

W PRZESTRZENI STRESU I LĘKU

STRES NASZ CODZIENNY

W PRZESTRZENI STRESU I LĘKU

STRES NASZ CODZIENNY

POD REDAKCJĄ

Prof. Jadwigi Joško – Ochojskiej



Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2014

Recenzent

Prof. dr hab. n. med. Irena Krupka – Matuszczyk

Redakcja

Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska

Wydanie I**Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2014**

Wszelkie prawa zastrzeżone

Dzieło może być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja,
redystrybucja lub odsprzedaż.

ISBN: 978-83-7509-280-6

Projekt okładki i skład

Vero Graphic Design, Rybnik
www.vgd.com.pl

Druk i oprawa

PPHU TOTEM S. C.
ul. Jacewska 89
88-100 Inowrocław



Rybnik. Miasto z ikrą.

Publikacja jest współfinansowana ze środków Urzędu Miasta Rybnika.



PREZYDENT MIASTA RYBNIKA

Adam Fudali

Szanowni Państwo!

Rybnik to miasto, które zarówno przez mieszkańców, jak i przyjezdnych, jest identyfikowane jako miejsce niebanalne i oferujące szerokie możliwości. Opisywane bywa jako wielofunkcyjne centrum, ukierunkowane na szeroko rozumiane usługi i rozwój edukacji.

Z jednej strony to przestrzeń dla rozwoju przedsiębiorczości, z drugiej zaś ośrodek zapewniający zróżnicowane możliwości rekreacji.

Dzięki konsekwentnej polityce inwestycyjnej, której prowadzenie ułatwiły pieniądze uzyskane z budżetu Unii Europejskiej, Rybnik posiada nowoczesną infrastrukturę, która ciągle jest rozwijana i udoskonalana. Obecnie nowego charakteru nabiera Śródmieście. Dzięki przeprowadzanej tam rewitalizacji Rybnik stanie się jeszcze bardziej atrakcyjny dla swoich mieszkańców i przyjezdnych. Modernizacja kąpieliska Ruda, budowa parku tematycznego nad Nacyną, przebudowa stadionu lekkoatletycznego, remonty dróg – to kolejne inwestycje poprawiające standard życia w mieście.

Co ważne, w Rybniku, który jako jedno z nielicznych miast w regionie posiada tereny inwestycyjne zarówno w ścisłym centrum, jak i poza nim, ciągle dąży się do realizacji kolejnych przedsięwzięć, takich jak budowa drogi regionalnej Pszczyna-Racibórz, której powstanie zdecydowanie usprawni komunikację w subregionie rybnickim.

Rybnik jest też ważnym miastem na koncertowej mapie Polski, a nawet Europy. Wszystko za sprawą organizowanych od 2011 r. koncertów międzynarodowych gwiazd. W mieście gościli już Bryan Adams, zespół Guns N'Roses i Rod Stewart. Dzięki tym przedsięwzięciom Rybnik zasłynął na szerokim forum jako miasto niebojące się wyzwań, jako „miasto z ikrą”. Niedługo czeka nas kolejne wielkie wydarzenie muzyczne – koncert amerykańskiego zespołu rockowego Thirty Seconds to Mars, którego liderem jest tegoroczny zdobywca Oscara, Jared Leto.

Zapraszam do odkrywania walorów Rybnika, który ma bardzo wiele do zaoferowania na różnych polach. Więcej o mieście można dowiedzieć się na stronie www.rybnik.eu.

Z szacunkiem

SPIS TREŚCI

WSTĘP	9
<i>Jadwiga Joško – Ochojska</i>	
ROLA STRESU W KLINICE ZABURZEŃ SEKSUALNYCH	11
<i>Zbigniew Lew – Starowicz</i>	
KAT W DOMU, CZYLI O MOLESTOWANIU MORALNYM W RODZINIE	21
<i>Jadwiga Joško – Ochojska</i>	
STRES A JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY	41
<i>Katarzyna Ziora / Katarzyna Rojewska</i>	
RAINBOW – ROZWOJ UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACJI INTERKULTUROWEJ W CELU LEPSZEGO RADZENIA SOBIE ZE STRESEM PODCZAS ZMIAN KRĘGÓW KULTUROWYCH	53
<i>Joanna Sell</i>	
STRES, SERCE I ROZUM, CZYLI O ZALEŻNOŚCI FUNKCJI UKŁADU KRĄŻENIA OD REAKCJI STRESOWEJ I STANU PSYCHICZNEGO	83
<i>Robert Pudło / Magdalena Piegza / Łukasz Kunert</i>	
WPŁYW STRESU NA POWSTANIE I PRZEBIEG CHOROÓB NOWOTWOROWYCH	93
<i>Renata Rumińska – Busz</i>	
KONDYCJA PSYCHOFIZYCZNA BEZDOMNYCH MĘŻCZYZN	107
<i>Urszula Marcinkowska / Karolina Lau / Janusz Kasperczyk / Mirosław Tyrpień / / Jadwiga Joško – Ochojska</i>	
TOMASZ WIATR – LEKARZ I ARTYSTA RADZĄCY SOBIE ZE STRESEM POPRZEZ ARTETERAPIĘ	121
<i>Jadwiga Joško – Ochojska</i>	

Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska

WSTĘP

W cyklu «W przestrzeni stresu i lęku» w 2013 roku została wydana monografia pt. «Lęk – nieodłączny towarzysz człowieka od poczęcia aż do śmierci». Obecnie w tym cyklu zostaje wydana kolejna monografia pt. «Stres nasz codzienny». Jest to zbiór artykułów z różnych dyscyplin naukowych, głównie medycznych, dotyczących zmagania człowieka ze stresem w codziennym życiu.

Niewątpliwie ważną sferą naszego codziennego życia jest aktywność seksualna, stąd monografię rozpoczyna artykuł dotyczący wpływu stresu na zaburzenia seksualne.

Codzienny stres może wystąpić także wtedy, kiedy dochodzi do przemocy psychicznej w domu lub w pracy, stąd uwrażliwienie głównie lekarzy różnych specjalności, nie tylko psychiatrów, na problem molestowania moralnego w rodzinie. I nie chodzi o to, by powtarzać znane psychologom i socjologom wiadomości na ten temat, ale o to, by zwrócić uwagę na fakt, że pacjenci z różnymi dolegliwościami, którzy pojawiają się w gabinetach lekarskich z chorobami somatycznymi i psychicznymi, nie będą mogli w pełni wyzdrowieć, jeżeli będą jedynie leczeni lekami, a agresor, czyli przyczyna ich choroby będzie w pobliżu i w ten sposób zostanie zakłócony proces leczenia.

Podobne problemy dnia codziennego mają osoby z zaburzeniami odżywiania, głównie te, które żyjąc w przewlekłym stresie w końcu zapadają na anoreksję lub bulimię.

Od dawna znany jest także fakt, że przewlekły stres związany jest z zapadalnością na choroby serca i układu krążenia. Szczególnie w dzisiejszych czasach, w których dużą uwagę poświęca się kardiologii inwazyjnej i nowoczesnym, często związanym ze skomplikowanymi urządzeniami technicznymi formami terapii, skierowanie uwagi na problemy związane ze stresem jest niezwykle cenne. W sytuacji kiedy pacjent przeżywa traumatyczne wydarzenia bądź wszelkie objawy przewlekłego stresu z depresją i PTSD włącznie, nie będzie powracał do zdrowia, mimo najnowocześniejszej aparatury.

Podobny mechanizm występuje w innych, przewlekłych chorobach, z chorobami nowotworowymi włącznie. Onkolodzy podkreślają, że istnieje wyraźny związek pomiędzy przewlekłym stresem a zapadalnością na choroby nowotworowe, jak również negatywny wpływ stresu na proces zdrowienia, nawet gdy lekarz używa nowoczesnych form terapii nowotworów.

Problem stresu dotyczy także wszystkich osób, które emigrują do innych krajów na stałe, bądź na określony czas, lub wracają z emigracji do ojczyzny. Poziom stresu związany z różnicami interkulturowymi jest u tych osób tak wysoki, że prawdopodobieństwo zachorowania na poważne choroby somatyczne

lub psychiczne sięga u nich nawet 80% w ciągu 2 lat od momentu emigracji. Z powodu faktu, że Polska jest nadal krajem homogenicznym, w którym żyje niewielka liczba obcokrajowców, tematyka interkulturowa jest jeszcze mało poznana. Jednak zmiany, jakie zachodzą w związku z licznymi problemami w polityce nawet naszych najbliższych sąsiadów powodują, że tematy te stają się coraz bardziej aktualne dla nas.

Oddzielnym problemem są zmagania ze stresem ludzi bezdomnych. Pomoc w radzeniu sobie ze stresem codziennym tej części społeczeństwa może doprowadzić do zmiany ich sytuacji życiowej.

Prof. nadzw. dr hab. med. Zbigniew Lew – Starowicz
Pracownia Psychoterapii i Rehabilitacji Seksualnej
Wydział Rehabilitacji
Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego
Warszawa

ROLA STRESU W KLINICE ZABURZEŃ SEKSUALNYCH

W piśmiennictwie seksuologicznym stres jest powszechnie spotykanym terminem. Najczęściej jest utożsamiany z psychogennymi przyczynami zaburzeń seksualnych i obejmuje wiele wariantów np. lęk, urazowe doświadczenia, cierpienie, niepokój, konfliktowe relacje w związku, obniżona samoocena, zaburzony obraz ciała. Przyjmuje się również jako oczywiste, że pojawienie się zaburzenia seksualnego wiąże się ze stresem np. poczucie wstydu, winy, lęku przed odrzuceniem, rozpadem związku. Przyczyną stresu jest także perspektywa wizyty u specjalisty, konieczność poddania się procedurom diagnostycznym. W przypadku mężczyzn jako sytuację stresową postrzegane jest udanie się z receptą do apteki w której pracują najczęściej młode kobiety dobrze orientujące się jakie jest przeznaczenie przepisanego leku. Nic zatem dziwnego, że jedynie 8% mężczyzn z zaburzeniami seksualnymi leczy się u specjalistów, 24% szuka pomocy w Internecie a reszta czeka aż problem sam minie [1].

Wiedza o stresie u lekarzy jest powierzchowna. Najlepszym tego przykładem są pytania egzaminacyjne na temat wpływu stresu na zaburzenia seksualne. Stres jest wymieniany jako jedna z przyczyn zaburzenia i typowa reakcja na nie. Na pytanie – jaki jest mechanizm przyczynowy? – najczęściej wymienia się rolę hormonów stresu np. prolaktyny, kortyzolu. Mniej natomiast są znane uwarunkowania neurofizjologiczne wiążące się ze stresem. W najnowszym piśmiennictwie seksuologicznym znaczenie stresu w zaburzeniach seksualnych wiąże się z pojęciem «koła psychosomatycznego» i specyficznymi stresorami będącymi przyczynami i następstwem zaburzeń.

Koło psychosomatyczne

Istnieje kilka koncepcji koła psychosomatycznego. Jedną z pierwszych jest koncepcja Hertza i Molińskiego [2]: przyczyny świadome (wyobrażeniowe, emocjonalne) → bodźce stresowe → zaburzenia czynnościowe (somatyczne i psychiczne) → osłabienie lub zwiększenie reakcji seksualnych.

Inny model koła psychosomatycznego opracował Bancroft [3]. Obejmuje on system limbiczny i ośrodki nerwowe (strukturę fizjologiczną, anatomiczną, czynniki konstytucjonalne, hormony, neuroprzekaźniki, metabolizm, wpływ leków,

alkoholu, zaburzeń neurologicznych), reakcje genitalne, reakcje pozagenitalne, optymalne pobudzanie, czynniki psychologiczne i wiążące się z nimi stany emocjonalne. Autor w najnowszym opracowaniu [4] rozbudował koncepcję koła psychosomatycznego w której jest związek między nieświadomymi i świadomymi procesami poznawczymi, mózgiem emocjonalnym, rdzeniem kręgowym:

Postawy, obawy, oczekiwania → poznanie → układ limbiczny → ośrodki w rdzeniu kręgowym → podniecenie obwodowe, odpowiedź narządów płciowych → uświadomienie odpowiedzi → poznanie.

Poznawczy model zaburzeń seksualnych

Interesującą koncepcję wpływu stresu na funkcjonowanie seksualne opracowała Oettingen [5], nazwała ją modelem poznawczym dysfunkcji seksualnych, który składa się z zespołu systemów pozostających we wzajemnej zależności: emocjonalnego, uwagowego, fizjologicznego, behawioralnego, motywacyjnego. Model Autorki obejmuje wariant funkcjonalny i dysfunkcjonalny.

Model funkcjonalny

Zachowanie seksualne (uwarunkowania bio – psycho – społeczne) → system poznawczy (aktywacja pozytywnych myśli, wyobrażeń) → system afektywny (emocje pozytywne) → system uwagowy (koncentracja uwagi na doznaniach i bodźcach) → system fizjologiczny (podniecenie seksualne) → system behawioralny (reakcja organizmu na podniecenie seksualne) → system motywacyjny (dążenie do aktywności seksualnej).

Model dysfunkcjonalny

Zachowania seksualne → system poznawczy (aktywacja negatywnych myśli nie powiązanych z seksem dotyczących Ja w roli partnera, sprawności, reakcji i oczekiwań partnerki, zbliżenia seksualnego) → system afektywny (negatywne emocje) → system uwagowy (rozproszenie uwagi od bodźców podniecających, skupienie uwagi na następstwach niepowodzenia) → system fizjologiczny (spadek lub zanik podniecenia seksualnego) → system behawioralny (np. zanik erekcji) → system motywacyjny (unikanie aktywności seksualnej).

Stresory

W piśmiennictwie seksuologicznym najczęściej wymienia się następujące stresory mające wpływ na pojawienie się zaburzeń seksualnych:

Czynniki predysponujące [6, 7, 8]

Konstytucjonalne

1. anatomiczne deformacje np. stulejka, skrzywienie członka, mikropenis, krótkie wędzidełko
2. zaburzenia hormonalne np. hyperprolaktynemia, zespół niedoboru testosteronu

3. temperament np. impulsywność, nieśmiałość, zahamowanie
4. odporność psychiczna; brak lub słaba
5. cechy osobowości np. histrionicznej, obsesyjno – kompulsywnej

Czynniki rozwojowe

1. negatywne doświadczenia w relacjach z rodzicami lub opiekunami
2. doświadczenie przemocy fizycznej, emocjonalnej, seksualnej
3. przewlekłe choroby, zabiegi operacyjne
4. wczesne doświadczenia seksualne np. inicjacja seksualna
5. czynniki religijne i kulturowe np. restrykcyjne wychowanie, normy, brak edukacji seksualnej lub niewłaściwa edukacja

Czynniki sprzyjające [9, 10, 11, 12]

1. stresory życiowe np. separacja, rozwód, brak partnera, niepłodność, przebieg menopauzy
2. zaburzenia poporodowe
3. urazy narządów płciowych i wiążące się z nimi lęki, kompleksy, przewidywanie zaburzeń
4. lęk, depresja
5. problemy w relacjach partnerskich
6. uzależnienia

Czynniki sytuacyjne [6, 8, 11, 13]

Stresy wiążące się z pracą, zmęczeniem, problemami finansowymi, brakiem intymności. W tym przypadku należy pamiętać o tym, że wielu pacjentów deklaruje tego typu przyczyny jako oczywiste, zrozumiałe i zgodne z ich przekonaniami. Niekiedy zdarza się, że są one «zasłoną dymną» ukrywającą znane pacjentowi przyczyny np. unikanie seksu ze stałą partnerką postrzegane jako następstwo stresów w pracy a kontakty seksualne z inną partnerką są udane. Stała partnerka może rozumieć, że stres zmniejsza zainteresowanie partnera seksem i daje mu spokój. Zmęczenie to również często spotykana wymówka i trudno się zorientować na ile to realna a na ile deklaratywna przyczyna unikania seksu.

Obecnie publikuje się coraz więcej prac poświęconych znaczeniu obrazu ciała w funkcjonowaniu seksualnym. Zaburzony obraz ciała, zniekształcenia ciała są często spotykanymi stresorami w klinice zaburzeń seksualnych. O ile w przeszłości negatywny obraz ciała był częstą przyczyną zahamowań w sferze seksu i źródłem stresu obecnie nie jest to tak jednoznaczne. Przegląd wielu badań przeprowadzonych w Polsce ujawnia, że coraz więcej kobiet w wieku dojrzałym akceptuje swoje ciało i ocenia je jako atrakcyjne, również w okresie ciąży, w wieku menopauzalnym.

Jednym z najczęściej spotykanych u mężczyzn stresów jest kompleks małego członka. Jak wynika z badań prawie połowa populacji mężczyzn nie jest zadowolona z wielkości członka [14]. Wiąże się to z nieśmiałością, unikaniem współżycia seksualnego, opóźnieniem wieku inicjacji, obniżoną samooceną a także z zaburze-

niami psychosomatycznymi i psychotycznymi [15]. Z badań przeprowadzonych wśród kobiet wynika, że pozytywna samoocena obrazu ciała koreluje z seksualną satysfakcją, atrakcyjnością i zainteresowaniem aktywnością seksualną [16]. U pacjentów z chorobami nowotworowymi, u których zmienił się obraz ciała w następstwie leczenia często pojawiają się zaburzenia seksualne np. u kobiet po mastektomii dotyczą one 57% pacjentek [17]. W przypadku mężczyzn z rozpoznaniem raka jądra po jego usunięciu u połowy ujawniły się zaburzenia pożądania [18].

Stres w relacjach partnerskich

Znaczenie stresu w relacjach partnerskich jako przyczyna zaburzeń seksualnych opisywane jest w publikacjach począwszy od pionierów seksuologii. Rekomendowaną metodą leczenia była w takich przypadkach psychoterapia. Od 1998 roku, kiedy wprowadzono Viagrę do leczenia zaburzeń seksualnych, pojawiła się moda na farmakoterapię. Spełniło się odwieczne pragnienie mężczyzn – przyjąć lek i «problem z głowy», niezależnie od przyczyny. Nic zatem dziwnego, że diagnostyka zaburzeń seksualnych koncentrowała się przede wszystkim na odkryciu przyczyn biologicznych zaburzenia.

Medykalizacja seksuologii stała się faktem. Dopiero od początku XXI wieku nastąpił renesans seksuologii traktowanej integralnie a zaburzenia seksualne zaczęto ponownie postrzegać w ich bio – psycho – społecznych uwarunkowaniach. W najnowszych publikacjach seksuologicznych coraz częściej pojawiają się prace uwzględniające znaczenie stresu w relacjach partnerskich jako przyczyny zaburzeń seksualnych a także w ich przebiegu i leczeniu. W standardach leczenia zaburzeń seksualnych rekomendowanych przez Europejskie Towarzystwo Medycyny Seksualnej analizę czynników stresowych m.in. w relacjach partnerskich uwzględnia się na poziomie diagnostycznym i terapeutycznym.

Z analizy piśmiennictwa [19,20,21,22] wynika, że do czynników stresowych w relacjach partnerskich najczęściej należą:

- sytuacje konfliktowe, rozczarowania, lęki przed porzuceniem, konflikt ról
- utrata atrakcyjności, lęk przed jej utratą
- zaburzenia seksualne partnera, partnerki
- kumulowanie się negatywnych emocji wobec partnera
- zadaniowe traktowanie współżycia seksualnego np. w celu «wykazania się»
- nagłe sytuacje stresowe np. ujawnienie zdrady, nieplanowana ciąża

Na podstawie własnych doświadczeń terapeutycznych dodałbym do tej listy kolejne przyczyny wiążące się z obyczajowością seksualną rzutującą na relacje w związkach: rosnące wymagania i oczekiwania często doświadczonych seksualnie partnerek, moda na asertywność w zwierzeniach na temat własnych doświadczeń seksualnych i pojawiające się w następstwie poczucie zagrożenia u mężczyzn, sprzeczność między oczekiwaniem partnerstwa w związku ze strony kobiet a jednocześnie oczekiwanie od partnera «męskich» zachowań w relacjach seksualnych. Inną przyczyną może być udział partnera przy porodzie dziecka.

Z moich obserwacji wynika, że u około 10% mężczyzn jest to przeżycie stresujące i prowadzące do zaburzeń erekcji i zaniku pożądania wobec partnerki.

Specyficzne stresory

W piśmiennictwie seksuologicznym pojawiają się coraz częściej prace opisujące specyficzne stresory w klinice zaburzeń seksualnych i w obyczajowości seksualnej. Podam kilka przykładów:

Seks u ludzi biznesu

Ukazała się na ten temat praca zbiorowa w której opisuje się funkcje i dysfunkcje seksualne w nowej grupie pacjentów [23]. Stresy wiążące się z pracą mają wpływ na styl życia, relacje partnerskie, zmiany w osobowości [np. aleksytymia] a to wszystko może prowadzić do pojawienia się zaburzeń seksualnych. Są również czynniki ułatwiające neutralizację stresów wiążące się z promowanym stylem życia ludzi biznesu np. systematyczny kontakt z klubami fitness, aktywny odpoczynek w różnych Spa i sanatoriach rekreacyjnych, częstsze i krótkie urlopy, urządzenie w rezydencjach miejsc do rekreacji i aktywności sportowej itd.

Stresy zawodowe

Pojawiają się prace opisujące wpływ stresów wiążących się z pracą zawodową na aktywność seksualną np. u policjantów, kontrolerów ruchu, lotników, umundurowanych kobiet. I tak np. w przypadku policjantów jako typowe stresory są wymieniane: praca zmianowa, zagrożenie bezpieczeństwa, syndrom wypalenia, surowe konsekwencje popełnionego błędu, narzucanie nieoczekiwanych zadań, poczucie bezsilności, konieczność stosowania środków przymusu [24]. Wyniki badań ujawniły korelację między poziomem stresu a zaburzeniami seksualnymi typu osłabienie pożądania, zaburzeń orgazmu i podniecenia.

Stres w zaburzeniach preferencji seksualnych

Wiele uwagi budzi obecnie problem pedofilii. Z przeprowadzonych badań wynika, że jedną z przyczyn rozwoju zaburzonych preferencji są stresy w środowisku rodzinnym, w relacjach między płciami [25]. Mniej natomiast jest znana korelacja między parafilią a stresem, czego szczególnym wyrazem jest odczuwanie cierpienia. Kryterium cierpienia jest jednym z kryteriów rozpoznawania zaburzeń preferencji seksualnych. Z przeprowadzonych badań wynika, że źródłem stresu są trudności w zaspokajaniu dewiacyjnych potrzeb, ograniczenia w funkcjonowaniu w życiu społecznym, odczuwanie strachu przed prawnymi następstwami swoich zachowań, poczucie cierpienia z powodu krzywdzenia innych, niesprawiedliwych postaw społecznych, niemożności kontrolowania swoich zachowań [26].

Stres w epidemiologii zaburzeń seksualnych

Z przeglądu najnowszego piśmiennictwa i na podstawie własnych doświadczeń terapeutycznych mogę stwierdzić, że stres bywa dominującą lub znaczącą przyczyną

następujących zaburzeń seksualnych:

U mężczyzn: wytryski przedwczesne, zaburzenia erekcji [około 20% ogółu przyczyn].

W przypadku zaburzeń erekcji stres wywołuje działanie hamujące na ośrodku sterujące podnieceniem seksualnym w mózgu, przede wszystkim jądro przykomorowe. Możliwy jest również inny mechanizm: zwiększenie napięcia mięśniówki w członku poprzez działanie powstających w następstwie stresu związków chemicznych w autonomicznym układzie nerwowym.

U kobiet: pochwica, zaburzenia pożądania i orgazmu.

W przypadku zaburzeń seksualnych na tle organicznym stres ma również duże znaczenie. Pacjenci przeżywają swoje zaburzenia, koncentrują się na własnej reaktywności seksualnej, obserwują reakcje drugiej osoby. Nic zatem dziwnego, że zdaniem wielu ekspertów tradycyjny podział przyczyn zaburzeń seksualnych na somatyczne, psychogenne i mieszane należy zastąpić: zaburzenia psychogenne i o mieszanej etiologii.

Rola stresu w leczeniu zaburzeń seksualnych

Z przeprowadzonych badań [27] wynika, że dla większości pacjentów stresem w rozmowie na temat życia seksualnego z terapeutą są: poczucie wstydu, ambicjonalne traktowanie problemu, brak znajomości terminologii, oczekiwanie na inicjatywę terapeuty, brak wiary w możliwość trwałego wyleczenia się.

Ponad 75% badanych nigdy nie było pytanych przez lekarza o problemy w życiu intymnym. Po przełamaniu bariery i nawiązaniu kontaktu z terapeutą jako czynniki stresowe pacjenci wymieniają: brak intymności w gabinecie, zbyt krótki czas trwania wizyty, nastawienie terapeuty na usunięcie objawu a nie przyczyny zaburzenia, ograniczanie się do farmakoterapii [27]. Stresujące bywają również niektóre metody diagnostyczne np. kwestionariusze i testy, iniekcje w ciału jamiste członka a także terapeutyczne np. iniekcje, budzące lęki przed negatywnymi następstwami leków itp. Zdarza się również, że przyczyną stresu są obawy przed możliwymi nadużyciami seksualnymi ze strony terapeutów (nagłaśnianymi w mediach), brak wiedzy na czym polega badanie seksuologiczne i wiążące się z tym wizualizacje.

Z własnych doświadczeń terapeutycznych wynika, że w trakcie leczenia pacjentów z zaburzeniami seksualnymi najczęściej spotykanymi są następujące stresory:

- lęk przed niepożądanym działaniem leku na podstawie przeczytanej informacji o nim
- obawa, że leki trzeba będzie przyjmować do końca życia
- odrzucenie przez partnerkę w przypadku odkrycia przyjmowania leku «na potencję»
- przekonanie, że lek będzie działał coraz słabiej, dojdzie do przyzwyczajenia na niego
- u pacjentów kardiologicznych przekonanie, że aktywność seksualna jako taka jest zagrożeniem dla zdrowia lub życia

- poczucie bycia «wybrakowanym mężczyzną», obniżona samoocena
- przeżywanie informacji uzyskanych w Internecie podważających skuteczność rozpoczętego programu terapeutycznego, kompetencji terapeuty
- zniecierpliwienie partnera(ki) pacjenta z powodu braku natychmiastowej lub trwałej poprawy

Z kolei w przypadku terapeutów zaburzeń seksualnych do najczęściej spotykanych stresów w ich pracy zawodowej należą: konieczność wydobywania informacji od pacjenta ujawniającego opory, ukrywanie przez pacjentów ważnych informacji (np. czy zaburzenie wiąże się ze stałym partnerem czy z innym, z romansem, czy brał już leki na zaburzenie), nieznajomość fizjologii i anatomii seksualnej u pacjenta i konieczność posługiwania się w rozmowie z nim słownictwem potocznym, motywowanie pacjenta do konieczności usunięcia przyczyny a nie tylko objawu zaburzenia, presja czasu (pacjentki są skłonne do wydłużania rozmowy o swoim życiu intymnym), zachowania pacjentów (roszczeniowe, agresywne, uwodzicielskie).

Rekomendowane przez międzynarodowe towarzystwa seksuologiczne cele terapii seksualnej w dużym stopniu wiążą się z usuwaniem stresów.

Cele terapii seksualnej:

- Eliminacja objawów i ich przyczyn
- Zmiana stylu życia pacjenta
- Eliminacja lęków i stresów
- Poprawa samooceny, relacji
- Poprawa przeżywania intymności
- Edukacja seksualna

Obecnie współistnieją różne modele leczenia zaburzeń seksualnych: tradycyjny, medyczny, psychoterapeutyczny, integralny.

Model tradycyjny opiera się na doświadczeniach medycyny ludowej [np. afrodyzjaki, czary, rytuały] i tradycjach medycyny chińskiej, tybetańskiej itd. Działanie sugestywne może być pomocne w leczeniu zaburzeń na tle psychogennym.

Model medyczny opiera się głównie na metodach biologicznych; leki, zabiegi chirurgiczne, fizykoterapia. W przypadku zaburzeń psychogennych bywa również pomocny np. kiedy dzięki przyjętemu lekowi mężczyzna staje się seksualnie sprawny i pewniejszy siebie, ma wreszcie pozytywne doświadczenie w kontakcie seksualnym.

Rekomendowany przez międzynarodowe towarzystwa seksuologiczne jest **model integralny** opierający się na wyżej wymienionych celach terapii seksualnej. Praktycznie jest on realizowany w następujących wariantach:

1. Leczenie przez lekarza ze specjalizacją z seksuologii. Program szkolenia obejmuje postrzeganie seksualności w wymiarze bio – psycho – społecznym. Leczenie obejmuje wyżej wymienione cele terapii i realizowane poprzez procedury medyczne (leki, zabiegi...), psychoterapeutyczne (np. metody treningowe,

terapia partnerska...). W kilku krajach UE istnieje specjalizacja z seksuologii (np. w Polsce, Czechach, Słowacji), w innych lekarze mogą uzyskać euro certyfikat seksuologa – lekarza Europejskiego Towarzystwa Medycyny Seksualnej.

2. Leczenie przez psychologów z certyfikatem seksuologa klinicznego (np. w Polsce) lub euro certyfikatem psychoseksuologa przyznawanym przez wyżej wymienione ESSM. Uprawnienia dotyczą leczenia zaburzeń seksualnych o psychogennym charakterze.

3. Leczenie przez zespół terapeutyczny obejmujący lekarza, psychologa, rehabilitanta. Tego typu model istnieje w placówkach rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych a także w niektórych publicznych i prywatnych klinikach lub przychodniach.

Granice między kompetencjami zawodowymi zmieniają się i tak, np. w wielu krajach rehabilitanci poza fizykoterapią mogą stosować metody treningowe, relaksacyjne, wizualizacyjne, jogę i inne eliminujące stresy.

Piśmiennictwo

- 1 Lew-Starowicz Z. *Seksualność Polaków – raport*. SMG, KRC Poland. Warszawa. 2005.
- 2 Hertz D., Moliński H. *Psychosomatik der Frau*. Springer-Verlag. Berlin. 1987.
- 3 Bancroft J. *Human sexuality and its problems*. Churchill Livingstone. Edinburgh. 1983.
- 4 Bancroft J. *Seksualność człowieka*. Elsevier Urban&Partner. Wrocław. 2011.
- 5 Oettingen J. *Dysfunkcje seksualne – podejście oparte na teorii poznawczej*. Seksuologia Polska, s. 11, 2, 68-75. 2013.
- 6 Porst H. *The ESSM syllabus of sexual medicine*. Medix. London. 2012.
- 7 Kirby R., Lue T. *An atlas of erectile dysfunction*. The Parthenon Publ.Group. New York and London. 1999.
- 8 Lew-Starowicz Z. *Leczenie nerwic seksualnych*. PZWL, Warszawa. 1991.
- 9 Althof S.E. *Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction*. J.Sex.Med, s. 2, 793-800. 2005.
- 10 Leiblum S., Rosen R. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk. 2005
- 11 Kratochvil S. *Sexualni dysfunkcje*. Grada Publ. Praha. 2003.
- 12 Porst H. and Buvat J. *Standard practice In sexual medicine*. Blackwell Publ. Hong Kong. 2006.
- 13 Seftel A. *Male and female sexual dysfunction*. Mosby, Edinburgh. 2004.
- 14 Wyllie K. *Penile size and the small penis*. BJU Int, s. 99, 1449-1455. 2007.
- 15 Ghanen H. *Management of men complaining of a small penis despite an actual normal size*. J.Sex. Med, s. 10, 1111. 2012.
- 16 Pujols Y. *The association between sexual satisfaction and body image in women*. S. 7, 905-16. 2012.
- 17 Gilbert E. *Sexuality after breast cancer*. Maturitas, s. 66, 397-407. 2010.
- 18 Rossen P. *Sexuality and body image in long-term survivors of testicular cancer*. Eur. J.

- Cancer 48, 57-108. 2012.
- 19 Talmadge I. *Relational sexuality*. J.Sex Marital Therapy, s. 12, 3-21. 1986.
 - 20 Schnarch D. *Intimacy and desire*. Beaufort Books. New York. 2009.
 - 21 McCabe M. and Cobain M. *The impact of individual and relationship factors on sexual dysfunction among males and females*. J.Sex.Marital Ther, s. 13, 131-143. 1998.
 - 22 Kelly M. *Behavioral assessment of couples' communication in female orgasmic disorder*. J.Sex Marital Ther, s. 32, 81-99. 2006.
 - 23 Baranowski W., Lew-Starowicz Z., Radziszewski P. *Seks u ludzi biznesu*. ER Investment. Milanówek. 2011.
 - 24 Madejczyk J., Janowski K., Czyżkowska A. *Zaburzenia seksualne wynikające z reakcji na stres na przykładzie wybranej grupy zawodowej – funkcjonariuszy policji*. Praca w druku w Przeglądzie Seksuologicznym. 2014.
 - 25 Beisert M. *Pedofilia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk. 2013.
 - 26 Drelicharz J., Lewandowska A., Czubak A. *Wykład wygłoszony na XV Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego*. Warszawa 20-22 listopada. 2009.
 - 27 Lew-Starowicz Z. *Raport Seksualności Polaków*. RMG, KRC Poland. Warszawa. 2002.

Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska
Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

KAT W DOMU, CZYLI O MOLESTOWANIU MORALNYM W RODZINIE

Streszczenie

Molestowanie moralne jest zbliżone do mobbingu, z tą różnicą, że nie odbywa się w pracy, ale w domu, w rodzinie. U podstaw molestowania tkwi chęć (świadoma lub nie) zniszczenia drugiego człowieka, będąca dla molestującego agresora, źródłem perwersyjnej rozkoszy. Patologiczne zachowania ze strony agresora są systematyczne, mają charakter ukrytej przemocy, co odróżnia je od jawnej agresji. Marie France Hirigoyen, francuska lekarka, psychiatra, psychoterapeuta i wiktymolog, opisała zjawisko dręczenia w rodzinie. Na podstawie badań klinicznych w swojej praktyce psychiatrycznej potwierdziła fakt, iż molestujący agresorzy to często osoby, rozwijające w sobie przede wszystkim sferę intelektualną kosztem emocjonalnej. Im bardziej równowaga ta jest zachwiana, tym bardziej są oni niebezpieczni dla innych. Agresja nie ma formy otwartej i jawnej, gdyż dałoby to ofierze możliwość odpowiedzi, reakcji i obrony. Praktykuje się ją z niesłuchaną systematycznością, lecz w sposób ukryty, stosując często komunikaty niewerbalne: pełne irytacji westchnienia, wzruszenia ramionami, pogardliwe spojrzenia. Ofiarą zaś może stać się każdy. Może to być najsilniejsza psychicznie i najlepiej radząca sobie ze stresem osoba w rodzinie, lub wręcz przeciwnie, najsłabsza. Niezależnie od tego, kim jest ofiara, przez systematyczność i powtarzalność działań agresora oraz brak wsparcia i zrozumienia ze strony świadków, zacznie w końcu chorować na różne choroby somatyczne lub psychiczne, np. może przejawiać objawy depresji bądź zespołu stresu pourazowego (PTSD). Ofiara molestowania oczekuje więc i potrzebuje pomocy ze strony świadków jej dręczenia. Czasami nie rozumie ich milczenia i obojętności. Niestety, jak wynika z doświadczeń wszystkich badaczy zjawisk molestowania moralnego a także mobbingu, istnieje powszechna obojętność i brak reakcji ze strony świadków. Poważny problem polega także na tym, że brakuje badań neurobiologicznych mózgu agresora i ofiary, a bez tych badań trudno jest zrozumieć w pełni intencje, emocje, mechanizm i sposób funkcjonowania tych osób, i co za tym idzie, trudno im pomóc. Istnieje bezpośredni związek podatności organizmu na zachorowanie z przeżywanym stresem. Współczesna medycyna pokazuje, że przewlekły stres tak bardzo zmienia fizjologię, biochemię i anatomię naszego organizmu,

że staje się czynnikiem spustowym, doprowadzając do rozwoju choroby. W związku z tym, leczenie pacjenta, który dalej pozostaje pod wpływem stresu – czynnika spustowego jego choroby, nie rokuje szans na pełny sukces. Na podstawie omówionego problemu molestowania moralnego można wysnuć jednoznaczny wniosek, że jeżeli ofiara zwróci się do lekarza z jakimikolwiek następstwami przewlekłego stresu pod postacią chorób somatycznych bądź psychicznych, to diagnoza samej choroby i ordynacja lekarstw na tę chorobę nie może doprowadzić do wyleczenia. Ofiara (pacjent) wróci bowiem do swojego środowiska, w którym jest molestowana i jej stres będzie się pogłębiał, a choroba będzie się rozwijać. Należy więc edukować i uwrażliwić lekarzy na to, aby nie zajmowali się wyłącznie leczeniem zdiagnozowanego przypadku chorobowego, ale postarali się dotrzeć do pierwotnej przyczyny zaburzeń somatycznych lub psychicznych.

Co ma wspólnego molestowanie moralne z mobbingiem?

«Molestowaniem moralnym jest wszelkie zachowanie o charakterze nadużycia (gest, słowo, czyn, postawa, ...), będące, przez swą powtarzalność lub systematyczny charakter, naruszeniem godności oraz integralności psychicznej lub fizycznej jednostki.»
Marie France Hirigoyen

Molestowanie moralne jest zbliżone do mobbingu, z tą różnicą, że nie odbywa się w pracy, ale w domu, w rodzinie. U podstaw molestowania tkwi chęć (świadoma lub nie) zniszczenia drugiego człowieka, będąca dla molestującego agresora, źródłem perwersyjnej rozkoszy. Patologiczne zachowania ze strony agresora są systematyczne, mają charakter ukrytej przemocy, co odróżnia je od jawnej agresji. Trudno jest je dostrzec nie tylko ofierze, ale i osobom postronnym, a tym bardziej nazwać po imieniu. Ofiara jest im bezkarnie poddawana, poniżana, deprecjonowana, czy upokarzana, co często odbywa się przy milczącym współudziale, nie reagujących świadków. Ważny jest tutaj indywidualny charakter relacji między molestującym i molestowanym. Warto podkreślić także, że osoby molestowane moralnie to nie masochiści, odpowiedzialni za skierowaną na nich agresję, lecz ofiary przemocy psychicznej, którym odebrana została jakakolwiek możliwość samoobrony.

Dobrym przykładem molestowania moralnego jest patologiczna relacja pomiędzy matką i córką, polegająca między innymi na tym, że matka stale kontroluje córkę, sprawdza e-maile w jej komputerze, systematycznie neguje wszelkie jej decyzje, izoluje od grupy rówieśniczej, zwracając się do niej nie patrzy jej w twarz, ale omiata ją wzrokiem. Często patrzy pogardliwie, wzrusza ramionami, deprecjonuje jej osiągnięcia, krytykuje jej figurę i sposób poruszania się, nie przejmując się jej złym samopoczuciem fizycznym. Krytykuje ją w obecności pozostałych członków rodziny i przyjaciół, trzaska drzwiami przed nosem, mówi o niej, że jest osobą chorą umysłowo, odmawia komunikacji, stosuje tzw. «ciche dni», itd.

W 1998 roku Marie France Hirigoyen, francuska lekarka, psychiatra, psychoterapeuta i wiktymolog, opisała zjawisko dręczenia w rodzinie. Stwierdziła, że jest to proces rozmyślnej destrukcji jednostki przez inną jednostkę, przy użyciu systematycznej przemocy psychicznej. Procesowi temu nadała nazwę *molestowania moralnego* i stworzyła jego definicję: «Molestowaniem moralnym jest wszelkie zachowanie o charakterze nadużycia (gest, słowo, czyn, postawa, ...), będące, przez swą powtarzalność lub systematyczny charakter, naruszeniem godności oraz integralności psychicznej lub fizycznej jednostki.»[1]

Celowo nadała molestowaniu charakter «moralny», aby w ten sposób zwrócić uwagę na godność oraz integralność psychiczną każdego człowieka.

W swoim gabinecie lekarskim spotykała pacjentów, którzy zgłaszali się z powodu prześladowania psychicznego doznawanego od kogoś z bliskiego otoczenia. Wszyscy skarżący się odczuwali to samo. Było to uczucie wstydu związane z sytuacją, w jakiej się znaleźli i przypisywanie sobie winy za jej zaistnienie. Osoby takie zwykle mówią o tym bardzo niechętnie, nie rozumieją swojej sytuacji i zadają sobie pytania: «Dlaczego właśnie mnie to spotyka?», «Co ja takiego zrobiłam?», «Nie rozumiem, dlaczego mi to robi? Przecież mnie kocha!», «Pewnie to ja ciągle robię coś źle!» itd. Ważne jest to, że osoby te mają świadomość, że znalazły się w sytuacji nienormalnej, cierpią z tego powodu, a pragnienie wyzwolenia się z zawładnięcia jest głównym motywem, dla którego zgłaszają się do gabinetu psychoterapeuty.

W swoich książkach: «Molestowanie moralne. Perwersyjna przemoc w życiu codziennym» i «Molestowanie w pracy», M.F. Hirigoyen wyraźnie wskazuje naruszanie praw i deptanie godności jednostki poddanej molestowaniu. Charakteryzuje najczęściej spotykane formy agresji w związku małżeńskim, rodzinie i w miejscu pracy. Opisuje specyficzny charakter i kolejne fazy relacji perwersyjnej oraz osobowość prześladowcy (*agresora*) i ofiary [2].

Prace te są dokonaniem pionierskim. Zwracają uwagę na dojmujący brak wiedzy współczesnego społeczeństwa na ten temat, co skutkuje obojętnością wobec niezwykle szkodliwych zjawisk, a często tolerowaniem ich z obawy przed skutkami interwencji lub z braku możliwości zmiany sytuacji.

Od opublikowania tych książek mija obecnie 16 lat. W tym czasie temat molestowania moralnego nie został należycie upowszechniony, czego dowodem jest niska świadomość zagrożeń i znikome umiejętności rozpoznawania agresora. Przebieg procesu molestowania jest mało znany, stąd powszechny brak reakcji świadków, którzy uświadomieni, powinni zająć stanowisko jednoznaczne, podjąć działanie i w ten sposób uratować zdrowie, a niejednokrotnie i życie ofiary. Ofiary molestowania moralnego mogłyby same sobie bardzo pomóc, gdyby tylko wiedziały dokładnie z czym mają do czynienia, gdyby potrafiły nazwać to, co je spotyka.

Uważam, że termin *molestowanie moralne* jest niewystarczający, bo nie oddaje w pełni tragedii, jaką przeżywa ofiara. Słowo *molestowanie* pochodzi z języka łacińskiego *molestare* i oznacza: **drażnić, naprzykrzać się**. Niesie ono zbyt słaby ładunek emocjonalny. Należałoby zastąpić go terminem *dręczenie*, który w języku polskim jest wyrazistszy. Kiedy słyszy się o dręczeniu zwierzęcia, psa lub kota przez dziecko lub osobę dorosłą, od razu przyjmuje się jednoznaczne stanowisko sprzeciwu wobec takiego działania. Użycie słowa *dręczenie* w opisie zjawiska molestowania moralnego zmieniłoby całkowicie sposób jego społecznego odbioru, wykazałoby jego negatywne skutki i zmusiło do podjęcia aktywnych działań. Określenie *molestowanie* w sposób niezamierzony złagodziło drastyczność tego zjawiska. Słowo *moralne* powinno tu pozostać, bowiem negatywne oddziaływanie rujnuje przede wszystkim sferę wartości człowieka.

Co ma wspólnego molestowanie moralne z inteligencją emocjonalną?

Z badań lekarzy psychiatrów i psychologów wynika, że w większości przypadków agresor molestowania moralnego sam był w dzieciństwie molestowany, dręczony. Z czasem, po latach przewlekłego stresu, w czasie którego dochodzi do licznych zmian anatomicznych i funkcjonalnych w mózgu, może stać się jednostką antyspołeczną z zaburzeniami osobowości.

W rozwoju dziecka rodzice i opiekunowie powinni zwracać taką samą uwagę na rozwój jego inteligencji racjonalnej (IQ) jak i na inteligencję emocjonalną (EQ). Inteligencja emocjonalna odpowiedzialna jest za zrozumienie własnych emocji i panowanie nad nimi. Inteligencja emocjonalna, to także rozumienie emocji cudzych (**empatia**). Ułatwia to dobre relacje z otoczeniem. Naukowcy zwracają uwagę, że w okresie edukacji młodego człowieka w szkołach i w czasie studiów kładzie się nacisk głównie na rozwój poznawczy i sumienność w zdobywaniu wiedzy, pomijając zupełnie dbałość o rozwój inteligencji emocjonalnej. Optymistyczne jest jednak to, że w ostatnim czasie coraz częściej bada się poziom empatii u uczniów i studentów. Być może wysiłki naukowców doprowadzą do tego, że w przyszłości uda się wdrożyć programy rozwijające sferę inteligencji emocjonalnej [3, 4, 5].

Należy podkreślić, że szkoła czy też uczelnia wyższa, jako miejsce kształtowania osobowości, nie zastąpi w tym względzie rodziców. Jeżeli nie będzie się tworzyć więzi z dzieckiem i cała uwaga zostanie skupiona na rozwoju inteligencji racjonalnej, na dążeniu do wysokiego IQ i wymaganiu od dziecka osiągnięcia wspaniałych wyników w nauce za wszelką cenę, to można przyczynić się do zachwiania równowagi pomiędzy IQ i EQ. Takie postępowanie rodziców spowoduje u dziecka przewlekły stres, w którym powoli będą zanikały neurony w częściach mózgu odpowiedzialnych za emocje i rozpoznawanie dobra i zła. Może to być początkiem powstawania antyspołecznych zaburzeń osobowości. Takie dziecko nie będzie panowało nad własnymi emocjami, może stać się agresywne i stosować przemoc wobec innych dzieci, ale także wobec dorosłych i siebie samego. Wtedy mogą pojawić się widoczne objawy autoagresji polegające na samookaleczaniu się, dużej liczbie tatuaży, kolczyków, itp. Prawdopodobny w tym przypadku spadek aktywności neuronów lustrzanych spowoduje brak empatii. Osoba taka nie rozpoznając emocji innych ludzi, nie będzie ich rozumiała, nie będzie potrafiła współczuć, ani wstawić się w ich położenie, co w konsekwencji spowoduje, że nie będzie w stanie nawiązać więzi z rówieśnikami (brak przyjaciół) i dorosłymi (stałe konflikty).

Hirigoyen nie badając neurobiologii mózgu agresora, lecz na podstawie badań klinicznych w swojej praktyce psychiatrycznej potwierdziła fakt, iż molestujący agresorzy to często osoby, rozwijające w sobie przede wszystkim sferę intelektualną kosztem emocjonalnej. Im bardziej równowaga ta jest zachwiana, tym bardziej są oni niebezpieczni dla innych [6].

Decydujący wpływ na rozwój inteligencji emocjonalnej ma rodzina. Brak więzi, miłości i szacunku w rodzinie prowadzi wprost do niskiego EQ, do agresji, lęku, przemocy i cierpienia.

Najnowsze badania naukowe dowodzą czegoś więcej. Ludzie z dobrze rozwiniętą inteligencją emocjonalną nie tylko dobrze radzą sobie w relacjach z drugim człowiekiem, ale nawet, co udowodniono eksperymentalnie, oddziałują pozytywnie na emocje innych osób, uzdrawiając relacje społeczne [7].

Agresor

Dlaczego tak trudno rozpoznać agresora?

Czasem trudno jest rozpoznać molestowanie moralne w rodzinie. Pozycję agresora może zająć każdy z jej członków. Może to być ojciec, matka, dziadek, babcia, a nawet dziecko. Tymczasem nie dopuszczamy nawet myśli, że ci, którym ufamy całkowicie, którzy nas znają najlepiej, mogliby nas rozmyślnie dręczyć.

Zdarza się, że agresorem jest ktoś z rodziców w stosunku do własnego dziecka. Wtedy sytuacja w rodzinie jest najtrudniejsza. Dziecko nieświadome tego, że jest niszczone przez najbliższą mu osobę, nie rozumie, a w późniejszym wieku nawet nie chce zrozumieć całej swojej tragedii. Widząc ojca bądź matkę przez pryzmat swoich marzeń i wyobrażeń, przez całe życie będzie ich rozgrzeszało, wierząc, że przecież chcieli kochać, ale jakoś nie potrafili. Bywają sytuacje, że dręczenie ma miejsce także wtedy, kiedy dziecko molestuje rodziców, rodzeństwo siebie nawzajem itd. [3].

Ofiara zawsze będzie starała się wybaczyć, zrozumieć. Wychodzi z błędnego założenia, że to przecież niemożliwe, żeby ktoś z bliskich, kto powinien kochać, chciał ją... zniszczyć!

Choć trudno rozpoznać agresora, to po chłodnej, obiektywnej analizie da się go jednak zidentyfikować. Agresor jest bowiem osobą wyróżniającą się, charakterystyczną i rozpoznawalną przez kogoś, kto ma wiedzę na temat jego cech dysfunkcyjnych.

M.F. Hirigoyen opisuje go jako typ perwersyjno-narcystyczny. W przeciwieństwie do innych osób jednostka perwersyjno-narcystyczna realizuje się wyłącznie w drodze zaspokojenia własnych niszczycielskich popędów. Mimo wyodrębniania perwersji narcystycznej jako cechy, w DSM IV – podręczniku międzynarodowej klasyfikacji chorób psychicznych – nie wymienia się jej wśród zaburzeń osobowości. W związku z tym można domniemywać, że agresor może, lecz wcale nie musi mieć zaburzeń osobowości. Próbując jakoś poradzić sobie, M.F. Hirigoyen opisuje go z zastosowaniem następujących pojęć: narcyzm, perwersja, megalomania, wampiryzacja, nieodpowiedzialność, paranoja.

Jednakże warto zauważyć, że typ perwersyjno-narcystyczny ma cechy osobowości dyssocjalnej (antyspołecznej), a taką osobowość Światowa Organizacja Zdrowia umieściła w podziale zaburzeń osobowości według ICD-10 pod numerem F 60.2 [8].

Często można się spotkać z zamiennym stosowaniem terminów *psychopatia* i *antyspołeczne lub dyssocjalne zaburzenia osobowości*, lecz ich zakres pojęciowy ma tylko pewne wspólne obszary. Tylko 30% pacjentów zdiagnozowanych w ramach antyspołecznego zaburzenia osobowości spełnia kryteria psychopatii, lecz przeciwnie – 80% psychopatów spełnia kryteria antyspołecznego zaburzenia osobowości.

Okazuje się zatem, iż kategoria *antyspołeczne zaburzenia osobowości* jest terminem szerszym, ale jednocześnie o wiele mniej precyzyjnym [9]. Niewątpliwie agresor przejawia szereg cech jakie możemy zaobserwować u osoby z psychopatycznymi zaburzeniami osobowości, takich jak: powierzchowny urok, zawyżona, nieadekwatna samoocena, brak wyrzutów sumienia, brak empatii, itd.

Z braku badań medycznych agresorów będą poniżej odnosiła się przez analogię do prac badawczych wykonanych u osób z wymienionymi powyżej cechami.

Charakteryzując agresora można stwierdzić, że jest powierzchowny uczuciowo, brak mu empatii, traktuje innych instrumentalnie i nie odczuwa wyrzutów sumienia z powodu wykorzystywania ich i poniżania. Uważa, że postępuje słusznie, a jego ofiara może być traktowana poniżająco, gdyż to lubi, lub sama sobie na to zasłużyła. Narzuca swoją władzę po to, aby związać ze sobą, spętać drugą osobę i doprowadzić do stanu głębokiej zależności.

Agresja nie ma formy otwartej i jawnej, gdyż dałoby to ofierze możliwość odpowiedzi, reakcji i obrony. Praktykuje się ją z niesłyszana systematycznością, lecz w sposób ukryty, stosując często komunikaty niewerbalne: pełne irytacji westchnienia, wzruszenia ramionami, pogardliwe spojrzenia. Wśród innych środków używane są też: niedopowiedzenia, przemilczenia, wyprowadzające z równowagi czy niezycliwe aluzje, złośliwe, deprecjonujące uwagi.

Agresor jest narcystyczny. Buduje swoją wartość na poniżaniu ofiary, bo to on musi być podziwiany. Ma o sobie wysokie mniemanie. Wyolbrzymia swoje osiągnięcia i zdolności, dąży za wszelką cenę do sukcesów, władzy i oczekuje traktowania siebie w sposób wyjątkowy. Nie dostrzega i nie rozumie uczuć i potrzeb innych ludzi. Jest zawistny, zazdrosny, arogancki, niezdolny do uczucia żalu nawet po stracie kogoś bliskiego. Cudze cierpienie i porażki innego człowieka dostarczają mu satysfakcji, bo czuje wtedy, że ma nad kimś przewagę [10].

Najczęściej agresor to człowiek zraniony kiedyś w dzieciństwie. Wiemy już z licznych badań naukowych na temat neurobiologii mózgu, że u dziecka przewlekły stres spowodowany traumą może spowodować rozrost dendrytów i wzrost liczby kolców synaptycznych w jądrach migdałowatych. Efektem przerostu jąder migdałowatych jest zaś agresja. Jednocześnie ze wzrostem agresji nasila się lęk. Można więc powiedzieć, że im silniejsze przeżycia traumatyczne w dzieciństwie, tym większa agresja i większy lęk [11, 12, 13]. Nagromadzenie kompleksów nabytych w dzieciństwie i późniejsze silne dążenie do pokonania własnego poczucia niższości może spowodować, że takie dziecko w przyszłości zajmie pozycję agresora. Na tej pozycji znajdzie także dla siebie usprawiedliwienie dla trudności w relacjach społecznych i nieumiejętności nawiązywania bliskich więzi w rodzinie [14]. Najłatwiej przyjdzie mu odtworzyć niezdrowy system relacji, w którym było wychowane, możliwe także, że zastosuje dręczenie moralne, którego samo doznało. Kiedyś doznawało cierpienia, a później zadaje je innej osobie i w ten sposób dokonuje tzw. przeniesienia cierpienia, co sprawia mu satysfakcję i pozwala się dowartościować [15].

Agresor lekceważy normy, jest zawsze skłonny do ataku i przemocy. Czasem ta przemoc i atak realizowane są w «białych rękawiczkach». Oznacza to, że na zewnątrz są niewidoczne. Postronni mogą zobaczyć wspaniałego człowieka, dbającego

o rodzinę. On jednak obiera sobie ofiarę i ukrywając swoje działanie robi wszystko, aby ją podporządkować, zawłaszczyć i w końcu unicestwić.

Przypomina mi się przypadek mojej pacjentki. Będąc molestowana moralnie, dręczona przez męża uznała w końcu, że jedynym ratunkiem w jej sytuacji jest decyzja o rozwodzie. Cała rodzina, wraz z jej własnymi dziećmi była temu przeciwna i nie rozumiała, co się w domu dzieje. Pacjentka zaś przytaczała mi fakty, o których rodzina nie miała pojęcia. Jednym z nich było zdarzenie na przyjęciu imiennym, charakteryzujące typowe zachowania męża. W obecności rodziny i przyjaciół, podchodził on wielokrotnie do swojej żony całując ją w policzek. Nikt jednak nie słyszał tego, że w trakcie pocałunku szeptem mówił jej do ucha: «Nienawidzę cię! Nienawidzę cię! Zniszczę cię!». Podobne komunikaty wysyłał do swojej ofiary w ciągu każdego dnia, przy każdej nadarzającej się okazji w taki sposób, aby nikt inny nie był tego świadkiem. Agresor szczególnie dbał o to, aby dręczenie w różnych formach odbywało się w sposób całkowicie utajony. To tylko jeden z wielu przykładów, jakie można przywoływać.

Skryty, często niewerbalny charakter agresji w molestowaniu moralnym powoduje, że ofiary mają trudności w uświadomianiu sobie jej niszczącego działania, zaś otoczenie zazwyczaj niczego nie zauważa, nie rozumie i nie reaguje. Nawet w przypadkach zauważenia niepokojących symptomów, bywają one przez otoczenie bagatelizowane i lekceważone. Wynika to z braku wiedzy o rozmiarach zagrożenia.

Badania neurobiologiczne mózgu agresora

Istnieją prace naukowe na temat molestowania moralnego, lecz są to głównie prace psychologiczne i socjologiczne. Poważny problem polega zaś na tym, że brakuje badań neurobiologicznych mózgu osób molestujących moralnie, dręczących, nazywanych prześladowcami, bądź agresorami. Nawet staranne przeszukiwanie baz medycznych nie przynosi satysfakcjonującego rezultatu, gdyż nie ma tam prac na temat neurobiologii mózgu agresora. Przeprowadzono badania u osób z różnymi zaburzeniami osobowości, lecz nie badano agresorów molestujących moralnie. Wydaje się, że badanie psychiatryczne i neuroobrazowanie mózgu we wszystkich przypadkach molestowania moralnego byłoby bardzo użyteczne. Dlaczego neurobiolodzy, psychiatry, neurologi, neurofarmakolodzy i inni zajmujący się układem nerwowym nie podejmują badań na temat struktury poszczególnych części mózgu agresorów? Trudno odpowiedzieć na to pytanie. Być może trudno jest pozyskać odpowiednią grupę badawczą? Może agresorzy nie wyrażają zgody na badania kliniczne w tym kierunku? Może istnieją jeszcze inne przyczyny? W związku z tym, na obecnym etapie pozostaje jedynie odnosić się do badań osób, które charakteryzują się takimi cechami jak agresor w molestowaniu moralnym i przez analogię wyciągać wnioski, wspomagając się wynikami tych badań.

Ten sam problem braku badań neurobiologicznych, dotyczy również ofiar molestowania moralnego. Co prawda skutki dręczenia u ofiar są widoczne w postaci chociażby depresji i zespołu stresu pourazowego (PTSD), czyli chorób opisanych bardzo szczegółowo u innych osób, niemniej ofiary molestowania moralnego nie są niestety badane pod kątem neurobiologicznym.

Bez badań neurobiologicznych mózgu agresora i ofiary trudno jest zrozumieć w pełni intencje, emocje, mechanizm i sposób funkcjonowania tych osób, a co za tym idzie, trudno im pomóc. Stosowane dotąd metody (psychoterapia, farmakoterapia) nie dają gwarancji pomocy, bo opierają się wyłącznie na obserwacji objawów i zachowań. Być może neurobiologiczne poznanie mózgu agresora i ofiary, weryfikując i poszerzając dotychczasową wiedzę usprawniłoby znacznie metody terapeutyczne praktykowane dotąd.

Jako, że agresorzy przejawiają zaburzenia osobowości polegające między innymi na perwersji, narcyzmie i braku empatii, można przypuszczać, że ich mózgi różnią się od mózgów innych ludzi. Ponieważ dorośli agresorzy, to często osoby dręczone w dzieciństwie, przeżywające silne, przewlekłe sytuacje stresowe wskutek traumatycznych przeżyć, możemy domniemywać, że zachodzą u nich zmiany w rozwoju mózgu. Odmienności dotyczą wydzielania neuroprzekaźników, wielkości struktur anatomicznych, pobudzenia neuronów, itd. Niewątpliwie znaczącą rolę przy takich przejściach w dzieciństwie odgrywają hormony stresu (glikokortykosteroidy), układ adrenergiczny w mózgu, wazopresyna, oksytocyna i inne neuroprzekaźniki, które powodują atrofię neuronów i zaburzenia w mielinizacji neuronów. W konsekwencji ciało modzelowate (łącznie obie półkule mózgowe) zmniejsza się o połowę, a wraz z nim zmienia się struktura hipokampa, ciała migdałowatego, kory przedczołowej oraz zmniejsza się aktywność mózdzku. Zmiany te zwiększają ryzyko rozwoju różnych zaburzeń, w tym narastanie objawów nadpobudliwości i zaburzeń osobowości [16].

Agresor niewątpliwie wykazuje zachowania antyspołeczne. Badania wykonane rezonansem magnetycznym dowodzą, że u takich osób stwierdzono uszkodzenia w korze przedczołowej, hipokampie, jądrze migdałowatym, zakręcie skroniowym górnym, ciele modzelowatym i w przedniej części zakrętu obręczy [17, 18]. Z kolei najnowsze badania dowodzą, że zmiany anatomiczne w tych właśnie regionach mózgu potęgują negatywne emocje. Właśnie tym możemy tłumaczyć eskalację agresji i przemocy z upływem czasu [19].

Agresor nie ma wyrzutów sumienia i nie czuje się winny zarzucanych mu czynów. Przy użyciu funkcjonalnego rezonansu magnetycznego badano u ludzi neurobiologiczne podstawy wstydu i winy. Dla obu tych emocji odnotowano aktywację neuronów w płacie skroniowym a także specyficzną aktywację dla poczucia winy w ciele migdałowatym. Podczas wyobrażania sobie wstydu, aktywowane były neurony w płatach czołowych i skroniowych (między innymi w obszarach środkowych przedniej części obręczy) niezależnie od płci. W stanie winy zaś, u kobiet aktywowane były wyłącznie płaty skroniowe, natomiast u mężczyzn dochodziło do dodatkowych pobudeń w płacie potylicznym i ciele migdałowatym. Wyniki sugerują, że wstyd i poczucie winy aktywują specyficzne obszary mózgu i pełnią istotną rolę w tworzeniu uczuć moralnych [20]. Należy spodziewać się, że te właśnie struktury będą zaburzone u agresora. Dokładne poznanie ich funkcjonowania u takiej jednostki może doprowadzić do wniosków usprawniających terapię lub zmieniających jej kierunek, a przede wszystkim do podniesienia jej efektywności.

Agresora charakteryzują także zaburzenia empatii, co oznacza nieprawidłowe rozumienie cudzych intencji oraz zaburzone przyjmowanie cudzej perspektywy. Za empatię odpowiedzialne są neurony lustrzane w mózgu, które sterują powtarzaniem obserwowanych u innych zachowań. Ich odkrycie wyjaśniło agresję w tłumie, zbiorowe uniesienia, społeczne ziewanie, itd. [21]. Osłabiona empatia jest zaś jedną z podstawowych cech diagnostycznych psychopatycznego zaburzenia osobowości. Najnowsze osiągnięcia w dziedzinie neurologii społecznej, przy użyciu przeczaszkowej stymulacji magnetycznej (TMS) dowiodły związku między empatią a systemem neuronów lustrzanych. W badaniach przy użyciu TMS notowano potencjały wywołane (MEP) i zapisywano je, określając w ten sposób siłę pobudzenia kory ruchowej. Poszczególne psychopatyczne cechy osobowości badanych osób oceniano za pomocą badań kwestionariuszowych – Psychopathic Personality Inventory (PPI-Revised), których wyniki porównywano z MEP. Okazało się, że im większe natężenie cech psychopatycznych, tym niższa amplituda potencjałów wywołanych, skutkująca zaburzeniem funkcji neuronów lustrzanych w ośrodkowym układzie nerwowym [22]. Należy zatem wnioskować, że agresor ma mniejszą aktywność neuronów lustrzanych, co warte byłoby jednak doświadczonego sprawdzenia.

W opisach funkcjonowania osób z psychopatycznymi zaburzeniami osobowości (a takimi zaburzeniami może charakteryzować się część agresorów) przyjmuje się, że wykazują one znaczne deficyty w adekwatnym reagowaniu na emocje innych ludzi.

Ciekawe badania wykonali Sommer i wsp. W specjalnie przygotowanym badaniu obserwowali reakcje osób z psychopatycznymi zaburzeniami osobowości i reakcje grupy kontrolnej bez takich zaburzeń. Badanym pokazywano dwukrotnie te same filmy zawierające drastyczne, wstrząsające sceny. Przy pierwszym pokazie autorzy badań nie dodawali żadnego komentarza. Okazało się, że u osób z grupy kontrolnej podczas seansu natychmiast aktywowały się neurony lustrzane zakrętu czołowego górnego, natomiast u osób z zaburzeniami osobowości badanie przy pomocy funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI) nie wykazało żadnej aktywności neuronalnej. Przed powtórnią emisją poproszono badanych o zwrócenie uwagi na stan emocjonalny bohatera filmu i jednoznaczne określenie tego stanu. Rezultaty były zaskakujące. Grupa kontrolna reagowała tak samo jak za pierwszym razem. Natomiast u osób z psychopatycznymi zaburzeniami osobowości nastąpił teraz wzrost aktywności neuronów w obszarach związanych z monitorowaniem uwagi, takich jak: zakręt czołowy górny i środkowy oraz w obszarach skroniowo–ciemieniowych.

W ten sposób badacze wykazali, że w sytuacji zwrócenia uwagi na ocenę emocji drugiego człowieka i żądania precyzyjnego nazwania jego emocji, osoby zaburzone zachowują się w sposób nieoczekiwanie pozytywny. Realizują to żądanie uzupełniając niedostatki swych układów neuronowych innymi układami, które wtedy aktywują obszary pozostające dotąd obojętne. Używają odmiennych neuronowych strategii przetwarzania, które są związane z bardziej racjonalnymi procesami zorientowanymi na wyniki. Być może z tej właściwości korzysta terapia poznawczo–behawioralna, co pokazuje, jak ważne są neurobiologiczne badania mózgu [23].

Mózg osoby z psychopatycznymi zaburzeniami osobowości, występującymi czasami u agresora, różni się od mózgu osoby bez takich zaburzeń nie tylko zmianami w istocie szarej, ale także w istocie białej, szczególnie w tzw. pęczku haczykowatym. Pęczek haczykowaty łączy ciało migdałowe z korą przedczołową, czyli struktury odpowiedzialne między innymi za emocje.

Craig i wsp. wykonali badania przy pomocy rezonansu magnetycznego z obrazowaniem tensora dyfuzji (DT-MRI), czyli techniki umożliwiającej monitorowanie zmian w połączeniach istoty białej, u osób z psychopatycznymi zaburzeniami osobowości. Osoby te osiągnęły wynik ponad 25 punktów w skali psychopatii Hare'a PCL-R. Analogiczne badanie przeprowadzono w grupie kontrolnej zdrowych osób, dopasowanej pod kątem wieku oraz IQ. Okazało się, że nie tylko mikrostruktura pęczka haczykowatego u osób zaburzonych znacząco różniła się od grupy kontrolnej, ale zmiany korelowały z wynikiem diagnostycznym psychopatii. Były wprost proporcjonalne do wyniku uzyskanego w skali psychopatii Hare'a PCL-R.

Dotąd nie wiadomo skąd biorą się ubytki w budowie pęczka haczykowatego. Czy ludzie się z nimi rodzą? Czy powstają w dzieciństwie? A może są konsekwencją jeszcze czegoś innego? Ważne jest wszakże to, iż istnieje związek pomiędzy strukturą pęczka haczykowatego a nasileniem objawów psychopatycznych. Rozwój badań neurobiologicznych i związanego z tym diagnozowania być może pozwoli w przyszłości na wcześniejsze i skuteczniejsze udzielanie pomocy terapeutycznej osobom, które bez takiej terapii mogą w końcu dopuszczać się poważnych przestępstw [24].

Komunikacja perwersyjna między agresorem i ofiarą

Początkowo agresor uwodzi swoją ofiarę. Zamierza ją zawłaszczyć, narzucić jej swój sposób myślenia i działania. W tym czasie jest uroczy, stosuje różne formy gratyfikacji i ofiara uważa, że jest z nim z własnej woli, co więcej cieszy się, że ma szczęście być z kimś wyjątkowym. Powoli rezygnuje ze swojego zdania. Przestaje wiedzieć co jest normalne, a co nie, traci instynkt samozachowawczy i przestaje się orientować, co jest dla niej dobre. Wtedy agresor zaczyna atakować stosując taktykę, którą Hirigoyen nazywa komunikacją perwersyjną. **Polega ona na odmowie komunikacji wprost, kłamstwie, szyderstwie, drwinie, jak też systematycznym dyskwalifikowaniu i deprecjonowaniu drugiej osoby.** W końcu, gdy ofiara stawia opór, przemoc staje się bardziej jawna, przybiera formę szyderstw, szantażu, zawalowanych gróźb lub zastraszania. Ta perwersyjna gra kończy się nierzadko ciężką chorobą, zabójstwem agresora lub popchnięciem ofiary do samobójstwa.

Ofiara

Z badań wynika, że nie istnieje żaden szczególny profil psychologiczny ofiary [2, 25]. **Ofiarą może stać się każdy!!!**

Może to być najsilniejsza psychicznie i najlepiej radząca sobie ze stresem osoba w rodzinie, lub wręcz przeciwnie, najsłabsza.

«Jeśli ktoś był już kiedyś przedmiotem ataków osobnika perwersyjnego, rozpoznaje od razu ów zimny ton, który wprawia w stan napięcia i wywołuje lęk. Słowa się

tutaj nie liczą, ważna jest zawarta w nich groźba.» Dzieci – ofiary rodziców moralnie perwersyjnych – bardzo trafnie opisują zmianę tonu, która poprzedza agresję: «Czasami przy kolacji, gdy zwracał się do moich siostr, głos jego stawał się bezbarwny i suchy. Wiedziałem od razu, że usłyszę jakieś raniące słowo» [1].

Skutki chorobowe molestowania moralnego u ofiary

Niezależnie od tego, kim jest ofiara, przez systematyczność i powtarzalność działań agresora oraz brak wsparcia i zrozumienia ze strony świadków, zacznie w końcu chorować.

Początkowo dochodzi do obniżenia samooceny, wstydu i poczucia winy. Potem pojawia się niepokój, lęk i w końcu ofiara jest już na tyle zdestabilizowana, że zaczyna przejawiać objawy depresji bądź zespołu stresu pourazowego (PTSD). Przemoc w rodzinie, w tym także molestowanie moralne jest jednym z czynników ryzyka zachowań samobójczych i uzależnienia od alkoholu lub narkotyków.

W retrospektywnych badaniach pacjentów z chorobami psychicznymi (schizofrenia, choroby afektywne), wykazuje się zdecydowanie częstsze występowanie traumatycznych wydarzeń w rodzinie w porównaniu z osobami zdrowymi [26].

Konsekwencje psychiatryczne traumatycznych doświadczeń w wyniku przemocy w rodzinie mogą być takie same jak w wyniku każdego innego znaczącego stresu [26]. Wiedza o czynnikach ryzyka i następstwach molestowania moralnego w rodzinie może być więc pomocna także w identyfikowaniu ofiar traumatycznych doświadczeń wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Ofiary molestowania moralnego przeżywają silny, przewlekły stres, który z czasem będzie objawiał się w postaci różnych chorób, tzw. chorób psychosomatycznych. Mogą one dotyczyć każdego z układów, np. układu pokarmowego (np. bóle brzucha, choroba wrzodowa żołądka, stany zapalne jelit), układu sercowo – naczyniowego (np. nadciśnienie, choroba wieńcowa), układu moczowo – pęcherzowego (moczzenie nocne u dzieci, zaburzenia oddawania moczu u dorosłych, zaburzenia miesiączkowania, impotencja), układu oddechowego (częste infekcje górnych dróg oddechowych, astma), hormonalnego (nadczytność tarczycy, wypadanie włosów, zaburzenia odżywiania), itd.

Nie należy więc lekceważyć żadnych objawów somatycznych i zawsze, przeprowadzając wywiad z pacjentem, próbować dotrzeć do pierwotnej przyczyny złego samopoczucia. Czasem wystarczy proste pytanie o więzi w rodzinie, czasem niestety ofiary są bardziej zamknięte i potrzeba więcej czasu na anamnezę. Pamiętać jednak należy, że czas ten nie jest czasem straconym. Lepiej go poświęcić przy pierwszej wizycie, niż leczyć miesiącami, na oślep, jedynie objawy.

Ofiary molestowania moralnego często jeszcze przez wiele lat po separacji z agresorem cierpią na dolegliwości związane z przeżyta traumą.

Depresja

Przewlekłe stresujące wydarzenia życiowe, jakimi niewątpliwie są przeżycia ofiary molestowania, są czynnikami ryzyka rozwoju depresji. Na świecie ukazało się już

wiele prac dokumentujących udział *hormonów* (np. glikokortkosteroidów, kortykoliberyny, hormonu adrenokortkotropowego), *neuroprzekazników* (np. serotoniny, noradrenaliny, dopaminy), *czynników wzrostu* (nerve growth factor – NGF, brain derived neurotrophic factor – BDNF), *cytokin prozapalnych* (TNF, interleukina–1, interleukina–6) wydzielanych w czasie stresu i wpływających na powstanie depresji [27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34].

W artykule opublikowanym w bieżącym roku, Mahar I. i wsp. donoszą, że przewlekły stres w znaczący sposób przyczynia się do hamowania neuroprzekaznictwa serotoniny (5-HT) oraz zmniejszenia wrażliwości receptorów dla serotoniny (5-HT 1A) występujących w neuronach presynaptycznych, jak i w jądrach szwu. Jednocześnie, dochodzi także do hamowania neurogenezy w hipokampie [35].

Zaburzenia w wydzielaniu serotoniny powodują u ofiary obniżenie nastroju, smutek, czasem anhedonię i inne jeszcze objawy depresji. Nowo powstałe neurony, poprzez hipokamp, biorą bowiem udział w regulacji odpowiedzi na lęk i stres. Dowiedziono także, że mogą zapobiegać powstawaniu depresji [36]. Hamowanie neurogenezy, czyli powstawania nowych neuronów w mózgu pogłębia natomiast depresję i utrudnia leczenie.

Podobne badania wykonali w 2013 roku Bambico F.R. i wsp., podkreślając szczególną rolę neurogenezy i synaptogenezy w depresji. Autorzy uważają, że oddziaływania terapeutyczne na te wzajemnie oddziałujące procesy poprawia skuteczność odzyskiwania większej sieci neuronowej, a przez to zmniejszenie objawów depresji [37].

Han F. i wsp. również wykonali w 2013 roku bardzo ciekawe badania. Zajęli się wskaźnikami apoptozy indukowanej stresem, związane z siateczką śródplazmatyczną hipokampa. Posługując się transmisyjnym mikroskopem elektronowym, przeznaczonym do obrazowania budowy mikro- i nanostruktur oraz analizy chemicznej materiałów i nanomateriałów, badali między innymi białko szoku cieplnego GRP 78 (ang. glucose-regulated protein 78), oraz kaspazę–12. Okazało się, że w czasie długotrwałego stresu, dochodzi do uszkodzenia siateczki śródplazmatycznej i do uruchomienia GRP 78 oraz kaspazy 12, które to substancje kierują komórki na drogę apoptozy, czyli przyczyniają się do przyspieszenia programowanej śmierci komórki. Badacze wykazali, że między innymi poprzez taki mechanizm dochodzi do zaniku neuronów w hipokampie w czasie stresu [38].

W hipokampach mózgow osób, które na skutek przewlekłego stresu popełniły samobójstwo Banerjee i wsp. stwierdzili zmniejszenie ekspresji białek BDNF (*brain-derived neurotrophic factor – neurotropowy czynnik pochodzenia mózgowego*) i NGF (*nerve growth factor – czynnik wzrostu nerwów*) oraz ich receptorów (TrkA i TrkB) jak również mRNA kodującego te białka [39]. Ponieważ białka te odpowiedzialne są za neurogenezę, można domniemywać, że przewlekły stres, a taki niewątpliwie przeżywiają ofiary molestowania moralnego, ma hamujący wpływ na powstawanie nowych neuronów, które mogłyby zapobiec depresji, a co za tym idzie, samobójstwu [36].

Z ostatnich badań dowiadujemy się także o ważnej roli jądra półleżącego (jednego z jąder podstawnych mózgu) w patofizjologii depresji. Jądro półleżące jest

częścią układu nagrody człowieka, głównego systemu motywującego zachowanie. Zahamowanie jego aktywności przez przewlekły stres wywołuje utratę zdolności odczuwania przyjemności (*anhedonia*), która jest podstawowym objawem depresji [40]. W badaniach sekcyjnych osób, u których za życia rozpoznawano depresję, stwierdzono zmniejszenie o ok. 30% objętości lewego jądra półleżącego w porównaniu z osobami bez takich zaburzeń [41].

Z kolei badania neuroobrazowe mózgu przy użyciu rezonansu magnetycznego (MRI) u pacjentów cierpiących na depresję ukazało nieprawidłowości istoty białej mózgu. Pacjenci ci mieli zaznaczoną w badaniu zwiększoną objętość istoty białej w lewej grzbietowo–bocznej korze przedczołowej oraz w lewej części skorupy. Natomiast zaobserwowano u nich zmniejszoną objętość istoty białej w lewym tylnym płacie mózdzku i lewym dolnym płacie ciemieniowym. Niniejsze badanie wykazało, że u pacjentów z depresją istnieją zmiany w objętości istoty białej, które mogą mieć wpływ na zakłócenia w pracy neuronów zaangażowanych w regulację funkcji emocjonalnych i poznawczych, a tym samym odgrywać istotną rolę w patofizjologii depresji [42].

Zespół stresu pourazowego (PTSD – Post – Traumatic Stress Disorder)

Zdaniem wielu badaczy objawy jakie przeżywają ofiary molestowania moralnego są zbieżne z objawami klinicznymi ofiar kataklizmów, gwałtów oraz ataków z bronią w rękę [43, 44, 45]. Poważny uraz dotyka 1/3 ludzi, którzy przeżyli takie zdarzenia, a 10–20% z nich cierpi później na PTSD [46]. Ich stany emocjonalne tak silnie wpływają na wdrukowanie (imprinting) wspomnień o ekstremalnym przeżyciu, że mogą one zostać na zawsze w pamięci [47].

Za każdym razem, kiedy ożywają pojawia się stan ostrego lęku połączony z różnymi objawami fizycznymi (tachykardia, drżenie, pocenie się, uczucie kuli w gardle, itd.), ofiara cierpi z powodu stale nawracających myśli i obrazów poniżeń, szykan, które za każdym razem powodują przeżywanie sytuacji traumatycznych od nowa. Objawami tych stanów są także powtarzające się przeżywanie urazów w snach oraz bezsenność. Wyczerpana ofiara popada w końcu w stan lękowo–depresyjny, spowodowany permanentną sytuacją usprawiedliwiania się oraz ciągłym poczuciem winy – konsekwencją systematycznych wspomnień [45]. Pojawiają się trudności związane z logicznym myśleniem, obniżenie pamięci i zdolności koncentracji. Nasilają się zmiany o charakterze somatycznym: gwałtowny spadek lub wzrost wagi, choroby układu pokarmowego, dolegliwości naczyniowo–sercowe, choroby ginekologiczne w przypadku kobiet, a niekiedy nawet poważniejsze schorzenia, takie jak nowotwory. Może także dojść do ostrego stanu depresyjnego czy paranoi.

Najnowsze prace prezentują interesujące wyniki badań osób z rozpoznaniem PTSD, u których wcześniej nie rozpoznano chorób psychicznych. Poddawano ich dwukrotnemu badaniu w odstępie 3 miesięcy przy użyciu rezonansu magnetycznego i mierzono objętość substancji szarej w obszarach mózgu zaangażowanych w zmiany typowe dla PTSD. Morfometria substancji szarej wykazała, że stresujące zdarzenia życiowe już w ciągu 3 miesięcy powodowały, dające się zaobserwować,

zmniejszenie objętości substancji szarej w przedniej części obręczy, hipokampie i zakręcie zębatym [48]. Dowodzi to siły wpływów traumatycznych i szybkości niszczenia przez nie tkanki nerwowej.

Przy pomocy traktografii istoty białej (nieinwazyjnej techniki obrazowania metodą rezonansu magnetycznego, umożliwiającej uwidocznienie kierunku i ciągłości przebiegu włókien nerwowych in vivo), badacze ustalili, że zaburzenia integralności istoty białej w zakręcie obręczy są ważnym markerem neuroobrazowania PTSD, który odróżnia tę jednostkę chorobową od innych zaburzeń lękowych, takich jak np. zaburzenia lękowe uogólnione (Generalized Anxiety Disorder; GAD) [49].

U niektórych ofiar molestowania moralnego, w wyniku stałej deprecjacji ich osobowości przez prześladowcę, niemożności zmiany swojego położenia i konieczności ukrywania trudnej sytuacji osobistej, może pojawić się fobia społeczna. Lęk występuje wyłącznie lub niemal wyłącznie w sytuacjach ekspozycji społecznej albo też towarzyszy wyobrażaniu sobie takich sytuacji. Konsekwencjami fobii społecznej mogą być: istotny stopień upośledzenia społecznego funkcjonowania chorego i znaczne upośledzenie jego jakości życia, a także duże ograniczenia w rozwoju kariery życiowej. Dzieci z lękiem społecznym mają niską samoocenę, częściej oceniają różne wydarzenia jako stresujące, więcej wydarzeń uważają za stresogenne, gorzej radzą sobie w sytuacji stresu i mają ubogie kontakty z rówieśnikami [26].

Problemy z leczeniem ofiar molestowania moralnego

Leczenie ofiar molestowania moralnego to bardzo poważny problem. Główną uwagę poświęca się bowiem chorobom tych osób wynikającym z długotrwałego molestowania.

Choroby somatyczne i psychiczne skupiają na sobie uwagę lekarza, który stara się je najlepiej zdiagnozować i zastosować skuteczną terapię. Umyka jego uwadze geneza choroby, którą bardzo często trudno jest wykryć. W związku z tym chorzy otrzymują leki leczące ich choroby, lecz nie usuwa się przyczyn zachorowania. Pozornie problem wydaje się być załatwiony, lecz osoba chora – ofiara stale przebywa pod niszczącym wpływem agresora i dlatego leczenie nie przynosi rezultatu. W takim przypadku nawet najlepsze leki i najlepsza terapia nie dają gwarancji poprawy zdrowia.

Inaczej jest w przypadku przemocy fizycznej bądź seksualnej. Skutki takiego działania są widoczne i przemocy tej nie da się ukryć. Ofiara może łatwiej uzyskać pomoc zgłaszając się do lekarza i prosząc o obdukcję, a dysponując takimi dowodami udaje się jej na drodze prawnej uwolnić od swego prześladowcy na stałe lub przynajmniej na pewien czas.

Ofiara molestowania moralnego wraca do życia w rodzinie wspólnie z agresorem. Sama ma niewielkie szanse na uwolnienie się od jego permanentnego, negatywnego wpływu nawet intensywne jej leczenie nie przynosi trwałej poprawy zdrowia.

Ta sytuacja wykazuje dobitnie konieczność działania systemowego – edukowania i uwrażliwienia lekarzy, już na etapie studiów medycznych, na możliwe i często

spotykane w ich późniejszej praktyce przypadki chorób, których podłożem jest molestowanie moralne.

Warto podkreślić, że we współczesnym świecie medycznym, nasyconym coraz nowocześniejszą techniką diagnostyczną i kierującym się niezawodnymi, zdawałoby się procedurami, rola wywiadu lekarskiego w żadnym razie nie może być pomniejszana, a wręcz przeciwnie jego znaczenie powinno wzrastać. Nie chodzi tu zawsze o długotrwałą anamnezę, lecz o nową jakość wywiadu, nowoczesną i wnikliwą obserwację treści i form komunikatów przekazywanych przez chorego. Często wystarczy zwrócić uwagę na słowa wypowiedziane przez pacjenta i emocje jakie im towarzyszą, by szybko dotrzeć do prawdziwych przyczyn choroby.

Rola świadków

Ofierze trudno jest wydostać się z «zakłętą kręgu» zależności od agresora. Bariery, które są dla niej często nie do pokonania, to między innymi:

- lęk, czasem o własne zdrowie i życie
- brak wiary w to, że coś się zmieni
- wstyd za to, co dzieje się w jej domu

Osoba molestowana oczekuje i potrzebuje pomocy ze strony świadków jej dręczenia. Czasami nie rozumie ich milczenia i obojętności. Niestety, jak wynika z doświadczeń wszystkich badaczy zjawisk molestowania moralnego a także mobbingu, istnieje cecha wspólna sytuacji socjalnej ofiary. Jest nią powszechna obojętność i brak reakcji ze strony świadków [50, 51].

Początkowo świadkowie nie rozumieją co się dzieje na ich oczach. Z czasem, kiedy zaczynają rozumieć, widzą agresora w innym świetle. Wtedy sami zaczynają mieć do niego pretensje, bo czują się oszukani, wyszydzeni, a niekiedy nawet upokorzeni. Zauważają, że ofiara jest już zdestabilizowana i choruje. Usprawiedliwiają się, że jest już za późno na reakcję. Miewają wówczas wyrzuty sumienia, że nie zareagowali wcześniej, lecz czują przemożny lęk przed agresorem, widząc do czego jest zdolny. Przyzwalają więc milcząco na jego działanie, a czasem z obawy o siebie uczestniczą czynnie razem z agresorem w procesie niszczenia ofiary. Taka reakcja świadków dodatkowo pogłębia izolację oraz zwiększa poczucie winy ofiary i utrudnia jej jakąkolwiek próbę obrony [52].

Mimo obawy świadków o siebie, Marie France Hirigoyen wielokrotnie, we wszystkich artykułach podkreśla, że proces molestowania można skutecznie przerwać, jeśli przynajmniej jedna osoba zareaguje w sposób właściwy. Dla świadków, którzy chcą pomóc ofiarom przemocy uruchamia się coraz więcej możliwości działania.

Profesjonalnego wsparcia i pomocy w rozwiązywaniu problemów ofiar udzielają:

→ **Centrum Praw Kobiet:** (22) 621 35 37

→ **Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie «Niebieska Linia»:**
(22) 668 70 00, 801 120 002

→ **Poradnia Telefoniczna «Niebieskiej Linii»:** (22) 668 70 00

→ <http://www.niebieskalinia.pl>

→ **Pomoc ofiarom przemocy:** (22) 666 00 60

→ **Policyjny telefon zaufania:** 800 120 226

Zaczynają aktywnie działać także nowe fundacje i organizacje społeczne powoływane przez ludzi rozumiejących wagę tych problemów.

Podsumowanie

W medycynie XXI wieku powstaje szansa zmiany koncepcji zdrowia, uwzględniająca nie tylko biomedyczne jego aspekty, lecz także cały środowiskowy, psychologiczny, kulturowy i ekonomiczny kontekst, w jakim funkcjonuje człowiek w otaczającym świecie.

Mimo to jednak zdarzają się jeszcze lekarze, którzy leczą jedynie chorobę, nie dociekając jej przyczyn. To kartezjański pogląd, podstawa dawnej medycyny, że «organizm człowieka to skomplikowana, precyzyjna maszyna biologiczna, a choroba – to konieczność naprawienia uszkodzonej części». Z tego poglądu wyrastało przekonanie XX wiekowej medycyny, że przyczyną choroby jest np. wirus, bakteria, nadmiar wydzielanego kwasu solnego, itp. To prawda, lecz pora sięgnąć głębiej, zadając sobie proste pytanie: dlaczego z dwóch osobników poddanych działaniu tej samej bakterii jeden choruje a drugi nie?

Istnieje bezpośredni związek podatności organizmu na zachorowanie z przeżywanym stresem. Współczesna medycyna pokazuje, że przewlekły stres tak bardzo zmienia fizjologię, biochemię i anatomię naszego organizmu, że staje się czynnikiem spustowym, doprowadzając do rozwoju choroby. W związku z tym, leczenie pacjenta, który dalej pozostaje pod wpływem stresu – czynnika spustowego jego choroby, nie rokuje szans na pełny sukces.

Na podstawie omówionego problemu molestowania moralnego można wysnuć jednoznaczny wniosek, że jeżeli ofiara zwróci się do lekarza z jakimkolwiek następstwami przewlekłego stresu pod postacią chorób somatycznych bądź psychicznych, to diagnoza samej choroby i ordynacja lekarstw na tę chorobę nie może doprowadzić do wyleczenia. Ofiara (pacjent) wróci bowiem do swojego środowiska, w którym jest molestowana i jej stres będzie się pogłębiał, a choroba będzie się rozwijać.

Należy więc edukować i uwrażliwić lekarzy na to, aby nie zajmowali się wyłącznie leczeniem zdiagnozowanego przypadku chorobowego, ale postarali się dotrzeć do pierwotnej przyczyny zaburzeń somatycznych lub psychicznych. Czasami w trakcie anamnezy pacjent chce wprost opowiedzieć o swoim problemie. Wtedy właśnie należy być czujnym i nie pominąć tego wątku. Korzyść z takiego postępowania będzie obopólna. Pacjent uświadomi sobie przyczynę swojego cierpienia i zrobi wszystko, aby «poradzić sobie z agresorem», a lekarz osiągnie zawodowy sukces, bo skutecznie pomoże choremu. Rola świadków molestowania moralnego jak i lekarzy, do których zwracają się ofiary, jest więc nie do przecenienia.

Należy także podkreślić, że obecnie medycyna wyposażona jest w wiele nowoczesnych metod diagnostyki i może w sposób nowatorski podchodzić do terapii różnych chorób. Coraz doskonalsze, nowoczesne technologie umożliwiają badania mózgu, których potrzeba staje się coraz bardziej pilna.

Poznanie mechanizmów powstawania zaburzeń i funkcjonowania mózgu agresorów i ofiar molestowania mogłoby dużo zmienić. Przy zidentyfikowaniu sytuacji molestowania moralnego byłoby możliwe wdrożenie programów profilaktycznych już w okresie dzieciństwa i monitorowanie rozwoju mózgu, a także skuteczniejsze dobieranie terapii łącznej medycznej i psychologicznej.

Poznając coraz lepiej mechanizm rozwoju zaburzeń w mózgu, będzie można także doskonalić podejście terapeutyczne i skuteczniej pomagać na wszystkich trzech poziomach: fizycznym, psychicznym i duchowym. Tak ukierunkowane badania neurobiologiczne mogą przynieść medycynie korzyści trudne nawet do przewidzenia.

Piśmiennictwo

- Hirigoyen, M.F. *Malaise dans le travail. Harcelement moral. Démeler le vrai du faux*. Syros, Paris, 2001, p.13.
- Hirigoyen M.F. *Le harcelement moral. La violence perverse au quotidien*. Paris, Syros, 1998.; trad. pol. *Molestowanie moralne. Perwersyjna przemoc w życiu codziennym*, Poznań, W Drodze, 2002.
- Imran N, Awais A. M, Haider II, Farhat A. *Educating tomorrow's doctors: A cross sectional survey of emotional intelligence and empathy in medical students of Lahore*. Pak J Med Sci. 2013 May;29(3):710–4.
- Chan J.C, Sit E.N, Lau W.M. *Conflict management styles, emotional intelligence and implicit theories of personality of nursing students: A cross-sectional study*. Nurse Educ Today. 2013 Oct 28. pii: S0260–6917(13)00388–2. doi: 10.1016/j.nedt.2013.10.012. (Epub ahead of print).
- Libbrecht N, Lievens F, Carette B, Côté S. *Emotional Intelligence Predicts Success in Medical School*. Emotion. 2013 Nov 11. (Epub ahead of print).
- Hirigoyen M.F. *Co to jest molestowanie moralne*. Charaktery, wrzesień 2002.
- Nozaki Y, Koyasu M. *The relationship between trait emotional intelligence and interaction with ostracized others' retaliation*. PLoS One. 2013 Oct 23;8(10):e77579. doi: 10.1371/journal.pone.0077579.
- Wciórka, J, Pużyński S. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków – Warszawa, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne «Vesalius», IPIŃ, Fundacja Zdrowia Publicznego, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health 2000.
- Ogloff J.R.P. *Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum*. Austral. N Z J. Psych. 2006; 40: 519–528.
- Eiguer A. *La perversion narcissique, un concept en évolution*. l'Information Psychiatrique. 84, 3, 193–9, 2008.

- 11 Le Doux J. *Mózg emocjonalny*. Wyd. Media Rodzina, Poznań. 2000.
- 12 Lupien S.J., Parent S., Evans A.C., et al. *Larger amygdala but no change in hippocampal volume in 10-year-old children exposed to maternal depressive symptomatology since birth*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2011; 108: 14324–14329.
- 13 Spitz RA. *Hospitalism –An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood*. Psychoanalytic Study of the Child. 1945; 1: 53-74.
- 14 Gelinas D. *The persistent negative effects of incest*. Psychiatry. 1983; 46: 312–332.
- 15 Raine A, Scerbo A. *Biological Theories of Violence*. W: Milner J. red. Neuropsychology of Aggression, Kluwer Academic, Boston. 1991.
- 16 Teicher M.H., Andersen S.L., Polcari A., Anderson C.M., Navalta C.P. *Developmental neurobiology of childhood stress and trauma*. Psychiatr Clin North Am. 2002 Jun;25(2): 397–426.
- 17 Loomans M.M., Tulen J.H., van Marle H.J. *The neurobiology of antisocial behaviour*. Tijdschr Psychiatr. 2010;52(6):387–96.
- 18 Gregory S. et al. *The Antisocial Brain: Psychopathy Matters – a structural MRI investigation of antisocial male offenders*. Archives of General Psychiatry, 2012
- 19 Agustin-Pavon C., Braesicke K, Shiba Y., Santangelo A.M., Mikheenko Y., Cockcroft G., Asma F., Clarke H., Man M.S., Roberts A.C. *Lesions of ventrolateral prefrontal or anterior orbitofrontal cortex in primates heighten negative emotion*. Biol Psychiatry. 2012, 15;72(4):266-72.
- 20 Michl P., Meindl T., Meister F., Born C., Engel R.R., Reiser M., Hennig–Fast K. *Neurobiological underpinnings of shame and guilt: a pilot fMRI study*. Soc Cogn Affect Neurosci. 2012; 19.
- 21 Rizzolatti G, Fabbri–Destro M, Cattaneo L. *Mirror neurons and their clinical relevance*. Nature Clin Pract Neurol. 200; 9 5, 24-34.
- 22 Fecteau S, Pascual–Leone A, Theoret H. *Psychopathy and the mirror neuron system: preliminary findings from a non-psychiatric sample*. Psychiatry Res. 2008; 15;160(2):137–44.
- 23 Sommer M., Sodian B., Döhnel K., Schwerdtner J., Meinhardt J., Hajak G. *In psychopathic patients emotion attribution modulates activity in outcome-related brain areas*. Psychiatry Res. 2010 May 30;182(2):88–95.
- 24 Craig M.C., Catani M., Deeley Q., Latham R., Daly E. R., Kanaan R. M., Picchioni M., McGuire P.K., Fahy T., Murphy D.G.M. *Virtual dissection of the major association pathways connecting to the amygdala and orbitofrontal cortex*. 2009. Molecular Psychiatry, 14, 907.
- 25 Lamy C., Dubois F., Jaafari N., Carl T., Gaillard P., Camus V., El Hage W. *Clinical and psychopathological profile of women victims of psychological partner violence*. Rev Epidemiol Sante Publique. 2009 Aug; 57(4):267–74.
- 26 Dąbkowska M. *Psychiatryczne następstwa przemocy domowej*. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2005, tom 5, nr 3: 103–108.
- 27 Maletic V., Robinson M., Oakes T., Iyengar S., Ball S.G., Russell J. *Neurobiology of depression: an integrated view of key findings*. Int J Clin Pract. 2007 Dec; 61(12):2030–40.
- 28 Willner P, Scheel-Krüger J, Belzung C. *The neurobiology of depression and antidepressant action*. Neurosci Biobehav Rev. 2013 Dec;37(10 Pt 1):2331–71.

- 29 Sotres–Bayon F., Sierra–Mercado D., Pardilla–Delgado E., Quirk G.J. *Gating of fear in prelimbic cortex by hippocampal and amygdala inputs*. Neuron. 2012 Nov 21; 76(4): 804–12.
- 30 McEwen B.S. *The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance*. Brain Res. 2000 Dec 15;886(1–2):172–189.
- 31 Dell’Osso L., Del Debbio A., Veltri A., et al. *Associations between brain–derived neurotrophic factor plasma levels and severity of the illness, recurrence and symptoms in depressed patients*. Neuropsychobiology 2010; 62: 207–212.
- 32 Hetteema J.M., An S.S., Neale M.C., Bukszar J., van den Oord E.J., Kendler K.S., Chen X. *Association between glutamic acid decarboxylase genes and anxiety disorders, major depression, and neuroticism*. Mol Psychiatry. 2006; 11 (8): 752. 762.
- 33 Raison C.L., Lin J.M., Reeves W.C. *Association of peripheral inflammatory markers with chronic fatigue in a population–based sample*. Brain Behav Immun 2009; 23: 327–337.
- 34 Lang U.E., Borgwardt S. *Molecular mechanisms of depression: perspectives on new treatment strategies*. Cell Physiol Biochem 2013; 31: 761–777.
- 35 Mahar I., Bambico F.R., Mechawar N., Nobrega J.N. *Stress, serotonin, and hippocampal neurogenesis in relation to depression and antidepressant effects*. Neurosci Biobehav Rev. 2014 Jan;38:173–92.
- 36 Duman R.S. *Depression: a case of neuronal life and death?* Biol Psychiatry. 2004, 56: 140–145
- 37 Bambico F.R., Belzung C. *Novel insights into depression and antidepressants: a synergy between synaptogenesis and neurogenesis?* Curr Top Behav Neurosci. 2013;15:243-91.
- 38 Han F, Yan S, Shi Y. *Single–prolonged stress induces endoplasmic reticulum–dependent apoptosis in the hippocampus in a rat model of post-traumatic stress disorder*. PLoS One. 2013 Jul 19; 8(7): e69340. doi: 10.1371/journal.pone.0069340. Print 2013.
- 39 Banerjee R., Ghosh A.K., Ghosh B., Bhattacharyya S., Mondal A.C. *Decreased mRNA and Protein Expression of BDNF, NGF, and their Receptors in the Hippocampus from Suicide: An Analysis in Human Postmortem Brain*. Clin Med Insights Pathol 2013; 6: 1-11.
- 40 Bessa J.M., Morais M., Marques F., Pinto L., Palha J.A., Almeida O.F., Sousa N. *Stress–induced anhedonia is associated with hypertrophy of medium spiny neurons of the nucleus accumbens*. Transl Psychiatry. 2013 Jun 4;3:e266. doi: 10.1038/tp.2013.39.
- 41 Bauman B., Danos P., Krell D., et al. *Reduced volume of limbic system–affiliated basal ganglia in mood disorders: preliminary data from a postmortem study*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1999.
- 42 Zeng L.L., Liu L., Liu Y., Shen H., Li Y., Hu D. *Antidepressant treatment normalizes white matter volume in patients with major depression*. PLoS One. 2012; 7(8): e44248. Epub 2012 Aug 30|01.10.2012.
- 43 Signorelli M.S, Costanzo M.C, Cinconce M, Concerto C. *What kind of diagnosis in a case of mobbing: post–traumatic stress disorder or adjustment disorder?* BMJ Case Rep. 2013, 11.
- 44 Van der Kolk B.A. *The body keep the score: Approaches to the psychobiology of post-traumatic stress disorder*. W: Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Red.: B.A.Van der Kolk, A.C, McFarlane. New York: The Guilford Press 1996.

- 45 Pez  M. *Harcelement au travail : interrompre en urgence, in : La Revue du praticien*. Tome 15, n 537, mai 2001, pp. 973–978.
- 46 Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B., Breslau N. *Epidemiologic risk factors for trauma and PTSD*. W: Yehuda R. (red.). *Risk factors for posttraumatic stress disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC 1999; 23–59.
- 47 Yule W. (red). *Post Traumatic Stress Disorders. Concepts and therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- 48 Papagni S.A., Benetti S., Arulanantham S., Mc Crory E., Mc Guire P., Mechelli A. *Effects of stressful life events on human brain structure: a longitudinal voxel-based morphometry study*. *Stress*. 2011 Mar; 14(2): 227–32.
- 49 Zhang L., Zhang Y., Li L., Li Z., Li W., Ma N., Hou C., Zhang Z., Zhang Z., Wang L., Duan L., Lu G. *Different white matter abnormalities between the first-episode, treatment-naive patients with posttraumatic stress disorder and generalized anxiety disorder without comorbid conditions*. *J Affect Disord*. 2011 Sep;133(1–2):294–9. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.040. Epub 2011 Apr 15.
- 50 Dejours C. *Travail, usure mental*. Bayard, Paris .2000, pp. 16–23.
- 51 Hirigoyen M.F. *Molestowanie w pracy*. Poznań. 2003.
- 52 Marciniak J. *Mobbing, dyskryminacja, molestowanie – zasady przeciwdziałania*. Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o. Warszawa. 2012.

Dr hab.n.med. Katarzyna Ziora
Katedra i Klinika Pediatrii w Zabrze
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Mgr psych. Katarzyna Rojewska
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Zabrze

STRES A JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY (ANOREXIA NERVOSA)

Streszczenie

Termin *stres* został wprowadzony przez Selye’ego w celu określenia niespecyficznej reakcji organizmu, wywołanej działaniem szkodliwych bodźców, zwanych stresorami. Stresory są różnorodne. Dzieli się je pod względem zakresu i siły oddziaływania oraz ich wymiaru czasowego. Mogą to być wydarzenia jednorazowe albo wydarzenia cykliczne, powtarzające się regularnie lub mieć charakter chroniczny.

Mimo wielu badań prowadzonych na temat stresu psychologicznego, nadal brakuje powszechnie akceptowanej definicji. Według definicji Lazarusa i Folkman stresem jest «określona relacja pomiędzy osobą a otoczeniem, która jest oceniana przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi». O uznaniu relacji za stresową rozstrzyga subiektywna ocena jej znaczenia przez osobę w niej uczestniczącą, a więc czy coś ta osoba uzna za stres, a nie warunki obiektywne.

W terminologii medycznej, stres jest zaburzeniem homeostazy spowodowanym działaniem czynnika fizycznego lub psychicznego. Nieadekwatna, nadmierna i/lub przedłużająca się aktywacja systemów odpowiedzialnych za reakcję na czynniki stresowe może zaburzać funkcje fizjologiczne i behawioralne organizmu. W kontrolowaniu reakcji organizmu na stres biorą udział dwa główne systemy: centralny układ współczulny oraz oś podwzgórzowo – przysadkowo – nadnerczowa.

W pracy omówiono stres w ujęciu psychologicznym i biologicznym. Przedstawiono jedno z zaburzeń odżywiania, tj. jadłowstręt psychiczny, kryteria diagnostyczne, epidemiologię i etiopatogenezę tego schorzenia ze szczególnym uwzględnieniem wpływu sytuacji stresowych na rozwój tej choroby.

Stres w ujęciu psychologicznym

Termin *stres* został wprowadzony po raz pierwszy w 1960 roku przez kanadyjskiego fizjologa Hansa Selye’ego w celu określenia niespecyficznej reakcji organizmu, wywołanej działaniem szkodliwych bodźców, zwanych stresorami. Reakcja ta zwana

przez Selye'ego Ogólnym Zespołem Adaptacyjnym (*General Adaptation Syndrom*) przebiega w trzech kolejnych stadiach:

- 1) stadium reakcji alarmowej, podczas której zostają zmobilizowane siły obronne,
- 2) stadium odporności, tj. całkowitego przystosowania się do stresora,
- 3) stadium wyczerpania. Do stadium wyczerpania dochodzi wtedy, gdy stresor jest odpowiednio nasilony i działa przez odpowiednio długi czas [1, 2].

Ta koncepcja stresu dotyczyła wyłącznie stresu biologicznego, fizjologicznego. Nie uwzględniała bowiem czynników psychologicznych. Są natomiast dowody na to, że istnieje specyficzna reakcja organizmu na konkretne czynniki szkodliwe natury emocjonalnej. Piśmiennictwo wskazuje, że dla przebiegu stresu biologicznego, szczególnie ważna jest ocena poznawcza jego przyczyn i własnych możliwości radzenia sobie ze stresem [2, 3].

Mimo wielu badań prowadzonych na temat stresu psychologicznego, nadal brakuje powszechnie akceptowanej definicji. Aktualnie istnieją trzy nurty w określaniu stresu psychologicznego:

- 1) jako bodźca, sytuacji lub wydarzenia zewnętrznego o określonych właściwościach,
 - 2) jako reakcji wewnętrznych człowieka, zwłaszcza reakcji emocjonalnych, doświadczanych wewnętrznie w postaci określonego przeżycia,
 - 3) jako relacji między czynnikami zewnętrznymi a właściwościami człowieka [2].
- Traktowanie stresu jako określonego bodźca zewnętrznego, który u przeciętnego człowieka wywołuje wysoki stopień napięcia emocjonalnego i wymaga wysiłków przystosowawczych, np. śmierć współmałżonka, rozwód, pojawienie się nowego członka rodziny itp. nie jest idealne. Przeciwno takiemu ujęciu przemawiają różnice indywidualne pomiędzy ludźmi, które powodują, iż to samo wydarzenie dla jednej osoby może być stresujące, zaś dla innej nie. Z kolei traktowanie stresu wyłącznie jako reakcji wewnętrznej człowieka, tj. przykrych reakcji emocjonalnej na określoną sytuację, w której ta osoba się znalazła, najczęściej o charakterze lękowym, jest także niewystarczające. Obecnie panuje pogląd, że w definiowaniu stresu psychologicznego należy uwzględnić obydwie czony, ale także przede wszystkim spostrzeżenie przez człowieka konkretnej sytuacji czyli interakcja z otoczeniem. Takie ujęcie stresu propaguje wybitny, najczęściej cytowany autorytet w dziedzinie stresu psychologicznego, Richard Lazarus z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley [2,3].

Według Lazarusa, dla wszelkich form aktywności człowieka, nie tylko takich, które pojawiają się w sytuacjach stresowych najważniejsze znaczenie ma relacja człowiek – otoczenie. Autor wprowadzając termin *transakcja* podkreślił, że należy jako całość traktować człowieka (jednostkę) wraz z aktualną sytuacją, w jakiej się znalazł. Według Lazarusa, transakcja z otoczeniem ma charakter procesu ciągłego i podlega ocenie poznawczej przez człowieka. Jest to tzw. ocena poznawcza pierwotna. Proces oceniania dotyczy przede wszystkim tych elementów relacji z otoczeniem, które są ważne dla jego dobrostanu (*well-being*). Z tej perspektywy relacja może być oceniana jako nie mająca znaczenia, sprzyjająca – pozytywna albo stresująca. Tak więc, według definicji Lazarusa i Susan Folkman [3] stresem jest

«określona relacja (*relationship*) pomiędzy osobą a otoczeniem, która jest oceniana przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi». Tym samym, o uznaniu relacji za stresową rozstrzyga subiektywna ocena jej znaczenia przez osobę w niej uczestniczącą, a więc czy coś ta osoba uzna za stres (podejście fenomenologiczno – poznawcze), a nie warunki obiektywne. Transakcja stresowa może być ujmowana w ocenie pierwotnej jako:

→ krzywda/ strata (*harm/loss*),

→ zagrożenie (*threat*),

→ wyzwanie (*challenge*). Każda z tych ocen uruchamia różne komponenty emocjonalne.

W przypadku krzywdy/straty są to: złość, żal, smutek. Zagrożeniu towarzyszą: strach, lęk, martwienie się. Najbardziej złożony jest obraz emocjonalny wyzwania. Obejmuje bowiem zarówno emocje negatywne, podobne do towarzyszących zagrożeniu, jak i pozytywne: nadzieję, zapał, podniecenie, rozweselenie. Jeśli w wyniku oceny pierwotnej relacja zostanie uznana za stresową, zapoczątkowuje to następny proces poznawczy, nazwany oceną poznawczą wtórną. Ta ocena, w koncepcji Lazarusa jest punktem wyjścia aktywności ukierunkowanej na zmianę transakcji stresowej, określanej jako radzenie sobie [2, 3].

Określenie «radzenie sobie» (*coping*), które pojawiło się w literaturze kilkadziesiąt lat temu może być rozpatrywane jako:

→ proces,

→ strategia

→ styl

Proces radzenia sobie jest serią celowych wysiłków podejmowanych w wyniku określonej sytuacji, ocenianej przez osobę jako obciążająca, stresująca. Według Lazarusa i Folkman [3] ocena sytuacji nie musi być realistyczna, a cel aktywności nie musi być uświadomiony, aby można było ją uznać za radzenie sobie. Uwzględniony w definicji warunek obecności określonej oceny poznawczej sprawia, że te formy aktywności, które pojawiają się w obliczu stresu automatycznie, nie są traktowane jako radzenie sobie, ale wyłącznie jako biologiczny mechanizm adaptacyjny. Według Lazarusa i Folkman [3] proces radzenia sobie spełnia dwie funkcje: zadaniową, ukierunkowaną na poprawę relacji podmiotu z otoczeniem oraz samoregulacji emocji, polegającą na obniżaniu przykrego napięcia i łagodzeniu innych negatywnych stanów emocjonalnych. Proces radzenia sobie obejmuje całość aktywności podejmowanej przez człowieka w danej sytuacji stresowej i trwa różnie długo. Jeśli stres nie ma charakteru chronicznego, proces ten kończy się w momencie rozwiązania sytuacji stresowej [2].

Strategie radzenia sobie trudno jest sklasyfikować. Wielu autorów opracowało specjalne kwestionariusze do oceny strategii radzenia sobie, które stanowią obiektywne narzędzie dla psychologa [2]. Najbardziej znane to: Kwestionariusz Sposobów Radzenia Sobie (WCQ), Lista Sposobów Radzenia Sobie, Inwentarz Reakcji Radzenia Sobie [4, 5]. Można bowiem niemal w nieskończoność wymieniać różne formy zachowania, stosowane przez ludzi w celu zmiany sytuacji lub złagodzenia jej skutków w obliczu stresu. W tej samej sytuacji stresowej różne osoby różnie

reagują. U niektórych osób stwierdza się pogorszenie funkcjonowania po zadziałaniu czynnika stresowego, u innych poprawę, wreszcie u innych nie obserwuje się żadnych zmian [2].

Z kolei istotą stylu radzenia sobie jest posiadany przez osobę charakterystyczny dla niej repertuar strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi. O ile ogólne tendencje osoby do unikania źródła stresu lub do konfrontacji z nim zależą najpewniej od czynników wrodzonych, to konkretne strategie radzenia sobie stanowią formy zachowania nabytego. Można się ich nauczyć i je powielać w przyszłości, zwłaszcza jeśli wcześniej okazały się skuteczne w przezwyciężaniu stresu. Badania empiryczne wskazują, że ludzie różnią się pomiędzy sobą zarówno liczbą, jak i rodzajem strategii radzenia sobie, ale także elastycznością procesu radzenia sobie, łatwością jego dostosowania do aktualnych wymagań konkretnej sytuacji stresowej [2]. Koncepcja dwóch stylów radzenia sobie zainspirowana została przez Suzanne Miller [6]. Pierwszy z nich polega na koncentrowaniu uwagi na stresorze i/lub własnej reakcji, czyli na poszukiwaniu, gromadzeniu, przetwarzaniu i wykorzystywaniu informacji dotyczących wydarzenia stresowego. Osoba prezentująca taki styl radzenia sobie dąży do konfrontacji z sytuacją stresową. Drugi można określić jako «unikowy», bowiem polega na odwracaniu uwagi od stresora i od własnych reakcji, czyli na pomijaniu, odrzucaniu, wypieraniu i zaprzeczaniu informacjom o wydarzeniu stresowym oraz chronieniu się przed takimi informacjami przez angażowanie się w «beztresowe» formy aktywności. Autorzy innej klasyfikacji stylów radzenia sobie, Endler i Parker [7] wyróżniają z kolei następujące style:

- 1) skoncentrowany na zadaniu,
- 2) skoncentrowany na emocjach,
- 3) skoncentrowany na unikaniu.

Efektom badań wymienionych wyżej autorów są kwestionariusze, stanowiące narzędzia do pomiaru stylu radzenia sobie: Metoda Endlera i Parkera, Inwentarz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych oraz Skala Stylu Behawioralnego Miller.

Przyczyny stresu

Czynniki powodujące stres nazwano stresorami. Są niezwykle różnorodne. Dzieli się je pod względem zakresu oddziaływania, bo mogą dotyczyć wielu ludzi naraz lub wyłącznie pojedynczych osób oraz pod względem siły działania, bo mogą być bardzo dramatyczne lub dotyczyć tylko drobnych, codziennych utrapień [2, 3]. Przykładem dramatycznych wydarzeń katastrofalnych, obejmujących całe grupy ludzi są wojny, klęski żywiołowe, wypadki komunikacyjne o większej skali czy ataki terrorystyczne. Takie sytuacje stanowią stres ekstremalny i wysoce traumatyczny, pociągając skutki zdrowotne czasem nawet bardzo odległe. Wykazują ogromną siłę oddziaływania, a osoby nimi dotknięte nie mogą ich nie zauważyć lub pozostać wobec nich obojętne. Są to stresory uniwersalne [2]. Te najsilniejsze stresory zagrażają najbardziej podstawowym wartościom dla człowieka: życiu, bezpieczeństwu czy schronieniu. Często przychodzą bez ostrzeżenia i pozostawiają po sobie potężny ślad, który może być reaktywowany, ilekroć pojawią się bodźce kojarzone z danym

wydarzeniem [8]. Do grupy stresorów o średniej sile Holmes i Rahe [9] zaliczają w kolejności siły oddziaływania takie sytuacje życiowe, jak: śmierć współmałżonka, rozwód, śmierć kogoś z rodziny, zawarcie związku małżeńskiego, utratę pracy. Autorzy ci uwzględnili także wydarzenia, które są uważane powszechnie za pożądane, tj. własny ślub, wybitne osiągnięcia, a nawet wyjazd na wakacje czy urządzenie Świąt Bożego Narodzenia. Uważają bowiem, że także i one stanowią wyzwanie i pociągają za sobą konieczność dostosowania się, a więc stawiają wymagania. Do najsłabszych stresorów zalicza się uciążliwość dnia codziennego, jak np. niemożność znalezienia potrzebnej rzeczy, drobne nieporozumienia w rodzinie, trudność ze zdążeniem na czas. Niektórzy autorzy [10], tym właśnie wydarzeniom stresowym przypisują szczególne znaczenie z uwagi na ich częstość i powszechność.

Inny podział czynników stresogennych uwzględnia z kolei ich wymiar czasowy. Mogą to być bowiem wydarzenia jednorazowe, na przykład nieprzyjemne spotkanie albo wydarzenia cykliczne, powtarzające się regularnie, na przykład obowiązkowe wizyty u nielubianych krewnych z okazji świąt. Stresory mogą też mieć charakter chroniczny, czego przykładem może być nieudany związek małżeński, będący źródłem ciągłych napięć lub mogą stanowić sekwencję wydarzeń stresowych, w których stresor inicjujący pociąga za sobą następne, na przykład rozwód, konieczność podjęcia przez kobietę pracy zarobkowej, problemy z zapewnieniem opieki dzieciom [2].

Stres w ujęciu biologicznym

W terminologii medycznej, stres jest zaburzeniem homeostazy spowodowanym działaniem czynnika fizycznego lub psychicznego. Nieadekwatna, nadmierna i/lub przedłużająca się aktywacja systemów odpowiedzialnych za reakcję na czynniki stresowe może zaburzać funkcje fizjologiczne i behawioralne organizmu [11].

W kontrolowaniu reakcji organizmu na stres biorą udział dwa główne systemy: centralny układ współczulny oraz oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa (*the hypothalamic-pituitary-adrenal axis = HPA*). Centralne pola, kontrolujące system stresu są zlokalizowane w podwzgórzach i pniu mózgu. Należą do nich: neurony kortykoliberyny (*corticotropin-releasing hormone = CRH*) i arginino-wazopresyny (*arginine vasopressin = AVP*) w jądrach przykomorowych podwzgórza oraz miejsce sinawe (*locus coeruleus/norepinephrine system = LC-NE*) [12]. Stres zwiększa obrót noradrenaliny w wielu polach miejsca sinawego i zwiększa wyrzut zewnątrzkomórkowy noradrenaliny z hipokampa [12].

Głównym hormonem osi HPA jest CRH, który jest aktywowany po ekspozycji na ostry lub chroniczny stres niezależnie od natury stresora [11]. CRH stymuluje sekrecję hormonu adrenokortykotropowego (ACTH) w przednim płacie przysadki, a ten z kolei stymuluje wydzielanie hormonów glikokortykosteroidowych, głównie kortyzolu w warstwie pasmowatej kory nadnerczy. Istnieje dodatnia interakcja pomiędzy CRH a AVP w podwzgórzach. W sytuacjach beztresowych oba te neuropeptydy są wydzielane do krążenia wrotnego przysadki w rytmie *circadian* z częstością około dwóch do trzech epizodów wydzielniczych na godzinę. Amplitudy pulsów

wydzielniczych wzrastają we wczesnych godzinach rannych, skutkując wzrostem wydzielania ACTH i kortyzolu. Ta okołodobowa zmienność jest zaburzana przez zmiany w oświetleniu i rozkładzie posiłków, aktywności, a przede wszystkim pod wpływem stresu. W czasie ostrego stresu amplituda i synchronizacja pulsacji CRH i AVP w przysadkowym krążeniu wrotnym znamienne wzrasta, powodując zwiększenie epizodów wydzielniczych ACTH i kortyzolu. Są także wydzielane inne czynniki, m.in. AVP pochodząca z neuronu wielkokomórkowego, angiotensyna II, różne cytokiny i lipidowe mediatory zapalne, które działając na podwzgórze i składowe osi HPA potęgują reakcję na stres [11]. Glikokortykosteroidy są końcowym efektem osi HPA i uczestniczą w kontroli homeostazy i odpowiedzi na stres. Stanowią one kluczową rolę w kontroli aktywności HPA i ograniczaniu odpowiedzi na stres, poprzez działanie na pozapodwzgórzowe centra regulacyjne, takie jak hipokamp i kora czołowa, ale też na jądra przykomorowe podwzgórza i przysadkę [11]. Ujemne sprzężenie zwrotne pomiędzy stężeniem kortyzolu a ACTH we krwi pozwala na zminimalizowanie działania katabolicznego, lipogennego, antyreprodukcyjnego i immunosupresyjnego tych hormonów [11].

Ważną rolę pośredniczącą w odpowiedzi behawioralnej na stres odgrywają także inne neuropeptydy (*CRF-related neuropeptides*), do których zalicza się urokortynę. Ten neuropeptyd posiada wysokie powinowactwo zarówno do receptora CRH-1 (*CRHR 1*), jak i CRH-2 (*CRHR 2*) [13]. Są to receptory dla CRH zlokalizowane w obrębie podwzgórza. CRHR 1 bierze udział w indukowaniu prawidłowej reakcji na stres za pośrednictwem ACTH, natomiast CRHR 2, którego ekspresja jest wykrywana w obrębie ośrodka regulacji łaknienia wpływa zarówno na łaknienie, jak i na zachowania związane z lękiem. Udowodniono, że stymulacja receptora CRHR 2 hamuje łaknienie [13, 14].

Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa = AN)

Jadłowstręt psychiczny jest zaliczany do zaburzeń odżywiania, tj. kategorii wyodrębnionej zarówno w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10, jak i klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV, a obecnie DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Obejmuje ona zaburzenia wyrażające nieprawidłowy stosunek do jedzenia, z towarzyszącymi temu zjawisku objawami natury psychicznej i somatycznej [15]. Według DSM-IV podstawą rozpoznania AN jest stwierdzenie następujących objawów:

- 1) odmowa utrzymania masy ciała minimalnej dla wieku i wzrostu lub większej (tj. utrzymywanie masy ciała < 85% należnej poprzez utratę masy ciała lub brak przyrostu masy ciała w okresie wzrastania);
- 2) silny lęk przed przyrostem masy ciała lub otyłością, mimo niedoboru masy ciała;
- 3) zaburzenie w postrzeganiu własnego ciała, jego kształtu lub rozmiaru; przesadny wpływ masy lub kształtu ciała na samoocenę; negowanie lub bagatelizowanie znaczenia swojej niskiej masy ciała;
- 4) brak miesiączek; u kobiet miesiączkujących brak co najmniej trzech kolejnych cykli miesięczkowych lub występowanie miesiączek jedynie po podaniu leków hor-

monalnych [15]. Najnowsza klasyfikacja DSM-V wprowadzona w 2013 roku obejmuje tylko trzy pierwsze objawy wyżej wymienione, oprócz czwartego, dotyczącego miesiączek. Nadal wyróżnia się dwa podtypy jadłowstrętu psychicznego:

1. **restrykcyjny**: bez regularnych napadów żarłoczości i zachowań oczyszczających (wymiotów, nadużywania środków przeczyszczających i/lub moczopędnych) oraz
2. **bulimiczno-oczyszczający**: z regularnymi napadami żarłoczości i zachowaniami oczyszczającymi.

Oprócz podłoża psychicznego (lęk przed przytyciem, nieprawidłowe postrzeganie obrazu własnego ciała, zaburzenia osobowości, stany depresyjne, próby samobójcze) u chorych z AN obserwuje się liczne zaburzenia somatyczne ze strony wielu narządów wewnętrznych, będące następstwem znacznego niedożywienia lub wyniszczenia [16]. Do często poważnych komplikacji ze strony układu krążenia (takich jak: zaburzenia rytmu serca, hipotensja, niewydolność mięśnia sercowego), układu pokarmowego (zapalenia trzustki, choroba wrzodowa, kamica pęcherzyka żółciowego), nerek (ostra lub przewlekła niewydolność), zaburzeń neurologicznych (zaniki tkanki mózgowej, padaczka), hematologicznych u chorych z AN dołączają się zaburzenia endokrynne i metaboliczne, powszechnie towarzyszące temu schorzeniu [16]. Są to zaburzenia sekrecji lub metabolizmu hormonów tarczycy, kory nadnerczy, hormonu wzrostu, insuliny i hormonów płciowych [16].

Głębokie niedożywienie, prowadzące do zaniku tkanki tłuszczowej i kacheksji u chorych z AN, może negatywnie wpłynąć na czynność każdego narządu, powodując nieodwracalne konsekwencje lub doprowadzić do zgonu [15]. Wskaźnik śmiertelności w anorexia nervosa jest oceniany na 3–8%. U około połowy przypadków śmierć jest wynikiem samobójstwa, a w 25% jej przyczyną są zaawansowane powikłania metaboliczne i somatyczne [17].

W ostatnim pięćdziesięcioleciu zaobserwowano wyraźny wzrost częstości zachorowań na jadłowstręt psychiczny wśród dziewcząt i młodych kobiet z 7,0 do 26,3 przypadków na 100 000 osób rocznie [18]. Uważa się, że AN jest obecnie trzecią po astmie i otyłości przewlekłą chorobą u młodych dziewcząt. Coraz częściej chorują też chłopcy i młodzi mężczyźni [19]. Dotyczy to nie tylko krajów z zachodniego kręgu kulturowego, ale także Polski. Coraz częściej AN jest rozpoznawana również w krajach azjatyckich [20]. Uważa się, że wpływa na to globalizacja wzorców kulturowych poprzez rozwój współczesnych technologii informatycznych, powszechność TV satelitarnej i łatwy dostęp do internetu. Promowany jest model kobiecości i styl życia wcześniej właściwy tylko dla wysoko-uprzemysłowionych krajów Europy Zachodniej i USA [15].

Etiopatogeneza jadłowstrętu psychicznego nie jest znana, lecz uznaje się obecnie, że jest wieloczynnikowa. Ważną rolę odgrywają bowiem łącznie czynniki biologiczne, psychiczne i społeczne [18].

Garner i Garfinkel [21] podkreślają znaczenie powiązań między czynnikami predysponującymi, zwanymi czynnikami ryzyka, spustowymi i podtrzymującymi.

Czynnikami ryzyka mogą być predyspozycje genetyczne do zachorowania na AN. Wyniki wielu badań wskazują bowiem na znaczący udział czynników genetycznych w powstawaniu jadłowstrętu psychicznego. Stwierdza się zwiększoną

częstość występowania AN wśród krewnych czy rodzeństwa. Wśród bliźniąt monozygotycznych częstość współwystępowania AN określa się na 53–56%, a dwuzygotycznych na 5–11%. Odziedziczalność podatności na zachorowanie na AN jest oceniana na ok. 50–80% [14].

Za inne biologiczne czynniki ryzyka można uznać zaburzenia mechanizmów neurohormonalnych, towarzyszące rozwojowi *anorexia nervosa*. Sytuacje stresowe mogą wyzwać nieprawidłowe zachowania związane z jedzeniem, zwłaszcza u podatnych osób. Zauważono, że ostry stres ma związek z początkiem AN i prowadzi do restrikcji poboru pokarmu [11]. U chorych z jadłowstrętem psychicznym stwierdza się liczne nieprawidłowości dotyczące funkcjonowania osi HPA [11, 17]. Badania wskazują, że przyczyną dysfunkcji tej osi (pierwotną lub wtórną do zaburzeń w obrębie wyższych pięter OUN) jest hipersekrekcja CRH [14]. Badania doświadczalne u zwierząt wykazały, że podanie CRH do OUN prowadzi do zahamowania łaknienia, a nawet wywołuje ostry stan anorektyczny [22]. Z kolei efekt hamujący łaknienie przez CRH może zostać odwrócony po zastosowaniu antagonistów receptorów dla CRH [14]. Wzrost sekrecji CRH stymuluje syntezę i wydzielanie proopiomelanokortyny (POMC) w neuronach jądra łukowatego podwzgórza, która z kolei wyzwala anorektyczne sygnały drogą MSH (*melanocyte-stimulating hormone release*) oraz zwiększa termogenezę [11]. Dodatkowo pod wpływem stresu dochodzi do supresji wydzielania neuropeptydu Y (NPY), który jest czynnikiem oreksygenicznym, pobudzającym łaknienie. Istnieje ujemne sprzężenie zwrotne pomiędzy CRH i NPY na poziomie neuronów jądra łukowatego podwzgórza [11].

U chorych z AN obserwuje się dysregulację apetytu i kontroli masy ciała. Niektóre zmiany w stężeniach hormonów mogą być wyrazem adaptacji organizmu do skrajnego niedożywienia i stanu przewlekłego stresu. Świadczą o tym np. podwyższone stężenia kortyzolu we krwi u tych pacjentów [17]. Glikokortykosteroidy zwiększają pobór węglowodanów i tłuszczów, hamują wydzielanie CRH i stymulują na zasadzie dodatniego sprzężenia zwrotnego sekrecję NPY w podwzgórzu [11]. Przypuszcza się, że przewlekła aktywacja osi HPA w przypadku stresu chronicznego prowadzi do zwiększonej produkcji glikokortykosteroidów i przedłużonego ich działania na centra apetytu w podwzgórzu, wywołując działanie oreksygeniczne i łagodzące stres [11]. Ponadto pobudzenie osi HPA oraz wzrost sekrecji glikokortykosteroidów w stanach stresu wywołuje zwiększenie wydzielania endogennych opioidów i endokannabinoidów. Uważa się, że stanowi to mechanizm obronny organizmu przeciwko szkodliwym efektom stresu [11].

U chorych z AN stwierdza się we krwi obniżone stężenia leptyny i podwyższone stężenia NPY, co też być może jest mechanizmem adaptacyjnym do skrajnego niedożywienia. Leptyna wykazuje działanie hamujące łaknienie poprzez swój bezpośredni wpływ na zwiększenie sekrecji CRH i równocześnie pośrednio wykazuje hamujący wpływ na sekrecję NPY w podwzgórzu [11].

Do zachorowania na jadłowstręt psychiczny mogą się przyczyniać indywidualne cechy osobowości. Jedną z nich są trudności w samodzielnym działaniu i związane z tym poczucie nieudolności, bezsilności. Osoby z predyspozycją do AN są nieprzygotowane do dojrzałości, mają problemy z samodzielnością i uznaniem

własnej seksualności, a objawy tych zaburzeń odzwierciedlają ucieczkę przed troskami i odpowiedzialnością [18]. Psychobiologiczna hipoteza Crispa [23] zakłada, że *anorexia nervosa* jest powiązana z lękiem przed dorastaniem i stanowi sposób na zatrzymanie procesu dojrzewania. Zdaniem tego autora trudności dotyczą nie tylko biologicznych, seksualnych aspektów rozwoju, ale też zagadnień egzystencjalnych, problematyki tożsamości i społecznego kontekstu dojrzewania [15].

Podkreśla się, że osoby z AN wykazują ugodowość, perfekcjonizm i zależność [18]. Ponadto obserwuje się u nich dysfunkcyjny model samooceny oparty na wymaganiach i osiągnięciach. Cechuje go powiązanie samooceny z dążeniem do odnoszenia sukcesów, głęboki strach przed porażką, wysoki samokrytycyzm i negatywna samoocena oraz zaburzenia poznawcze [15]. Wyniki badań prowadzone u chorych z AN wskazują na zaburzenia obrazu ja, obrazu własnego ciała i własnej samooceny. Niezadowolenie z wyglądu poszczególnych części ciała, kształtu i wagi może być istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia AN [15].

Do czynników spustowych prowadzących do *anorexia nervosa* u osób predysponowanych można zaliczyć wszelkie sytuacje stresowe o mniejszym lub większym nasileniu. U chorych z zaburzeniami odżywiania, w tym z AN zdarza się zespół stresu pourazowego (post-traumatic stress disorders = PTSD). Badania Tagay i wsp. [24] prowadzone u 101 osób z zaburzeniami odżywiania wykazały, że aż ok. 63% chorych na AN doświadczyło przynajmniej jednego silnego stresu traumatycznego w życiu. Ponadto pacjentom z PTSD znamiennej częściej niż tym bez PTSD towarzyszyły objawy somatyczne. Inni autorzy [25] badając 277 kobiet w wieku 17–50 lat z zaburzeniami odżywiania zanotowali, że ok. 24% badanych nie odczuwało potrzeby kontaktów seksualnych, a aż prawie 19% badanych przyznało się do przeżycia w dzieciństwie różnych form nadużycia seksualnego. Z kolei inni autorzy [26] stwierdzili, że wskaźnik częstości występowania nadużycia fizycznego lub seksualnego prowadzący do zespołu stresu pourazowego sięga 50% u chorych z restrykcyjną postacią AN i aż 80% z postacią bulimiczno-oczyszczającą.

Innymi sytuacjami stresowymi, będącymi czynnikami spustowymi u chorych na AN mogą być konflikty rodzinne. Są to kłótnie rodzinne, rozwód, separacja rodziców, pojawienie się nowego członka rodziny, konflikty pomiędzy rodzeństwem, nadużywanie alkoholu przez członka rodziny. Mogą to być zaburzenia komunikacji, dysfunkcyjne interakcje, sztywność, nadopiekuńczość rodziców wraz ze stawianiem przez nich zbyt dużych wymagań i pobudzaniem ambicji. Zachowania rodziców, szczególnie matek mogą mieć istotne znaczenie w modelowaniu zachowań córek, związanych z jedzeniem, wywierają wpływ na sposób postrzegania przez nie własnego ciała [15].

Nie można też pominąć stresów mających związek z czynnikami społeczno-kulturowymi, a przede wszystkim mody i propagowania kultu szczupłej sylwetki. Dziewczęta i młode kobiety są nauczane, że społeczna akceptacja zależy od fizycznej urody i atrakcyjności. Tak więc rodzi się lęk i niezadowolenie z własnego wyglądu i stąd dążenie za wszelką cenę do obniżenia masy ciała [15].

Piśmiennictwo

- 1 Selye H. *Stress życia*. PZWL, Warszawa. 1960.
- 2 Strelau J. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom 3. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk. 2007.
- 3 Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer. New York, 1984.
- 4 Folkman S., Lazarus R.S., Dunkel-Schetter C., De Longis A., Gruben R.J. *Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes*. J. Personal. Soc. Psychol., 1986, 50, 992–1003.
- 5 Holahan C.J., Moss R.H., Schaefer J. *Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning*. W: Zeidner M., Endler N.S. (red.). *Handbook of coping: theory, research, applications*. New York. Wiley. 1996, s. 24–43.
- 6 Miller S.M. *Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat*. J. Personal. Soc. Psychol. 1987, 52, 345–353.
- 7 Endler N.S., Parker J.D.A. *Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation*. J. Personal. Soc. Psychol. 1990, 58, 844–854.
- 8 Hobfoll S.E. *Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources*. Anxiety Res. 1991, 4, 187–197.
- 9 Holmes T.H., Rahe R.H. *The Social Readjustment Rating Scale*. J. Psychosom. Res. 1967, 14, 121–132.
- 10 Lazarus R.S. *The stress and coping paradigm*. W: Bond L., Rosen J. (red.) *Competence and coping during adulthood*. Hanover: University Press of New England. 1980, s. 28–74.
- 11 Sauro C.L., Ravaldi C., Cabras P.L., Faravelli C., Ricca V. *Stress, hypothalamic–pituitary–adrenal axis and eating disorders*. Neuropsychobiol. 2008, 57, 95–115.
- 12 Koob G.F. *Corticotropin–releasing factor, norepinephrine and stress*. Biol. Psychiatry. 1999, 46, 1167–1180.
- 13 Koob G.F., Heinrichs S.C. *A role for corticotrophin releasing factor and urocortin in behavioral responses to stressors*. Brain. Research. 1999, 848, 141–152.
- 14 Karlik A., Korman E., Maceluch J., Niedziela M. *Analiza molekularna fragmentu genu dla drugiego typu receptora kortykoliberyny w jadłowstręcie psychicznym*. Psych. Pol. 2008, 42, 209–218.
- 15 Józefik B. *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wydanie I, Kraków. 2006.
- 16 Levine R.L. *Endocrine aspects of eating disorders in adolescents*. Adolesc. Med. 2002; 13:129-143.
- 17 Ziora K., Oświęcimska J., Kawa A., Oracz K., Ustrzycki J., Pałasz W., Dyduch A. *Ocena częstości występowania zaburzeń hormonalnych u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym*. Endokrynol. Ped. 2006; 5 (3): 9–16.
- 18 Gilewicz J. *Psychopatologia*. (przekład) Lazarus A.A., Colman A.M. (red.). Zys i S-ka Wydawnictwo, Poznań, Wyd. I. 2001.
- 19 Ziora K., Oświęcimska J., Kwiecień J., Franciczek W., Gorczyca P., Dyduch A. *Jadłowstręt psychiczny u chłopców i mężczyzn – niedostrzegany problem kliniczny*. Ped. Pol. 2006; 81

(4): 287–292.

- 20 Lee H.Y., Lee E.L., Pathy P., Chan Y.H. *Anorexia nervosa in Singapore: an eight-year retrospective study*. Singapore Med. J., 2005, 46 (6), 275–281.
- 21 Garner D.M., Garfinkel P.E. (red.) *Handbook for psychotherapy of anorexia nervosa and bulimia*. Guilford Press, New York. 1985.
- 22 Krahn D.D., Gosnell B.A., Majchrzak M.J. *The anorectic effects of CRH and restraint stress decrease with repeated exposures*. Biol. Psychiatry. 1990, 15, 1094–1102.
- 23 Crisp A.H. *Anorexia nervosa: let me be*. Academic Press, London, Toronto, Sydney. 1989.
- 24 Tagay S., Schlegl S., Senf W. *Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2010, 18, 124–132.
- 25 Hepp U., Spindler A., Schnyder U., Kraemer B., Milos G. *Post-traumatic stress disorder in women with eating disorders*. Eat. Weight. Disord. 2007, 12, e24–27.
- 26 Carter J.C., Bewell C., Blackmore E. *The impact of children sexual abuse in anorexia nervosa*. Child. Abuse Negl. 2006, 30, 257–269.

M. A. Joanna Sell
Intercultural Trainer & Coach
Intercultural Compass
Hannover

«Nie widzimy
rzeczy takimi
jakie one
są, ale takimi
jacy sami
jesteśmy»
Anaïs Nin

RAINBOW – ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACJI INTERKULTUROWEJ W CELU LEPSZEGO RADZENIA SOBIE ZE STRESEM PODCZAS ZMIAN KRĘGÓW KULTUROWYCH

RAINBOW – CROSS – CULTURAL SKILLS DEVELOPMENT IN ORDER TO MORE EFFECTIVE COPING WITH CULTURE CHANGE STRESS

Streszczenie

Dwudziesty pierwszy wiek to czas dotąd niespotykanej w skali globalnej mobilności. Wszelkiego rodzaju kontakty z osobami z odmiennych kręgów kulturowych, czy to wynikające z relokacji, czy pracy w zespołach multikulturowych czy wreszcie z migracji, są nieodłącznie związane z podwyższonym poziomem stresu. Z tego też powodu umiejętność komunikacji interkulturowej w obliczu częstych zmian kulturowych, dotyczących zarówno życia osobistego, jak i zawodowego jest jedną z najważniejszych kompetencji, w celu zminimalizowania stresu towarzyszącego owym zmianom. Przygotowanie do kontaktów z osobami z odmiennych kręgów kulturowych nie może się ograniczać do przekazu wiedzy na temat specyfiki konkretnego kraju, regionu, czy też grupy etnicznej. Strategię tę przyjęto w ubiegłym wieku i szybko stwierdzono, że przygotowanie na poziomie kognitywnym to zaledwie początek drogi ku rozwojowi umiejętności komunikacji interkulturowej. Wynikiem inspiracji najnowszymi badaniami na temat stresu, a także pracami dotyczącymi zmian kulturowych jest przedstawiony przeze mnie po raz pierwszy na łamach tej książki autorski model RAINBOW, ukazujący kompleksowość

procesu zdobywania umiejętności komunikacji interkulturowej. Tęcza z siedmioma kolorami z jednej strony symbolizuje wielość w jedności i z tego też powodu nadaje się do wizualizacji kompleksowości pojęcia umiejętności komunikacji interkulturowej, z drugiej zaś od tysiącleci w różnych religiach i mitologiach świata jest kojarzona z nadzieją na lepsze jutro i na stworzenie pomostu porozumienia pomiędzy człowiekiem i siłami wyższymi. Odwołując się do symboliki tęczy, pragnę dodatkowo podkreślić wartość tworzenia mostu zrozumienia i wzajemnej akceptacji pomiędzy ludźmi, stojącymi po obu krańcach tęczy. Siedem kolorów symbolizuje siedem umiejętności, składających się na stworzenie podwalin komunikacji interkulturowej, których pierwsze litery tworzą słowo RAINBOW. Pierwszym krokiem jest refleksja (**reflexion**) nad własnymi korzeniami kulturowymi. Ważną rolę będzie tu odgrywała zarówno indywidualna historia jednostki, jak i kultura krajów, regionów, miejsc, w których dorastała i zdobywała doświadczenie. Kolejnym krokiem jest świadomość (**awareness**), czyli zapoznanie się ze specyfiką kultury kraju docelowego na poziomie kognitywnym, aby umiejętnie potrafić określić cechy wspólne i różnice kulturowe oraz zrewidować własne oczekiwania. W dalszej kolejności niezwykle istotna jest poprawna interpretacja (**interpretation**) zaobserwowanych i usłyszanych faktów. Owa interpretacja stawia nas przed wyzwaniem, jakim jest umiejętność modyfikacji własnego zachowania. Modyfikację tę nazywam nawigacją (**navigation**), podążaniem w kierunku wymierzonego celu, jakim jest nawiązanie relacji i usprawnienie komunikacji. Nawigacja to nie jest bynajmniej proces jednostronny. Odbывается się ona także w naszym kierunku i będzie tym sprawniejsza, im więcej detali dotyczących własnego kręgu kulturowego zakomunikujemy własnym zachowaniem. W literaturze przedmiotu mówi się w tym przypadku o konstruowaniu tak zwanej trzeciej kultury. Znakomitymi narzędziami do prezentacji powyższych czterech faz rozwoju umiejętności komunikacji interkulturowej na poziomie kognitywnym są między innymi Cultural Detective (Diana Saphire) oraz metoda D.A.E. (*Describe Analyze Evaluate Kyoung-Ah Nam*). Kolejne trzy fazy modelu RAINBOW odbywają się na poziomie emocjonalnym i duchowym. Pierwsza z nich to równowaga (**balans**) myśli i emocji. Nie wystarczy bowiem zrozumieć źródło różnic i podejść logicznie do procesu komunikacji. Ważną umiejętnością jest zastanowienie się jak reagujemy na owe różnice na poziomie emocjonalnym. Co odczuwamy, gdy na przykład używamy obcego języka, czy też jesteśmy świadkami odmiennej etykiety przy stole? Co odczuwamy, gdy wartości w nowym kręgu kulturowym są sprzeczne z naszymi przekonaniami? Uzyskanie równowagi pomiędzy poziomem kognitywnym i emocjonalnym (*inteligencja emocjonalna*) jest kluczem do sukcesu w procesie pracy nad rozwojem własnych umiejętności komunikacji interkulturowej. Warunkiem jest pozytywny obraz drugiego człowieka oraz otwarcie (**openess**) na nowe możliwości postrzegania świata. Owo otwarcie na odmienne sposoby zachowania jest możliwe dzięki wykazaniu wyższego stopnia empatii, świadomemu zastosowaniu zmiany perspektywy, umiejętności zadawania pytań i aktywnego słuchania odpowiedzi. Jest ono możliwe jedynie, gdy u jego podstaw leży szacunek oraz ciekawość świata. Jest to także moment, w którym następuje uświadomienie sobie w jakim

stadium wrażliwości interkulturowej się znajdujemy (*porównaj DMIS Miliona Bennett*). Ostatnim etapem jest wygrana obu stron (**we wins**), czyli osiągnięcie takiego poziomu rozwoju umiejętności komunikacji interkulturowej, w którym radzenie sobie ze zmianami środowisk kulturowych przestaje być okupione zbyt dużym stresem i wydatkiem energetycznym i staje się naturalne. W centrum uwagi znajduje się tutaj zbudowanie pozytywnej relacji interpersonalnej – przejście od ja (*ego*) do my. Ważną umiejętnością na tym etapie procesu jest uważność (*mindfulness*) – bycie tu i teraz. Jest to stan, w którym jesteśmy otwarci na własny odbiór świata, ale i otwieramy się na drugiego człowieka. To stan gotowości do budowania więzi. Najnowsze badania nad stresem udowodniły, że nastawienie na budowanie więzi z innymi ludźmi, pomaganie im i troszczenie się o nich zwiększa naszą odporność i poprawia skuteczność radzenia sobie z sytuacjami stresowymi. Oksytocyna, hormon stresu uwalniany w trakcie sytuacji stresowych, wywołuje zachowania socjalne. Z jednej strony powoduje, że otaczamy się ludźmi, którzy mogą nam pomóc, z drugiej zaś dostraja nasze instynkty społeczne, wzmacnia empatię i kieruje naszą uwagę na troskę o innych. To dzięki kontaktom międzyludzkim regeneracja po stresie odbywa się szybciej.

Summary

The 21st century is above all characterized by high mobility, previously not known on a global scale. Encounters with people from diverse cultural circles, due to relocations, job performance in the multicultural teams and migrations lead to significant stress increase. The development of the cross-cultural communication skills, while facing personal and professional cultural changes, is of a great importance, in order to minimize the stress impact. The preparation for successful dealing with people from diverse cultural circles cannot, however, be limited to the knowledge transfer on the specifics of certain countries, regions or ethnic groups. Such strategy dominated the approach in the past century and did not work out. The preparation at the cognitive level is not satisfactory and should be considered the beginning on the path towards the development of the cross-cultural skills. Inspired by the newest research concerning stress management as well as transition change in the intercultural context, I am presenting a new model, called RAINBOW model, depicting the complexity of the process of cross-cultural communication skills development. The rainbow with its seven colors symbolizes diversity in unity and therefore depicts the complexity of the cross-cultural communication skills development. On the other side, it has served for centuries in various religions and mythologies as a symbol of hope for better tomorrow and the bond between the human being and the divine powers. By the use of the symbolic aspect of the rainbow, I would like to highlight the value of building bridges of understanding and acceptance among people standing on the opposite sites of this natural bridge. Seven colors symbolize seven skills, embracing the cross-cultural communication. Their first letters create the word rainbow. The very first step on the path towards the cross-cultural communications skills development is reflection of our own cultural roots. Our own history is as important as the culture

of the country, region and places, which had impact on our experience. The next step is **awareness** of the target cultures, at the cognitive level, in order to define what is similar and what is different. That way we can have a look at our own expectations as well. Similarly, the **interpretation** of the symbols, behaviors and traditions plays an important role during cross-cultural encounters. The proper interpretation of differing communication style and thinking patterns challenges us to adapt our own behavior to the new situation. That modification I have called **navigation** towards the objectives, such as relationship building and communication improvement. The navigation I am talking about is not a one-way process. It takes place in both directions and is more efficient, the more details characteristic for our cultural background we are ready to share. The so-called third culture emerges as a result. Two of the most suitable tools in order to conduct the four RAINBOW phases of the cross-cultural skills development at the cognitive level are Cultural Detective designed by Dianne Saphiere as well as D.A.E. (Describe Analyze Evaluate method by Kyoung-Ah Nam). The last three phases of the RAINBOW model take place at the emotional level. The very first one is the **balance** of thoughts and emotions. It is not enough to understand the source of the differences and represent the logical approach to the communication process. We need to be aware of the fact how we react to the differences at the emotional level as well. How do we feel while speaking foreign language, or witness business etiquette that varies from our expectations? What do we feel when values in the new cultural setting are contradictory to our point of view? Balancing IQ and EQ (emotional intelligence) is the key to success while developing intercultural communication skills. The positive view of people and the positive attitude towards new contacts are the most important elements of the emerging **openness**. Such openness towards new ways of culture perception is possible, provided we show the high level of empathy, are able to apply perspective change as well as ask questions and listen actively to the answers given to them. It is the result of respect towards human beings and curiosity about the world and hunger for knowledge. At this stage we can analyze where we currently are on the DMIS scale by Milton Bennett. The very last element of the RAINBOW model is called **we wins** and signifies the stage when coping with culture changes stops being challenging and bound with major stress and becomes a natural process. The relationship building is in the center of attention and the shift from focusing on I (ego) towards «we» takes place. Mindfulness is a very important skill confirming that we are open to our own perception of the world as well as others' perception.

It is the state of readiness to build tight bounds with other people. The newest research on stress confirms that supporting and taking care of other people improves our own immunology and enhances our stress management. The stress hormone oxytocin, which is released during stressful situations, is responsible for social behavior at the same time and therefore called «bonding hormone». It increases our empathy and makes us focus on help and support. Thanks to interpersonal bounds the regeneration after stress occurs much faster. In the intercultural context we can better cope with stress, provided we are among people and are ready to share our joy, uncertainty and doubts with them.

Omówienie

W dobie globalizacji, liczba osób dotkniętych stresem towarzyszącym zmianom kręgu kulturowego¹ wzrasta z roku na rok. Wśród krajów Unii Europejskiej w 2010 roku największą liczbę imigrantów zanotowano w Niemczech (prawie 11 milionów), we Francji (6,7 miliona), Wielkiej Brytanii (6,5 miliona) oraz Hiszpanii (6,4 milionów)² [1]. W Polsce sytuacja jest odwrotna. To Polacy o wiele częściej emigrują niż przyjmują imigrantów. Według danych oficjalnych w ostatniej dekadzie co dziesiąty mieszkaniec Polski, tj. 3,8 milionów osób, zdecydował się na emigrację ekonomiczną. Zjawisko to dotyczy przede wszystkim młodych, często bardzo dobrze wykształconych ludzi, pomiędzy 25 i 34 rokiem życia. W przypadku reprezentantów tzw. pokolenia Y (urodzeni między 1980 i 2000 r.) mówi się nawet o doświadczeniu pokoleniowym [2]. Pokolenie to nazywane jest także pokoleniem Web.2.0, świetnie obracającym się w świecie najnowszych technologii i znakomicie posługującym się językami obcymi, a to w głównej mierze dzięki pobytom zagranicznym [3]. Polacy decydują się na emigrację do Niemiec, Wielkiej Brytanii i Holandii [2], przy czym warto pamiętać, że duże skupiska polonijne znaleźć także można w USA i Kanadzie. Drugim co do wielkości po Warszawie, najliczniej zamieszkałym przez Polaków miastem w dalszym ciągu jest Chicago.

Kwestia migracji i relokacji w przypadku naszego kraju to jednakże nie tylko ruch jednostronny. Polska, która po drugiej wojnie światowej przez ponad pół wieku była państwem etnicznie niemalże homogenicznym, obecnie zmienia swe oblicze. Szczególnie w większych miastach coraz częściej spotyka się ekspatów³ i studentów zagranicznych, a także osiadających tu na stałe Wietnamczyków, Chińczyków, mieszkańców Europy południowej i wschodniej oraz Turcji, zajmujących się w głównej mierze handlem, usługami oraz gastronomią. Zarówno Polacy na emigracji, jak i imigranci w Polsce dotknięci są stresem związanym ze zmianą otoczenia w skali mikro (zmiany dotyczące bezpośredniego otoczenia, rodziny, szkoły, miejsca pracy) i makro (przeprowadzka do innego państwa, na inny kontynent). Należy zwrócić uwagę na fakt, że różne osoby nie tylko reagują w odmienny sposób na stres, ale także w różnorodny sposób radzą sobie ze stresem związanym ze zmianą kręgu kulturowego.

1 Pojęcie zmiany kręgu kulturowego rozumiane tu jest jako: emigracja – opuszczenie własnego kraju, imigracja – przybycie do nowego kraju, relokacja – częste, z reguły mający miejsce co trzy, cztery lata przeprowadzki do innego kręgu kulturowego, a także kontakty zawodowe, udział w zespołach lub projektach multikulturowych.

2 Przy czym dane statystyczne, dotyczące migracji są zależne od definicji tego fenomenu. I tak na przykład w RFN przyjmuje się, że co piąty mieszkaniec republiki ma tzw. Korzenie migracyjne, co znaczy, że albo sam jest migrantem, albo też jego przodkowie w pierwszym lub drugim pokoleniu przyjechali do Niemiec.

3 Ekspat to wysokiej klasy specjalista, który opuścił kraj i dobrowolnie pracuje za granicą.

Stres jako wynik niezrozumienia nowej rzeczywistości

Badania dotyczące stresu wykazały, że niespodziewane wydarzenia stresują nas bardziej niż te, które jesteśmy w stanie przewidzieć. Stąd też zdecydowanie bardziej podniesiony poziom stresu w trakcie zmiany kręgu kulturowego obserwuje się u osób, które nie uświadamiają sobie różnic kulturowych. Nie tylko wydarzenia, ale również style komunikacji, sposoby zachowania się osób z innych kultur oraz odmienna wizja świata, są dla nas tym bardziej stresujące im mniej wiemy na temat odmiennego kręgu kulturowego. Wówczas bowiem jesteśmy w stanie przewidzieć reakcje i zachowania tylko w minimalnym zakresie i znajdujemy się w stanie permanentnego stresu niekontrolowanego. Nieznajomość uwarunkowań odmiennej kultury skutkuje błędną interpretacją komunikatów werbalnych i niewerbalnych co może wywołać reakcje odwrotne do oczekiwanych. Przyjrzyjmy się kampanii szczepień w krajach arabskojęzycznych, w której użyto tego samego języka wizualnego, co w krajach kultur zachodnich, takich jak Europa Zachodnia, czy też Ameryka Północna. Wyobraźmy sobie sekwencję trzech zdjęć, z których pierwsze przedstawia bardzo ciężko chore dziecko, leżące na kolanach u osoby dorosłej. Widać, że dziecko to jest wyczerpane i potrzebuje pomocy. Drugie zdjęcie przedstawia scenę przyjęcia lekarstwa i jest wykadrowane na twarz małego pacjenta, trzecie z kolei ukazuje uśmiechnięte, tryskające zdrowiem i energią dziecko. Przekaz wydaje się jasny: dziecko, zagrożone na początku, po szczepieniu wyzdrowieje i odzyska radość życia. Kampania ta jednakże nie tylko nie odniosłaby sukcesu w krajach arabskich, ale wręcz przyniosłaby odwrotny skutek. W kulturach arabskich nie tylko tekst ale także ilustracje odczytuje się z prawa na lewo. Sekwencja wyżej opisanych zdjęć zostałaby w związku z tym odmiennie odczytana niż w świecie zachodnim i tym samym błędnie zinterpretowana.

Komunikat zabrzmiałby: «*Moje zdrowe, uśmiechnięte dziecko po proponowanym lekarstwie ciężko się rozchoruje*». Jest to zaledwie jeden z licznych przykładów, który obrazuje w jaki sposób nasza percepcja otaczającego nas świata jest uwarunkowana kulturowo. Przykład ten w wyrazisty sposób dowodzi, że funkcjonowanie w odmiennym kręgu kulturowym bez wiedzy lub z głęboką niepewnością, co do rządzących nim prawideł, może prowadzić do opłakanych skutków. Percepcja świata jest zawsze subiektywna. Osoba nieuświadamiająca sobie różnic kulturowych, znajduje się w stanie permanentnego, niekontrolowanego stresu, ale czy sama świadomość odmiennych wartości i różnych wizji świata na poziomie kognitywnym wystarczy, by lepiej sobie radzić ze stresem w trakcie zmiany kręgu kulturowego? Odpowiedź brzmi: *nie*. Wiedza i zrozumienie specyfiki zachowania osób z różnych kręgów kulturowych to dopiero pierwszy krok ku rozwojowi kompetencji interkulturowej, rozumianej jako umiejętność komunikacji w odmiennym środowisku kulturowym. Badania nad stresem wykazały bowiem, że nie tylko wpływ bodźców zewnętrznych, ale także nasza postawa wobec stresorów odgrywa ogromną rolę. Przydatna jest także ich identyfikacja i nazwanie. Model Richarda Lazarusa w obrazowy sposób ukazuje mechanizmy działania stresu.

W poniższym przykładzie używam go do wyjaśnienia specyfiki sytuacji stresowej w nowym kręgu kulturowym.



Rys. 1. Model stresu wg Richarda Lazarusa⁴ w modyfikacji Sell J.

Powyższy model stresu za punkt wyjścia przyjmuje stresory pochodzące z nowego otoczenia, takie jak temperatura, zapachy, krajobraz, smaki, dźwięki,

⁴ Na podstawie grafiki Philippa Guttmana, http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Stressmodell_von_Richard_Lazarus.png&filetimestamp=20120520191627&

jednym słowem cała gama odmiennych bodźców wzrokowych, słuchowych, węchowych, smakowych i dotykowych, a także odmienne sposoby komunikacji werbalnej i niewerbalnej, które w nowej rzeczywistości kulturowej są odmienne interpretowane. Nietrudno sobie wyobrazić, że będziemy tutaj mieli częściej do czynienia z interpretacją stresorów jako niebezpieczne, gdyż z perspektywy znanej nam kultury będą one trudne lub niemożliwe do zrozumienia, a tym bardziej akceptacji. Stresory, zakwalifikowane przez nas jako niebezpieczne, zostaną poddane wtórnej ocenie sytuacji – analizie zasobów. Skupimy się wówczas na pytaniu, czy nasze zasoby takie jak: czas, krąg ludzi, na których możemy polegać, ale także własna energia i zdrowie, zarówno psychiczne jak i fizyczne są wystarczające, by się odnaleźć w nowej rzeczywistości kulturowej. W obcym kręgu kulturowym owa analiza zwykle prowadzi do stresu, gdyż często klasyfikujemy zasoby te jako niewystarczalne.

Uświadomienie sobie, że zmiana kręgu kulturowego niejednokrotnie dodatkowo łączy się ze zmianą ról (np. rezygnacja z pracy zawodowej w obliczu relokacji spowodowanej wyjazdem na kontrakt z partnerem), z rezygnacją z dotychczasowych zadań rutynowych na rzecz stworzenia nowego harmonogramu dnia, zmianą częstości i formy kontaktów z najbliższym otoczeniem itp., prowadzi do poszukiwania strategii pozwalającej w najlepszy sposób poradzić sobie ze stresem. Lazarus w swoim modelu wyróżnia dwa sposoby radzenia sobie ze stresem. Pierwszy z nich polega na skupieniu się na problemie w celu zmiany sytuacji. Jednakże nie zawsze jest to możliwe. W kontekście interkulturowym mogłoby to oznaczać zmiany ekstremalne, takie jak: przerwanie kontraktu zagranicznego, rezygnację z pracy w otoczeniu wielokulturowym, wycofanie się z projektu, w którego realizację zaangażowane są osoby z różnych kręgów kulturowych. W dobie globalizacji tego typu zachowania są nierzadko równoznaczne z ucieczką przed coraz bardziej kompleksową i wielokulturową rzeczywistością.

W obliczu tak daleko idących, niemożliwych do zaakceptowania konsekwencji skupienia się na problemie trzeba, poszukując wyjścia z trudnej sytuacji, skorzystać z drugiego sposobu: zająć się zmianą własnego nastawienia. Wiedza na temat innych kręgów kulturowych oraz zdolność analizy różnic kulturowych na poziomie kognitywnym przestają nam bowiem wystarczać. Potrzebna jest refleksja nad własnymi emocjami oraz zmiana własnego podejścia do problemu, rezygnując z bezskutecznych prób radykalnej zmiany sytuacji. Ta strategia radzenia sobie ze stresem wymaga skupienia wszystkich wysiłków na własnym świecie emocji, a nie tylko na problemie.

Niewątpliwie pierwszym krokiem, ku zredukowaniu stresu w kontekście interkulturowym, jest dogłębne poznanie własnych korzeni oraz wpływów kulturowych, a jednocześnie coraz lepsze poznawanie specyfiki nowego kręgu kulturowego. Jednym słowem, im lepiej poznamy własne oczekiwania, ukształtowane przez liczne czynniki kulturowe, takie jak: przynależność etniczna, wiek, płeć, kulturę organizacji lub firmy, działu i zespołu, w którym jesteśmy aktywni zawodowo oraz otoczenie socjalne i im precyzyjniej będziemy w stanie wskazać cechy wspólne i różnice kulturowe pomiędzy własną wizją świata, a systemem wartości w nowym kręgu

kulturowym, tym sprawniej będziemy w stanie zminimalizować stresowe sytuacje. Warto podkreślić, iż nie chodzi tutaj wyłącznie o kognitywny stosunek do rzeczywistości zewnętrznej, lecz także o poznawanie samego siebie, przede wszystkim przez odpowiedź na pytanie, jak indywidualnie reagujemy na zmiany, różnice oraz wielość sposobów interpretacji świata.

W modelu RAINBOW, który powstał w oparciu o model Lazarusa oraz uwzględnia całą gamę modeli interkulturowych i integralnych, podjęłam próbę zdefiniowania elementów, które są niezbędne do rozwinięcia i stałego pogłębiania kompetencji interkulturowej. Piszę o stałym pogłębianiu, gdyż jest to proces trwający całe życie, odzwierciedlający dynamikę naszego rozwoju osobistego. Zanim przedstawię kompleksowy model RAINBOW, pragnę kilka słów poświęcić dyskusji w literaturze przedmiotu, dotyczącej prób zaklasyfikowania stresu związanego ze zmianami kręgów kulturowych.

Stres czy szok kulturowy?

Autorzy pracy «Stres u ekspatów» z Fudan University w Szanghaju rozróżniają, wśród efektów stresu w trakcie relokacji, reakcje przewidywalne, takie jak: niepewność, distres oraz tęsknotę za domem, które mogą prowadzić do poważnych symptomów psychosomatycznych, obejmujących reakcje depresyjne [4]. W literaturze przedmiotu od połowy lat pięćdziesiątych ubiegłego stulecia mówi się o szoku kulturowym⁵, jaki przeżywają wyżej wspomniani ekspaci, przy czym ostatnio odchodzi się coraz częściej od tego terminu na rzecz nazwy: zmiana kulturowa. Popularne jest także określenie ukute przez Milтона Bennetta: *transition shock* (szok przeniesienia, zmiany), podkreślające aspekt sytuacji stresowej, jaką jest zmiana kręgu kulturowego [5].

Mimo, iż w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Światowej Organizacji Zdrowia (International Classification of Diseases) szok kulturowy jest dwukrotnie opisany jako jednostka chorobowa (F43.2 Trudności z adaptacją oraz Z60 Trudności z dostosowaniem kulturowym), to odchodzi się od tego zaklasyfikowania [6] i kładzie się nacisk na pozytywne strony zmiany kultury, takie jak: wzbogacenie osobowości oraz wypracowanie strategii do radzenia sobie ze zmianami.

Nowe podejście do tematu jest tym istotniejsze, że jeszcze pół wieku temu Kalervo Oberg w swoich pracach koncentrował się wyłącznie na negatywnych aspektach szoku kulturowego, takich jak [7]:

- Obciążenie psychiczne związane z wysiłkiem adaptacji;
- Poczucie straty (przyjaźnie, status, role, dobra materialne);
- Odrzucenie nowego otoczenia, bądź też uczucie odrzucenia przez owo otoczenie;

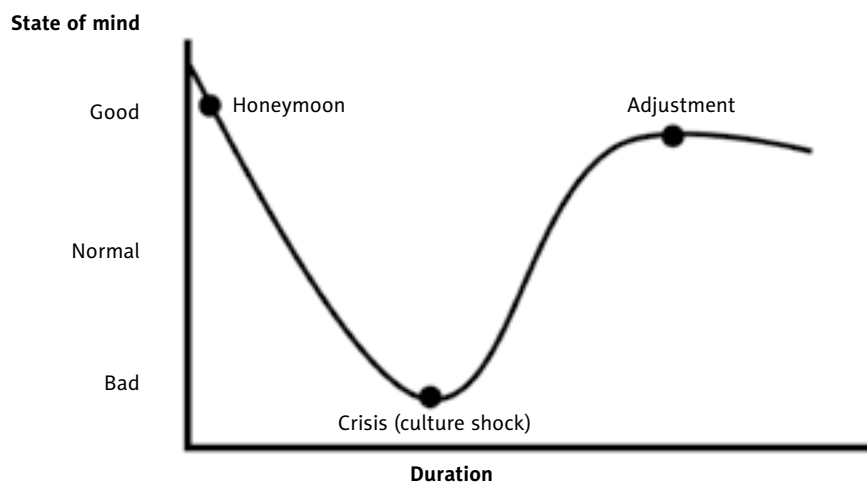
⁵ Termin ten wprowadziła w 1951 r. antropolog Cora DuBois. Do jego upowszechnienia poprzez wizualizację Modelu U przyczynił się Kalervo Oberg: «Cultural Shock: Adjustment to New Cultural Environments». In: *Practical Anthropology* 7/4 1960, S. 177-182. Reprint in: *Curare* 29/2+3 2006, S. 142-146

- Dezorientacja związana z redefinicją roli, oczekiwań wobec nowych ról, uczuć i zachwianie w posadach własnej tożsamości;
- Nieoczekiwane napady lęku i uczucie odrzucenia wobec różnic kulturowych;
- Poczucie bezsilności i bezradności w obliczu nieradzenia sobie z zaistniałą sytuacją.

Kalervo Oberg, definiując szok kulturowy jako zaburzenie funkcjonowania psychosomatycznego, wywołanego długotrwałym kontaktem z obcą kulturą podkreślał, iż wyżej wymienione, silne reakcje stresowe, przede wszystkim uczucia takie jak: dezorientacja i bezradność, wynikają głównie z nieznaności symboli, rytuałów i zachowań, charakterystycznych dla nowego kręgu kulturowego.

Zdaniem Oberga nawet wysoki stopień tolerancji odmienności i zmian nie jest w stanie uchronić osoby przechodzącej przez proces relokacji przed frustracją i lękiem.

Model Oberga odzwierciedla uprzednio sporządzony przez Lysgaarda opis procesu przystosowania się do nowych warunków życia w odmiennym kręgu kulturowym. Lysgaard w 1955 r. następująco opisał sytuację prawie dwustu norweskich naukowców, pracujących za granicą: «*Dostosowanie się do nowego otoczenia to proces przebiegający po paraboli U, początkowo wydaje się, że jest prosty i zostanie uwieńczony sukcesem, po czym nadchodzi kryzys, poczucie samotności i nieszczęścia. Ostatecznie, po przezwycięzeniu tej krytycznej fazy, człowiek czuje się lepiej dostosowany i zintegrowany*» [8].



Rys. 2. State of mind.

Zgodnie z wyżej przedstawionym opisem Oberg wyróżnił następujące fazy relokacji, dodając od siebie fazę ożywienia (dopasowania):

Miesiąc miodowy (Honeymoon) – faza euforii i fascynacji nową kulturą.

Shok kulturowy (Crisis, culture shock) – faza eskalacji lęków i niepewności, w której następuje zderzenie systemu wartości otoczenia z własnymi oczekiwaniami, wzor-

cami zachowań i własnymi korzeniami kulturowymi. Jest to faza podwyższonego poziomu stresu, w której z jednej strony idealizuje się własną kulturę, z drugiej zaś krytykuje, a nawet odrzuca osoby z obcego otoczenia kulturowego. Winą za jakiegokolwiek niepowodzenia i stany przygnębienia obciąża się specyficzną sytuację relokacji. Na tym etapie niezwykle ważna jest faza zastanowienia się nad własnymi i obcymi uwarunkowaniami kulturowymi. Bez tego stan lękowy może się pogłębić i doprowadzić do depresji.

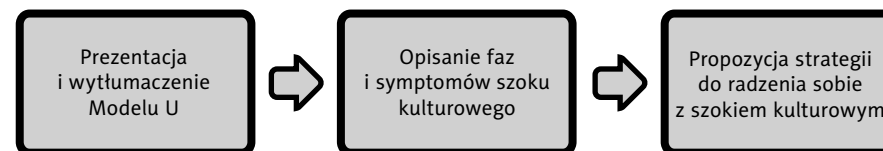
Dopasowanie (Adjustment) – faza ta charakteryzuje się ogólną poprawą nastroju oraz powrotem wiary w siebie i własne możliwości budowania relacji z innymi osobami, niezależnie od ich korzeni kulturowych. Fazę tę cechuje umiejętność rozwiązywania problemów i konfliktów.

Akceptacja i Integracja – faza akceptacji odmiennych wartości, tradycji i norm, co w rezultacie prowadzi do zaniku irracjonalnych lęków i stabilności emocjonalnej.

Krytyczna analiza «Modelu U» i «Modelu W»

Nie tylko wizualizacja zjawiska przystosowania się do obcego otoczenia w postaci tzw. «Modelu U» autorstwa Olberga, ale także medyczny model szoku kulturowego spotkały się, w miarę postępującego procesu globalizacji, z ostrą krytyką.

W latach dziewięćdziesiątych «Model U» został rozszerzony o wizualizację procesu repatriacji, czyli powrotu do kraju ojczystego po pobyciu za granicą. W ten sposób powstał Model W, sugerujący, że osoby powracające do swojego kraju po dłuższym pobyciu za granicą, przeżywają szok kulturowy porównywalny do tego, przez jaki wcześniej przeszły w wyniku wyjazdu [9]. Oba modele zostały w literaturze przedmiotu poddane ostrej krytyce w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia [10]. Zdecydowaną oponentką modelu Oberga jest także Kate Berardo, która, oprócz zdecydowanego zabrania krytycznego głosu w dyskusji akademickiej, zwraca uwagę na problematykę zastosowania modelu w treningach i coachingach relokacyjnych. [11]. Przygotowanie do relokacji z użyciem «Modelu U» według poniższego schematu może nie tylko być nieskuteczne, ale także przestraszyć osoby przygotowujące się do zmiany kręgu kulturowego, bądź też ekspatów, którzy mają odmienne doświadczenia.



Rys. 3. Kate Berardo: Wyzwania w procesie w czasie użycia «Modelu U» [11].

Problem z używaniem «Modelu U» w relokacjach polega przede wszystkim na tym, że nie uwzględnia on sytuacji jednostkowej i dostarcza zaledwie standardowych strategii do radzenia sobie ze stresem, które mogą być nieefektywne dla danej osoby i nierealne do zrealizowania w nowym kręgu kulturowym. Radzenie sobie

ze stresem, związanym ze zmianą kultury jest procesem indywidualnym, zależnym od konstytucji psychicznej, wcześniejszych doświadczeń oraz ogólnych umiejętności tworzenia strategii do stawiania czoła zmianom w życiu jednostki.

W trakcie omawiania «Modelu U» z ekspatką z Indii do Niemiec, podczas treningu interkulturowego, im dłużej zajmowałyśmy się listą strategii do radzenia sobie z relokacją, tym bardziej przerażona swoją nową sytuacją była uczestniczka szkolenia. Lista strategii, obejmująca zachowanie proaktywne, obejmowała bowiem między innymi poznanie kraju na własną rękę, podczas gdy samotne wyjście z domu, a tym bardziej podróżowanie w pojedynkę, nie mieściło się ekspatkę w głowie. Podobnie rzecz się miała ze wskazaniem miejsca, w którym można poznać nowe osoby. Osoby z zachodniego kręgu kulturowego zwykle mają na to pytanie lawinę odpowiedzi i pomysłów. Dla ekspatki z Indii nawet zastanawianie się nad tym było wręcz nie na miejscu. Ten trening interkulturowy dał mi wiele do myślenia i dostarczył oczywistej konkluzji, że lista sposobów radzenia sobie ze stresem związanym z relokacją została sporządzona dla osób z zachodniego kręgu kulturowego, które cechuje wysoko posunięty indywidualizm. W przypadku ekspatów z kultur, w których zorientowanie na grupę (kolektywizm) jest widoczny na każdym kroku, strategie te absolutnie nie mają zastosowania.

Wzbogacona o to doświadczenie, a także na podstawie opinii zwrotnych (feedback) uczestników szkoleń oraz doświadczenia własnego i ekspatów, postanowiłam przede wszystkim poszukać alternatyw dla «Modelu U» i «Modelu W» oraz podjąć próbę definicji kompetencji interkulturowej, którą powinny zdobyć i stale pogłębiać osoby mające kontakt z ludźmi z innych kręgów kulturowych. Warto zwrócić uwagę na fakt, że nie są to tylko ekspaci i migranci. Wiek dwudziesty pierwszy to era globalizacji i coraz trudniej znaleźć osoby, które nie dostrzegają potrzeby lepszego przygotowania do kontaktów interkulturowych. W ten sposób powstał model RAINBOW. Jednakże zanim się zajmę jego omówieniem, pragnę przedstawić kilka alternatywnych modeli przygotowania do zmian kulturowych.

Skala stresu a zmiana kręgu kulturowego

Uświadomienie sobie, iż patrzymy na rzeczywistość w nowym kręgu kulturowym przez pryzmat własnej kultury jest pierwszym krokiem na drodze do rozwinięcia kompetencji interkulturowej i osiągnięcia emocjonalnej równowagi w czasie procesu relokacji. W dobrze znanym otoczeniu nasze zachowania są powszechnie akceptowane i nie wzbudzają większych emocji, gdyż są dostosowane do norm, panujących w danej rzeczywistości.

W Europie nikogo nie dziwi uścisk dłoni na przywitaniu, ani formalne zwracanie się do nowo poznanej osoby przy użyciu form Pani i Pan. Hinduskie «Namastei» z dłońmi złożonymi na wysokości serca, bądź też pochycenie głowy na powitanie w Azji Wschodniej są z kolei ogólnie przyjętymi formami pozdrowienia w tamtych kręgach kulturowych. Ale już grzecznościowe odmówienie filiżanki kawy zarówno w Polsce, w Chinach jak i w Indiach może być odebrane w Niemczech dosłownie i propozycja podania kawy nie zostanie ponowiona. W rezultacie, interpre-

tacja zaistniałej sytuacji wypada niekorzystnie dla gospodarza, który wydaje się być niegościnnym, bo tylko raz zaproponował coś do picia. Przez myśl nam nawet nie przejdzie, że osoba ta nie zdaje sobie sprawy z faktu, że popełniła faux-pas nie ponawiając prośby. W Niemczech «nie» znaczy «nie», podczas gdy w Polsce to samo «nie» w zależności od kontekstu może oznaczać «może nie», lub też «może tak». Patrzenie na świat przez własne okulary kulturowe jest naturalnym procesem percepcji, lecz im większa nasza wiedza o świecie, wzbogacona o doświadczenie kontaktów z osobami z innych kręgów kulturowych, a także im wyższy poziom samoświadomości, tym łatwiejsze staje się przystosowanie własnego zachowania do nowych sytuacji w odmiennych warunkach. Powyższe przykłady dotyczą na pozór drobnych problemów komunikacji w życiu codziennym

Co się jednakże dzieje, gdy zmiany te piętrzą się na każdym kroku, jak to ma miejsce w przypadku zmiany kręgu kulturowego i dotyczą nie tylko gestów i sposobów komunikacji, ale także zmian dotyczących naszego «scenariusza życia»?

Skala stresu Holmesa i Rahe (Holmes–Rahe Life Stress Inventory)

Aby określić stopień ryzyka zachorowalności w korelacji z wydarzeniami stresowymi Holmes i Rahe stworzyli skalę do pomiaru poziomu stresu [12], którą można wykorzystać także do pomiaru stresu u ekspatów i migrantów. Skala stresu Holmesa i Rahe dostosowana do specyfiki sytuacji relokacji ukazuje jak kompleksowy jest proces zmiany kręgu kulturowego i jakie stresy powoduje. Okazuje się, że z 43 pozycji skali stresu (Life Stress Inventory) aż 16 z wielkim prawdopodobieństwem występuje w związku z relokacją. Już po przyjrzeniu się kryteriom staje się jasne, na jakie sytuacje stresowe są narażeni ekspaci i jakie mogą być konsekwencje doświadczenia dużych zmian. Uzyskanie ponad 300 punktów wiąże się, według autorów skali, z podniesieniem ryzyka zachorowalności na choroby psychiczne lub somatyczne o 80%.

Okazuje się, że sytuacja relokacji generuje aż 16 typów stresorów, których suma wartości, jak ukazuje poniższe zestawienie sporządzone według tej skali, wynosi więcej niż 300 punktów.

WYDARZENIE	PUNKTY
Związek na odległość	65
Duża zmiana w życiu zawodowym	39
Zmiana sytuacji finansowej	38
Zmiana profesji	36
Trudności z uzyskaniem kredytu	30

WYDARZENIE	PUNKTY
Zmiana zakresu obowiązków w pracy	29
Partner rozpoczyna nową pracę lub wycofuje się z życia zawodowego	26
Zmiany stylu życia	25
Zmiany warunków i czasu pracy	25
Zmiana zamieszkania	20
Zmiana szkoły dzieci	20
Zmiany dotyczące spędzania wolnego czasu	19
Zmiana aktywności religijnej	19
Zmiana kontaktów socjalnych	18
Zmiana liczby spotkań rodzinnych	15
Zmiana przyzwyczajeń żywieniowych	15
Suma	339

W analizie własnej sytuacji migranta czy ekspaty oraz w wypracowaniu strategii do radzenia sobie ze stresem związanym z relokacją mogą być pomocne także inne modele, jak na przykład: *Transition Model* Williama Bridges [13] oraz *Diminishing Stress-Adaptation-Growth* autorstwa Kim [14]. Ułatwiają one osobom zmieniającym otoczenie kulturowe uświadomienie sobie zaistnienia stresorów działających w trakcie relokacji, a także wspomagają przygotowanie psychiczne do związanych z tym zmian.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że w rzeczywistości siła reakcji na zmiany może być różna od wartości podawanych w poszczególnych kategoriach na skali stresu Holmesa i Rahe. Będzie ona bowiem zależna od sytuacji jednostkowej oraz od odporności psychicznej osoby reagującej. Mimo to, skala stresu jest bardzo przydatna w badaniach, a jej wartością jest przede wszystkim odzwierciedlenie kompleksowości zmian powodujących wysoki poziom stresu osób doświadczających zmian kręgu kulturowego.

Model RAINBOW

Próbą pełnego opisu złożonej problematyki procesu przystosowawczego po zmianie kręgu kulturowego, radzenia sobie ze stresem spowodowanym tą sytuacją i pracy nad własną umiejętnością komunikacji interkulturowej jest autorski model RAINBOW Joanny Sell. Został on zbudowany aby odzwierciedlić kompleksowy charakter procesu rozwoju umiejętności komunikacji z osobami z różnych kręgów kulturowych.

W tym kontekście istotna jest, z jednej strony potrzeba nauczenia się poprawnego odczytywania wysyłanych sygnałów z otoczenia, zarówno werbalnych, jak i niewerbalnych, charakterystycznych dla odmiennych kręgów kulturowych, z drugiej zaś, świadoma rezygnacja z oczekiwań na zachowania dotąd łatwo przewidywalne. Jak wynika z wizualizacji tożsamości multikulturowej, możemy przewidzieć różne modele zachowań tylko do pewnego stopnia, gdyż na sposób zachowania oprócz cech charakterystycznych kraju, regionu, grupy etnicznej mają wpływ czynniki takie jak płeć, wiek, rodzaj wykonywanej pracy oraz przynależność do grupy społecznej. Ponadto, w przypadku osób zmieniających miejsce zamieszkania w obrębie wielu kultur, tożsamość ta będzie jeszcze bardziej skomplikowana.

Spoglądanie na rzeczywistość przez pryzmat własnych doświadczeń kulturowych przestaje wystarczać. Jeśli na przykład będziemy pracować z osobą pochodzącą z Japonii, nie wystarczy nam zasięgnięcie informacji o charakterystycznych cechach kultury japońskiej. Może się okazać, że osoba ta wcześniej kilkakrotnie zmieniała kręgi kulturowe, pod wpływem których sama bardzo się zmieniła. Być może spędziła wiek dojrzewania w USA, gdzie została wzbogacona o doświadczenia z w tamtejszej *highschool*. Studiowała w Austrii i podjęła pierwszą pracę w Indiach. Ponadto, może się także okazać, że nasza koleżanka urodzona w Japonii jest w związku z Holendrem, co w znaczącym stopniu rozszerzyło jej doświadczenia interkulturowe.

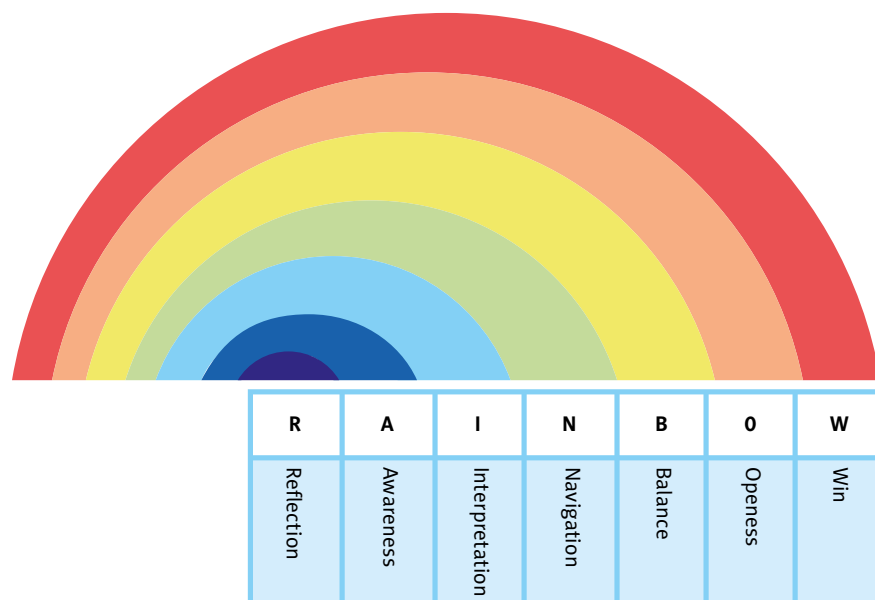
W dwudziestym pierwszym wieku niezbędne jest otwarcie się na drugiego człowieka, na nowe sposoby komunikacji oraz umiejętność dostrzegania, a co ważniejsze, właściwej interpretacji, odmiennych sposobów zachowania.

Dlaczego tęcza (Rainbow)?

Od czasów biblijnych i arki Noego tęcza kojarzy się z nadzieją⁶, z symbolem nowego początku po burzy, z przymierzem zawartym między Bogiem i ludźmi. W mitologii greckiej tęcza jest drogą, łączącą niebo z ziemią, którą przemierza posłanka bogów Iris. W mitologii chińskiej to szczelina w niebie zamykana przez boginię Nuwa kamieniami w siedmiu kolorach tęczy, a w świecie skandynawskich mitów jest to most łączący świat bogów ze światem ludzi. Dla podanych przykładów wspólne jest pozytywne skojarzenie, odwołujące się do naturalnego mostu, umożliwiającego komunikację pomiędzy dwoma przeciwległymi brzegami.

⁶ Warto zwrócić uwagę, że pejoratywne asocjacje tęczy są także uwarunkowane kulturowo. W Polsce symbol ten dla niektórych kojarzy się odmiennie niż w innych kręgach kulturowych.

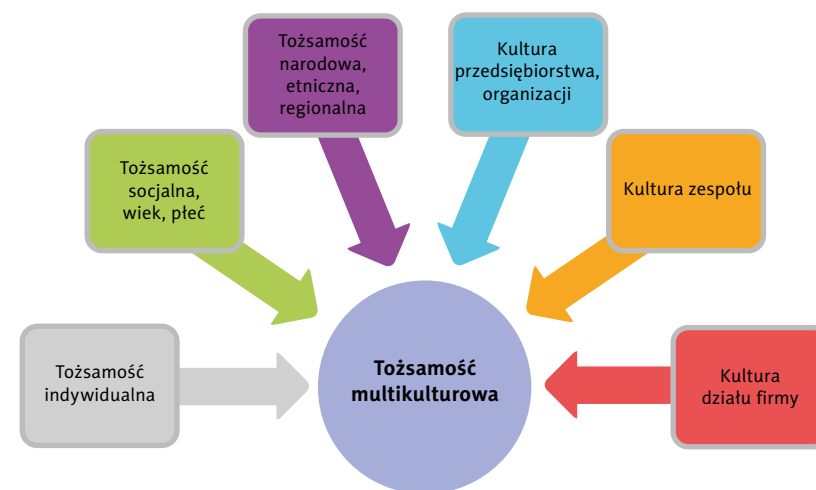
Tęcza z siedmioma kolorami to wielość w jedno i z tego powodu nadaje się, jako symbol, do wizualizacji złożonego pojęcia komunikacji interkulturowej. W moim modelu RAINBOW, tęcza najlepiej symbolizuje most porozumienia pomiędzy osobami z różnych kręgów kulturowych, które w trakcie procesu komunikacji stale go tworzą i umacniają. Z drugiej zaś strony, kolejne litery angielskiego słowa RAINBOW, to pierwsze litery pojęć podstawowych – siedmiu elementów niezbędnych do pracy nad rozwojem własnej umiejętności komunikacji interkulturowej. Model ten powstał na bazie doświadczeń i myśli zachodniej. Jest kolejną próbą wizualizacji skomplikowanego problemu i jak mam nadzieję, może być twórczo rozwijany.



Rys. 4. Joanna Sell: Model RAINBOW.

R → REFLEXION – REFLEKSJA nad własnymi korzeniami kulturowymi. W celu rozpoczęcia pracy nad rozwojem umiejętności komunikacji interkulturowej oraz w trakcie jej pogłębiania niezbędna jest nieustanna refleksja, zastanawianie się nad własnym zachowaniem, które jest ukształtowane kulturowo. W pierwszym rzędzie na owo zachowanie ma wpływ kultura kraju pochodzenia, regionu i grupy etnicznej, do której należymy, ale także czynniki, takie jak: przynależność do określonej warstwy społecznej, płeć, wiek, a również miejsce pracy i styl życia. Na tym etapie warto prześledzić wszystkie normy kulturowe, a także świat wartości, które dotąd kształtowały i w dalszym ciągu kształtują naszą osobowość. Ważną rolę będzie tu odgrywała zarówno nasza indywidualna historia, jak i historia kraju i regionu, z którego pochodzimy i w którym żyjemy, wszystkie normy i wartości, ukształtowane w dużej mierze przez sferę duchową środowiska pochodzenia, a także obowiązujące w nim standardy zachowań. W przypadku emigrantów, czy też ekspatów otwartych na nową kulturę, percepcja otaczającej rzeczywistości wzbo-

gaca się o doświadczenia zbierane w nowych kręgach kulturowych. Ta refleksja staje się jeszcze bardziej złożona w przypadku tak zwanych «dzieci trzeciej kultury» (*third-culture-kids*). Termin ten oznacza dzieci wzrastające w kulturze, bądź też kulturach, odmiennych od tych, w których dorastali ich rodzice, przekazujący im jednocześnie własne kulturowe doświadczenia. Dla tych dzieci wielokulturowe wpływy są oczywiste, choć nierzadko, od najmłodszych lat, niełatwe do pogodzenia. Mowa tu nie tylko o dzieciach wielokrotnie przemieszczających się dyplomatów, ale także o rodzinach migrantów, oraz rodzinach ekspatów, dla których relokacja co trzy, cztery lata jest normą.



Rys. 5. Tożsamość multikulturowa.

A → WARENESS – ŚWIADOMOŚĆ. Aby rozwinąć skrzydła w zglobalizowanym świecie nie wystarczy tylko autorefleksja. Równie ważne jest poznanie specyfiki kultury kraju docelowego, aby umiejętnie określić cechy wspólne i różnice kulturowe oraz zweryfikować własne oczekiwania. Owo poznanie odbywa się na wielu płaszczyznach, a źródłami informacji jest wielka paleta mediów oraz własne doświadczenia z osobami z innych kultur. Im lepiej jesteśmy przygotowani na poziomie poznawczym, tym pewniej możemy się czuć w nowej rzeczywistości. Poznanie zwyczajów, historii, życia duchowego osób z innego kręgu kulturowego, a także języka, jako nośnika kultury odgrywa tu ogromną rolę. Jednakże na tym etapie rozwoju komunikacji interkulturowej szczególnie ważne jest traktowanie cech charakterystycznych kultur, nazywanych w literaturze przedmiotu standardami kulturowymi⁷, bądź też wymiarami kultur⁸ jako uogólnień, umożliwiających naszkicowanie tendencji w sposobie zachowania w poszczególnych kulturach.

⁷ Autorem tego określenia jest psycholog niemiecki Alexander Thomas.

⁸ Za holenderskim psychologiem społecznym Geert'em Hofstede.

I → INTERPRETATION – INTERPRETACJA. W dalszej kolejności istotna jest poprawna interpretacja zaobserwowanych i usłyszanych faktów, z uwzględnieniem specyfiki własnego oraz docelowego kręgu kulturowego, bądź też wielu kręgów kulturowych. Konieczność interpretacji stawia przed nami wyzwanie, jakim jest niezbędna modyfikacja własnego zachowania w celu umiejętnego dostosowania się do specyfiki zaistniałej sytuacji. Ważnym elementem jest tutaj refleksja nad własnym postrzeganiem różnic kulturowych. Poprawna interpretacja minimalizuje stres i zdecydowanie może usprawnić komunikację, jednakże nie jest wystarczająca, by zbudować dobre relacje w nowym otoczeniu kulturowym. Potrzebny jest kolejny krok.

N → NAVIGATION – NAWIGACJA. Świadomą modyfikację własnego zachowania nazywam nawigacją, czyli konsekwentnym dążeniem do osiągnięcia wspólnego celu, jakim jest nawiązanie dobrych relacji interpersonalnych i usprawnienie komunikacji. Warto przy tym sobie uświadomić, że nie jest to bynajmniej proces jednostronny. Nawigacja odbywa się także w naszym kierunku i będzie tym sprawniejsza, im więcej detali dotyczących własnego kręgu kulturowego zakomunikujemy własnym zachowaniem i im więcej niuansów dotyczących naszej kultury przekazemy rozmówcom. W literaturze przedmiotu nazywa się ten proces konstruowaniem trzeciej kultury będącej wypadkową dwóch lub większej ilości kultur, na bieżąco tworzonej przez ich reprezentantów [15].

Adaptacja do sytuacji to proces świadomy, w którym jedyną skuteczną metodą jest metoda prób i błędów. Na tym etapie szczególnie ważna jest zdolność do samokrytyki oraz dystans do własnej roli, a także tolerancja wobec zmian. Przyjmując za punkt wyjścia, że osoby zaangażowane w proces komunikacji interkulturowej znajdują się po przeciwnych stronach tęczy, proces nawigacji można sobie wyobrazić jako budowanie mostu z obu stron, w celu spotkania się pośrodku. Warto w tym momencie zwrócić uwagę na fakt, iż «budowanie mostu» jest cechą immanentną wszystkich elementów modelu RAINBOW, bo przecież celem efektywnej komunikacji interkulturowej jest spotkanie się pośrodku i stworzenie nowej jakości porozumienia [16].

Kolejne trzy fazy modelu RAINBOW dotyczą poziomu emocjonalnego i duchowego.

B → BALANCE – RÓWNOWAGA myśli i emocji. Kolejnym wyzwaniem na drodze do rozwoju umiejętności rozwoju komunikacji interkulturowej jest dążenie do osiągnięcia równowagi pomiędzy inteligencją racjonalną (*IQ*) i inteligencją emocjonalną (*EQ*). Inteligencja emocjonalna, to rozumienie swoich emocji i panowanie nad nimi a także rozumienie cudzych emocji (*empatia*). Jeżeli będziemy rozwijać jedynie sferę inteligencji racjonalnej, to zaburzona zostanie ta równowaga i wówczas nie będziemy w stanie odczuwać cudzych emocji, będziemy coraz mniej empatyczni, nie będziemy potrafili współczuć i zrozumieć drugiej osoby. Z badań naukowych wynika, że brak równowagi spowodowany nadmiernym rozwojem inteligencji racjonalnej może nawet doprowadzić do zmiany osobowości w kierunku

osobowości antysocjalnej. W takim przypadku rozwój wrażliwości interkulturowej jest już niemożliwy [17]. Z badań wynika także, że my sami mamy wpływ na rozwój inteligencji emocjonalnej. Zrównoważenie poziomu kognitywnego i emocjonalnego jest niewątpliwie trudnym zadaniem. Nie wystarczy bowiem poznanie źródła różnic, zrozumienie ich i logiczne podejście do procesu komunikacji. To nie jest prosta współzależność, że im więcej wiemy i im więcej jesteśmy sobie w stanie wytłumaczyć, tym bardziej podnosimy własną kompetencję interkulturową. Ważnym elementem jest zastanowienie się, jak reagujemy na owe różnice na poziomie emocjonalnym. Co odczuwamy, gdy używamy obcego języka, czy też jesteśmy świadkami odmiennej etykiety przy stole? Co odczuwamy, gdy zaobserwowane zachowania są sprzeczne ze znanym nam dotychczas systemem wartości? Czy nasze pozytywne zaangażowanie emocjonalne rośnie wprost proporcjonalnie do zaangażowania poznawczego?

Uzyskanie równowagi między poziomem kognitywnym i emocjonalnym jest kluczem do sukcesu w procesie pracy nad rozwojem własnej wrażliwości interkulturowej i efektywnym budowaniu komunikacji interkulturowej. Najnowsze badania nad stresem dowodzą, że indywidualnie zróżnicowane podejście do sytuacji stresowej jest zdecydowanie ważniejsze od tego jak silny stres (bez względu na wybór skali do jego pomiaru) może ona powodować. Amerykańscy psychologowie w badaniach nad tą zależnością wykazali, że u osób które doświadczyły dużych stresów w minionym roku, wiara, iż stres szkodzi zdrowiu wpłynęła na wzrost ryzyka śmierci o 43% [18].

Warto zatem dokonać autoanalizy własnego podejścia do stresu, związanego ze zmianami kręgu kulturowego, i jeśli jest ono negatywne, starać się je zmienić. Zrównoważenie myśli i emocji odgrywa w tym procesie bardzo istotną rolę. Ważnymi instrumentami i metodami pomagającymi w zrównoważeniu czynników racjonalnych i emocjonalnych mogą być: Integralny model Kena Wilbera oraz Modele Kate Berardo (porównaj kolejne rozdziały).

O → OPENESS – OTWARCIE na nowe możliwości postrzegania świata. Po uważnej analizie własnych reakcji na poziomie poznawczym i emocjonalnym przychodzi czas na gotowość do otwarcia się na nowe formy komunikacji i odmienne modele zachowania. Za podstawową wytyczną może tu służyć myśl: «Obce nie znaczy gorsze, znaczy inne». Otwarcie się na odmienne sposoby zachowania jest możliwe dzięki wykazaniu wyższego stopnia empatii, świadomemu zastosowaniu zmiany perspektywy, umiejętności zadawania pytań i aktywnego słuchania odpowiedzi na nie oraz dzięki metakomunikacji, czyli wymianie spostrzeżeń na temat komunikacji. Owo otwarcie może zaistnieć jedynie, gdy jego podstawą jest szacunek i pozytywny obraz drugiego człowieka, a także kiedy łączy się z ciekawością świata i chęcią odkrycia jego wielokulturowości i wieloznaczności pojęć. Na tym etapie bardzo istotna jest zgoda na wieloznaczność i powtarzanie pytania: Co już wiem na ten temat a czego jeszcze mogę nie wiedzieć, nie rozumieć? Wspomniane bowiem w fazie Awariness standardy kulturowe (a także różne style zachowań) można zinterpretować zarówno pozytywnie jak i negatywnie. Przyjrzyjmy się różnicom w pojmowaniu czasu w krajach niemieckojęzycznych i w Polsce.

	Kraje niemieckojęzyczne Czas jednowarstwowy Monochroniczny	Polska Czas wielowarstwowy Polichroniczny
Aspekty pozytywne	<ul style="list-style-type: none"> • Punktualność • Dotrzymanie ustalonych terminów • Linearne wykonywanie czynności jedna po drugiej • Koncentrowanie się na strukturach i planowaniu czasu 	<ul style="list-style-type: none"> • Duża elastyczność • Tolerancja wobec przesuwania terminów • Wielozadaniowość w jednym czasie • Koncentrowanie się na procesach
Aspekty negatywne	Brak elastyczności	Brak koncentracji

Rys. 6. Joanna Sell: Różnice w percepcji czasu. na podst.: Kwadratu wartości, Schulza von Thun [19].

Powyższy kwadrat wartości pokazuje jak nasze, własne podejście do odmiennego sposobu pojmowania czasu prowadzi do zmiany perspektywy. Jeśli bowiem swój sposób postrzegania czasu będziemy uznawać za jedyny produktywny, a u osoby prezentującej model sprzeczny z naszą wizją dostrzegać będziemy jedynie negatywne aspekty, prędzej czy później dojdzie do konfliktu. Kwadrat wartości prowokuje do postawienia pytania jak traktujemy wieloznaczność. Czy jesteśmy gotowi dostrzec zarówno pozytywne jak i negatywne strony własnego i cudzego sposobu zachowania?

Na tym etapie warto się zastanowić nad własnym stadium rozwoju wrażliwości interkulturowej, innymi słowy nad własną gotowością do otwarcia na kontakty z osobami z innych kręgów kulturowych. Pomocny jest tutaj Rozwojowy Model Wrażliwości Interkulturowej Milтона Bennetta (*DMIS, Developmental Model of Intercultural Sensitivity*) [20].

W → WE WINS – WYGRANA OBU STRON to osiągnięcie takiego poziomu komunikacji interkulturowej, w którym radzenie sobie ze zmianami środowisk kulturowych przestaje być okupione zbyt dużym stresem i wydatkiem energetycznym i staje się naturalne, nie tylko dlatego, że sami doświadczyliśmy rozwoju, ale także z tego powodu, że zainspirowaliśmy do rozwoju innych. Jest to stadium, w którym efektywność komunikacji będzie na bardzo wysokim poziomie, gdyż w centrum uwagi znajdzie się zbudowanie pozytywnej relacji interpersonalnej – przejście od «ja» (ego) do «my».

Należy sobie jednak uświadomić, iż nikt nie jest w stanie tak dobrze przygotować się na zmiany, by mieć pewność, że jego własna sfera komfortu pozostanie zawsze nietknięta. Zbyt wielka jest różnorodność sytuacji, w których bagaż doświadczeń interkulturowych i praca nad własnym rozwojem nie wystarczą, by zachować równowagę pomiędzy oceną sytuacji i emocjami. Rozwój wrażliwości

interkulturowej jest procesem odbywającym się przez całe nasze życie i siłą rzeczy jest związany z narażeniem na stesy, związane ze zmianami kulturowymi.

Na tym etapie docenia się jednakże wzbogacenie, jakie niesie ze sobą rozwinięcie wrażliwości interkulturowej oraz niejednokrotnie tożsamości wielokulturowej. Ważną umiejętnością jest tutaj *mindfulness* czyli uważność, definiowana jako «bycie tu i teraz». Celem jest świadome odczuwanie teraźniejszości, poprzez wyciszenie myśli i skierowanie uwagi na stan własnego umysłu i stan ducha. Jest to stan, w którym jesteśmy otwarci na własny odbiór świata, ale i otwieramy się na drugiego człowieka. To stan gotowości do budowania więzi.

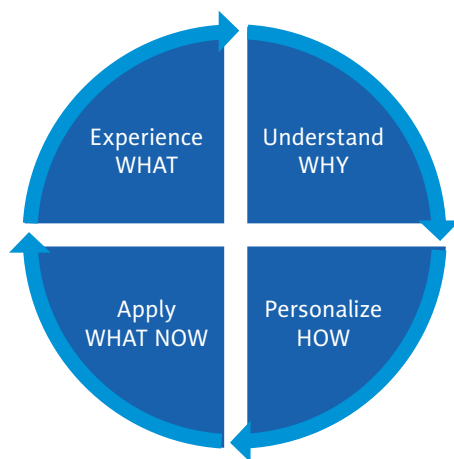
W tym miejscu ponownie odwołuję się do najnowszych badań nad stresem, które udowodniły, że nastawienie na budowanie więzi z innymi ludźmi, pomaganie im i troszczenie się o nich zwiększa naszą odporność i poprawia skuteczność radzenia sobie z sytuacjami stresowymi [21]. Oksycytyna, hormon stresu uwalniany w trakcie sytuacji stresowych, wywołuje zachowania socjalne. Z jednej strony powoduje, że otaczamy się ludźmi, którzy mogą nam pomóc, z drugiej zaś dostraja nasze instynkty społeczne, wzmacnia empatię i kieruje naszą uwagę na troskę o innych. To dzięki kontaktom międzyludzkim regeneracja po stresie odbywa się szybciej [22].

W kontekście interkulturowym, to dzięki kontaktom z osobami z odmiennymi korzeniami kulturowymi i dzięki stresom, związanym z tymi kontaktami, w momencie, gdy będziemy proaktywni i gotowi nie tylko zrozumieć, ale także wesprzeć i otoczyć troską osoby napotkane na naszej drodze życiowej, sami będziemy lepiej przygotowani do radzenia sobie z sytuacjami stresowymi. Czyż to nie dar, że w proces stresu wbudowany jest mechanizm obronny, który wpływa na potrzebę kontaktów międzyludzkich, potrzebę troszczenia się o innych, szacunku i czystej ludzkiej życzliwości?

Model «Cztery elementy planowania zmiany kulturowej»

Kate Berardo stworzyła modele szczególnie praktyczne przy zastosowaniu ich w czasie treningów i coachingów relokacyjnych. Zdaniem Berardo proces przystosowania do nowego kręgu kulturowego powinien przebiegać w następujących, kolejnych etapach:

- **Doświadczenie CO?** (Experience WHAT) – uświadomienie sobie zmian związanych ze stresem relokacji,
- **Zrozumienie DLACZEGO?** (Understand WHY) – zrozumienie specyfiki nowej sytuacji, refleksja nad własnymi korzeniami kulturowymi i wynikającymi z nich oczekiwaniami,
- **Zastanowienie się JAK?** (Personalize HOW) się to ma do własnej sytuacji – własne doświadczenia,
- **Opracowanie strategii CO TERAZ?** (Apply WHAT NOW) – wypracowanie indywidualnej strategii radzenia sobie ze stresem wywołanym zmianami.



Rys. 7. Kate Berardo: Cztery elementy planowania zmiany kulturowej [11].

Model «5R»

Powyższe zmiany zachodzą w pięciu sferach, skrótowo nazwanych przez Kate Berardo: 5R, bowiem dotyczą: zachowań rutynowych, reakcji, ról, relacji interpersonalnych oraz refleksji.

Zachowania rutynowe

Osoby zamierzające zmienić krąg kulturowy mogą się do tego kroku przygotować, analizując jakich zachowań rutynowych nie będą mogły kontynuować w nowym otoczeniu. Mogą to być rzeczy wydające się, na pierwszy rzut oka, banalne, jednakże ich ciągle doświadczanie staje się źródłem stresu. Często zmiany stylu życia będą bardziej dotkliwe dla kobiet niż dla mężczyzn. Przykłady są ewidentne: w Arabii Saudyjskiej kobiety nie mogą prowadzić samochodu, w wielu krajach arabskich, azjatyckich i afrykańskich kobiety nie opuszczają same domu, a w niektórych krajach, jak np. Nigeria lub Indonezja, mogą wychodzić jedynie w otoczeniu szofera i ochroniarza. Przeniesienie się do jednego z wyżej wspomnianych kręgów kulturowych wiąże się więc z koniecznością częściowej rezygnacji z wolności osobistej. Równie stresogenne może się okazać zrobienie zakupów w nowym miejscu zamieszkania. Z jednej strony może być okupione uczuciem oszołomienia mnóstwem kolorów i zapachów nieznanymi produktami spożywczymi, z drugiej zaś, wydłużeniem w czasie samego procesu kupowania. Irytacja z pozornie banalnego powodu, wywołana chociażby niemożnością nabycia podstawowych artykułów żywnościowych, takich jak np.: chleb czy bułki może urosnąć do problemu numer jeden w nowym otoczeniu. Zmianom ulega nie tylko styl żywienia, ale także pory spożywania posiłków, uwarunkowane odmiennym klimatem. Siesta w krajach śródziemnomorskich oraz w państwach Ameryki Południowej, będąca wyznacznikiem rytmu dnia, pociąga za sobą odmiennie godziny otwarcia banków, urzędów i sklepów. W obliczu powyższych zmian, warto sobie postawić pytanie, jak najprawdopodobniej możemy na nie zareagować, a przede wszystkim, jakie strategie należy zastosować, by ułatwić sobie dostosowanie do nowego miejsca.

Reakcje

Kolejnym wyzwaniem w nowym kręgu kulturowym są reakcje innych ludzi na nasze zachowanie. Coś, co w dobrze nam znanej rzeczywistości nie wzbudzało wątpliwości, w nowym otoczeniu okazuje się być w najlepszym przypadku nieczytelne, a w najgorszym obraźliwe. W USA bardzo powszechne jest zapraszanie na przyjęcia «pot-luck». Na te spotkania wszyscy goście przynoszą potrawy charakterystyczne dla swojej rodziny lub kuchni danego kraju. W tradycji polskiej gościnności trudno o wyobrażenie sobie podobnej sytuacji. Co więcej, w Ameryce Północnej nie dziwi nikogo, że solenizant jest zapraszany do restauracji czy pubu przez jego gości, którzy wtedy płacą za siebie i za niego.

Na etapie reakcji ważne jest znalezienie własnych odpowiedzi na zadane sobie pytania: Co się zmieni? Dlaczego te zmiany będą dla mnie istotne? Jak najprawdopodobniej zareaguję? Jak sobie poradzę?

Role

Zmiana kręgu kulturowego nieodłącznie związana jest ze zmianą ról. Nawet jeżeli role powierzchownie wydają się takie same, zmienia się nakład energii potrzebnej do ich realizacji. Nowa klasyfikacja jako «obcy», «obca», bądź też rodzic zostający w domu, uprzednio aktywny zawodowo, jest dodatkowym obciążeniem emocjonalnym.

Relacje

Relacje międzyludzkie zawsze zmieniają się wraz z upływem czasu, jednakże wraz ze zmianą kręgu kulturowego procesy te ulegają zdecydowanemu przyspieszeniu. Przyjaźnie osób rozdzielonych poddane zostają trudnej próbie czasu i dystansu fizycznego, natomiast relacje z członkami rodziny, którzy przenieśli się w nowe miejsce razem z nami mogą być znacznie bardziej intensywne. Ta intensywność, oprócz pozytywnego znaczenia może stanowić także duże i trudne wyzwanie.

Refleksje

Zmiana kręgu kulturowego zmusza do refleksji i zastanowienia się nad własnymi wartościami kulturowymi. Siłą rzeczy zmieniamy się nieodwracalnie i po powrocie możemy zaskoczyć swoje otoczenie nowymi gestami, odmiennym sposobem zachowania oraz zwyczajami zaadoptowanymi w nowym kręgu kulturowym. Z jednej strony odczuwamy to jako wzbogacenie, z drugiej zaś, jako stałe poszukiwanie własnej tożsamości. Stale oscylujemy pomiędzy krytyką i pełną akceptacją nowej kultury.

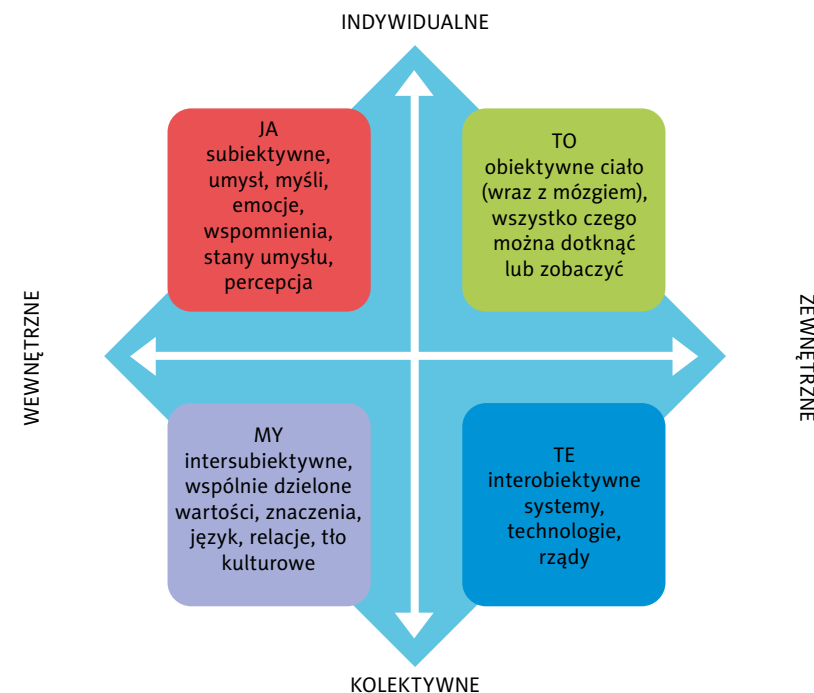
Skala stresu i próby opisanego, za pomocą modeli teoretycznych, procesu przystosowawczego po zmianie kręgu kulturowego przekonują, jakim ogromnym wyzwaniem jest ta zmiana. Prowadzą też do uświadomienia, jak istotne jest opracowanie strategii, by sobie z tą stresogenną sytuacją umiejętnie poradzić.

Model integralny

Nie ulega wątpliwości, że radzenie sobie ze stresem związanym ze zmianą kulturową wymaga od nas dużego nakładu energii oraz zaangażowania na wielu płaszczyznach. Jak bardzo zintegrowanym procesem jest radzenie sobie z tym stresem pokazuje model Kena Wilbera, który rozróżnia cztery sfery wpływu (JA i TO oraz MY i TE) [23]. Żyjemy w przestrzeni własnego świata wewnętrznego (myśli, emocji, percepcji, stanów umysłu, JA), jak i kultury tworzonej przez nas i innych (MY, wspólnie dzielone i wyznawane wartości, znaczenia, języki, relacje). To także część naszego świata wewnętrznego. Równocześnie istniejemy w świecie materialnym, własnym, jakim jest nasze ciało (TO) i materialnym otoczeniu, jakim są nie tylko systemy, networki, technologie i instytucje rządzące, tworzone przez ludzi, ale także nasze otoczenie naturalne (TE). To świat materialny, świat zewnętrzny.

W momencie, gdy w którejkolwiek z tych czterech części dojdzie do poważnych zmian, równowaga pomiędzy wszystkimi ćwiartkami zostaje zakłócona. Znaczące zmiany w ćwiartce dotyczącej kultury (MY) siłą rzeczy odbiją się na pozostałych trzech ćwiartkach. Zarówno sfera świata zewnętrznego (TE) (inne otoczenie, odmienna architektura i planowanie przestrzeni, inna forma rządów, inny system edukacyjny, etc.), jak i sfera ciała (TO) (wpływ temperatury i odmienną dietę na ciało) zostaną dotknięte tą zmianą. Równie silny wstrząs może nastąpić w sferze myśli i emocji (JA). W większym lub mniejszym stopniu możemy wpłynąć na wszystkie cztery ćwiartki, niemniej jednak najprędzej jesteśmy w stanie zmienić rzeczywistość na poziomie indywidualnym. To w przypadku prawej górnej części dbanie o własne zdrowie i o ciało, to wsłuchanie się we własne ciało – odpowiedzenie sobie na pytanie jak reaguję fizycznie na zaistniałą sytuację, i co ważniejsze, jak mogę zinterpretować te sygnały.

Czasem odkrywamy na przykład, że dosłownie, fizycznie brakuje nam «czegoś, co przypomina nam o domu». Stąd też otaczanie się przedmiotami, które pozytywnie wpływają na nasze samopoczucie jest tak ważne. W lewej górnej ćwiartce to wsłuchanie się we własne myśli – w ocenę sytuacji oraz sądy o sobie i o innych, to także wsłuchanie się we własne emocje – które z nich są pozytywne, a które negatywne. To świadome dbanie o własne zdrowie psychiczne i kontrola własnego nastawienia do stresu. To, w jaki sposób emocjonalnie reagujemy na zmiany, nie zależy bowiem od zmian samych w sobie, lecz od naszego osądu. Na poziomie indywidualnym owe wyzwania jesteśmy w stanie kontrolować, na poziomie kolektywnym (poziomie kultur i struktur), stajemy się ich częścią. To moment w którym zarówno zmiany zewnętrzne takie jak np. zmiana systemu politycznego, otoczenia naturalnego, nowych często niezrozumiałych systemów organizacyjnych, jak i zmiany wewnętrzne – zmiany kulturowe, stawiają nas przed dodatkowymi wyzwaniami na co dzień. Stąd też tak istotne jest otwarcie się na nowe możliwości postrzegania świata i wypracowanie strategii komunikacji, ułatwiającej nam porozumienie się z nowym otoczeniem.



Rys. 8. Ken Wilber: Model AQAL (All Quadrants, All Levels) Model teorii integralnej [23].

Model DMIS

Milton Bennett w swym modelu wyróżnia sześć stadiów doświadczania różnic kulturowych, przy czym osoby znajdujące się w którymkolwiek ze stadiów etnocentrycznych są zdecydowanie bardziej narażone na stres niż te, które są na jednym z trzech etapów etnorelatywnych.

Aby zminimalizować możliwość zachorowania, niezbędne jest takie przygotowanie do zmian kulturowych, aby sytuacja stresowa nie stała się źródłem stresu permanentnego. Stąd też ogromną rolę odgrywa zmiana własnego nastawienia, która zgodnie z modelem Milтона Bennetta w optymalnym przypadku polega na zmianie perspektywy z etnocentrycznej na etnorelatywną. Model DMIS, stworzony przez Milтона Bennetta, ilustruje możliwości reakcji na różnice kulturowe [20]. Bennett zakłada że wraz ze wzrostem doświadczenia w sferze różnic kulturowych i umiejętnością dostrzeżenia ich kompleksowości, wzrasta wrażliwość interkulturowa.

DEVELOPMENTAL MODEL OF INTERCULTURAL SENSITIVITY



Rys. 9. Milton Bennett: Rozwojowy Model Wrażliwości Interkulturowej.

Fazy etnocentryczne

Zaprzeczenie istnienia różnic kulturowych. Jedynie istnienie własnej kultury jest realne.

Obrońca przed różnicami kulturowymi. Wyłącznie własna kultura (bądź też krąg kulturowy, w którym dana osoba żyje) jest «dobra». To rozróżnienie «my» i «oni», gdzie «my» znaczy «lepsi». Osoby w tej fazie percepcji obawiają się różnic kulturowych i wynikających z nich wyzwania i są bardzo krytyczne w stosunku do obcych kultur, niezależnie od tego czy są gośćmi, czy gospodarzami.

Minimalizacja różnic kulturowych to faza, w której elementy własnej kultury są postrzegane jako uniwersalne. Różnice kulturowe są odbierane jako trywialne i mało znaczące, bądź też romantyczne. Osoby znajdujące się w tej fazie oczekują, że inni dopasują swoje zachowanie do wyznawanych przez nich wartości i norm oraz modeli zachowań.

Fazy etnorelatywne

Akceptacja różnic kulturowych to faza, w której własna kultura jest uważana za jeden z wielu kompleksowych systemów postrzegania świata – innych kultur. Akceptacja nie oznacza tutaj bynajmniej zgody na równość kultur. W dalszym ciągu różnice kulturowe mogą być postrzegane negatywnie, ale ów osąd nie będzie już etnocentryczny według schematu myślowego – moje znaczy lepsze.

Adaptacja do różnic kulturowych oznacza, że doświadczenie innego kręgu kulturowego prowadzi do zmiany własnego zachowania, celem przystosowania go do nowej kultury. Osoby w fazie adaptacji są w stanie spoglądać na świat z różnych perspektyw (z pozycji różnych kultur) i są w stanie dostosować własne zachowanie do reguł panujących w nowym otoczeniu, celem podniesienia efektywności komunikacji.

Integracja różnic kulturowych to faza, w której doświadczenie własnej tożsamości zmienia się zależnie od zmiany kręgu kulturowego. Osoby będące w tej fazie często mają do czynienia z marginalizacją kulturową. To faza charakterystyczna dla długoterminowych ekspatów, mniejszości kulturowych oraz tzw. globalnych nomadów i tzw. dzieci trzeciej kultury (*third culture kids* – TCKs).

Dzieci trzeciej kultury

Dzieci Trzeciej Kultury (*Third Culture Kids* – TCKs), termin ukuty w 1963 r. przez amerykańskiego socjologa Johna i jego żony, antropologa Ruth Useem, odnosi się do dzieci wzrastających w kulturze odmiennej od kultury, bądź też kultur ich rodziców. Badania nad tą grupą są od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia przeprowadzane w USA przez Davida Pollock'a oraz Ruth E. Van Reken. W Japonii podobnymi badaniami nad dwiema porównywalnymi grupami dzieci japońskich wychowywanych za granicą (Kaigai-shijo) oraz powracających do Japonii z wieloletniego pobytu za granicą (Kikoki-shijo) zajął się Yasuko Kanno [24, 25].

Częścią historii „dzieci trzeciej kultury” są częste zmiany miejsca zamieszkania, ze względu na wymogi pracy ich rodziców, zwykle dyplomatów, naukow-

ców lub specjalistów w międzynarodowych korporacjach. Badania potwierdzają, iż TCKs, doświadczające przeprowadzek do różnych krajów, i co ważniejsze, do odmiennych kręgów kulturowych, mają trudności z określeniem własnej tożsamości kulturowej [26, 27]. Mimo, iż elementy różnych kultur są częścią codzienności dziecka trzeciej kultury, nie czuje się ono przynależne do żadnej z nich, lecz utożsamia się raczej z osobami, które znajdują się w podobnej sytuacji [26]. Pollock i Van Reken rozróżniają cztery rodzaje określenia pozycji dzieci trzeciej kultury wobec otaczającej je rzeczywistości przez [26]:

I. OBCY – wygląda inaczej, myśli inaczej – gdy dzieci różnią się zarówno wyglądem jak i sposobem myślenia od większości ludzi z otoczenia,

II. UKRYTY IMIGRANT – wygląda tak samo, myśli inaczej – gdy dzieci nie wyróżniają się wyglądem, lecz sposobem myślenia,

III. ADOPTOWANY – wygląda inaczej, myśli tak samo – gdy dzieci różnią się wyglądem od większości otaczających je osób, ale dostosowują swoje zachowanie do norm obowiązujących w danym kręgu kulturowym i przejmują charakterystyczną dla tego kręgu wizję świata.

IV. LUSTRZANE ODBICIE – wygląda tak samo, myśli tak samo – gdy dzieci dzielą z otoczeniem zarówno cechy fizyczne jak i sposób myślenia o świecie.

Każdy z nas może przyjąć zarówno pozycję «OBCY» lub «UKRYTY IMIGRANT» za granicą, bądź też «LUSTRZANE ODBICIE» we własnym kraju. Jednakże dzieci trzeciej kultury mogą być tak określane niezależnie od tego czy są za granicą, czy «u siebie», a właściwie w kraju swoich rodziców.

Wiele z tych dzieci dopiero w wieku dojrzałym zdaje sobie sprawę ze specyfiki własnej sytuacji w czasie kolejnych relokacji. Dopiero wtedy, po zapoznaniu się z charakterystyką psychologiczną TCKs, potrafią one określić źródła obserwowanych u siebie zjawisk, takich jak: poczucie braku korzeni kulturowych lub brak zrozumienia kultury rodziców bądź też jednego rodzica.

Charakterystyczne są dla nich «3Rs», to jest:

- brak korzeni (*Rootlessness*)
- ciągła mobilność (*Restlessness*)
- budowanie tożsamości kulturowej w oparciu o relacje interpersonalne, a nie związek emocjonalny z konkretnymi miejscami (*Relationship orientation*)

Dzieci te często doświadczają poczucia straty i głębokiego smutku, gdyż zdają sobie sprawę, że przyjaźnie i jakiegokolwiek relacje interpersonalne, które nawiązują, są z góry skazane na krótkoterminowość. Charakterystyczna dla dzieci trzeciej kultury jest także nieumiejętność udzielenia na pytanie o ich pochodzenie. Będąc za granicą, mówią, że pochodzą z kraju swoich rodziców, będąc w kraju rodziców często podkreślają, że doświadczenie życiowe zdobyły w różnych kręgach kulturowych. Niejednokrotnie, zapytane o pochodzenie mówią o tym gdzie mieszkały i jak długo i o tym skąd pochodzą ich rodzice.

Co ciekawe, w zależności od tego do jakiego kraju wracają (z reguły jest to kraj ich rodziców), są różnie postrzegane. Na przykład w Japonii, gdzie najważniejszą

wartością jest konformizm wobec grupy Kikoki-shijo (japońska nazwa TCKs) były bardzo długo odbierane negatywnie [28]. Nie potrafiły bowiem dostosować się do otoczenia i ich zachowanie rzucało się w oczy, co w społeczeństwie japońskim nie jest bynajmniej pozytywną wartością. Dopiero teraz docenia się ich elastyczność i znajomość języków obcych. W USA, gdzie indywidualizm jest wysoko ceniony, bycie TCKs było od samego początku postrzegane pozytywnie jako ceniony przejaw indywidualnej odrębności [26]. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku dzieci te miały problemy z określeniem własnej kultury.

Nie ułatwia im tego na przykład definicja sformułowana przez Brislina [28] określająca kulturę jako zbiór ideałów, wartości i prawd życiowych, które prowadzą do konkretnych zachowań. Gdy chodzi o dzieci trzeciej kultury owe zachowania stale ulegają zmianie i dlatego też próba określenia ich tożsamości kulturowej stale pozostaje niespójna, bo w ich przypadku cały system wartości kulturowych oraz wynikający z nich kanon zachowań podlegają ciągłym zmianom.

W literaturze lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia podkreślano, że dzieci wzrastające w społeczeństwie wielokulturowym mogą być dwukulturowe lub wielokulturowe, tj. przyswoić sobie i traktować jak własne, normy i sposoby zachowania nawet kilku grup etnicznych naraz. Taką też strategię przyjmuje większość TCKs, aby poradzić sobie ze stresem, związanym z ciągłymi, niejednokrotnie ekstremalnymi zmianami. Zgodnie z modelem RAINBOW otwartość i wielorakość tożsamości pojmowana jako wygrana (WIN) jest centralnym elementem rozwoju psychospołecznego dzieci trzeciej kultury. Poszukiwanie przez nie własnej tożsamości odbywa się na wielu płaszczyznach. Jedną z nich jest język.

Dwujęzyczność a tożsamość kulturowa

Ciekawą zależność zaobserwowano u osób dwujęzycznych, przebywających w kręgach kulturowych różniących się m.in. językiem. Na te same pytania, zadawane w dwóch różnych językach, osoby takie udzielały odmiennych odpowiedzi, w zależności od tego, którego języka używały. Rosyjska psycholog, mieszkająca na stałe w USA powiedziała, że wypełniając test psychologiczny na osobowość, oddzielnie w języku angielskim i rosyjskim, uzyskała dwa zupełnie różne wyniki. Zaskoczona rezultatami spostrzegła, że gdy wypełniała kwestionariusz po rosyjsku, była znacznie bardziej samokrytyczna. Użycie różnego języka wiązało się więc nierozzerwalnie z natychmiastowym przejściem do właściwego mu, innego standardu kulturowego. Podobnymi spostrzeżeniami podzieliły się Japonki, mieszkające na stałe w USA. W zależności od języka, w którym kończyły zadane im zdania, wyrażały odmienne opinie, charakterystyczne dla jednej z kultur. Na przykład, gdy miały dokończyć zdanie: «Gdy realizacja moich marzeń koliduje z rodziną...» mówiły po japońsku: «to dla mnie bardzo trudny czas i czuję się nieszczęśliwa», ale po angielsku: «robię to, na co ja mam ochotę».

Podobnie było z pojmowaniem terminów, takich na przykład jak *przyjaźń*. «Prawdziwi przyjaciele powinni... wzajemnie sobie pomagać» (japoński), «...być w stosunku do siebie szczerzy i komunikować wprost co im się podoba, a co nie» (angielski) [28].

Przykłady te przekonują, iż osoby dwujęzyczne mają różne tożsamości w różnych językach.

Zależność ta nie jest jednostronna. Istnieją sytuacje, w których tożsamość kulturowa wpływa na wybór języka. Często nie doceniamy kwestii językowych w kontekście interkulturowości. Język to wszakże nie tylko instrument do wyrażania myśli, przekazywania wiedzy i ubierania w słowa wydarzeń – jednym słowem stworzenia świata literatury. Od dzieciństwa język odzwierciedla nasze emocje, a w przypadku dzieci dwu- lub kilkujęzycznych wybór języka odzwierciedla jego świat emocjonalny. Wyraźnie tutaj widać, że dopiero stoimy u progu badań nad rozwojem komunikacji interkulturowej, rozumianej jako kompetencja komunikacji. Niezwykle ważne jest uzmysłowienie sobie, że radzenie sobie ze zmianami kulturowymi na poziomie kognitywnym – do tej pory centralna część przygotowania ekspatów i ich rodzin, a także migrantów do zmiany kręgu kulturowego – to dopiero początek podróży.

Piśmiennictwo

- 1 Atlas der Globalisierung, Le Monde diplomatique (2012): 53.
- 2 CBOS, 11. 2012.
- 3 Sell, J. (2013) *Geschäftskultur Polen*, Conbook Verlag.
- 4 Lei, L., Liang Y. X., Krieger, G.R. (2004) *Stress in expatriates*, in: Clin Occup Environ Med. 2004 Feb; 4 (1): 221–229.
- 5 Bennett, J.M. (1998) *Transitions shock: Putting culture shock in perspective*. In M.J. Bennett (Ed.), *Basic concepts of intercultural communication: Selected readings* (215–223). Yarmouth, ME: Intercultural Press.
- 6 Furnham, A. Bochner, S. (1986) *Culture Shock: Psychological reactions to unfamiliar environments*. London: Methuen.
- 7 Oberg, K. (1960) *Cultural Shock: Adjustment to New Cultural Environments*. *Practical Anthropology*, 7, p. 177–182.
- 8 Lysgaard, S. (1955) *Adjustment in a foreign society: Norwegian Fulbright grantees visiting the United States in: International Social Science Bulletin*, Volume 7.
- 9 Gullahorn, J. T., Gullahorn J. E. (1963) *An extension of the U-curve hypothesis*. *Journal of Social Issues* 19, S.33–47.
- 10 Church, A.T. (1982) *Sojourner Adjustment*, *Psychological Bulletin*, 91, 3, 540–572
- 11 Berardo, K. Deardorff, D.K. (Ed.) (2012) *Building Cultural Competence*, Innovative Activities and Models, Stylus Publishing LLC, Sterling Virginia.
- 12 Holmes T. H., Rahe R. H. (1967). *The Social Readjustment Rating Scale*. *J Psychosom Res* 11 (2): 213–8.
- 13 Bridges W. (2001) *Transition Model* (Bridges, W. (2001). *The way of transition*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- 14 Kim, Y. Y. (2001). *Becoming Intercultural: An integrative theory of communication and cross-cultural adaptation*. Thousand Oaks, CA: Sage. *Diminishing Stress-Adaptation-Growth*, S.59

- 15 Bolten, J. (2006) *Einführung in die Interkulturelle Wirtschaftskommunikation*, Jena, s. 143.
- 16 Nam, K. A. & Condon, J. (2010). *The D.I.E. is cast: The Continuing Evolution of Intercultural Communication's Favorite Classroom Exercise*. International Journal of Intercultural Relations, 34 (1), 81–87.
- 17 Hirigoyen M. F. *Le harcèlement moral*. La violence perverse au quotidien, Paris, Syros, 1998.
- 18 Keller, A., Litzelman, K., Wisk, L.E. et al. (2012) *Does the perception that stress affects health matter? The association with health and mortality*. Health Psychol. 2012 Sep;31(5):677-84.
- 19 Schulz von Thun (2008) *Miteinander Reden*, Rowohlt Taschenbuchverlag
- Sell, Joanna (2013) *Geschäftskultur Polen*, ConBook Verlag, S.23.
- 20 Bennett, J.M. (1993) Towards a developmental model of intercultural sensitivity. In R.M. Paige (Ed.), *Education for the intercultural experience* (21-71). Yarmouth, ME: Intercultural Press.
- 21 Bartels A. *Oxytocin and the Social Brain: Beware the Complexity* Neuropsychopharmacology (2012) 37, 1795–1796.
- 22 Paulin M. J., Brown, S. L., Dillard, A. J., Smith D. M. (2013) *Giving to others and the association between stress and mortality*. Am J Public Health. 2013 Sep; 103 (9): 1649–55.
- 23 Wilber K. *Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy*. Boston, Shambhala (also part of volume IV of the Collected Works), 2000.
- 24 Kanno, Y. (2000) *Bilingualism and Identity in: International Journal of Bilingual Education and Bilingualism* (1–18)
- 25 Kanno, Y. (2003) *Negotiating Bilingual and Bicultural Identities: Japanese Returnees* Betwixt, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- 26 Pollock, D., Van Reken, R. (1999) *Third Culture Kids: The Experience of Growing up among Worlds Maine: Intercultural Press*
- 27 Fail, H., Thompson, J., & Walker, G. (2004) *Belonging, identity and third culture kids*. Journal of Research in International Education, 3, 319–338.
- 28 Brislin, R. (2000) *Understanding Culture's Influence on Behavior (2nd ed)*. Fort Worth, TX: Harcourt.
- 29 Ervin-Tripp, S. (1968) *An analysis of the interaction of language, topic, and listener*. In *Readings in the Sociology of Language*. J. Fishman (ed.) 1: 92–211. The Hague: Mouton de Gruyter.

Dr hab. n. med. Robert Pudło
Dr n. med. Magdalena Piegza
Lek. Łukasz Kunert

Katedra Psychiatrii w Tarnowskich Górach
Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko–Dentystycznym w Zabrze
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

STRES, SERCE I ROZUM, CZYLI O ZALEŻNOŚCI FUNKCJI UKŁADU KRĄŻENIA OD REAKCJI STRESOWEJ I STANU PSYCHICZNEGO

Streszczenie

Tendencja współczesnej medycyny do rozdzielnego traktowania poszczególnych narządów pozwala na uszczegółowienie wiedzy, ale jednocześnie prowadzi do pewnego wypaczenia myślenia o organizmie jako całości, poprzez pominięcie licznych powiązań pomiędzy poszczególnymi układami. Kluczem do zrozumienia funkcjonowania organizmu jest przyjęcie integracyjnej funkcji mózgu. Konsekwencją takiego sposobu patrzenia jest analiza interakcji człowieka z otoczeniem, a co za tym idzie, wpływu warunków środowiskowych – w tym sytuacji stresowych – na funkcjonowanie poszczególnych narządów. Świadomość tego wpływu nie zgasła, czego dowodem są liczne frazemy łączące dysfunkcje narządów ze stanem emocjonalnym (np. <żal ściska serce> lub <coś leży na wątrobie>). Od czasów Selyego reakcja stresowa stała się tematem poważnej analizy, a kolejne koncepcje, zwłaszcza teoria allostazy, stworzyły płaszczyznę do dyskusji na temat związków między *psyche* a *somą*. Pojawiło się też szereg prac dotyczących patogenetycznych związków pomiędzy stanem psychicznym a chorobami somatycznymi, zwłaszcza chorobami układu krążenia. Główne punkty zainteresowań badaczy to układ hipokamp → podwzgórze → przysadka → nadnercza, procesy zapalne i katecholaminy. Prace teoretyczne zostały uzupełnione przez badania epidemiologiczne – wykazujące znaczną nadreprezentację zaburzeń psychicznych w grupach chorych z dysfunkcjami narządu krążenia oraz wpływ depresji i lęku na częstość występowania, przebieg i rokowanie chorób układu krążenia. Biorąc pod uwagę estymacje WHO dotyczące przyczyn niepełnosprawności na świecie, w których pierwsze dwa miejsca zajmuje choroba niedokrwienna serca i depresja, badanie związków między układem nerwowym a układem krążenia jest nie tylko niezbędne, ale i pilne.

Razem, czy osobno?

Współczesna medycyna ma tendencję do rozdzielnego traktowania poszczególnych narządów. Poznawanie funkcji różnych układów było i jest na tyle zajmujące, a specjalizacje lekarskie na tyle obszerne, że w potoku szczegółowych informacji może ulec rozmyciu wiedza o organizmie jako całości. Jednak chwila refleksji i oderwania się od drobiazgowych danych na temat molekularnych i genetycznych podstaw funkcjonowania serca, wątroby czy nerek wystarczy, by uświadomić sobie, że żaden z tych narządów nie działa sam dla siebie, lecz jedynym celem istnienia każdego z nich, jest utrzymanie funkcjonowania organizmu jako całości i zapewnienie sprawności działania człowieka w jego fizycznym, biologicznym i społecznym środowisku. Przyjęcie tej – oczywistej skądinąd – prawdy musi implikować wniosek, że narządem odpowiedzialnym za interakcje człowieka ze środowiskiem, ergo za integrację funkcji pozostałych organów, jest mózg. Równie oczywiste staje się stwierdzenie, że skoro celem wszystkich narządów jest dostosowanie się do wymagań środowiska, czy też poprawniej: środowisk, bo jakże pominąć różnice potrzeb środowiska przyrodniczego (*Umwelt*), społecznego (*Mitwelt*) i wewnętrznego (*Eigenwelt*), to funkcja każdego z tych narządów musi pozostawać w interakcji z wpływami środowiskowymi. Jednym ze zjawisk, w szczególnie spektakularny sposób wpływających na funkcję większości, czy też – nie bójmy się tego stwierdzenia – wszystkich narządów jest stres. Wypada powtórzyć, że skoro narządem analizującym bodźce z otoczenia jest mózg, to wpływ reakcji stresowej na poszczególne narządy musi odbywać się za pośrednictwem tegoż. Ten sam mózg przyjmuje jednocześnie szereg informacji pochodzących ze środowiska wewnętrznego i na bieżąco dostosowuje jego funkcjonowanie do aktualnych potrzeb.

Ten, celowo rozbudowany i zaopatrzony w kilka powtórzeń, wstęp niech pozwoli uświadomić sobie liczbę i poziom złożoności wzajemnych sprzężeń pomiędzy narządami i układami narządów. Na dzisiejszym etapie rozwoju wiedzy o człowieku niepodobna objaśnić wszystkich powiązań między stresem, emocjami a narządami wewnętrznymi, mimo to w wielkim błędzie pozostawałby ten, kto sądzi, że świadomość tych powiązań kiedykolwiek całkowicie zniknęła. Przeciwnie, jest ona bardzo głęboko zakorzeniona (wręcz intuicyjna), czego najlepszym dowodem jest jej bardzo mocne osadzenie w języku. Świadczą o tym bezwiednie używane słowa czy frazy wyrażające często stany emocjonalne. Sformułowania: «lekko (lub ciężko) na sercu», «zał serce ściska», «serce na dłoni», «co w sercu, to na języku», «serdeczny przyjaciel» czy choćby «serdecznie witamy» są tak powszechne i zakorzenione (żeby nie powiedzieć «bliskie sercu»), że używa się ich zupełnie bezwiednie nawet w nasyżach aleksytymicznych czasach. Nie trzeba być człowiekiem gołębiego serca by wiedzieć, co znaczy «kamień z serca», a co «serce z kamienia». Frazeologia ta dotyczy oczywiście nie tylko języka polskiego. Dla przykładu warto przytoczyć chociażby «herzlich willkommen» czy «cordially welcome». Samo, obecne w staropolszczyźnie, słowo «kordialny» jest tej samej proveniencji.

Jeśli szukać dalej, można natknąć się na podobne frazemy dotyczące innych narządów: żołądka, wątroby, naczyń, skóry, gardła, oskrzeli, żrenicy czy mięśni. Ludzie,

którzy się «żołądkują» mogą «zzielienić ze złości», kiedy «lęk ściska gardło» możemy «błado wypaść», zwłaszcza gdy jednocześnie coś nam «leży na wątrobie». Ze strachu można zeszywnieć (lub przeciwnie – mogą się ugiąć kolana), a ze zdziwienia mieć «oczy jak spodki». Niechęć do używania kolokwializmów powinna mnie powstrzymać przed przypomnieniem, że czasem «szczęka opada», ale ten zwrot jest dowodem, że «psychosomatyczna» frazeologia jest ciągle żywa i nie przestaje jedynie na powtarzaniu starych zwrotów. Żeby nie pozostawać zbyt długo w smutnej tonacji (bo «ciarki przechodzą») warto pamiętać widoki, które «zapierają dech w piersiach» lub czas «motyli w brzuchu».

Gdy namnoży się więcej tego typu przykładów, zaczyna pojawiać się swego rodzaju ranking narządów umieszczonych w tej «psychosomatycznej» frazeologii, na którego szczycie bezsprzecznie znajduje się serce. Nie powinno to dziwić, bo w całej historii ludzkości traktowano serce inaczej niż inne narządy. Nadawano mu często znaczenie nadprzyrodzone, uważano nie tylko za organ niezbędny do życia, ale też za siedlisko uczuć, duszy, czy charakteru. Arystoteles uznał serce za materialny organ «zmysłu wspólnego» czy «władzy zmysłowej wspólnej», czyli emanacji nadrzędnej, integrującej części duszy, z której wynikają pozostałe władze zmysłowe [1]. Ten wyróżniający stosunek do serca nie jest typowy wyłącznie dla kultury europejskiej. Dość wspomnieć wierzenia i obrzędy Azteków połączone z wrywaniem serc i składaniem ich w ofierze bogom, czy zatapianie pary młodzieńców w łodzi wypełnionej sercami jeńców, co miało zapewnić płodność i odwrócić nieszczęścia [2, 3]. Nawet chirurgia serca rozwijała się znacznie wolniej niż chirurgia jamy brzusznej, a niektórzy wielcy chirurdzy – jak Theodor Billroth (1883 r.) uważali operacje serca za procedurę sprzeczną z powołaniem lekarza chociaż inni, jak Rehn (1896 r.) dokonywali już pionierskich operacji [3]. Czas biegnie coraz szybciej, ale choć już sto dziesięć lat temu podejmowano pierwsze próby przeszczepienia serca psa [4], a czterdzieści siedem lat temu przeszczepiono serce człowieka [5], to stale pamiętamy, że serce jest poddane wpływom emocji bardziej niż nerki czy płuca.

Pozostaje więc serdecznie zaprosić Czytelnika do prześledzenia niektórych, najlepiej poznanych mechanizmów wiążących rozum i serce, czy też – przechodząc do bardziej poprawnej terminologii – mechanizmów reakcji stresowej i jej związków z narządem krążenia.

Stres w życiu i w fizjologii

Twórca teorii reakcji stresowej, Hans Selye, określił ją jako biologiczną reakcję na bodźce środowiskowe. Za jeden z głównych wyznaczników reakcji stresowej uznał wyrzut hormonów nadnerczowych. Doraźnym celem reakcji stresowej jest adaptacja do sytuacji zagrażającej, jednak jej długotrwałe podtrzymywanie prowadzi do przestrojenia homeostatycznego organizmu i rozwoju różnych chorób, które można by określić jako psychosomatyczne [6]. Charakterystyczną cechą reakcji stresowej jest jej niezależność od modalności bodźca leżącego u jej przyczyny. Chociaż zwyczajowo dzieli się bodźce wywołujące stres (stresory) na fizyczne i psychologiczne, to reakcja organizmu jest praktycznie niespecyficzna, czyli nie zależy od rodzaju

bodźca. Upraszczając można powiedzieć, że na poziomie fizjologicznym jest obojętne, czy stresorem jest na przykład wzrost temperatury otoczenia, infekcja bakteryjna, czy spotkanie z ważną osobą. Intensywność (poziom) reakcji stresowej zależy więc głównie od siły bodźca i interpretacji organizmu. Ten drugi element oznacza, że dla wywołania reakcji stresowej konieczne jest, by organizm rozpoznał bodziec jako potencjalnie zagrażający. W reakcji stresowej uczestniczy szereg struktur ośrodkowego układu nerwowego, wśród których trzeba wymienić przynajmniej: hipokamp, podwzgórze i przysadkę. Od strony fizjologicznej można powiedzieć o osi hipokamp → podwzgórze → przysadka → nadnercza (HPPN). Drugim elementem układu jest część współczulna układu autonomicznego uruchamiana przez miejsce sinawe.

Omawiając reakcję stresową warto wspomnieć też teorię allostazy [7]. Zakłada ona, że stabilność środowiska wewnętrznego uzyskuje się poprzez nieustanne zmiany, zachodzące dzięki współdziałaniu substancji zwanych mediatorami allostazy. Innymi słowy, stałość środowiska wewnętrznego nie jest zjawiskiem statycznym lecz dynamicznym i wymaga nieustannego ciągu zmian. Funkcjonowanie organizmu poprzez zmienione i utrzymane poziomy aktywności podstawowych mediatorów w dłuższym okresie nazywa się stanem allostazy. Układy allostacyjne adaptują organizm poprzez zmianę parametrów wyjściowych i przesunięcie granic normy dla mediatorów allostazy. Mediatorzy allostazy (sterydy, katecholaminy, cytokiny) w warunkach sytuacji stresowej mogą działać protekcyjnie, ale tylko przez krótki czas. Przy dłuższym utrzymywaniu się niekorzystnych oddziaływań środowiskowych, wywierają działanie szkodliwe. Koncepcja allostazy jest używana nie tylko do objaśniania patomechanizmu chorób somatycznych, ale i psychicznych, np. zaburzeń afektywnych dwubiegunowych [8].

Mechanizmy łączące zaburzenia psychiczne i kardiologiczne

Dysregulacja osi HPPN jest zjawiskiem charakterystycznym zarówno dla niektórych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresji i lęku, jak i dla choroby niedokrwiennej serca. Istotnymi elementami zaburzeń są: zwiększone stężenie CRH w płynie mózgowo-rdzeniowym, dodatni wynik testu hamowania deksametazonem i hiperkortyzolemia. Widoczne są też zmiany anatomiczne pod postacią przerostu przysadki i nadnerczy oraz proliferacji komórek podwzgórza produkujących CRH. Z innych badań wynika, że hiperkortyzolemia indukuje powstawanie hipercholesterolemii, hipertrójglicydemii i nadciśnienia.

Zmiany dotyczą też rdzenia nadnerczy, który jest powiązany z układem wegetatywnym. Aktywacja rdzenia nadnerczy i zakończeń układu współczulnego powoduje jednoczesny wyrzut adrenaliny i noradrenaliny. W kilku badaniach wykazano, że reakcja rdzenia nadnerczy na stresory jest większa u chorych na depresję niż u osób zdrowych. Ilość metabolitów katecholamin w moczu ulega normalizacji pod wpływem leków przeciwdepresyjnych. Hiperkatecholaminemia ma znany wpływ na pogorszenie przebiegu chorób układu krążenia. Główne mechanizmy wpływu katecholamin na układ krążenia to skurcz tętnic oporowych

i przyspieszenie akcji serca, co prowadzi do wzrostu ciśnienia tętniczego i stymulacji procesów miażdżycowych.

Trzecim zjawiskiem wspólnym dla depresji i chorób układu krążenia jest zmniejszenie zmienności rytmu serca (*heart rate variability – HRV*). Redukcja HRV jest uważana za parametr istotny w ocenie sprawności zdolności przystosowawczych narządu krążenia i predyktor incydentów sercowych w tym nagłego zgonu. Obok chorób układu krążenia stanem w którym dochodzi do redukcji HRV jest depresja, a osoby ze współistniejącą depresją i chorobą niedokrwinną serca mają HRV niższą niż chorzy z tylko jedną z tych chorób. Istnieją też pojedyncze doniesienia opisujące normalizację HRV w wyniku leczenia przeciwdepresyjnego.

Kolejny mechanizm oddziaływania stresu i stanu psychicznego na serca to niestabilność komorowa. Nie ma wątpliwości, że sumowanie się czynników szkodliwych stwarza większe ryzyko uszkodzenia mięśnia sercowego. Tak więc stres u osób po przebytych incydentach kardiologicznych powinien zwiększać ryzyko powikłań. Istnieje szereg badań potwierdzających tę hipotezę. W kilku badaniach wykazano, że sytuacje stresowe zwiększają ryzyko niepożądanych zdarzeń sercowych niezależnie o innych parametrów. [9–12] U osób zdrowych wpływ stresu na mięsień sercowy jest minimalizowany przez przywspółczulne działanie nerwu błędnego. Mechanizm ten nie jest wydolny u osób z depresją.

Omawiając niestabilność elektryczną komór w kontekście związków pomiędzy depresją a chorobą niedokrwinną serca trzeba też wspomnieć o przedwczesnych pobudzeniach komorowych (*premature ventricular contraction – PVC*). Wyższe ryzyko śmierci sercowej u chorych z depresją i zwiększeniem liczby PVC do 10 lub więcej na godzinę może sugerować, że arytmia jest ogniwem łączącym depresję z nagłą śmiercią sercową. Potwierdzeniem tej tezy może być obserwacja, że współistniejąca depresja podwyższa ryzyko zgonu sercowego tylko u chorych z PVC, przy czym ryzyko PVC w grupie chorych bez depresji jest niewielkie, a samo tłumienie PVC nie redukuje, lecz wręcz zwiększa śmiertelność [13]! Można sądzić, że właściwym postępowaniem w pozawałowym PVC jest raczej leczenie przeciwdepresyjne.

Innym mechanizmem łączącym depresję z chorobą niedokrwinną serca jest aktywacja płytek krwi. Od lat dziewięćdziesiątych wiadomo, że stres pobudza aktywność trombocytów [14], jednocześnie wykazano aktywację płytek w depresji. Warto pamiętać, że u osób starszych ryzyko udaru mózgu wyraźnie wzrasta przy współistniejącej depresji. Mechanizmem pobudzającym trombocyty jest najpewniej stymulacja powierzchniowych receptorów alfa-adrenergicznych. Aktywacja receptorów powoduje sekrecję zawartości płytki i nasila skłonność do agregacji i uruchamiania cyklu kwasu arachidonowego.

Przyjmuje się, że – typowe dla depresji – zaburzenie metabolizmu serotoniny w ośrodkowym układzie nerwowym powoduje dysregulację receptorów trombocytarnych i zwiększa podatność płytek na inne czynniki aktywujące. Wiadomo też, że depresja zwiększa gęstość receptorów serotoninowych na powierzchni trombocytów i że efekt ten ustępuje wraz z poprawą stanu psychicznego.

Bardzo ważnym mechanizmem łączącym stan psychiczny (zwłaszcza depresję) z chorobami układu krążenia są procesy zapalne, jednak ich omówienie z pewnością przekracza ramy niniejszego tekstu.

Ten, z koniecznością skrócony, przegląd mechanizmów łączących depresję z chorobą niedokrwienną serca skłania do postawienia kolejnego pytania, o kliniczne powiązania pomiędzy stanem psychicznym a chorobami układu krążenia. Niepodobna sobie wyobrazić, żeby ta tematyka nie budziła zainteresowania badaczy. Okazuje się jednak, że prace na ten temat pojawiały się falami i opisywały problem z różnych punktów widzenia.

Ile psychiatrii w kardiologii, ile kardiologii w psychiatrii?

Pierwsza znana praca badająca powiązania pomiędzy związkiem stanu psychicznego (konkretnie depresji) a chorobami serca ukazała się już w latach trzydziestych. Malzberg w 1937 r. wykazał że pacjenci depresyjni częściej umierają z powodów kardiologicznych, przy czym grupę badaną stanowili chorzy z depresją inwolucyjną [15]. Niestety badania te nie były kontynuowane, za to zainteresowano się zależnością zapadalności na choroby serca od osobowości. Rozważania te, rozpoczęte już w latach pięćdziesiątych XX w. doprowadziły do sformułowania koncepcji osobowości typu A, w której stwierdzono zwiększone ryzyko chorób serca [16]. Ludzie z osobowością typu A byli opisywani jako funkcjonujący w ciągłym pośpiechu, nie akceptujący opóźnień i niepunktualności, dążący do perfekcji i rywalizacji. Za cechy tej osobowości uznawano wrogość i niechęć wobec otoczenia. Znaczenie osobowości typu A było później wielokrotnie krytykowane, a w latach dziewięćdziesiątych zwrócono większą uwagę na osobowość typu D, czyli bardziej podatną na stres z zahamowaniem społecznym, unikaniem agresji i wyrażania negatywnych emocji. Niektóre cechy osobowości typu D, jak zamartwianie się, odczuwanie napięcia, depresyjne oceny, nieokreślone poczucie zagrożenia, poczucie winy i poczucie cierpienia sprawiają wręcz wrażenie listy objawów depresyjnych [17]. Związek tych cech osobowości z chorobą niedokrwienną serca jest dobrze udokumentowany, a sam pogląd dobrze koresponduje z wynikami innych doniesień opisujących relacje między chorobą serca a zaburzeniami psychicznymi.

Powrót do badań nad związkiem chorób serca z zaburzeniami psychicznymi nastąpił w latach osiemdziesiątych. Booth-Kewley i Friedmann w 1987 r. przejrzyli praktycznie wszystkie, powstałe po II wojnie światowej, prace dotyczące zależności zaburzeń kardiologicznych od stanu psychicznego wykazując, że najistotniejszym predyktorem wystąpienia choroby niedokrwiennej serca jest depresja [18]. Wekke wykazał dramatycznie zwiększoną śmiertelność kardiologiczną u chorych z zaburzeniami dwubiegunowymi [19]. Wynik ten potwierdzili inni badacze [20, 21].

Kolejna grupa badań, prowadzonych w Danii, Finlandii, USA i Kanadzie obejmowała długoterminowe analizy dużych populacji. We wszystkich tych badaniach potwierdzono wpływ depresji zarówno na ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca i na gorsze rokowanie.

Podjęto też próbę spojrzenia na sprawę od drugiej strony i analizowano częstość

występowania epizodów depresyjnych u pacjentów leczonych z powodu choroby niedokrwiennej serca. Praktycznie wszystkie badania wykazały większą częstość depresji w tej grupie chorych w porównaniu z populacją ogólną. Podobne wyniki uzyskano w badaniach poprzecznych stwierdzając na przykład że u 20% chorych z CNS stwierdzoną koronarograficznie współistnieje epizod dużej depresji [22], a u 65% chorych po zawale widoczne jest obniżenie nastroju. Bardzo ilustratywna jest obserwacja, że w tej grupie chorych u większości obniżenie nastroju jest łagodne i ustępuje po kilku dniach, natomiast u 16–22% trwa długo i osiąga natężenie klinicznej depresji [23–25].

W uznawanych dzisiaj za klasyczne, badaniach montrealskich wykazano, że pacjenci po zawale ze współistniejącą depresją stanowią grupę wysokiego ryzyka zgonu, zwłaszcza przy pobudzeniach przedwczesnych lub uszkodzeniu lewej komory serca [26]. Co więcej, depresja pogarsza też przebieg CNS bez zawału zwiększając liczbę poważnych epizodów sercowych [27]. Idąc jeszcze dalej trzeba przypomnieć, że nawet przy optymalnym leczeniu somatycznym i wyrównanych parametrach kardiologicznych współistniejąca depresja pogarsza jakość życia, w tym odczuwanie bólu, relacje zawodowe i rodzinne.

Podsumowanie

W latach dziewięćdziesiątych Światowa Organizacja Zdrowia przygotowała zestawienie przyczyn niepełnosprawności na świecie. Analiza wykazała, że w roku 1990 głównymi przyczynami niepełnosprawności były w kolejności: infekcje dolnych dróg oddechowych, biegunki, powikłania okołoporodowe, depresja i choroba niedokrwienna serca. Estymacja dotycząca roku 2020 sugerowała, że miejsce chorób ubóstwa zajmą choroby cywilizacyjne. Przewidywana na ten – bliski już – rok kolejność przyczyn niepełnosprawności to: choroba niedokrwienna serca, depresja, wypadki drogowe, choroby naczyniowe mózgu i przewlekła obturacyjna choroba płuc. Nie ma wątpliwości, że prognozy WHO okażą się słuszne. Współczesne analizy w pełni to potwierdzają [28]. Serce i rozum będą naszą największą troską, powiązania między nimi są ewidentne, a zależność ich schorzeń od stresu – oczywista. Poznanie tych zależności i powiązań staje się konieczna nie tylko dla każdego lekarza, ale dla każdego myślącego o swoim zdrowiu człowieka.

Piśmiennictwo

- 1 *Arystoteles: O duszy*. PWN Warszawa, 1988.
- 2 Anawalt P. R.: *Les sacrifices humains chez les azteques*. La Recherche. 1986.
- 3 Jakubik A.: *Zaburzenia psychiczne u osób po operacji serca*. Praca Doktorska AM Kraków 1969.
- 4 Morris, D. C., Claire D.S. Jr: *Management of patients after cardiac surgery*. Curr Probl Cardiol. 1999; 24 (4): 165–228.
- 5 Religa Z., Zembala M.: *Transplantacja serca*. Medycyna 2000. 1993; 33/34.

- 6 Taché Y., Brunnhuber S. *From Hans Selye's discovery of biological stress to the identification of corticotropin-releasing factor signaling pathways: implication in stress-related functional bowel diseases*. *Ann N. Y. Acad Sci.* 2008 Dec; 1148: 29–41.
- 7 Sterling P., Eyer J. *Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology*. W: *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. Fisher S, Reason J (red.). Wiley, New York 1988; 629–649.
- 8 *Koncepcja allostaty a neurobiologia choroby afektywnej dwubiegunowej* Ewa Ferenczajtajn, Janusz Rybakowski *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2012; 7, 2: 65–75.
- 9 Gullette E.C., Blumenthal J.A., Babyak M., Jiang W., Waugh R.A., Frid D.J., O'Connor C.M., Morris J.J., Krantz D.S. *Effects of mental stress on myocardial ischemia during daily life*. *JAMA*. 1997 May 21; 277 (19): 1521–6.
- 10 Jiang W., Babyak M., Krantz D.S., Waugh R.A., Coleman R.E., Hanson M.M., Frid D.J., McNulty S., Morris J.J., O'Connor C.M., Blumenthal J.A. *Mental stress-induced myocardial ischemia and cardiac events*. *JAMA*. 1996 Jun 5; 275 (21): 1651–6.
- 11 Krantz D.S., Santiago H.T., Kop W.J., Bairey Merz C.N., Rozanski A., Gottdiener J.S. *Prognostic value of mental stress testing in coronary artery disease*. *Am J Cardiol*. 1999 Dec 1; 84 (11): 1292–7.
- 12 Stone P.H., Krantz D.S., McMahon R.P., Goldberg A.D., Becker L.C., Chaitman B.R., Taylor H.A., Cohen J.D., Freedland K.E., Bertolet B.D., et al. *Relationship among mental stress-induced ischemia and ischemia during daily life and during exercise: the Psychophysiological Investigations of Myocardial Ischemia (PIMI) study*. *J Am Coll Cardiol*. 1999 May; 33 (6): 1476–84.
- 13 *The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators. Preliminary report: effect of encainide and flecainide on mortality in a randomized trial of arrhythmia suppression after myocardial infarction*. *N Engl J Med* 1989; 321: 406–12.
- 14 Markovitz J.H., Matthews K.A. *Platelets and coronary heart disease: potential psychophysiological mechanisms*. *Psychosom Med*. 1991 Nov–Dec; 53 (6): 643–68. Review.
- 15 Malzberg B. *Mortality among patients with involution melancholia* *Am J. Psychiatry* 1937; 93: 1231–1238.
- 16 Friedman H.S., Booth-Kewley S. *Personality, type A behavior, and coronary heart disease: the role of emotional expression*. *J Pers Soc Psychol*. 1987 Oct; 53 (4): 783–92.
- 17 Denollet J., Brutsaert D.L.: *Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction*. *Circulation* 1998; 97 (2): 167–73.
- 18 Booth-Kewley S., Friedman H.S. *Psychological predictors of heart disease: a quantitative review*. *Psychol Bull*. 1987 May; 101 (3): 343–62.
- 19 Weeke A., Juel K., Vaeth M. *Cardiovascular death and manic-depressive psychosis*. *J. Affect Disord*. 1987; 13: 287–92.
- 20 Norton B., Whalley L.J. *Mortality of a lithium-treated population*. *Br J Psychiatry*. 1984 Sep; 145: 277–82.
- 21 Rabins P.V., Harvis K., Koven S. *High fatality rates of late-life depression associated with cardiovascular disease*. *J Affect Disord*. 1985 Sep; 9 (2): 165–7.
- 22 Carney R.M., Rich M.W., Freedland K.E., Saini J., teVelde A., Simeone C., Clark K. *Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease*. *Psychosom Med*. 1988 Nov–Dec; 50 (6): 627–33.

- 23 Friedland J., McColl M. *Disability and depression: some etiological considerations*. *Soc Sci Med*. 1992 Feb; 34 (4): 395–403.
- 24 Schleifer S.J., Macari-Hinson M.M., Coyle D.A., Slater W.R., Kahn M., Gorlin R., Zucker H.D. *The nature and course of depression following myocardial infarction*. *Arch Intern Med*. 1989 Aug; 149 (8): 1785–9.
- 25 Hance M., Carney R.M., Freedland K.E., Skala J. *Depression in patients with coronary heart disease. A 12-month follow-up*. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996 Jan; 18 (1): 61–5.
- 26 Frasure-Smith N., Lespérance F., Talajic M. *Depression and 18-Month Prognosis After Myocardial Infarction*. *Circulation*. 1995; 91: 999–1005
- 27 Matysiakiewicz J. *Objawy depresyjne i lęk u pacjentów po wybranych poważnych zdarzeniach sercowych występujących w przebiegu choroby niedokrwiennej serca*. Rozprawa habilitacyjna. Śląska Akademia Medyczna. Katowice 2006.
- 28 Murray C.J. at all. *Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. *Lancet*. 2012 Dec 15; 380 (9859): 2197–223. Erratum in: *Lancet*. 2013 Feb 23; 381 (9867): 628. AlMazroa MA [added]; Memish Z.A. [added].

Lek. Renata Rumińska – Busz
Zakład Radioterapii Centrum Onkologii
Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie
Oddział w Gliwicach

WPŁYW STRESU NA POWSTANIE I PRZEBIEG CHOROÓB NOWOTWOROWYCH

Streszczenie

Szybki rozwój nauk medycznych, wyodrębnienie coraz bardziej szczegółowych dziedzin, interdyscyplinarne podejście do wielu zagadnień sprawiło, że przeobrażeniom uległy podstawowe pojęcia zdrowia i choroby.

Dychotomię tych określeń w modelu patogenetycznym zastąpiono pojęciem continuum w modelu salutogenetycznym. Podstawę modelu patogenetycznego – homeostazę, stan naturalnej równowagi organizmu równoznaczny ze zdrowiem, zajęła entropia – nieustanny dynamizm przemian i brak równowagi. Zamiast poszukiwań patogenów i stresorów by walczyć z nimi skupiono się na tworzeniu i utrzymaniu zdrowia. W miejsce odporności organizmu komórkowej i humoralnej wprowadzono termin «Uogólnione Zasoby Odpornościowe» będące zbiorem wyznaczników zdrowia – czynników, od których zależy radzenie sobie ze stresem fizycznym i psychicznym.

Stres od zarania dziejów i pierwszych chwil życia towarzyszy człowiekowi. Jest to suma zjawisk patologicznych, które niezależnie od czynników je wywołujących doprowadzają do podobnych skutków. Stres przewlekły przez długotrwałe działanie na organizm uszczupla jego zasoby i niszczy go pod względem psychicznym i fizycznym.

Od wieków zadawano sobie pytanie czy psyche i soma tworzą dwa niezależne czy wzajemnie oddziałujące na siebie obszary. Wielu badaczy próbowało udowodnić, że przyczyną wielu chorób somatycznych, w tym nowotworowych, są emocje. Pierwsza w sposób naukowy dowiodła tego Elida Evans. Dziś znana już jest grupa chorób określana jako psychosomatyczne.

Epidemiologia i klinika nowotworów połączona z aspektem społecznym i psychologicznym tworzy model holistyczny. Jest on wpisany w nurt medycyny psychosomatycznej, reprezentowanej na gruncie naukowym przez psychoneuroimmunologię. Ta interdyscyplinarna nauka bada związki między umysłem a odpornością na stres i choroby. Reakcje emocjonalne, najczęściej negatywne, pojawiają się u chorych na raka od chwili rozpoznania. Stres pogarszając stan psychiczny obniża jakość życia i niekorzystnie wpływa na ogólną kondycję. Zły stan fizyczny utrudnia lub uniemożliwia rozpoczęcie lub kontynuację leczenia z powodu szybkiej progresji choroby, zwiększonej oporności na leczenie, zmniejszonej tolerancji na jej skutki

uboczne. Przewlekły stres powodując nadmierne wydzielanie katecholamin i zaburzając aktywność osi podwzgórze → przysadka → nadnercze doprowadza do licznych patologii w zakresie pracy układów, narządów, komórek, trwale uszkadzając strukturę OUN, zaburzając transkrypcję genów, doprowadzając do immunosupresji i wielu innych zmian. Poprawa funkcjonowania emocjonalnego przekłada się więc na lepszą pracę całego organizmu. Warto więc zwrócić uwagę na pozamedyczny aspekt sprawy, gdyż interdyscyplinarna współpraca onkologów z psychoonkologami daje realną szansę na uzyskanie lepszych wyników leczenia chorych.

Omówienie

Szybki rozwój nauki, jaki dokonał się w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat spowodował, że ogólne działy wiedzy jak przyroda czy medycyna rozdrobniły się na szereg bardziej szczegółowych dziedzin. Interdyscyplinarne podejście do wielu zagadnień sprawiło, że ugruntowane wcześniej pojęcia uległy zmianom. Powstała konieczność zdefiniowania ich od nowa, z innych punktów widzenia. Wprowadzenie nowych pojęć stało się nieodzowne dla lepszego zrozumienia zależności między psychiką, odpornością, stresem a chorobami, w tym również nowotworowymi.

Istotnym przeobrażeniem uległy podstawowe definicje medyczne zdrowia i choroby.

Dychotomie tych określeń i całkowitą odrębność zastąpiono pojęciem *kontinuum zdrowia* → choroby zarówno do sfery psychicznej jak i somatycznej, ciągłym oscylowaniem między biegunem zdrowia i choroby. Na gruncie psychologii i medycyny dotychczasowy *model patogenetyczny* zastąpiono *salutogenetycznym* [1, 2].

Model patogenetyczny zakładał, że homeostaza, stan naturalnej równowagi organizmu, równoznaczny ze zdrowiem, jest stanem naturalnym, a wszelkie patogeny i stresory to czynniki szkodliwe zakłócające tę równowagę i prowadzące do chorób somatycznych lub psychicznych.

Model salutogenezy czyli czynnego tworzenia i utrzymania zdrowia przesunął akcent z choroby na zdrowie. W miejsce **homeostazy** wprowadził **entropię** zakładając, że naturalnym stanem organizmu jest nieporządek, nieustanny dynamizm przemian i brak równowagi.

Twórcą salutogenetycznego modelu, w którym przedmiotem badań jest nie choroba a zdrowie, «w ogóle» i wzajemne relacje między stresem i mechanizmami przystosowawczymi był amerykański socjolog Aaron Antonovsky [3, 4].

Odporność organizmu w tradycyjnym ujęciu komórkowym i humoralnym zastąpiono terminem «**Uogólnione Zasoby Odpornościowe**», szukając równocześnie powiązań między nimi i mechanizmów, które nimi rządzą. Ważniejsze od określenia czynników choroby okazało się określenie wyznaczników zdrowia, które nie dopuszczają do rozwoju niepożądanych reakcji na szkodliwy bodziec, na przykład stres. Czynniki, od których zależy radzenie sobie ze stresem, fizyczne i biochemiczne (odporność), materialne (pieniądze), poznawcze i emocjonalne (wiedza, intelekt, osobowość), związane z wartościami, postawami i relacjami interpersonalnymi oraz makrosocjokulturowe właściwości jednostki (przynależność do grupy) tworzą

Uogólnione Zasoby Odpornościowe. Umożliwiają one skuteczne unikanie lub przezwyciężanie stresorów. Czynnikiem wspólnym dla nich, ułatwiającym utrzymanie się w pobliżu bieguna zdrowia jest poczucie koherencji (*SOC – Sense of Coherence*). Według Antonovskiego jest ono jednym z kluczowych wyznaczników zdrowia. Składają się na nie trzy zasadnicze komponenty:

- **zrozumiałość** – jest miarą zdolności odbioru i oceny napływających bodźców,
- **zaradność** – jest wyrazem przekonania o możliwości pokonania niekorzystnych skutków działania bodźców, radzenia sobie z wymaganiami życia, aktywnego kontrolowania i wpływania na zagrażające sytuacje,
- **sensowność** – jest miarą umiejętności rozumienia sytuacji i przeżywania ich bardziej jako wyzwania niż zagrożeń, jest wręcz wyznacznikiem woli życia («...mobilizuję się do walki z chorobą, bo to ma sens...») [5].

Poczucie koherencji rozwija się w ciągu życia i uzyskuje względnie stałą wartość około 30 roku życia. Kształtuje się w oparciu o strukturę biologiczną, psychiczną a także sytuację społeczną i ekonomiczną człowieka. Może jednak podlegać wahaniom w obliczu krytycznych wydarzeń życiowych, a takim jest niewątpliwie stres, choroba [6, 7].

Stres od zarania dziejów i pierwszych chwil życia towarzyszy człowiekowi. Już sam proces narodzin, przejście z bezpiecznego środowiska w łonie matki do pełnego nieznanego świata zewnętrznego, stanowi potężne wyzwanie dla małego, dopiero co ukształtowanego organizmu. Pierwsze stresory jakim podlega mały człowiek stanowią element przyrody i łączą się z funkcjonowaniem organizmu. Mają naturę fizyczną jak hałas, temperatura, wzmożony wysiłek fizyczny i odpowiadają za stres fizyczny. W miarę rozwoju pojawiają się stresory psychologiczne odpowiedzialne za pogorszenia samopoczucia i wyzwolenie negatywnych emocji. Początkowo pochodzą z najbliższego otoczenia i związane są z bliskimi osobami z kręgu rodziny. Z czasem pole oddziaływania stresorów poszerza się o nowe środowiska, problemy, relacje interpersonalne, pojawia się stres szkolny. Wśród różnych rodzajów stresu psychologicznego wieku dorosłego wymienia się zdarzenia związane z rodziną, pracą, sytuacją społeczną, ekonomiczną, socjalną.

Krytyczne zdarzenia życiowe sprawiające trudności przystosowania się do nich nazwano stresującymi wydarzeniami życiowymi (*SLE – Stressful Life Events*)

W Skali Punktowej Społecznego dostosowania (*SRRS – Social Readjustment Rating Scale*) pierwsze miejsca zajmują:

- śmierć małżonka lub dziecka
- rozwód, separacja
- śmierć członka bliskiej rodziny (rodzice, rodzeństwo)
- własny uraz lub choroba

Termin *stres* wprowadził do medycyny austriacki uczonec Hans Selye na określenie stanu zagrożenia równowagi wewnętrznej lub zewnętrznej organizmu w stosunku do środowiska. Jest to suma zjawisk patologicznych, które niezależnie od czynników je wywołujących doprowadzają do podobnych skutków. Ta nieswoista

reakcja organizmu na stawiane mu żądania występuje gdy zaburzona zostaje jego homeostaza.

Są dwa rodzaje stresu:

- **eustres** – ostry, krótkotrwały wpływa na organizm korzystnie, motywuje i mobilizując zasoby przygotowuje do działania
- **distres** – przewlekły, poprzez długotrwałe działanie na organizm uszczupla jego zasoby i niszczy go tak pod względem psychicznym jak i fizycznym

Wyniki badań doprowadziły Sely'ego do opracowania teorii stresu znanej pod nazwą Uogólnionego Zespołu Adaptacji (*GAS – General Adaptation Syndrom*), który poprzedzony jest przez Lokalny Zespół Adaptacji (*LAS – Local Adaptation Syndrom*).

Każdy bodziec, który szkodliwie działa na określone miejsce w organizmie wywołuje LAS, natomiast działając w różnych miejscach przez dłuższy okres czasu prowadzi do GAS.

GAS składa się z trzech faz:

- **alarmowej** – gdy stresor uruchamia mechanizmy obronne;
- **adaptacyjnej** – zwanej fazą odporności, kiedy następuje względna równowaga między działaniem stresora a mechanizmami obronnymi;
- **wyczerpania** – kiedy z powodu siły stresu lub długiego okresu jego działania wyczerpują się możliwości przystosowawcze organizmu co prowadzi do załamania mechanizmów obronnych a w rezultacie do choroby mogącej zagrozić nawet życiu [4, 8, 7].

To wszystko można odnieść do sytuacji w jakiej znajduje się człowiek chory, a zwłaszcza chory, który dowiaduje się że rozpoznano u niego nowotwór.

Pytanie czy «psyche» i «soma» – «umysł» i «ciało» wzajemnie oddziałują na siebie i funkcjonują jako jedność, czy stanowią dwa odrębne obszary, od wieków towarzyszyło ludzkości i próbowano na nie w mniej lub bardziej naukowy sposób odpowiedzieć.

Już nauki o chińskiej medycynie i hinduskiej ayurwedzie, systemie medycyny indyjskiej rozwiniętej w starożytnych Indiach 5000 lat temu, określiły «soma» i «psyche» jako jedność, nie udowadniając ani bliżej nie precyzując korelacji między nimi.

W księdze Hioba – dydaktycznym poemacie będącym jedną z ksiąg Biblii hebrajskiej powstałej w V – III w. p.n.e. można również znaleźć podobne słowa.

Grecki filozof Platon (427 – 347) czterysta lat p.n.e. w dziele «Charmides» zawarł swoje spostrzeżenia: «...leczenie wielu chorób, nie jest znane lekarzom Hellady, gdyż nie baczą oni na całość, którą także studiować należy, albowiem nie może być zdrowa część, kiedy niedomaga całość...»

Trzysta lat później rzymski mówca, polityk i filozof Cynceron (106 – 43r. p.n.e.) w «Rozprawach tuskulańskich» napisał, iż prawdopodobnie przyczyną chorób bywają specyficzne czynniki psychologiczne.

W XVII wieku niderlandzki filozof Spinoza głosił, że wszystkie zdarzenia w ciele mają swój początek w umyśle.

I tak przez wieki z różną intensywnością pojawiały się doniesienia o konieczności leczenia psychiki i ciała, gdyż tworząc całość wzajemnie oddziałują na siebie.

Poszukiwania zależności między psychiką a chorobami nowotworowymi mają podobnie długą historię.

Najsłynniejszy lekarz starożytności Galen (129 – 199 r.n.e.) w dziele «De Tumoribus» zawarł pierwsze systematyczne omówienie tego zagadnienia. Podsumowując swoje obserwacje, stanowiące przykład badań epidemiologicznych tamtego okresu, stwierdził, że u kobiet z «melancholią» częściej rozwijają się guzy piersi.

Był to początek późniejszych teorii psychicznej predyspozycji do rozwoju nowotworów. Idea ta silnie rozwinęła się w Anglii na przełomie XVII i XVIII wieku. Poglądy takie głosił: Wiseman w 1676 r. (idea «czarnej żółci» = «melas chole» wywołująca melancholię):

Gendron w 1710 r. (wpływ lęku, smutku), Burrows w 1783 r. (przeżywanie «silych i nieprzyjemnych stanów umysłu»).

Nunn zaś, podobnie jak Galen, zaobserwował częstsze występowanie raka piersi u kobiet smutnych, po stracie bliskich im osób.

W 1870 r. Snow przeprowadził pierwszą statystyczną analizę między rozwojem raka a osobowością stwierdzając, że czynnikiem sprzyjającym powstaniu guza są skłonności neurotyczne [9, 10].

Związek procesów psychicznych z rakiem dostrzegali również uczeni we Francji. Amussat w 1854 r. ogłosił, że raka wywołuje smutek a von Schmitt w 1871 r. dodał do tego również nadmierne ambicje.

Wraz z opublikowaniem przez Freuda w 1910 r. pierwszej pracy zawierającej najogólniejszą teorię psychoanalizy (w kolejnych latach pojawiały się następne, bardziej szczegółowe opracowania), wielu uczonych podjęło ponownie próby wyjaśnienia wpływu psychiki na zdrowie.

W 1926 r. Elida Evans ogłosiła wyniki swoich badań i opierając się na koncepcjach Junga, po przebadaniu 100 chorych na raka, wykazała załamanie się istotnych związków rodzinnych, uczuciowych oraz utratę ważnych wartości w okresie bezpośrednio przed zachorowaniem, dowodząc tym wpływu negatywnych emocji na powstanie nowotworów.

W 1939 r. Grodeck potwierdził jej badania przedstawiając powstanie nowotworu jako efekt ujawnienia się innej negatywnej emocji – frustracji.

W tym czasie aktywność badaczy w podejściu psycho-społecznym obejmowała dwa zagadnienia:

1. określenie modelu osobowości predysponującej do rozwoju raka;
2. określenie związku między krytycznymi zdarzeniami życiowymi a powstaniem raka.

Początkowo skupiono się na związku przyczynowo – skutkowym między czynnikami psychicznymi a powstaniem raka «de novo». Z czasem rozszerzono obserwacje o wpływ psychiki na przebieg choroby.

Badaniem wpływu czynników psychicznych na organizm człowieka, czyli rozpatrywaniem zależności psychosomatycznych zajmuje się współcześnie **psychosomatyka**.

Choć już w 1818 r. J. Ch. Heinroth po raz pierwszy wprowadził ten termin do medycyny na określenie całościowego ujmowania problemów człowieka chorego, to pojęcie „zaburzenie psychosomatyczne” pojawiło się w nauce ponad sto lat później, dopiero w 1922r.

Zwiększone zainteresowanie wyjaśnieniem, jak umysł wpływa na zdrowie, dał biopsychospołeczny model rozumienia chorób, zapoczątkowany w latach siedemdziesiątych XX wieku przez G.L.Engela. W ten sposób powstały zręby nowoczesnego, psychosomatycznego spojrzenia na problem, uwzględniającego pozabiologiczne aspekty chorób i leczenia [9, 10].

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) choroby psychosomatyczne to choroby przebiegające albo pod postacią zaburzeń funkcji, albo zmian organicznych dotyczących poszczególnych narządów lub układów, w przebiegu których czynniki psychiczne odgrywają istotną rolę w występowaniu objawów chorobowych, ich zaostrzeniu i zejściu choroby. Na rozwój chorób psychosomatycznych ma wpływ silny, długotrwały stres. Do chorób psychosomatycznych od wielu lat zalicza się: zaburzenia odżywiania (jadłowstręt psychiczny, otyłość, bulimia), choroby wrzodowe, niektóre przypadki nadciśnienia tętniczego, alergie, atopowe zapalenia skóry, astma oskrzelowa, migreny, zaburzenia snu. W ostatnich latach coraz więcej doniesień dołącza do tej grupy również choroby nowotworowe [9, 11].

Epidemiologia i klinika nowotworów połączona z aspektem społecznym i psychologicznym tworzy **model holistyczny**. W tym ujęciu człowiek stanowi część pewnego systemu i wszystko co jego dotyczy należy rozpatrywać we wzajemnych oddziaływaniach różnych elementów tego systemu. Człowiek stanowi niepodzielną całość wzajemnie zależnych od siebie wymiarów biologicznych, psychologicznych i społecznych.

Model holistyczny wpisany jest w nurt medycyny psychosomatycznej. Dzisiaj reprezentowana ona jest na gruncie naukowym, przez **psychoneuroimmunologię**. Zapoczątkował ją w latach siedemdziesiątych XX wieku, Robert Ader. Jest to nauka o charakterze interdyscyplinarnym, która skupiając osiągnięcia psychologii, psychiatrii, neurologii i immunologii, bada związki między umysłem, mózgiem (postawami, zachowaniami, emocjami, uczuciami) a odpornością na stres i choroby [11, 12, 13].

Obecnie coraz trudniej w otaczającym świecie zachować człowiekowi równowagę i spokój. Problemy życia codziennego od najmłodszych lat odciskają piętno na naszej psychice i zdrowiu. Przykładem tego są coraz młodsi pacjenci u których diagnozuje się choroby, u podłoża których badacze doszukują się doświadczeń stresowych [1, 14, 15, 16].

Jak ważny to jest problem, może świadczyć fakt, że badaniami wpływu psychiki na rozwój i przebieg chorób nowotworowych zajmują się obecnie uczeni najbardziej liczących się ośrodków akademickich świata. Praktyczny wymiar tym badaniom dodaje fakt, że choroby nowotworowe stanowią dziś w krajach dobrze rozwiniętych, drugą po chorobach serca przyczynę zgonów i niestety liczba ta ciągle rośnie [17, 18].

W 1977r. Moss po raz pierwszy nazwał poważną chorobę somatyczną, a taką jest niewątpliwie choroba nowotworowa, ciężkim stresem [8, 19, 20, 21, 22].

Reakcje emocjonalne występujące u chorych na raka, są typowymi reakcjami na ciężki stres jaki pojawia się w sytuacji zagrożenia, jakie niesie choroba nowotworowa i poczucie bezradności wynikające z utraty kontroli nad własnym ciałem i życiem. Z rozpoznaniem nowotworu wiąże się długie, obciążające organizm leczenie, zazwyczaj związane z oszpecceniem ciała, kalectwem, bólem oraz niepewne rokowanie. Samo przyjęcie do wiadomości i zaakceptowanie rozpoznania a następnie «odnalezienie się» w tej nowej, trudnej sytuacji, burzącej dotychczasowy porządek codziennego życia: osobistego, rodzinnego, społecznego, zawodowego, stanowi duże obciążenie psychiczne. Pojawiają się liczne emocje, najczęściej negatywne jak lęk, obawa, przygnębienie, niepewność, apatia, zniechęcenie. Uraz psychiczny może spowodować przeciążenie organizmu i zachwianie jego zdolności adaptacyjnych. Stres pogarszając stan psychiczny sprawia, że chorzy jeszcze bardziej cierpią. Obniża się jakość ich życia. Pogarszający się stan somatyczny utrudnia lub uniemożliwia rozpoczęcie lub kontynuację właściwego leczenia z powodu szybszej progresji choroby, zwiększonej oporności na leczenie i zmniejszonej tolerancji na jego skutki uboczne [23, 24, 25, 26, 27, 28]. Lista negatywnych skutków stresu obejmuje ponadto obniżenie odporności, zwiększenie podatności na zakażenia wirusowe, zaburzenia w układzie krzepliwości krwi i pobudliwości komórek mięśnia sercowego prowadzące do zatorów naczyniowych i zawałów, rozwój cukrzycy typu II. Dlatego tak ważne jest wczesne wykrycie i opanowanie negatywnych emocji, które mogą wymknąć się spod kontroli i doprowadzając do dezintegracji psychicznej i somatycznej zniweczyć efekty leczenia choroby zasadniczej [13, 29, 30, 31].

Organizm broniąc się przed stresem, wytwarza różne mechanizmy obronne, adaptacyjne. Proces przystosowania do nowej, zagrażającej sytuacji jest wielopostaciowy: biochemiczny, hormonalny, nerwowy i przebiega na wielu poziomach: od komórkowego aż po korowy – psychiczny – najwyższe piętro regulacji przystosowawczych lub obronnych.

W obrębie OUN (Ośrodkowego Układu Nerwowego) stres wpływa na zmiany neuroprzebieżności i poprzez aktywację różnych mechanizmów neuroendokrynnych, powodując atrofie neuronów i hamując neurogenezę, trwale uszkadza jego struktury [32, 33, 34, 35]. Na zmiany ilości i funkcjonowanie neuroprzebieżników w układzie adrenergicznym, serotonergicznym i cholinergicznym, wpływają zmiany w transkrypcji genów w komórkach OUN w efekcie powtarzających się stresów. Do zmian tych dochodzi w obrębie mRNA dla receptora glikokortykosteroidowego i protoonkogenu C-fos co wpływa na zachowanie innych genów.

Przewlekły stres powoduje duże zmiany w wydzielaniu hormonów, zwłaszcza glikokortykosteroidów, w tym kortyzolu, zwanego «hormonem stresu». Nadmiar katecholamin odgrywa kluczową rolę w mechanizmie hamowania aktywności proliferacyjnej komórek nerwowych i obniżenia ich przeżywalności w stresie. To prowadzi do upośledzenia funkcji hipokampa, polegającej na hamowaniu endokrynnej aktywności osi podwzgórze – przysadka – nadnercze. Nieprawidłowości w zakresie neuroprzebieżników w układzie adrenergicznym, cholinergicznym i serotonergicznym mają wyraźne przełożenie na zaburzenia narządowe, wystąpienie, bądź nasilenie objawów somatycznych, co jeszcze bardziej potęguje stres, a zmia-

ny w wydzielaniu hormonów gonadotropowych oraz estrogenów mogą pośrednio przyczynić się do inicjacji chorób nowotworowych z grupy hormonozależnych jak rak piersi, prostaty czy nowotwory ginekologiczne [36, 37, 38, 39].

Wspomnieć tu również należy o sytuacji przeciwnej, gdy substancje wydzielane przez czynne hormonalnie komórki nowotworowe – w przebiegu takich nowotworów jak pheochromocytoma, guzy trzustki, tarczycy, przytarczyc - dając niepokojące objawy zaburzeń metabolicznych, mogą być przyczyną dodatkowego stresu.

Występujące pod wpływem stresu zaburzenia funkcji osi podwzgórze → przysadka → nadnercza prowadzą do immunosupresji, poprzez nadmierny wzrost poziomu glikokortykosteroidów i katecholamin, które zmniejszają ilość i aktywność limfocytów. Równocześnie nadmierny wzrost katecholamin powodując skurcz naczyń krwionośnych prowadzi do niedotlenienia i w efekcie dochodzi do nadekspresji naczyniowego czynnika wzrostu śródbłonna (*VEGF – Vascular Endothelial Growth Factor*) przez komórki nowotworowe. Konsekwencją tego jest szybka proliferacja miejscowa raka i przerzuty odległe. Wzrost stężenia kortykosteroidów zmniejsza stężenie interleukiny 1 (IL-1) i czynnika martwicy nowotworów α (*TNF- α Tumor Necrosis Factor- α*). Nadmiar kortyzolu, wydzielanego w stresie, uczynnia zlokalizowane wewnątrzkomórkowo receptory glikokortykosteroidowe, które w obrębie jądra komórkowego zaburzają procesy transkrypcji DNA, co może wpłynąć na uaktywnienie genetycznych predyspozycji do różnych schorzeń. Wzrost stężenia kortyzolu we krwi, zaburzając pracę naczyń i narządów, doprowadza organizm do stanu «wyczerpania energetycznego», co zmniejsza jego odporność i czyni bardziej podatnym na choroby. Te wszystkie zmiany na poziomie komórkowym, zwiększają ryzyko mutacji, zaburzenia reperacji uszkodzonego DNA oraz procesu zaprogramowanej śmierci komórki – apoptozy. Udowodniony wpływ zachorowania na nowotwory w sytuacjach niedoboru odpornościowego wykazano w chłoniakach i nowotworach indukowanych wirusem HPV w raku szyjki macicy, nosogardła, gardła i krtani [21, 22, 36].

Sprawność układu odpornościowego, który broni integralności organizmu, stanowi nieodłączny element zdrowia. Pojęcie «immunologiczny» czyli odpornościowy pochodzi od łacińskiego słowa «immunis» – wyłączenie, co oznacza wyłączenie czyli zwalczanie obcych czynników atakujących organizm. Układ odpornościowy zapewnia nam odporność wrodzoną i nabytą. Odporność wrodzona czyli nieswoista, to automatyczny system reagowania, zaprogramowany przed naszym urodzeniem. Odporność nabyta opiera się na zdolności limfocytów do selektywnej reakcji na obce antygeny – wirusy, bakterie, komórki, duże cząsteczki białkowe i wielocukry. Odpowiedzi układu odpornościowego opierają się na działaniu krwinek białych – leukocytów, łącznie z limfocytami T i B, komórkami NK, monocytami, fagocytami, bazofilami, neutrofilami, eozynofilami oraz wyspecjalizowanych komórek w różnych tkankach jak makrofagi czy mastocyty a także hormonów i innych przekazników chemicznych krążących w układzie krwionośnym i chłonnym. Znacząca większość komórek układu odpornościowego pochodzi od prekursorów w szpiku kostnym i krąży we krwi i tkankach. Jedne z najważniejszych komórek, stanowiące część wrodzonego układu odpornościowego, komórki NK (*ang. Natural Killer*) są

limfocytami pozbawionymi pamięci immunologicznej. Stanowią 5 do 16% całej populacji limfocytów i pierwszą linię obrony przed komórkami zmutowanymi lub zainfekowanymi. Po wydostaniu się ze szpiku kostnego, wraz z limfocytami Tdojrzewają w grasicy a następnie gromadzą się głównie w tkankach limfatycznych – migdałkach, węzłach chłonnych, śledzionie. Tu oczekują na aktywację, poprzez stymulację przez komórki dendrytyczne, w wyniku której wydzielają cytokiny – chemiczne białka przekazywane pobudzające działanie limfocytów T i B a także zabijają komórki rakowe i zainfekowane przez bakterie i wirusy. Wiadomo, że komórki NK pełnią zasadniczą rolę we wzmocnieniu układu odpornościowego i stanowią pierwszą linię obrony przed rozwojem nowotworów. Nie wiadomo jeszcze dokładnie jaki jest mechanizm budowania odporności na nowotwory, w jaki sposób komórki te hamują wzrost, rozwój i rozprzestrzenianie się nowotworów pierwotnych i wtórnych, indukowanych. Badania jednak niezbitnie dowiodły, że u pacjentów z dużymi guzami występuje obniżona czynność komórek NK. Rak płuc związany jest ze spadkiem aktywności komórek NK o 20%, rak okrężnicy o 30%, rak piersi o 45% a rak gruczołu krokowego o 25%. Pojawienie się przerzutów i czas przeżywalności w tym stadium jest istotnie bezpośrednio związany z ich poziomem czynności [40, 41, 42].

Badania wielu uczonych wykazały, że stres w chorobach, również nowotworowych, może być zarówno skutkiem jak i przyczyną.

Szczególnie wiele publikacji jest poświęconych zagadnieniom dotyczącym czynników wpływających na wystąpienie raka gruczołu piersiowego, genetycznych, środowiskowych, hormonalnych, jak również psychicznych czy psychospołecznych w tym zwłaszcza stresu psychologicznego. Autorzy licznych prac wskazują na związek między negatywnymi wydarzeniami życiowymi a wystąpieniem raka piersi [15, 16, 43, 44, 45, 46] i ryzyka wznowy [13, 30]. Rak gruczołu piersiowego jako nowotwór, którego rozwój jest związany z układem neurohormonalnym i immunologicznym, jest prawdopodobnie najbardziej podatny na wpływ stresujących wydarzeń życiowych. Naukowcy zwracają uwagę na rolę markerów stresu (adrenaliny, noradrenaliny, prolaktyny, kortyzolu) w etiopatogenezie raka piersi oraz mechanizmy, przez które stres wpływa negatywnie na funkcje psychofizyczne, układ neuroendokrynologiczny – oś: układ limbiczny → podwzgórze → przysadka → nadnercza i układ immunologiczny. Wyniki wielu prac wskazują na promujący wpływ stresu na karcinogenezę. Stres przyspiesza też wystąpienie przerzutów [13, 23, 47]. Jest również grupa badaczy o odmiennym stanowisku (Petticrew i wsp.) [28]. Rozbieżność wyników ich badań sprawiła, że kolejna grupa naukowców, Mc Gee i Williams [29, 45], przeanalizowała ponownie cały materiał z kilkadziesiąt lat, ostatecznie stwierdzając, że jakkolwiek zakres wniosków dotyczących zależności między stresem a wystąpieniem raka piersi jest ograniczony ze względu na sposób pomiaru wydarzeń stresowych, to jednak ryzyko następnej diagnozy może być związane z liczbą skumulowanych doświadczeń stresowych, których doświadczyła jednostka.

Choroba nowotworowa to typowy distres, proces ciężki i przewlekły, często prowadzący do zgonu. Znany jest destrukcyjny wpływ stresu na przebieg i wyniki

leczenia. Jednak nawet po wyleczeniu, pozostaje głęboki uraz psychiczny. Podtrzymywany on jest przez stałe kontrole onkologiczne, wymuszone biologią nowotworu, w przebiegu którego mogą pojawić się wznowy, przerzuty, drugie nowotwory niezależne lub indukowane wcześniejszym napromienianiem. Okres monitorowania jest różny dla różnych nowotworów. Dla przeważającej części wynosi pięć lat, dla białaczek dwadzieścia, dla nowotworów indukowanych co najmniej dwadzieścia. Miejsce pośrednie zajmują nowotwory hormonozależne. W większości przypadków raka piersi, hormonoterapię prowadzi się do pięciu lat po leczeniu, a potem przez kolejnych kilka lat kontrole. Tak długi okres niepokoju, napięcia, może całkowicie zrujnować życie. Po przekroczeniu możliwości adaptacyjnych organizmu, kondycja fizyczna może ulec gwałtownemu pogorszeniu spowodowanemu nie chorobą zasadniczą a spadkiem formy psychicznej.

Poprawa funkcjonowania emocjonalnego przekłada się na lepsze działanie całego organizmu. Jest wtedy silniejszy, bardziej podatny na leczenie ale równocześnie bardziej odporny na działanie niekorzystnych czynników zewnętrznych. Mniej odczuwa skutki uboczne leczenia i lepiej rokuje na przyszłość.

Statystyki medyczne przedstawiając wyniki leczenia podają odsetek przypadków wyleczonych i niepowodzeń. Badani pacjenci stanowią jednorodny, porównywalny materiał kliniczny: to samo rozpoznanie kliniczne, histopatologiczne, stopień zaawansowania choroby, lokalizacja, stan ogólny, wiek, płeć, choroby współistniejące, ten sam ośrodek, metody i techniki leczenia. Wszystkie parametry mierzalne biologiczne i fizyczne są takie same lub podobne. Dlaczego więc tylko niektórzy z nich znajdują się w grupie wyleczonych?

W kwietniu 2012 roku na międzynarodowym sympozjum zorganizowanym w Bari we Włoszech przez ESO (European School of Oncology) i OEIC (Organisation of European Cancer Institutes) Wendy Makin z Christie Cancer Centre w Manchesterze w Wielkiej Brytanii podkreśliła, że na wyniki leczenia nowotworów mają wpływ, oprócz rodzaju i lokalizacji guza oraz czynników związanych z leczeniem, czynniki i parametry swoiste dla pacjenta. Nie precyzując o jakie parametry chodzi wskazała na poza medyczny aspekt sprawy.

Obecnie wiemy już, jak ogromną, niekorzystną rolę odgrywa tu psychika a zwłaszcza stres. Wyniki wielu prac potwierdzają, że zasoby psychologiczne chorych na raka korelują z poziomem ich funkcjonowania fizycznego. Warto więc skupić się nie tylko na negatywnych aspektach choroby nowotworowej ale także podkreślać możliwe zasoby psychologiczne. Dlatego pomoc pacjentom onkologicznym powinna opierać się na interdyscyplinarnej współpracy specjalistów z różnych dziedzin, lekarza pierwszego kontaktu, onkologa, radioterapeuty, chemioterapeuty z psychologiem, psychoonkologiem czy psychiatrą. Takie działanie może dać szansę uzyskania postępu w opracowaniu skutecznych strategii i metod leczenia chorych na nowotwory.

Piśmiennictwo

- 1 Binnebesel J. *Pedagogiczne możliwości kształtowania poczucia koherencji w kontekście salutogenetycznej koncepcji zdrowia* A. Antonowskiego. *Psychoonkologia* 2006; 10 (2): 64–69.
- 2 Jelonekiewicz I. *Model Antonovskyego- odniesienie do wybranych koncepcji psychologicznych*. *Nowiny Psychologiczne* 1994; 3: 55–66.
- 3 Dolińska-Zygmunt G. *Orientacja salutogeniczna w problematyce zdrowotnej*. Model Antonovskyego. *Acta Universitatis Wratislaviensis* 1996; 1818: 17–29.
- 4 Jabłoński M. *Poczucie koherencji a ryzyko rozwoju depresji u chorych na ostrą białaczkę*. *Psychoonkologia* 2009; 1–2: 1–10.
- 5 Kozaka J. *Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika*. *Psychoonkologia* 2002; 6 (11): 13–19.
- 6 Antonovsky A., Sagy S. *The development of a Sense of Coherence and its impact on responses to stress situations*. *J.Social Psychol.* 1986; 126: 213–225.
- 7 Skokowski J., Szymczak J. *Poczucie koherencji a lęk u chorych na nowotwór płuca oczekujących na operację i u osób zdrowych*. *Psychoonkologia* 1999; 4: 35–45.
- 8 Ogińska-Bulik N. *Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej*. *Psychoonkologia* 2011; 1: 1–10.
- 9 Brackowski R., Zubelewicz B., Klakla K, Romanowski W. *Depresja czynnikiem zagrożenia chorobą nowotworową – hipoteza a fakty*. *Psychoonkologia* 1997; 1:23–26
- 10 Jabłoński M., Furgał M., Dudek D., Zięba A. *Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii*. *Psychiatria Polska* 2008; tom XLII, Nr 5: 749–765.
- 11 Kune S. *Stressfull life events and cancer*. *Epidemiology* 1993; 4: 395–397.
- 12 Machnik-Czerwik A. *Funkcjonowanie na płaszczyźnie psychofizycznej a jakość życia chorych onkologicznie*. *Psychoonkologia* 2010; 2: 55–59.
- 13 Satin J.R., Linden W., Phillips M.J. *Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: A meta-analysis*. *Cancer* 2009; DOI:10.1002/cnc r. 24561.
- 14 Arterholt S.B., Fann J.R. *Psychosocial care in cancer*. *Curr.Psych. Rep.* 2012;14: 23–29.
- 15 Chen C.C., David A.S., Nunnerly H., Mitchell M., Dawson J.L., Berry H. *Adverse life events and breast cancer*. *Brit.Medic.Journal* 1995; 311: 1527–1530.
- 16 Forsen A. *Psychological stress a risk of breast cancer*. *Psychother.Psychosom.* 1991; 55: 176–185.
- 17 Parker P.A., Baile W.F., de Moor C., Cohen L. *Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients*. *Psychooncology* 2003; 12: 183–193.
- 18 Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. *Nowotwory złośliwe w Polsce*. KRN-ZE-iPN. Warszawa 2012; 3, 74.
- 19 Chwalczyńska A., Woźniewski M., Rożek-Mróż K., Malicka I. *Jakość życia kobiet po mastektomii*. *Wiad Lek* 2004; 36: 212–216.
- 20 deWalden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- 21 Joško J. *Czym jest stres?* [W:] Joško J. *Stres w chorobach przewlekłych*. Warszawa; PZWL 2007; 17–38.

- 22 Joško-Ochojska J. *Lęk – nieodłączny towarzysz człowieka od poczęcia aż do śmierci*. Wyd. SUM Katowice 2013; Wyd I: 11–37.
- 23 Ben-Ellyahu S., Yirmiya R., Liebeskind J.C., Yaylor A.N., Gale R.P. *Stress increases metastatic spread of mammary tumor in rats*. Evidence for mediation by immune system. *Brain Behav. Immun.* 1991; 5: 193–205.
- 24 Cooper C.L., Faragher E.B. *Coping strategies and breast cancer*. *Psychol. Med.* 1992; 22: 447–455.
- 25 Dobrowolska M. *Wybrane zasoby psychologiczne pacjentek chorych na raka jajnika a stopień nasilenia skutków ubocznych chemioterapii*. *Psychoonkologia* 2013; 2: 56–61.
- 26 Holland J.C., Goone-Piels J. *Anxiety Disorders*. W: Kufe D., Pollock R., Weichselbaum R., Bast R., Gansler T., Holland J., Frei E. (red.). *Cancer Medicine*. Wyd. 6. BC Decker, Hamilton (Canada) 2003.
- 27 Pers K. *Zależność liczby i nasilenia objawów ubocznych chemioterapii od poziomu depresji i lęku u pacjentów onkologicznych*. *Psychoonkologia* 2002; 6(1): 9–12.
- 28 Petticrew M., Duncan H. *Stress-induced immunomodulation*. *JAMA* 1999; 282: 2209–10
- 29 McGee R., Williams S., Elwood M. *Are life events related to the onset of breast cancer?* *Psychol. Med.* 1996; 26: 441–447.
- 30 Ramirez A.J., Craig T.K.J., Watson J.P., Fentiman I.S., North W.R.S., Rubens R.D. *Stress and relapse of breast cancer*. *Brit. Med. Journal* 1989; 298: 291–293.
- 31 Sharpe M., Strong V., Allen K., Rush R., Postoma K., Tulloh A., Maguire P., House A., Ramirez A., Cull A. *Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs*. *British Journal of Cancer* 2004; 90: 314–320.
- 32 Duncko R., Makatsori A., Fickova E., Selko D., Jezova D. *Altered coordination of the neuroendocrine response during psychosocial stress in subjects with high trait anxiety*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psyc.* 30 (2006), 1058–1066.
- 33 Herbert J., Goodyer J., Grossman A.B. et al. *Do corticosteroids damage the brain?* *J. Neuroendocrinol.* 2006; 18: 393 – 411.
- 34 Pużyński S., Robakowski J. *Neurobiologia zaburzeń psychicznych*. Wyd. Urban&Partner. Wrocław 2012; Tom I: 151–178.
- 35 Rajkowska G., Miguel-Hidalgo J.J. *Gliogenesis and glial pathology in depression*. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2007; 6: 219–233.
- 36 Jezova D., Makatsori A., Duncko R., Moncek F., Jakubek M. *High trait anxiety in healthy subjects is associated with low neuroendocrine activity during psychosocial stress*. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2004; 28: 1331–1336.
- 37 Malicka I., Szczepańska J., Anioł K., Rymaszewska J., Woźniewski M. *Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych*. *Współcz. Onkolog.* 2009; 13 (1): 41–46.
- 38 Netzel P.J., Sampson M.S., Lapid I.M., Moore M.K., Rummans A.T. *Depression and anxiety in cancer patients a focus on breast and gynecological cancer*. *Women's Health Ob. Gyn Edition* 2006; 6: 15–25.
- 39 Young E.A., Abelson J.L., Cameron O.G. *Effect of comorbid anxiety disorders on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to a social stressor in major depression*. *Biol Psychiatry* 2004; 56: 113–120.
- 40 Ghoneum M., Gollapudi S. *Modified arabinoxylan rice bran sensitizes human T cel leukemia cells to death receptor – induced apoptosis*. *Cancer Letters* 2003; 201: 41–49.

- 41 Ghoneum M., Matsuura M. *Augmentation of macrophage phagocytosis by modified arabinoxylan rice bran*. *Intern. J. of Immunopath and Pharm.* 2004; 17 (3): 283–292.
- 42 Segerstrom S.C., Miller G.E. *Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry*. *Psycholog. Bulletin.* 2010; 6 (12): 1863–1881.
- 43 Burstein H.J., Prestrud A.A., Seidenfeld J et al. *American society of clinical oncology clinical practice guideline: update on adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer*. *J. Clin. Oncol.* 2010; 28: 3784–3796.
- 44 Geyer S. *Life events, chronic difficulties and vulnerability factors preceding breast cancer*. *Soc-Sci-Med.* 1993; 37: 1545–1555.
- 45 McGee R. *Does stress cause cancer?* *Brit. Med. Journal* 1999; 319: 1015–1016.
- 46 Sieja K., Bartków A., Ananicz B., Stanosz S. *Związek stresujących wydarzeń życiowych z rozwojem raka gruczołu piersiowego*. *Współczesna Onkologia* 2002; 6 (2): 121–124.
- 47 Moreno-Smith M., Lutgendorf S.K., Sood A.K. *Impact of stress on cancer metastasis*. *Future Oncology* 2010; 6 (12): 1863–1881.

Dr n.hum. Marcinkowska U., mgr Lau K., dr n.med. Kasperczyk J.,
dr n.med. Tyrpień M., prof.zw.dr hab.n.med. Joško–Ochojska J.
Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

KONDYCJA PSYCHOFIZYCZNA BEZDOMNYCH MĘŻCZYŹN

Streszczenie

Posiadanie domu, schronienia stanowi ważny czynnik warunkujący zdrowie człowieka w społecznym wymiarze i zaliczane jest, obok dostępu do pożywienia, wody, edukacji oraz opieki zdrowotnej, do podstawowych potrzeb człowieka. Do głównych makrospołecznych czynników prowadzących do bezdomności należy: ubóstwo, brak stabilnych warunków mieszkaniowych oraz dyskryminacja. Czynniki indywidualne to natomiast: przemoc (zarówno bycie sprawcą jak i ofiarą), uzależnienia, kryzysowe sytuacje osobiste (np. rozwód, utrata pracy). Bezdomność dotyczy również osób, które przebywały w ośrodkach leczenia zaburzeń psychicznych, ośrodkach leczenia uzależnień, aresztach, więzieniach.

Liczba bezdomnych Polaków jest trudna do oszacowania, według najnowszych danych Ministerstwa Pracy wynosi ona ok. 43 tys. i charakteryzuje się tendencją wzrostową.

Niestety oprócz danych liczbowych nie posiadamy rzetelnej wiedzy o codziennym funkcjonowaniu i stanie zdrowia osób bezdomnych. Badań odnośnie tego zagadnienia nie prowadzi się z Polsce, mimo, iż jest ono ważne z punktu widzenia zdrowia publicznego oraz współczesnej epidemiologii.

Cel

Celem badań była ocena kondycji psychofizycznej oraz narażenia na sytuacje stresogenne osób bezdomnych.

Materiał i metoda

Do badania zaproszono 400 osób bezdomnych z terenu województwa śląskiego, wypełnione kwestionariusze ankiety otrzymano natomiast od 203 osób. Zebrane ankiety po weryfikacji wprowadzono do bazy danych i analizowano przy użyciu programu Statistica 10.0.

Wyniki

Najczęściej podawaną przyczyną bezdomności były problemy rodzinne (np. rozwód, utrata bliskiej osoby) – 43,3%. Ponad połowa badanych korzysta z pomocy pracowników socjalnych – 56 %. Około ¼ badanych deklaruje, że nie korzysta z ni-

czyjej pomocy i radzi sobie sama. Najczęściej bezdomni uskarżają się na: zmęczenie (33%), bóle rąk i nóg (30,8%) oraz obrzęki nóg (23,6%). Przebywanie w ośrodku dla bezdomnych nie wpływa na odczuwany poziom stresu. Lęk wśród respondentów związany z chorobami dotyczy głównie chorób nowotworowych. Nie wykazano korelacji pomiędzy liczbą lat pozostawania w bezdomności a nasileniem lęku.

Wnioski

1. Głównymi przyczynami bezdomności są uwarunkowania natury społeczno – ekonomicznej, wynikające z nieumiejętności dostosowania się jednostki do zmieniającego się otoczenia, a przede wszystkim do wymagań rynku pracy.
2. Bezdomni mężczyźni nie obawiają się zaspokojenia podstawowych potrzeb związanych z głodem, wychłodzeniem organizmu oraz naruszeniem nietykalności cielesnej, najbardziej natomiast obawiają się ciężkiej choroby i samotności.
3. Najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami zdrowotnymi są dysfunkcje narządu ruchu, które mogą skutkować unieruchomieniem osoby, a w okresie zimowym zamrznięciem.
4. Badani bezdomni w większości nie skarżą się na swój stan, co pozwala domniemywać, że do niego przywykli, boją się jedynie jego pogorszenia.
5. Bezdomnym mężczyznom najczęściej udzielana jest pomoc instytucjonalna (niesiona przez pracowników socjalnych), częściej pomagają im inni bezdomni niż osoby nie będące bezdomnymi, co świadczy o alienacji osób bezdomnych.
6. Wśród bezdomnych mężczyzn odnotowano wysoki poziom zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, jednakże zaznaczyć należy, że wszyscy ankietowani przebywali w ośrodkach dla bezdomnych.
7. Okres pozostawania w bezdomności nie wpływa na natężenie deklarowanych przez osoby bezdomne obaw.

Wstęp

Posiadanie domu, schronienia stanowi ważny czynnik warunkujący zdrowie człowieka w społecznym wymiarze [1, 2] i zaliczane jest, obok dostępu do pożywienia, wody, edukacji oraz opieki zdrowotnej, do podstawowych potrzeb człowieka (tzw. *basic needs*). Obecnie w naukach medycznych obserwuje się wzrost zainteresowania nie tylko samą problematyką wpływu miejsca zamieszkania na zdrowie człowieka, lecz podejmuje się szereg działań by usprawnić miejsce codziennego funkcjonowania [3, 4]. Prowadzone analizy koncentrują się wokół 3 obszarów: charakterystyki miejsca zamieszkania, warunków mieszkaniowych wewnątrz mieszkania oraz struktury własności mieszkania [5].

We wszystkich powyższych rozważaniach podkreśla się znaczenie mieszkania i bezpieczeństwa mieszkaniowego dla zdrowia człowieka. W kontekście wpływu miejsca zamieszkania należy jednak zastanowić się nad sytuacją, w której osoba posiada lokum nieadekwatne do prawidłowego funkcjonowania lub też nie posiada w ogóle dachu nad głową. Według ETHOS, czyli Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego wykluczenie mieszkaniowe obejmuje ludzi

zagrożonych eksmisją, doświadczających przemocy, zamieszkujących substandardowe lub przeludnione mieszkania oraz osoby bezdomne [6].

Omówienie

Jeden z bardziej znanych naukowców zajmujących się zjawiskiem bezdomności w Polsce – A. Przemyński definiuje bezdomność jako: «sytuację osób, które w danym czasie nie posiadają i własnym staraniem nie mogą zapewnić sobie takiego schronienia, które spełniałoby minimalne warunki, pozwalające uznać je za pomieszczenie mieszkalne» oraz twierdzi, że «do utraty dachu nad głową prowadzą na ogół przyczyny na poziomie makrospołecznym lecz ofiarami padają ludzie, których podatność na nie ukształtowała się na poziomie mikrospołecznym» [7].

Do głównych makrospołecznych czynników prowadzących do bezdomności należy: ubóstwo, brak stabilnych warunków mieszkaniowych oraz dyskryminacja. Czynniki indywidualne to natomiast: przemoc (zarówno bycie sprawcą jak i ofiarą), uzależnienia, kryzysowe sytuacje osobiste (np. rozwód, utrata pracy). Bezdomność dotyczy również osób, które przebywały w ośrodkach leczenia zaburzeń psychicznych, ośrodkach leczenia uzależnień, aresztach, więzieniach.

Ze względu na złożony charakter zjawiska jakim jest bezdomność, a osoby bezdomne nie stanowią jednolitej grupy, zazwyczaj bezdomnych dzieli się na: bezdomnych pozostających w schroniskach, noclegowniach (*emergency sheltered*), wyróżnia się osoby bezdomne pozostające bez żadnego schronienia (*unsheltered*), osoby bezdomne przebywające w czasowym lokum np. w motelu, u przyjaciół lub rodziny (*provisionally accomodated*) i osoby zagrożone bezdomnością np. bezrobotne, ubogie, o dochodach poniżej średniej krajowej) [8].

Liczba bezdomnych Polaków jest trudna do oszacowania, według najnowszych danych Ministerstwa Pracy wynosi ona ok. 43 tys. i charakteryzuje się tendencją wzrostową. [9]

Niestety oprócz danych liczbowych nie posiadamy rzetelnej wiedzy o codziennym funkcjonowaniu i stanie zdrowia osób bezdomnych. Badań odnośnie tego zagadnienia nie prowadzi się z Polsce, mimo, iż jest ono ważne z punktu widzenia zdrowia publicznego oraz epidemiologii współczesnej.

Cel badań

Celem badań była ocena kondycji psychofizycznej oraz narażenia na sytuacje stresogenne osób bezdomnych.

Materiał i metoda

Do badania zaproszono 400 osób bezdomnych z terenu województwa śląskiego, wypełnione kwestionariusze ankiety otrzymano natomiast od 203 osób. Badani ankietowani byli w ośrodkach zajmujących się udzielaniem im pomocy zlokalizowanych w: Zabrze, Tarnowskich Górach, Gliwicach, Rybniku, Świętochłowicach,

Dąbrowie Górniczej oraz Katowicach. Zdecydowaną większość stanowili mężczyźni (94,1%), posiadający wykształcenie zawodowe (prawie 49%), stanu wolnego (kawalerowie oraz rozwodnicy). Średni wiek badanych wynosił 49,8 lat ($\pm 13,05$ roku), przy czym średni wiek mężczyzn wynosił 50,7 lat ($\pm 12,39$), zaś kobiet 34,8 lat ($\pm 14,41$), co daje wysoce istotną różnicę statystyczną ($p < 0,000$). Szczegółową charakterystykę socjodemograficzną osób badanych zawarto w tabeli 1.

CECHA	KATEGORIA SOCJODEMOGRAFICZNA	LICZBA OSÓB BADANYCH N (%)
Płeć	Mężczyźni	191 (94,1%)
	Kobiety	12 (5,9%)
Wykształcenie	Podstawowe	65 (32,0%)
	Zawodowe	99 (48,8%)
	Średnie	32 (15,8%)
	Wyższe	3 (1,5%)
	Brak danych	4 (1,5%)
Stan cywilny	Kawaler/panna	84 (41,4%)
	Żonaty/mężatka	15 (7,4%)
	Wdowiec/wdowa	12 (5,9%)
	Rozwiedziony/rozwiedziona	83 (40,9%)
	Brak danych	9 (4,4%)

Tab. 1. Socjodemograficzna charakterystyka osób badanych.

W badaniu zastosowano autorski kwestionariusz ankiety, w którym zawarto pytania dotyczące stanu zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego, pytania

o przyczyny stresu oraz o natężenie codziennego poziomu stresu i lęku w codziennym życiu osób bezdomnych.

Metodyka statystyczna

Zebrane ankiety po weryfikacji wprowadzono do bazy danych i analizowano przy użyciu programu Statistica 10.0. Wstępnie wyliczono statystyki opisowe (liczności i frakcje lub średnie wraz z odchyleniami standardowymi). Dane przedstawiono w tabelach lub wykresach. Różnice międzygrupowe badano, po sprawdzeniu założeń, testem t dla prób niezależnych lub nieparametrycznym testem U Manna-Whitneya. W przypadku zmiennych ilościowych wyliczono współczynnik korelacji liniowej. We wszystkich analizach za poziom istotny przyjęto wartość $p < 0,05$.

Uwaga metodologiczna! Ze względu na fakt, iż w grupie badanej znalazło się jedynie 6% kobiet (co powodowałoby zarzut heterogeniczności grupy) w celu uzyskania rzetelnych pod względem statystycznym wyników zawężono obszar analizy do grupy bezdomnych mężczyzn.

Wyniki

Badani mężczyźni są bezdomni z różnych powodów. Najczęściej podawaną przyczyną bezdomności były problemy rodzinne (np. rozwód, utrata bliskiej osoby) – 43,3%. W dalszej kolejności przyczynami były: problemy finansowe (38,3%), alkoholizm (29,4%), oraz utrata pracy (27,3%). 7,5% badanych wskazało jako powód bezdomności utratę mieszkania w wyniku eksmisji.

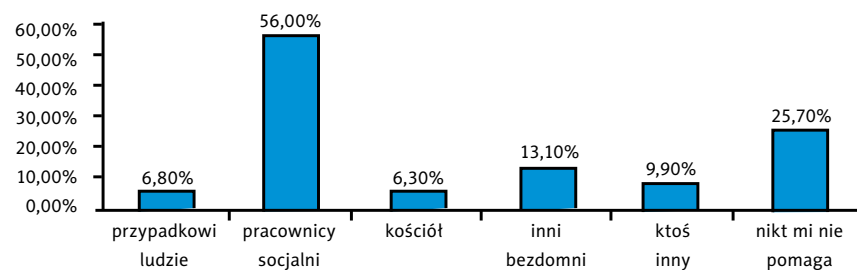
W tabeli 2 zawarto opis liczbowy stanu bezdomności osób badanych, z uwzględnieniem liczby lat pozostawania w bezdomności oraz okresu przebywania w ośrodku dla bezdomnych.

	Mężczyźni N=191 (94,1%)	Kobiety N=12 (5,9%)	Wsp. p M vs K	OGÓŁEM N=203 (100%)
Okres pozostawania w bezdomności przez badanych (w latach)	5,9 \pm 5,28	2,1 \pm 2,37	0,02	5,7 \pm 5,23
Okres przebywania badanych w ośrodku dla bezdomnych (w latach)	3,3 \pm 3,85	1,0 \pm 1,19	0,04	3,1 \pm 1,19

Tab. 2. Charakterystyka bezdomności u osób badanych.

Ponad połowa badanych korzysta z pomocy pracowników socjalnych – 56%. W przypadku 13,1% osób pomoc niosą im inne osoby bezdomne, co ankietowani

deklarowali ponad dwukrotnie częściej w porównaniu do pomocy ze strony ludzi nie będących bezdomnymi (6,8%). Około ¼ badanych deklarowała, że nie korzysta z niczyjej pomocy i radzi sobie sama, należy jednak pamiętać, że znajdowali się oni w momencie przeprowadzania badania w placówce pomocowej. Dane przedstawiono na rycinie 1.



Ryc.1. Osoby i instytucje, z których pomocy najczęściej korzystają badane osoby bezdomne (W pytaniu można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi).

Spośród badanych 59% deklaroowało, że nie choruje na żadną chorobę. Jednak prawie wszyscy ankietowani wskazywali na którąś z wymienionych w ankiecie dolegliwości. Najczęściej bezdomni uskarżali się na: zmęczenie (33%), bóle rąk i nóg (30,8%) oraz obrzęki nóg (23,6%) i bóle pleców (20%). Na przewlekły kaszel cierpi 15,7% badanych osób bezdomnych.

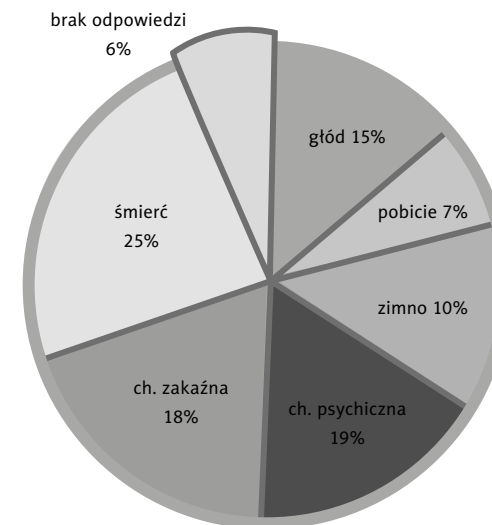
Odnośnie uzależnień, 29,8% ankietowanych deklaroowało uzależnienie od alkoholu, 21,4% od papierosów, a 3,7% od narkotyków. Jedynie 3% badanych uzależnionych było od tzw. nowych uzależnień (leki, hazard, Internet, seks).

W aspekcie kondycji psychicznej zadano badanym pytania o odczuwanie przez nich stresu i lęku. Poproszono badanych o ocenę natężenia poziomu stresu w skali 1-7- wyniki przedstawia tabela 3. Nie stwierdzono zależności statystycznej pomiędzy natężeniem stresu doświadczanego poza ośrodkiem dla bezdomnych i w ośrodku.

Stres	Ocena (1–najmniejszy, 7–największy) średnia \pm SD	Wsp.p
Nasilenie stresu poza ośrodkiem dla bezdomnych	2,7 \pm 1,83	p=ns
Nasilenie stresu w ośrodku	2,6 \pm 1,90	

Tab. 3. Deklarowany poziom stresu.

Największe obawy wśród badanych wzbudza śmierć. Kolejne miejsca zajmują choroby psychiczne i zakaźne. Jedynie nieco ponad 1/3 badanych obawia się nie zaspokojenia potrzeb podstawowych (głodu, wychłodzenia oraz pobicia). Rozkład procentowy wszystkich odpowiedzi związanych z obawami osób bezdomnych przedstawiono na rycinie 2.



Ryc.2. Przyczyny obaw w badanej grupie bezdomnych mężczyzn.

Zapytano badanych o nasilenie poziomu lęku w zależności od rodzaju obawy. Badani mężczyźni najbardziej boją się własnej ciężkiej choroby, w najmniejszym stopniu natomiast obawiają się innych osób. Wyniki przedstawiają tabele IV i V. Warto zauważyć, że badani obawiają się samotności i jednocześnie 47% spośród nich czuje się osamotnionymi, a 68 % tęskni za rodziną.

Przyczyny lęku	Ocena (1–najmniejsze obawy, 7–największe) średnia \pm SD
własna śmierć	3,7 \pm 2,64
ciężka choroba	5,3 \pm 2,22
samotność	4,3 \pm 2,49
inne osoby	2,2 \pm 1,92

Tab. 4. Nasilenie lęku z różnych powodów według badanych mężczyzn.

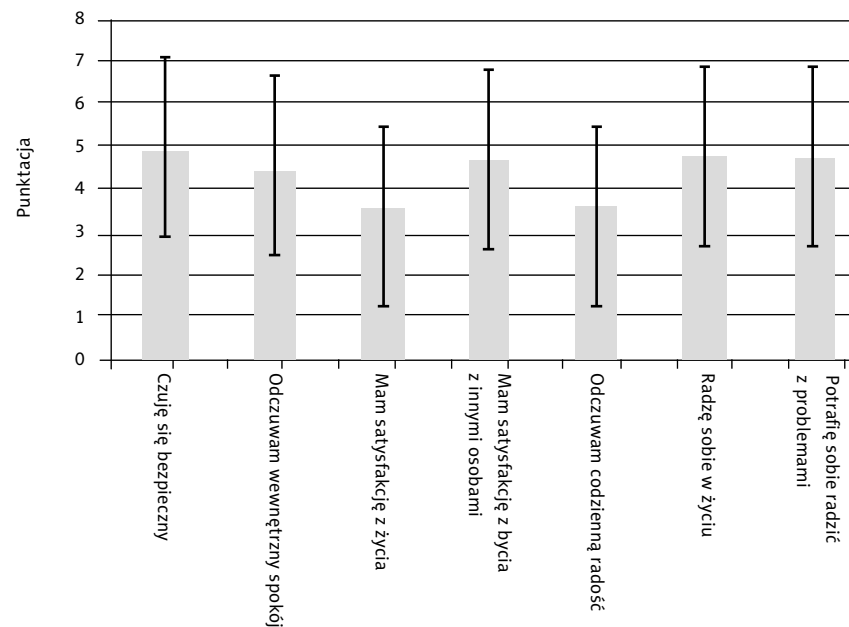
	Własna śmierć	Ciężka choroba	Samotność	Inni ludzie
Własna śmierć				
Ciężka choroba	<0,0001			
Samotność	0,04	0,003		
Inni ludzie	<0,0001	<0,0001	<0,0001	

Tab. 5. Porównanie nasilenia lęku pomiędzy badanymi powodami obaw.

Biorąc pod uwagę obawy związane z zachorowaniem na poszczególne choroby, najwięcej, bo 41% badanych obawia się choroby nowotworowej, 20% boi się zachorowania na depresję, zaś 20% innej choroby psychicznej.

Nie stwierdzono korelacji nasilenia stresu oraz lęku z liczbą lat bezdomności.

Poproszono również badanych o dokonanie oceny w skali 1–7 stwierdzeń, które określają ich kondycję emocjonalną. Na ryc. 3 przedstawiono rozkład ocen badanych. Najwyższą średnią ocenę uzyskał codzienny poziom bezpieczeństwa (4,9 punktu na 7 możliwych), najniższą ocenę natomiast otrzymano w przypadku poziomu codziennej satysfakcji z życia.



Ryc.3. Ocena stanu emocjonalnego badanych.

Powyższe wyniki są współmierne z odpowiedzią na pytanie o chęć dokonania zmian w swym życiu przez osoby bezdomne- aż 84,2% badanych chciałoby coś zmienić w swym życiu.

Dyskusja

Bezdomność – aspekt socjodemograficzny

Jak wspomniano we wstępie, bezdomność jest zjawiskiem trudnym do dokładnego oszacowania, ale nie oznacza to, że nie prowadzi się badań. Najbardziej miarodajny raport na temat skali zjawiska bezdomności pochodzi z 2010 r. Wyniki raportu uzyskano dokonując spisu osób przebywających w noclegowniach w całej Polsce, w ciągu jednej nocy z 26 na 27 stycznia 2010 roku podczas mroźnej pogody (do -20°C). Badanie przeprowadzone w taki sposób zapobiegło dublowaniu wyników i zagwarantowało ich rzetelność. Wówczas w noclegowniach przebywało 20. 960 osób, na Śląsku było to prawie 3 tysiące osób. Ponadto wykazano zjawisko tzw. «grupowania się» osób bezdomnych w większych aglomeracjach (Katowice, Warszawa, Poznań), gdzie noclegownie są często przepełnione. Zaznacza się zatem zjawisko zwiększonej bezdomności w miastach «bogatszych» o przeciętnie wyższych dochodach i większej liczbie mieszkań. W regionach «słabszych ekonomicznie» było relatywnie najmniej osób bezdomnych (woj. warmińsko – mazurskie, podkarpackie, podlaskie) [10]. Tendencja ta potwierdziła się w badaniu własnym. Podczas przeprowadzania badań odnotowano największe skupiska osób bezdomnych w zamożnych miastach województwa śląskiego – Gliwicach, Zabrze, Rybniku oraz Katowicach.

Jak wskazują badania, wśród osób bezdomnych przeważają samotni mężczyźni pomiędzy 25–55 rokiem życia [8]. W Polsce liczba bezdomnych kobiet jest około 8 razy mniejsza niż liczba bezdomnych mężczyzn. W konsekwencji np. w 2009r. w naszym kraju z około 96 tys. działań pomocowych, zdecydowana większość (84,5%) skierowana było do mężczyzn, a jedynie 10,7% do kobiet [10]. W badaniu własnym jedynie 6% ankietowanych bezdomnych było kobietami. Przyczyn tak dużej dysproporcji należy się doszukiwać w czynnikach ekonomicznych, osobowościowych oraz obyczajowych. Wyniki badania własnego wskazują, że główną przyczyną bezdomności wśród mężczyzn są trudności rodzinne oraz finansowe. Utrata pracy, długi, rozwód czy utrata mieszkania w ich rezultacie, częściej dotyczą mężczyzn. Kobiety na ogół lepiej radzą sobie z problemami i częściej korzystają ze wsparcia. Ponadto nadal w Polsce to mężczyzna ma realizować funkcje instrumentalne, polegające na zabezpieczeniu potrzeb materialnych rodziny. Gdy zatem w wyniku utraty źródła dochodu mężczyzna traci możliwość kształtowania stanu materialnego rodziny, traci również rolę członka rodziny i może stać się osobą bezdomną.

Bezdomność a zdrowie fizyczne

Osoby bezdomne nie posiadając własnego lokum są szczególnie narażone na występowanie różnego rodzaju chorób. Badania wskazują, że osoby bezdomne częściej niż osoby posiadające lokum zapadają na gruźlicę, HIV/AIDS oraz inne choroby

zakaźne. Przykładowo w przypadku aktywnej fazy gruźlicy stwierdzonej u osób bezdomnych blisko 20% umiera w ciągu roku od momentu jej zdiagnozowania [11]. Badania własne nie wskazują jednoznacznie na występowanie gruźlicy w badanej grupie. Co prawda 1/5 bezdomnych mężczyzn obawia się choroby zakaźnej, ale na podstawie deklarowanych objawów w postaci zmęczenia czy przewlekłego kaszlu, nie można dokonać wśród nich zdiagnozowania gruźlicy.

Bezdomni są częściej narażeni na odmrożenia, wrzodziejące rany kończyn, infekcje górnych dróg oddechowych, choroby skóry, choroby układu krążenia, nadciśnienie. Ponadto mieszkanie na ulicy sprzyja pobiciom oraz poważnym urazom powstałym w ich efekcie [12] a także gwałtom i przemocy seksualnej [13]. Rezultatem jest zła kondycja fizyczna i niska jakość życia osób bezdomnych, niezależnie od wieku [14].

Poważnym problemem wynikającym z braku lokum w miesiącach zimowych są zamarznięcia. W Polsce ponad ¼ zamarznięć dotyczy osób bezdomnych. Najczęstszą bezpośrednią przyczyną zamarznięć jest z kolei upojenie alkoholowe.

Ponad 69% bezdomnych doświadcza uczucia głodu przynajmniej w ciągu jednego dnia każdego tygodnia [15]. Badania własne nie potwierdziły tej prawidłowości – jedynie 15% badanych deklaruje, że boi się głodu. Być może fakt ten wynikał z przebywania badanych w ośrodku pomocowym oraz z przekonania o własnej zaradności życiowej – 1/4 badanych stwierdziła, że nikt im na co dzień nie pomaga i radzą sobie sami.

Najbardziej oczywistą konsekwencją wymienionych dolegliwości zdrowotnych jest krótka przeżywalność osób bezdomnych. Z badań, jakie dla organizacji Crisis wykonali w Anglii i Walii naukowcy z Uniwersytetu Sheffield wynika, że bezdomni mężczyźni dożywają średnio 47 lat, a kobiety 43 lat. To mniej więcej tyle samo, co średnie trwanie życia mieszkańców biednych i ogarniętych konfliktami zbrojnymi krajów [16]. Badania własne nie potwierdzają tej statystyki – średnia wieku badanych to prawie 50 lat, przy odchyleniu standardowym sięgającym 13 lat.

Bezdomność a zdrowie psychiczne

Brak poczucia bezpieczeństwa, ciągła niepewność, niezaspokojenie podstawowych potrzeb fizjologicznych skutkują problemami psychicznymi. Do głównych zaburzeń zdrowia psychicznego osób bezdomnych zalicza się: depresje, psychozy, zaburzenia afektywne oraz demencje.

Osoby bezdomne są bardziej, niż osoby mające stabilną sytuację mieszkaniową, narażone na uzależnienia. Często w wyniku sytuacji kryzysowej np. związanej z utratą pracy, osoby załamują się i popadają w uzależnienie (najczęściej od alkoholu). Wówczas staje się ono przyczyną «pogłębiającą bezdomność», gdyż osobom nietrzeźwym nie udziela się pomocy np. w ośrodkach noclegowych czy nie daje się im możliwości brania udziału w «programach wychodzenia z bezdomności».

Dość często obserwuje się występowanie zaburzeń depresyjnych w okresie poprzedzającym wytworzenie się uzależnienia od alkoholu. Alkohol jest wówczas stosowany jako środek łagodzący doznania depresyjne i lęk lub jako środek uspokajający i nasenny. Meta analiza 16 badań epidemiologicznych dotyczących

substancji od których uzależniają się bezdomni wykazała, że ok. 28% badanych jest uzależnionych od alkoholu a 10% od narkotyków [17]. Wyniki badania osób bezdomnych przeprowadzone przez Substance Abuse and Mental Health Services Administration [18] wskazują na 38% osób uzależnionych od alkoholu i 26% od innych substancji psychoaktywnych. Alkohol jako przyczyna bezdomności występuje nawet w 2/3 wszystkich przypadków [19]. Uzależnienie jest również częstym powodem zerwania kontaktów z rodziną, której brak wsparcia w chwili kłopotów mieszkaniowych zwiększa ryzyko bezdomności.

W badaniu własnym uzależnienie od alkoholu deklarowało prawie 30% mężczyzn.

Według Adamczyka u osób przebywających w ośrodkach dla bezdomnych bardzo często występuje zjawisko tzw. «podwójnej diagnozy». «Ten problem dotyczy osób, u których prócz uzależnienia od alkoholu rozpoznano także inne zaburzenia psychiczne. Najczęściej współwystępują ze sobą uzależnienie od alkoholu i: schizofrenia, osobowość antyspołeczna, choroby afektywne (zaburzenia maniakalne, zaburzenia depresyjne lub cyklofrenia oznaczająca naprzemienne występowanie faz manii i depresji)» [20].

Choroba alkoholowa może też stanowić powikłanie chorób afektywnych. Z taką sytuacją spotkamy się, gdy ktoś pije alkohol dla wywołania przyjemnych doznań psychicznych i uwolnienia się od niepokoju. Z drugiej strony uzależnienie od alkoholu może prowadzić do depresji. Kolejny związek dotyczy wpływu silnych sytuacyjnych czynników stresowych na wystąpienie zespołu depresyjnego.

Depresji obawia się 1/5 osób badanych w badaniu własnym.

Nie ulega wątpliwości, że osobom bezdomnym należy pomagać, zaś bezdomność stanowi ważny problem z punktu widzenia epidemiologii. Pomagając osobom bezdomnym należy pamiętać, że bezdomność nie polega tylko na braku mieszkania, ale przede wszystkim utracie domu jako sposobu bycia, poczucia więzi z miejscem czy ludźmi. Bezdomni tęsknią za normalnością, za rodziną, normalnymi stosunkami interpersonalnymi. Znalazło to odzwierciedlenie w badaniu własnym. Problem «wewnętrznej bezdomności» dostrzegła Matka Teresa z Kalkuty twierdząc, że «bezdomność to nie tylko brak wybudowanego z kamienia schroniska, ale także brak osoby, którą można by nazwać swoim bliskim» [21].

Wnioski

1. Głównymi przyczynami bezdomności są uwarunkowania natury społeczno – ekonomicznej, wynikające z nieumiejętności dostosowania się jednostki do zmieniającego się otoczenia, a przede wszystkim do wymagań rynku pracy.
2. Bezdomni mężczyźni nie obawiają się zaspokojenia podstawowych potrzeb związanych z głodem, wychłodzeniem organizmu oraz naruszeniem nietykalności cielesnej, najbardziej natomiast obawiają się ciężkiej choroby i samotności.
3. Najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami zdrowotnymi są dysfunkcje narządu ruchu, które mogą skutkować unieruchomieniem osoby, a w okresie zimowym zamarznięciem.

4. Badani bezdomni w większości nie skarżą się na swój stan, co pozwala domniemywać, że do niego przywykli, boją się jedynie jego pogorszenia.
5. Bezdomnym mężczyznom najczęściej udzielana jest pomoc instytucjonalna (niesiona przez pracowników socjalnych), częściej pomagają im inni bezdomni niż osoby nie będące bezdomnymi, co świadczy o alienacji osób bezdomnych.
6. Wśród bezdomnych mężczyzn odnotowano wysoki poziom zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, jednakże zaznaczyć należy, że wszyscy ankietowani przebywali w ośrodkach dla bezdomnych.
7. Okres pozostawania w bezdomności nie wpływa na natężenie deklarowanych przez osoby bezdomne obaw.

Piśmiennictwo

- 1 Marmot M., Wilkinson R. *Social Determinants of Health*. New York, NY: Oxford University Press, 1999.
- 2 Commission on Social Determinants of Health. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. World Health Organisation; Geneva: 2008.
- 3 Korfmacher KS1, George V. *Educating refugees to improve their home environmental health*. J Public Health Manag Pract. 2012 Sep–Oct; 18 (5): 469–73.
- 4 Gibson M., Petticrew M., Bambra C. et.al. *Housing and health inequalities: A synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health*. Health Place. Jan 2011; 17(1): 175–184.
- 5 Shaw M. *Review Housing and public health*. Annu Rev Public Health. 2004; 25: 397–418.
- 6 www.feantsa.org; <http://www.feantsa.org/code/en/pg.asp?Page=484>
- 7 Przyemeński A. *Bezdomność jako kwestia społeczna w Polsce współczesnej*, Poznań: AE 2001, s. 29 i n.
- 8 Gaetz S., Donaldson J., Richter T., Gulliver T. *The state of homelessness in Canada 2013* <http://www.homelesshub.ca/ResourceFiles/SOHC2103.pdf>
- 9 http://www.gazetaprawna.pl/artykuly/697211,ministerstwo_policzylo_bezdomnych_w_polsce.html
- 10 Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Pomocy i Integracji Społecznej. *Bezdomność w Polsce – diagnoza na dzień 31 stycznia 2010 roku*, Warszawa; lipiec 2010.
- 11 Khan K., Rea E., McDermaid C., Stuart R., Chambers C., Chan A., Gardam M., Jamieson F., Yang J., Hwang S.W. *Trends in Active Tuberculosis among Homeless People in Toronto, Canada, 1998–2007*. Emerging Infectious Diseases. March 2011; 17 (3): 357–65.
- 12 Hwang S.W., Colantonio A., Chiu S., Tolomiczenko G., Kiss A., Cowan L., Redelmeier D.A., Levinson W. *The Effect of Traumatic Brain Injury on the Health of Homeless People*. Canadian Medical Association Journal. Oct 2008;179(8):779–84.
- 13 Heslin KC, Robinson PL, Baker RS, Gelberg L. *Community characteristics and violence against homeless women in Los Angeles County*. J Health Care Poor Underserved. 2007 Feb; 18 (1): 203–18.
- 14 Palepu A., Hubley A., Russell L., Gadermann A., Chinni M. *Quality of life themes in*

Canadian adults and street youth who are homeless or hard-to-house: A multi-site focus group study Anita Health and Quality of Life Outcomes 2012, 10: 93.

- 15 *The Street Health Report 2007 Toronto: September 2007* <http://www.streethealth.ca/downloads/the-street-health-report-2007.pdf>
- 16 Jones A., Pleace N. *A Review of Single Homelessness in the UK 2000–2010*. <http://www.crisis.org.uk/data/files/publications/Review%20of%20Single%20Homelessness.pdf>
- 17 *American Psychological Association: Report of the 2009 Presidential task force on psychology's contribution to end Homelessness*. <https://www.apa.org/news/press/releases/2010/02/end-homelessness.aspx>
- 18 *The Health of the Homeless–Substance Abuse; 2009*. <http://www.libraryindex.com/pages/2322/Health-Homeless-SUBSTANCE-ABUSE.html>
- 19 Didenko E., Pankratz N. *Substance Use: Pathways to homelessness? Or a way of adapting to street life?* Visions: BC's. Mental Health and Addictions Journal 2007, 4 (1): 9–10.
- 20 Adamczyk L. *Psychologiczna charakterystyka osób bezdomnych na przykładzie mieszkańców schroniska w Szczodrem: wrzesień 2008:5*. <http://www.bratalbert.wroc.pl>
- 21 Matka Teresa, Brat Roger. *Droga Krzyżowa*, Michallineum; 1988: 15.

Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska

TOMASZ WIATR – LEKARZ I ARTYSTA RADZĄCY SOBIE ZE STRESEM POPRAZ ARTETERAPIĘ

Znamy obecnie wiele skutecznych form radzenia sobie ze stresem. Jedną z nich, zdającą świetnie egzamin w najtrudniejszych chwilach naszego życia jest arteterapia, czyli leczenie poprzez sztukę. Arteterapia jest pojęciem bardzo szerokim, obejmującym muzykoterapię, choreoterapię i bibliografię, a także działania terapeutyczne przy wykorzystaniu teatru, filmu i sztuk plastycznych, takich jak malarstwo, rzeźba i grafika. Taką formę terapii wykorzystuje się ze znakomitym skutkiem w leczeniu wielu przewlekłych chorób, ale także w radzeniu sobie ze stresem u zdrowych osób, w celu zminimalizowania negatywnych jego skutków.

Lekarze są tą grupą zawodową, która nie tylko wskazuje arteterapię swoim pacjentom w czasie choroby, jako znakomity sposób na zdrowienie, ale bardzo często sama ją stosuje w stresujących sytuacjach dnia codziennego. Wśród lekarzy w dużym odsetku spotykamy ludzi fascynujących się muzyką, malarstwem, rzeźbą, literaturą, itd. Być może dlatego, że to ludzie wrażliwi, niezmiernie empatyczni, reagujący przeciw na tyle odmian ludzkiego cierpienia, którzy już w dzieciństwie uwrażliwieni byli na sztukę. Wielu lekarzy potrafi grać na instrumentach, malować, śpiewać, itd. Niewielu jednak rozwija swoje zainteresowania i może pochwalić się wielkim talentem. Jedną z takich nietuzinkowych postaci jest pan dr Tomasz Wiatr, którego mam przyjemność i zaszczyt przedstawić czytelnikom.

Tomasz Wiatr urodził się w 1983 roku, w rodzinie o bogatych tradycjach medyczo – artystycznych. Jego dziadkowie od czterech pokoleń byli lekarzami, absolwentami Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Wydziału Lekarskiego, wówczas jeszcze Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach.

Doktor Wiatr jest lekarzem i znanym rysownikiem, który podkreśla, że jego twórczość artystyczna, to najlepszy sposób zmagania się ze stresem. Rysuje zawsze wtedy, gdy czuje taką potrzebę, nawet w wolnej chwili w czasie pełnienia dyżuru w szpitalu.

Zdolności artystyczne odziedziczył po ojcu, który jest śpiewakiem operowym, absolwentem Akademii Muzycznej w Krakowie oraz pierwszorzędny malarzem.

Tomasz Wiatr od najmłodszych lat również przejawiał zainteresowanie sztuką. Uczył się tańca i gry na fortepianie. Rodzina zaprzyjaźniona była z córką Marii Konopnickiej Zofią Mickiewiczową, z artystą malarzem Stanisławem Kochankiem, a w domu rodzinnym mieszkał i malował uczeń Wojciecha Kossaka, malarz – batalista Stanisław Studencki.

Tomasz Wiatr w 2008 roku ukończył studia medyczne na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Aktualnie pracuje w Szpitalu Powiatowym w Mielcu i jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie urologii. Znajomość z wieloma artystami teatru, opery i malarstwa, oraz bezpośredni kontakt ze sztuką przyczyniły się do rozwinięcia jego pasji.

W 2010 roku rozpoczął swoją przygodę z rysunkiem, koncentrując się głównie na portrecie. Stworzył cykl portretów ludzi świata kultury i mediów. Pierwsza wystawa jego dorobku artystycznego odbyła się w Dworku Marii Konopnickiej w Żarnowcu w 2011 roku i dała początek kolejnym ważnym wystawom. Wśród miejsc, w których wystawił swoje prace wymienić należy Galerię Agora w Bytomiu oraz Galerię Erdos Renee Haaz w Budapeszcie.

W 2012 roku stworzył cykl portretów największych krakowskich lekarzy i zaprezentował swoje prace w Domu Towarzystwa Lekarskiego w Krakowie.

Tomasz Wiatr zawsze podkreśla, że przede wszystkim jest lekarzem, a rysunek stanowi dopełnienie zawodu. Kontakt ze sztuką uczy go wrażliwości i pomaga zmagać się ze stresem obecnym w jego trudnym zawodzie oraz ułatwia kontakt z pacjentem.

Artysta posiada w swoim dorobku 10 wystaw krajowych i zagranicznych. Jego najnowsza wystawa, prezentująca dotychczasowe dokonania miała miejsce w marcu 2014 roku w Muzeum Collegium Maius Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wyjątkowe wydarzenie będzie także miało miejsce w czerwcu 2014 roku w Rybniku, podczas II Interdyscyplinarnej Konferencji Naukowej z Udziałem Międzynarodowym pt. „STRES NASZ CODZIENNY” z cyklu «W przestrzeni stresu i lęku». Wtedy dr Tomasz Wiatr zaprezentuje swoje prace, jako znakomity przykład harmonijnego połączenia wysoce stresującej pracy zawodowej z pracą artystyczną, przeciwdziałającą negatywnym skutkom stresu i pozwalającą na pogłębiony rozwój osobowości człowieka.

