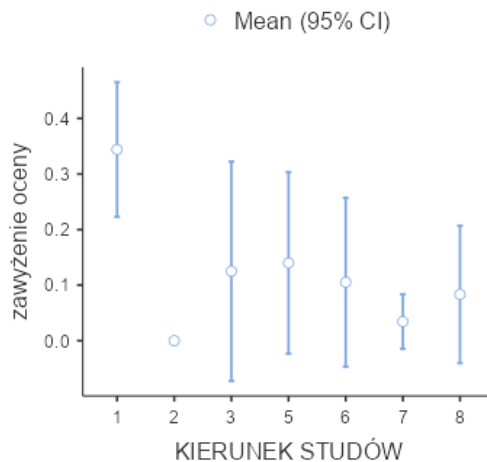


Legenda: 1 – filologia polska, 2 – filologia angielska, 3 – filologia germańska, 5 – chemia, 6 – historia, 7 – matematyka, 8 – turystyka.

Rysunek 2. Porównanie średnich wartości zaniżania ocen pomiędzy studentami różnych kierunków.

Źródło: opracowanie własne

Jeśli chodzi o poziom zawyżania spodziewanych ocen, studenci filologii polskiej spodziewali się istotnie wyższych niż rzeczywiste ocen w większym stopniu niż studenci filologii angielskiej, matematyki i turystyki.

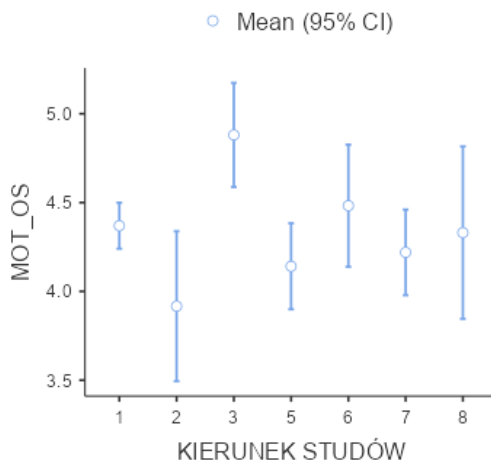


Legenda: 1 – filologia polska, 2 – filologia angielska, 3 – filologia germańska, 5 – chemia, 6 – historia, 7 – matematyka, 8 – turystyka.

Rysunek 3. Porównanie średnich wartości zawyżania ocen pomiędzy studentami różnych kierunków.

Źródło: opracowanie własne

Natomiast motywacja osiągnięć była wyższa wśród studentów filologii germańskiej w porównaniu do studentów filologii angielskiej, germańskiej, matematyki oraz historii. W przypadku porównań międzygrupowych poziomu przeciętnych przewidywanych ocen wśród studentów różnych kierunków, test *post hoc* nie wykazał istotnych statystycznie różnic.



Legenda: 1 – filologia polska, 2 – filologia angielska, 3 – filologia germańska, 5 – chemia, 6 – historia, 7 – matematyka, 8 – turystyka.

Rysunek 4. Porównanie średnich wartości motywacji osiągnięć ocen pomiędzy studentami różnych kierunków. Źródło: opracowanie własne

Porównanie średnich (tab. 3) pozwala stwierdzić, że studenci matematyki najmniej trafnie przewidywali swoje oceny (w największym stopniu zaniżyli swoje wyniki w stosunku do uzyskanej oceny). Najmniej zaniżone oceny uzyskali studenci filologii germańskiej. Najbardziej zawyżone oceny wśród porównywanych grup uzyskali studenci filologii polskiej, zaś najmniej zaniżone – studenci filologii angielskiej. Jeśli chodzi o wartości ocen przewidywanych, najwyższych ocen spodziewali się studenci turystyki, zaś najniższych – studenci historii i matematyki. Najwyższe rzeczywiste oceny uzyskali studenci filologii angielskiej i matematyki, zaś najniższe – studenci filologii polskiej. Najwyższym poziomem motywacji osiągnięć charakteryzowali się studenci filologii germańskiej, zaś najniższym studenci filologii angielskiej.

Tabela 3. Porównanie średnich wartości nasilenia zmiennych pomiędzy kierunkami studiów

	Fil. pol.	Fil. ang.	Fil. germ.	Chemia	Historia	Matem.	Turys.
<i>N</i>	85	14	12	25	19	29	12
KPAD_A	4,82	4,44	5,28	4,67	5,01	4,75	4,42
KPAD_D	4,30	4,41	4,17	4,23	3,69	4,04	4,07
LMI	4,37	3,92	4,88	4,14	4,48	4,22	4,33
SES	2,55	2,72	2,89	2,59	2,45	2,63	2,91
KSM_S	5,18	4,74	5,25	5,21	5,24	5,13	5,35
KSM_P	4,48	4,32	5,17	4,31	4,39	4,55	4,40

*Perfekcjonizm, samoocena, motywacja osiągnięć, style myślenia a ocena wiedzy własnej
u studentów kierunków nauczycielskich*

KSM_K	4,53	4,61	4,98	4,54	4,60	4,41	4,92
KSM_I	4,75	4,68	5,38	4,52	4,66	4,70	5,19
KSM_T	4,53	4,36	4,40	4,89	4,66	4,66	4,73
KSM_N	4,38	3,83	4,69	4,08	4,40	4,32	4,24
KSM_O	4,42	4,32	4,64	4,68	4,59	4,48	4,90
O_PRZEW	3,54	3,89	3,67	3,52	3,36	3,50	4,03
O_RZECZ	3,56	4,71	3,83	3,96	3,82	4,52	4,38
O_ZAW	0,34	0,82	0,29	0,58	0,57	1,05	0,43
O_ZAN	0,34	0,00	0,13	0,14	0,11	0,03	0,08

Legenda: KPAD_A – perfekcjonizm adaptacyjny; KPAD_D – perfekcjonizm dezadaptacyjny; LMI – motywacja osiągnięć; SES – samoocena; KSM_S – styl schematyczny; KSM_P – styl postępowy; KSM_K – styl kolektywistyczny; KSM_I – styl indywidualistyczny; KSM_T – styl tradycyjny; KSM_N – styl nieodpowiedzialny; KSM_O – styl odpowiedzialny; O_PRZEW – ocena przewidywana; O_RZECZ – ocena rzeczywista; O_ZAW – zawyżenie oceny; O_ZAN – zaniżenie oceny.

Źródło: opracowanie własne.

7. Omówienie wyników

Podsumowując rezultaty przeprowadzonych badań, warto zaakcentować kilka kwestii. Zgodnie z wynikami badań własnych rzeczywista ocena uzyskana na egzaminie wśród studentów kierunków nauczycielskich była skorelowana ujemnie z postępowym stylem myślenia oraz z nieodpowiedzialnym stylem myślenia, co częściowo spójne jest z naszą zakładaną hipotezą, że im wyższy wskaźnik nieodpowiedzialnego stylu myślenia, tym gorsza rzeczywista ocena uzyskana na egzaminie. Uzyskane w prezentowanym badaniu wyniki oznaczają, że osoby przejawiające nieodpowiedzialny styl myślenia, które do rozwiązywania problemów podchodzą bez ustalenia porządku postępowania i kolejności wykonywania zadań, co zapewne wpływa na proces uczenia i ilości przyswojonej wiedzy, uzyskują znacznie gorsze wyniki rzeczywiste z egzaminu. Natomiast nie potwierdziła się nasza hipoteza o dodatniej korelacji między stylem postępowym, indywidualistycznym, odpowiedzialnym i schematycznym a rzeczywistą oceną uzyskaną na egzaminie. Nasze wyniki badań są niespójne z wynikami badań Janaszek [45], która wskazała, że dla grupy studentów osiągających wysokie wyniki akademickie charakterystyczny jest styl liberalny (postępowy), lokalny (schematyczny), hierarchiczny (odpowiedzialny) i wewnętrzny (indywidualistyczny). Inne badania [41] również wskazują na to, że styl liberalny (postępowy) jest pozytywnie skorelowany z postępami w nauce i twórczością, a zatem z większym prawdopodobieństwem korzystnie wpływa na szkolny sukces. Wyniki badań własnych wskazują, że osoby przejawiające postępowy styl myślenia, czyli takie, które wybierają sposób podejścia do sytuacji problemowych, który wykracza poza schematy, przejawiają nowatorskie pomysły, szerokie spojrzenie na różne aspekty zadania, uzyskały rzeczywiste niższe wyniki w egzaminie. Uzyskane wyniki wskazują, że osoby, które preferują samodzielne działanie oraz wieloznaczne i złożone zadania, uzyskały niższe wyniki w egzaminie. Można to wyjaśnić faktem, iż egzamin miał formę testową, w związku z tym studenci z tym stylem myślenia przypuszczalnie nie mogli wykazać się kreatywnością w rozwiązywaniu złożonych zadań. Egzamin miał formę testu wiedzy i możliwe, że zawierał za mało zadań złożonych, badających umiejętności posługiwania się tą wiedzą. Zapewne zadania złożone lub otwarte i problemowe bardziej odpowiednie byłyby dla osób przejawiających postępowy styl myślenia.

Dodatkowo zakładałyśmy, że im wyższy poziom motywacji osiągnąć charakteryzuje osobę badaną, tym lepszą rzeczywistą ocenę uzyska na egzaminie. Osoba o wysokiej motywacji osiągnąć charakteryzuje się silną potrzebą dokonywania czegoś trudnego, wykonywania czynności na wysokim poziomie w celu osiągnięcia bądź przekroczenia standardów doskonałości. Doświadcza ona pozytywnych emocji w sytuacjach zadaniowych, które postrzegane są przez jednostkę jako wyzwanie. Zatem wydaje, że osoba, która ma silną potrzebą wykonywania czynności na wysokim poziomie w celu osiągnięcia standardów doskonałości, będzie uzyskiwać wysoki wynik na egzaminie. Jednakże ta hipoteza również się nie sprawdziła. Wyniki naszych badań są sprzeczne z wynikami Sternberga [31], które wskazują, że poziom motywacji jest silniejszym determinantem sukcesu niż inteligencja. Analiza korelacji wykazała, że poziom zaniżenia oceny był skorelowany ujemnie z poziomem motywacji osiągnąć, co było spójne z zakładaną przez nas hipotezą. Można przypuszczać, że osoba przejawiająca wysoki wskaźnik motywacji, rozumianej jako proces psychicznej regulacji, który jest fundamentem dążenia jako tendencji do podejmowania ukierunkowanych czynności na określony cel [47], podejmie również duży wysiłek, aby przyswoić wiedzę i osiągnąć swój cel. Motywacja wpływa na uczenie się jednostki, stanowi pewien układ składający się m.in. z zaangażowania, stymulacji w uczeniu się, a także systematyczności. Świadome podejmowanie z wysiłkiem strategii związanych z systematycznym uczeniem, aby osiągnąć cel, również wiąże się z adekwatną oceną efektywności uczenia się, a zatem adekwatnego oceniania swojej wiedzy. Dodatkowo zaobserwowaną zależność między zawyżaniem oceny a rzeczywistą oceną moderował poziom motywacji osiągnąć badanych, co wskazuje, że osoby z wyższą motywacją osiągnąć były bardziej realistyczne w swych optymistycznych oczekiwaniach i mniej zawyżały przewidywane oceny, niż osoby z niską motywacją osiągnąć.

W naszym badaniu zakładałyśmy, że osoby z wysokim wskaźnikiem perfekcjonizmu nieadaptacyjnego będą zaniżać ocenę swojej wiedzy, natomiast osoby z wysokim wskaźnikiem perfekcjonizmu adaptacyjnego będą adekwatnie oszacowywać poziom swojej wiedzy. Wyniki naszych badań nie potwierdziły tych hipotez.

Dodatkowo nie potwierdziła się hipoteza, iż studenci z wyższą samooceną będą przeszacowywać wyniki swojego egzaminu. Zatem wyniki naszych badań nie są spójne z analizami Ehrlinger [23], która zakłada, że potrzeba dążenia do utrzymania pozytywnej samooceny u jednostki kosztem obiektywnych informacji o własnym działaniu jest istotnym czynnikiem warunkującym nieadekwatną ocenę własnego wykonania czy własnej wiedzy. Można przypuszczać, że nie zaobserwowano w naszym badaniu związku między samooceną a zawyżaniem wyniku egzaminu, ponieważ ocena własnej wiedzy warunkowana była ważniejszym dla studentów celem, czyli uzyskaniem obiektywnej wiedzy o sobie, a nie utrzymaniem pozytywnej samooceny.

Należy założyć, że przedstawione rezultaty naszych badań mogą mieć ograniczenia w formułowaniu wniosków. Pierwszym ograniczeniem, na które warto zwrócić uwagę, jest wyłącznie deklaracyjny sposób pomiaru zmiennych, ponieważ zastosowałyśmy kwestionariusze samoopisowe, niepoparte żadnymi wskaźnikami behawioralnymi. Podstawowym ograniczeniem prezentowanych badań jest także próba badana, która obejmowała większość kobiet (73,91%). Jednak z uwagi na brak istotnych różnic międzypłciowych w zakresie większości zmiennych uznano, że omawiane wyniki można prezentować zbiorczo. Badanie wykazało wyższe nasilenie perfekcjonizmu nieadapta-

cyjnego u badanych kobiet i mężczyzn, w związku z czym interpretując rezultaty dotyczące tej zmiennej, należy mieć na względzie nierównomierny skład próby badanej. Dodatkowo warto pamiętać, że rzetelności skal styl myślenia odpowiedzialny i nieodpowiedzialny były niskie, zatem wyniki w tym zakresie należy traktować z ostrożnością. W badaniu nie uwzględniono zmiennych psychiatrycznych (depresja, zaburzenia lękowe), które wpływają na zaburzenia procesów poznawczych czy motywację i które z całą pewnością mogłyby zakłócać wyniki badań, mając wpływ na rzeczywistą ocenę i szacowanie wyników egzaminu. Warto w przyszłości rozszerzyć zbiór analizowanych zmiennych dyspozycyjnych trafności oceny własnej wiedzy oraz poszukiwanie wzorca ich bezpośrednich i pośrednich zależności.

Wyniki badań mogą mieć szereg implikacji praktycznych dla studentów kierunków nauczycielskich i przyszłych nauczycieli. Mając świadomość, które style myślenia wiążą się z niskimi wynikami egzaminu, oraz że motywacja osiągnięć związana jest z trafnością oceny własnej wiedzy, można w procesie kształcenia rozwijać te cechy nie tylko u studentów, ale również u uczniów. Warsztaty rozwoju osobistego, praca nad motywacją oraz stylami myślenia może być istotna w ocenie wiedzy własnej u młodych osób i sukcesach edukacyjnych. Nieadekwatna ocena własnej wiedzy może nasilać stres i negatywne emocje, co przyczynia się do zmniejszenia pewności siebie, a także satysfakcji z własnych działań i nauki. W konsekwencji przekłada się to na wyniki uzyskiwane na egzaminie.

Literatura

1. Adler A., *Individual psychology*, The Journal of Abnormal and Social Psychology, 22, 1927, s. 116-122.
2. Silverman L., *The gifted individual*, [w:] Silverman L. (red.), *Counseling the gifted and talented*, CO Love, Denver 1993, s. 3-28.
3. Burns D., *The perfectionist's script for self-defeat*, Psychology Today November, 1980, s. 34-52.
4. Watson D.L., Clark A., Harkness A., *Structures of personality and their relevance to psychopathology*, Journal of Abnormal Psychology, 103(1), 1994, s. 18-31.
5. Hamachek D.E., *Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism*, Psychology, 15(1), 1978, s. 27-33.
6. Szczucka K., *Polski Kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Dezadaptacyjnego [The Polish Adaptive and Maladaptive Perfectionism Questionnaire]*, Psychologia Społeczna, 1, 2010, s. 71-95.
7. Hewitt P., Flett G., *Perfectionism in the Self and Social context: conceptualization, assesment and association with psychopathology*, Journal of Personality and Social Psychology, 60(3), 1991, s. 456-470.
8. Frost R.O., Heimberg R.G., Holt C.S., Mattia J.I., Neubauer A.L., *A comparison of two measures of perfectionism*, Personality and Individual Differences, 14, 1993, s. 119-126.
9. Stoeber J., Otto K., *Positive Conceptions of Perfectionism: Approaches, Evidence, Challenges*, Personality and Social Psychology Review, 10(4), 2006, s. 295-319.
10. Kwarciańska K., Sanna K., Kamza A., Piotrowski K., *Perfekcjonizm w teorii i badaniach*, Przegląd Psychologiczny, 65(3), 2022, s. 27-42.
11. Rice K., Lopez F.G., Vegara D., *Parental/social influences on perfectionism and adult attachment orientations*, Journal of Social and Clinical Psychology, 24(4), 2005, s. 580-605.
12. Park Y., Heo, C., Kim J.S., Rice K.G., Kim Y.H., *How does perfectionism affect academic achievement? Examining the mediating role of accurate self-assessment*, International Journal of Psychology, 55(6), 2020, s. 936-940.

13. Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1, GWP, Gdańsk 2000.
14. Anastasi A., Urbina S., *Testy psychologiczne*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 1999.
15. Blascovich J., Tomaka J., *Measures of self-esteem*, [w:] Robinson J.P., Shaver P.R., Wrightsman L.S. (red.), *Measures of personality and social psychological attitudes*, Vol. 1: *Measures of social psychological attitudes*, Academic Press, New York 1991, s. 115-160.
16. Baumeister R.F., Campbell J.D., Krueger J.I., Vohs K.D., *Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?*, *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 2003, s. 1-44.
17. Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M., *Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2008.
18. Higgins E.T., *Self-discrepancy: A theory relating self and affect*, *Psychological Review*, 94(3), 1987, s. 319-340.
19. Oleś P., *Wprowadzenie do psychologii osobowości*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2008.
20. Rosenberg M., *Society and the adolescent self-image*, Princeton University Press, Princeton, NJ 1965.
21. Mabe P.A., West S.G., *Validity of self-evaluation of ability: A review and meta-analysis*, *Journal of Applied Psychology*, 67, 1982, s. 280-296.
22. Dunning D., *Self-Insight: Roadblocks and Detours on the Path to Knowing Thyself*, Psychology Press, New York 2005.
23. Ehrlinger J., *Skill level, self-views and self-theories as sources of error in self-assessment*, *Social and Personality Psychology Compass*, 2, 2008, s. 382-398.
24. Ehrlinger J., Dunning, D., *How chronic self-views influence (and potentially mislead) estimates of performance*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 2003, s. 5-17.
25. Hall C.S., Lindzey G., *Teorie osobowości*, wyd. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
26. Bańka A., *Motywacja osiągnięć podstawy. Podstawy teoretyczne i konstrukcja skali do pomiaru motywacji osiągnięć w wymiarze międzynarodowym*, PRINT-B, Poznań–Warszawa 2005.
27. Łukaszewski W., *Motywacje w najważniejszych systemach teoretycznych*, [w:] Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, GWP, Gdańsk 2000, s. 427-468.
28. Klinkosz W., Sękowski A.E., *Inwentarz Motywacji Osiągnięć. H. Schulera, G.C. Thorntona, A. Frinrupa i M. Prochaski. Diagnoza profilowa i typologiczna. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2018.
29. Bańka A., *Konstrukcja i wstępna charakterystyka psychometryczna Skali Motywacji Osiągnięć (SMOK)*, *Czasopismo Psychologiczne*, 20, 2014, s. 149-164.
30. Klinkosz W., Sękowski A.E., *Inwentarz Motywacji Osiągnięć. Polska adaptacja LMI – Leistungsmotivationsinventar H. Schulera, G.C. Thorntona, A. Frinrupa i M. Prochaski. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2013.
31. Łozowiecka W., *Kariera i aktywizacja zawodowa jednostki w otoczeniu rynkowym*, *Szkoła – Zawód – Praca*, 23, 2022, s. 200-218.
32. Ehrlinger J., Johnson K., Banner M., Kruger J., Dunning D., *Why the unskilled are unaware: Further exploration of (absent) self-insight among the incompetent*, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 105, 2008, s. 98-121.
33. Nosal Cz., *Różnice indywidualne w stylach uczenia się i myślenia*, *Przegląd Psychologiczny*, 43(4), 2000, s. 469-480.
34. Maruszewski T., *Psychologia poznania. Umysł i świat*, GWP, Gdańsk 2011.
35. Bruner J.S., *Poza dostarczone informacje. Studia z psychologii poznawania*, PWN, Warszawa 1978.

36. Newell A., Simon H.A., *Human problem solving*, Englewood Cliffs, Prentice Hall 1972.
37. Sternberg R.J., *Wprowadzenie do psychologii*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.
38. Nosal C.S., *Psychologiczne modele umysłu*, PWN, Warszawa 1990.
39. Sternberg R.J., *Mental self-government: A theory of intellectual styles and their development*, Human Development, 31, 1988, s. 197-224.
40. Matczak A., *Style poznawcze*, [w:] Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, GWP, Gdańsk 2000, s. 761-782.
41. Strzałecki A., Wiśniewska E., *Style Myślenia według R. J. Sternberga. Uwarunkowania psychologiczne*, Przegląd Psychologiczny, 53(1), 2010, s. 33-59.
42. Zhang L.F., Sternberg R.J., *Are learning approaches and thinking styles related? A study in two Chinese populations*, The Journal of Psychology, 134, 2000, s. 469-489.
43. Sternberg R.J., Wagner R.W., *Thinking Style Inventory*, Tallahassee, FL: Star Mountain Projects 1991.
44. Krasuska-Betiuk M., Zbróg Z., *Style myślenia studentów wczesnej edukacji a twórcze podejście do rozwiązywania problemów*, [w:] Bałachowicz J., Adamek I. (red.), *Kreatywność jako wymiar profesjonalizacji przyszłych nauczycieli wczesnej edukacji*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2017.
45. Janaszek K., *Predyspozycje indywidualne studentów wyróżniających się*, Studia Rossica Posnaniensia, 37, 2013, s. 88-99.
46. George D., Mallery M., *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference*, 17.0 update (10th ed.). Pearson 2010.
47. Reykowski J., *Procesy emocjonalne. Motywacja. Osobowość*, [w:] Tomaszewski T. (red.), *Psychologia ogólna*, Warszawa 1992.

Perfekcjonizm, samoocena, motywacja osiągnięć, style myślenia a ocena wiedzy własnej u studentów kierunków nauczycielskich

Streszczenie

Prezentowane badanie miało na celu określenie poziomu perfekcjonizmu, samooceny, motywacji osiągnięć oraz określenie stylu myślenia wśród studentów kierunków nauczycielskich. Dodatkowo celem badań było ustalenie osobowościowych i poznawczych predyktorów oceny własnej wiedzy wśród młodych osób. Dokonano analizy zależności między perfekcjonizmem, samooceną, motywacją osiągnięć a rzeczywistą oceną uzyskaną na egzaminie i oceną wiedzy własnej. Zbadano również związek zmiennych psychologicznych z poziomem zaniżenia i zawyżenia oceny. Badaniami objęto 202 respondentów (153 kobiety i 44 mężczyzn) w wieku 18-25 lat. Byli to studenci kierunków nauczycielskich Uniwersytetu Wrocławskiego (m.in. matematyki, chemii, historii, geografii, filologii polskiej, filologii angielskiej, filologii romańskiej, filologii germańskiej). Do realizacji badań posłużyły: Kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Deadaptacyjnego (KPAD), Skala Samooceny Rosenberga (SES), Inwentarz Motywacji Osiągnięć (LMI), Test Style Myślenia wg Sternberga. Badani oceniali poziom własnej wiedzy przed egzaminem. Dodatkowo w badaniu własnym uwzględniono również realny wynik, jaki uzyskał student na egzaminie. Wyniki badań mają szereg implikacji praktycznych dla studentów kierunków nauczycielskich i przyszłych nauczycieli. Mając świadomość, jakie zmienne wpływają na trafność oceny własnej wiedzy, można w procesie kształcenia rozważać je nie tylko u studentów, ale również u uczniów. Warsztaty rozwoju osobistego, praca nad adekwatnym poczuciem własnej wartości i perfekcjonizmem klinicznym może być istotna w ocenie wiedzy własnej u młodych osób. Nieadekwatna ocena własnej wiedzy może nasilać stres i negatywne emocje, co przyczynia się do zmniejszenia pewności siebie, a także satysfakcji z własnych działań i nauki. W konsekwencji przekłada się to na wyniki uzyskiwane na egzaminie.

Słowa kluczowe: perfekcjonizm, samoocena, motywacja osiągnięć, style myślenia, ocena wiedzy własnej

Perfectionism, self-esteem, achievement motivation, thinking styles and self-assessment of knowledge in teaching specialization students

Abstract

The aim of this study is to examine the level of perfectionism, self-esteem, achievement motivation and to determine the style of thinking among teaching specialization students. In addition, the aim of the study is to determine personality and cognitive predictors of self-assessment among young people. An analysis of the relationship between perfectionism, self-esteem, achievement motivation and the actual grade obtained on the exam and the self-assessment of knowledge was made. The relationship of psychological variables with the level of underestimation and overestimation was also examined. The survey included 202 respondents (153 women and 44 men) aged 18-25 – teaching specialization students at the University of Wrocław (among others mathematics, chemistry, history, geography, Polish philology, English philology, Romance philology, Germanic philology). Adaptive and Maladaptive Perfectionism Questionnaire, Rosenberg Self-Esteem Scale, Achievement Motivation Inventory, Sternberg Thinking Style Test was distributed. The respondents assessed the level of their knowledge before the exam. In addition, the study also took into account the real result obtained by the student on the exam. The results of the research have a number of practical implications for teaching specialization students and future teachers. Being aware of what variables affect the accuracy of the self-assessment of knowledge, you can develop them in the education process not only in students, but also in pupils. Personal development workshops, work on adequate self-esteem and clinical perfectionism can be important in assessing self-knowledge in young people. Inadequate self-assessment of knowledge can intensify stress and negative emotions, which contribute to a decrease in self-confidence, as well as satisfaction with one's own actions and learning. As a consequence, this translates into the results obtained on the exam.

Keywords: perfectionism, self-esteem, achievement motivation, thinking styles, the self-assessment of knowledge

Psychologiczne skutki oglądania pornografii przez adolescentów

1. Wprowadzenie

Celem pracy jest omówienie psychologicznych następstw oglądania pornografii przez adolescentów, które wpływają na obecne, jak i późniejsze funkcjonowanie w dorosłym życiu. Oglądanie pornografii przez młodzież może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie psychiczne, postrzeganie siebie, pojmowanie relacji damsko-męskich, tworzenie zakrzywionego obrazu rzeczywistości oraz normalizację przemocy seksualnej. Praca ukazuje na podstawie przeglądu literatury, w jaki sposób oglądanie pornografii wpływa na adolescentów, szczególnie w obrębie rozwoju psychicznego. Pornografia jest zjawiskiem, które istniało w społeczeństwie od zawsze. Niegdyś była przekazywana głównie w formie tekstów, malunków czy też czasopism, np. znany „Playboy”. Wraz z rozwojem kinematografii zaczęły pojawiać się filmy pornograficzne. Jeszcze 30 lat temu dostęp do takich materiałów był mimo wszystko ograniczony. Żeby dostać taki film, trzeba było wybrać się do wypożyczalni kaset wideo, gdzie sprzedawca miał obowiązek weryfikacji wieku, gdyż są to treści przeznaczone dla osób pełnoletnich.

2. Podstawowe pojęcia związane z pornografią

Wraz z pojawieniem się Internetu dostęp do treści pornograficznych stał się prosty dla wszystkich, nawet dla tytułowych adolescentów. Aby uzyskać dostęp do materiałów pornograficznych, na jednej ze znanych stron, która takie treści udostępnia, wystarczy odpowiednio zaznaczyć, że jest się osobą pełnoletnią. I już. Bez podawania daty urodzenia ani żadnych innych danych, po których można byłoby zweryfikować, czy użytkownik ma rzeczywiście ukończone 18 lat. Stanowi to duże zagrożenie, szczególnie dla młodych ludzi, którzy za pomocą swoich smartfonów mogą bez problemu uzyskać dostęp do treści dla nich nieprzeznaczonych. Ważnym aspektem jest również to, że niestety nie ma jednoznacznej definicji dotyczącej pornografii lub treści pornograficznych. Zatem przytoczę teraz kilka definicji, które próbują jak najpełniej ująć opisywane zagadnienie. Warto wspomnieć, że polskie prawo nie definiuje jasno, czym jest pornografia lub co można uznać za treści pornograficzne, pozostawiając to do rozstrzygnięcia przez sędziów [1]. Wielu badaczy z różnych dyscyplin naukowych takich jak seksuologia, psychologia, prawo, teologia, etyka czy też socjologia próbuje ująć pornografię w definicji, która będzie ją obejmować jak najtrafniej, zwracając uwagę na rodzaj treści oraz dla kogo treści te są przeznaczone. Współcześni badacze tematu – Dorota Kornas-Biela i Victor Cline – zauważają, że pornografię można definiować w dwóch koncepcjach. Po pierwsze, ma służyć wzbudzeniu podniecenia seksualnego u odbiorcy poprzez przedstawienie stosunku seksualnego lub nagości człowieka. Po drugie, ma ona ukazywać nierzeczywisty, wręcz gorszący obraz seksu lub nagości [2]. To, co można

¹ olga.korba17@gmail.com, Katedra Psychologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach.

powiedzieć, to przede wszystkim fakt, że brakuje definicji, które łączyłyby obie te koncepcje, gdyż obie są niezwykle ważne, uzupełniają się. Warto dodać, że niektórzy badacze, np. Kazimierz Imieliński, nie zgadzają się z tym, aby tworzyć definicję pornografii, opierając się na kryterium wzbudzenia podniecenia seksualnego. Argumentują to tym, że istnieją także treści pornograficzne, które mogą doprowadzić odbiorcę do odczuwania nudy [2]. Kazimierz Imieliński zwraca również uwagę na to, aby do wspomnianych wyżej dwóch koncepcji dodać, że *takie treści nie mają dostarczać satysfakcji obustronnej partnerom* [2, s. 14]. Takie spojrzenie pozwala zatem odróżnić treści pornograficzne od erotycznych, które są nakierowane na obustronną satysfakcję partnerów.

Posiadając wyżej wymienione rozróżnienie, warto pochylić się także nad opinią psycholog Krystyny Ostrowskiej. Zwraca ona uwagę to, że ludzie najczęściej opisują pornografię lub takie materiały jako filmowe, malarskie, w postaci opowiadań, które dotyczą sfery seksualnej, budząc silny ładunek emocjonalny związany ze zgorzaniem, odrazą, zakłopotaniem i mają za zadanie wywołać reakcje o charakterze seksualnym [2]. Można powiedzieć, że opinia ta już pełniej nakreśla, czym jest pornografia lub materiały o takiej treści. Psycholog zwraca uwagę na to, iż takie treści niosą ze sobą silny ładunek emocjonalny, co znacznie wpływa na odbiór rzeczywistości, szczególnie jeśli mówimy o młodych ludziach. Najpełniejszą definicją wydaje się ta, która została przedstawiona przez Haggstrom, Nordin, Tyden, Hanson, Larsson, Lo i Wei: *Pornografia to strony internetowe o charakterze jednoznacznie seksualnym, które opisują osoby uprawiające seks, pokazują wyraźne zdjęcia nagości lub osób uprawiających seks, lub pokazują film, lub dźwięk opisujący osoby uprawiające seks* [3]. Definicja ta ujmuje pornografię, skupiając się na tym, gdzie możemy znaleźć takie treści. Ponadto wymienieni twórcy zwracają uwagę na wydarzenia, jakie dzieją się w materiałach o treści pornograficznej. Proponowana definicja obejmuje pornografię w sposób wąski, aczkolwiek nadal niepełny, chociażby ze względu na brak wskazania, dla kogo treści te nie są przeznaczone. Jednak na podstawie wyżej wymienionych koncepcji i definicji można stwierdzić, że treści pornograficzne, jak i pornografia są przeznaczone dla osób dorosłych.

2.1. Zdrowie psychiczne i adolescencja

W celu omówienia psychologicznych skutków oglądania pornografii przez adolescentów należy także omówić takie terminy jak zdrowie psychiczne, a także adolescencja. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, ang. *World Health Organization*) zdrowie psychiczne jest definiowane jako stan optymalnej sprawności psychicznej. Zdrowie psychiczne jest składową ogólną definicji zdrowia, do której jeszcze wliczają się dobre samopoczucie fizyczne i społeczne. Aby uzyskać stan zdrowia psychicznego, człowiek powinien być świadomy własnych możliwości, produktywnie pracować oraz potrafić radzić sobie z normalnymi stresami życiowymi, charakteryzuje go też brak zaburzeń na tle psychicznym [4]. Ten wymiar zdrowia zaczyna być coraz rzadziej pomijany i jak można zauważyć, stanowi o integralnej części zdrowia. Warto nadmienić, że definicja WHO jest powszechnie uznawaną definicją zdrowia w środowisku psychologicznym. Wymienienie zdrowia psychicznego w tej pracy nie jest przypadkowe. W dalszej części zostaną ukazane skutki oglądania pornografii, które mają istotny wpływ na zdrowie psychiczne człowieka, a szczególnie adolescentów. Tytułowymi adolescentami są osoby, które znajdują się w okresie dojrzewania, czyli młodzież w przedziale 10-20 lat. Adolescencja jest zatem okresem w rozwoju życia człowieka, który przypada

na wyżej wymienione lata. Ma ona za zadanie przygotować dziecko do dorosłego życia. Dotyczy ona każdego człowieka i odbywa się ona w obszarze fizycznym, biologicznym, psychicznym i społecznym [5]. Zachodzące zmiany w wyglądzie ciała dziecka, uaktywnienie się hormonów płciowych takich jak testosteron (u chłopców), estrogenu i progesteronu (u dziewcząt) mogą niekiedy przerażać młodego człowieka. Może dojść do załamania się obrazu nastolatka, gdyż zmiany, które zauważa u siebie i rówieśników, bardzo często zderzają się z obrazem kreowanym w środkach masowego przekazu. Badania dowiodły, że nastolatki, które postrzegają siebie jako odbiegające od kreowanych kulturowo stereotypów, mają wyraźnie zaniżoną samoocenę [5]. Dla adolescentów wygląd fizyczny jest bardzo ważny.

Ze względu na brak rzetelnie prowadzonej edukacji seksualnej i brak rozmów rodziców z młodzieżą o rozwoju psychoseksualnym młode osoby szukają alternatywnych źródeł, z których będą mogły czerpać wiedzę. Według badań realizowanych przez grupę Ponton w 2010 roku większość adolescentów jako główne źródło wiedzy o dorastaniu wymienia grupę rówieśniczą [6]. Rówieśnicy nie zawsze będą rzetelnym źródłem wiedzy, gdyż mogą ubarwiać swoje doświadczenia przed innymi, co może doprowadzić do porównywania się oraz przechwalania się w celu zyskania aprobaty. Coraz częstszym źródłem czerpania wiedzy o rozwoju psychoseksualnym staje się Internet. Adolescenti mają tak naprawdę nieograniczony dostęp do poszukiwania informacji w Internecie. Oczywiście, można trafić na portale, które w sposób rzetelny i zgodny przedstawiają aspekty dotyczące okresu dojrzewania, seksualności człowieka. Jednak przeważającą część stanowią strony nieprzeznaczone dla osób niepełnoletnich, w tym właśnie strony z treściami pornograficznymi. Dla dorosłego człowieka pornografia nie zawsze musi oznaczać coś złego, gdyż ma on już pewne doświadczenia w tym, jak wygląda współżycie seksualne, co jest ważne w relacji z drugim człowiekiem. Młody człowiek, który dopiero zaczyna wchodzić w sferę związków romantycznych lub szukając informacji o seksualności, trafiając na strony z treściami pornograficznymi, uznaje je za pewnik. W ten sposób w głowach adolescentów zaczyna tworzyć się fałszywy obraz związków, miłości, relacji oraz tego, jak współżycie seksualne wygląda. Eksplorując strony z pornografią, można trafić na treści o charakterze łagodnym, miękką (ang. *softcore*), ale także brutalnym, twardą (ang. *hardcore*), co szerzej zostanie omówione w kolejnym podrozdziale.

2.2. Rodzaje treści pornograficznych

Jak wspomniano, pornografię można podzielić ze względu na treści, jakie są w niej prezentowane. Wymienia się pornografię łagodną, w której ukazywane są sceny współżycia seksualnego, gdzie nie występują zachowania dewiacyjne, np. seks z osobą nieletnią lub przemoc. Nie ma jednoznacznych badań, które wskazywałyby na negatywne skutki psychiczne u adolescentów. Jednakże istnieje jeszcze jeden typ pornografii, tak zwana twarda. Treści, jakie są przedstawiane, to przemoc seksualna, zachowania dewiacyjne, akty pedofilne (współżycie seksualne dorosłego z dzieckiem) czy nawet zoofilne – współżycie ze zwierzętami [7]. Takiego typu treści mogą już nieść pewne skutki w kształtowaniu się osobowości młodego człowieka, pojmowania przez niego relacji damsko-męskich, tworzeniu zakrzywionego obrazu kobiety oraz seksualności człowieka. Choć podział ten ma już kilkadziesiąt lat, nadal jest stosowany w badaniach naukowych.

3. Psychologiczne następstwa oglądania pornografii

Liczne artykuły naukowe oraz literatura wskazują, że istnieją skutki konsumpcji pornografii przez adolescentów, które mają wpływ na zdrowie psychiczne. Po pierwsze, oglądanie pornografii, a szczególnie twardej, przejawia się wzmacnianiem stereotypów dotyczących płci oraz przedmiotowego traktowanie kobiet. Co więcej, przyczynia się do zakrzywionego postrzegania siebie poprzez porównywanie się do aktorów lub aktorek z takiego typu filmów. Po drugie, oglądanie pornografii przyczynia się do tworzenia fałszywych skryptów seksualnych, które mogą negatywnie wpływać na odbiór rzeczywistości. Po trzecie, takiego typu filmy, szczególnie o charakterze brutalnym, wzmacniają, normalizują i wręcz zachęcają do przemocy seksualnej. Wymienione obszary wpływają na siebie nawzajem, jednak warto je rozdzielić, aby szerzej podejść do każdego z nich. Wyniki badań są mocno niepokojące, szczególnie że mamy do czynienia z młodzieżą, która wkracza w okres dojrzewania, przygotowując się do dorosłego życia. Warto nadmienić, że większością, która ogląda filmy pornograficzne, są chłopcy [8]. Stąd też większość przytaczanych badań i wymienianych skutków będzie odnosić się właśnie do nich. Dziewczęta również oglądają filmy pornograficzne, jednak są one w zdecydowanej mniejszości. W kolejnych podrozdziałach zostaną w sposób szczegółowy omówione skutki oglądania pornografii przez adolescentów.

3.1. Wzmacnianie stereotypów, uprzedmiotowienie kobiet i porównania

Wielu badaczy wskazało na istotny związek pomiędzy oglądaniem pornografii przez młodzież a wzmacnianiem stereotypów, co zostanie poniżej szerzej omówione. Marika Guggisberg w swoim badaniu zwraca szczególną uwagę nie tylko na pornografię, ale również gry wideo o charakterze jednoznacznie seksualnym. Takie gry bardzo często ukazują kobiety w sposób przedmiotowy, traktowane jako obiekt seksualny. Zarówno w filmach pornograficznych, jak i grach wideo postaci żeńskie są przedstawiane jako te podporządkowujące się. Mężczyźni zaś ukazywani są jako postaci silne, umięśnione, mające całkowitą dominację nad kobietą [9]. Co więcej, w takich materiałach postrzegane jest to jako coś normalnego. Jedną z ekstremalnych form uprzedmiotowienia kobiet jest przedstawianie scen gwałtu. Istnieją bowiem tak zwane „gry erotyczne”, które pozwalają symulować gwałt na awatarach [10]. Badania Guggisberg wskazały, że konsumpcja pornografii internetowej wzmacnia postawy seksistowskie wobec kobiet [9]. W tym samym badaniu wskazano również, że stereotypy płciowe, które są przedstawiane w filmach pornograficznych, mogą pogłębiać dominację jednego z partnerów podczas współżycia seksualnego, w tym przypadku mężczyzn [9]. Z kolei badania przeprowadzone na izraelskich mężczyznach wykazały, że oglądanie filmów pornograficznych wzmagало u nich porównywanie się z aktorami porno, co sprawiało, że zaczynali odczuwać niepokój [11]. Choć badanie to zostało przeprowadzone na osobach dorosłych, można je również odnieść do nastolatków, szczególnie że kolejne badania wymieniają zbliżone związki. Badania przeprowadzone przez Petera i Valkenburga wykazały również, że konsumpcja pornografii wiązała się z bardziej stereotypowymi przekonaniem seksualnymi, a także z bardziej permissywnymi postawami seksualnymi wśród nastolatków [12].

Kolejne badania dostarczają także informacji o wpływie pornografii na samoocenę, niepewność oraz normy i postawy seksualne [13]. Inne badania wskazują natomiast, że istnieje związek pomiędzy oglądaniem pornografii a samoobiektywizacją i niezadowoleniem z ciała wśród chłopców [14]. Co więcej, badanie przeprowadzone na Holendrach

wskazało, że mężczyźni, którzy oglądali materiały o charakterze jednoznacznie seksualnym, odczuwali większe niezadowolenie ze swojego brzucha i ciała. Te same badania wykazały również, że nie miały one wpływu na rozmiar penisa u mężczyzn i rozmiar piersi u kobiet [15]. Dorosły człowiek ma pewną świadomość, że osoby, które biorą udział w filmach pornograficznych, to wyselekcjonowani aktorzy, dobierani pod kątem szczególnych kryteriów. Umieśnieni mężczyźni z bardzo długimi przyrodzeniami, traktujący partnerkę w sposób przedmiotowy, nieokazujący ani przez chwilę zmęczenia sprawiają, że nastolatek będzie odczuwał, że powinien dążyć do tak przedstawianego wyglądu. Takie przekonanie, a przede wszystkim chęć zbliżenia się wyglądem i zachowaniem, może przynieść negatywne skutki dla młodego człowieka. Nie jest możliwe zbliżenie się do wyglądu aktora porno, a niestety nastolatki nie potrafią jeszcze w pewnym etapie życia odróżnić, co jest prawdą, a co fikcją [16]. Bardzo ważna wydaje się rola edukatorów seksualnych, jak i rodziców, aby pracowali z dziećmi nad samooceną, przedstawiając świat filmów pornograficznych jako nieprawdziwy, wyretuszowany, a relacje w nim jako sflakowane. Warto tutaj wspomnieć, że poza profesjonalnymi filmami pornograficznymi można także spotkać takie o charakterze nieprofesjonalnym. Może się również zdarzyć, że nastolatki będą traktować takich aktorów jako „rówieśników”, chcąc upodobnić się do nich właśnie w wyglądzie, gdyż będą „zbliżeni” do nich wyglądem [17]. Badania na szwedzkich nastolatkach wskazały, że oglądanie wyidealizowanych ciał przedstawianych w filmach pornograficznych skutkuje poczuciem niepewności co do swojego wyglądu, a także poczuciem nieatrakcyjności [17].

3.2. Tworzenie fałszywych skryptów seksualnych

Kolejnym następstwem oglądania pornografii przez adolescentów jest tworzenie fałszywych skryptów seksualnych. Według Spitzberga i Metts są to interpretacje poznawcze działań prototypowych i cech interakcji seksualnych. Tworzą się one w procesie socjalizacji i opierają się na normach kulturowych [18]. Oznacza to, że skrypty są w dużej mierze zależne od kultury i środowiska, w jakim człowiek się wychowuje. Mają one za zadanie kształtować adaptacyjne zachowania seksualne, społecznie akceptowane, które nie będą nikomu wyrządzać krzywdy. Jednym z typowych zachowań, które wchodzi w skład skryptów seksualnych, jest flirt. Flirt ma za zadanie zasygnalizować zainteresowanie partnera i ustalić, czy zainteresowanie jest odwzajemniane, czy też nie [18]. Filmy pornograficzne nie mają szeroko rozbudowanej fabuły, a ich treść sprowadza się do ukazywania współżycia seksualnego, niekiedy w sposób brutalny i uprzedmiotowiający. W takich filmach nie znajdziemy czułych romansów czy nawet okoliczności poznania partnerów, a jeżeli już są, to skupione są wokół stosunku seksualnego. Nie jest to środowisko sprzyjające rozwojowi młodego człowieka. Jedne z badań wykazały, że długotrwała ekspozycja na pornografię wpływa na przyzwyczajenie się do takich właśnie reakcji pobudzających, co wpływa na zmniejszenie odczuwania przyjemności [19]. Aby podtrzymać odczuwanie przyjemności, takie osoby zaczynają oglądać filmy, które ukazują mniej powszechne zachowania seksualne, np. zachowania dewiacyjne. Pornografia konsumowana w taki sposób wpływa na przyzwyczajenie się do dewiacji seksualnych [19]. Jest to szczególnie niepokojące, gdyż oglądanie filmów pornograficznych w takim celu może prowadzić do uzależnienia się od tych treści. Wykazano również, że oglądanie pornografii w sposób ciągły przez młodych ludzi wpływa na

postrzeganie relacji damsko-męskich oraz ogólnie – relacji ze środowiskiem [19]. Zauważono, że takie osoby:

- wykazywały się zmniejszonym zaufaniem do partnera;
- uznawały brak aktywności seksualnej za zagrożenie dla zdrowia;
- mają cyniczne postawy wobec miłości;
- uważają, że można czerpać większą przyjemność ze współżycia bez obustronnego przywiązania partnerów;
- postrzegały małżeństwo jako ograniczające seksualnie;
- oceniali rozwiązłość seksualną jako coś naturalnego.

Wyżej wymienione przez badaczy elementy wskazują na tworzenie się fałszywych skryptów seksualnych u młodych ludzi. Szczególną uwagę zwraca ten punkt, w którym napisane jest, że nie jest wymagane przywiązanie między partnerami w celu uzyskania większej przyjemności. W tych samych badaniach zostało również zawarte, że współżycie seksualne jest traktowane jako „wydarzenie sportowe”, w którym emocje nie mają znaczenia, a cały akt sprowadzany jest do niewinnej zabawy. Biorąc pod uwagę fakt, że Internet *de facto* jest najpopularniejszym źródłem czerpania wiedzy o seksualności człowieka, takie informacje mogą bardzo łatwo wykształtować w młodym człowieku nieadaptacyjne nawyki, spływając jego myślenie i postawy wobec relacji z drugim człowiekiem. Komunikacja między partnerami jest bardzo ważna w tworzeniu wspólnej relacji, gdyż wtedy rozwija się ona w sposób prawidłowy.

Kolejne badania wykazały, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni, którzy oglądali filmy pornograficzne, częściej zgłaszali pojawianie się takich zachowań seksualnych jak duszenie, wytrysk nasienia na twarz i agresywny seks oralny na mężczyźnie [20]. Biorąc pod uwagę, że badania te zostały przeprowadzone na osobach obu płci w wieku 18-60 lat, można je także odnieść do adolescentów, gdyż okres ten trwa do około 20. roku życia. Wymienione zachowania można spotkać przede wszystkim w pornografii twardej, która podtrzymuje stereotypowe role mężczyzn i kobiet. Wnioski z tych badań są szczególnie niepokojące, gdyż biorąc pod uwagę, że takie materiały nie jest trudno odnaleźć w Internecie, mogą one mieć bezpośredni wpływ na powielanie zachowań przez adolescentów, co w połączeniu z nieadaptacyjnymi postawami w tych filmach może nieść negatywne skutki w tworzeniu fałszywych skryptów seksualnych. Badania przeprowadzone na amerykańskich nastolatkach potwierdziły, że młodzież często uczy się właśnie z pornografii skryptów seksualnych lub zachowań seksualnych, mogąc je odtwarzać, co skutkuje ryzykownymi doświadczeniami seksualnymi [21]. Dostęp do Internetu w obecnych czasach jest w zasadzie nieograniczony, biorąc pod uwagę, że większość nastolatków ma swój smartfon, gdzie za sprawą kilku kliknięć jest w stanie dotrzeć do treści pornograficznych, które kształtują w nich nieadaptacyjne przekonania i wyobrażenia. Kolejne badanie także potwierdza, że pornografia dostarcza młodzieży nieadaptacyjne skrypty seksualne, ale również informacje o relacjach chłopak–dziewczyna [22].

Jak wspomniano, pornografia nie pokazuje rzeczywistych relacji damsko-męskich, a jedynie spłyca do współżycia seksualnego, niekiedy wymuszanego. Czerpanie wiedzy i zasilanie skryptów seksualnych za pomocą filmów o charakterze pornograficznym tworzy fałszywy obraz relacji międzyludzkich, oparty jedynie na czerpaniu korzyści, bez budowania intymności i zaangażowania między dwojgiem ludzi. Taki model zachowań i wzorców może doprowadzić do wypaczenia relacji miłosnej, sprowadzając ją

tylko do egocentrycznego zaspokajania potrzeb. Kolejni badacze również potwierdzają, że konsumpcja pornografii wpływa na skrypty seksualne, przeprogramowując mózg na zaabsorbowanie obrazami i zachowaniami o treści seksualnej [23]. Innymi słowy, mózg nastolatka wystawiony na działanie filmów o treści pornograficznej zaczyna tworzyć obrazy o charakterze seksualnym, kodując ukazywane zachowania, i później odtwarzać je w prawdziwym życiu, co może przynieść niekorzystne skutki w tworzeniu prawidłowych relacji z drugą osobą. Badania przeprowadzone na koreańskich nastolatkach wskazują, że młodzież, która wielokrotnie ogląda programy o charakterze jednoznacznie seksualnym, będzie miała trudności w tworzeniu kompleksowych ram wartości seksu [24]. Oznacza to, że ciężiej będzie im stworzyć adaptacyjne skrypty seksualne, ze względu na ciągłą styczność z materiałami, które w sposób wulgarny przedstawiają związki i współżycie seksualne. Zdaniem Mattebo materiały o treści pornograficznej również tworzą wymagania i oczekiwania względem tego, jak młodzież powinna się zachowywać w relacjach seksualnych [25]. Biorąc pod uwagę, jakie zachowania i model relacji proponują filmy pornograficzne, można wysunąć wniosek, że nastolatek oglądający takie filmy jest bardziej narażony na niewłaściwe lub nawet ryzykowne zachowania seksualne wobec partnera, niż ten, który nie będzie oglądał takich materiałów. Badacze są jednogłośni: filmy pornograficzne mają znaczący wpływ na tworzenie się fałszywych skryptów seksualnych, opartych na spłycaaniu relacji między partnerami, zwracając uwagę na zaspokojenie tylko swoich potrzeb. Ponadto pomijają one tworzenie bliskich relacji z drugim człowiekiem, wzmacniają stereotypowe postrzeganie zarówno kobiet, jak i mężczyzn oraz wpływają na zmiany w postrzeganiu relacji damsko-męskich.

3.3. Normalizacja przemocy seksualnej

Za przemoc seksualną uznaje się takie formy aktywności seksualnej, które mają za zadanie naruszyć intymność drugiego człowieka. Zalicza się do nich wymuszanie współżycia, gwałt, obmacywanie, zmuszanie do niechcianych praktyk seksualnych, ocenianie sprawności seksualnej. Przymus do tych czynności może się ujawniać za pomocą siły lub szantażu emocjonalnego [26]. Już badania prowadzone w latach 80. i 90. ubiegłego wieku wskazywały na związek pomiędzy oglądaniem przez mężczyzn pornografii o charakterze brutalnym a pojawiającą się tendencją do dokonywania gwałtów lub ogólnie – stosowania przemocy seksualnej [27]. Badania przeprowadzone w 2019 roku wykazały, że pornografia internetowa zawiera aż 93% scen zawierających przemoc wobec kobiet [28]. Jest to bardzo niepokojąca informacja, biorąc pod uwagę, jak bardzo łatwo jest współcześnie dotrzeć do filmów pornograficznych. Z kolei inne badania potwierdziły zwiększone prawdopodobieństwo stosowania przemocy seksualnej w prawdziwym życiu za sprawą grania w zseksualizowane gry wideo [29]. Istnieje wiele gier, które promują przemoc seksualną. Jedną z najbardziej popularnych jest Grand Theft Auto, czyli GTA [9]. Taką, która szczególnie budzi niepokój, jest Rape Lay, gdzie główny bohater ma zadanie zgwałcić trzy kobiety w miejscu publicznym, a następnie kontynuuje on napaść seksualną [9]. Warto podkreślić, że zarówno dostęp do gier wideo, jak i pornografii jest nieograniczony za sprawą powszechnej dostępności do Internetu. Młodzież bardzo szybko może odnaleźć takie materiały w sieci i pobrać je na swoje komputery.

Obecny stan wiedzy wykazuje również, że mężczyźni konsumujący pornografię internetową mieli zmniejszone odczuwanie empatii wobec kobiet, które padły ofiarą

przemocy seksualnej [30]. Ponadto oglądanie pornografii internetowej i granie w gry wideo o charakterze seksualnym niesie ze sobą negatywne skutki w postaci skłonności do gwałtów, postaw wspierających gwałt i ogólnie przemocy [9]. Inne badania wskazały również, że nastolatki, którzy oglądają pornografię internetową, mogą mieć większe predyspozycje do stosowania przemocy seksualnej [31]. Wyniki te jednoznacznie wskazują, że konsumpcja materiałów o treści pornograficznej wpływa na normalizację przemocy seksualnej wśród adolescentów. Kolejne badania wskazują także na związek internetowych zachowań seksualnych z problematycznymi zachowaniami seksualnymi (PSB, ang. *Problematic Sexual Behaviors*). Za PSB uznaje się takie zachowania w obrębie intymnych części ciała, które są rozwojowo nieodpowiednie lub potencjalnie szkodliwe dla młodzieży [32]. Młodzi ludzie, którzy konsumują filmy pornograficzne, są bardziej narażeni na takie właśnie zachowania, gdyż jak już zostało wspomniane, mają trudności w rozpoznawaniu niewłaściwych materiałów, biorąc zachowania przedstawione w materiałach pornograficznych za normatywne. Kolejne badania także wskazują na propagowanie brutalnych zachowań seksualnych jako skutek oglądania pornografii [33]. Metaanalizy dostarczają dowodów na to, że zwiększone oglądanie pornografii wpływa na przemoc seksualną wśród adolescentów, i podkreślają, że tworzą one postawy, które sprzyjają agresji seksualnej [34]. Co więcej, wykazano również istotną statystycznie zależność pomiędzy oglądaniem pornografii twardej a fantazjowaniem na temat pornografii kilka razy w tygodniu [34]. Takie zachowania również mogą nie tylko wzmacniać nieadaptacyjne przekonania na temat relacji, ale również traktować przemoc seksualną jako zachowanie prawidłowe i oczekiwane w społeczeństwie. Jedne z badań wykazały, że młodzież, która oglądała materiały o charakterze jednoznacznie seksualnym, ale bez przemocy, była o ponad 1,5 razy bardziej skłonna angażować się w problematyczne zachowania seksualne, niż te osoby, które nie widziały takich materiałów. Ponadto młodzież, która oglądała materiały pornograficzne z elementami brutalnej przemocy, była już około 2,5 razy bardziej narażona na udział w PSB, w przeciwieństwie do osób, którym takich treści nie prezentowano [35]. Zatem można wysunąć wniosek, że oglądanie pornografii, szczególnie brutalnej, wpływa na normalizację przemocy seksualnej wśród adolescentów. Wiąże się to bezpośrednio z poprzednio omawianym skutkiem, gdyż takie zachowania również będą wchodzić w skrypty seksualne i pozwolą traktować je jako adaptacyjne i akceptowane społecznie. Jest to szczególnie niebezpieczne zjawisko, ponieważ przemoc seksualna jest karalna w rzeczywistym świecie, a w pornografii ukazywana jest jako zachowanie normatywne, z którego można czerpać przyjemność.

4. Podsumowanie

Na podstawie wymienionej literatury można wysunąć wniosek, że istnieją psychologiczne skutki oglądania pornografii przez adolescentów. Idąc za Zillmannem [19], Internet jest medium, które zapewnia osobom młodym edukację seksualną. Treści pornograficzne mogą powodować liczne szkody w zakresie rozumienia relacji damsko-męskich, tworzyć fałszywe skrypty seksualne, zachęcać do przemocy seksualnej. Przyczyniają się do wzmacniania stereotypów płciowych oraz wpływają na postrzeganie samego siebie pod względem wyglądu fizycznego. Trudnym zadaniem jest odcięcie młodzieży dostępu do Internetu, jednak znając skutki, jakie niesie konsumpcja pornografii, można przestrzec adolescentów, co takie materiały mogą im dostarczyć. Szczególnie

ważne wydaje się przedstawienie niniejszych skutków dorastającym chłopcom, gdyż to głównie oni są odbiorcami pornografii [8], jednak nie należy zapominać o dziewczętach, ponieważ one także mają możliwość szybkiego odnalezienia takich materiałów w Internecie.

Do pornografii w Internecie można dotrzeć bardzo szybko. Wystarczy wpisać w wyszukiwarkę interesujące hasło i na ekranie pojawiają się konkretne linki, które przekierowują do danych treści. Na stronach z filmami pornograficznymi istnieje jedynie krótka informacja, że treści te są przeznaczone dla osób powyżej 18. roku życia. Wystarczy potwierdzić, że jest się osobą pełnoletnią (bez żadnej weryfikacji wieku odbiorcy) i dostęp do filmów jest nieograniczony. Co więcej, podkreślona jest informacja, że dostęp do filmów jest całkowicie bezpłatny. Należy szczególnie zwrócić uwagę na takie strony, gdyż jest ich wiele i stanowią realne zagrożenie dla kształtowania się adaptacyjnych wzorców zachowań i postaw adolescentów.

Literatura

1. <https://www.jhcadwokaci.pl/jak-w-polsce-jest-karane-posiadanie-i-rozpowszechnianie-pornografii/> [data dostępu: 24.06.2023].
2. Charowska-Giedrys K., *Pornografia w percepcji młodzieży studenckiej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2013, s. 12-16.
3. Haggstrom-Nordin A.M., Tyden A., Hanson M., Larson A., *Suicide attempt and hopelessness*, *Revista Medica de Chile*, 119, 2009, s. 1381-1386.
4. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [data dostępu: 24.06.2023].
5. Obuchowska I., *Adolescencja*, [w:] Chrzanowska-Głódkowska K., Szymańska A. (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014, s. 163-201.
6. https://ponton.org.pl/wp-content/uploads/2018/09/Skąd-wiesz-RAPORT_ostateczny.pdf [data dostępu: 24.06.2023].
7. Scott D.A., *Pornografia: jej wpływ na rodzinę, społeczeństwo, kulturę*, Human Life International – Europa, Gdańsk 1995, s. 13, 79.
8. Oyetunji Y.A., *Pornography Viewing Predictors among Secondary School Adolescents in Illinois, Chicago*, *International Journal of Academic Information System Research (IJAIRS)*, 6, 2022, s. 1-7.
9. Guggisberg M., *Sexually explicit video games and online pornography – The promotion of sexual violence: A critical commentary*, <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101432> [data dostępu: 25.06.2023].
10. Powell A., Henry N., *Sexual violence in a digital age*, Palgrave Macmillan, Londyn 2017, s. 91-93.
11. Gewirtz-Meydan A., Spivak-Lavi Z., *The association between problematic pornography use and eating disorder symptoms among heterosexual and sexual minority men*, *Body Image*, 45, 2023, s. 284-295.
12. Peter J., Valkenburg P.M., *Adolescents and pornography: A review of 20 years of research*, *Journal of Sex Research*, 53, 2016, s. 509-531.
13. Koletić G., *Longitudinal associations between the use of sexually explicit material and adolescents' attitudes and behaviors: A narrative review of studies*, *Journal of Adolescence*, 57, 2017, s. 119-133.
14. Maheux A.J., Roberts S.R., Evans R., Widman L., Choukas-Bradley S., *Associations between adolescents' pornography consumption and self-objectification, body comparison, and body shame*, *Body Image*, 37, 2021, s. 89-93.

15. Peter J., Valkenburg P.M., *Does exposure to sexually explicit Internet material increase body dissatisfaction? A longitudinal study*, *Computers in Human Behavior*, 36, 2014, s. 297-307.
16. Delmonico D.L., Griffin E.J., *Cybersex and the E-teen: What Marriage and Family Therapists Should Know*, *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 2008, s. 431-444.
17. Lofgren-Mårtenson L., Månsson S., *Lust, love and life: A qualitative study of Swedish adolescents' perceptions and experiences with pornography*, *Journal of Sex Research*, 47, 2010, s. 568-579.
18. Metts S., Spitzberg B., *Sexual Communication in Interpersonal Contexts: A Script-Based Approach*, *Annals of the International Communication Association*, 19, 1996, s. 49-92.
19. Zillmann D., *Influence of unrestrained access to erotica on adolescents' and young adults' dispositions toward sexuality*, *Journal of Adolescent Health*, 27, 2000, s. 41-44.
20. Herbenick D., Fu T., Wright P., Paul B., Gradus R., Bauer J., Jones R., *Diverse Sexual Behaviors and Pornography Use: Finding From a Nationally Representative Probability Survey of Americans Aged 18 to 60 Years*, *The Journal of Sexual Medicine*, 17, 2020, s. 623-633.
21. Weigle P., *41.2 PORN IN THE USA: HOW PORNOGRAPHY AFFECTS MENTAL HEALTH AND RISK BEHAVIORS*, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59, 2020, s. 329.
22. Yu C., Kågesten A.E., de Meyer S., Moreau C., van Reeuwijk M., Lou C., *Pornography Use and Perceived Gender Norms Among Young Adolescents in Urban Poor Environments: A Cross-site Study*, *Journal of Adolescent Health*, 69, 2021, s. 31-38.
23. Foubert J.D., Blanchard W., Williams R.R., *Pornography and Sexual Violence*, [w:] O'Donohue W.T., Schewe P.A. (red.), *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention*, Springer 2019, s. 109-127.
24. Song J., Song T.M., Lee J.R., *Stay alert: Forecasting the risks of sexting in Korea using social big data*, *Computers in Human Behavior*, 81, 2018, s. 294-302.
25. Mattebo M., *Use of Pornography and its Associations with Sexual Experiences, Lifestyles and Health among Adolescents*, Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, Uppsala 2014, s. 57.
26. <https://www.niebieskalinia.info/index.php/przemoc-w-rodzinie/8-rodzaj-przemocy> [data dostępu: 27.06.2023].
27. Krawulska-Ptaszyńska A., *Korzystanie z pornografii agresywnej a przemoc seksualna – zależność pozorna czy rzeczywista?*, http://repozytorium.amu.edu.pl:8080/bitstream/10593/6937/1/21_Anna_Krawulska_Ptaszynska_Korzystanie%20z%20pornografii%20agresywnej%20a%20przemoc_297_309.pdf [data dostępu: 27.06.2023].
28. Lamb S., Koven J., *Sexualization of Girls: Addressing Criticism of the APA Report, Presenting New Evidence*, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244019881024> [data dostępu: 27.06.2023].
29. Burnay J., Bushman B.J., Laroi F., *Effects of sexualized video games on online sexual harassment*, *Aggressive Behavior*, 45, 2019, s. 214-223.
30. Cogoni C., Carnaghi A., Silani G., *Reduced empathic responses for sexually objectified women: An fMRI investigation*, *Cortex*, 99, 2018, s. 258-272.
31. Palermo A.M., Dadgardoust L., Arroyave S.C., Vettor S., Harkins L., *Examining the role of pornography and rape supportive cognitions in lone and multiple perpetrator rape proclivity*, *Journal of Sexual Aggression*, 25, 2019, s. 244-257.
32. Taylor E.K., Slemaker A., Silovsky J.F., *Professionals' perceptions of electronic and online sexual behaviors of youth in their community*, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104831> [data dostępu: 27.06.2023].

33. Santos G., Queiroz A., Tura L., Penna L., Parmejiani E., Pinto C., *Social representations of adolescents about sexuality on the internet*, <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0488> [data dostępu: 26.06.2023].
34. Donnevan M., Mattebo M., *The relationship between frequent pornography consumption, behaviours, and sexual preoccupation among male adolescents in Sweden*, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12, 2017, s. 82-87.
35. Mori C., Park J., Racine N., Ganshorn H., Hartwick C., Madigan S., *Exposure to sexual content and problematic sexual behaviors in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis*, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106255> [data dostępu: 27.06.2023].

Psychologiczne skutki oglądania pornografii przez adolescentów

Streszczenie

Celem pracy było przedstawienie psychologicznych skutków oglądania pornografii przez adolescentów. Została przedstawiona dyskusja na temat definicji pornografii, przytoczono, czym jest termin zdrowie psychiczne oraz adolescencja. Skupiono się na skutkach, jakie niesie oglądanie pornografii przez młodych ludzi. Omówiono w sposób szczegółowy wpływ pornografii na wzmacnianie stereotypów płciowych, uprzedmiotowienie kobiet, porównywanie się pod względem wyglądu fizycznego. Zwrócono uwagę na tworzenie się fałszywych skryptów seksualnych oraz normalizację przemocy seksualnej.

Słowa kluczowe: pornografia, zdrowie psychiczne, adolescencja

Psychological effects of pornography viewing by adolescents

Abstrakt

The aim of this paper was to present the psychological effects of pornography viewing by adolescents. A discussion on the definition of pornography was presented, what the terms mental health and adolescence are were cited. The focus was on the effects of adolescent viewing of pornography. The effects of pornography on reinforcing gender stereotypes, objectification of women, comparison in terms of physical appearance were discussed in detail. Attention was given to the formation of false sexual scripts and the normalisation of sexual violence.

Keywords: pornography, mental health, adolescence

Ślady zaburzeń integracji sensorycznej w dorosłym życiu

1. Wstęp

Integracja sensoryczna odnosi się do zdolności przetwarzania i organizacji informacji dostarczanych przez różne zmysły (wzroku, słuchu, dotyku, smaku, węchu, propriocepcji oraz równowagi). Dzięki integracji sensorycznej, zachodzącej w ośrodkowym układzie nerwowym, wrażenia docierające do organizmu różnymi kanałami ostatecznie tworzą spójny obraz [1]. W 1972 roku definicję integracji sensorycznej jako elementu niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania w środowisku zaproponowała dr J. Ayers. Zaburzenia integracji sensorycznej (SPD, ang. *Sensory Processing Disorder*) zostały natomiast opisane jako trudności układu nerwowego w organizacji informacji płynących zarówno ze środowiska, jak i ciała, mające znaczący wpływ na codzienne życie – w szczególności na kontrolę zachowania, emocji i budowanie relacji międzyludzkich [2].

Dane epidemiologiczne sugerują, że nawet 15% dzieci może być dotkniętych SPD [3], co oznacza, że w każdej klasie co najmniej jedno dziecko będzie przestymulowane lub niedostymulowane. Przestymulowanie występuje wtedy, gdy próg wrażliwości jest niski, więc przekraczają go bodźce nawet o niskiej wartości, takie jak odgłos tykania zegara. W przypadku dzieci w wieku szkolnym z nadwrażliwością sensoryczną przytłaczające mogą być hałasy na korytarzu, głośny dzwonek czy otaczający je tłum innych dzieci. Niedostymulowanie występuje w przypadku uczniów o podwrażliwości sensorycznej. W tym wypadku próg wrażliwości jest wysoki i wymaga intensywnych bodźców. Oznacza to, że zbyt słabe bodźce są ignorowane. Niedowrażliwi uczniowie mogą nie zwracać uwagi na głos nauczyciela, ponieważ nie będzie on przez nie poprawnie rejestrowany [1]. Potrzeba doświadczenia intensywnych bodźców przez osoby niedowrażliwe objawia się poprzez poszukiwanie dodatkowych wrażeń zmysłowych, takich jak huśtanie, podnoszenie głosu lub ogólnie nadmierną aktywność, która mylna jest z ADHD [4].

Typowe objawy mogące świadczyć o SPD to m.in. nadmierna lub niedostateczna wrażliwość na ból, nadwrażliwość na dotyk (konieczność obcinania metek z ubrań, niechęć do niektórych materiałów), problemy z jedzeniem spowodowane niechęcią do danej tekstury pokarmu, mdłości wywoływane intensywnymi zapachami czy irytacja wywołana zbyt ostrym światłem bądź zbyt głośnym otoczeniem [1, 4].

Reakcje na bodźce w zależności od tego, czy neurologiczny próg pobudzenia jest wysoki, czy niski, podsumowała W. Dunn, przedstawiając cztery kwadranty Profilu Sensorycznego dzieci i dorosłych [5]. Zarówno osoby o wysokim, jak i o niskim progu pobudzenia mogą reagować na dwa przeciwne sposoby. Reakcje te albo korespondują z progiem pobudzenia (pasywność względem bodźca), albo są do niego w opozycji (aktywne unikanie bodźca). Oznacza to, że osoby o niskim progu pobudzenia mogą albo czynnie unikać bodźców (np. poprzez rezygnowanie z niektórych aktywności), albo się

¹ 321565@uwr.edu.pl, SKN Kostka, Wydział Nauk Biologicznych, Uniwersytet Wrocławski.

im poddawać, co będzie skutkowało przestymulowaniem, a osoby o wysokim progu pobudzenia mogą albo czynnie poszukiwać wrażeń sensorycznych, albo charakteryzować się niską reaktywnością [2].

SPD nie należy mylić z SPS (ang. *Sensory Processing Sensitivity*), czyli wrażliwością przetwarzania sensorycznego, która może charakteryzować aż 20% populacji ludzkiej i jest efektem ewolucji. Podwyższona wrażliwość na bodźce skutkuje lepszą reakcją w sytuacjach zagrożenia, więc SPS nie jest zaburzeniem jak SPD, a strategią przetrwania. SPS można zauważyć nie tylko u ludzi, ale także u innych gatunków [6]. Osoby z SPS mogą reagować na bodźce w sposób podobny do osób z nadwrażliwością sensoryczną, ale nie z niedowrażliwością, ponieważ cechuje je głębszy proces poznawczy, większa wrażliwość na otoczenie i wyższy poziom reaktywności emocjonalnej. Efekt nadmiernej stymulacji również może być podobny jak w przypadku osób z SPD. Nadmiernie wrażliwi czują się przytłoczeni zbyt jasnym światłem, hałasem, ostrymi zapachami, dotykiem niektórych materiałów, zupełnie tak jak osobny z SPD. Przestymulowanie osoby o niskim progu pobudzenia i osoby wrażliwej będzie miało podobne konsekwencje w postaci irytacji, złego samopoczucia, a nawet ataku paniki. Różnica w SPS i SPD polega jednak na tym, że w przypadku SPD podłożem jest proces zachodzący w układzie nerwowym [7].

Dotychczasowe badania skupiają się na SPD u dzieci, szczególnie dzieci w spektrum autyzmu. Niewiele prac porusza jednak problem tego, jak brak terapii integracji sensorycznej w dzieciństwie wpływa na funkcjonowanie w dorosłym życiu. Przyczyną tego stanu rzeczy są nieaktualne poglądy sugerujące, że tylko mózg dziecka zdolny jest do zmian (w tym poprawy funkcjonowania). Dziś wiadomo już, że plastyczność neuronalna układu nerwowego pozwala na skuteczną terapię również w przypadku młodzieży i dorosłych [2].

Celem niniejszej pracy jest podsumowanie wyników najnowszych badań na temat zaburzeń integracji sensorycznej u osób dorosłych, opisanie ewentualnych zależności między SPD a innymi zaburzeniami oraz określenie, jakie skutki może mieć niezastosowanie terapii sensorycznej w dorosłym życiu.

2. Klasyfikacja SPD

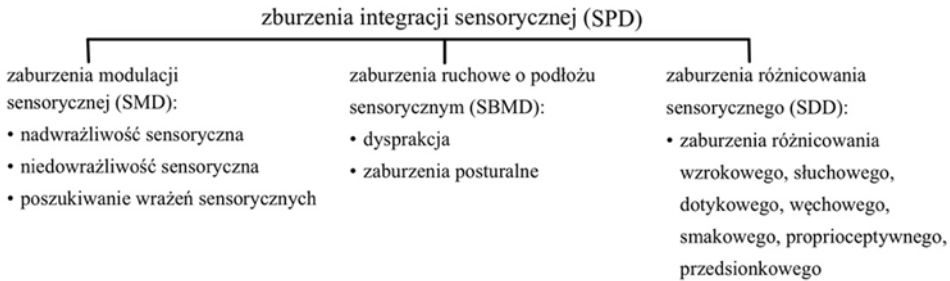
SPD można podzielić ze względu na trudności związane z danym typem zaburzeń. Wyróżnia się trzy podstawowe kategorie:

- zaburzenia modulacji sensorycznej (SMD, ang. *Sensory Modulation Disorder*);
- zaburzenia ruchowe o podłożu sensorycznym (SBMD, ang. *Sensory-Based Motor Disorder*);
- zaburzenia różnicowania sensorycznego (SDD, ang. *Sensory Discrimination Disorder*) [8].

SMD dotyczą problemów z prawidłowym odbieraniem wrażeń sensorycznych za pomocą zmysłów. Wyróżniamy tu nadwrażliwość sensoryczną, niedowrażliwość sensoryczną, a także poszukiwanie wrażeń. Dzieci poszukujące wrażeń sensorycznych najczęściej mogą otrzymać błędną diagnozę zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, ang. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) ze względu na sposoby zapewniania sobie dodatkowych bodźców poprzez np. rzucanie się na ściany, popychanie innych dzieci, gryzienie ołówków [9].

Do SBMD zaliczamy dyspraksję, czyli deficyty w motoryce związane z ograniczoną zdolnością planowania ruchu, oraz zaburzenia posturalne, które objawiają się m.in. podtrzymywaniem głowy podczas siedzenia przy biurku, a spowodowane są obniżonym napięciem mięśniowym [8].

SDD to zaburzenia związane z brakiem umiejętności odróżniania od siebie bodźców. Mogą one dotyczyć każdego ze zmysłów osobno lub dotyczyć kilku układów zmysłu jednocześnie. Przykładem zaburzenia różnicowania wzrokowego jest trudność w odróżnianiu od siebie liter. Zaburzenie różnicowania słuchowego będzie natomiast objawiało się problemem z odróżnianiem od siebie dźwięków [8, 9].



Rysunek 1. Klasyfikacja SPD. Źródło: opracowanie własne na podstawie [8]

3. SPD a zaburzenia odżywiania

Selektywność żywieniowa występuje u wielu dzieci w wieku, w którym zaczynają poznawać coraz więcej nowych smaków. Choć często jest tylko przejściową fazą rozwoju dziecka, może być też objawem m.in. SPD czy autyzmu. Wybiórczość jedzeniowa związana z SPD wynika z zaburzonego odbioru zapachu, smaku i przede wszystkim tekstury posiłków. Objawia się ona chęcią spożywania poznanych już produktów spożywczych o niezmiennym konsystencji, smaku i zapachu. W praktyce oznacza to, że menu osoby z SPD może pozostawać niezmiennie przez wiele dni [10].

Niedowrażliwość może skutkować brakiem odczuwania głodu, co w konsekwencji prowadzi do ograniczenia przyjmowania posiłków, a co za tym idzie – obniżenia masy ciała. Do obniżenia masy ciała prowadzi również brak apetytu związany ze stresem spowodowanym nadmierną stymulacją osób o niskim progu wrażliwości sensorycznej. Podwyższony poziom stresu, o ile nie jest chroniczny, może prowadzić także do nadmiernego spożywania cukru, co jest podłożem złego odżywiania [10, 11]. Brak terapii integracji sensorycznej powoduje, że nieprawidłowe nawyki żywieniowe stają się elementem dorosłego życia. Niedopasowanie składu odżywczej diety do potrzeb organizmu poprzez ograniczenie różnorodności spożywanych posiłków prowadzi do niedożywienia jakościowego [12].

W badaniu przeprowadzonym na dorosłych kobietach hospitalizowanych z powodu jadłowstrętu psychicznego (AN, ang. *Anorexia Nervosa*) i żarłoczości psychicznej (BN, ang. *Bulimia Nervosa*) wykazano zależność między SMD i AN zarówno w ostrej fazie AN, jak i po powrocie do poprawnej masy ciała. Nadwrażliwość sensoryczna charakteryzowała pacjentki z AN. Pacjentki cierpiące na BN wykazywały natomiast niedowrażliwość, jednak nie była ona na poziomie sugerującym SPD [13]. Aby określić, czy SPD może być czynnikiem ryzyka dla zachorowania na AN, należałoby jednak przeprowadzić dalsze badania.

4. SPD a zaburzenia w spektrum autyzmu

SPD są zaburzeniami często towarzyszącymi zaburzeniom ze spektrum autyzmu (ASD), jednak dopiero ostatnie badania odróżniły je od siebie, dowodząc, że SPD związane są z charakterystycznymi nieprawidłowościami mikrostrukturalnymi istoty białej mózgu [14]. Symptomami typowymi zarówno dla SPD, jak i ASD są m.in. trudności w komunikacji werbalnej i niewerbalnej czy powtarzalność zachowań. Dzieci z diagnozą ASD często diagnozowane są również z SPD, jednak osoby, u których pierwotnie stwierdzono SPD, niekoniecznie są później diagnozowane z ASD. SPD mogą być zatem uznane za symptom autyzmu, ale nie na odwrót [9]. Z tego powodu od 2013 roku nadwrażliwość sensoryczna i niedowrażliwość sensoryczna uznawane są za kryterium diagnostyczne ASD [15]. Nadwrażliwość sensoryczna powiązana jest z występowaniem zaburzeń lękowych, depresji oraz insomnii [15]. Czynniki te istotnie wpływają na jakość życia także w dorosłym życiu, dlatego ważne jest wdrożenie terapii sensorycznej. Nadwrażliwość na hałas może skutkować wycofaniem, co może prowadzić do problemów z tworzeniem i utrzymaniem kontaktów społecznych, a w rezultacie do depresji. Zaburzenia różnicowania wzrokowego przejawiają się u osób z ASD trudnościami z rozpoznawaniem twarzy i emocji wyrażanych mimiką, co również może wpływać negatywnie na utrzymywanie relacji społecznych [16]. SPD jako kryterium diagnostyczne autyzmu istotne są szczególnie podczas diagnozowania kobiet. Dotychczasowe kryteria diagnostyczne nie uwzględniały różnic płciowych, co skutkowało wysokim stosunkiem liczby zdiagnozowanych chłopców i mężczyzn w porównaniu do zdiagnozowanych dziewcząt i kobiet (4 : 1) [17]. Brak diagnozy klinicznej u dziewcząt rzutuje m.in. na ich relacje rodzinne, a w dorosłym życiu może skutkować błędnymi diagnozami depresji czy zaburzeń osobowości [18].

W przypadku, gdy dziecko zdiagnozowane z ASP ma również objawy SPD, terapia pomocna jest w złagodzeniu tych objawów. Pomimo braku możliwości całkowitego wyleczenia SPD terapia skupiona na indywidualnych potrzebach pacjenta może pomóc w prawidłowym funkcjonowaniu w środowisku. Ekspozycja na zróżnicowane czynniki może pomóc w ich tolerowaniu, podobnie jak jest to w przypadku terapii ekspozycyjnej mającej zniwelować fobie. Terapeuta może też przedstawić mechanizmy radzenia sobie podczas przestymulowania. Ponieważ jednak SPD nie jest do końca poznanym zaburzeniem, a efekty terapii nie są dogłębnie zbadane, terapia nieczęsto jest pacjentom zalecana [19]. Z tego powodu należałoby skupić się na dalszych badaniach efektywności terapii sensorycznej, która poprawnie zaimplementowana mogłaby pozytywnie wpłynąć na jakość życia pacjenta.

5. Życie dorosłych z zaburzeniami integracji sensorycznej

Jednym z wymienianych źródeł frustracji u dorosłych z nadwrażliwością sensoryczną (SOR, ang. *Sensory Over-Responsivity*) jest zmysł słuchu. Większość osób biorących udział w badaniu mającym na celu analizę jakości życia osób z SOR wspomniało o niechęci do dźwięku żucia gumy. W niektórych przypadkach niechęć ta była tak silna, że wpływała na jakość wykonywanej pracy (konieczne było opuszczenie biura, gdy współpracownik żuł gumę). Znaczna część badanych jako problematyczną wymieniała także nadwrażliwość zmysłu dotyku. W tym przypadku za powód irytacji podawane były zbyt ciasne ubrania i drapiące metki. Intensywne negatywne reakcje w postaci uczucia gorąca i złości zmuszały badanych do ograniczenia się do wyłącznie bawełnianych ubrań.

Wybiórczość jedzeniowa występowała niemal u wszystkich osób badanych, jednak był to jedyny symptom, który z wiekiem stawał się mniej odczuwalny w codziennym życiu. Ankietowani przyznawali, że chociaż w dzieciństwie jadali bardzo mało zróżnicowane posiłki, w miarę upływu czasu udawało im się urozmaicać swoją dietę coraz bardziej [20].

Codziennie życie osób z SOR jest przepełnione sytuacjami, w których osoby te czują się przytłoczone i zdekoncentrowane. Aktywne unikanie takich sytuacji, które obserwuje się u osób nadwrażliwych, prowadzi do obniżenia ich umiejętności społecznych, a to w rezultacie prowadzi do uczucia samotności i depresji. Badania wykazują również istnienie istotnej korelacji pomiędzy SOR a zaburzeniami lękowymi oraz bardziej intensywnym odczuwaniem bólu. Wyniki kwestionariuszy badających jakość życia związaną ze zdrowiem sugerują, że osoby dorosłe z SOR charakteryzują się generalnie słabszym zdrowiem [21]. Jakość snu także jest istotnie gorsza u osób z SOR niż u osób bez zaburzeń integracji sensorycznej. U badanych charakteryzujących się niższą jakością snu występowała wyższa wrażliwość dotykowa oraz słuchowa. Przyczyną insomnii może być zatem niemożność filtrowania bodźców dochodzących z ze środowiska zewnętrznego podczas snu. Niedowrażliwość sensoryczna powiązana jest natomiast z lepszą jakością snu, ponieważ nie jest on zaburzany bodźcami o zbyt niskiej intensywności, by przekroczyć podwyższony próg wrażliwości [22].

SOR wpływa zatem na wiele dziedzin życia, zaburzając je. W szczególności dotknięty zostaje stan psychiczny, na który negatywnie wpływają nie tylko problemy z utrzymaniem poprawnych relacji społecznych w domu czy pracy, ale i ciągłe napięcie związane z przebodźcowaniem.

Nie tylko nadwrażliwość sensoryczna związana jest z zaburzeniami lękowymi. Niedowrażliwość również przyczynia się do odczuwania podwyższonego lęku, szczególnie u mężczyzn [23]. Dotychczasowe badania naukowe skupiają się jednak na efektach nadwrażliwości sensorycznej, pozostawiając pole do dalszych badań nad śladami niedowrażliwości sensorycznej w dorosłym życiu.

6. Podsumowanie

Zaburzenia integracji sensorycznej są diagnozowane coraz częściej i dotyczą wiele sfer życia, niewiele jest jednak badań skupiających się na SPD występujących u osób dorosłych. Dotychczas opisane zostały korelacje między nadwrażliwością sensoryczną a niższą jakością snu, występowaniem zaburzeń lękowych czy depresją. Istnienie tych korelacji sugeruje, że powinna zostać wdrożona terapia w celu podniesienia jakości życia osób z SPD. W przyszłych badaniach powinien również zostać położony nacisk na wpływ niewrażliwości sensorycznej oraz pozostałe typy SPD, które są pomijane w aktualnych pracach naukowych, na jakość życia osób dorosłych. Diagnoza SPD może być też istotną podstawą dalszej diagnozy w kierunku autyzmu, co w przypadku kobiet może ograniczyć liczbę błędnie stawianych diagnoz depresji czy zaburzeń lękowych, a więc i znacznie przyspieszyć diagnostykę.

Literatura

1. Stańczyk M., *Zaburzenia integracji sensorycznej a trudności w nauce*, *Życie Szkoły*, 3, 2014, s. 10-13.
2. Wiśniewska M., *Czy nie za stary na integrację sensoryczną? Rola integracji sensorycznej w terapii dorosłych z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego*, 2022, s. 20-24.

3. Galiana-Simal A., Vela-Romero M., Romero-Vela V.M., Oliver-Tercero N., García-Olmo V., Benito-Castellanos P.J., Muñoz-Martinez V., Beato-Fernandez L., *Sensory processing disorder: Key points of a frequent alteration in neurodevelopmental disorders*, Cogent Medicine, 7/1, 2020.
4. Rodden J., *What Is Sensory Processing Disorder: Related Questions*, <https://www.additudemag.com/what-is-sensory-processing-disorder/> [data dostępu: 06.01.2023].
5. Dunn W., *The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and their families: a conceptual model*, Infants and Young Children, 9(4), 1997, s. 23-35.
6. Aron E., Allen-Williams B., Strickland J., *FAQ: Is Sensory Processing (or Integration) Disorder (SPD) the same as Sensory Processing Sensitivity (SPS)? – The Highly Sensitive Person*, <https://hsperson.com/faq/spd-vs-sps/> [data dostępu: 07.01.2023].
7. Acevedo B., *What is Sensory Processing Sensitivity? Traits, Insights, and ADHS Links*, <https://www.additudemag.com/highly-sensitive-person-sensory-processing-sensitivity-adhd/> [data dostępu: 07.01.2023].
8. Wenczyński B., *Zaburzenia integracji sensorycznej oraz ich oddziaływanie na rozwój dziecka w wieku przedszkolnym – w oparciu o teorię i praktykę pedagogiczną*, Kraków 2019.
9. Lonkar H., *An Overview of Sensory Processing Disorder*, Western Michigan University 2014.
10. Dorfman K., *More Than Picky Eating: ARFID, SPD, and Other Conditions Linked to Feeding Difficulties in Children*, 2022, <https://www.additudemag.com/picky-eating-arfid-spd-autism-adhd/> [data dostępu: 08.01.2023].
11. McGuire J., *Exploring Sensory Process Disorders Connection to Eating Disorders*, Eating Disorder Hope, 2017, <https://www.eatingdisorderhope.com/blog/connection-sensory-process-ed> [data dostępu: 08.01.2023].
12. Zelman K., *Picky vs. Problem Eater: A Closer Look at Sensory Processing Disorder – Food & Nutrition Magazine*, 2014, <https://foodandnutrition.org/september-october-2014/picky-vs-problem-eater-closer-look-sensory-processing-disorder/> [data dostępu: 08.01.2023].
13. Brand-Gothelf A., Parush S., Eitan Y., Admoni S., Gur E., Stein D., *Sensory Modulation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Pilot Study*, Int. J. Eat. Disord., 49(1), 2016, s. 59-68, doi: 10.1002/eat.22460.
14. Owen J.P., Marco E.J., Desai S., Fourie E., Harris J., Hill S.S., Arnett A.B., Mukherjee P., *Abnormal white matter microstructure in children with sensory processing disorders*, NeuroImage: Clinical, 2, 2013, s. 844-853, doi: 10.1016/j.nicl.2013.06.009.
15. Yuan H.L., Lai C.Y.Y., Wong M.N.K., Kwong T.C., Choy Y.S., Mung S.W.Y., Chan C.C.H., *Interventions for Sensory Over-Responsivity in Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Narrative Review*, Children, 9(10), 2022, doi: 10.3390/children9101584.
16. Thyé M.D., Bednarz H.M., Herringshaw A.J., Sartin E.B., Kana R.K., *The impact of atypical sensory processing on social impairments in autism spectrum disorder*, Dev Cogn Neurosci, 29, 2018, s. 151-167, doi: 10.1016/j.dcn.2017.04.010.
17. Loomes R., Hull L., Mandy W.P.L., *What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 56(6), 2017, s. 466-474, doi: 10.1016/j.jaac.2017.03.013.
18. Bargiela S., Stewart R., Mandy W., *The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype*, J Autism Dev Disord, 46(10), 2016, s. 3281-3294, doi: 10.1007/s10803-016-2872-8.
19. Longo S., *Sensory Processing Disorder vs. Autism: Understanding the Differences*, Autism Parenting Magazine, 2021, <https://www.autismparentingmagazine.com/autism-sensory-processing-disorder/> [data dostępu: 22.01.2023].

20. Ahn S.K., *Life as a sensory over-responsive adult: social/emotional challenges, coping mechanisms and treatments*, 2013, Smith College, Northampton.
21. Kinnealey M., Patten K., Smith S., *Relationships Between Sensory Modulation and Social Supports and Health-Related Quality of Life*, The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association, 65, 2011, s. 320-327, doi: 10.5014/ajot.2011.001370.
22. Engel-Yeger B., Shochat T., *The relationship between sensory processing patterns and sleep quality in healthy adults*, Can J Occup Ther, 79(3), 2012, s. 134-141, doi: 10.2182/cjot.2012.79.3.2.
23. Engel-Yeger B., Dunn W., *The Relationship between Sensory Processing Difficulties and Anxiety Level of Healthy Adults*, British Journal of Occupational Therapy, 74(5), 2011, s. 210-216, doi: 10.4276/030802211X13046730116407.

Ślady zaburzeń integracji sensorycznej w dorosłym życiu

Streszczenie

Wiedza na temat zaburzeń integracji sensorycznej coraz bardziej się poszerza. Badania skupiają się jednak głównie na zaburzeniach występujących w wieku dziecięcym. Wiele prac poświęconych jest sposobowi diagnozy dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej i sposobom późniejszej terapii. Niewiele uwagi poświęca się natomiast wpływowi wspomnianych zaburzeń na funkcjonowanie w życiu dorosłym.

Celem pracy było podsumowanie wyników badań dotyczących zaburzeń integracji sensorycznej u osób dorosłych, z uwzględnieniem związku między tymi zaburzeniami a ASD. Szczególną uwagę zwrócono na wpływ, jaki ma brak terapii na funkcjonowanie w późniejszych etapach życia, oraz związek między zaburzeniami integracji sensorycznej i zaburzeniami odżywiania. Poruszony został temat selektywności i rytualności jedzeniowej jako sygnałów do dalszej diagnozy w kierunku zarówno ASD, jak i zaburzeń integracji sensorycznej.

Nieprawidłowe odbieranie bodźców wpływa negatywnie nie tylko na sferę ruchową, ale i emocjonalną, co może prowadzić do trudności związanych z nawiązywaniem kontaktów społecznych czy problemów z agresją. To może znacznie rzutować na codzienne funkcjonowanie osób dorosłych z zaburzeniami integracji sensorycznej, istotne jest zatem kontynuowanie badań w tym kierunku.

Słowa kluczowe: integracja sensoryczna, modulacja sensoryczna, autyzm, jadłowstręt psychiczny

Traces of sensory integration disorder in adulthood

Abstract

Knowledge of sensory integration disorders is increasingly expanding. However, research is mainly focused on disorders that occur in childhood. Many research papers are devoted to how children with sensory integration disorders are diagnosed and how they are treated later but little attention is paid to the impact of the aforementioned disorders on functioning in adult life.

The purpose of this study was to summarize the results of research on sensory integration disorders in adults, considering the relationship between these disorders and ASD. Particular attention was paid to how lack of therapy affects functioning in later life, and the relationship between sensory integration disorders and eating disorders. The topic of selectivity and eating ritualism as signals for further diagnosis for both ASD and sensory integration disorders was addressed.

Abnormal perception of stimuli negatively affects not only the motor sphere, but also the emotional sphere, which can lead to difficulties with social interaction or aggression problems. This can significantly affect the daily functioning of adults with sensory integration disorders, so it is important to continue research in this direction.

Keywords: sensory processing, sensory modulation, autism, anorexia nervosa

Poporodowe zaburzenia psychiatryczne: epidemiologia, czynniki ryzyka i strategie interwencji – przegląd literatury

1. Wprowadzenie

Pierwsze przypadki psychiatrycznych zaburzeń poporodowych rozpoznawano już w czasach starożytnych. Najstarszy znany opis tego typu pochodzi z 400 roku p.n.e., a jego autorstwo przypisuje się Hipokratesowi [1]. Podobne doniesienia można odnaleźć w pochodzącym z I wieku n.e. traktacie Soranusa z Efezu *Gynaeciorum Libri IV*, w którym opisał występujące u części jego pacjentek zaburzenia depresyjne związane z porodem [2]. Mimo upływu wieków zaburzenia te pozostają w dalszym ciągu szeroko badane ze względu na rosnące rozpowszechnienie w populacji. Występowanie zaburzeń depresyjnych może dotyczyć do 14% matek [3], natomiast objawy syndromu *baby blues* mogą występować nawet u 40-80% kobiet [4, 5]. Szacuje się, że w okresie połogu około 85% kobiet doświadcza pewnego rodzaju zaburzeń nastroju [6]. Rzadziej występująca, choć zdecydowanie najpoważniejsza spośród okołoporodowych zaburzeń psychiatrycznych, psychoza poporodowa dotyczy natomiast 1-2 na 1000 matek [7].

2. Metodologia

Celem niniejszej publikacji było przedstawienie obecnego stanu wiedzy w tematyce poporodowych zaburzeń psychiatrycznych oraz odpowiedź na pytanie: jakie czynniki i w jaki sposób mogą wpływać na ryzyko wystąpienia wspomnianych zaburzeń? Podczas zbierania danych do niniejszego opracowania wykorzystano wyszukiwarki PubMed oraz Google Scholar. Strategia wyszukiwania obejmowała słowa kluczowe takie jak *postpartum depression*, *baby blues*, *postpartum psychosis* w połączeniu z *exercises*, *diet*, *risk factors*, *epidemiology*, *non pharmacological interventions*, *recommendations*, *prevention*, *hormones*, *general practitioner*. W skład opracowania włączono artykuły oryginalne oraz przeglądy systematyczne. Artykuły i abstrakty zarchiwizowano w formie elektronicznej – jako pliki w formacie PDF. Następnie opisano najistotniejsze zagadnienia tego zakresu tematycznego. Podczas analiz brano pod uwagę piśmiennictwo dostępne w języku polskim i angielskim, publikowane w okresie lat 2001-2023.

3. Epidemiologia i diagnostyka psychiatrycznych zaburzeń poporodowych – analiza literatury

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11, ang. *International Classification of Diseases 11th Revision*), sporządzonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, ang. *World Health Organization*), zaburzenia psychiatryczne okresu poporodowego

¹ piotr.juda@student.uj.edu.pl, Studenckie Koło Naukowe Humanistyki Medycznej, Wydział Lekarski, Kierunek Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

² milena1997.nowak@student.uj.edu.pl Studenckie Koło Naukowe Humanistyki Medycznej, Wydział Lekarski, Kierunek Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

³ lukasz.konrad.wojcik@student.uj.edu.pl, Studenckie Koło Naukowe Humanistyki Medycznej, Wydział Lekarski, Kierunek Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

zostały sklasyfikowane jako: *zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania związane z ciążą, porodem lub pologiem, z lub bez objawów psychotycznych* [8]. Stanowią one zespoły objawów ujawniające się od około 6. do 12. tygodnia od porodu. W przypadku depresji poporodowej obserwuje się objawy typowe dla epizodu dużej depresji, takie jak obniżony nastrój, anhedonia, niskie poczucie własnej wartości, zaburzenia snu, spowolnienie psychoruchowe oraz zmiana apetytu. Często wyróżnia się również bardziej swoiste dla tej jednostki symptomy, jak poczucie małej atrakcyjności, poczucie bycia „złą matką” i wynikające z niej trudności w okazywaniu pozytywnych emocji bliskim osobom, oraz występowanie niepokojących i natrętnych myśli o skrzywdzeniu własnego dziecka [8-10]. Diagnozy depresji poporodowej należy dokonywać nie wcześniej niż po 2 tygodniach od wystąpienia pierwszych objawów, a badania przesiewowe najlepiej wykonywać między 2. tygodniem a 6. miesiącem od porodu [11]. Utrzymywanie się wyżej wymienionych objawów poniżej 2 tygodni od porodu na ogół związane jest z wystąpieniem syndromu *baby blues*, który najczęściej ustępuje bez leczenia, w 7.-10. dobie po porodzie [12, 13]. W przekazie medialnym niejednokrotnie można napotkać stwierdzenia, że *baby blues* to naturalna przypadłość dotycząca większości kobiet po porodzie, dotyka bowiem od 40% do 80% wszystkich matek [4, 5]. Autorzy publikacji poświęconych temu zagadnieniu podkreślają jednak, że może ono stanowić wstęp do rozwinięcia się depresji poporodowej (dotyczy ona około 14% kobiet [3]), wyczerpującej definicję zawartą w ICD-11 [14].

Jako najpoważniejsze z poporodowych zaburzeń psychiatrycznych podaje się psychozę poporodową. Zaczyna się często w pierwszych dniach lub tygodniach po porodzie jako depresja, mania lub jako naprzemienne występowanie tych stanów [8-10]. Około 6. tygodnia od porodu pojawiają się charakterystyczne objawy psychotyczne, jak: urojenia, omamy, paranoja [8-10, 15]. Ponadto psychoza poporodowa często wiąże się ze współwystępowaniem choroby afektywnej dwubiegunowej i wymaga w tym wypadku niezwłocznej hospitalizacji oraz wdrożenia farmakoterapii [16]. Psychoza poporodowa jest znacznie rzadsza niż poporodowa depresja i występuje u około 1-2 na 1000 kobiet.

Do badania depresji poporodowej na przestrzeni lat opracowano odpowiednie techniki identyfikacyjne. Jedną z nich jest istniejąca od kilkudziesięciu lat Edynburska Skala Depresji Poporodowej opisana przez Coxa i wsp. w 1987 roku [17], badająca stan emocjonalny kobiet w okresie połogu, walidowana od czasu jej powstania do obecnych standardów przez Johanne Smith-Nielsen i wsp. [18]. W polskich rekomendacjach autorstwa Moniki Dominiak i wsp. zwraca się uwagę na rolę badań przesiewowych, a szczególnie na badania z wykorzystaniem Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej co najmniej dwa razy – raz w czasie trwania ciąży oraz między 6. a 8. tygodniem po narodzinach dziecka. Dodatkowo ocenę zaleca się 3 dni po porodzie w czasie hospitalizacji [19]. W praktyce pomocne okazują się także Skala Depresji Becka (BDI) i Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (PHQ-9). Jak podaje Gustavo Moraes i wsp., objawy zaburzeń diagnozowano najczęściej u kobiet do 3 miesięcy od porodu, ale w pewnych wypadkach nawet do 12 miesięcy po nim [20]. Istotna w kontekście diagnostyki jest więc duża czujność lekarza opiekującego się kobietą i dzieckiem. Stąd, jak podaje Silke Pawils i wsp., lekarz rodzinny oraz pediatra powinni zwiększyć uwagę na obecność u kobiet objawów charakterystycznych dla zaburzeń psychicznych w tym okresie, gdyż według badania wykrywają je oni rzadziej niż ginekolodzy czy położne [21].

4. Czynniki ryzyka występowania zaburzeń psychiatrycznych po porodzie – analiza wyników badań empirycznych

Rozważania na temat czynników ryzyka psychicznych zaburzeń poporodowych należy rozpocząć od przybliżenia kontekstu społecznego i okoliczności towarzyszących kobiecie w okresie ciąży, porodu, połogu oraz w wychowaniu nowo narodzonego dziecka. W badaniu z 2001 roku ustalono trzy najważniejsze społeczne stresory u młodych matek. Były to kolejno: (1) uświadomienie faktu przyjęcia roli macierzyńskiej, (2) brak wsparcia społecznego oraz (3) zmiany sylwetki. Warto jednak zaznaczyć, że możliwe jest występowanie różnic w wynikach dla poszczególnych krajów w zależności od obowiązujących norm kulturowych [22].

Katherine Thompson i wsp. podają, że presja społeczna, wywołująca u kobiet potrzebę szybkiego powrotu do sylwetki sprzed ciąży, często prowadziła do występowania zaburzeń odżywiania [23]. Ponadto wpływ wysokich oczekiwań społecznych może być wzmacniany dodatkowo przez zniekształcony obraz świata przedstawiany w mediach [24].

W kontekście wsparcia społecznego istotnymi czynnikami ryzyka mogą być również dysfunkcyjność rodziny czy też niestabilne relacje z partnerem lub bliskimi. Według Aslam Mehnaz i wsp. sprzyjają one rozwojowi zaburzeń poporodowych. W przypadku konfliktu małżeńskiego szansa rozwoju zaburzenia zwiększona jest 13,3 razy (AOR = 13,3; 95% CI 2,2-77,6), negatywnej relacji z teściami – 5,1 razy (AOR = 5,1; 95% CI 1,3-20,5), natomiast nadużywania używek przez partnera – 3,1 razy (AOR = 3,1; 95% CI 1,1-9,0) [25]. W badaniu Sabriny Faleschini i wsp. badacze ustalili, że stabilność relacji społecznych, szczególnie w związku z partnerem, sprzyja zwiększeniu ilości ruchu u kobiet po porodzie (OR 1,36, 95% CI [1,01, 1,82]) [26].

Nowa rola społeczna matki prowadzi do zmiany jej nawyków w ciągu doby. Analizę zmian w życiu młodych matek przeprowadzono w badaniu z 2018 roku. W badaniu tym oceniono podawane przez matki główne przyczyny spadku aktywności fizycznej po porodzie. Najczęstsze odpowiedzi dotyczyły zmniejszenia ilości czasu wolnego, przemęczenia oraz niedoboru snu, związanych z opieką nad dzieckiem oraz natłokiem prac domowych [27].

Chroniczne przemęczenie stanowi szczególny czynnik nakręcający spiralę poporodowych zaburzeń psychicznych [27], przy czym może się ono utrzymywać nawet do 19 miesięcy od porodu [28]. Ponadto ocenia się, że przewlekłe przemęczenie może utrudniać kobiecie odnalezienie się w nowej roli matki, co jest jednym z głównych stresorów społecznych, sprzyjających występowaniu poporodowych zaburzeń psychicznych [22, 29].

Jednym z ważniejszych niespołecznych czynników wpływających ochronnie na zdrowie psychiczne matki jest karmienie niemowlęcia piersią [30-32]. Metaanaliza Mengjie Xia i wsp. z 2022 roku, która objęła wyniki badań przeprowadzonych w sumie na 18 570 kobietach, ukazała, że karmienie dziecka wyłącznie piersią redukuje ryzyko wystąpienia depresji poporodowej o około 14% (OR = 0,86, 95% CI 0,77-0,94, I^2 = 51,78%). Badacze dokonali również porównania wyłącznego karmienia piersią z karmieniem niemowlęcia naprzemiennie piersią i butelką. Ryzyko wystąpienia depresji poporodowej różniło się o około 8% (OR = 0,92, 95% CI 0,86-0,98, I^2 = 13,86%, P = 0,31), na korzyść karmienia jedynie piersią [33]. W swojej pracy Juliana Castro de Avilla i wsp. wykazali związek pomiędzy wyższą satysfakcją matek z karmienia piersią a brakiem objawów depresji poporodowej [34].

Ai Zhao i wsp. dokonali analizy jadłospisu w grupie 950 kobiet, co pozwoliło na wyciągnięcie wniosków, że zła dieta, tj. wysokie spożycie mięsa i jajek oraz niskie spożycie warzyw, koreluje dodatnio z częstością rozwoju objawów depresyjnych przez tę grupę pacjentek (OR = 1,26, 95% CI: 1,10-1,44) [35]. W badaniu Yanpin Wang i jej zespołu dotyczącym oceny stężeń witaminy D w surowicy w grupie kobiet ciężarnych i karmiących piersią stwierdzono, że u badanych z nieprawidłowymi jej poziomami w 15,9% przypadków możliwe było rozpoznanie depresji poporodowej. W grupie tej obserwowano również zwiększoną częstość występowania tego zaburzenia oraz większą liczbę zgłaszanych objawów depresyjnych niż w grupie kobiet z prawidłowymi wartościami stężeń witaminy D w surowicy. Deficyt tej witaminy wiązał się z 1,71 razy większą szansą na wystąpienie u matki depresji poporodowej (OR = 1,71, 95% CI: 1,01-2,88, $p = 0,044$) [36]. Shirin Amini i jej zespół w swym badaniu wykazali, że suplementacja witaminy D sprzyja redukcji objawów depresyjnych [37]. Podobne korzyści mogą być osiągnięte dzięki suplementacji kwasów Ω -3 [38].

Analiza wpływu ćwiczeń fizycznych na częstość występowania objawów depresji, przeprowadzona przez Beth Lewis i wsp. w grupie 450 kobiet, wykazała występowanie związku między aktywnością fizyczną a mniejszym odczuwaniem stresu poporodowego w grupie badanych kobiet poddanych ćwiczeniom w porównaniu z grupą objętą zwykłą opieką ($b = -1,00$, SE = 0,46, $p = 0,03$) [39, 31]. Opublikowana w 2019 roku metaanaliza Aurélie Nakamury i wsp. sugeruje istotny wpływ niskiej i umiarkowanej aktywności fizycznej na spadek występowania depresji poporodowej (SMD = $-0,22$, 95% CI $(-0,42-0,01)$, $p = 0,04$; $I^2 = 86,4\%$) względem kobiet z grup kontrolnych [40].

W związku z wysokim poziomem stresu, który towarzyszy okresowi połogu, badacze zwracają uwagę na znaczenie osi podwzgórze–przysadka–nadnercza w rozwoju poporodowych zaburzeń psychiatrycznych [41]. Zwiększone wydzielanie hormonu adrenokortykotropowego na początku trzeciego trymestru ciąży związane jest ze stymulacją kory nadnerczy do zwiększonego wydzielania kortyzolu, który niezbędny jest do prawidłowego dojrzwania płuc płodu [42]. Gwałtowny spadek wydzielania tych hormonów po porodzie może prowadzić do dysregulacji osi podwzgórze–przysadka–nadnercza i przyczynić się do występowania objawów depresji i lęku w przypadku kobiet z grupy ryzyka [43]. Na rozwój depresji poporodowej mogą mieć wpływ również zaburzenia w gospodarce hormonalnej tarczycy [41, 44, 33, 36] oraz zmiany stężeń hormonów steroidowych gonad w okresie okołoporodowym [45, s. 113].

Badanie Kathryn Howard i jej zespołu, dotyczące wpływu zmiennych zależnych od matki, dostarczyło podstaw do wnioskowania, że szczególną rolę w rozwoju objawów depresji poporodowej odgrywają trzy czynniki, tj. odczuwane po porodzie zmęczenie ($r = 0,701$, $p < 0,001$) (95% CI (3,338-18,369), $p = 0,007$), przychód gospodarstwa domowego ($r = -0,442$, $p = 0,035$) (95% CI $(-12,370-0,44)$, $p = 0,037$) oraz BMI matki ($r = 0,473$, $p = 0,020$) (95% CI (4,733-52,607), $p = 0,021$). Czynniki te były dodatnio skorelowane z rozwinięciem depresji porodowej u matek w czasie kolejnych 6 miesięcy od porodu [46]. Podobny wpływ obserwuje się również w przypadku zgłaszanego w wywiadzie niskiego poziomu wsparcia społecznego, przemocy domowej [41] oraz w przypadku związanych z ciążą traumatycznych wspomnień [9, s. 317]. Wyniki metaanalizy Naonori Yasumy i wsp. wskazują na znaczenie przed- i poporodowej interwencji psychologicznej w prewencji wystąpienia poporodowej depresji (SMD = 0,37, 95% CI = 0,08-0,66, $I^2 = 84\%$, $p < 0,001$) w porównaniu z grupami kontrolnymi,

w których kobiety nie miały do niej dostępu [47]. Pojawieniu się depresji poporodowej sprzyjają również występujące wcześniej (przed ciążą) epizody depresji oraz zaburzenia snu w okresie okołoporodowym [48]. Angela Incollingo Rodriguez i wsp. wykazali związek pomiędzy doświadczaniem stresu akulturacyjnego przez matki pochodzenia mniejszościowego a długością telomerów w komórkach krwi badanych kobiet, których skrócenie z kolei skorelowane było dodatnio z nasileniem objawów depresji poporodowej [49]. Richard Wesseloo i wsp. podkreślają zwiększone ryzyko wystąpienia objawów psychiatrycznych u kobiet wcześniej chorujących na chorobę afektywną dwubiegunową [50].

5. Profilaktyka i interwencje lecznicze w przebiegu zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym

Dzięki znajomości czynników ryzyka występowania poporodowych zaburzeń psychiatrycznych możliwe jest holistyczne podejście profilaktyczne. Podkreśla się duże znaczenie społecznego i rodzinnego wsparcia oraz psychoedukacji w grupie kobiet w okresie połogu. Szczególną wagę ma wsparcie ze strony partnera w codziennych obowiązkach nad niemowlęciem, które pozwala zminimalizować u matki zaburzenia snu oraz zmniejsza poczucie przeciążenia obowiązkami i sprzyja szybszej poporodowej rekonwalescencji [38]. W swoim badaniu Noor Fairuzi Suhana Yahya i wsp. wskazują, że interwencja żywieniowa oraz zwiększenie aktywności fizycznej również mogą pozytywnie wpływać na stan pacjentek w okresie połogu [51].

Leczenie obejmuje interwencje psychoterapeutyczne oraz farmakologiczne [9, s. 319-320]. Z powodzeniem stosowana jest zarówno psychoterapia indywidualna, jak i grupowa. Ćwiczenia relaksacyjne, medytacja lub techniki oddechowe również pomagają w redukcji stresu związanego z macierzyństwem [38].

W przypadku podjęcia decyzji o konieczności leczenia farmakologicznego należy zwrócić szczególną uwagę na zagrożenia związane ze stosowaniem leków psychotropowych w okresie laktacji [52]. Ze względu na fakt, że w badaniach klinicznych nie mogą uczestniczyć kobiety ciężarne lub karmiące piersią, istnieje niewiele wysokiej jakości badań mogących stanowić wskazówki do wdrożenia optymalnego leczenia. Jak dotąd w leczeniu depresji poporodowej wykazano skuteczność fluoksetyny, sertraliny, wenlafaksyny i fluwoksaminy [53]. Należy jednak wziąć poprawkę na to, że każdy z tych leków wydzielany jest do mleka karmiącej matki i stosować je należy z zachowaniem odpowiednich pór przyjmowania [52]. Korzystne może okazać się również stosowanie w okresie poporodowym terapii estrogenowej [54], jednak istnieją badania, których wyniki sugerują brak występowania korzystnych skutków z zastosowania tego typu leczenia [55].

Tak jak w przypadku leków przeciwdepresyjnych, podobnie ma się kwestia leczenia środkami przeciwpsychotycznymi. Istnieją pojedyncze badania wskazujące przewagę korzyści nad ryzykiem ze stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji (olanzapiny i kwetiapiny) w leczeniu psychozy poporodowej [56]. W przypadku stosowania leków z tej grupy należy ściśle monitorować stan nawodnienia i odżywienia niemowlęcia oraz modyfikować leczenie w przypadku zaobserwowania przez matkę lub lekarza prowadzącego zwiększenia aktywności lub nadmiernej sedacji niemowlęcia [57]. W szczególnych przypadkach w przebiegu psychozy poporodowej konieczna może być separacja matki od noworodka.

6. Wnioski

Stresory społeczne, złe nawyki żywieniowe, otyłość, niska aktywność fizyczna oraz przemęczenie sprzyjają częstszemu występowaniu poporodowych zaburzeń psychiatrycznych. Zaburzenia gospodarki hormonalnej, w tym hipowitaminozy (ze szczególnym znaczeniem deficytów witaminy D) oraz okoliczności uniemożliwiające karmienie noworodka piersią również związane są z częstszym występowaniem objawów chorobowych w grupie matek. Duże znaczenie ma również dostępność dobrej jakości usług pracowników ochrony zdrowia oraz sprzyjająca sytuacja socjoekonomiczna w rodzinie kobiety.

Skumulowanie przedsięwzięć profilaktycznych i niefarmakologicznych metod leczenia znacząco obniża ryzyko rozwoju poporodowych zaburzeń psychicznych, a zastosowane odpowiednio wcześniej mogą pozwolić na uniknięcie stosowania leczenia farmakologicznego, co w konsekwencji prowadzi do poprawy jakości życia kobiet oraz ogranicza ryzyko wystąpienia niepożądanych skutków u jej potomstwa. W związku z powyższym konieczne jest zachowanie przez klinicystę zwiększonej czujności w pierwszych 6-8 tygodniach po narodzinach dziecka [19] i rozpoznawanie pierwszych symptomów poporodowej depresji i psychozy.

Literatura

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6174883/> [data dostępu: 15.02.2023].
2. Laios K., Karamanou M., Tsoucalas G., *Soranus of Ephesus (98-138) on postpartum depression*, Acta Medico-Historica Adriatica, 12(1), 2014, s. 153-156.
3. Liu X., Wang S., Wang G., *Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis*, Journal of Clinical Nursing, 31(19-20), 2022, s. 2665-2677.
4. Rezaie-Keikhaie K., Arbabshastan M.E., Rafiemanesh H., Amirshahi M., Ostadkelayeh S.M., Arbabisarjou A., *Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period*, Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 49(2), 2020, s. 127-136.
5. O'Hara M.W., Mc Cabe J.E., *Postpartum depression: Current status and future directions*, Annual Review of Clinical Psychology, 9, 2013, s. 379-407.
6. <https://womensmentalhealth.org/specialty-clinics-2/postpartum-psychiatric-disorders-2/> [data dostępu: 15.02.2023].
7. Perry A., Gordon-Smith K., Jones L. i in., *Phenomenology, epidemiology and aetiology of postpartum psychosis: A review*, Brain Science, 11(1), 2021, s. 1-14.
8. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1124422593> [data dostępu: 15.02.2023].
9. Gałęcki P., Szulc A., *Psychiatria*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
10. Jarema M., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
11. Pearlstein T., Howard M., Salisbury A., Zlotnick C., *Postpartum depression*, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 200(4), 2009, s. 357-364.
12. Riazanova O.V., Alexandrovich Y.S., Ioscovich A.M., *The relationship between labor pain management, cortisol level and risk of postpartum depression development: A prospective nonrandomized observational monocentric trial*, Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care, 25(2), 2018, s. 123-130.
13. Rabe-Jabłońska J., Jarema M., *Zaburzenia psychiczne związane ze stanem somatycznym*, [w:] Jarema M. (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 253-267.

14. Jaeschke R., Siwek M., Dudek D., *Poporodowe zaburzenia nastroju – update 2012*, *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 7(3), 2012, s. 113-121.
15. Osborne L.M., *Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers*, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(3), 2018, s. 455-468.
16. Kennedy S.H., Lam R.W., Nutt D.J., Thase M., *Depresja – leczyć skuteczniej. Praktyczne zastosowanie zaleceń klinicznych*, Via Medica, Gdańsk 2010.
17. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R., *Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale*, *British Journal of Psychiatry*, 150, 1987, s. 782-786.
18. Smith-Nielsen J., Matthey S., Lange T. i in., *Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression*, *BMC Psychiatry*, 18(1), 2018.
19. Dominiak M., Antosik-Wojcinska A.Z., Baron M., Mierzejewski P., Swiecicki L., *Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression*, 92(2), *Ginekologia Polska*, 2021, s. 153-164.
20. Moraes G.P. de A., Lorenzo L., Pontes G.A.R., *Screening and diagnosing postpartum depression: when and how?*, *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(1), 2017, s. 54-61.
21. Pawils S., Kochen E., Weinbrenner N., Loew V., Döring K., Daehn D., Martens C., Kaczmarek P., Renneberg B., *Postpartum depression – who cares? Approaches to care via midwifery, gynaecology, paediatrics and general practice*, *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 65(6), 2022, s. 658-667.
22. Hung C.H., Chung H.H., *The Effects of Postpartum Stress and Social Support on Postpartum Women's Health Status*, *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 36(5), 2001, s. 676-684.
23. Thompson K.A., Bardone-Cone A.M., *Social comparison, disordered eating, and body dissatisfaction among postpartum women*, *Body Image*, 42, 2022, s. 401-412.
24. Nagl M., Jepsen L., Linde K., Kersting A., *Social media use and postpartum body image dissatisfaction: The role of appearance-related social comparisons and thin-ideal internalization*, *Midwifery*, 100, 2021.
25. Aslam M., Nawab T., Ahmad A., Abedi A.J., Azmi S.A., *Postpartum Depression and its Clinico-Social Correlates-A Community-Based Study in Aligarh*, *Indian Journal of Public Health*, 66(4), 2022, s. 473-479.
26. Faleschini S., Millar L., Rifas-Shiman S.L., Skouteris H., Hivert M.F., Oken E., *Women's perceived social support: Associations with postpartum weight retention, health behaviors and depressive symptoms*, *BMC Women's Health*, 19(1), 2019.
27. Shelton S.L., Lee S.Y.S., *Women's Self-Reported Factors That Influence Their Postpartum Exercise Levels*, *Nursing for Women's Health*, 22(2), 2018, s. 148-157.
28. Troy N.W., *Is the significance of postpartum fatigue being overlooked in the lives of women?*, *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28, 2003, s. 252-259.
29. Corwin E.J., Arbour M., *Postpartum fatigue and evidence-based interventions*, *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(4), 2007, s. 215-220.
30. Figueiredo B., Dias C.C., Brandão S., Canário C., Nunes-Costa R., *Breastfeeding and postpartum depression: State of the art review*, *Jornal de Pediatria*, 89(4), 2013, s. 332-338.
31. Gila-Díaz A., Carrillo G.H., de Pablo Á.L.L., Arribas S., Ramiro-Cortijo D., *Association between maternal postpartum depression, stress, optimism, and breastfeeding pattern in the first six months*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 2020, s. 1-13.
32. Mikšić Š., Uglešić B., Jakab J., Holik D., Milostić A., Degmečić D., *Positive effect of breastfeeding on child development, anxiety, and postpartum depression*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(8), 2020.
33. Xia M., Luo J., Wang J., Liang Y., *Association between breastfeeding and postpartum depression: A meta-analysis*, *Journal of Affective Disorders*, 308, 2022, s. 512-519.

34. de Avilla J.C., Giugliani C., Leria Bizon A.M.B., Magnus Martins A., Kroll de Senna A., Justo Giugliani E.R., *Association between maternal satisfaction with breastfeeding and postpartum depression symptoms*, Public Library of Science One, 15, 2020.
35. Zhao A., Huo S., Tan Y., Yang Y., Szeto I., Zhang Y., Lan H., *The Association between Postpartum Practice and Chinese Postpartum Depression: Identification of a Postpartum Depression-Related Dietary Pattern*, Nutrients, 14(1), 2022.
36. Wang Y., Zhong W., Zhao A., Szeto I. Lan H., Zhang J., Li P., Ren Z., Mao S., Jiang H., Wang P., Zhang Y., *Perinatal depression and serum vitamin D status: A cross-sectional study in urban China*, Journal of Affective Disorders, 322, 2023, s. 214-220.
37. Amini S., Amani R., Jafarirad S., Cheraghian B., Sayyah M., Hemmati A., *The effect of vitamin D and calcium supplementation on inflammatory biomarkers, estradiol levels and severity of symptoms in women with postpartum depression: a randomized double-blind clinical trial*, Nutritional Neuroscience, 25(1), 2022, s. 22-32.
38. Fitelson E., Kim S., Baker A.S., Leight K., *Treatment of postpartum depression: Clinical, psychological and pharmacological options*, International Journal of Women's Health, 3(1), 2011, s. 1-14.
39. Lewis B.A., Schuver K., Dunsiger S. i in., *Randomized trial examining the effect of exercise and wellness interventions on preventing postpartum depression and perceived stress*, BMC Pregnancy Childbirth, 21(1), 2021, s. 785.
40. Nakamura A., van der Waerden J., Melchior M., *Physical activity during pregnancy and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis.*, Journal of Affective Disorders, 246, 2019, s. 29-41.
41. Šebela A., Hanka J., Mohr P., *Etiology, risk factors, and methods of postpartum depression prevention*, Czech Gynaecology, 83(6), 2018, s. 468-473.
42. Tuimala R., Kauppila A., Haapalahti J., *ACTH levels in amniotic fluid during pregnancy*, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 83, 1976, s. 853-856.
43. Meltzer-Brody S., Howard L.M., Bergink V., Vigod S., Jones I., Munk-Olsen T., Honikman S., Milgrom J., *Postpartum psychiatric disorders*, Nature Reviews Disease Primers, 18022, 2018.
44. Okano T., *Thyroid function and postpartum psychiatric disorders*, Archives of Women's Health, 1, 1999, s. 157-165.
45. Sthal S., *Podstawy Psychofarmakologii. Teoria i Praktyka.*, Via Medica, Gdańsk 2010.
46. Howard K., Maples J.M., Tinius R.A., *Modifiable Maternal Factors and Their Relationship to Postpartum Depression*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(19), 2022.
47. Yasuma N., Narita Z., Sasaki N. Obikane E., Sekiya J., Inagawa T., Nakajima A., Yamada Y., Yamazaki R., Matsunaga A., Saito T., Watanabe K., Imamura K., Kawakami N., Nishi D., *Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: A systematic review and meta-analysis*, Journal of Affective Disorders, 273, 2020, s. 231-239.
48. Zhao X.H., Zhang Z.H., *Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses*, Asian Journal of Psychiatry, 53, 2020.
49. Incollingo Rodriguez A.C., Polcari J.J., Nephew B.C. Harris R., Zhang C., Murgatroyd C., Santos H., *Acculturative stress, telomere length, and postpartum depression in Latinx mothers*, Journal of Psychiatric Research, 147, 2022, s. 301-306.
50. Wesseloo R., Kamperman A.M., Munk-Olsen T., Pop V., Kushner S., Bergink V., *Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: A systematic review and meta-analysis*, American Journal of Psychiatry, 173(2), 2016, s. 117-127.
51. Yahya N.F.S., Teng N.I.M.F., Das S., Juliana N., *Nutrition and physical activity interventions to ameliorate postpartum depression: A scoping review*, Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 30(4), 2021, s. 662-674.

52. Tripathi B.M., Majumder P., *Lactating Mother and Psychotropic Drugs*, Mens Sana Monographs, 8(1), 2010, s. 83-95.
53. Wichman C.L., Stern T.A., *Diagnosing and Treating Depression During Pregnancy*, The primary care companion for CNS disorders, 17(2), 2015.
54. Dennis C.L., Ross L.E., Herxheimer A., *Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, 2008.
55. Ti A., Curtis K.M., *Postpartum hormonal contraception use and incidence of postpartum depression: a systematic review*, European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 24(2), 2019, s. 109-116.
56. Kulkarni J., Storch A., Baraniuk A., Gilbert H., Gavriliadis E., Worsley R., *Antipsychotic use in pregnancy*, Expert opinion on pharmacotherapy, 16(9), 2015, s. 1335-1345.
57. Sinha S.K., Kishore M.T., Thippeswamy H., Kommu J.V.S., Chandra P.S., *Adverse effects and short-term developmental outcomes of infants exposed to typical antipsychotics during breastfeeding*, Indian Journal of Psychiatry, 63(1), 2021, s. 52-57.

Poporodowe zaburzenia psychiatryczne: epidemiologia, czynniki ryzyka i strategie interwencji – przegląd literatury

Streszczenie

Zaburzenia psychiatryczne okresu okołoporodowego stanowią poważny problem współczesnej medycyny. Ujawniające się po porodzie *baby blues* czy depresja poporodowa powodują, że kobieta zamiast cieszyć się macierzyństwem, odnosi wrażenie bycia złą matką i nie potrafi poradzić sobie z obecną sytuacją. Ciągłe przygnębienie i smutek wzmacnia poczucie winy w stosunku do dziecka i powoduje szereg napięć między członkami rodziny, prowadząc do pogłębienia występującego zaburzenia. Ze względu na znaczną częstość występowania powyższych zaburzeń istotne było ustalenie, jakie czynniki biologiczne, emocjonalne i środowiskowe sprzyjają ich powstawaniu u kobiet w okresie poporodowym, oraz określenie, jak profilaktyka i wybrane farmakologiczne i niefarmakologiczne działania redukują wpływ czynników sprzyjających rozwojowi tych nieprawidłowości. W pracy tej przeanalizowano badania ukazujące rolę czynników biologicznych i środowiskowych na rozwój połogowych zaburzeń psychicznych, ukazano także dane statystyczne prezentujące zakres wpływu wybranych działań na ich rozwój. Znajomość przyczyn poporodowych zaburzeń psychicznych ułatwi skuteczniejszy przesiew kobiet zagrożonych ich wystąpieniem, a dzięki temu przyspieszy wdrożenie działań zapobiegawczych. Konieczne jest kontynuowanie badań na temat profilaktyki zaburzeń, aby jeszcze bardziej ograniczać wpływ czynników ryzyka na ich progresję.

Słowa kluczowe: depresja poporodowa, *baby blues*, czynniki ryzyka, zapobieganie

Postpartum psychiatric disorders: epidemiology, risk factors and intervention strategies – a literature review

Abstract

Mental disorders in the perinatal period are an important problem in modern medicine. The postpartum baby blues and postnatal depression that emerge after childbirth make a woman feel that she is a bad mother instead of enjoying motherhood and that she is unable to cope with the situation she finds herself in. Her constant depression and sadness reinforces her feelings of guilt towards her child and causes a series of tensions between family members leading to a worsening of the disorder. Given the significant prevalence of the above disorders, it was important to determine what biological, emotional and environmental factors favour psychological disorders in postpartum women and to determine how prevention and selected pharmacological and non-pharmacological interventions reduce the symptoms that favour the development of these abnormalities. This paper analyses studies showing the role of biological and environmental factors on the development of postpartum psychiatric disorders, and presents statistical data showing the extent of the impact of applied interventions on their development. Knowledge of the causes of postpartum mental disorders will facilitate more effective screening of women at risk of developing them and accelerate the implementation of preventive measures. It is necessary to continue research on the prevention of disorders in order to further reduce the impact of risk factors for their development.

Keywords: postpartum depression, baby blues, risk factors, prevention

Komunikacja paralingwistyczna w dialogu terapeutycznym – „Sztuka słuchania z miłością”

1. Wprowadzenie

Sposób mówienia zarówno terapeuty, jak i pacjenta ma duże znaczenie dla przebiegu terapii. Może być on niezwykle istotnym źródłem informacji ułatwiających diagnozę problemów zgłaszanych czy też skrywanych przez pacjenta. Ponadto znajomość elementów sygnałów wokalnych (zwanymi też „parajęzykiem” lub komunikatami paralingwistycznymi) oraz ich znaczeń (metakomunikatów) może uskutecznić dialog terapeutyczny, a zwłaszcza interwencje terapeutyczne. Oprócz tego psychoterapeuta, celowo korzystając z sygnałów wokalnych, może zarówno przyspieszyć uruchamianie wielu niespecyficznych czynników leczących, jak i pracę wglądową i proces przepracowania czy przeuczania [1, 2].

2. Milczenie

W komunikatach tworzonych zarówno przez terapeutę, jak i pacjenta są zawarte dwie warstwy semantyczne, mianowicie przekaz określonych słów oraz przekaz dotyczący emocji. Ten drugi rodzaj przekazu nazywany jest metakomunikacją. Jednym z dość częstych metakomunikatów jest ciągle milczenie pacjenta. Jeśli ono nie służy przemyśleniom czy refleksji, jest zazwyczaj oznaką „oporu” pacjenta [3]. Zwłaszcza w czasie pierwszych sesji terapeuta powinien w takich chwilach zaniechać interpretacji i zachęcić pacjenta do mówienia. Oto kilka przykładowych replik:

Pan nic nie mówi... Czuję się trochę tak, jakby ktoś zamknął przede mną drzwi.

Pochłonęły panią jakieś myśli... Czy nie miałyby pani ochoty podzielić się ze mną jakąś refleksją?

Nic pani nie mówi... Rozumiem, że mówienie o tych sprawach nie jest proste...

Gdyby pan zechciał powiedzieć parę słów, może razem moglibyśmy poszukać jakiegoś rozwiązania. Myślę, że mimo wszystko jest wyjście z tej sytuacji.

Pacjentom, którzy co prawda mówią, lecz co chwilę zapadają w milczenie czy robią długie przerwy, terapeuta może powiedzieć:

Przedstawiła pani dość dokładnie, jak wygląda pani praca. Teraz wiem bardzo dużo, co pan robi. Lecz praca to w sumie tylko jeden aspekt pani życia. A jak wygląda pani życie pozazawodowe?

Opisał pan aktualne problemy. Ciekawi mnie również, jak wspomina pan dzieciństwo. Niech mi pan trochę o tym poopowiada.

¹ wie.sikorski@gmail.com, Wydział Ekonomiczny w Opolu, Uniwersytet WSB Merito we Wrocławiu, www.merito.pl/wroclaw.

Pacjentów, którzy uparcie unikają mówienia o intymnych sprawach (np. o stosunku do męża), terapeuta może zagadnąć:

Jeżeli pani chce, żebym pani pomógł, muszę wiedzieć trochę więcej o pani prawdziwych uczuciach do męża, o tym, co tak naprawdę o nim pani myśli.

Milczenie może być również oznaką irytacji. Jeżeli terapeuta domyśla się, że niechcący uraził pacjenta, powinien to natychmiast wytłumaczyć:

Nic pani nie mówi... Czy to milczenie oznacza, że powiedziałem coś niestosownego? Czymś panią uraziłem?

Zazwyczaj pacjent nie zdaje sobie sprawy z przyczyn swego milczenia. Czasem poprzez ciszę chce wzbudzić u terapeuty poczucie bezsilności czy bezradności albo braku kompetencji. Niekiedy jest to próba sprowokowania terapeuty do większej aktywności czy interwencji. W niektórych sytuacjach ciągłe milczenie zawiera w sobie element rywalizacji bądź konfrontacji typu „przekonamy się, kto kogo przetrzyma, kto jest silniejszy”. W takim momencie terapeuta może najzwyczajniej powiedzieć:

Hmmm... Milczy pan. Czy nie ma pan nic do powiedzenia, czy też myśli pan o czymś, czego mi nie chce pan powiedzieć?

Czasem przydatny może się okazać taki komentarz:

Może pan obawia się, jak ja zareaguję na to, co pan chce mi powiedzieć, i dlatego pan nic nie mówi...

Każdy terapeuta ma pacjentów, którzy sami niewiele mówią w czasie spotkania, z kolei stają się bardzo rozmowni tuż przed końcem sesji czy po jej zakończeniu. Przyczyną takiego zachowania jest zazwyczaj lęk. Pacjent sygnalizuje swój problem w ostatniej chwili, kiedy jest przekonany, że na jego dokładniejsze omówienie nie ma już czasu. Niekiedy bywa odwrotnie, pacjent porusza nowy problem, by w ten sposób przedłużyć sesję i przesunąć moment zakończenia spotkania. W celu zapobieżenia takim sytuacjom, które szybko mogą przeistoczyć się w niewygodny nawyk, terapeuta może na kolejnym spotkaniu oznajmić:

Po zakończeniu poprzedniej sesji jakoś trudno było pani się rozstać... Jeżeli czegoś nie zdążymy przedyskutować, powrócimy do tego na kolejnym spotkaniu. Proponuję, abyśmy możliwie jak najlepiej wykorzystywali czas przeznaczony na każdą sesję, której jednak nie będziemy wydłużać.

Pacjenci mogą milczeć z wielu powodów, najczęściej gdy są bardzo zaniepokojeni, zdezorientowani lub zirytowani, a także gdy zamierzają zignorować czy zlekceważyć słowa wypowiedane przez terapeuta [4].

2.1. Wykorzystywanie ciszy

Cisza jest jednym z najlepszych narzędzi, które ma terapeuta. Powinien się jednak dobrze zastanowić, zanim zdecyduje się na chwilę ciszy. Większość pacjentów czuje się niezręcznie, jeśli cisza trwa dłużej niż kilka sekund. Gdy terapeuta milczy, namyślając się, co powiedzieć, powinien intencjonalnie używać kontaktu wzrokowego z pacjentem, bo ten kontakt decyduje o tym, jak zostanie zrozumiane jego nieco dłuższe milczenie.

Jeśli terapeuta spogląda na pacjenta, daje mu do zrozumienia, że czeka na to, co on ma mu do przekazania. Klinicysta postępuje tak, kiedy zamierza, żeby inicjatywę

w danej chwili przejął pacjent. Takie zachowanie terapeuty wyraża chęć, żeby pacjent zabrał głos.

Jeśli terapeuta spogląda w bok, to znaczy, że nic nie jest przesądzone. Daje czas na zastanowienie czy refleksję. Taka cisza w formie zwerbalizowanej zawiera komunikat: „Wspólnie z pacjentem zastanawiamy się nad tym, a gdy u mnie lub u niego pojawi się jakiś pomysł, to wówczas odezwiemy się”.

Jeśli terapeuta nie wie, czemu pacjent długo milczy, powinien go wprost spytać: „Co się dzieje?” lub przyznać „Odnoszę wrażenie, że chce pani, abym coś powiedział, lecz nie wiem, co by to miało być”. Jeśli milczenie jest krępujące, terapeuta może spytać: „Czuję się niezręcznie, a pani?” lub „Jestem zmieszany, a pan?”. Cisza jest elementem wywiadu i terapeuta powinien rozumieć, co się dzieje, kiedy oboje milczą [5].

3. Powtarzanie słów i zdań

W praktyce analizowanie sygnałów wokalnych (językowych wypowiedzi) pacjenta, wsłuchiwanie się w to, co zawarł między słowami, polega na wnioskowaniu z określonej liczby powtórzonych słów i zdań, co on w rzeczywistości myśli. Inaczej mówiąc, demaskuje go język pośredni.

Psychoanalicyt zajmujący się tymi zagadnieniami ustalili, że pacjent, który np. w czasie mówienia o jakiejś sytuacji czy osobach używa takich zwrotów jak „silny”, „prężny”, „olbrzymi”, odczuwa wewnętrzną niechęć wobec określeń „słaby”, „nieznaczący” i „mały”. Można o nim powiedzieć, że ocenia wszystko na podstawie siły i wielkości. Jeśli taki pacjent będący mężczyzną spotka kobietę, która najchętniej używa pojęć „piękny”, „uroczy”, „miły”, można przewidzieć, że na dłuższą metę nie będą w stanie się porozumieć i że prędzej czy później ich więzi osłabną [6].

4. Parametry i sposób prezentacji sygnałów wokalnych

Głównymi parametrami sygnałów wokalnych są: wysokość i siła głosu, tempo mówienia oraz treść wypowiedzi. Zanim jednak przejdziemy do ich scharakteryzowania, warto wiedzieć, że według badań kobiety są sprawniejsze od mężczyzn w zakresie porozumiewania się przy użyciu słów. Natomiast odnośnie do komunikacji niewerbalnej kobiety trafniej rozpoznają emocje pochodzące z ekspresji mimicznej niż z tonu głosu, z kolei mężczyźni odwrotnie – lepiej identyfikują emocje zawarte w tonie głosu niż w „języku twarzy” [7].

4.1. Wysokość głosu

Słyszalna zmiana wysokości głosu u pacjenta może wskazywać na intensywność doznawanej reakcji i ułatwiać ustalenie, czy ma ona charakter negatywny, czy pozytywny. Na przykład występujący w jego głosie wyższy ton może dowodzić o silnych doznaniach intrapsychicznych, np. o gniewie, frustracji lub podekscytowaniu. Tego typu ton pojawia się także w chwilach, gdy zamierza on zwiększyć zainteresowanie terapeuty tym, co właśnie mówi. Intencją pacjenta mówiącego podwyższonym tonem jest zwykle łatwe rozpoznanie tej zmiany w głosie przez terapeuta i skierowanie jego uwagi na to, co pragnie mu przekazać. Natomiast mówienie głosem niższym od typowego może wskazywać, że pacjent pragnie przestać rozwijać czy dalej drażnić dany temat. Tak zazwyczaj reagują wokalnie pacjenci w stanie przygnębienia i smutku albo wówczas, gdy mają zamiar dać wyraźnie do zrozumienia terapeutce, że omawiany w tej chwili problem jest dla nich rzekomo mało istotny [8].

4.2. Siła głosu

Słyszalna zmiana siły głosu u pacjenta dość dokładnie odzwierciedla stan jego wewnętrznych przeżyć. Głośne mówienie utożsamiane jest zwykle z gniewem, strachem bądź podnieceniem czy zbytym podekscytowaniem. Podniesienie głosu bywa też oznaką frustracji w sytuacji, gdy pacjent czuje, że szczerść jego słów jest podważana przez terapeutę [9]. Jeżeli pacjent nagle zwiększa natężenie głosu, terapeuta powinien upewnić się, czy przypadkiem to on sam niej jest tego sprawcą.

Spadek siły głosu zazwyczaj jest postrzegany jako brak chęci skupiania się na dyskuutowanych sprawach. Ściszym głosem mówią także dość często pacjenci depresyjni i odczuwający smutek. Taki sposób mówienia może też oznaczać chęć zerwania kontaktu [10]. Pytając pacjentów o ich problemy, można się przekonać, że zaczynają mówić zdecydowanie ciszej niż normalnie, odpowiadać niezbyt wyraźnie, czy nawet w ogóle niezrozumiale. Często bywa to znak, że trzeba dokładniej przyjrzeć się sprawie i ustalić, jakie jest jej tło i jakie ma faktycznie znaczenie dla funkcjonowania pacjenta.

Terapeuta powinien pamiętać, że jeśli odpowiada na pytania pacjenta lub go o czymś informuje cichym i niewyraźnym głosem, to może być to przez niego ocenianie niekorzystnie. Tego typu mówienie w połączeniu z innymi słownymi i niewerbalnymi przekazami może sugerować, że terapeuta ma wiele wątpliwości, nie czuje się pewnie, udzielając rad pacjentowi czy wyjaśniając możliwe przyczyny trapiących go problemów, lub też sądzi nawet, że cała sprawa nie jest warta większej uwagi.

4.3. Tempo mówienia

Zmiana prędkości mówienia przez pacjenta może wskazywać na jego stan psychiczny i emocjonalny. Tempo mówienia to liczba słów wypowiedzianych w danym czasie przez pacjenta czy po prostu szybkość, z jaką mówi. Słyszalny wzrost tej szybkości może dowodzić, że pacjent jest podniecony bądź zdenerwowany czy zestresowany. Wolniejsze tempo może sugerować, że pacjent ma problemy ze szczerym mówieniem o sobie, jest mniej zaangażowany w przebieg terapii lub odczuwa smutek i przygnębienie [11]. Wyraźnie słychać zmianę szybkości mówienia u pacjenta, gdy mówi on zarówno o czymś przykrym, jak i przyjemnym. Jednak w pierwszym wypadku zdecydowanie zwalnia tempo mówienia, w drugim zaś zwiększa.

Zmiana prędkości mówienia pojawia się także pod wpływem poznawczej reakcji pacjenta. Wytrawny słuchacz jest w stanie ustalić, czy słyszalny wzrost tempa mówienia wynika z wcześniejszego ćwiczenia i powtarzania sobie tego, co zamierza się przekazać. Wyobraźmy sobie, że kilkuletnie dziecko zgubiło klucz od domu. Zanim ono wróci do domu, aby poinformować o tym rodziców, przypuszczalnie wiele razy będzie powtarzało sobie w umyśle, jak im to wytłumaczy. Nie zawsze musi to być zmyślane czy mijające się z prawdą, jednak pewną regułą jest, że tego typu tłumaczenie się bywa dość często przejawskrawiane i ubarwiane.

Jeśli szybkość mówienia pacjenta mocno zmniejsza się w porównaniu do charakterystycznego dla jego mowy tempa, sugeruje to, że zaczął on ważyć i starannie dobierać słowa. Jedną z najczęstszych tego przyczyn bywa dezorientacja wynikająca z konieczności odpowiedzi na pytanie, którego się nie spodziewał. Zatem nie będąc przygotowany, kalkuluje, że udzielając wyjaśnień, musi zachować odpowiednią czujność i rozwagę [12].

4.4. Prawdomówność

Z dotychczasowych rozważań wynika, że ton i siła głosu mogą ulegać zmianom, a szybkość mówienia może rosnąć albo słabnąć. Trzeba jednak pamiętać, że żadna z tych oznak oddzielnie nie dowodzi o tym, czy pacjent błędzi i kłamie lub też czy jest w pełni szczerzy. Wskazują one tylko, że doszło do zmiany stanu emocjonalnego pacjenta pod wpływem poruszenia określonego problemu. Terapeuta może odpowiednio zareagować na tę sytuację i dostosować sposób kontynuowania dialogu do nowych zachowań czy odczuć pacjenta.

Jeżeli terapeuta pragnie polegać na tych oznakach przy ustaleniu prawdomówności pacjenta, powinien dokonać porównania wysokości, napięcia i tempa mówienia z innymi przekazami werbalnymi i pozasłownymi. Gdy oceniając je razem, uzna, że są sprzeczne bądź nie współgrają ze sobą, występuje duża ewentualność, że pacjent jest nieszczerzy w tym, co mówi, bądź po prostu kłamie. Często bywa tak, że pacjent oznajmia: „Wcale nie jestem zdenerwowany”, wyrażając to wysokim, wręcz piskliwym głosem, prawie krzyżąc i mówiąc szybko. Widoczny jest brak zgodności między sygnałami wokalnymi a treścią wypowiedzi i pewne jest, że pacjent jest podekscytowany czy poirytowany [13]. Gdy terapeuta dostrzeże zmianę jakości głosu u pacjenta i niezgodność jego właściwości z przekazywanymi treściami, powinien zwiększyć swoją czujność – z dużym prawdopodobieństwem jest wprowadzany w błąd i okłamywany.

5. Treść wypowiedzi

W każdej chwili, kiedy człowiek zmagają się z codziennymi sytuacjami i problemami życiowymi, jego zachowania niewerbalne oraz parametry głosu (barwa i artykulacja) przekazują innym komunikaty wizualne i słuchowe o jego – nieustannie zmieniającym się – stanie emocjonalnym. W przeciwieństwie do tego treść wypowiedzi odzwierciedla proces myślenia. W kodzie go reprezentującym mogą być zawarte przyczyny porozumiewania się w sposób pozbawiony szczerości. Terapeuta, odczytując ten kod, może uzyskać wgląd w myśli i wyobrażenia, które nieszczerzy pacjent przetwarza w swoim umyśle. Zależnie od okoliczności w treści wypowiedzi pacjenta można zidentyfikować pewne wzorce. W obliczu kłamstwa wykorzystywanych jest zazwyczaj pięć sposobów zachowań: gniew, targowanie się (negocjowanie), zaprzeczanie, aprobowanie i przygnębienie. Wszystkie z nich można rozszyfrować z użyciem pewnego wzorca [14]. W związku z tym treść wypowiedzi pacjenta – padające z jego ust słowa – zawsze trzeba traktować jako ważny element każdej rozmowy.

6. Komunikowanie szacunku i zrozumienia

Komunikaty wokalne mogą służyć okazywaniu szacunku, zrozumienia i zaangażowania. W tym celu terapeuta powinien:

- *być aktywny* (wiele badań wskazuje, że pacjenci najbardziej lubią, gdy terapeuta mówi przez jedną trzecią czasu; większości terapeutom też wydaje się to właściwe);
- *być pełen energii* (ton głosu terapeuty powinien odzwierciedlać nastrój i sposób bycia pacjenta, gdyż to ułatwia kontakt, a także lepsze rozumienie reakcji terapeutów i odpowiednie na nie reagowanie; pacjenci cenią sobie terapeutów, którzy „żyją terapią”, są pełni energii i potrafią jasno okazywać swoje emocje);
- *mówić płynnie* (terapeuta powinien unikać pomruków i nic niemówiących zwrotów typu: „Rozumiesz”, „Tak jakby” czy „Wiesz”, zbyt niezrozumiałych słów; jeśli tera-

peuta odnosi wrażenie, że pacjent go nie rozumie, powinien podać kilka synonimów słowa, którego użył; słownictwo, którego używa terapeuta, powinno być dostosowane do poziomu intelektualnego pacjenta, np. gdy terapeuta użyje słowa „ambiwalentny”, powinien to wyjaśnić następująco: „Zauważam u pani ambiwalentne uczucia, to znaczy, że pani uczucia są wewnętrznie sprzeczne, mieszane. Czy pani mnie rozumie?”; pacjent nie musi głośno mówić, że nie rozumie słowa, którego użył terapeuta; może najprościej powiedzieć, że nie wie, o co chodzi terapeutę);

- *być wrażliwym na tempo podawane przez pacjenta* (terapeuta powinien dotrzymać pacjentowi kroku, lecz też powinien zachować spokój w kontakcie z pacjentami, którzy są pobudzeni lub czują się skrzywdzeni, np. gdy terapeuta ma do czynienia z pacjentem depresyjnym, powinien reagować i mówić powoli);
- *wykorzystywać mowę ciała* (terapeuta może wyrażać troskę i zainteresowanie pacjentem, pochylając się do przodu, nawiązując kontakt wzrokowy i uśmiechając się. Ustalono, że ci terapeuci, którzy cieszą się opinią najbardziej współczujących, empatycznych, godnych zaufania, a także najbardziej wykształconych i lubianych, używają właśnie tego typu gestów) [5].

Bywa też tak, że terapeuci znają zasady przedstawione powyżej, pochylają się w stronę pacjentów, uśmiechają się do nich i utrzymują z nimi kontakt wzrokowy, ale gubi ich niejednoznaczność zachowań, zbyt twardość, mechaniczność ruchów i brak właściwej reakcji na sygnały wysyłane przez pacjentów. W konsekwencji gesty, które mają komunikować życzliwość i otwartość, robią wrażenie nieszczerych, sprzecznych i niestosownych.

7. Pierwsze wrażenie

Komunikaty paralingwistyczne odgrywają główną rolę w tworzeniu pierwszego wrażenia, jakie wywierają na siebie terapeuta i pacjent. Sygnały wokalne wpływają na trzy wymiary wiarygodności – kompetencję, wzbudzanie zaufania i dynamizm. Co więcej, są one podstawowym źródłem informacji, które obserwatorzy biorą pod uwagę, oceniając trzy pozostałe wymiary wizerunku, będące podstawowymi elementami wrażeń. Wiadomo np., że to komunikaty wokalne decydują o tym, czy jesteśmy postrzegani jako osoby uległe, czy dominujące.

Co zatem powinien uczynić terapeuta, żeby wykorzystać potencjał sygnałów wokalnych w tworzeniu pierwszego wrażenia? Oto wykaz апробowanych sygnałów głosowych:

- tempo konwersacyjnego stylu mówienia powinno wynosić od 125 do 150 słów na minutę. Udowodniono, że jeśli usiłuje się kogoś przekonywać, to najefektywniejsze jest umiarkowanie szybkie tempo mówienia; terapeuci, którzy posługują się konwersacyjnym stylem mówienia, są postrzegani jako bardziej sympatyczni, mili i przyjaźnie nastawieni niż ci, którzy się nim nie posługują;
- trzeba podkreślać najważniejsze punkty wypowiedzi, modulując odpowiednio natężenie i ton głosu; monotony głos niekorzystnie wpływa na wiarygodność terapeuty;
- głos, który zwiększa wiarygodność terapeuty, powinien być płynny, różnorodny, o niskim tonie oraz umiarkowanym tempie; jest to uniwersalny język pod względem akcentu i dialektu;
- terapeuci o ograniczonym zakresie tonacji są postrzegani jako nieasertywni, nieinteresujący i niepewni;

- właściwe zróżnicowanie tonu i tempa głosu sprawia, że terapeuta robi wrażenie osoby bardziej ekstrawertywnej, ożywionej i aktywnej;
- niestaranna i nieprawidłowa artykulacja czy niewłaściwa wymowa wywierają bardzo negatywny wpływ na to, jak postrzegana jest kompetencja terapeuty;
- wyjątkowo negatywny wpływ na pierwsze wrażenie, jakie wywiera terapeuta, mają niespójne sygnały; jeśli powie on pacjentowi, że utożsamia się z jego cierpieniami, to powinien upewnić się, że chcąc podkreślić znaczenie swoich słów, użyje swojego głosu tak, aby brzmiał on wiarygodnie;
- przemyślane, zamierzone przerwy, które terapeuta robi przed najważniejszymi punktami swojej wypowiedzi, sprawiają, że on wyda się bardziej kompetentny, a także zwiększą one prawdopodobieństwo, że jego słowa będą zapamiętane przez pacjenta [15].

Poprzez wnikliwą analizę aprobowanych sygnałów głosowych terapeuta może zwiększyć prawdopodobieństwo, że jego pacjenci będą przypisywać mu korzystne cechy osobowości. Jak sugerują powyższe wskazówki wokalne, pozytywne cechy osobowości i właściwości indywidualne są związane ze stylem mówienia, który cechuje właściwe zróżnicowanie tempa, tonu i donośności.

Z uwagi na skłonność obserwatorów do przywiązywania większej wagi do złych niż dobrych informacji o danej osobie, terapeuta powinien unikać nieprawidłowych zachowań paralingwistycznych. Oto wykaz niepożądanych sygnałów głosowych:

- aby wywrzeć korzystne pierwsze wrażenie, terapeuta powinien starać się usunąć oznaki braku płynności, takie jak „aha”, niedokończone zdania bądź urwane słowa; terapeuta mówiący w mało płynny sposób jest zwykle postrzegany jako niespokojny, niepewny i mało kompetentny;
- trzeba unikać okresu zawahania się przed udzieleniem odpowiedzi na pytania pacjenta, ponieważ takie przerwy przyczyniają się do podważania kompetencji terapeuty i sprawiają, że wydaje się niezdecydowany;
- nadmiernie podniesiony głos kojarzy się z nieuzasadnioną i niestosowną agresywnością i napastliwością;
- trzeba starać się wyeliminować lub zminimalizować monotonię, nosowość i napięcie głosu. Te właściwości wokalne wzmacniają wrażenie, że terapeuta, który je prezentuje, jest mało dynamiczny, nieinteresujący i wycofany;
- trzeba uważać, aby tempo mowy nie przekraczało 200 słów na minutę, ponieważ wskazuje to na podwyższony poziom lęku;
- trzeba starać się nie przerywać pacjentowi, ponieważ sprawia to wrażenie, że terapeuta jest osobą mało wrażliwą społecznie.

Jeśli terapeuta chce być postrzegany jako osoba pewna siebie, to musi pamiętać, aby unikać braku płynności oraz szybkiego tempa mówienia. Wielokrotnie wykazano, że używanie obydwu tych sygnałów paralingwistycznych sprawia, że komunikujący jest odbierany jako ktoś o niskim poziomie pewności siebie i o zbyt wysokim poziomie lęku [16].

Wskazówki podane powyżej powinny pomóc terapeutcie wykorzystywać swój głos w taki sposób, aby spełniał kryteria stereotypu atrakcyjności wokalnej, a także był w stanie unikać kojarzenia się z cechami niepożądanymi. Cała sztuka polega na odpowiednim kontrolowaniu brzmienia własnego głosu.

8. Diagnoza oparta na przekazach głosowych

Sygnały wokalne mogą dostarczać dużo informacji o pacjencie, zwłaszcza o jego cechach osobowości i stanie emocjonalnym. Eksperci, polegając na wynikach swych badań, są coraz zgodniejsi w tym, że niektóre komunikaty paralingwistyczne mogą być traktowane jako rzetelne wskaźniki diagnostyczne. Ustalono np., że osoby o niezbyt dużym zróżnicowaniu tonu i tempa głosu są często introwertyczne, mało dynamiczne i nieasertywne [17].

Głos mówi bardzo dużo o emocjonalnym, umysłowym i fizycznym samopoczuciu pacjenta oraz odzwierciedla jego zdrowie w tych sferach. Terapeuta przysłuchując się głosowi pacjenta i obiektywnie dopasowując się do natury swojego głosu, może zdecydowanie więcej dowiedzieć się o wielu aspektach jego funkcjonowania. Powinien jednak wystrzegać się intuicyjnego przypisywania danym sygnałom wokalnym pacjenta ściśle określonych znaczeń, a także ulegania stereotypom wokalnym, przypisującym np. głosowi charakteryzującemu się nosowym brzmieniem negatywnych cech osobowości [6].

8.1. Test językowy

Psycholodzy ze słynnej Menninger Foundation w Topice w Kanadzie twierdzą, że potrafią określić przyszłość pacjenta na podstawie brzmienia jego głosu. Trwający za ledwie osiem minut test językowy może wyraźnie wskazać: czy zamierza on popełnić samobójstwo, czy ma większą skłonność do ataku serca niż inni pacjenci, czy jest ambitny i gorliwy, czy ma skłonność do alkoholizmu, jaki jest jego stosunek do rodziny i przyjaciół oraz czy odczuwa wewnętrzne niepokoje i lęki.

Test językowy dostarcza więcej informacji niż do tej pory stosowane skomplikowane procedury poznania problemów i cech charakteru pacjentów. Polega on na powtarzaniu 50 słów, zawierających różne głoski. Głoski te poddaje się analizie językowej i rozkłada na poszczególne tony. Odfiltruje się odrębności regionalne. Ośmiominutowy test zawiera także śpiew, nasłuchiwanie słów i dźwięków, opisywanie tego, co się słyszy, i przełykania. Lapsusy językowe (przejęzyczenia) i nieprawidłowa wymowa takich głosek jak „p” i „s” mają szczególne znaczenie dla analizy psychologicznej. Świszczące „s” nie ma nic wspólnego z brakiem w uzębieniu (szczerbą); przeciwnie – jest oznaką uczucia lęku.

Zespół złożony z lekarzy i psychologów poddał analizie głos J.F. Kennedy’ego z okresu kampanii przed wyborami prezydenckimi w 1960 roku. Jego głos wyraźnie wykazywał świszczące „s”, które znikło dopiero wówczas, gdy walka wyborcza została zakończona.

Psycholodzy z Menninger Foundation wysnuli na podstawie przeprowadzonych przez siebie testów i badań wniosek, że brzmienie głosu pacjenta odzwierciedla nawet lęki przeżyte w dzieciństwie [18].

8.2. Cechy zdrowego głosu

Typowymi cechami zdrowego głosu są jego ciepło, łagodność, wrażliwość, wszechstronność, a także czystość tonu, który jest przejrzysty, czytelny i szczerzy, pozbawiony oznak nadmiernego napięcia bądź nadwyrażania. Zdrowo brzmiący głos ujawnia witalność, tzn. zasoby energii życiowej, które są w stanie pokonać cierpienia, rozczarowania i trudności.

Badania prowadzone w różnych ośrodkach leczniczych (klinikach, szpitalach), w których rejestrowano na taśmie rozmowy pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oraz schizofreników, dowiodły, że pacjenci ci kilkanaście razy częściej niż osoby zdrowe używają słów „ja”, „mój”, „mnie”. O.H. Mowre [19, s. 318] tłumaczy to w prosty sposób: *Jeśli w naszym samochodzie coś jest nie w porządku, wciąż o tym mówimy. Jeśli motor w człowieku szwankuje, to taka upośledzona umysłowo osoba najwyraźniej odczuwa przymus wysuwania raz po raz siebie na pierwszy plan, aby pozbyć się co do siebie wszelkich wątpliwości, jakie mogłyby ją ogarniać, gdyby była normalna.*

8.3. Cechy głosu a rozpoznanie

Terapia bywa trafnie określana jako „sztuka słuchania z miłością”. Nie tylko służy ona pokonywaniu problemów i łagodzeniu cierpień, lecz przynosi także inne korzyści i otwiera drzwi do bycia zdrowym. Terapeuta uważnie przysłuchuje się słowom pacjenta, wyłapuje ukryty w nich ich sens i kontekst, delikatną warstwę implikacji i powiązań między słowami i zdaniem, niewerbalne komunikaty, takie jak płacz, westchnienie oraz słucha brzmienia samego głosu, skupia się na wysokości i brzmieniu tonów, tempie i rytmie, a także na pauzach i chwilach ciszy między dźwiękami. Ponadto uważny terapeuta uwzględni również „mowę ciała”, w tym także niełatwe do wytłumaczenia niuanse dotyczące postrzegania, które wynikają z instynktu i intuicji.

Tak samo charakterystyczne brzmienie samego głosu, a także kondycja aparatu mowy mogą być oznaką problemów. Przykładowo chroniczne występujące bóle gardła mogą wynikać z pozostawania w konflikcie z bliską osobą, nawet gdy ten fakt jest otwarcie kwestionowany lub wypierany.

Terapeucie, który potrafi uważnie słuchać, głos pacjenta może ujawnić to, jak radził sobie w różnych okresach swojego życia oraz w czasie dorastania i rozwoju. Lęk przed dorosłością i związaną z nią odpowiedzialnością i dojrzałością emocjonalną są słyszalne w „infantylnym” głosie i „dziecięcej” artykulacji, która może utrzymywać się aż do wieku średniego. Przyspieszony i chrapliwy głos „małej dziewczynki” jest typowy dla zalotnej kobiety, która chce zdobyć upragnionego partnera. U mężczyzny jest to zazwyczaj wytrenowany i lakoniczny ton głosu. Poczucie niespełnienia i bezużyteczności, które są czymś dość częstym w starości, jest wyraźnie słyszalne w płaczącym bądź apatycznym głosie, czasem „ilustrowanym” czy potęgwanym pozycją ciała przypominającą żółwia; z głową wciśniętą w szyję. Gdy głos brzmi naturalnie i normalnie, to barki zawsze znajdują się poniżej poziomu szczęki [20].

8.4. Zaburzenia wypowiedzi

Duże znaczenie diagnostyczne ma analiza zaburzeń wypowiedzi pacjenta, zwłaszcza dla oceny jego prawdziwości. Wynika to z faktu, że osoby kłamające mają znacznie bardziej zaburzone wypowiedzi od ludzi mówiących prawdę. Jednak nie wszystkie rodzaje zaburzeń wypowiedzi dowodzą tego, że ktoś nie jest szczerzy. Niektóre pomyłki słowne czy przejęzyczenia to efekt doznawania stresu lub frustracji [21]. Mimo to występowanie oznak zaburzenia wypowiedzi może sugerować, że pacjent ma zamiar w danej chwili przekazać fałszywe informacje. Jednak oceniając przejrzystość wypowiedzi pacjenta, terapeuta powinien zwrócić uwagę na wszystkie pozostałe tworzone przez niego przekazy werbalne i niewerbalne. Innymi słowy, musi pamiętać, że trzeba brać pod uwagę nie tylko wyizolowane, pojedyncze sygnały czy zachowania, lecz ich możliwie najszerszy zestaw.

8.5. Zacinanie się i mamrotanie

Do najczęstszych i najbardziej znanych zaburzeń wypowiedzi należy zaliczyć: zacinanie się, jąkanie i mamrotanie. Jeżeli ocenia się je jako oznaki braku uczciwości czy chęci ukrycia czegoś, to wtedy nie mają one nic wspólnego z zaburzenia mowy lub jakąś chorobą. Pacjent nie powinien borykać się wcześniej z tego typu problemami bądź ujawniać je od czasu do czasu. Jąkanie zwykle występuje, gdy pacjent mówi zbyt szybko, z kolei zacinanie się czy utykanie na poszczególnych słowach jest słyszalne w chwili, kiedy zaczyna mówić, nie będąc do tego w pełni przygotowany lub przekonany, co ma ostatecznie powiedzieć. Jeśli pacjent nie przemyśli swojej odpowiedzi czy kierunku kontynuowania rozmowy z terapeutą, może zacząć niewyraźnie mówić bądź mamrotać. Jest to konsekwencja chęci połączenia relacji z panowaniem nad myślami. Trzeba tu zaznaczyć, że sygnały wokalne typu „eee”, „yyy”, „hmmm” oraz inne tego rodzaju powszechnie używane dźwięki są słyszalne przede wszystkim u pacjentów doświadczających stresu, którzy niekoniecznie chcą coś zataić przed terapeutą lub wprowadzić go w błąd [22].

8.6. Robienie pauz

Robienie przerw przez pacjenta w chwili mówienia może mieć dla terapeuty duże znaczenie diagnostyczne. Może ono sugerować, że pacjent nie przygotował do końca swoich wypowiedzi i wykorzystuje pauzy na sformułowanie następnych. Znanicy komunikacji paralingwistycznej dostrzegli, że osoby próbujące kłamać mają skłonności do robienia dłuższych przerw między końcowym fragmentem pytania a początkiem sformułowanych odpowiedzi. Zauważyli również, że u kłamców opóźnienia w udzielaniu odpowiedzi występują częściej niż u osób mówiących prawdę [23]. Jednak dość trudno te prawidłowości uznać za w pełni wiarygodne diagnostycznie z uwagi na subiektywną ocenę długości pauz w czasie mówienia. Przydatne może się tu okazać ustalenie indywidualnego wzorca sposobu wypowiadania się danego pacjenta, gdy nie jest on poirytowany czy zestresowany bądź gdy mówi prawdę. Najkorzystniejsze jest uznanie, że wydłużanie przerw w mówieniu to prawdopodobnie oznaka chęci powiedzenia nieprawdy przez pacjent albo co najmniej ukrycia pewnych faktów lub beceremonialnego uniknięcia odpowiedzi [24]. Terapeuta, oceniając prawdomówność i szczerłość wypowiedzi pacjenta, powinien uważniej mu się przyjrzeć i szukać innych zachowań niewerbalnych mogących pełniej potwierdzić jego przypuszczenia.

8.7. Częste dźwięki

Występują określone dźwięki wykorzystywane podczas mówienia, które dość powszechnie utożsamia się z mataczeniem i kluczeniem, faktycznie nie są rzetelnymi wskaźnikami kłamania. Do najczęściej stosowanych zalicza się proste, niemające ścisłego znaczenia sygnały strategii spowalniania – typu „eee”, „yyy”, „hmmm”, „aaa”, które zazwyczaj służą ubarwianiu wypowiedzi. Zwykle mają one tylko na celu zdobycie dodatkowego czasu na poukładanie myśli i doprecyzowanie odpowiedzi [25]. Pacjenci, którzy mają problemy z płynnym mówieniem, wykorzystują tego rodzaju dźwięki dużo częściej niż sprawnie mówiący.

8.8. Wzdychanie

Wzdychanie pacjenta może być interpretowane dwojako. Ciągłe wzdychanie w czasie rozmowy z terapeutą może sugerować, że pacjent czuje się w danej chwili nieszczęśliwy i przytłoczony omawianymi problemami oraz przygnębiony czy wręcz doznający objawów depresji. Przy tym nie chodzi tu o kliniczną postać depresji i konieczność jej leczenia lub udzielenia fachowego wsparcia. Bardziej wskazuje na to, że pacjent po prostu jest w złym nastroju i chciałby zmienić temat rozmowy albo możliwie szybko go zakończyć i przejść do innych spraw. Pojedyncze głębokie wzdychanie, słyszalne u pacjenta po długim czasie bierności, oporu czy nawet agresji może oznaczać, że nastąpił kres umysłowej bądź emocjonalnej walki, jaką prowadził sam z sobą. Pacjent taki gotowy jest do uległości i przyjęcia argumentów padających z ust terapeuty. Takie westchnienia są często słyszalne u przesłuchiwanym podejrzanym tuż przed ich przyznaniem się do zarzucanego im czynu przestępczego. Zaliczane są one do sygnałów wokalnych wyrażających akceptację [26]. Pacjent, która tak wzdycha, jest zwykle skłonny do spojrzenia prawdzie w oczy lub przystania na sugestie terapeuty bądź zaakceptowania sytuacji, w jakiej się znalazł.

8.9. Symptomy niejasnego myślenia

Oznaki wskazujące na to, że dany pacjent „nie myśli w jasny sposób”, zalicza się do wiarygodnych sygnałów tego, że stara się on coś zataić lub wprowadzić terapeutę w błąd. Do najczęstszych tego typu przekazów zalicza się: pomijanie określonych słów, ich niewyraźne albo szybkie wypowiedzianie, urywanie zdań, powtarzanie myśli, zbytnią autocenzurę, przerywanie wypowiedzi albo prezentowanie swoich myśli w zawily czy pokrętny sposób [27]. Warto uwzględnić je w pracy z pacjentem, tym bardziej że można je dość łatwo rozpoznawać.

Jeśli pacjent co jakiś czas pomija jakieś słowo, mamy wtedy do czynienia z omijaniem wyrazów. Może to oznaczać, że pragnie on nie wymawiać jakiegoś niewygodnego dla niego słowa albo nie ma pewności co do sensu jego użycia. Oto przykład: „Absolutnie nie, ja nic... zaraz po tym, jak ona poszła, gdyż ja nic... po naszym rozstaniu”.

Autocenzura wypowiedzianych słów przez pacjenta wygląda prawie tak samo, jednak zamiast opuszczania danych wyrazów, wybiera jedno słowo, urywa wypowiedź w połowie zdania i zastępuje go zupełnie innym wyrazem. Na przykład: „Wrzeszczałem na niego, chociaż nie, nie wrzeszczałem, ale mówiłem donośnym głosem”, „Trzepnąłem go w ucho, no nie, niezbyt mocno w nie pstryknąłem”. Tego rodzaju autocenzura jest widoczna także wówczas, gdy pacjent zmienia podczas wypowiedzi czasowniki, zaimki czy rzeczowniki. Na przykład: „Błagał mnie, kazał mi tak postąpić”, „My, my, ja, ja nie jestem tego sprawcą”, „Chcieliśmy ją w tym wyręczyć, właściwie to ją wyręczyliśmy”.

9. Uwagi końcowe

Umiejętne posługiwanie się sygnałami wokalnymi może być niezwykle ważne i bardzo przydatne w coraz częściej praktykowanej psychoterapii na odległość (online). Bywają sytuacje, że udział w zdalnej psychoterapii stanowi jedyny wybór, np. z powodu epidemii, ograniczeń fizycznych (czasowej lub trwałej niepełnosprawności ruchowej) czy z powodu niedogodności dojazdu.

Psychoterapia online nie pozwala jednak na pełną komunikację niewerbalną, zwykle jest ona zredukowana do kontaktu „twarzą w twarz” w monitorze, bez możliwości śledzenia ruchów rąk i nóg, zachowań przestrzennych itp. Wówczas cennym źródłem wiedzy o pacjencie, a zarazem dość skutecznym środkiem porozumiewania może okazać się komunikacja paralingwistyczna. A wręcz konieczna bywa w sytuacjach, gdy pacjenci decydują się jedynie na kontakt telefoniczny z psychoterapeutą.

Literatura

1. Aleksandrowicz J., *Psychoterapia. Poradnik dla pacjentów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Warszawa 2004, s. 30-35.
2. Sikorski W., *Werbalne i niewerbalne oddziaływania w psychoterapii*, Difin, Warszawa 2009, s. 212-221.
3. Kottler J.A., *Opór w psychoterapii. Jak pracować z trudnym klientem?*, GWP, Gdańsk 2003, s. 17-26.
4. Kubitsky J., *Vademecum psychoterapeuty*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 71-74.
5. Heaton J.A., *Podstawy umiejętności terapeutycznych*, GWP, Gdańsk 2003, s. 22-27.
6. Knapp M.L., Hall J.A., *Komunikacja niewerbalna w interakcjach międzyludzkich*, Astrum, Wrocław 2000, s. 483-526.
7. Gojowsky A., Gielas A., *9 faktów o komunikacji niewerbalnej*, Psychologia Dziś, 3, 2016, s. 52-57.
8. Frick R.W., *Communicating emotion: The role of prosodic features*, Psychological Bulletin, 97, 1985, s. 412-429.
9. Fisher H.B., *Improving voice and articulation*, Houghton, Boston 1975, s. 86-92.
10. Argyle M., *Bodily communication*, Methuen, London 1988, s. 158-167.
11. Fukushima O., Aoyagi S., *Learning to decode vocally encoded emotions*, Japanese Journal of Counseling Science, 27, 1994, s. 37-45.
12. Bond R.N., Feldstein S., Simpson S., *Relative and absolute judgments of speech rate from masked and content-standard stimuli: The influence of vocal frequency and intensity*, Human Communication Research, 63, 1988, s. 969-977.
13. Burgoon J.K., Buller D.B., *Interpersonal Deception: III. Effects of deceit on perceived communication and nonverbal behavior dynamics*, Journal of Nonverbal Behavior 18, 1994, s. 155-183.
14. Walters S.B., *Kłamstwo cała prawda o... Jak wykryć kłamstwo i nie dać się oszukać*, GWP, Gdańsk 2005, s. 25-33.
15. Zuckerman M., Hodgins H., Miyake K., *The vocal attractiveness stereotype: Replication and elaboration*, Journal of Nonverbal Behavior, 14, 1990, s. 97-112.
16. Leathers D.G., *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 191-209.
17. Scherer K.R., *Vocal affect expression: A review and model for futur research*, Psychological Bulletin, 99, 1986, s. 143-165.
18. Blondis M.N., Jackson B.E., *Nonverbal communication with patients*, Wiley, New York 1977, s. 109-114.
19. Mowre O.H., *Nonverbal expression of affect in speech of schizophrenic patients*, Journal of Abnormal Psychology, 984, 1990, s. 316-325.
20. Argyle M., *The psychology of interpersonal behaviour*, Penguin Books, Middlesex 1983, s. 92-96.
21. Druckman D., Rozelle R.M., Baxter J.C., *Nonverbal communication: Survey, theory, and research*, Sage, Beverly Hills 1982, s. 36-40.
22. Davitz J.R., *The communication of emotional meaning*, McGraw-Hill, New York 2001, s. 54-59.

23. de Turck M.A., Miller G.R. *Deception and arousal: Isolating the behavioral correlates of deception*, Human Communication Research, 12, 1985, s. 181-201.
24. de Vito J.A., *The interpersonal communication book*, Harper, New York 1983, s. 104-107.
25. Ekman P., *Kłamstwo i jego wykrywanie w biznesie, polityce i małżeństwie*, PWN, Warszawa 2003, s. 60-64.
26. Zuckerman M., Miyake K., *The attractive voice: What makes it so?*, Journal of Nonverbal Behavior, 17, 1993, s. 119-135.
27. Hocking J.E., Leathers D.G., *Nonverbal indicators of deception: A new theoretical perspective*, Communication Monographs, 47, 1980, s. 119-131.

Komunikacja paralingwistyczna w dialogu terapeutycznym – „Sztuka słuchania z miłością”

Streszczenie

W publikacji zaprezentowano znaczenie diagnostyczne oraz komunikacyjne sygnałów wokalnych (sposobu mówienia) w interakcji terapeutycznej. Przedmiotem analiz uczyniono takie elementy komunikacji paralingwistycznej, jak: milczenie pacjenta, powtarzanie zdań i słów, parametry głosu (wysokość, siła, tempo). Wskazano sposoby wykorzystania tych elementów w usprawnianiu i optymalizacji przebiegu sesji terapeutycznej – w zachęcaniu i ośmieleniu pacjentów do rozmowy, w rozpoznawaniu stopnia ich zaangażowania w proces terapii oraz podejmowaniu przez klinicystę interwencji terapeutycznych. Ponadto podano sposoby wykorzystania ciszy w czasie sesji terapeutycznej.

W publikacji scharakteryzowano także znaczenie sygnałów wokalnych w ocenie prawdziwości pacjenta, w komunikowaniu przez terapeutę szacunku i zrozumienia oraz tworzeniu pierwszego wrażenia. Podano konkretne rodzaje sygnałów głosowych, które terapeuta powinien koniecznie stosować, a także te, które są szkodliwe komunikacyjnie.

Opisano również sygnały głosowe – zacinanie się i mamrotanie, wzdychanie czy robienia pauz – stanowiące wiarygodne źródło informacji o cechach osobowości pacjenta, doświadczanych przez niego emocji, a także o stanie jego zdrowia psychicznego.

W publikacji wskazano też na znaczenie komunikacji paralingwistycznej jako niespecyficznego czynnika terapeutycznego, a także jako bardzo ważnego elementu prowadzenia psychoterapii na odległość (online), zwłaszcza podczas sesji ograniczonej do kontaktu telefonicznego.

Słowa kluczowe: sygnały wokalne, diagnoza, komunikacja

Paralinguistic communication in a therapeutic dialogue – „The art of listening with love”

Abstract

The publication presents the diagnostic and communication-related significance of vocal signals (manner of speaking) appearing in a therapeutic interaction. Accordingly, such elements as: patient's keeping silent, repeating sentences and words, parameters of voice (pitch, strength, tempo) are made the subject of the analyses. The author indicates ways of making use of these elements in modifying and optimizing the course of a therapeutic session – in encouraging and bringing patients out to talk, in recognizing the degree of their involvement in the process of therapy, as well as in undertaking therapeutic intervention by the clinician. Moreover, ways of making use of silence during a therapeutic session are given.

The author also characterizes the importance of vocal signals to evaluation of patient's truthfulness, in communicating – through a therapist – respect and understanding, as well as in making the first impression. Concrete types of vocal signals which a therapist should necessarily apply and also those that are detrimental to communication are mentioned.

Vocal signals like faltering and mumbling, sighing, or pausing were described as well, since they provide a reliable source of information about patient's personality traits, emotions which are experienced by him/her, and also about the state of his/her psychic health.

The author emphasizes the significance of paralinguistic communication as an unspecific therapeutic factor and also as a most important element of running online psychotherapy, especially during sessions which are limited to contacts via telephone only.

Keywords: vocal signals, diagnosis, communication

Wpływ czynników demograficzno-społecznych na poziom optymizmu u pielęgniarek

1. Wprowadzenie

Środowisko pracy negatywnie oddziałuje na funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek, z powodu wielu szkodliwych czynników, tj. pracy w systemie zmianowym (praca w godzinach nocnych), ekspozycji na choroby zakaźne, narażenie na konflikty w pracy oraz częsty kontakt z pacjentem cierpiącym i umierającym [1]. Do innych czynników należy stres zawodowy, który uwarunkowany jest miejscem pracy, specyfiką wykonywanych zadań zawodowych oraz relacjami społecznymi w miejscu pracy [1, 2]. Źródłem stresu zawodowego może być również nieumiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami oraz cechy osobowości (neurotyzm) [3, 4]. Zdaniem R. Fida i in. (2018) w sektorze opieki zdrowotnej istnieje zjawisko agresji i zastraszania ze strony pacjentów, współpracowników i przełożonych, na które szczególnie narażone są pielęgniarki [5]. Opiswane zdarzenia wywołują specyficzne reakcje emocjonalne manifestujące się gniewem, frustracją i złością. Interesujące doniesienia przedstawiła H. Kalandyk i in. (2017), twierdząc, że wraz ze wzrostem poziomu zadowolenia z pracy obniża się poziom negatywnych emocji [6]. Według A. Wilkerson i in. (2019) specyfika pracy pielęgniarki wiąże się również z nadmiernym obciążeniem psychofizycznym, które obniża poziom motywacji i zadowolenia z pracy [7]. W konsekwencji prowadzi do nieprzestrzegania zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, obniżenia poziomu wydajności, jak również absencji pracownika. Należy dodać, że w literaturze pielęgniarskiej często odnotowuje się niewystarczającą liczbę przerw na odpoczynek oraz nieodpowiednie warunki socjalne na spożywanie posiłków [8].

Opisywane czynniki wywołują zaburzenia w wymiarze emocjonalnym, poznawczym i behawioralnym [2]. Mogą one manifestować się zespołem długoczasowym, który objawia się rozdrażnieniem, obniżeniem siły mięśniowej, pogorszeniem koncentracji i koordynacji wzrokowo-ruchowej [9]. Drugim stanem jest zespół wypalenia zawodowego uzewnętrzniający się emocjonalnym wyczerpaniem, depersonalizacją, jak również subiektywnym obniżeniem oceny własnych dokonań [10]. Do innych skutków niewłaściwego funkcjonowania sfery poznawczej i behawioralnej należą wypadki w miejscu pracy oraz nieprawidłowości w podejmowaniu i realizacji zadań zawodowych.

Na zakończenie warto podkreślić, że opisywane czynniki rzutują niekorzystnie na stan zdrowia pielęgniarek aktywnych zawodowo, wywołując m.in. zaburzenia snu, otyłość, zespół metaboliczny, cukrzycę typu 2, zespół jelita drażliwego czy zaburzenia cyklu miesięczkowego i przebiegu ciąży [11, 12].

¹ mmerklinger-soma@ans-ns.edu.pl, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, <https://www.ans-ns.edu.pl/wz>.

² ewilczek@ans-ns.edu.pl, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, <https://www.ans-ns.edu.pl/wz>.

Kluczowe znaczenie w łagodzeniu i regulowaniu negatywnych skutków wykonywania zawodu pielęgniarki odgrywają zasoby osobiste. Pozwalają one wytrwale dążyć do zaplanowanych celów, a w razie konieczności poszukiwać efektywnych rozwiązań oraz nadawać pozytywnego znaczenia działaniom w trakcie rozwiązywania problemów [13].

2. Zasoby osobiste

W koncepcji salutogenetycznej A. Antonovsky'ego zasadniczym czynnikiem odpowiedzialnym za pozyskiwanie i utrzymanie zdrowia są uogólnione zasoby odpornościowe, mające zdolność kształtowania i doskonalenia umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz korzystnym oddziaływaniem na zdrowie [14]. Obszerną grupę zasobów stanowią właściwości psychiczne, które dotyczą struktury Ja (poczucie kontroli czy sprawstwa). Opisywana grupa uwzględnia również wyuczone strategie radzenia sobie oraz komponenty poznawcze (wiedza, umiejętności). Należy podkreślić, że zasoby jako konstrukty osobowościowe mają znaczenie adaptacyjne i funkcjonalne, dzięki temu chronią jednostkę przed niekorzystnym oddziaływaniem stresorów.

Według S. Hobfolla i in. (2018) zasoby są cennymi wartościami obejmującymi przedmioty, cechy osobowości, nakłady energii, które pomagają przetrwać w sytuacji nadmiernego napięcia emocjonalnego [15]. Osoby posiadające wysoki poziom zasobów w ujęciu poznawczym i emocjonalnym kierują się harmonijnym i racjonalnym sposobem myślenia. Warto dodać, że są one znaczącymi rezerwami psychicznymi, predysponującymi do kreatywnego funkcjonowania w środowisku.

Zasoby osobiste można podzielić na materialne, osobiste, stanu i energii [16]. Do pierwszej grupy należą przedmioty fizyczne, które mają wysoką wartość materialną, podnoszą one status społeczno-ekonomiczny oraz poczucie wartości jednostki. Druga grupa obejmuje zasoby osobiste określane jako umiejętności (kompetencje emocjonalne, kompetencje życiowe, kompetencje społeczne) i cechy osobowości (optymizm, poczucie własnej skuteczności, prężność). Dla przykładu kompetencje emocjonalne rozpoznają i regulują stany emocjonalne (inteligencja emocjonalna). Na uwagę zasługują również kompetencje społeczne, obejmujące niewerbalne i werbalne umiejętności nawiązywania i utrzymywania relacji społecznych. Do trzeciej grupy zalicza się zasoby stanu (zdrowie, praca, małżeństwo), dające dostęp do innych zasobów, niestety pomimo wysokiej wartości są one niestabilne (rozwód). Czwarta grupa to zasoby energii, które mogą być zastępowane trzema opisywanymi rodzajami zasobów. Najwyższą wartość osiągają one przed ich pozyskaniem (spadek ceny samochodu po zakupie w salonie).

2.1. Optymizm

Przedstawione w literaturze definicje optymizmu odnoszą się do dwóch założeń [17]. W pierwszej z nich jednostka postrzega otoczenie w kategorii pozytywnej. Przykładem tego rodzaju ujęcia jest teoria inklinacji pozytywnej opracowana przez J. Czapińskiego, w której doznania pozytywne przeważają nad negatywnymi [18]. Z kolei w drugim założeniu jednostka oczekuje pozytywnych zdarzeń w przyszłości. Takie ujęcie optymizmu nawiązuje do koncepcji dyspozycyjnego optymizmu M. Scheiera i Ch. Carvera [19]. Opiswany zasób jest cechą osobowości uwarunkowaną genetycznie i nabywaną w okresie dzieciństwa, poprzez wpływ rodziców i nauczycieli. Podnosi on poziom subiektywnego samopoczucia, inicjuje proaktywne działania mające na celu ochronę zdrowia, w tym również fizycznego [20]. Optymizm rozwija poczucie własnej skuteczności oraz kształtuje zaufanie do otoczenia. Wskazany zasób powiązany jest z adaptacyj-

nymi procesami psychologicznymi, które nasilają aktywność i intensyfikują strategie skoncentrowane na wyciszaniu emocji i rozwiązywaniu problemów [21]. Najogólniej dyspozycyjny optymizm jest sposobem postrzegania świata, poprzez oczekiwanie korzystnych zdarzeń w przyszłości i wyobrażenie, że nieprzychylnie sytuacje będą występować rzadko lub w ogóle.

3. Założenia i cele pracy

Celem pracy jest poznanie związku między czynnikami demograficzno-społecznymi a optymizmem u pielęgniarek.

3.1. Materiał i metody

Badaniami objęto pielęgniarki pracujące w oddziałach zabiegowych i niezabiegowych w szpitalach na terenie województwa małopolskiego. Pielęgniarki przed przystąpieniem do projektu były informowane o celu badań oraz procedurze wypełniania narzędzi badawczych. Zapoznano je również z obowiązującymi przepisami prawnymi o ochronie danych osobowych oraz anonimowym i dobrowolnym udziale w projekcie. Do badań zakwalifikowano 1420 pielęgniarek.

Szukając odpowiedzi na sformułowany cel, w badaniach wykorzystano Test Orientacji Życiowej (LOT-R) oraz autorski kwestionariusz ankiety, określający dane demograficzno-społeczne (płeć, miejsce zamieszkania, wiek, stan cywilny, wykształcenie, sytuacja materialna, staż pracy, charakter pracy, rodzaj oddziału).

3.1.1. Test Orientacji Życiowej (LOT-R)

Autorami Testu Orientacji Życiowej są M. Scheier, Ch. Carver i M. Bridge [22]. Za adaptację polskiej wersji odpowiedzialni są R. Poprawa i Z. Juczyński. Test LOT-R służy do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu, który wyraża zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych zdarzeń. Test obejmuje 10 stwierdzeń, w których 6 ma wartość diagnostyczną dla optymizmu. Opisywane narzędzie można przeznaczyć do badania zdrowych i chorych osób dorosłych. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie optymizmu. Zgodność wewnętrzną dla wersji oryginalnej oceniona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha wynosi 0,76. Ogólny wynik może być w przedziale od 0 do 24 punktów.

3.1.2. Charakterystyka ogólna badanej grupy

W badaniach wzięło udział 1420 pielęgniarek aktywnych zawodowo. W przedstawionej grupie ponad połowa pielęgniarek mieszkała na wsi ($n = 796$; 56,06%), tymczasem mniejszy odsetek badanych w mieście ($n = 624$; 43,94%). Najliczniejszą grupę pod względem wieku odnotowano u pielęgniarek w przedziale 41-50 lat ($n = 476$; 33,52%) oraz 51-60 lat ($n = 364$; 25,63%). W analizowanej próbie przeważały pielęgniarki będące w związku ($n = 1017$; 71,62%). Ponad połowa ankietowanych miała wykształcenie licencjackie ($n = 728$; 51,27%). Pielęgniarki najczęściej zgłaszały sytuację materialną dobrą ($n = 839$; 59,08%). Najliczniejszą grupę pod względem stażu pracy prezentowali ankietowani w przedziale 21-30 lat ($n = 477$; 33,59%) oraz 31-40 lat ($n = 364$; 25,63%). Większość pielęgniarek deklarowała pracę w systemie dwuzmianowym ($n = 1252$; 88,17%), względem osób pracujących w strukturze jednozmianowej ($n = 168$; 11,83%). Ponad połowa pielęgniarek pracowała w oddziałach niezabiegowych ($n = 818$; 57,59%), natomiast mniejsza grupa badanych w oddziałach zabiegowych ($n = 602$; 42,41%).

3.2. Wyniki badań

W pracy przeprowadzono analizy statystyczne z użyciem pakietu IBM SPSS Statistics 23. Za poziom istotności uznano klasyczny próg $\alpha = 0,05$, jednakże wyniki prawdopodobieństwa statystyki testu na poziomie $0,05 < p < 0,1$ interpretowano jako istotne na poziomie tendencji statystycznej.

3.2.1. Poziom optymizmu u pielęgniarek

W pierwszym kroku sprawdzono, jaki jest poziom optymizmu u pielęgniarek aktywnych zawodowo. Hipotetycznie wyniki mogły mieścić się w przedziale od 0 do 24 punktów.

W badanej grupie przeważały osoby z podwyższonym poziomem optymizmu. Zaobserwowano rozkład w pewnym zakresie dwumodalny. Istniało niewiele osób uzyskujących wyniki w przedziale od 10 do 15 punktów, zaś stosunkowo duża grupa badanych reprezentowała wyniki niższe, w zakresie od 5 do 9 punktów. Odnotowano również wyniki wysokie, z przedziału od 17 do 21 punktów. Można więc przypuszczać, że w badanej próbie zauważono dwie podgrupy respondentów. Pierwszą stanowiły osoby z niskim poziomem optymizmu, z kolei drugą obejmowali ankietowani z wysokim jej wskaźnikiem.

3.2.2. Optymizm a czynniki demograficzno-społeczne

Z powodu znacznej nierównoliczności porównywanych grup wykonano analizę z użyciem testu *U* Manna–Whitneya i sprawdzono związek między optymizmem a cechami demograficzno-społecznymi. W zakresie miejsca zamieszkania, rodzaju oddziału i systemu pracy odnotowano wyniki istotne statystycznie (tab. 1).

W dalszym etapie badań podjęto próbę analizy, czy osoby mieszkające na wsi różniły się w zakresie optymizmu od mieszkańców miast. Poziom wskazanego zasobu był wyższy w przypadku osób mieszkających na terenie miasta. Siła odnotowanych efektów, mierzona współczynnikiem *r*, była jednak bardzo niska.

Następnie sprawdzono, czy ankietowani pracujący w systemie dwuzmianowym różnili się poziomem optymizmu od pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym. Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie w zakresie badanej zmiennej. Poziom opisywanego zasobu był wyższy u pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym. Siła odnotowanego efektu, mierzona współczynnikiem *r*, była jednak bardzo niska.

W kolejnym kroku postanowiono sprawdzić, jaki jest poziom opisywanego zasobu u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i niezabiegowych. Analiza badań pozwoliła stwierdzić wyższe wyniki optymizmu w grupie osób pracujących w oddziałach niezabiegowych w porównaniu do pielęgniarek realizujących zadania zawodowe w oddziałach zabiegowych. Siła odnotowanych efektów była niska.

Tabela 1. Optymizm a czynniki demograficzno-społeczne

Zmienne	Wieś		Miasto		U	Z	p	R
	M	SD	M	SD				
Optymizm	14,41	5,66	16,51	4,98	195 437,0	-6,92	<0,001	0,18
Zmienne	Oddział zabiegowy		Oddział niezabiegowy		U	Z	p	R
	M	SD	M	SD				
Optymizm	14,57	5,65	15,91	5,26	211 585,5	-4,69	<0,001	0,12

Zmienne	System dwuzmianowy		System jednozmianowy		U	Z	p	R
	M	SD	M	SD				
Optymizm	14,41	5,66	16,51	4,98	195 437,0	-6,92	<0,001	0,18

Źródło: opracowanie własne.

Legenda: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wynik testu *U* Manna–Whitneya; Z – wartość wystandaryzowana; p – istotność statystyczna; r – siła efektu.

Ze względu na znacznie różną liczebność porównywanych grup wykonano analizę z użyciem testu Kruskala–Wallisa. W zakresie wykształcenia, sytuacji materialnej oraz stażu pracy odnotowano wyniki istotne statystycznie (tabela 2).

W dalszym etapie analizy postanowiono sprawdzić, czy poziom optymizmu różnił się u pielęgniarek w zależności od rodzaju wykształcenia. Wyższy poziom opisywanego zasobu zaobserwowano u pielęgniarek z wykształceniem średnim w porównaniu do badanych z wykształceniem wyższym licencjackim i magisterskim.

W kolejnej analizie sprawdzono, czy wskaźnik optymizmu różnił się u osób ze względu na sytuację materialną. Najwyższe wyniki dostrzeżono w zespole pielęgniarek o bardzo dobrej sytuacji materialnej, niższe w grupie o dobrej sytuacji materialnej, jeszcze niższe w grupie o przeciętnej, zaś najniższe w grupie osób o złej lub bardzo złej sytuacji materialnej.

Odnotowano również różnicę istotną statystycznie w stosunku do optymizmu i stażu pracy. Grupy pielęgniarek do 10 lat i 11-20 lat stażu pracy charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem prezentowanego zasobu niż trzy pozostałe grupy.

Tabela 2. Optymizm a czynniki demograficzno-społeczne

Zmienne	Wykształcenie	M	SD	H = 22,80 p < 0,001
Optymizm	średnie	14,04	5,73	
	licencjat	15,56	5,32	
	wyższe magisterskie	15,90	5,41	
Zmienne	Sytuacja materialna	M	SD	H = 105,95 p < 0,001
Optymizm	bardzo dobra	18,16	4,55	
	dobra	15,87	5,22	
	przeciętna	13,69	5,62	
	zła lub bardzo zła	10,70	5,15	
Zmienne	Staż pracy	M	SD	H = 54,13 p < 0,001
Optymizm	do 10 lat	16,87	4,96	
	11-20 lat	15,88	5,34	
	21-30 lat	14,88	5,49	
	31-40 lat	14,44	5,59	
	powyżej 41 lat	11,81	5,85	

Legenda: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; H – wynik testu Kruskala–Wallisa; p – istotność statystyczna.

Źródło: opracowanie własne.

4. Podsumowanie

Zawód pielęgniarstwa wiąże się z wieloma zagrożeniami dla zdrowia, determinowanymi przez różnorodne czynniki niekorzystnie wpływające na ich funkcjonowanie. Jednym z istotnych zasobów osobistych jest optymizm, który oddziałuje na zdrowie fizyczne i dobre samopoczucie, odpowiada za odnoszenie sukcesów oraz odporność psy-

chiczną jednostki [22]. Dane empiryczne przeprowadzone wśród pracowników służby zdrowia wskazały, że optymizm poprawiał poziom funkcjonowania, zarówno w codziennych czynnościach zawodowych, jak i nagłych wypadkach [23]. Ogólnie rzecz biorąc, badani deklarowali mniejsze nasilenie presji, w większym stopniu koncentrowali uwagę na praktycznym rozwiązywaniu problemów, a także poszukiwali wsparcia społecznego. Ponadto zaobserwowano, że pracownicy służby zdrowia wykazywali większe zaufanie wobec innych pracowników oraz podmiotu leczniczego. Analiza prezentowanych wyników badań własnych pozwoliła zauważyć, że wśród pielęgniarek przeważały osoby z podwyższonym poziomem optymizmu. Badania empiryczne innych autorów pokazały, że wskaźnik optymizmu nasilał satysfakcję z pracy, podczas gdy konflikty w środowisku zawodowym i rodzinnym obniżały jej poziom [24]. Według pracy A. Wojcieszek i in. (2019) znaczny odsetek polskich pielęgniarek przejawiał skłonność do optymizmu [25]. Natomiast w innych badaniach empirycznych blisko połowa położnych przejawiała wysoki stopień prezentowanego zasobu osobistego [26]. Interesujące wyniki badań przeprowadził J. Cruz i in. (2018) wśród pielęgniarek pracujących w dwóch szpitalach na terenie północnych Filipin – otóż wskazana grupa zgłaszała ponadprzeciętny poziom optymizmu, który pozytywnie wpływał na jakość życia badanych [27].

Nie ulega wątpliwości, że zmienne demograficzno-społeczne są powiązane z poziomem optymizmu. Przedstawione wyniki badań własnych wskazują, że pielęgniarki ze średnim wykształceniem deklarowały wysoki poziom optymizmu. Odmienne wyniki zaobserwowano w grupie polskich pielęgniarek i położnych, mianowicie wysoki wskaźnik opisywanego zasobu stwierdzono u osób z wykształceniem wyższym [28]. Warte uwagi są również badania przeprowadzone w grupie kobiet, gdzie wysoki roczny dochód rzutował pozytywnie na poziom optymizmu [29]. Odnosząc się do wskazanej wypowiedzi, warto przytoczyć wyniki badań własnych – otóż pielęgniarki deklarujące sytuację materialną bardzo dobrą zgłaszały wysoki poziom opisywanego zasobu. Jak wynika z badań własnych, pielęgniarki ze stażem pracy do 10 lat charakteryzowały się wysokim poziomem prezentowanego zasobu osobistego. Z kolei w badaniach A. Wojcieszek i in. (2019) nie stwierdzono zróżnicowania między optymizmem a wiekiem i stażem pracy [25].

Na zakończenie tej części rozważań trudno nie zauważyć, że w literaturze przedmiotu istnieją wyniki badań podkreślające znaczenie optymizmu w pracy zawodowej pielęgniarek [23, 25, 27]. Jego oddziaływanie w szczególności zwiększało wydajność, podnosiło satysfakcję i zaangażowanie pracownika, a także wpływało na dobre samopoczucie. Ponadto promowało etyczne zachowania i odpowiedzialność zawodową w miejscu pracy.

Można przypuszczać, że wysoki poziom optymizmu u pielęgniarek pogłębia profesjonalną relację terapeutyczną z pacjentem i jego rodziną, a zatem może wpływać korzystnie na proces diagnozowania, leczenia, pielęgnowania, jak również rehabilitacji. W nawiązaniu do niniejszych przemyśleń warto przedstawić wyniki badań L. Skodstad i in. (2015), gdzie po przeprowadzeniu krótkotrwałych interwencji psychologicznych przez norweskie pielęgniarki doszło do wzrostu poziomu optymizmu i zmniejszenia nasilenia objawów depresji u pacjentów [30].

Należy podkreślić, że wdrożenie różnorodnych form wsparcia rozwijających zasoby osobiste (warsztaty treningowe), a także promowanie poradnictwa psychologicznego pozwoli zmniejszyć napięcie emocjonalne w sytuacji doświadczania dystresu psychicz-

nego u pielęgniarek. Na zakończenie należy przytoczyć rozważania amerykańskich badaczy, gdzie optymizm jako zasób osobisty rozwijano i wzmacniano dzięki programom edukacyjnym, które łączono z budowaniem zaufania społecznego i podnoszeniem poziomu samopoczucia [23].

5. Wnioski

Po analizie wyników badań własnych sformułowano następujące wnioski:

1. Pielęgniarki przejawiają podwyższony poziom optymizmu.
2. Istnieje związek między zmiennymi demograficzno-społecznymi (miejsce zamieszkania, wykształcenie, sytuacja materialna, rodzaj oddziały, system pracy, staż pracy) a optymizmem.
3. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę dalszego kontynuowania badań, a także rozwijania zasobów osobistych w środowisku pracy pielęgniarek poprzez wprowadzanie różnorodnych form wsparcia (warsztaty treningowe) i promowania poradnictwa psychologicznego, które pozwolą zmniejszyć poziom stresu w sytuacji przeżywania dystresu psychicznego.

Literatura

1. Janicka M.J., Basińska M.A., Sołtys M., *Wybrane cechy osobowości pielęgniarek a elastyczność w radzeniu sobie ze stresem – moderacyjna rola wieku i stażu pracy*, Medycyna Pracy, 71(4), 2020, s. 451-459.
2. Strid E.N., *Health care workers' experiences of workplace incidents that posed a risk of patient and worker injury: a critical incident technique analysis*, BMC Health Services Research, 21:511, 2021, s. 1-12.
3. Valena M., Rinkebaug G., *Individual-level interventions for decreasing job-related stress and enhancing coping strategies among nurses: a systematic review*, Frontiers in Psychology, 12, 708696, 2021, s. 1-13.
4. Divinakumar K.J., Bhat P.S., Prakash J., Srivastava K., *Personality traits and its correlation to burnout in female nurses*, Industrial Psychiatry Journal, 28(1), 2019, s. 24-28.
5. Fida R., Tramontano C., Paciello M., Guglielmetti C., Gilardi S., Probst T.M., Barbaranelli C., *First, do no harm: the role of negative emotions and moral disengagement in understanding the relationship between workplace aggression and misbehavior*, Frontiers in Psychology, 9, 2018, s. 1-17.
6. Kalandyk H., Krajewska-Kułak E., Guty E., *Umiejętność kontroli emocji przez pielęgniarki w zależności od ich miejsca pracy*, Journal of Education, Health and Sport, 7(3), 2017, s. 86-96.
7. Wilkerson A.H., Thomas H.O., Nahar V.K., *Correlates of physical activity behavior among nursing professionals: a systematic search and literature review*, Journal of Health and Social Sciences, 4(2), 2019, s. 157-172.
8. Woynarowska-Sołdan M., Panczyk M., Iwanow L., Gałązkowski R., Wójcik-Fatla A., Panasiuk L., Gotlib J., *Associations between overweight and obesity and health enhancing behaviours among female nurses in Poland*, Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 25(4), 2018, s. 714-719.
9. Kang H., Lee M., Jang S.J., *The Impact of Social Jetlag on Sleep Quality among Nurses: a Cross-Sectional Survey*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(1):47, 2021, s. 1-11.
10. Wilczek-Rużyczka E., Zaczek I., *Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek – metaanaliza badań*, Hygeia Public Health, 50(1), 2015, s. 9-13.

11. Burdelak W., Peplńska B., *Praca w nocy a zdrowie pielęgniarek i położnych – przegląd literatury*, *Medycyna Pracy*, 64(3), 2013, s. 397-418.
12. Perry L., Lamont S., Brunero S., Gallagher R., Duffield Ch., *The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey*, *BMC Nursing*, 14(15), 2015, s. 1-8.
13. Luthans F., Youssef-Morgan C.M., *Psychological capita: an evidence-based positive approach*, *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 2017, s. 17.1-17.28.
14. Pasięka M., Zdziarski K., *The sense of coherence and the health behavior of students medical and non-medical universities*, *Journal of Education, Health and Sport*, 12(3), 2022, s. 210-228.
15. Hobfoll S.E., Halbesleben J., Neveu J.P., Westman M., *Conservation of resources in the organizational context: the reality of resources and their consequences*, *Annual Review of Organizational Behavior*, 5, 2018, s. 103-128.
16. Hobfoll S.E., *Stres, kultura i społeczność*, GWP, Gdańsk 2006, s. 69-103.
17. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., *Osobowość, stres a zdrowie*, Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2008, s. 147-193.
18. Czapiński J., *Psychologiczne teorie szczęścia*, [w:] Czapiński J. (red.), *Psychologia pozytywna*, PWN, Warszawa 2004, s. 51-102.
19. Carver C.S., Scheier M.F., *Dispositional optimism*, *Trends Cognitive Sciences*, 18(6), 2014, s. 293-299.
20. Carver C.S., Scheier M.F., Segerstrom S.C., *Optimism*, *Clinical Psychology Review*, 30(7), 2010, s. 879-889.
21. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 153-171.
22. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012, s. 61-71.
23. Boldor N., Bar-Dayana Y., Rosenbloom T., Shemer J., Bar-Dayana Y., *Optimism of health care workers during a disaster: a review of the literature*, *Emerging Health Threats*, 5:7270, 2012, s. 1-6.
24. Zhang W., Zheng Z., Pylypchuk R., Zhao J., Sznajder K.K., Cui C., Yang X., *Effects of optimism on work satisfaction among nurses: a mediation model through work-family conflict*, *Frontiers Psychiatry*, 12, 779396, 2021, s. 1-10.
25. Wojcieszek A., Nawalana A., Majda A., *Poczucie optymizmu oraz własnej skuteczności malopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego*, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2(72), 2019, s. 141-147.
26. Rasińska R., Nowakowska I., *Satysfakcja z pracy położnych a poziom optymizmu*, *Zdrowie i Dobrostan*, 4, 2013, s. 235-246.
27. Cruz J.P., Cabrera D.N.C., Hufana O.D., Alquwez N., Almazan J., *Optimism, proactive coping and quality of life among nurses: a cross-sectional study*, *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 2018, s. 2098-2108.
28. Dziąbek E., Dziuk U., Brończyk-Puzoń A., Bieniek J., Kowolik B., *Poczucie optymizmu a kontrola emocji w wybranej grupie pielęgniarek i położnych, członków Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej*, *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 67(6), 2013, s. 367-373.
29. Progovac A.M., Donohue J.M., Matthews K.A., Chang Ch.Ch.H., Habermann E.B., Kuller L.H., Saquib J., LaMonte M.J., Salmoirage-Blotcher E., Zaslavsky O., Tindle H.A., *Optimism predicts sustained vigorous physical activity in postmenopausal women*, *Preventive Medicine Reports*, 8, 2017, s. 286-293.
30. Skogstad L., Hem E., Sandvik L., Ekeberg O., *Nurse-led psychological intervention after physical trauma: a randomized controlled trial*, *Journal of Clinical Medicine Research*, 7(5), 2015, s. 339-347.

Wpływ czynników demograficzno-społecznych na poziom optymizmu u pielęgniarek

Streszczenie

Środowisko pracy negatywnie oddziałuje na funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek (praca w systemie zmianowym, stres zawodowy, narażenie na poważne choroby zakaźne, emocjonalne angażowanie się w relacje z pacjentami, kontakt ze śmiercią, konflikty w miejscu pracy). Jednym z zasobów osobistych wpływających pozytywnie na aktywność zawodową pielęgniarek jest optymizm, który pozwala skutecznie radzić sobie w trudnych sytuacjach, uzyskiwać efektywne wyniki w miejscu pracy oraz rozwijać motywację. Celem pracy jest poznanie związku między czynnikami demograficzno-społecznymi a optymizmem u pielęgniarek. W badaniach wykorzystano Test Orientacji Życiowej oraz autorski kwestionariusz określający dane demograficzno-społeczne (płeć, miejsce zamieszkania, wiek, stan cywilny, wykształcenie, sytuacja materialna, staż pracy, system pracy, rodzaj oddziału). Badaniami objęto 1420 pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i niezabiegowych w szpitalach na terenie województwa małopolskiego. Wyniki badań potwierdzają związek między czynnikami demograficzno-społecznymi a poziomem optymizmu w grupie zawodowej pielęgniarek. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę kontynuowania badań, a także rozwijania zasobów osobistych w środowisku pracy pielęgniarek poprzez wprowadzanie różnorodnych form wsparcia (warsztaty treningowe) i promowania poradnictwa psychologicznego, które pozwolą zmniejszyć poziom napięcia emocjonalnego w sytuacji doświadczania dystresu psychicznego w miejscu pracy.

Słowa kluczowe: pielęgniarki, czynniki demograficzno-społeczne, zasoby osobiste, optymizm

The impact of demographic and social factors and health behaviors on the level of optimism in nurses

Abstract

The work environment negatively affects the professional functioning of nurses (shift work, occupational stress, exposure to serious infectious diseases, emotional involvement in relationships with patients, contact with death, conflicts in the workplace). One of the personal resources positively influencing the professional activity of nurses is optimism, which allows you to effectively deal with difficult situations, obtain effective results in the workplace and develop motivation. The aim of the study is to find out the relationship between demographic and social factors and optimism among nurses. The study used the Life Orientation Test and an original questionnaire specifying demographic and social data (gender, place of residence, age, marital status, education, financial situation, seniority, work system, type of ward). The study covered 1,420 nurses working in surgical and non-surgical wards in hospitals in the Małopolska province. The results of the research confirm the relationship between demographic and social factors and the level of optimism in the professional group of nurses. The obtained results indicate the need to continue research, as well as to develop personal resources in the work environment of nurses by introducing various forms of support (training workshops) and promoting psychological counseling, which will help reduce the level of emotional tension in the situation of experiencing mental distress in the workplace.

Keywords: nurses, demographic and social factors, personal resources, optimism

Próby wykorzystania medytacji w psychoterapii

1. Wprowadzenie

Psychoterapeuci od dawna podejmowali próby włączania medytacji do pracy z pacjentami. Zwykle jednak traktowano ją jako metodę pomocniczą, służącą jedynie rozluźnieniu pacjenta, jego wyciszeniu, zwiększeniu koncentracji czy poczucia samoświadomości, pobudzeniu wyobraźni i wprowadzeniu w dobry nastrój. Z tego względu praktykowano ją najczęściej tuż przed kilkudziesięciominutową sesją lub zaraz po jej zakończeniu. Nie było mowy o łączeniu psychoterapii z medytacją czy uznawaniu tej drugiej jako mającej jakieś działanie terapeutyczne, mimo że wielu wybitnych teoretyków i praktyków, jak choćby C.G. Jung, mocno się za tym opowiadało. Na szczęście zaczyna to należeć do przeszłości, bo są dowody na to, że dzisiaj medytacja zaczyna się na dobre integrować z psychoterapią.

Celem tej publikacji jest podanie w porządku chronologicznym pierwszych prób wykorzystywania różnych medytacji do określonych rodzajów psychoterapii oraz zaprezentowanie najnowszych sposobów łączenia medytacji z psychoterapią, a w szczególności uważności z terapią poznawczą.

2. Pierwsze próby stosowania medytacji w psychoterapii

Od lat 70. ubiegłego stulecia psycholodzy i psychoterapeuci (zwłaszcza C. Schmais, P. Diaz-Salazar, S. Dibbel-Hope, A.J. Sutich, N.R. Walsh, F.E. Vaughan) zaczęli prowadzić eksperymenty ukierunkowane na wykorzystanie medytacji w psychoterapii, przy czym najbardziej obiecujące wyniki uzyskali Arthur Deikman [1] i Stanislav Grof [2]. Ten drugi stworzył holotropową terapię oddechową (ang. *holotropic breath therapy*), która przypomina *rebirthing* Orro, opartą na ciągłym rytmicznym oddechu w celu wywołania zmienionych stanów świadomości [3]. Warto też wspomnieć o ćwiczeniach opracowanych przez R. Assagiolo – twórcę psychosyntezy – mających służyć uwalnianiu się od ograniczających rozwój identyfikacji, polegających na stopniowej, przypominającej medytację, recytacji konkretnego tekstu typu:

Mam ciało, ale nie jestem ciałem. Widzę i czuję moje ciało, ale to, co można zobaczyć, nie jest prawdziwym widzącym. Moje ciało może być zmęczone lub niespokojne, ociężałe lub swobodne, ale to nie ma nic wspólnego z moim wewnętrznym „ja”. [...] Mam myśli, lecz nie jestem moimi myślami, a co może być poznane, nie jest prawdziwym poznającym. Myśli przychodzą do mnie, ale nie mają wpływu na moje wewnętrzne „ja”. Posiadam myśli, ale nie jestem moimi myślami [4, s. 168].

Jednak te pierwsze próby wykorzystania medytacji w psychoterapii zostały na jakiś czas zapomniane. Przypuszczalnie dlatego, że nie były w pełni zadowalające czy przekonujące.

¹ wie.sikorski@gmail.com, Wydział Ekonomiczny w Opolu, Uniwersytet WSB Merito we Wrocławiu, www.merito.pl/wroclaw.

2.1. Terapia przez spontaniczny ruch

Po pewnym czasie ponownie podjęto próby wprowadzenia medytacji do psychoterapii. Do najbardziej udanych zalicza się jej stosowanie w tzw. terapii przez spontaniczny ruch. Polega ona na sukcesywnym uczeniu pacjenta spontanicznego doświadczania własnego ciała, a także na budzeniu zaufania do doznań z niego dochodzących [5, 6]. Terapia ta bazuje na teorii aktywnej wyobraźni stworzonej przez C.G. Junga, sugerującej, że myśli, uczucia i obrazy wyrażane są przez ruchy ciała. W terapii przez spontaniczny ruch stosuje się głównie techniki analityczne i wolne skojarzenia, przeniesienie, przeciwprzeniesienie, projekcje oraz filozofię wcielania ducha i duszy. Często też wykorzystuje się w niej właśnie medytację, a także techniki stosowane w psychologii religii oraz psychologii i psychoterapii transpersonalnej.

2.2. Psychoterapia transpersonalna

Wspomniana psychoterapia transpersonalna to drugi przykład po części pomyślnej próby posiłkowania terapii technikami medytacji. Głównym jej celem jest wspieranie możliwie najpełniejszego rozwoju klienta. Z tego względu ma ona przede wszystkim wymiar indywidualny, a nie grupowy. Terapeuta wspomaga bowiem klienta głównie w najwyższych, typowych dla niego fazach rozwoju. Dopuszczalne jest zaś wykonywanie w grupie podstawowych ćwiczeń medytacyjnych lub jogi, które zdaniem psychoterapeutów transpersonalnych są uniwersalnymi, pomocnymi narzędziami rozwoju, przy czym stosuje się wiele rodzajów medytacji (najczęściej medytację transcendentalną) i ćwiczeń jogi (np. system jogi-nidry).

Jednak w obu tych terapiach udział medytacji był mniejszy od zakładanego i dość skromny, raczej służył relaksacji i odprężeniu pacjentów, a znacznie mniej ich rozwojowi. Nie podjęto też badań nad skutecznością tych terapii, także w kontekście stosowanych w nich technik medytacji.

3. Medytacja uważności

Prawdziwym przełomem okazało się połączenie terapii poznawczej z medytacją uważności. Uważność to proces prowadzący do stanu umysłu, który charakteryzuje się nieoceniającą świadomością aktualnych doświadczeń – własnych odczuć, myśli oraz środowiska [7]. Medytacja uważności sprzyja wzmocnianiu dwóch z kilku głównych funkcji pracy mózgu – jedna dotyczy emocji, a druga uwagi. Z przeglądu licznych doniesień z badań klinicznych na temat skuteczności medytacji uważności wynika, że:

- jest ona co najmniej tak samo skuteczna jak pomoc psychologiczna bądź farmakoterapia w leczeniu zaburzeń depresyjnych [8, 9, 10];
- wycisza obszary mózgu biorące udział w wytwarzaniu hormonów stresu [11] i uaktywnia te, od których zależy poprawa nastroju [12];
- ogranicza częstość pojawiania się zachowań autodestrukcyjnych (np. samookaleczeń) i uzależnień – wynikających także z nadużywania zakazanych substancji i leków na receptę, a także ze skłonności do nadmiernego spożywania napojów alkoholowych [13];
- jest sprawdzonym panaceum na przygnębienie, rozdrażnienie i zmęczenie.

Udowodniono, że osoby systematycznie praktykujące uważność są radośniejsze, szczęśliwsze i bardziej usatysfakcjonowane z życia, a zarazem dużo rzadziej odczuwają dyskomfort psychiczny [14, 15].

3.1. Pomiar uważności

Współcześnie ogromne rzesze badaczy rozsianych po całym świecie zajmują się uważnością, a wśród nich wyróżnia się Kirk Brown z Virginia Commonwealth University w Richmond, w stanie Wirginia. Brown, już jako doktorant, dostrzegł, że niektórzy pacjenci w czasie rekonwalescencji lepiej wsłuchują się w wewnętrzne sygnały od pozostałych. Pacjenci bardziej świadomi swoich doświadczeń wewnętrznych wyraźnie prędzej dochodzili do zdrowia po ciężkim zabiegu chirurgicznym niż pacjenci ich nieświadomi. Ta świadomość sygnałów płynących z wnętrza człowieka nazywana jest *interocepcją*, czyli percepcją własnego świata wewnętrznego. Dużą zasługą Browna jest stworzenie narzędzia do pomiaru uważności, mianowicie Uważnościowej Skali Świadomości Uwagi (ang. *Mindful Awareness Attention Scale*), nazywanej skrótowo skalą MAAS. Skala ta to obecnie powszechnie przyjmowany standard mierzenia codziennej uważności jednostki [16].

3.2. Uważność a zdrowie

Brown uznał, że wszyscy ludzie są zdolni do tego rodzaju świadomości, ale różnią się poziomem uważności. W trakcie prowadzonych przez niego długoletnich (podłużnych) badań odnotował, że wynik na skali MAAS u poszczególnych osób ma związek z ich zdrowiem psychicznym i fizycznym, a nawet z jakością ich relacji z innymi. Na początku myślał, że uzyskane dane są błędne, gdyż wydawało się mało prawdopodobne, żeby wynik na skali MAAS był zależny aż od tylu czynników. Jednak każde kolejne badania to potwierdziły. Badania przeprowadzone przez Jona Kabata-Zinna, twórcę i dyrektora Stress Reduction Clinic i Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society przy University of Massachusetts Medical School wykazały, że pacjenci leczący się na choroby skóry powracali do zdrowia dużo szybciej, gdy praktykowali uważność [17].

W ostatnim czasie wykazano, że program redukcji stresu za pomocą uważności (MBSR, ang. *Mindfulness Based Stress Reduction*) powoduje zmiany struktury mózgu. Osoby objęte programem medytowały 30 minut dziennie przez 8 tygodni. Po zakończeniu treningu w mózgach tych osób dostrzeżono zmiany niewystępujące w mózgach osób nieuczestniczących w treningu. Istota szara była grubsza w kilku obszarach mózgu odpowiedzialnych za pamięć, uczenie się i regulację emocji, co dowodzi, że praktykowanie medytacji może wpływać na poprawę skuteczności tych funkcji mózgu [18].

4. Terapia poznawcza oparta na uważności

Podane powyżej olbrzymie walory terapeutyczne medytacji uważności doprowadziły do powstania terapii poznawczej opartej na uważności (MBCT, ang. *Mindfulness Based Cognitive Therapy*). Jej twórcami są Z. Segal, J. Teasdale i M. Williams. Uzyskała ona rekomendację brytyjskiego Narodowego Instytutu Zdrowia i Opieki Medycznej (NICE, ang. *National Institute for Health and Clinical Excellence*). Od 2004 roku wytyczne NICE dotyczące depresji nawracającej (choroby afektywnej jednobiegunowej) niezmiennie zalecają MBCT jako efektywną metodę przeciwdziałania wczesnym i późnym nawrotom depresji, stwarzając pacjentom dodatkowe warunki pełniejszego leczenia depresji. Terapia ta łączy niektóre formalne praktyki uważności (np. skupienie na oddechu, skanowanie ciała, świadomość elementów rzeczywistości, elementy jogi, medytację w pozycji leżącej lub w ruchu), a także nieformalne praktyki uważności (zachęcanie do

uważnego wykonywania codziennych rutynowych czynności, jak jedzenie, robienie porannej lub wieczornej toalety, spacerowanie) z technikami terapii poznawczo-behawioralnej (np. rozpoznawania automatycznych myśli, rozpraszania, stawiania czoła zniekształceniom poznawczym) [7]. Służą one ukazaniu związku między myśleniem a przeżywaniem (odczuwaniem) oraz uczą, w jaki sposób można zadbać o siebie, zwłaszcza kiedy zauważy się obniżenie nastroju. W przeciwieństwie do terapii poznawczej w podejściu opartym na uważności nie dąży się do zmiany negatywnych myśli u pacjentów, a bardziej do zmiany ich podejścia do tych myśli, uczuć czy doznań ze strony ciała, tak aby mieli oni możliwość przekonania się, że są to tylko krótkotrwałe (epizodyczne) zdarzenia w ich umyśle lub ciele, wobec których można dokonać wyboru: czy uznać je za warte zaangażowania, czy też nie. W przypadku stosowania MBCT w pracy z pacjentami z rozpoznaną depresją prowadzi się także podstawową psychoedukację na temat tego zaburzenia [19].

4.1. Nadrzędne cele MBCT

Głównym celem MBCT jest udzielenie wsparcia osobom, które pokonały depresję, poprzez nauczenie ich, jak zapobiegać jej nawrotowi. Innym ważnym celem jest nauczenie pacjentów identyfikowania wczesnych objawów nadchodzącej depresji. W czasie kolejnych sesji zdobywają umiejętność:

- osiągnięcia większej świadomości doznań cielesnych, myśli i uczuć z chwili na chwilę;
- poznawania innego sposobu traktowania doznań cielesnych, myśli i uczuć, a ściślej uważnej akceptacji, a także przyjęcia szkodliwych myśli i uczuć zamiast automatycznych, nawykowych, z góry narzuconych sposobów reagowania, które najczęściej utrwalają problemy;
- dokonywania wyboru najwłaściwszych reakcji na jakiegokolwiek przykre myśli, uczucia i okoliczności, z jakimi muszą się zmagać [20].

4.2. Przebieg MBCT

MBCT jest strategią krótkoterminową (zwykle spotkania odbywają się raz w tygodniu, przez kolejnych 8 tygodni), mającą określoną strukturę, prowadzoną w grupie, wymagającą od terapeuty nie tylko umiejętności prowadzenia terapii poznawczej, ale głównie własnej solidnej praktyki medytacyjnej, ponieważ ćwiczenia uważności to w rzeczywistości ćwiczenia medytacyjne [7].

Przed podjęciem terapii przeprowadza się wstępny wywiad oceniający, trwający około 60 minut, oparty na materiałach wcześniej dostarczonych przyszłym uczestnikom. Treści zawarte w tych materiałach dotyczą depresji i programu terapii, co sprzyja nawiązaniu wstępnego dialogu między terapeutą a pacjentem.

Przeprowadzenie tego wywiadu umożliwia:

- ustalenie czynników, które u każdego pacjenta mają związek z początkiem i trwaniem depresji;
- ogólne zaznajomienie z założeniami MBCT i przemyślenie razem z pacjentem, jak udział w terapii jest w stanie mu pomóc;
- uświadomienie, że udział w MBCT będzie wymagał bardzo dużego zaangażowania i że w ciągu 8 tygodni pacjent będzie musiał być wytrwały i cierpliwy;
- poznanie, czy udział w terapii przyniesie oczekiwane korzyści danemu pacjentowi.

Czynnikami dyskwalifikującymi udział w MBCT są:

- aktualne zamiary samobójcze i niekorzystanie z innej formy pomocy psychologicznej;
- nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych (narkotyków);
- nieodpowiednia chwila z uwagi na indywidualne położenie (np. poważny kryzys życiowy).

W MBCT priorytetowe znaczenie ma nauka uwagi, intencjonalnej, skoncentrowanej na każdej chwili i wolnej od jakichkolwiek ocen. Przyswojenie podstaw uważności jest najważniejszym celem pierwszych czterech spotkań. Najpierw uczestnicy uzmysławiają sobie, jak często zbyt mało uwagi poświęcają codziennym zdarzeniom czy sytuacjom. Uczą się zauważać, jak niespodziewanie i szybko umysł przechodzi z jednego wątku na drugi. Następnie, gdy już uświadomią sobie, że ich myśli krążą bez celu, uczą się, jak od nowa skierować je na konkretny obiekt. Najpierw uczą się tego w stosunku do poszczególnych części ciała, a potem w odniesieniu do oddechu. Po opanowaniu tych umiejętności uczą się dostrzegać, jak te błędzące myśli mogą przyczyniać się do powstawania negatywnych (często irracjonalnych) przekonań i uczuć, często automatycznie.

Poznanie tych prawidłowości jest warunkiem koniecznym, żeby możliwe było stosowanie MBCT do śledzenia zmian nastrojów i w efekcie do podjęcia działań zaradczych. Uporanie się z tymi zmianami jest głównym celem drugiego etapu MBCT, realizowanego przez 4 kolejne sesje (od 5 do 8). W chwilach pojawiania się negatywnych myśli lub uczuć prowadzący terapię zalecają, żeby się ich od razu nie pozbywać, ale je utrzymywać i analizować do czasu podjęcia odpowiednich działań z użyciem określonych strategii. W praktyce polega to na tym, że najpierw uczestnicy starają się możliwie najpełniej uświadomić sobie to, co myślą i czują, a następnie, po osiągnięciu tego stanu, na jedną bądź dwie minuty próbują przenieść swoją uwagę na oddech, zanim skierują ją na całe ciało. W MBCT nazywa się to *pauzą na oddech*. Po raz pierwszy tego typu pauza jest stosowana podczas trzeciego spotkania i od tej chwili stanowi główny element wszystkich kolejnych sesji, sukcesywnie pozwalając uczestnikom na wprowadzanie go do repertuaru swoich codziennych zachowań. Począwszy od sesji trzeciej, a skończywszy na sesji siódmej, uczestnicy doskonalą swe umiejętności stosowania *pauzy na oddech*. Od sesji czwartej uczą się dodatkowo, jak można użyć takiej pauzy do pozbycia się bieżących negatywnych myśli czy nieprzyjemnych uczuć. Ponieważ *pauza na oddech* jest używana w wielu różnych sytuacjach, ważne jest wskazanie na jej *elastyczność*. Uczestników instruuje się też, że nie zawsze będą w stanie zamknąć oczy i to przez pełne trzy minuty, lecz powinni znaleźć trochę czasu, by (1) uzmysłowić sobie i uznać, co się wokół nich złego dzieje, (2) skoncentrować się z wykorzystaniem technik oddychania przed (3) zwiększeniem uwagi i uświadomieniem sobie szerszego kontekstu bieżącej chwili. W czasie piątego spotkania uczestnicy uczą się kierować uwagę na ten obszar ciała, który najbardziej reaguje na ich negatywne myśli i uczucia, i przemieszczać do niego świadomość, stosując oddech do otwarcia się na te nieprzyjemne doznania i zaakceptowania ich zamiast napinania czy usztywniania tej części ciała. Na kolejnej sesji mają uzmysłowić sobie, że zły nastrój wyzwala negatywne myśli i że są one uznawane za prawdziwe, że niełatwo się ich pozbyć oraz że można je traktować i zachowywać w świadomości jako „wydarzenia mentalne”. W czasie przedostatniego spotkania muszą zadeklarować, że będą próbować pokonywać problemy, podejmując celowe działania; wybrane z uwagi na to, że mogą stwarzać poczucie skuteczności i dostarczać satysfakcji. W końcowej części zachęca się uczestników, żeby

byli bardziej czujni i świadomi swoich specyficznych symptomów mogących wskazywać na ryzyko pojawienia się depresji oraz podejmowali ściśle określone działania zaradcze. MBCT powinna obejmować zarówno działania oparte na uważności, jak i służące radzeniu sobie z określonymi trudnościami wynikającymi z doświadczania depresji [20].

4.3. Oddziaływanie na mózg

W badaniu przeprowadzonym przez Barnhofera i jego zespół [21] 22 pacjentów po przebytej depresji i ze skłonnościami samobójczymi (ustalonymi w wywiadzie) zostało losowo zakwalifikowanych do grupy objętych MBCT albo do grupy leczonych tradycyjnie. Wszyscy pacjenci mieli dobre samopoczucie na początku badania, ale istniała duża możliwość nawrotu. Wyniki EEG unaocznily, że pacjenci z obu grup wykazywali podobny poziom względnej prawo- i lewostronnej aktywacji czołowej przed podjęciem interwencji, lecz po 8 tygodniach w grupie objętej tradycyjnym wsparciem odnotowano duży spadek tego pobudzenia, podczas gdy pacjenci poddani MBCT mieli wciąż taki sam jego wskaźnik. Badacze sugerują, że u pacjentów z zaburzeniem afektywnym terapia poznawcza wspomagana medytacją uważności może nie tylko intensyfikować aktywację obszarów mózgu odpowiedzialnych za regulację pozytywnych stanów emocjonalnych, ale także przyczyniać się do utrzymania stanu równowagi.

4.4. Mechanizm działania

W. Kuyken i kierowany przez niego zespół [22] ustalili, że dobroczynne działanie MBCT wynika ze zwiększenia umiejętności bycia uważnym i współczującym w stosunku do samego siebie. Inni badacze korzystny wpływ MBCT przypisują zmniejszeniu skłonności do ciągłego rozpamiętywania i analizowania trudnych wydarzeń oraz zamartwiania się [23, 24]. Jeszcze inni sugerują, że uzyskiwane za sprawą udziału w MBCT zmniejszenie reaktywności na zmiany nastroju i myślenia u osób depresyjnych to efekt nauczania się być mniej wrażliwymi czy bardziej obojętnymi na negatywne myśli, przeżycia i uczucia, czyli decentracji lub metapoznawczej świadomości [25, 26]. Takie nastawienie pozwala pacjentom identyfikować irracjonalne i ruminacyjne sposoby myślenia, i zamiast koncentrować się na nich, przenosić uwagę na to, co dzieje się tu i teraz [27, 20]. Zdaniem kolejnych badaczy udział w MBCT uczy patrzeć na siebie z większym dystansem i mniej samooskarżać się, a także pozwala rewidować zbyt ogólną pamięć autobiograficzną u osób depresyjnych [28, 29].

4.5. Skuteczność MBCT

Bazując na sześciu randomizowanych badaniach kontrolowanych z udziałem 593 pacjentów, zespół z Aarhus w Danii wykazał w przeprowadzonej metaanalizie, że w porównaniu z biernymi grupami kontrolnymi MBCT zmniejsza ryzyko nawrotu depresji o 35%, a u pacjentów z trzema wcześniejszymi epizodami – nawet o 44% [27]. Badacze ci ustalili także, że MBCT i leki antydepresyjne redukują ryzyko nawrotu w zbliżonym stopniu.

W drugiej, znacznie dokładniejszej metaanalizie sprawdzono znaczenie MBCT opisane w 39 raportach z badań z udziałem 1140 osób. Wszystkie badania objęte metaanalizą dotyczyły dorosłych osób w wieku od 18 do 65 lat, z rozpoznaniem zaburzeniem psychicznym (depresją albo zaburzeniem lękowym) lub somatycznym (np. nowotworem bądź chronicznym bólem). Wykorzystanie MBCT spowodowało wyraźne osłabienie lęku (na poziomie 0,97) i depresji (0,95) u pacjentów z tymi zaburzeniami. Złagodzenie lęku i przygnębienia następowało również wówczas, gdy wynikały one z zaburzenia

somatycznego. Dobroczynny wpływ MBCT odnotowano w dość szerokim przedziale nasilenia objawów i utrzymywał się on przeciętnie 12 tygodni po zastosowaniu programu [30]. Rezultaty tych i wielu innych badań przekonują, by stosować tę terapię wobec pacjentów cierpiących na depresję i zaburzenia lękowe [31]. Są już też pierwsze obiecujące doniesienia o skutecznym wykorzystaniu MBCT w pracy z dziećmi, w profilaktyce nawrotów w uzależnieniach, w terapii kobiet w ciąży zagrożonych depresją, osób cierpiących na hipochondrię, zespół chronicznego zmęczenia, szumy w uszach, bezsenność, fobię społeczną, uogólnione zaburzenia lękowe, zaburzenie z napadami paniki i depresję w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej oraz u pacjentów z nowotworem [20].

5. Konkluzje

Pierwsze próby wykorzystania medytacji w psychoterapii nie były zbyt udane i obiecujące. W efekcie na dość długo zniechęciło to teoretyków i praktyków psychoterapii do wspierania procesu terapii technikami medytacji. Stan ten uległ pewnej zmianie dzięki twórcom terapii przez spontaniczny ruch oraz psychoterapii transpersonalnej, ale i te próby wprowadzania medytacji nie zostały docenione. Za przełomowe należy uznać dopiero powstanie terapii poznawczej opartej na medytacji uważności. Chociaż MBCT powstała nie tak dawno, dostępne dane na temat jej efektywności wstępnie potwierdzają, że jest ona skuteczna (często na równi z lekami) w zapobieganiu nawrotom depresji, a także w eliminowaniu objawów depresji oraz sprzyja lepszemu funkcjonowaniu osób z depresją chroniczną. Znany jest też prawdopodobny mechanizm terapeutycznego wpływu MBCT na łagodzenie objawów depresji, na który składają się korzystne zmiany dotyczące współczucia do siebie, zamartwiania się, metapoznawczej świadomości i oczywiście uważności. Jednak wymagane są dalsze badania, które umożliwią pełniejsze i dokładniejsze poznanie mechanizmu działania MBCT i większego zakresu jej skutecznego zastosowania.

Literatura

1. Deikman A., *Experimental meditation*, [w:] Tart C. (red.), *Altered states of Consciousness*, Doubleday Anchor, New York 1972, s. 204-222.
2. Grof S., *Theoretical and empirical basis of transpersonal psychotherapy*, *Journal of Transpersonal Psychology*, 5, 1973, s. 15-53.
3. Drury N., *Psychologia transpersonalna. Ludzki potencjał*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1995, s. 53-58.
4. Wilber K., *Niepodzielone. Wschodnie i zachodnie teorie osobowości*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1996, s. 168.
5. Schmais C., Diaz-Salazar P., *Bern – A method for analyzing dance/movement therapy groups*, *The Arts in Psychotherapy*, 3, 1998, s. 159-165.
6. Dibell-Hope S., *The use of dance /movement therapy in psychological adaptation to breast cancer*, *The Arts in Psychotherapy*, 27, 2000, s. 51-68.
7. Holas P., Żołnierczyk-Zreda D., *Terapia poznawcza oparta na uważności w leczeniu i zapobieganiu depresji*, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 18, 2018, s. 49-55.
8. Eisendrath S.J., Delucchi K., Bitner B., Fenimore P., Smit M., McLane M., *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for treatment-resistant depression: a pilot study*, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 2008, s. 319-320.
9. Kingston T., Dooley B., Bates A., Lawlor E., Malone K., *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for residual depressive symptoms*, *Psychology and Psychotherapy*, 80(2), 2007, s. 193-203.

10. Kenny M.A., Williams J.M.G., *Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, Behaviour Research & Therapy, 45, 2007, s. 617-625.
11. Tang Y.Y., Ma Y., Wang J., Fan Y., Feng S., Lu Q., Yu Q., Siu D., Rothbart M.K., Fan M., Posner M.I., *Short-term meditation training improves attention and self-regulation*, Proceedings of the National Academy of Sciences, 104(43), 2007, s. 17152-17156.
12. Davidson R.J., *Well-being and affective style: neural substrates and biobehavioural correlates*, Philosophical Transactions of the Royal Society, 359, 2004, s. 1395-1411.
13. Bowen S., Witkiewitz K., Dillworth T.M., Chawla N., Simpson T.L., *Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population*, Psychology of Addictive Behaviors, 20(3), 2006, s. 343-347.
14. Ivanowski B., Malhi G.S., *The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation*, Acta Neuropsychiatria, 19, 2007, s. 76-91.
15. Shapiro S.L., Oman D., Thoresen C.E., Plante T.G., Flinders T., *Cultivating mindfulness: effects on well-being*, Journal of Clinical Psychology, 64(7), 2008, s. 840-862.
16. Brown K.W., Ryan R.M., *The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being*, Journal of Personal and Social Psychology, 84, 2003, s. 822-848.
17. Kabat-Zinn J., Wheeler E., Light T., Skillings A., Scharf M.J., Cropley T.G., Hosmer D., Bernhard J.D., *Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA)*, Psychosomatic Medicine, 60(5), 1988, s. 625-632.
18. Posner M.I., Rothbart M.K., Sheese B.E., Tang Y.Y., *The anterior cingulate gyrus and the mechanism of self-regulation*, Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience, 7(4), 2007, s. 391-395.
19. Crane S., *Mindfulness-based cognitive therapy*, Routledge, London 2009, s. 30-39.
20. Segal Z.V., Williams M., Teasdale J.D., *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności. Profilaktyka nawrotów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017, s. 101-117.
21. Barnhofer T., Chittka T., Nightingale H., Visser C., Crane C., *State effects of two forms of meditation on prefrontal EEG asymmetry in previously depressed individuals*, Mindfulness, 1, 2010, s. 21-27.
22. Kuyken W., Watkins E., Holden E., White K., Taylor R.S., Byford S., *How does mindfulness-based cognitive therapy work?*, Behaviour Research & Therapy, 48, 2010, s. 1105-1112.
23. Batink T., Peeters F., Geschwind N., van Os J., Wichers M., *How does MBCT for depression work. Studying cognitive and affective mediation pathways*, PLoS One, 8, 2013, e72778.
24. Shahar B., Britton W.B., Sbarra D.A., Figueredo A.J., Bootzin R.R., *Mechanism of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: preliminary evidence from a randomized controlled trial*, International Journal of Cognitive Therapy, 3(4), 2010, s. 402-418.
25. Jankowski T., Holas P., *Metacognitive model of mindfulness*, Consciousness and Cognition, 28, 2014, s. 64-80.
26. Teasdale J.D., Moore R.G., Hayhurst H., Pope M., Williams S., Segal Z.V., *Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence*, Journal Consulting and Clinical Psychology, 70, 2002, s. 275-287.
27. Piet J., Hougaard E., *The effect mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis*, Clinical Psychology Review, 31, 2011, s. 1032-1040.
28. Feldman C., Kuyken W., *Compassion in the landscape of suffering*, Contemporary Buddhism, 12, 2011, s. 143-155.

29. Williams J.M.G., Teasdale J., Segal Z., Soulsby J., *Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients*, Journal of Abnormal Psychology, 109, 2000, s. 150-155.
30. Hofmann S.G., Sawyer A.T., Witt A.A., Oh D., *The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78, 2010, s. 169-183.
31. Mathew K.L., Whitney H.S., Kenny M.A., Denson L.A., *The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder*, Behavioral Cognitive Psychotherapy, 38, 2010, s. 561-576.

Próby wykorzystania medytacji w psychoterapii

Streszczenie

W publikacji zaprezentowano następujące po sobie najważniejsze próby wprowadzania medytacji do psychoterapii. Zaczęto od scharakteryzowania holotropowej terapii oddechowej (mającej dużo wspólnego z rebirthingiem Orra) oraz ćwiczeń stworzonych przez R. Assagiolo – twórcę psychosyntezy, w których medytacja przyjmowała postać rytmicznych oddechów lub melorecytacji. Następnie przytoczono bardziej zaawansowane próby wspomagania psychoterapii technikami medytacji w terapii przez spontaniczny ruch oraz psychoterapii transpersonalnej, w których służyły osiągnięciu stanu odprężenia i zrelaksowania.

Zdecydowanie najwięcej uwagi poświęcono najnowszej z prób łączenia psychoterapii z medytacją, mianowicie terapii poznawczej opartej na medytacji uważności, zwanej skrótowo MBCT. Najpierw zajęto się samą medytacją uważności, wskazując na potwierdzoną jej skuteczność w leczeniu depresji, redukcji stresu, ograniczaniu zachowań autodestrukcyjnych i uzależnień od leków i napojów alkoholowych. Potem dokonano ogólnej charakterystyki MBCT, zwłaszcza pod kątem stosowania jej wobec osób, które pokonały depresję i są narażone na jej nawroty.

Następnie podano warunki przebiegu MBCT, wskazując na jej krótkoterminowość (zaledwie 8 spotkań), określoną strukturę i pracę w grupie oraz wymóg posiadania przez terapeutę dużego doświadczenia w prowadzeniu zarówno terapii poznawczej, jak i medytacji uważności.

W końcowej części przytoczono dane empiryczne potwierdzające mechanizm działania MBCT oraz jej skuteczność MBCT w leczeniu i zapobieganiu depresji, a także zaburzeń lękowych i somatycznych (zwłaszcza nowotworów i chronicznego bólu). Wspomniano też o pierwszych doniesieniach dobroczynnego wpływu MBCT na wiele innych problemów zdrowotnych, jak choćby na zespół chronicznego zmęczenia, fobię społeczną czy zaburzenia z napadami paniki.

Słowa kluczowe: medytacja, psychoterapia, uważność, terapia poznawcza

Attempts to apply meditation in psychotherapy

Abstract

The article presents the most significant attempts, succeeding one another, at introducing meditation into psychotherapy. It begins with giving characteristics of the holotropic breathing therapy (having a lot in common with Orr's rebirthing) and the exercises proposed by R. Assagioli – the founder of psychosynthesis, where meditation takes the form of rhythmic breathing or melorecitation. Then, the author mentions more advanced attempts at supporting psychotherapy with meditation techniques in therapy through spontaneous movement as well as transpersonal psychotherapy in which they serve to attain the state of relaxation and recreation.

Definitely, the most attention is devoted to the newest of the trials to connect psychotherapy with meditation, that is mindfulness-based cognitive therapy, referred briefly to as MBCT. First, the very mindfulness-based meditation itself is discussed, pointing to its proved effectiveness in treating depression, reduction of stress, limitation of self-destructive behaviors and addiction to medications or alcoholic beverages. Next, a general characteristic of MBCT is made, especially from the perspective of its application towards persons who have overcome depression but are at risk of its relapse.

In the next part, the conditions behind running MBCT are given, indicating its short-term character (barely eight sessions), the defined structure and work in a group, as well as the requirement of possessing considerable experience by the therapist running both the cognitive therapy and mindfulness meditation.

In the end, empirical data are presented, which confirm the efficiency of MCBT in treating and preventing depression, anxiety and somatic disorders (particularly cancers and chronic pain). The author also mentions the first reports on the beneficial impact of MCBT on many other health problems, like the chronic fatigue syndrome, social phobia or disorders with panic attacks.

Keywords: meditation, psychotherapy, mindfulness, cognitive therapy

Wyobrażeniowa zmiana skryptów w terapii poznawczo-behawioralnej fobii społecznej

1. Wprowadzenie

Fobia społeczna jest jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych upośledzających funkcjonowanie osób na całym świecie [1]. Problematyka związana z zastosowaniem wyobrażeniowej zmiany skryptu w pracy terapeutycznej w pacjencie z fobią społeczną na gruncie polskim jest jeszcze słabo znana.

Niniejsze opracowanie ma na celu opisanie, czym jest fobia społeczna, i przedstawienie poznawczego modelu opracowanego przez Clarka i Wellsa, który jest niezbędny, aby zrozumieć, dlaczego wyobrażeniowa zmiana skryptu jest użyteczna w pracy z pacjentem z fobią społeczną. Zaprezentowana zostanie metoda pracy wykorzystywana w terapii poznawczo-behawioralnej fobii społecznej, czyli wyobrażeniowa zmiana skryptu. Celem moich analiz w niniejszym artykule jest przedstawienie wyników przeglądu literatury na temat efektywności terapii poznawczo-behawioralnej w fobii społecznej, ze szczególnym ukierunkowaniem na oddziaływania związane z wyobrażeniową zmianą skryptu. Warto wskazać, że dobrze przeprowadzona diagnoza i konceptualizacja problemu pacjenta pozwoli wyznaczyć określone cele pracy i wskazać, jakie techniki terapeutyczne, w tym również technika reskrypcji wyobrażeniowej (ImRs, ang. *Imagery Rescripting*), będą skuteczne w zindywidualizowanym przypadku fobii społecznej. Wyobrażeniowa zmiana skryptu może być niezbędną metodą pracy u pacjentów, u których silne, czasem traumatyczne wspomnienia utrzymują problem fobii społecznej.

Społeczne zaburzenie lękowe (SAD, fobia społeczna, DSM-5) diagnozujemy, gdy u pacjenta obserwujemy znaczny lęk lub niepokój związany z jedną lub kilkoma sytuacjami społecznymi, w których dana osoba jest narażona na ocenę innych osób. Dana osoba obawia się, że poprzez swoje wystąpienie lub zachowanie okaże zdenerwowanie, co zostanie źle odebrane (tzn. będzie upokarzające lub zawstydzające, będzie prowadziło do odrzucenia przez innych lub będzie obraźliwe). Dodatkowym kryterium jest fakt, iż osoba unika sytuacji społecznych, w przeciwnym wypadku przebywanie w sytuacji społecznej wiąże się z silnym lękiem lub niepokojem. Nasilenie lęku lub niepokojem jest nieadekwatne do poziomu zagrożenia, jakie niesie ze sobą określona sytuacja publiczna, i do kontekstu społeczno-kulturowego. Objawy kliniczne, czyli lęk, niepokój i potrzeba unikania powodują znaczące kliniczne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i innych ważnych obszarach i zwykle trwają 6 miesięcy lub dłużej [2].

W badaniach wykazano, że częstość występowania fobii społecznej w ciągu całego życia w populacji generalnej wynosi 9,6-16% [3-5]. W badaniu National Comorbidity Survey chorobowość w ciągu całego życia na fobię społeczną wynosi 13,3% [6, 7]. Badania późniejsze wskazują, że 12,1% populacji amerykańskiej spełnia kryteria diagnostyczne dla fobii społecznej [8, 9]. Rozpowszechnienie fobii społecznej u młodzieży

¹ marta.kuty-pachecka@uwr.edu.pl, Centrum Edukacji Nauczycielskiej, Uniwersytet Wrocławski.

wynosi około 10% [10, 11]. W badaniu przeprowadzonym w Polsce obejmującym młodzież szkół średnich objawy lęku w sytuacjach społecznych stwierdzono aż u 24% badanych [12].

Fobia społeczna najczęściej rozwija się we wczesnym dzieciństwie lub w wieku dojrzewania [13]. Początek przypada średnio na wiek 12-17 lat [14, 15].

Porównania międzygrupowe wskazały na istotne różnice w zakresie czynników socjodemograficznych. Fobia społeczna częściej występuje wśród kobiet [6, 7, 13]. Zachorowalność na fobię społeczną w ciągu całego życia wynosi 11,5% dla mężczyzn i 15,5% dla kobiet [7], 4,9% kobiet i 9,5% mężczyzn [6], 10,3% kobiet i 8,7% mężczyzn w Stanach Zjednoczonych [16]. Fobia społeczna częściej pojawia się u osób samotnych [6, 7, 13].

W modelu etiologii fobii społecznej uwzględnia się wiele czynników, które mają istotny wpływ na pojawienie się fobii społecznej, i jej nasilenie. Fobia społeczna jest zaburzeniem o bardzo złożonej etiologii.

Jednym z istotnych czynników, które mają znaczenie w etiologii fobii społecznej, są czynniki biologiczne. Zgodność zachorowania u bliźniąt jednojajowych wynosi 24,4%, dizygotycznych 15,3% [17, 18]. Badania kliniczne wskazują, że pacjenci z fobią społeczną w porównaniu do grupy kontrolnej złożonej z osób z zespołem lęku napadowego mają znacznie więcej krewnych cierpiących z powodu różnych lęków społecznych (6,6% vs. 0,4%) [19], (16% vs. 5%) [20]. Dodatkowo zaobserwowano u krewnych pierwszego stopnia pacjentów z fobią społeczną 10 razy częściej fobię społeczną niż u krewnych osób zdrowych [21]. Jednakże obecnie czynnikiem genetycznym przypisuje się umiarkowane znaczenie w etiologii fobii społecznej, podkreślając jednocześnie duży wpływ czynników środowiskowych. Jeśli chodzi o przyczyny neurobiologiczne, to zaobserwowano u pacjentów z fobią społeczną zmiany aktywności układu dopaminergicznego w obrębie prądkowia [22]. U osób z fobią społeczną następuje wzrost aktywacji w obrębie ciała migdałowatego. Ten model „nadwrażliwości neuronalnej” w obrębie kręgów funkcjonalnych w ciałach migdałowatych może zdaniem Kagana [23] wyjaśniać zahamowanie behawioralne u dzieci. Zaobserwowano u pacjentów z fobią społeczną nieprawidłowości w zakresie przewodnictwa w szlakach korowo-limbicznych oraz prawdopodobnie w korowo-prądkowych. Istotnym elementem w modelu etiologii jest temperament. U dzieci z zahamowaniem behawioralnym, które przejawiają niechęć do interakcji oraz unikanie wobec nieznanych sytuacji, ludzi i miejsc, częściej obserwowano fobię społeczną [24, 25]. Badania wskazują, że zahamowanie behawioralne jest predyktorem późniejszych zaburzeń lękowych [25, 26].

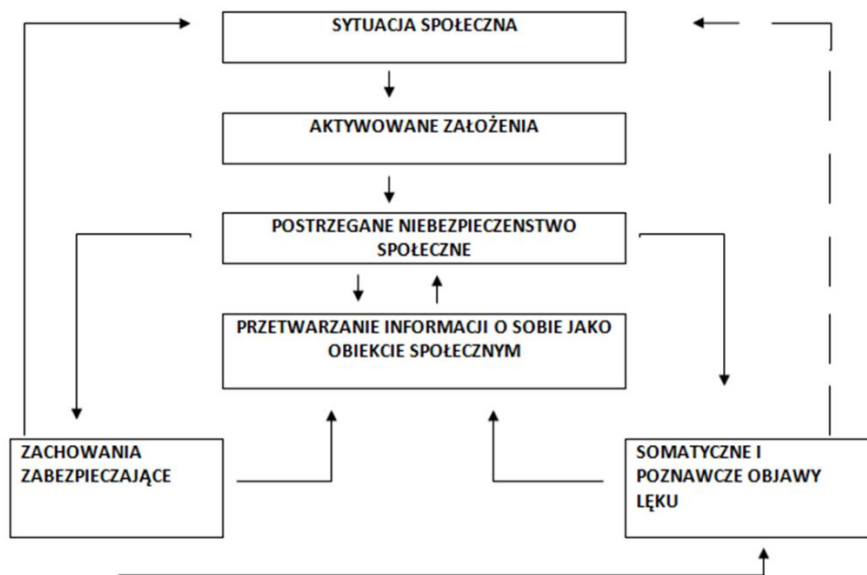
Inne zmienne uwzględniane w etiologii to doświadczenie uczenia się w rodzinie. Dziecko uczy się przeżywania lęku społecznego, obserwując, jak rodzice reagują i radzą sobie z sytuacjami społecznymi. Ważne w rozwoju fobii społecznej są trudne lub traumatyczne przeżycia, w tym doświadczenie zastraszania, wyśmiania przez rówieśników, wiktymizacji, przemocy psychicznej i fizycznej czy też wykluczenia społecznego i odrzucenia lub krytyki ze strony innych (np. wyśmiewanie dziecka z powodu otyłości, jankania, przeżycie ataku paniki w sytuacji społecznej) [27].

Większość modeli etiologicznych fobii społecznej, próbując wyjaśnić przyczyny leżące u podłoża tej trudności, podkreśla interakcję czynników biologicznych, neurobiologicznych, temperamentnych, czynników środowiskowych i psychologicznych, a także wpływ stresu czy traumatycznych wydarzeń [28]. Rola czynników genetycznych

jako czynnika etiologicznego w fobii społecznej jest w dużej mierze zależna od czynników środowiskowych. Rodzicielstwo, które jest nadmiernie kontrolujące lub krytykujące, może skutkować zahamowaniem temperamentu u dzieci, zwiększając ryzyko SAD. Niekorzystne i stresujące wydarzenia życiowe również mogą zwiększać ryzyko wystąpienia fobii społecznej [29, 30].

2. Poznawczy model lęku społecznego

Model poznawczy fobii społecznej Clarka i Wellsa (1995) [31] zakłada, że osoba cierpiąca na fobię społeczną dokonuje na bazie swoich wcześniejszych doświadczeń serii założeń na swój temat i na temat sytuacji społecznych, np. „jeśli okażę lęk, ludzie pomyślą, że jestem dziwny”; „jeśli się zarumienię, to znaczy, że jestem niekompetentna”. Te założenia sprawiają, że osoba zaczyna interpretować neutralne sytuacje społeczne i interakcje międzyludzkie w sposób negatywny jako sygnały niebezpieczeństwa [32].



Rysunek 1. Model poznawczy fobii społecznej Clark, Wells [31]

Taka interpretacja, ocena negatywnego zagrożenia wywala „program lęku” składający się z fizjologicznych (zaczerwienienie, drżenie, gwałtowne bicie serca), poznawczych (trudności w koncentracji, uczucie pustki w głowie), afektywnych i behawioralnych zmian (zachowania zabezpieczające). Somatyczne i poznawcze symptomy lęku w sposób zwrotny wywołują dostrzeżenie niebezpieczeństwa, tworząc błędne koło utrzymujące lęk [32]. W poczuciu osoby z fobią społeczną celem wdrożenia zachowań zabezpieczających (np. niepatrzenie w oczy, silny makijaż ukrywający rumieńce, mocne trzymanie filiżanki z obawy przed drżeniem ręki) jest zmniejszenie zagrożenia społecznego i zapobiegnięcie katastrofie. Jednak ostatecznie takiego typu zachowania mogą nasilać objawy, przeszkadzać w wystąpieniu, mogą wpływać na negatywną ocenę osoby, która stosuje takie zachowanie, i uniemożliwiać zakwestionowanie i zmianę dysfunkcyjnych przekonań. Osoby z fobią społeczną wraz pojawieniem się interpretacji w ich umyśle, że grozi im niebezpieczeństwo negatywnej oceny ze strony innych, zaczynają selektywnie skupiać uwagę na szczegółowym monitorowaniu i obserwacji samych

siebie. Na podstawie skupienia uwagi na introceptywnych informacjach konstruują obraz samych siebie, odzwierciedlający w ich wyobrażeniu to, co inni ludzie rzeczywiście o nich myślą [33]. U osoby doświadczającej nasilonego lęku społecznego w zakresie myśli dominują wspomnienia niepowodzeń z przeszłości, często sytuacje trudne związane z sytuacjami społecznymi, negatywne obrazy samych siebie i przewidywania, że wypadną słabo i zostaną odrzucone. Osoba z fobią społeczną zaczyna selektywnie przetwarzać obrazy z przeszłości, wyszukuje porażki z minionych sytuacji społecznych i w ten sposób podtrzymuje te negatywne obrazy, przyczyniając się do wzmocnienia wspomnianych już dysfunkcyjnych przekonań i założeń na temat siebie, innych i świata.

Ważnym punktem, na którym koncentruje się model, są wyobrażenia mentalne. Osoby z fobią społeczną na ogół mają negatywny obraz siebie w relacjach społecznych, tworzą zniekształcony obraz z perspektywy obserwatora w sytuacjach społecznych. Te negatywne obrazy odgrywają istotną rolę w rozwoju i utrzymywaniu się lęku społecznego [34, 35] i związane są z negatywnymi doświadczeniami życiowymi, z wcześniejszymi nieprzyjemnymi wydarzeniami społecznymi, które miały miejsce w przeszłości [36-39]. Te obrazy są wyekstrahowanymi esencjami wspomnień krytyki, poniżania, zastraszania lub doświadczania innych niekorzystnych wydarzeń społecznych. Wczesne nieprzyjemne wspomnienia prowadzą pacjentów do tworzenia negatywnych obrazów tego, jak wypadną w sytuacjach społecznych [36]. Warto podkreślić, że te negatywne obrazy nie są aktualizowane w świetle późniejszych, łagodniejszych doświadczeń. Może to być częściowo konsekwencją nadmiernego skupienia się na sobie w sytuacjach społecznych [31, 40]. Dlatego interwencje odnoszące się do lęku społecznego powinny koncentrować się na aktualizacji mentalnej reprezentacji obrazów wczesnych negatywnych doświadczeń życiowych [41]. Praca z awersyjnymi wspomnieniami za pomocą wyobrażeniowej zmiany skryptu podczas leczenia może poprawić wyniki terapeutyczne.

3. Wyobrażeniowa zmiana skryptu

Wyobrażeniowa zmiana skryptu to metoda terapeutyczna, która pomaga pacjentom w radzeniu sobie z trudnymi przeżyciami poprzez tworzenie nowych scenariuszy trudnych, traumatycznych wydarzeń z ich życia. Reskrypcja wyobrażeniowa to technika opracowana jako metoda aktywująca pamięć traumatyczną, dostarczająca informacji korygujących, dająca pacjentowi możliwość odkrycia emocji związanych z traumą i zahamowanych reakcji emocjonalnych [42-44]. Polega ona na wchodzeniu w wyobraźni w emocjonalnie stresujące sytuacje i zmianie znaczenia tych wspomnień emocjonalnych [45]. Wyobrażeniową zmianę skryptu stosujemy wobec sytuacji, w których wystąpiła przemoc emocjonalna, fizyczna, seksualna, w których emocjonalne, fizyczne lub rozwojowe potrzeby danej osoby nie zostały w odpowiedni sposób zaspokojone. Można ją wykorzystać również wobec sytuacji, w których ograniczona została autonomia lub możliwości wyrażania emocji u pacjenta lub w których pacjent został obciążony nadmierną odpowiedzialnością (np. rola pośrednika między rodzicami, opiekuna rodzica lub rodzeństwa). Technika ta umożliwia pacjentowi emocjonalne przepracowanie traumatycznych zdarzeń i uświadomienie sobie własnych uczuć i potrzeb. Ta metoda terapeutyczna pozwala zmienić schematy wytworzone przez traumatyczne doświadczenie na bardziej adaptacyjne i zdrowsze. Wyobrażenie zostaje zmienione w taki sposób, aby negatywne emocje zostały zastąpione przez emocje pozytywne.

Technika przebiega w następujący sposób: najpierw pacjent wprowadzony jest w stan relaksacji, można zastosować np. wizualizację bezpiecznego miejsca. Kolejno następuje wejście w wyobrażenie w bieżącą stresującą sytuację i uzyskanie dostępu do związanych z nią negatywnych emocji. Pacjent wyobraża sobie siebie w tej sytuacji (perspektywa uczestnika). Prosimy pacjenta, aby „wszedł” w daną sytuację emocjonalnie, aby zwrócił szczególną uwagę na nieprzyjemne uczucia, jakie ta sytuacja wywołuje. Skupiamy uwagę na doznaniach płynących z ciała (Co czujesz teraz w ciele? Co czujesz na poziomie ciała? Czy odczuwasz te emocje w ciele?). Następnym istotnym krokiem jest zbudowanie pomostu emocjonalnego, który polega na tym, że zachowujemy emocje, których pacjent doświadcza, ale wymazujemy obraz bieżącej sytuacji, aby kolejno wkroczyć w wyobraźni do stresującego wspomnienia powiązanego z tymi emocjami (najczęściej jest to wspomnienie z dzieciństwa) („Zatrzymaj to uczucie i pozwól odejść aktualnemu wspomnieniu. Poczuj tę emocję. Zobacz, jakie masz doznania w ciele. Zobacz, czy pojawi się jakieś wspomnienie sytuacji z dzieciństwa, która wywołała u Ciebie takie same uczucia”). Pacjent zwięźle analizuje sytuację z dzieciństwa (kto bierze w niej udział, co się dzieje), skupia się na swoich uczuciach i potrzebach jako dziecka. Gdy zaczyna zbyt szczegółowo opowiadać o detalach, szczegółach, przekierowujemy jego uwagę na uczucia i potrzeby dziecka w danym momencie: Co czujesz? Czego w tej chwili potrzebujesz? [45] W momencie gdy pacjent doświadcza silnych negatywnych emocji, w ten scenariusz wprowadzona zostaje pomocna postać, która zatroszczy się o potrzeby dziecka i odmieni sytuację w taki sposób, by dziecko poczuło się bezpiecznie, a jego potrzeby zostały zaspokojone. Pomocną postacią może być każda osoba, postać realna lub fikcyjna, która skutecznie ochroni dziecko, sam terapeuta – będąc modelem Zdrowego Dorosłego lub pacjent jako osoba dorosła. Po wyeliminowaniu bezpośredniego zagrożenia następuje pogłębienie poczucia bezpieczeństwa i więzi, aby u pacjenta zaktywizował się system kojąco-afiliacyjny. Opcjonalnie można przełożyć rozwiązanie emocjonalne z sytuacji z dzieciństwa na pierwotną sytuację/wyobrażenie [45].

Zmiana scenariusza aktywuje silniejszą, bardziej kompetentną część nas, która przeciwstawia się części pokonanej i skrzywdzonej. Technika ta jest szczególnie pomocna w pracy z ofiarami przemocy. Zmiana scenariusza może również polegać na tym, że osoba, która była sprawcą cierpienia, w nowym wyobrażeniu jest drobna, słaba i nie-mądra, a pacjent jest silny, agresywny i wrogo nastawiony [46]. „Wyobraźmy sobie, że ojciec jest bardzo malutki, ma nieco ponad pół metra i ma piskliwy, cichy głosik. Wyobraźmy sobie, że pani jest duża i silna i groźna. Proszę zacisnąć pięści, jakby chciała pani kogoś uderzyć. Wyobraźmy sobie, że pani nad nim góruje. Teraz chcę usłyszeć, jak pani go beszta. Proszę mu powiedzieć, że to pani tu rządzi. Proszę mu powiedzieć, dlaczego w porównaniu z panią jest niczym. Proszę mu powiedzieć, co pani zrobi, jeśli jeszcze raz panią uderzy?” [46].

Wyobrażeniowa zmiana skryptu może być skuteczna, ponieważ powoduje ona zmianę idiosynkratyczną znaczenia awersyjnych doświadczeń [47]. Wyobrażenia wywołują silniejsze emocje niż myślenie werbalne, można przypuszczać, że generowanie obrazów o alternatywnych znaczeniach podczas zmiany skryptu wiąże się z silniejszą aktywacją emocjonalną niż werbalne kwestionowanie nieprzystosowanych przekonań. W konsekwencji alternatywne znaczenia oferowane w formie obrazów mogą być bardziej zakotwiczone emocjonalnie, a przez to bardziej wiarygodne, co w konsekwencji może doprowadzić do zmian w zachowaniu. Wyobrażeniowa zmiana skryptu jako

interwencja zorientowana na doświadczenie odwołuje się do różnych modalności sensorycznych, odnosząc się w ten sposób do implikacyjnego poziomu znaczenia, który jest niezbędny do zmiany przekonań emocjonalnych. Metoda ta doprowadziła do silniejszego wzrostu pozytywnych emocji, zmniejszenia negatywnych, a także redukcji nieprzystosowawczych przekonań intelektualnych i emocjonalnych.

Zgodnie z teorią przetwarzania emocjonalnego wielokrotne narażenie na awersyjne wspomnienia przy braku awersyjnych skutków, wraz z integracją informacji korygujących podczas faz reskrypcji wyobraźniowej, aktywuje i aktualizuje „sieć strachu”, zmniejszając cierpienie psychiczne poprzez procesy habituacji, odwrócenia układu nerwowego. Dodatkowo ekspozycja powoduje wygaszanie uczenia się, ponieważ bodźce warunkowe są prezentowane przy braku bodźca bezwarunkowego (zdarzenia traumatycznego), co prowadzi do nowego uczenia się asocjacyjnego, które hamuje istniejące warunkowe reakcje lękowe [48].

Badania wskazują, że reakcje fizjologiczne, emocjonalne i behawioralne aktywowane podczas wyobrażeń są podobne do tych, które są aktywowane w rzeczywistych scenariuszach [49]. W wielu pracach naukowych dowiedziono, że wyobrażenie ruchu, np. dłoni, palców, języka, wykorzystuje te same struktury mózgowie zaangażowane we właściwe wykonanie ruchu, czyli rzeczywiste poruszanie tymi częściami ciała. Sugeruje to, że na poziomie aktywacji mózgu wyobrażanie sobie ruchu jest podobne do jego rzeczywistego wykonywania [49]. Możliwe, iż wyobraźniowa zmiana skryptu aktywuje takie reakcje fizjologiczne, emocjonalne i behawioralne, które wydają się tak realne, jak te doświadczenia, które mogą być terapeutyczne dla klientów.

4. Skuteczność wyobraźniowej zmiany skryptu w terapii pacjentów z fobią społeczną

Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w przypadku lęku społecznego potwierdzają liczne wyniki badań, jak również opisy przypadków klinicznych [50, 51]. Badania podłużne wskazują, że efekty zastosowania grupowej terapii poznawczo-behawioralnej utrzymywały się nawet po 5 latach od jej zakończenia [52]. Inne badania wskazują, że efekty terapii poznawczo-behawioralnej utrzymują się po 12 miesiącach po ukończeniu terapii [53]. Wyjątkową skuteczność zaobserwowano w przypadku zastosowania w terapii połączenia ekspozycji i poznawczej restrukturyzacji [40, 52, 53]. Zaobserwowano zmiany w zakresie redukcji objawów lęku społecznego i samoobserwacji, w porównaniu z terapią behawioralną opartą na samej ekspozycji bez udziału restrukturyzacji werbalnej [40].

Metaanalizy Morina i in. [54] wskazują, że wyobraźniowa zmiana skryptu jest w dużej mierze skuteczna w zmniejszaniu dolegliwości psychicznych wśród osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi, w tym zespołu stresu pourazowego wynikającego z wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie [55], zespołu stresu pourazowego związanego z wojną [44], lęku społecznego [56, 57], zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego [58, 59], cielesnych zaburzeń dysmorficznych [60], depresji, zaburzeń osobowości typu borderline, zaburzeń odżywiania, problemów ze snem.

Uznając istotne znaczenie negatywnego obrazu siebie w procesie rozwoju fobii społecznej, kilka programów terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) dla fobii społecznej (np. Clark i Wells, 1995, Clark i in., 2003; Rapee, Heimberg, 1997; Hope, Heimberg, Turk., 2007) obejmuje techniki korygowania zniekształconych obrazów siebie. Do

niedawna wszystkie techniki (informacje zwrotne wideo, ankiety dotyczące obserwacji innych ludzi, eksperymenty behawioralne) były skoncentrowane na terażniejszości i nie próbowały bezpośrednio modyfikować wczesnych wspomnień powiązanych z obrazami [61]. W terapii poznawczej fobii społecznej [62] wykorzystano obrazy z techniką reskrypcji, aby aktualizować wczesne wspomnienia nieprzyjemnych doświadczeń społecznych. Badania wskazują, że reskrypcja wspomnień wykorzystana w procesie terapeutycznym spowodowała znaczącą zmianę w obrębie nadawania znaczenia przeszłemu traumatycznemu wspomnieniu, zmniejszenia dystresu i cierpienia związanego ze wspomnieniem oraz zmniejszenia nasilenia lęku doświadczanego w sytuacjach społecznych. Dodatkowo warto wspomnieć, że po zastosowaniu reskrypcji wspomnień badani zgłaszali, że obrazy z przeszłości odnoszące się do poczucia kompromitacji były mniej żywe i niepokojące. Zastosowanie wyobrażeniowej zmiany skryptu u pacjentów z fobią społeczną wiązało się ze zmianą negatywnych przekonań na temat siebie, innych i świata. Dodatkowo dysfunkcjonalne przekonania zostały zaktualizowane i stały się bardziej pozytywne [63].

W literaturze przedmiotu istnieje wiele badań wykazujących, że terapia poznawczo-behawioralna, która obejmuje pracę nad wczesnymi negatywnymi życiowymi doświadczeniami i aktualizację tych obrazów, jest skuteczna w przypadku lęku społecznego [41, 56, 64-69].

Zastosowanie wyobrażeniowej zmiany skryptu u pacjentów z fobią społeczną, nawet bez zastosowania restrukturyzacji poznawczej, doprowadza do znacznej poprawy pamięci i zaburzeń obrazu oraz zmniejsza obawy przed negatywną oceną i interakcjami społecznymi [49]. I jak wskazują wyniki metaanaliz Lloyd i Marczak [57], sesja wyobrażeniowej zmiany skryptu bez restrukturyzacji poznawczej może znacznie zmniejszyć negatywne przekonania o sobie. Natomiast badania Strohm i in.[47] wskazują, że jedna sesja restrukturyzacji poznawczej (CR) jest skuteczniejsza niż jedna sesja rescriptingu obrazów (ImR) w zmniejszaniu lęku przed interakcjami społecznymi.

5. Zakończenie

Dobór odpowiedniej metody zależy od diagnozy i konceptualizacji problemu pacjenta. Pracując z pacjentem z fobią społeczną, warto zwrócić uwagę na aspekt silnych awersyjnych wspomnień z przeszłości, które nasilają objawy lęku społecznego, i adekwatnie dostosować techniki do indywidualnych potrzeb pacjenta. Jak wykazałam w artykule, liczne badania wskazują, że reskrypcja wspomnień może być bardzo skuteczną techniką pracy z fobią społeczną. Zastosowanie reskrypcji wspomnień jest często jedyną metodą, aby zmodyfikować awersyjne wspomnienia autobiograficzne i umożliwić pacjentowi skorygowanie negatywnych przekonań, które mają swoje źródło w tych kluczowych doświadczeniach z przeszłości. Dlatego warto pamiętać o technikach doświadczeniowych, szczególnie o technice ImR, które mogą uzupełniać klasyczne protokoły pracy z pacjentem z fobią społeczną. Reskrypcja wspomnień, jak zostało wykazane, jest skuteczną interwencją w przypadku fobii społecznej i może być warta do rozważenia jako procedura wspomagająca w programach CBT.

Literatura

1. Kessler R.C., Sampson N.A., Berglund P., Gruber M., Al-Hamzawi A., Andrade L., Bunting B., Demyttenaere K., Florescu S., Girolamo G. de, Gureje O., He Y., Hu C., Huang Y., Karam E., Kovess-Masfety V., Lee S., Levinson D., Medina Mora M.E., Moskalewicz J., Nakamura Y., Navarro-Mateu F., Oakley Browne M.A., Piazza M., Posada-Villa J., Slade T., Ten Have M., Torres Y., Vilagut G., Xavier M., Zarkov Z., Shahly V., Wilcox M.A., *Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys*, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(3), 2015, s. 210-226.
2. Gałęcki P., Pilecki M., Rymaszewska J., Szulc A., Sidorowicz S., Wciórka J., *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*, Edra Urban & Partner, 2018.
3. Montgomery S. (red.), *Pocket reference to social phobia*, Science Press, Londyn 1995.
4. Wacker H.R., Mullejons R., Klein K.H., Battegay R., *Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, *Int. J. Meth. Psychiatry Res.*, 2, 1992, s. 91-100.
5. Jaiswal A., Manchanda S., Gautam V., Goel A.D., Aneja J., Raghav P.R., *Burden of internet addiction, social anxiety and social phobia among University students, India*, *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(7), 2020, s. 3607-3612.
6. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H.U., Kendler K.S., *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey*, *Arch Gen Psychiatry*, 51(1), 1994, s. 8-19.
7. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E., *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, *Arch. Gen. Psychiatry*, 62, 2005, s. 593-602.
8. Kay J., Tasman A., *Anxiety disorders: social and specific phobias*, [w:] Kay J., Tasman A., *Essentials of Psychiatry*, John Wiley & Sons Ltd., Chichester 2006, s. 592-606.
9. Ruscio A.M., Brown T.A., Chiu W.T., Sareen J., Stein M.B., Kessler R.C., *Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication*, *Psychol. Med.*, 38(1), 2008, s. 15-28.
10. Burstein M., He J.-P., Kattan G., Albano A.M., Avenevoli S., Merikangas K.R., *Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and comorbidity*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(9), 2011, s. 870-880.
11. Wittchen H.U., Fehm L., *Epidemiology and natural course of social fears and social phobia*, *Acta Psychiatr Scand.*, 108, 2003, s. 4-18.
12. Rabe-Jabłońska J., Dietrich-Muszalska A., Gmitrowicz A., *Występowanie lęku społecznego wśród reprezentatywnej grupy młodzieży z Łodzi*, *Psychiatr. Pol.*, 37, 2003, s. 87.
13. Schneier F.R., Johnson J., Horning C.D., Liebowitz M.R., Weissman M.M., *Social Phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample*, *Archives of General Psychiatry*, 49, 1992, s. 282-288.
14. Wancata J., Fridl M., Friedrich F., *Social phobia: epidemiology and health care*, *Psychiatr. Danub.*, 21(4), 2009, s. 520-524.
15. Kessler R.C., Amminger G.P., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Lee S., Ustun T.B., *Age of onset of mental disorders: a review of recent literature*, *Curr. Opin. Psychiatry*, 20(4), 2007, s. 359-364.
16. McLean C.P., Asnaani A., Litz B.T., Hofmann S.G., *Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness*, *J. Psychiatr. Res.*, 45(8), 2011, s. 1027-1035.

17. Torgersen S., *Genetic factors in anxiety disorders*, Arch. Gen. Psychiatry, 40, 1983, s. 1085-1089.
18. Kendler K., Neale M., Kessler R., Heath A., Eaves L., *The genetic epidemiology of phobias in women. The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia and simple phobia*, Arch. Gen. Psychiatry, 49, 1992, s. 273-281.
19. Reich J., Yates W., *Family history of psychiatric disorders in social phobia*, Compr. Psychiatry, 29, 1988, s. 72-75.
20. Fyer A.J., Mannuzza S., Chapman T.F., Martin L.Y., Klein D.F., *Specificity in familial aggregation of phobic disorders*, Arch Gen Psychiatry, 52(7), 1995, s. 564-573.
21. Stein M., Chartier M., Hazen A., Kozak M., Tancer M., Lander S., Furer P., Chubaty D., Walker J., *A direct-interview family study of generalized social phobia*, Am. J. Psychiatry, 155, 1998, s. 90-97.
22. Tiihonen J., Kuikka J., Bergström K., Lepola U., Koponen H., Leinonen E., *Dopamine reuptake site densities in patients with social phobia*, The American Journal of Psychiatry, 154(2), 1997, s. 239-242.
23. Kagan J., *Temperament and the reactions to unfamiliarity*, Child Development, 68, 1997, s. 139-143.
24. Kagan J., Reznik J.S., Snidman N., *Biological bases of childhood shyness*, Science, 240, 1988, s. 167-171.
25. Rosenbaum J.F., Biederman J., Bolduc-Murphy E.A., Faraone S.V., Chaloff J., Hirshfeld D.R., Kagan J., *Behavioral inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders*, Harv Rev Psychiatry, 1(1), 1993, s. 2-16.
26. Hirshfeld-Becker D.R., Biederman J., Calltharp S., Rosenbaum E.D., Faraone S.V., Rosenbaum J.F., *Behavioral inhibition and disinhibition as hypothesized precursors to psychopathology: implications for pediatric bipolar disorder*, Biol Psychiatry, 1;53(11), 2003, s. 985-999.
27. Kashdan T.B., Herbert J.D., *Social anxiety in childhood and adolescence: current status and future directions*, Clinical Child and Family Psychology Review, 4, 2001, s. 37-50.
28. Rezaeian M., Akbari M., Shirpoor A., Moghadasi Z., Zadeh N., Hejri M., *Anxiety, Social Phobia, Depression, and Suicide among People Who Stutter, A Review Study*. Journal of Occupational Health and Epidemiology, 9(2), 2020, s. 98-109.
29. Hyett M.P., McEvoy P.M., *Social anxiety disorder: looking back and moving forward*. Psychol Med., 48(12), 2020, s. 1937-1944.
30. Nagata T., Suzuki F., Teo A.R., *Generalized social anxiety disorder: A still-neglected anxiety disorder 3 decades since Liebowitz's review*, Psychiatry Clin Neurosci., 69(12), 2015, s. 724-740.
31. Clark D.M., Wells A., *A cognitive model of social phobia*, [w:] Heimberg R.G., Liebowitz M.R., Hope D.A., Schneier F.R. (red.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*, The Guilford Press, New York 1995.
32. Clark D., *Lęk paniczny i fobia społeczna*, [w:] Clark D., Fairburn Ch. (red.), *Terapia poznawczo-behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna*, Wyd. Alliance Press, Gdynia 2006.
33. Clark D.M., *A cognitive perspective on social phobia*, [w:] Crozier W.R., Alden L.E. (red.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*, John Wiley & Sons, Chichester 2001.
34. Hirsch C.R., Clark D.M., Mathews A., Williams R., *Self-images play a causal role in social phobia*, Behaviour Research and Therapy, 41(8), 2003, s. 909-921.
35. Hirsch C.R., Mathews A., Clark D.M., Williams R., Morrison J.A., *The causal role of negative imagery in social anxiety: A test in confident public speakers*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37(2), 2006, s. 159-170.

36. Hackmann A., Clark D.M., McManus F., *Recurrent images and early memories in social phobia*, Behaviour Research and Therapy, 38(6), 2000, s. 601-610.
37. Kuo J.R., Goldin P.R., Werner K., Heimberg R.G., Gross J.J., *Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder*, Journal of Anxiety Disorders, 25(4), 2011, s. 467-473.
38. Stopa L., Jenkins A., *Images of the self in social anxiety: Effects on the retrieval of autobiographical memories*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38(4), 2007, s. 459-473.
39. Wild J., Clark D.M., *Imagery rescripting of early traumatic memories in social phobia*, Cognitive and Behavioral Practice, 18(4), 2011, s. 433-443.
40. Rapee R.M., Heimberg R.G., *A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia*, Behaviour Research and Therapy, 35, 1997, s. 741-756.
41. Knutsson J., Nilsson J.E., Eriksson Å., Järild L., *Imagery rescripting and exposure in social anxiety: A randomized trial comparing treatment techniques*, Journal of Contemporary Psychotherapy, 50(3), 2020, s. 233-240.
42. Arntz A., *Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda*, Journal of Experimental Psychopathology, 3, 2007, s. 189-208.
43. Arntz A., Tiesema M., Kindt M., *Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38, 2007, s. 345-370.
44. Arntz A., Sofi D., van Breukelen G., *Imagery Rescripting as treatment for complicated PTSD in refugees: A multiple baseline case series study*, Behaviour Research and Therapy, 51, 2013, s. 274-283.
45. Arntz A., Jacob G., *Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów*, GWP, Gdańsk 2021.
46. Leahy L.R., *Techniki terapii poznawcze. Podręcznik praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2018.
47. Stroh M., Siegesleitner M., Kunze A.E., Ehring T., Wittekind C.E., *Imagery Rescripting Versus Cognitive Restructuring for Social Anxiety: Treatment Effects and Working Mechanisms*, Clin Psychol Eur., 3(3), 2021, s. 5303.
48. Strachan L., Hyett M., Mcevoy P., *Imagery Rescripting for Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder: Recent Advances and Future Directions*, Current Psychiatry Reports., 22(4), 2020.
49. Wild J., Clark D.M., *Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia*, Cogn Behav Pract., 18(4), 2011, s. 433-443.
50. Hofmann S.G., Smits J.A.J., *Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A metaanalysis of randomized placebo-controlled trials*, Journal of Clinical Psychiatry, 69, 2008, s. 621-632.
51. Norton P.J., Price E.C., *A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders*, Journal of Nervous and Mental Disease, 195, 2007, s. 521-531.
52. Juster H.R., Heimberg R.G., *Social phobia. Longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment*, Psychiatr Clin North Am., 18(4), 1995, s. 821-842.
53. Clark D.M., Ehlers A., McManus F., Hackmann A., Fennell M., Campbell H., Flower T., Davenport C., *Beverly Louis Cognitive therapy ver-sus fluoxetine plus self-exposure in the treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized placebo controlled trial*, J. Consult. Clin. Psychol, 71, 2003, s. 1058-1067.
54. Morina N., Lancee J., Arntz A., *Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis*, J Behav Ther Exp Psychiatry, 55, 2017, s. 6-15.
55. Smucker M.R., Neiderdee J., *Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting*, Cognitive and Behavioral Practice, 2, 1995, s. 63-93.

56. Nilsson J.E., Lundh L.G., Viborg G., *Imagery rescripting of early memories in social anxiety disorder: An experimental study*, Behaviour Research and Therapy, 50(6), 2012, s. 387-392.
57. Lloyd J., Marczak M., *Imagery rescripting and negative self-imagery in social anxiety disorder: a systematic literature review*, Behav Cogn Psychother., 28, 2022, s. 1-18.
58. Veale D., Page N., Woodward E., Salkovskis P., *Imagery rescripting for obsessive compulsive disorder: A single case experimental design in 12 cases*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 49, 2015, s. 230-236.
59. Maloney G., Koh G., Roberts S., Pittenger C., *Imagery rescripting as an adjunct clinical intervention for obsessive compulsive disorder*, Journal of Anxiety Disorders, 66, 2019, s. 102110.
60. Willson R., Veale D., Freeston M., *Imagery rescripting for body dysmorphic disorder: A multiple-baseline single-case experimental design*, Behavior Therapy, 47(2), 2016, s. 248-261.
61. Hope D., Heimberg R., Turk C., *Terapia lęku społecznego. Podejście poznawczo-behawioralne, Przewodnik terapeuty*, Wyd. Alliance Press, Gdynia 2007.
62. Clark D.M., Ehlers A., Hackmann A., McManus F., Fennell M., Grey N., *Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 2006, s. 568-578.
63. McCarthy A., Bank S.R., Campbell B.N.C., Summers M., Burgess M., McEvoy P., *An Investigation of Cognitive and Affective Changes During Group Imagery Rescripting for Social Anxiety Disorder*, Behav Ther., 53(5), Sep 2022, s. 1050-1061, doi: 10.1016/j.beth.2022.04.012. Epub 2022 May 21. PMID: 35987535.
64. Lee S.W., Kwon J.H., *The efficacy of imagery rescripting (IR) for social phobia: A randomized controlled trial*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44(4), 2013, s. 351-360.
65. Norton A.R., Abbott M.J., *The efficacy of imagery rescripting compared to cognitive restructuring for social anxiety disorder*, Journal of Anxiety Disorders, 40, 2016, s. 18-28.
66. Norton A.R., Abbott M.J., Dobinson K.A., Pepper K.L., Guastella A.J., *Rescripting social trauma: A pilot study investigating imagery rescripting as an adjunct to cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder*, Cognitive Therapy and Research, 45(6), 2021, s. 1180-1192.
67. Romano M., Moscovitch D.A., Huppert J.D., Reimer S.G., Moscovitch M., *The effects of imagery rescripting on memory outcomes in social anxiety disorder*, Journal of Anxiety Disorders, 69, 2020.
68. Wild J., Hackmann A., Clark D.M., *When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38(4), 2007, s. 386-401.
69. Frets P.G., Kevenaar C., van der Heiden C., *Imagery rescripting as a stand-alone treatment for patients with social phobia: a case series*, J Behav Ther Exp Psychiatry, 45(1), 2014, s. 160-169.

Wyobrażeniowa zmiana skryptów w terapii poznawczo-behawioralnej fobii społecznej

Streszczenie

W badaniach europejskich wykazano, że częstość występowania fobii społecznej w ciągu całego życia wynosi 9,6-16%. W badaniu przeprowadzonym w Polsce obejmującym młodzież szkół średnich objawy lęku w sytuacjach społecznych stwierdzono aż u 24% badanych. Fobia społeczna najczęściej rozwija się we wczesnym dzieciństwie lub w wieku dojrzewania. Początek przypada średnio na wiek 12-17 lat. Badania wskazują, że społeczne zaburzenia lękowe częściej występuje wśród kobiet niż mężczyzn. Społeczne zaburzenia lękowe diagnozujemy, gdy u pacjenta występuje znaczna obawa znalezienia się w centrum uwagi lub obawa

zachowania się w sposób, który okaże się kłopotliwy lub kompromitujący. To także wyraźne unikanie znalezienia się centrum uwagi w sytuacjach związanych z obawą zachowania się w sposób, który okaże się kłopotliwy lub kompromitujący. Celem niniejszej pracy było przedstawienie poznawczego modelu opracowanego przez Clarka i Wellsa. Zaprezentowana została metoda pracy wykorzystywana w terapii poznawczo-behawioralnej fobii społecznej, czyli wyobrażeniowa zmiana skryptu. Dodatkowym celem pracy było przedstawienie systematycznego przeglądu wyników badań na temat efektywności terapii poznawczo-behawioralnej w fobii społecznej, ze szczególnym ukierunkowaniem na oddziaływania związane z wyobrażeniową zmianą skryptu.

Słowa kluczowe: fobia społeczna, wyobrażeniowa zmiana skryptu, terapia poznawczo-behawioralna

Imagery rescripting in cognitive-behavioral therapy of social phobia

Abstract

Lifetime prevalence estimates of social phobia ranges between 1.4% and 7.3%. In a study conducted in Poland have demonstrated increased social anxiety symptoms among high-school students were found in as many as 24% of respondents. Social anxiety disorder usually begins in early childhood or adolescence. Signs of social anxiety disorder usually start to show up between ages 12 and 17. Research results suggest that anxiety disorders are more prevalent in women than in men. People with social anxiety disorder fear that they will say or do something that they think will be humiliating or embarrassing and clearly avoid of being the center of attention. The aim of this paper was to present the cognitive model of social phobia (Clark, Wells). In this article, we describe imagery rescripting procedure. Imagery rescripting (IR) is an effective intervention for social anxiety disorder. This study shows that cognitive behaviour therapy is effective in treating social anxiety disorder and demonstrates the benefits of imagery rescripting for SAD.

Keywords: social phobia, imagery rescripting, cognitive behavioral therapy

Wpływ stresu mniejszościowego na postrzeganie własnego ciała przez kobiety nieheteronormatywne

1. Wprowadzenie

Słownik Cambridge definiuje heteronormatywność jako przekonanie, że jedynie związki różnopłciowe są właściwe i prawidłowe, a mężczyźni i kobiety mają naturalnie różne role [1]. Historycznie społeczeństwa europejskie, i ukształtowane przez europejską kolonizację, wpisały to przekonanie w swoją kulturę.

Dorastanie i funkcjonowanie w tej kulturze przez osoby niewpisujące się w te normy, a więc osoby homo- lub biseksualne, a także osoby transpłciowe może prowadzić do doświadczenia stresu mniejszościowego. Zjawisko to zostało zdefiniowane w 1995 roku przez Ilana H. Meyera jako uczucie napięcia i stresu związane z doświadczaniem stygmatyzacji [2].

Wpływ stresu mniejszościowego na zdrowie psychiczne osób należących do mniejszości seksualnych i płciowych jest przedmiotem licznych badań. Przedmiotem niniejszego rozdziału jest analiza związku pomiędzy doświadczeniem dyskryminacji kobiet nieheteronormatywnych a ich wizerunkiem własnego ciała i zaburzeniami odżywiania na podstawie przeglądu prac innych autorów.

2. Stres mniejszościowy

Pojęcie stresu mniejszościowego opiera się na założeniu, że funkcjonowanie w społeczeństwie heteronormatywnym przy jednoczesnym niewpisywaniu się w obowiązujące w nim normy jest przyczyną chronicznego stresu. Jego elementy można zdefiniować jako zinternalizowaną homofobię, czyli przyjęte jako własne przekonanie o niewłaściwości swojej orientacji seksualnej, stygmy będącej oczekiwaniem odrzucenia i dyskryminacji, a także rzeczywistej dyskryminacji i przemocy [2].

3. Podejście intersekcyjne

W dyskursie feministycznym upowszechniło się pojęcie intersekcyjności. Opiera się ono na przekonaniu, że różne aspekty tożsamości człowieka są ze sobą nierozdzielnie związane, splatają się i przenikają, wspólnie kształtując jego doświadczenia [3].

Podejście to każe więc interpretować doświadczenia kobiet nieheteronormatywnych zarówno przez pryzmat doświadczanego przez nich seksizmu, jak i homofobii.

Założenia teorii feministycznej wskazują, że doświadczenia osobiste jednostki są kształtowane przez warunki społeczne i klimat polityczny, w których funkcjonuje, ich analiza jest więc niezbędna dla zrozumienia wpływu, jakie mają na jej zdrowie psychiczne.

4. Obraz ciała

Obraz lub wizerunek ciała może być zdefiniowany jako sposób postrzegania oraz ocena swojego wyglądu. Co ważne, jest on niezależny od stanu faktycznego i może być zmienny w czasie. Zależy m.in. od stylu życia, kontekstu społecznego, ale też stanu

¹ 135680@student.uni.opole.pl, Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski.

zdrowia i etapu cyklu miesięczkowego [4]. Na obraz ciała składają się elementy poznawcze, emocjonalne i behawioralne [5].

Współcześnie w społeczeństwie zachodnim cechami ciała, na które kładzie się szczególnie nacisk, są jego kształt i masa. Idealny wizerunek, różny w zależności od płci, jest powszechnie akceptowany, lecz niemożliwy do osiągnięcia przez większość osób [5].

4.1. Czynniki wpływające na postrzeganie własnego ciała

M.L. Smith, E. Telford i J.J. Tree przeprowadzili w 2019 roku badanie w formie częściowo ustrukturyzowanych wywiadów z 11 kobietami przynależącymi do mniejszości seksualnych, w tym 4 lesbijkami, 6 kobietami biseksualnymi i 1 panseksualną. Celem wywiadów było zbadanie stopnia ich niezadowolenia z własnego ciała oraz wpływu wywieranego na nie przez normy społeczne. W toku badania wyszczególniono trzy główne zakresy tematyczne: presje i wpływy związane z ciałem, presje i wpływy związane z przynależnością do mniejszości seksualnej oraz wybór osoby partnerskiej i związku.

Wypowiedzi uczestniczek pozwoliły stwierdzić, że są one świadome społecznej presji związanej z określonym ideałem wyglądu, który definiowały jako ciało wysokie, szczupłe, umięśnione i bez niedoskonałości. Wszystkie zdawały sobie sprawę z zewnętrznych wpływów, które ukształtowały dla nich ten ideał, jako ich przykłady podawały wpływ mediów tradycyjnych i społecznościowych, a także opinie rodziny i osób w ich otoczeniu. Wszystkie uczestniczki przyznały, że na jakimś etapie swojego życia doświadczały niezadowolenia ze swojego ciała, nieco ponad połowa wskazała, że to niezadowolenie towarzyszy im obecnie.

Wszystkie badane opisały społeczność osób należących do mniejszości seksualnych jako bardziej akceptującą i mniej oceniającą, jeśli chodzi o idealny wygląd ciała, oczekiwania i wymagania dotyczą raczej konkretnych stylów i sposobów ekspresji niż figury i masy ciała. Jako przyczynę dostosowywania się do powszechnego w społeczności stylu uczestniczki podawały chęć przynależności oraz zasygnalizowania potencjalnym partnerkom swojej orientacji. Mimo mniejszego nacisku na idealny wygląd ciała wewnątrz społeczności LGBT+ większość z uczestniczek nie czuje, aby przynależność do niej stanowiła dla nich ochronę przed społecznymi wymaganiami dotyczącymi wyglądu. Cztery na pięć uczestniczek powyżej wieku 25 lat wskazały, że presja na konkretny wygląd wzrosła wraz z normalizacją orientacji homoseksualnej w społeczeństwie. Zasugerowały, że wraz z większą integracją do heteronormatywnego społeczeństwa zwiększyła się wywierana na nie presja, by dostosować się do obowiązujących w nim norm i ideałów. Z drugiej strony większa społeczna akceptacja powoduje, że osoby przynależące do mniejszości seksualnej czują mniejszą potrzebę odcinania się od heteronormatywnych ideałów.

Uczestniczki, które deklarowały posiadanie preferencji w zakresie budowy ciała potencjalnej partnerki, opisały swój ideał jako kobietę szczupłą, lecz nieprzesadnie. Przyznały, że ta preferencja może wpływać również na sposób, w jaki postrzegają własne ciało. Uczestniczki nie były zgodne co do wpływu bycia w związku z inną kobietą na poziom satysfakcji ze swojego wyglądu. Te, które mówiły o wzroście tej satysfakcji, przypisywały go poczuciu zrozumienia i akceptacji w kontekście niedoskonałości ciała i figury. Te, które mówiły o jej spadku, wskazywały z kolei na porównywanie swojego ciała z ciałem partnerki [6].

4.2. Zaburzenia obrazu ciała

Ciągłe porównywanie się do nierealistycznych ideałów wyglądu i otoczenie przekazanymi prezentującymi wygląd jako nadrzędną wartość może prowadzić do wykształcenia zaburzeń obrazu ciała. Jest to pojęcie-parasol obejmujące zaburzenia odżywiania jak również cieleśne zaburzenie dysmorficzne [7]. Negatywny obraz ciała jest czynnikiem ryzyka i elementem różnych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja czy zaburzenia osobowości [8].

Zaburzenia odżywiania stanowią szczególną kategorię zaburzeń obrazu ciała. Charakteryzują się patologicznymi wzorcami odżywiania i relacją z pożywieniem. Do zaburzeń odżywiania zalicza się anoreksję, bulimię, kompulsywne objadanie się oraz zespół łaknienia spaczonego, czyli kompulsywne przyjmowanie substancji niespożywczych [9].

Historycznie większość badań na temat zaburzeń obrazu ciała była prowadzona na osobach heteroseksualnych lub nie brała orientacji seksualnej pod uwagę jako zmiennej, jednak w ostatnich latach ten stan rzeczy zmienił się i osoby nieheteronormatywne stały się przedmiotem badań o tej tematyce.

Przeprowadzone w 2016 roku przez L.B. Watson, B.L. Velez, J. Brownfield i M.J. Flores badanie na 353 kobietach biseksualnych wykazało korelację pomiędzy doświadczeniem bifobii a wyższym prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń odżywiania [10]. Podobne badanie, przeprowadzone przez zespół pod kierunkiem G.B. Jhe w 2021 roku, wskazało na związek doświadczenia dyskryminacji ze względu na orientację seksualną z zaburzonymi nawykami żywieniowymi, szczególnie emocjonalnym objadaniem się, u osób biseksualnych, bez względu na płeć [11].

Kolejne, skupione z kolei na lesbijkach badanie zostało przeprowadzone w 2016 roku przez T.B. Mason i R.J. Lewis. Przeanalizowane zostały odpowiedzi 496 respondentek. Autorzy zaproponowali następujący ciąg wpływających na siebie czynników: dyskryminacja i stres mniejszościowy powodowały wzrost poziomu lęku społecznego, który z kolei pozytywnie korelował z odczuwaniem wstydu dotyczącego ciała. Wstyd ten był natomiast istotnym czynnikiem ryzyka dla objadania się [12].

Innym istotnym do rozważenia polem badań jest nieheteroseksualna młodzież. Okres dojrzewania jest czasem, gdy wiele osób odkrywa swoją seksualność, często również związaną z nią tożsamość. Jest to również okres szczególnej podatności na wystąpienie zaburzeń obrazu ciała [13]. Przeprowadzone w 2008 roku przez zespół prowadzony przez S.B. Austin badanie na grupie 13 795 młodych osób w wieku 12-23 lat o różnorodnej orientacji seksualnej wykazało, że dziewczęta identyfikujące się jako lesbijki i osoby biseksualne były bardziej niż ich heteroseksualne koleżanki podatne na objadanie się, lecz tylko dziewczęta biseksualne zgłaszały częstsze wywoływanie wymiotów [14]. Norweskie badanie przeprowadzone w 2006 roku, na grupie 2942 uczniów liceum w wieku 14-19 lat, przez L. Wichstroma pokazało, że homoseksualne doświadczenia wzmagają ryzyko wystąpienia objawów bulimii u nastolatków bez względu na płeć. Korelacja ta utrzymywała się również po wzięciu pod uwagę innych czynników ryzyka [15].

Wzajemny wpływ statusu mniejszości seksualnej i etnicznej został zbadany w 2021 roku przez M. Gonzales i A.J. Blashill. Grupą badaną były 962 osoby nieheteroseksualne o różnorodnym pochodzeniu. Wszystkie grupy etniczne wykazały wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń wizerunku ciała niż osoby heteroseksualne, jednak ryzyko to było najwyższe wśród osób pochodzenia latynoskiego. Autorzy sugerują, że jest to wynikiem częstszego niż u innych grup etnicznych doświadczenia dyskryminacji, zarówno ze strony ogółu społeczeństwa, jak i społeczności mniejszości seksualnych [7].

5. Wpływ dostosowania do ról płciowych na doświadczenie stresu mniejszościowego

Role płciowe to zespół zachowań, a także kanon wyglądu, które dane społeczeństwo przypisuje do konkretnej tożsamości płciowej. Brak dopasowania do narzuconych ról jest cechą charakteryzującą wiele osób nieheteroseksualnych, pozwalając na wzajemną identyfikację i zwiększając poczucie przynależności do społeczności [16].

Badanie przeprowadzone w 2019 roku przez B.G. Everett, S.M. Steele, A.K. Matthews i T.L. Huges koncentrowało się na związku pomiędzy dostosowaniem się do tradycyjnych ról płciowych przez kobiety nieheteroseksualne a doświadczeniem stresu mniejszościowego, zarówno w zakresie zinternalizowanych przekonań, jak i doświadczanej dyskryminacji. W interpretacji wyników brano pod uwagę również przynależność do mniejszości etnicznych, czarnej i latynoskiej.

Postawiono dwie, uzupełniające się hipotezy: „Męskość prowadzi do zwiększenia przejawów zewnętrznej dyskryminacji, lecz zmniejsza poziom dyskryminacji zinternalizowanej” oraz „Kobiecość prowadzi do zmniejszenia przejawów zewnętrznej dyskryminacji, lecz zwiększa poziom dyskryminacji zinternalizowanej”.

W badaniu wzięło udział 612 kobiet, które zapytano o ocenę ich kobiecości i męskości, a także doświadczenia wiktyimizacji, dyskryminacji i stygmatyzacji.

Kobiety rasy czarnej i pochodzenia latynoskiego raportowały wyższe poziomy wiktyimizacji i dyskryminacji niż kobiety rasy białej, jednak w ich przypadku doświadczenia te były tym rzadsze, im wyższy był poziom deklarowanej męskości. W przypadku kobiet białych męskość prowadziła do wzrostu częstotliwości zarówno dyskryminacji, jak i wiktyimizacji.

Deklarowana kobiecość nie miała wpływu na zinternalizowaną homofobię kobiet rasy białej, lecz była pozytywnie z nią skorelowana w przypadku kobiet czarnych i latynosek. Z kolei wyższe poziomy męskości korelowały z mniejszą raportowaną zinternalizowaną homofobią w przypadku kobiet białych i czarnych, a większą wśród latynosek.

Jako przyczynę występowania tych rozbieżności autorki proponują zróżnicowane podejście do ról płciowych pośród tych grup etnicznych, a także indywidualnej historii rozwoju tożsamości [17].

6. Uprzedmiotowienie i seksualizacja

Teoria uprzedmiotowienia opisuje ciało, przede wszystkim kobiece, w kontekście kulturowym, obserwowane z zewnątrz, przez innych ludzi. Mówi o tym, że kobiety i dziewczęta są socjalizowane, by uznawać opinie zewnętrznego obserwatora na temat swojego wyglądu za podstawowe i ważniejsze od nich własnych. Ta perspektywa może zatem prowadzić do nadmiernej obserwacji ciała, a dalej również do zwiększonej podatności na związane z wizerunkiem stres i lęki [18].

Sednem uprzedmiotowienia i seksualizacji jest postrzeganie kobiet nie jako niezależnych istot ludzkich z własną osobowością, lecz ciała lub też zbioru jego części, które są atrakcyjne lub w inny sposób użyteczne dla obserwatora, najczęściej będącego mężczyzną [19]. Przejawami seksualizacji mogą być uprzedmiotawiające spojrzenia, seksualne wizerunki w mediach i reklamie, seksualne komentarze, a w najbardziej drastycznym wariancie molestowanie i napaść seksualna [20].

Relacja kobiet homoseksualnych z powszechną seksualizacją wydaje się nieco bardziej skomplikowana niż kobiet heteroseksualnych. Nie wchodzi one w relacje seksu-

alne z mężczyznami, jednak nie są odporne na uprzedmiotowienie przez obce osoby oraz media. Dotychczasowe badania sugerują również, że doświadczana homofobia może wywierać wpływ podobny do seksualizacji, wywołując potrzebę monitorowania swojego wyglądu, by jak najlepiej wpasowywać się w tradycyjne role płciowe i uniknąć identyfikacji jako osoba nieheteroseksualna [20].

6.1. Wpływ seksualizacji na postrzeganie swojego ciała

Przeprowadzone w 2022 roku przez B. Moradi i E. Tebbe badanie skupiało się na korelacji pomiędzy doświadczeniem seksualizacji a zaburzeniami obrazu ciała kobiet nieheteroseksualnych oraz objawami depresyjnymi.

W badaniu wzięło udział 201 kobiet identyfikujących się jako nieheteroseksualne. Udzieliły one odpowiedzi na szereg kwestionariuszy, oceniających ich doświadczenia uprzedmiotowienia, wizerunek ciała, objawy depresyjne i objawy zaburzeń odżywiania.

Doświadczenia seksualizacji okazały się pozytywnie skorelowane z internalizacją społecznych wzorców urody, która z kolei korelowała z nadmierną obserwacją ciała, dotyczącym go wstydem, lękiem związanym z wyglądem i niską wrażliwością na płynące z ciała sygnały.

Wstyd dotyczący ciała wzmagał ryzyko wystąpienia objawów zaburzeń odżywiania, natomiast lęk związany z wyglądem objawów depresyjnych. Można więc wnioskować, że niebezpośrednią przyczyną tych zaburzeń może być narażenie na seksualizację [21].

7. Znaczenie w pracy terapeutycznej

Znaczący wpływ, który na życie pacjentek nieheteronormatywnych wywiera doświadczenie stresu mniejszościowego, sprawia, że informacja o orientacji seksualnej pacjentki może być istotna dla pracy terapeutycznej. Jednakże doświadczenie to może powstrzymać pacjentki przed ujawnieniem swojej przynależności do mniejszości seksualnej ze względu na lęk przed stygmatyzacją i dyskryminacją. Ważne jest więc, by gabinet terapeuty stanowił bezpieczną dla osób nieheteronormatywnych przestrzeń i by pacjentki miały tego świadomość już na samym starcie współpracy z terapeutą. Może być to osiągnięte przez stawianie pytań o autoidentyfikację czy stosowane zaimki. Pytania te powinny być stawiane w sposób nieoceniający, a odpowiedzi na nie – potraktowane poważnie i z szacunkiem.

Aktualny konsensus naukowy mówi jasno, że właściwym podejściem jest terapia afirmacyjna, a wszelakie próby zmiany orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej za pomocą terapii są z nauką sprzeczne i stanowią działanie na szkodę pacjentki [22].

8. Podsumowanie

Wraz z postępującymi zmianami społecznymi oczywista stała się konieczność zbadania wpływu funkcjonowania jako członek grupy mniejszościowej na zdrowie psychiczne jednostki. Szczególnie interesujące i potencjalnie znaczące z terapeutycznego punktu widzenia jest przecięcie się różnych obszarów dyskryminacji, takich jak orientacja seksualna, płeć czy rasa.

Choć w ostatnich latach pula badań dotyczących osób nieheteronormatywnych znacząco się zwiększyła, wiele aspektów ich doświadczeń wciąż stanowi obszar wymagający dalszego poznania. Szczególnie istotne zdaje się również przeniesienie takich badań na grunt polski, co pozwoliłoby przynajmniej częściowo odpowiedzieć na pytanie o wpływ

kultury danego społeczeństwa na omawiany problem, a także zbadać jakość życia i poziom stresu mniejszościowych osób nieheteronormatywnych w naszym kraju.

Nie da się zaprzeczyć, że istnieje związek pomiędzy statusem mniejszości seksualnej a zaburzeniami wizerunku ciała, jednak przyczyna tej korelacji nie jest jasna i wymaga dalszego zbadania.

Literatura

1. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/heteronormative> [data dostępu: 18.04.2023].
2. Meyer I.H., *Minority Stress and Mental Health in Gay Men*, *Journal of Health and Social Behavior*, 1, 1995, s. 38-56.
3. Cieślakowska D., Sarata N., *Dyskryminacja wielokrotna – historia, teorie, przegląd badań*, Fundacja Fundusz Współpracy, Warszawa 2012, s. 2-3.
4. Nowosielski K., Kurpisz J., Kowalczyk R., *Body image during sexual activity in the population of Polish adult women*, *Menopause Review*, 18(4), 2019, s. 198-209.
5. Tiggemann M., *Body image across the adult life span: stability and change*, *Body Image*, 1, 2004, s. 29-41.
6. Smith M.L., Telford E., Tree J.J., *Body image and sexual orientation: The experiences of lesbian and bisexual women*, *Journal of Health Psychology*, 24(9), 2019, s. 1178-1190.
7. Gonzales M., Blashill A.J., *Ethnic/racial and gender differences in body image disorders among a diverse sample of sexual minority U.S. adults*, *Body Image*, 36, 2021, s. 64-73.
8. Levine M.P., Piran N., *The role of body image in the prevention of eating disorders*, *Body Image*, 1, 2004, s. 57-70.
9. <https://www.britannica.com/science/eating-disorder> [data dostępu: 10.06.2023].
10. Watson L.B., Velez B.L., Brownfield J., Flores M.J., *Minority Stress and Bisexual Women's Disordered Eating: The Role of Maladaptive Coping*, *The Counseling Psychologist*, 44(8), 2016, s. 1158-1186.
11. Jhe G.B. i in., *Associations between anti-bisexual minority stress and body esteem and emotional eating among bi+ individuals: The protective role of individual and community-level factors*, *Eating Behaviors*, 43, 2021.
12. Mason T.B., Lewis J.L., *Minority Stress, Body Shame, and Binge Eating Among Lesbian Women: Social Anxiety as a Linking Mechanism*, *Psychology of Women Quarterly*, 40(3), 2016, s. 428-440.
13. McClain Z., Peebles R., *Body Image and Eating Disorders Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth*, *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 2016, s. 1079-1090.
14. Austin S.B., *Sexual Orientation Disparities in Purging and Binge Eating From Early to Late Adolescence*, *Journal of Adolescent Health*, 45, 2009, s. 238-245.
15. Wichstrøm L., *Sexual Orientation as a Risk Factor for Bulimic Symptoms*, *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 2006, s. 448-453.
16. Thoma B.C. i in., *Gender Nonconformity and Minority Stress Among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals: A Meta-Analytic Review*, *Perspectives on Psychological Science*, 16(6), 2021, s. 1165-1183.
17. Everett B.G., Steele S.M., Matthews A.K., Hughes T.L., *Gender, Race, and Minority Stress Among Sexual Minority Women: An Intersectional Approach*, *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2019, s. 1505-1517.
18. Fredrickson B.L., Roberts T.A., *Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks*, *Psychology of Women Quarterly*, 21, 1997, s. 173-206.
19. Balraj B., *Understanding Objectification Theory*, *International Journal on Studies in English Language and Literature*, 3(11), 2015, s. 70-74.

20. Watson L.B. i in., *Experiences of Sexual Objectification, Minority Stress, and Disordered Eating Among Sexual Minority Women*, *Psychology of Women Quarterly*, 39(4), 2015, s. 458-470.
21. Moradi B., Tebbe E., *A Test of Objectification Theory With Sexual Minority Women*, *Psychology of Women Quarterly*, 46(2), 2022, s. 226-240.
22. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/diversity/education/best-practice-highlights/working-with-lgbtq-patients> [data dostępu: 10.08.2023].

Wpływ stresu mniejszościowego na postrzeganie własnego ciała przez kobiety nieheteronormatywne

Streszczenie

Na tożsamość człowieka składają się różne, oddziałujące na siebie kategorie takie jak płeć, rasa czy orientacja seksualna. Jednocześnie mimo postępujących zmian społecznych przynależność do grup mniejszościowych wciąż łączy się z doświadczeniem dyskryminacji i stygmatyzacji.

Niniejszy rozdział rozpatruje wzajemne oddziaływanie dyskryminacji związanej z orientacją homo- i biseksualną oraz płcią żeńską, ze szczególnym uwzględnieniem ich wpływu na wizerunek własnego ciała.

Analizie poddane zostały aktualne badania naukowe z dziedziny psychologii. Z cytowanych tekstów płynie wniosek, że osoby nieheteronormatywne, a w szczególności kobiety są szczególnie narażone na wystąpienie zaburzeń w dziedzinie obrazu samych siebie. Jednocześnie wskazane jest prowadzenie dalszych badań w tym temacie.

Słowa kluczowe: nieheteronormatywność, kobiety, obraz ciała, interseksjonalność

The influence of minority stress on body image in sexual minority women

Abstrakt

Human identity consists of various interacting categories such as gender, race or sexual orientation. At the same time, despite the progressing social changes, belonging to minority groups is still associated with the experience of discrimination and stigmatization.

This chapter considers the interplay of discrimination related to homosexual and bisexual orientation and female gender, with particular emphasis on their impact on body image.

Current scientific research in the field of psychology has been analysed. The quoted texts lead to the conclusion that non-heteronormative people, in particular women, are particularly vulnerable to self-image disorders. At the same time, it is advisable to conduct further research on this topic.

Keywords: non-heteronormativity, women, body image, intersectionality

Indeks Autorów

Górska M.....	122
Gucwa K.....	90
Juda P.	37, 44, 129
Kalka M.....	181
Koiszewska M.....	7
Korba O.....	111
Kozłowska M.....	90
Kuty-Pachecka M.....	90, 169
Merklinger-Soma M.....	151
Misiak P.....	7
Nowak M.....	37, 44, 129
Paniak M.	54
Plisiecki H.	26
Polak O.....	54
Przybylska K.....	76
Robakowska M.....	7
Rycąbel P.....	54
Rzepiela-Podlecka A.....	68
Sałańska-Labisz A.....	90
Sikorski W.....	138, 160
Sobieszek A.....	26
Trzebińska M.	90
Wilczek-Rużyczka E.....	151
Wojciechowska A.....	54
Woszczyński A.....	54
Wójcik Ł.....	37, 44, 129