

A c t a
Universitatis
Lodziensis

FOLIA PSYCHOLOGICA

23



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

A c t a
Universitatis
Lodziensis

FOLIA PSYCHOLOGICA

23



W **WYDAWNICTWO**
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

ŁÓDŹ 2022

REDAKCJA NAUKOWA „FOLIA PSYCHOLOGICA”

Eleonora Bielawska-Batorowicz (redaktor naczelny)
Agnieszka Lipińska-Grobělny (zastępca redaktora naczelnego)
Anna Józefczyk (sekretarz), *Wiesław Szymczak* (redaktor statystyczny)
Karolina Kossakowska (redaktor), *Joanna Witkowska* (redaktor językowy)

KOMITET NAUKOWY

Małgorzata Górnik-Durose (Uniwersytet Śląski), *Zygfryd Juczyński* (Wyższa Szkoła Bankowa w Łodzi), *Maria Lis-Turlejska* (Uniwersytet SWPS), *Aleksandra Łuszczynska* (Uniwersytet SWPS, Wrocław), *Tadeusz Marek* (Uniwersytet Jagielloński), *Teresa Rostowska* (Uniwersytet Gdański, emerytowana profesor) *Helena Sęk* (UAM, emerytowana profesor)
Peter M. Stratton (University of Leeds, Leeds Family Therapy and Research Centre, Wielka Brytania), *Cornelia Thiels* (Fachhochschule Bielefeld, Niemcy)
Maria Platsidou (University of Macedonia, Grecja)

RECENZENCI WSPÓŁPRACUJĄCY W 2022 ROKU

Katarzyna Nowakowska-Domagala, *Anna Paszkowska-Rogacz*
Leszek Putyński, *Andrzej Śliwerski*, *Danuta Wolska*

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Krzysztof Lindstedt

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

PROJEKT OKŁADKI

Agencja Komunikacji Marketingowej efectoro.pl

© Copyright by Authors, Lodz 2022
© Copyright for this edition by University of Lodz, Lodz 2022

ISSN 1427-969X
e-ISSN 2353-4842

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.10888.22.0.Z

Ark. wyd. 5,6; ark. druk. 5,75

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-237 Łódź, ul. Jana Matejki 34A
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 635 55 77

WSTĘP

W 2022 r. minęło pięćdziesiąt lat od uruchomienia w Uniwersytecie Łódzkim jednolitych studiów magisterskich na kierunku psychologia. W ciągu pół wieku ukończyło je blisko 6 tys. osób. Absolwenci kierunku wybierali różne drogi zawodowe – obok pracy praktycznej w instytucjach ochrony zdrowia, edukacji i biznesu także pracę badawczą.

Niniejszy tom „Folia Psychologica” zawiera teksty absolwentów – tych, którzy studiowali jeszcze pod kierunkiem Nestora łódzkiej psychologii prof. dra Stanisława Gerstmana, oraz tych, którzy studia na Uniwersytecie Łódzkim podjęli później, a dziś są związani z wieloma ośrodkami akademickimi w Polsce. Absolwenci UŁ mają swoich uczniów i współpracowników – to współautorzy artykułów w niniejszym tomie.

Prezentowane teksty są różnorodne, gdyż odzwierciedlają zainteresowania naukowe Autorów i wybierane przez Nich podejścia badawcze. Obejmują zatem zagadnienia z wielu subdyscyplin psychologii. W zbiorze są prace przeglądowe i raporty z badań. W pierwszej grupie znajdują się trzy z publikowanych w tomie tekstów: Monika Malon i Łukasz Okruszek prezentują drogę powstawania i rozwoju neuronauki społecznej oraz możliwości jej praktycznego zastosowania; Anna Skrzypa i Mariola Wolan-Nowakowska przedstawiają wyzwania, jakie stoją przed osobami z niepełnosprawnością w procesie przechodzenia z etapu dorastania do etapu dorosłości; Ewa Zasepa charakteryzuje doświadczenia religijne osób z niepełnosprawnością intelektualną. W drugiej grupie znajdują się dwa teksty: Paulina Albińska przedstawia wyniki badań dotyczące jakości życia dzieci i młodzieży z wrodzoną łamliwością kości, a Alina Rybałtowska i Anna M. Zalewska prezentują badania nad rolą inteligencji w różnicowaniu kompetencji społecznych i cenionych wartości.

Dziękujemy wszystkim Autorom za nadesłane teksty i zapraszamy do lektury tomu „Folia Psychologica” wydawanego w jubileuszowym roku.

Redakcja



Received: 20.12.2021; verified: 01.2022. Accepted: 03.2022.

© by the author, licensee University of Lodz – Lodz University Press, Lodz, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

MONIKA MALON

 <https://orcid.org/0000-0001-9789-5522>

Polska Akademia Nauk
Instytut Psychologii
Pracownia Neuronauki Społecznej
00-378 Warszawa, ul. Stefana Jaracza 1
e-mail: mmalon@sd.psych.pan.pl

ŁUKASZ OKRUSZEK

 <https://orcid.org/0000-0002-7136-2864>

Polska Akademia Nauk
Instytut Psychologii
Pracownia Neuronauki Społecznej
00-378 Warszawa, ul. Stefana Jaracza 1
e-mail: lukasz.okruszek@psych.pan.pl

TRZYDZIEŚCI LAT NEURONAUKI SPOŁECZNEJ

Abstrakt. Neuronauka społeczna, która narodziła się jako subdyscyplina neuronauki poznawczej na początku lat dziewięćdziesiątych XX w., na przestrzeni ostatnich dekad ulegała dynamicznym przemianom. Unikalne połączenie perspektywy nauk społecznych, psychologicznych i biologicznych, jakie oferuje ta dziedzina, umożliwia badanie funkcjonowania człowieka na wielu płaszczyznach, co może prowadzić do głębszego zrozumienia mechanizmów je kształtujących. Niniejsza publikacja ma na celu przybliżenie procesu kształtowania się neuronauki społecznej, zarówno pod kątem rozwoju badań, jak i struktur akademickich z nią związanych. Ponadto zostały przedstawione wyniki dotychczasowych badań z zakresu izolacji społecznej i subiektywnego statusu społecznego oraz wpływ tych czynników na zdrowie publiczne, co stanowi przykład zastosowania interdyscyplinarnego podejścia neuronauki społecznej w praktyce.

Słowa kluczowe: neuronauka społeczna, neuronauka poznawcza, samotność, status społeczny



Received: 29.04.2022; verified: 19.05.2022. Accepted: 6.07.2022.

© by the author, licensee University of Lodz – Lodz University Press, Lodz, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

THIRTY YEARS OF SOCIAL NEUROSCIENCE

Abstract. Over the last three decades, social neuroscience, which had emerged as a subdiscipline of cognitive neuroscience at the beginning of 1990s, has been rapidly developing its specific methodology and extending its research scope. By combining knowledge and methodology from social, psychological and biological sciences it is uniquely suited to study human functioning on multiple levels and elucidate the trajectories underlying human social behavior. The current article aims to briefly cover the history of social neuroscience by discussing development of both research and academic structures related to it. Moreover, the research on the association between social isolation and subjective social status, and health is presented as an example of practical application of the interdisciplinary approach adopted by social neuroscience.

Keywords: social neuroscience, cognitive neuroscience, loneliness, social status

WPROWADZENIE

Gdy John Cacioppo i Gary Berntson w 1992 r. wprowadzali w swojej publikacji termin „neuronauka społeczna” (*social neuroscience*) jako jeden z nagłówków, wydawał się on na tyle nowatorski i niepewny, że autorzy zdecydowali się nadać mu formę pytania czy też nieśmiałej sugestii („Social Neuroscience?”; Cacioppo, Berntson, 1992). Dziś, po trzech dekadach od publikacji tego artykułu, ze znacznie większą pewnością możemy mówić o neuronauce społecznej jako obiecującej dziedzinie, pozwalającej na badanie społecznej natury człowieka w sposób uwzględniający zarówno biologiczny, jak i społeczny poziom opisu. Owa zintegrowana perspektywa umożliwi z kolei uzyskanie bardziej trafnych odpowiedzi na pytanie, **dlaczego** ludzie funkcjonują w sferze społecznej w taki, a nie inny sposób (Cacioppo, Decety, 2011).

Interdyscyplinarna natura neuronauki społecznej opiera się na fundamentalnym założeniu, że społeczny i biologiczny poziom funkcjonowania człowieka przenikają się oraz wpływają na siebie wzajemnie, co sprawia, iż nie można interpretować całego systemu tych powiązań jako jedynie sumy jego elementów (Cacioppo, Decety, 2011). Metodologia tej dziedziny bazuje na dorobku nauk biologicznych, takich jak neurobiologia czy genetyka, nauk społecznych w zakresie socjologii, ekonomii czy antropologii ewolucyjnej, oraz nauk psychologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem psychologii społecznej, poznawczej, rozwojowej i klinicznej (Singer, 2012). Połączenie perspektyw dyscyplin, które badają funkcjonowanie człowieka w tak różnorodny sposób, pozwala w lepszym stopniu zrozumieć jego społeczną naturę.

Celem niniejszego artykułu jest wprowadzenie czytelnika w genezę neuronauki społecznej i proces jej konstytuowania, aktualne problemy, które podejmuje, oraz kierunki, w jakich może podążać jej dalszy rozwój. Ponadto artykuł ma na celu przedstawienie szczególnego charakteru neuronauki społecznej jako dziedziny nauk o człowieku i poznaniu, która posiada własną historię, warsztat

metodologiczny i specyficzną perspektywę badawczą, tym samym korygując błędne przekonanie o jej bliźniaczym charakterze do psychologii społecznej (Winkelman, 2008).

TRAJEKTORIA BADAŃ Z ZAKRESU NEURONAUKI SPOŁECZNEJ

Choć już od XIX w. sugerowano, że działanie mózgu oraz zachowania społeczne są ze sobą silnie powiązane, za początki neuronauki społecznej uznaje się dopiero pierwszą połowę lat dziewięćdziesiątych XX w. (Lieberman, 2012; Matusall i in., 2011). Badania dotyczące neuronalnych korelatów przetwarzania informacji społecznych, które były prowadzone już wiele lat wcześniej, opierały się na metodologii z zakresu m.in. neuropsychologii klinicznej (e.g. Harlow, 1868) czy psychofizjologii (e.g. Ekman i in., 1983). Znakomita większość metod badawczych, stanowiących podstawę aktualnie prowadzonych badań z zakresu neuronauki społecznej, jak chociażby metodologia badań z użyciem punktów świetlnych (Johansson, 1978) czy paradygmat grupy minimalnej (Tajfel, 1970), również została wprowadzona do użycia na długo przed sformulowaniem nazwy samej dziedziny. Jednocześnie dopiero pojawienie się i upowszechnienie metod nieinwazyjnego neuroobrazowania, a później nieinwazyjnej stymulacji mózgu, stało się czynnikiem spustowym jej dalszego rozwoju.

W latach dziewięćdziesiątych zaczęły stopniowo ukazywać się pierwsze, pionierskie publikacje wspomnianego już we wstępie Johna Cacioppo, badającego psychologiczne skutki izolacji społecznej (Ernst, Cacioppo, 1999), czy Leslie Brothers, która pierwszy raz użyła sformułowania „mózg społeczny” (Brothers, 1990). Rozwój tej dziedziny w dużym stopniu był również związany z technicznymi możliwościami prezentacji bodźców społecznych w ramach eksperymentów z użyciem technik neuroobrazowania. Jak wskazuje Hari (2015), można wyróżnić pięć faz rozwoju tego typu eksperymentów, który postępuje wraz z możliwościami technicznymi prowadzenia badań. W ramach pierwszych trzech faz eksperymenty opierały się na prezentacji uczestnikom odpowiednio: 1) prostych bodźców, takich jak figury geometryczne czy pojedyncze dźwięki, 2) złożonych, statycznych bodźców o charakterze społecznym, np. zdjęć twarzy, 3) dynamicznych bodźców, takich jak filmy prezentujące złożone sytuacje społeczne. Choć na poziomie pierwszego etapu prezentacja podstawowych bodźców miała na celu przede wszystkim analizę aktywności neuronalnej powiązanej z prostymi funkcjami sensorycznymi i motorycznymi, to już w 1997 r. Nancy Kanwisher i współpracownicy w jednym z kluczowych badań z użyciem funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI) wykorzystali w zadaniu eksperymentalnym zdjęcie twarzy i domów w celu zbadania różnic przetwarzania bodźców o charakterze społecznym i niespołecznym (Kanwisher i in., 1997).

W ramach badania została zaobserwowana specyficzna aktywność neuronalna w rejonie zakrętu wrzecionowatego podczas prezentacji bodźców przedstawiających ludzkie twarze (Kanwisher i in., 1997). Co istotne, rozwój neuronauki społecznej i metodologii analizy danych fMRI następował dwukierunkowo. Z jednej strony możliwości analizy procesów związanych z funkcjonowaniem społecznym były wyznaczane przez dostępną metodologię badań. Z drugiej strony stawiane na gruncie neuronauki społecznej pytania badawcze często prowadziły do rozwoju metodologii badań z użyciem technik neuroobrazowania. Dla przykładu bardzo ważna dla rozwoju technik wielozmiennowej (*multivariate*) analizy wzorców aktywności neuronalnej na podstawie danych fMRI była polemika między Nancy Kanwisher i Jamesem Haxbym. Haxby w 2001 r. opublikował badanie uznawane za kluczowe dla rozwoju techniki MVPA (*multi-voxel pattern analysis*), wskazujące na znacznie szerszą sieć struktur zaangażowanych w proces przetwarzania twarzy, z których części nie da się uchwycić przy zastosowaniu klasycznego podejścia opartego na wielokrotnej analizie jednozmiennowej (Haxby i in., 2001).

Celem kolejnych faz prowadzenia badań z użyciem technik neuroobrazowania według Hari (2015) jest analiza wzorców aktywności towarzyszących interakjom społecznym. Aktualne ograniczenia techniczne i metodologiczne związane z użyciem technik neuroobrazowania pozwalają na prowadzenie badań plasujących się na poziomie etapu czwartego, zgodnie z klasyfikacją Hari (2015), tj. udziału uczestnika w interakcji społecznej opierającej się na ściśle określonych zasadach, np. w formie gry kooperacyjnej. Przykładem mogą być badania z wykorzystaniem tzw. *hyperscanningu*, który polega na monitorowaniu jednocześnie aktywności mózgu u dwóch lub większej liczby uczestników zaangażowanych w kierowaną interakcję. Badania te odpowiadają na postulaty tzw. *second person neuroscience* wskazujące na konieczność postawienia osoby badanej w roli uczestnika, nie zaś jedynie biernego obserwatora interakcji czy też bodźców społecznych innego typu (Bolis, Schilbach, 2018). Jednocześnie z uwagi na ograniczone możliwości prowadzenia w przestrzeni laboratoryjnej badań nad korelatami neuronalnymi naturalistycznej interakcji pomiędzy dwiema osobami (np. w trakcie swobodnej rozmowy, etap piąty według Hari [2015]) dużo uwagi poświęca się obecnie możliwości monitorowania wskaźników fizjologicznych rejestrowanych w ramach codziennej aktywności osób badanych, np. przy użyciu technik *digital phenotyping* (Onnela, 2021) czy metod próbkowania doświadczeń (Myin-Germeys i in., 2018).

Do rozkwitu poszczególnych subdyscyplin neuronauki społecznej przyczynił się również dynamiczny rozwój nauk pokrewnych. Przykładowo badania nad teorią umysłu i mentalizacją były ściśle powiązane z postępem w zakresie badań na populacji osób ze spektrum autyzmu, które zostały zintensyfikowane na przestrzeni ostatnich dekad (Baron-Cohen i in., 1994; Frith, 1994). Szczególnie istotne dla rozwoju neuronauki społecznej okazały się również badania

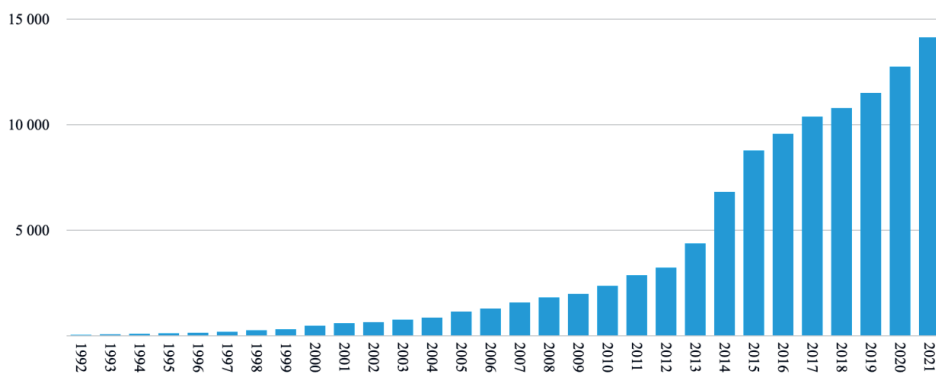
nad innymi ssakami naczelnymi. Hipoteza mózgu społecznego, zaproponowana przez Robina Dunbara na początku lat dziewięćdziesiątych, sugerowała, iż rozmiar mózgu naczelnych jest znacznie większy niż u większości ssaków właśnie z uwagi na konieczność skutecznego organizowania się w liczniejsze, bardziej złożone grupy i sprawnej kooperacji z innymi ich członkami (Dunbar, 1993, 1998). Hipoteza ta została częściowo poparta wynikami badań wskazującymi na powiązanie objętości kory nowej, stanowiącej część mózgu szczególnie rozwiniętą u naczelnych, z wielkością grupy, w której żyje osobnik (Dunbar, 1995). Innym intrygującym wątkiem są badania zespołu Giacomo Rizzolattiego z lat dziewięćdziesiątych dotyczące działania neuronów lustrzanych u makaków królewskich (Gallese i in., 1996). Warto jednak podkreślić, iż badania tego rodzaju nie mogą być mechanicznie generalizowane na populację ludzką – jak konstatują Kilner i Lemon (2013); dyskusja o roli neuronów lustrzanych w funkcjonowaniu człowieka uczyniła z nich „najbardziej przereklamowany koncept w neuronauce”.

PIERWSZE STRUKTURY AKADEMICKIE

Warto wymienić kilka kluczowych wydarzeń konstytuujących neuronaukę społeczną jako dziedzinę akademicką. Wśród dedykowanych neuronauce konferencji i seminariów, które na początku lat dwutysięcznych zaczęły pojawiać się coraz częściej, jako pierwsza, używająca określenia „neuronauka społeczna” w swojej nazwie, zapisała się konferencja, jaka odbyła się w 2001 r. na Uniwersytecie Kalifornijskim (Matusall i in., 2011). Trzy lata później na Uniwersytecie Chicagowskim ustanowiono pierwszą jednostkę akademicką zajmującą się problematyką tej dziedziny (Center for Cognitive and Social Neuroscience; Matusall i in., 2011).

Przełomowym momentem dla rozwoju neuronauki społecznej był rok 2006, kiedy zostały utworzone dwa kluczowe czasopisma podejmujące problematykę tej świeżo ugruntowanej dziedziny. Pierwszy numer „Social Neuroscience”, wydany już w marcu tegoż roku, zawierał wstęp autorstwa Jeana Decety’ego i Juliana Paula Keenana opisujący zakres zagadnień oraz narzędzia metodologiczne, jakimi posługuje się neuronauka społeczna (Decety, Keenan, 2006). Zaledwie trzy miesiące później wyszedł pierwszy numer „Social Cognitive and Affective Neuroscience” (SCAN), kolejnego czasopisma dedykowanego tej dziedzinie (Lieberman, 2006).

Począwszy od 2007 r., były już organizowane regularne konferencje, jak chociażby „Social Affective Neuroscience Conference”; zaczęto również budować coraz bardziej stabilne struktury organizacyjne. Przykładowo w 2010 r. założono międzynarodowe, interdyscyplinarne Stowarzyszenie Neuronauki Społecznej (Society for Social Neuroscience, S4SN; Matusall i in., 2011).



Ilustracja 1. Liczba publikacji w latach 1992–2021 uwzględniających hasło „neuronauka społeczna” w serwisie PubMed

Źródło: opracowanie własne.

Początkowo publikacje z zakresu neuronauki społecznej, których liczba gwałtownie rosła w ostatnich trzech dekadach (ilustracja 1), pojawiały się głównie w czasopiśmie z zakresu psychiatrii (Matusall i in., 2011). Z czasem jednak coraz więcej artykułów było kierowanych do wydawnictw zorientowanych na badania dotyczące neuroobrazowania, w większej mierze pokrywających się z obecnym obszarem zainteresowań dziedziny. Redaktor naczelny „SCAN”, Matthew Lieberman (2012), twierdzi, że zainteresowania neuronaukowców społecznych ze Stanów Zjednoczonych i z Europy różniły się wyraźnie pod względem perspektywy, jaka była przyjmowana przy badaniu podobnych zagadnień. Jak zauważa Lieberman, w Europie zdecydowanie większy nacisk kładziono na zrozumienie zachowań społecznych innych ludzi czy też grup, a zatem były poruszane takie tematy jak teoria umysłu, neurony lustrzane, empatia czy dyskryminacja, podczas gdy amerykańscy badacze zwracali większą uwagę na badanie funkcjonowania społecznego z perspektywy jednostki i jej samorozumienia, co odnosiło się do takich tematów jak regulacja emocji, analiza postaw czy neurobiologiczne konsekwencje **bycia** obiektem dyskryminacji (Lieberman, 2012).

Podsumowując ten wątek, warto zauważyć, że w latach dziewięćdziesiątych, w fazie formacji dziedziny, neuronauka społeczna obejmowała szerokie spektrum zagadnień, m.in. z zakresu psychiatrii i psychologii (Lieberman, 2012; Matusall i in., 2011). Początek lat dwutysięcznych był natomiast czasem szczególnego wzrostu popularności, postępującej strukturyzacji i ugruntowania charakteru tejże dziedziny. Jej dotychczasowy, bliżej niesprecyzowany zakres badań został zsyntetyzowany i ukierunkowany w stronę dociekań dotyczących podstawowych zasad organizacji i funkcjonowania „mózgu społecznego” u osób neurotypowych, a także w populacjach klinicznych. Jednocześnie, w pierwszej dekadzie XXI w., badania z zakresu neuronauki społecznej w coraz większym stopniu zaczęły się

ogniskować na zagadnieniach istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego, związanych z mechanizmami obserwowanymi na styku jednostki i społeczeństwa, takich jak: izolacja społeczna, samotność czy status społeczny.

OD NEURONAUKI SPOŁECZNEJ DO ZDROWIA PUBLICZNEGO

Na przestrzeni ostatnich dekad coraz więcej obywateli krajów rozwiniętych odczuwa skutki zjawisk takich jak samotność czy nierówności społeczne, co jest konsekwencją szeregu czynników środowiskowych i przemian społecznych (Hertz, 2020; Payne, 2018). Jak pokazują dostępne wyniki badań, problemy te, choć powiązane ze światem społecznym, zależą w znacznym stopniu od psychologicznych mechanizmów kierujących postrzeganiem świata przez jednostkę i ich neurobiologicznych podstaw. Odzwierciedleniem tego faktu jest to, iż wiele z negatywnych efektów związanych np. z izolacją społeczną lub statusem społecznym jest obserwowanych niezależnie od tego, czy odnosimy je do tradycyjnych, obiektywnych miar (takich jak wysokość dochodów bądź liczba kontaktów społecznych), czy do miar w pełni subiektywnych (np. dana osoba **czuje się** samotna lub **czuje**, że zajmuje relatywnie niską pozycję w hierarchii społecznej) (subiektywna izolacja społeczna, Cacioppo, Patrick, 2008; subiektywny status społeczny, Payne, 2018).

Już w latach siedemdziesiątych XX w. wskazywano na występowanie powiązań pomiędzy izolacją społeczną a zdrowiem (Caplan, 1974). W 2015 r. zespół Julianne Holt-Lunstad opublikował wyniki metaanalizy obejmującej siedemdziesiąt podłużnych badań kohortowych z udziałem łącznie trzech milionów uczestników, zgodnie z którymi u osób samotnych zaobserwowano o 26% wyższe ryzyko śmierci w analizowanym okresie niż w przypadku osób, które nie czuły się samotne (Holt-Lunstad i in., 2015). Z biegiem lat zaczęły pojawiać się również badania ujawniające m.in. związek między wysokim poziomem poczucia samotności a zwiększonym (o ponad 64%) ryzykiem rozwoju choroby otępiennej (Holwerda i in., 2012) i chorób układu sercowo-naczyniowego (Valtorta i in., 2016) oraz występowaniem zaburzeń depresyjnych, lękowych i trudności ze snem (Cacioppo, Hawkey, 2009; Hawkey, Capitanio, 2015).

W toku poszukiwań potencjalnych mechanizmów biologicznych, które mogłyby stać za powyższymi negatywnymi skutkami wpływu poczucia samotności na zdrowie fizyczne i psychiczne, odnotowano istotne różnice między grupą osób samotnych i niesamotnych w zakresie m.in. podwyższonego poziomu kortyzolu we krwi, ilości cytokin prozapalnych (Campagne, 2019) czy obniżonej zmienności rytmu serca (Piejka, Wiśniewska i in., 2021). Co więcej, wskazuje się, iż różnice w zakresie struktury i aktywności można zaobserwować między osobami z wysokim i niskim nasileniem poczucia samotności w odniesieniu

do kluczowych struktur zaliczanych do sieci tzw. mózgu społecznego, m.in. tylnej części bruzdy skroniowej górnej (pSTS), skrzyżowania skroniowo-ciemieniowego (TPJ), przyśrodkowej kory przedczołowej (mPFC) i ciała migdałowatego (AMY; Lam i in., 2021). Aktywność dwóch ostatnich z wymienionych struktur jest szczególnie istotna w kontekście zdolności adaptacji do zewnętrznego środowiska, zwłaszcza otoczenia społecznego. Z jednej strony aktywność AMY jest powiązana z wykrywaniem potencjalnie zagrażających bodźców w środowisku. Z drugiej zaś – dzięki aktywności wyższych struktur korowych (m.in. mPFC) jest możliwa wolicjonalna kontrola zachowania i zahamowanie automatycznej reakcji na nowe, nieznanne i potencjalnie zagrażające bodźce. Zgodnie z teorią integracji neurowisceralnej, zaproponowaną przez Juliana Thayera i Richarda Lane'a (2000), powyższe struktury za sprawą połączeń z rdzeniem przedłużonym mogą wpływać na aktywność sercowo-naczyniową poprzez nerw błędny. Dzięki temu zmienne związane ze zmiennością rytmu serca mogą stanowić wskaźnik zdolności elastycznej adaptacji do środowiska społecznego.

Jak wskazuje Ewolucyjna Teoria Samotności (ETS), w czasach prehistorycznych życie w grupie znacznie ułatwiało ochronę przed drapieżnikami, zdobywanie pożywienia i bezpieczne rozmnażanie się (Cacioppo, Cacioppo, 2018). Wobec tego wszelkie sygnały związane z niską jakością relacji społecznych i potencjalnym wykluczeniem z grupy były odbierane jako potencjalne zagrożenie dla jednostki. Z tego też powodu, jak sugeruje ETS, poczucie samotności z jednej strony wywołuje dyskomfort, który ma motywować jednostkę do jak najszybszej poprawy relacji z innymi, z drugiej zaś – wpływa na mobilizację zasobów organizmu, która ma pomóc zmierzyć się z potencjalnymi zagrożeniami, m.in. poprzez wzrost aktywności współczulnej związanej z reakcją „walcz lub uciekaj” czy też zwiększoną aktywność układu odpornościowego, skutkującą reakcją zapalną (Miller i in., 2009). Choć tego typu reakcja mogła być użyteczna w sytuacji gdy wykluczenie z grupy wiązało się z bezpośrednim zagrożeniem dla przetrwania, to aktualnie utrzymywanie się jej w relatywnie bezpiecznym środowisku może prowadzić do zaburzeń funkcjonowania organizmu i obniżenia odporności, co zwiększa podatność organizmu zarówno na lekkie infekcje, jak i poważne choroby układu sercowo-naczyniowego i płuc (Miller i in., 2009). Jednocześnie, zgodnie z założeniami teorii integracji neurowisceralnej (Thayer, Lane, 2000), zwiększona skłonność do postrzegania otoczenia jako zagrażającego, związana z poczuciem samotności, powinna przekładać się na obniżenie zmienności rytmu serca. Wskazaliśmy zatem, iż nawet w przypadku krótkotrwałej indukcji poczucia samotności można obserwować wspomniane obniżenie (Piejka, Wiśniewska i in., 2021).

Innym istotnym wątkiem badań łączących neuronaukę społeczną ze zdrowiem publicznym jest zagadnienie wpływu statusu społecznego na zdrowie fizyczne i psychiczne. Za kluczowe w tym zakresie uznaje się badania Whitehall, prowadzone od 1967 r. przez wybitnego epidemiologa Sir Michaela Marmota z udziałem pracowników brytyjskiej służby cywilnej (Marmot i in., 1978).

Analiza podłużna prowadzona na przestrzeni dziesięciu lat wykazała, iż pracownicy niższego szczebla brytyjskiej służby cywilnej są narażeni na istotnie wyższe ryzyko śmierci na chorobę wieńcową serca, niż ci, którzy zajmują wyższe pozycje (Marmot i in., 1978). Co zaskakujące, różnica ta utrzymywała się na istotnym poziomie nawet po uwzględnieniu ważnych parametrów zdrowotnych, takich jak ciśnienie tętnicze, wysokość cukru i cholesterolu we krwi, czy też związanych ze stylem życia zachowań ryzykownych (np. palenie papierosów) (Marmot, 2007). Badania prowadzone na przestrzeni ostatnich lat wykazały również, iż subiektywny status społeczny łączy się z ryzykiem otyłości, występowania zaburzeń depresyjnych i lękowych (Euteneuer, 2014; Hoebel i in., 2017).

Wyższa śmiertelność i zachorowalność na wymienione choroby wśród osób o niskim subiektywnym statusie społecznym są łączone m.in. z podwyższonym poziomem kortyzolu (Hooker i in., 2018), stanu zapalnego oraz zaburzeniami gospodarki lipidowej (Euteneuer, 2014) i zmienności rytmu serca – obserwowanymi w tej grupie (Pieritz i in., 2016). Podobnie jak w przypadku poczucia samotności, efekty te są rozumiane jako spuścizna ewolucyjna z czasów, gdy posiadanie relatywnie niskiej pozycji w hierarchii społecznej grupy mogło skutkować utrudnionym dostępem do rozmaitych zasobów, utrzymując jednostkę w stanie permanentnego stresu spowodowanego koniecznością wytężonej walki o przetrwanie (Breuning, 2021). Jak twierdzi Keith Payne (2018), stan ten może przekładać się następnie na niskie poczucie kontroli jednostki nad otaczającą rzeczywistością. Wśród innych rezultatów występujących na poziomie poznawczym wymienia on także przekierowanie orientacji jednostki z celów długofalowych, takich jak budowanie więzi społecznych, na krótkofalowe, ukierunkowane na natychmiastowe zaspokojenie jej aktualnych potrzeb (Payne, 2018).

Zgodnie z powyższymi sugestiami badania z użyciem technik neuroobrazowania, prowadzone przez zespół pod kierownictwem Keely Muscatell, wykazały, iż u osób o niskim subiektywnym statusie społecznym jest obserwowana mniejsza aktywność w tzw. sieci mentalizacji, do której zalicza się m.in. grzbietowo-przyśrodkowa kora przedczołowa (dmPFC) i przedklinek, w trakcie zadania związanego z przyjęciem perspektywy innej osoby. Osoby te odznaczały się również wyższą aktywnością w rejonie AMY i dmPFC podczas oglądania zdjęć przedstawiających twarze wyrażające gniew (Muscatell i in., 2012). Ponadto, podobnie jak w przypadku poczucia samotności, krótkotrwała zmiana poziomu subiektywnego statusu społecznego, indukowana za pomocą manipulacji eksperymentalnej, prowadzi do obniżenia zmienności rytmu serca (Pieritz i in., 2016).

Powyzsze dane wskazują na konieczność połączenia różnych poziomów opisu, tak aby wyjaśnić działanie mechanizmów stojących za wpływem opisanych czynników na zdrowie. Obecnie znaczna część wysiłków neuronaukowców społecznych jest ukierunkowana na dążenie do zidentyfikowania czynników prewencyjnych i zaprojektowanie narzędzi pozwalających minimalizować negatywne skutki tych zjawisk.

PERSPEKTYWY ROZWOJU NEURONAUKI SPOŁECZNEJ W POLSCE

O ile badania dotyczące psychofizjologicznych mechanizmów związanych z emocjami czy procesami poznawczymi mają długą tradycję w polskiej psychologii, o tyle systematyczne, interdyscyplinarne szkolenie osób w zakresie neuronauki poznawczej, za której subdyscyplinę uznaje się neuronaukę społeczną (Jaśkowski, 2009), jest zjawiskiem relatywnie nowym. Mimo że szeroko ujęta neuronauka poznawcza po blisko czterech dekadach badań jest solidnie ugruntowaną dziedziną w systemach akademickich na całym świecie (Posner, DiGirolamo, 2000), w Polsce dyscyplina ta nie istnieje w oficjalnych klasyfikacjach naukowych. Źródeł takiego stanu rzeczy można się dopatrywać w szczególnej interdyscyplinarności tej dziedziny, łączącej elementy nauk społecznych, biologicznych i medycznych, która sprawia, iż poniekąd wymyka się ona tradycyjnie zdefiniowanej klasyfikacji dyscyplin naukowych. W zależności od instytucji programy studiów oraz projekty badawcze związane z próbą zrozumienia neuronalnych korelatów procesów poznawczych są prowadzone w ramach kierunków biologicznych i medycznych oraz fizyki, psychologii czy filozofii, co istotnie ogranicza możliwość unifikacji metodologii i długofalowego rozwoju dyscypliny. Powyższy stan rzeczy jest obrazowany chociażby przez brak jednolitej terminologii nawet w odniesieniu do samej nazwy dyscypliny („kognitywistyka”, „neurokognitywistyka”, „neuronauka poznawcza”, „neurobiologia poznawcza” itd.).

Jednocześnie w jednej z pierwszych publikacji na temat neuronauki społecznej, jaka pojawiła się w języku polskim, Piotr Winkielman (2008) zauważył, że neuronauka może płynnie łączyć się z psychologią społeczną, zapewniając jej wsparcie w postaci narzędzi takich jak badania psychofizjologiczne czy neuroobrazowanie – dziedziny te mogą stanowić „satysfakcjonujący związek”, gdyż wzajemnie się potrzebują. Ponadto rozdział dotyczący procesów neuronalnych związanych z przetwarzaniem informacji o charakterze społecznym („Jak mózg spostrzega inne mózgi”) został zawarty w pierwszym polskim podręczniku do neuronauki poznawczej (Jaśkowski, 2009). Dziedzina ta ma więc w Polsce długą tradycję, chociaż pierwszą krajową jednostką używającą w swojej nazwie określenia „neuronauka społeczna” jest Pracownia Neuronauki Społecznej w Instytucie Psychologii PAN pod kierownictwem dra hab. Łukasza Okruszka, która została powołana dopiero w 2019 r.

Jak wskazują Stanley i Adolphs (2013), do najczęściej wymienianych problemów i ograniczeń metodologicznych neuronauki społecznej należą brak metodologicznego rygoru i trafności ekologicznej badań. Z tego powodu w ramach linii badań dotyczących mechanizmów związanych z przetwarzaniem informacji społecznych prowadzonych w Pracowni Neuronauki Społecznej IP PAN są wykorzystywane zarówno metody psychometrii (e.g. Okruszek i in., 2021) czy psychofizyki (e.g. Okruszek i in., 2018b), jak i psychofizjologii (e.g. Piejka, Wiśniewska i in.,

2021), neurofizjologii (Okruszek i in., 2018a) czy neuroobrazowania (Okruszek i in., 2019). Opis procesów obserwowanych w przestrzeni laboratoryjnej jest uzupełniany przez analizę danych zbieranych w ramach codziennej aktywności osób badanych, która jest rejestrowana przy użyciu technik próbkowania doświadczeń czy też tzw. urządzeń ubieralnych (Okruszek i in., 2017). Połączenie powyższych metod pozwala na lepsze zrozumienie trajektorii łączących zjawiska obserwowane na poziomie psychologicznym, fizjologicznym i społecznym, co może być kluczowe dla zdrowia publicznego we współczesnym świecie.

BIBLIOGRAFIA

- Baron-Cohen S.E., Tager-Flusberg H.E., Cohen D.J. (1994). *Understanding other minds: Perspectives from autism*. Oxford: Oxford University Press.
- Bolis D., Schilbach L. (2018). Observing and participating in social interactions: Action perception and action control across the autistic spectrum. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 29, 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.01.009>
- Breuning L.G. (2021). *Status games: Why we play and how to stop*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Brothers L. (1990). The neural basis of primate social communication. *Motivation and Emotion*, 14(2), 81–91. <https://doi.org/10.1007/BF00991637>
- Cacioppo J.T., Berntson G.G. (1992). Social psychological contributions to the decade of the brain: Doctrine of multilevel analysis. *American Psychologist*, 47(8), 1019. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.8.1019>
- Cacioppo J.T., Cacioppo S. (2018). Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL). W: J. Olson (ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 58, 127–197). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2018.03.003>
- Cacioppo J.T., Decety J. (2011). An introduction to social neuroscience. W: J.T. Cacioppo, J. Decety (eds.), *The Oxford handbook of social neuroscience* (3–8). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342161.001.0001>
- Cacioppo J.T., Hawkley L.C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cacioppo J.T., Patrick W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York: W.W. Norton & Company.
- Campagne D.M. (2019). Stress and perceived social isolation (loneliness). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 192–199. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.007>
- Caplan G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Behavioral publications.
- Decety J., Keenan J.P. (2006). Social neuroscience: A new journal. *Social Neuroscience*, 1(1), 1–4. <https://doi.org/10.1080/17470910600683549>
- Dunbar R.I. (1993). Coevolution of neocortical size, group size and language in humans. *Behavioral and Brain Sciences*, 16(4), 681–694. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00032325>
- Dunbar R.I. (1995). Neocortex size and group size in primates: A test of the hypothesis. *Journal of Human Evolution*, 28(3), 287–296. <https://doi.org/10.1006/jhev.1995.1021>
- Dunbar R.I. (1998). The social brain hypothesis. *Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews*, 6(5), 178–190. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6505\(1998\)6:5<178::AID-EVAN5>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6505(1998)6:5<178::AID-EVAN5>3.0.CO;2-8)

- Ekman P., Levenson R., Friesen W. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221(4616), 1208–1210. <https://doi.org/10.1126/science.6612338>
- Ernst J.M., Cacioppo J.T. (1999). Lonely hearts: Psychological perspectives on loneliness. *Applied and Preventive Psychology*, 8(1), 1–22. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(99\)80008-0](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(99)80008-0)
- Euteneuer F. (2014). Subjective social status and health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 337–343. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000083>
- Frith U. (1994). Autism and theory of mind in everyday life. *Social Development*, 3(2), 108–124. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.1994.tb00031.x>
- Gallese V., Fadiga L., Fogassi L., Rizzolatti G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119(2), 593–609. <https://doi.org/10.1093/brain/119.2.593>
- Hari R., Henriksson L., Malinen S., Parkkonen L. (2015). Centrality of social interaction in human brain function. *Neuron*, 88(1), 181–193. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.09.022>
- Harlow J.M. (1868). Recovery after severe injury to the head. *Publication of the Massachusetts Medical Society*, 2(327), 990–992.
- Hawkley L.C., Capitano J.P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: A lifespan approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1669), 20140114. <https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0114>
- Haxby J.V., Gobbini M.I., Furey M.L., Ishai A., Schouten J.L., Pietrini P. (2001). Distributed and overlapping representations of faces and objects in ventral temporal cortex. *Science*, 293(5539), 2425–2430. <https://doi.org/10.1126/science.1063736>
- Hertz N. (2020). *The lonely century: Coming together in a world that's pulling apart*. London: Sceptre.
- Hoebel J., Maske U.E., Zeeb H., Lampert T. (2017). Social inequalities and depressive symptoms in adults: The role of objective and subjective socioeconomic status. *PLoS One*, 12(1), e0169764. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169764>
- Holt-Lunstad J., Smith T.B., Baker M., Harris T., Stephenson D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Holwerda T.J., Beekman A.T., Deeg D.J., Stek M.L., van Tilburg T.G., Visser P.J., Schmands B., Jonker C., Schoevers R.A. (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: Only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological Medicine*, 42(4), 843–853. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001772>
- Hooker E.D., Campos B., Zoccola P.M., Dickerson S.S. (2018). Subjective socioeconomic status matters less when perceived social support is high: A study of cortisol responses to stress. *Social Psychological and Personality Science*, 9(8), 981–989. <https://doi.org/10.1177/1948550617732387>
- Jaśkowski P. (2009). *Neuronauka poznawcza: Jak mózg tworzy umysł*. Warszawa: Vizja Press & IT.
- Johansson G. (1978). Visual event perception. W: R. Held, H.W. Leibowitz, H.L. Teubner (eds.), *Perception* (675–711). Berlin: Springer Science & Business Media. https://doi.org/10.1007/978-3-642-46354-9_22
- Kanwisher N., McDermott J., Chun M.M. (1997). The fusiform face area: A module in human extrastriate cortex specialized for face perception. *Journal of Neuroscience*, 17(11), 4302–4311. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.17-11-04302.1997>
- Kilner J.M., Lemon R.N. (2013). What we know currently about mirror neurons. *Current Biology*, 23(23), R1057–R1062.
- Lam J.A., Murray E.R., Yu K.E., Ramsey M., Nguyen T.T., Mishra J., Martis B., Thomas M.L., Lee E.E. (2021). Neurobiology of loneliness: A systematic review. *Neuropsychopharmacology*, 46(11), 1873–1887. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01058-7>

- Lieberman M.D. (2006). Social cognitive and affective neuroscience: When opposites attract. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 1(1), 1–2. <https://doi.org/10.1093/scan/nsl010>
- Lieberman M.D. (2012). A geographical history of social cognitive neuroscience. *Neuroimage*, 61(2), 432–436. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.12.089>
- Marmot M. (2007). *The status syndrome: How social standing affects our health and longevity*. New York: Macmillan Publishers.
- Marmot M.G., Rose G., Shipley M., Hamilton P.J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(4), 244–249. <https://doi.org/10.1136/jech.32.4.244>
- Matusall S., Kaufmann I.M., Christen M. (2011). The emergence of social neuroscience as an academic discipline. W: J.T. Cacioppo, J. Decety (eds.), *The Oxford handbook of social neuroscience* (10–27). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342161.013.0002>
- Miller G., Chen E., Cole S.W. (2009). Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of Psychology*, 60, 501–524. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163551>
- Muscattell K.A., Morelli S.A., Falk E.B., Way B.M., Pfeifer J.H., Galinsky A.D., Lieberman M.D., Dapretto M., Eisenberger N.I. (2012). Social status modulates neural activity in the mentalizing network. *Neuroimage*, 60(3), 1771–1777.
- Myin-Germeys I., Kasanova Z., Vaessen T., Vachon H., Kirtley O., Viechtbauer W., Reininghaus U. (2018). Experience sampling methodology in mental health research: New insights and technical developments. *World Psychiatry*, 17(2), 123–132.
- Okruszek Ł., Dolan K., Lawrence M., Cella M. (2017). The beat of social cognition: Exploring the role of heart rate variability as marker of mentalizing abilities. *Social Neuroscience*, 12(5), 489–493. <https://doi.org/10.1080/17470919.2016.1244113>
- Okruszek Ł., Jarkiewicz M., Gola M., Cella M., Łojek E. (2018a). Using ERPs to explore the impact of affective distraction on working memory stages in schizophrenia. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 18(3), 437–446. <https://doi.org/10.3758/s13415-018-0578-4>
- Okruszek Ł., Piejka A., Wysockiński A., Szczepocka E., Manera V. (2018b). Biological motion sensitivity, but not interpersonal predictive coding is impaired in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(3), 305. <https://doi.org/10.1037/abn0000335>
- Okruszek Ł., Jarkiewicz M., Szrubarz P., Wichniak A., Michałowski J., Marchewka A., Łojek E. (2019). Many ways to forget: Neurophysiology of directed forgetting mechanisms in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 274, 358–364. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.057>
- Okruszek Ł., Piejka A., Krawczyk M., Schudy A., Wiśniewska M., Żurek K., Pinkham A. (2021). Owner of a lonely mind? Social cognitive capacity is associated with objective, but not perceived social isolation in healthy individuals. *Journal of Research in Personality*, 93, 104103. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104103>
- Onnela J.P. (2021). Opportunities and challenges in the collection and analysis of digital phenotyping data. *Neuropsychopharmacology*, 46(1), 45–54. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0771-3>
- Payne K. (2018). *The broken ladder: How inequality affects the way we think, live, and die*. London: Penguin Books.
- Piejka A., Wiśniewska M., Thayer J.F., Okruszek Ł. (2021). Brief induction of loneliness decreases vagal regulation during social information processing. *International Journal of Psychophysiology*, 164, 112–120. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2021.03.002>
- Pieritz K., Süssenbach P., Rief W., Euteneuer F. (2016). Subjective social status and cardiovascular reactivity: An experimental examination. *Frontiers in Psychology*, 7, 1091. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01091>

- Posner M.I., DiGirolamo G.J. (2000). Cognitive neuroscience: Origins and promise. *Psychological Bulletin*, 126(6), 873. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.873>
- Singer T. (2012). The past, present and future of social neuroscience: An European perspective. *Neuroimage*, 61(2), 437–449. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.01.109>
- Stanley D.A., Adolphs R. (2013). Toward a neural basis for social behavior. *Neuron*, 80(3), 816–826. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.10.038>
- Tajfel H. (1970). Experiments in intergroup discrimination. *Scientific American*, 23(5), 96–102. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1170-96>
- Thayer J.F., Lane R.D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61(3), 201–216. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00338-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00338-4)
- Valtorta N.K., Kanaan M., Gilbody S., Ronzi S., Hanratty B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009–1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
- Winkielman P. (2008). Psychologia społeczna a neuronauki: Dominacja, separacja czy satysfakcjonujący związek. *Psychologia Społeczna*, 3(1), 6.

ANNA SKRZYPA

 <https://orcid.org/0000-0003-1913-0887>

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
03-815 Warszawa, ul. Chodakowska 19/31
e-mail: askrzypa@swps.edu.pl

MARIOŁA WOLAN-NOWAKOWSKA

 <https://orcid.org/0000-0002-7715-8741>

Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
Instytut Pedagogiki
Katedra Pedagogiki Pracy i Andragogiki
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40
e-mail: wolan@aps.edu.pl

PROCES PODWÓJNEJ TRANZYCJI WYZWANIEM DLA ROZWOJU MŁODZIEŻY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Abstrakt. Tranzycja dla młodych dorosłych jest pomostem między przewidywalnym i uporządkowanym światem edukacji a światem pracy, który cechuje się nieprzewidywalnością oraz zmiennymi regułami. Tranzycja stanowi wyzwanie dla młodzieży, która przechodzi z etapu dorastania w etap dorosłości. Artykuł ukazuje specyficzne trudności młodzieży z niepełnosprawnością w procesie tranzycji. Podkreślono rolę rodziców oraz szkoły w przygotowaniu młodzieży z niepełnosprawnością do budowania autonomii i dorosłego życia.

Słowa kluczowe: tranzycja, niepełnosprawność, dorosłość, rodzice, szkoła

DOUBLE TRANSITION AS A CHALLENGE PROCESS FOR THE DEVELOPMENT OF YOUTH WITH DISABILITIES

Abstract. Young adults transition is a bridge between structured predictable system of education and unpredictable unstable labour market. Transition is a challenge for the youth during



Received: 9.06.2022; verified: 13.06.2022. Accepted: 18.10.2022.

© by the author, licensee University of Lodz – Lodz University Press, Lodz, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

their growth into adulthood. The article displays specific difficulties of the youth with disabilities in the process of transition. The authors underline the role of parents and schools in preparing adolescent individuals with disabilities for building their autonomy in their adult lives.

Keywords: transition, disability, adulthood, parents, school

WPROWADZENIE

W życiu każdego człowieka są nieuniknione liczne zmiany (spodziewane lub nie), przejścia pomiędzy kolejnymi etapami życia i stadiami rozwojowymi. Często są to tzw. trudne, krytyczne momenty, ponieważ wymagają modyfikacji dotychczasowego sposobu funkcjonowania oraz podejmowania kluczowych decyzji. Jedną z takich sytuacji jest przejście młodzieży z systemu edukacji na rynek pracy oraz z dorastania w dorosłość. Proces ten, określany jako podwójna tranzycja, jest szczególnie trudny, ale zarazem niezwykle ekscytujący i wyjątkowy (Cybal-Michalska, 2013). Na etapie tranzycji uczniowie podejmują pierwsze życiowe decyzje. Ponadto zmiany zarówno w systemie edukacji, jak i na rynku pracy charakteryzują się obecnie wysokim stopniem dynamiki; trzeba temu sprostać, co powoduje, iż decyzje o karierze, dalszym rozwoju i życiu są niezwykle złożone. Oczywiście jest więc, że młodzież przechodząca przez proces podwójnej tranzycji wymaga troski i szczególnego wsparcia zarówno ze strony rodziców, jak i nauczycieli oraz wychowawców.

Analizując proces tranzycji w aspekcie indywidualnego wsparcia udzielanego uczniom, należy zwrócić szczególną uwagę na młodych ludzi z niepełnosprawnością, ponieważ dla nich ten czas jest wyjątkowo wymagający i trudny. Niepełnosprawność warunkuje całe ich życie. Wpływa na ich codzienne funkcjonowanie, radzenie sobie w społeczeństwie i odgrywanie ról społecznych, a przede wszystkim określa możliwości rozwojowe. Co za tym idzie, niepełnosprawność decyduje również o funkcjonowaniu w systemie edukacji oraz możliwościach zawodowych. Z tego powodu wsparcie młodzieży z niepełnosprawnością oraz przygotowanie do procesu podwójnej tranzycji jest bardzo ważne. Co więcej, obejmuje wiele istotnych składowych, które koniecznie należy uwzględnić w procesie edukacji.

WYBRANE ASPEKTY PROCESU TRANZYCJI WE WSPÓŁCZESNOŚCI

Nawiązując do rozważań dotyczących poradnictwa, trzeba powiedzieć, że pojęcie tranzycji odnosi się do zmian, „przejść” i „przerw” w trakcie życia zawodowego, a także osobistego. Tranzycje mogą być utożsamiane z „sytuacjami trudnymi”, które występują w momencie nierównowagi pomiędzy potrzebami i zadaniami a możliwościami oraz sposobami ich implementacji, przez co bardziej prawdopodobne stają się porażki i trudności. Z tego powodu jednostka musi

zaktywizować kolejne zasoby, aby pomyślnie poradzić sobie z daną sytuacją. Odnosząc się do warunków trudnych, należy podkreślić szczególne wymagania sytuacji granicznych, w których w ogóle nie jest możliwe zrealizowanie celów życiowych oraz w których zostały ściśle określone granice możliwości funkcjonowania według własnych standardów, potrzeb, wartości czy zasad. Z reguły sytuacje tego rodzaju są „subiektywnie postrzegane, jako te bez wyjścia, nieodwracalne, trudne do przewyciężenia” (Drabik-Podgórna, 2010, s. 93). Innym ważnym zjawiskiem związanym z procesem tranzycji oraz sytuacjami trudnymi są życiowe wydarzenia krytyczne, czyli różnego rodzaju przeciążenia, momenty zwrotne i kulminacyjne. Są to sytuacje, kiedy obecny system równowagi osobowej (wewnętrznej i zewnętrznej) jednostki zostaje nadwyrężony, a także jej relacje ze światem zostają zdeorganizowane, co powoduje konflikt pomiędzy nią a tym, co znajduje się na zewnątrz. Dotychczasowe sposoby funkcjonowania i przystosowania automatycznie stają się nieaktualne, bezwartościowe i bezużyteczne. Wydarzenia tego rodzaju zdecydowanie zmuszają jednostkę do zatrzymania się, refleksji, koncentracji, a przede wszystkim do zmian, wprowadzenia nowych zachowań i postaw; są to sytuacje istotnie wpływające na koleje losu. Ponieważ tranzycje wyróżniają się spośród codziennych zdarzeń i zmuszają do przeprowadzania zmian, mogą być rodzajem sytuacji krytycznych, jak również należeć do naturalnych sytuacji pojawiających się w trakcie ludzkiego życia.

Zostały wyróżnione cztery sposoby ujmowania zjawiska tranzycji:

- tranzycja rozumiana jako przejście z jednego etapu na kolejny;
- tranzycja, czyli zmiana wymuszona przez nagłe, niespodziewane wydarzenia;
- tranzycja określająca modyfikację jednego kontekstu oraz jako systematyczne przejście jednostki z pewnego kontekstu aktywności do kolejnego;
- tranzycje odnoszące się do procesów psychospołecznych (Guichard, 2007).

Tranzycjami normatywnymi można nazwać te, które odnoszą się do przechodzenia z jednego etapu na kolejny. Nawiązują one do procesu, jakim jest rozwój osobisty oraz zawodowy, czyli sytuacje zwykle pojawiające się w trakcie życia. W literaturze przedmiotu tranzycja zazwyczaj odnosi się do wchodzenia młodzieży na rynek pracy (Guichard, 2007).

Augustyn Bańka (2007) analizuje proces tranzycji jako przejście ze świata edukacji do świata pracy oraz z bezrobocia na rynek pracy. Tranzycja nie jest jednorazowym wydarzeniem czy momentem podjęcia pracy po ukończeniu szkoły; interpretuje się ją jako długotrwały proces przechodzenia od młodzieńczej subordynacji i niesamodzielności do dorosłej odpowiedzialności zarówno w kontekście ekonomicznym, jak i rodzinnym oraz finansowym.

Tranzycja jest rozumiana również jako nagłe, przewidziane bądź nieprzewidziane zdarzenia, które znacznie odmieniają dotychczasowe życie. Warto podkreślić, że mogą one mieć charakter pozytywny lub negatywny, np. rozwód-rozstanie, zwolnienie z pracy, śmierć bliskiej osoby, ale też ślub czy otrzymanie

podwyżki. Zmiana może zająć również poprzez brak pojawienia się oczekiwanego zdarzenia, np. awansu w pracy. Istotny jest również fakt, że dana sytuacja czy zdarzenie nie muszą być postrzegane jako tranzycja przez każdą jednostkę. Jeśli np. określone wydarzenie jedynie w małym stopniu wpływa na dotychczasowe życie, osoba nie odczuwa danej sytuacji jako tranzycji. Możemy zatem wyróżnić tranzycje antycypowane (będące konsekwencją zwykłego biegu ludzkiego życia) oraz tranzycje, których osoba nie jest w stanie przewidzieć, ponieważ pojawiają się w nagłych, niespodziewanych sytuacjach, a także tranzycje spowodowane brakiem wystąpienia oczekiwanych zdarzeń (Drabik-Podgórna, 2010).

Zjawisko tranzycji jest również rozpatrywane w odniesieniu do przekształcenia kontekstów, ponieważ jednostka na co dzień funkcjonuje w wielu kontekstach, jest częścią różnych systemów i stara się sprostać odmiennym oczekiwaniom, często rozbieżnym, czyli przechodzi pomiędzy różnymi formami aktywności, inaczej mówiąc, odgrywa różne role, np. w szkole jest uczniem, podejmując pracę, jest pracownikiem, w rodzinie jest synem czy córką, w relacjach koleżeńskich przyjacielem czy kolegą. W kontekście ujęcia psychospołecznego tranzycje są określane jako ważne wydarzenia, które mają miejsce w dość krótkich odstępach czasowych, lecz powodują długotrwałe skutki, również w postaci zminay przekonań jednostki na temat otaczającego ją świata (Drabik-Podgórna, 2010).

Rozpatrując proces tranzycji w odniesieniu do młodzieży z niepełnosprawnością, można zauważyć trudności w obu obszarach tranzycji: w odniesieniu do wchodzenia zarówno w role zawodowe, jak i te związane z dorosłym życiem. Oczywisty jest fakt, iż niemal każda osoba przechodzi taką zmianę w swoim życiu i zawsze jest to specyficzny, trudny czas, stawiający wiele wyzwań. Niemniej dla młodych osób z niepełnosprawnością zmiana ta jest wyjątkowo ważna i trudna, gdyż przejście ze świata młodzieży do świata dorosłych bezsprzecznie wiąże się z procesem usamodzielnienia, który odgrywa szczególną rolę w ich życiu. Tranzycja odbywa się poprzez przejście młodzieży ze świata edukacji (ze szkoły) do świata pracy (na rynek pracy). Kluczowe znaczenie na tym etapie ma wsparcie młodzieży z niepełnosprawnościami w przygotowaniu do podejmowania świadomych i trafnych decyzji edukacyjno-zawodowych. Badania prowadzone przez Mariolę Wolan-Nowakowską (2013) potwierdziły znaczenie poradnictwa zawodowego, w szczególności dostarczania informacji edukacyjno-zawodowej w przygotowaniu uczniów z niepełnosprawnościami do wyboru zawodu i ścieżki kształcenia zawodowego. Uzyskano rezultaty wskazujące, iż uczniowie z niepełnosprawnościami częściej zgłaszają potrzebę korzystania z indywidualnego doradztwa zawodowego w porównaniu z uczniami pełnosprawnymi. Należy jednocześnie podkreślić, iż zmiany rozwojowe, szczególnie na etapie dorastania, mogą wpływać na proces przystosowania do niepełnosprawności. Istotne jest zatem przygotowanie młodzieży z niepełnosprawnością do realizacji zadań rozwojowych, w tym podejmowania w przyszłości roli zawodowej (por. Majewicz, Wolska, 2019; Mikrut, Dyduch, 2019). Budowanie

adekwatnego obrazu siebie, opartego na wiedzy dotyczącej przeciwwskazań zdrowotnych związanych z wyborem zawodu i kierunku kształcenia zawodowego oraz świadomość własnych zasobów i preferencji zawodowych to fundamenty przygotowania młodzieży z niepełnosprawnością do planowania kariery edukacyjno-zawodowej.

SPECYFIKA ROZWOJU ZAWODOWEGO MŁODZIEŻY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ A PROCES TRANZYCJI

Decyzja o wyborze zawodu jest jednym z najważniejszych momentów w życiu każdego człowieka, a o tym, jak istotny to czas, wiedzą zarówno rodzice, jak i sami uczniowie, którzy są właśnie w momencie przejścia z jednego szczebla edukacji na kolejny. System edukacji narzuca uczniom moment dokonywania wyborów dotyczących zawodu oraz kierunku kształcenia ogólnego czy zawodowego. Natomiast dojrzałość do podejmowania decyzji zawodowych wynika z procesów psychologicznych, wiąże się z ogólnym rozwojem, a także z procesem wychowania (Wolan-Nowakowska, 2008). Jednym z kluczowych zadań rozwojowych okresu dorastania jest planowanie kariery edukacyjno-zawodowej; to trudne wyzwanie dla młodych ludzi. Szczególnych problemów w procesie rozwoju zawodowego doświadczają uczniowie z niepełnosprawnością, ponieważ ich trudności nie tylko łączą się z osiąganiem dojrzałości psychologicznej do planowania i kierowania własnym życiem (w aspekcie rozwojowym), lecz biorą się w znacznym stopniu z trudności w kształtowaniu świadomości własnych ograniczeń i możliwości wynikających z niepełnosprawności (Wehman, Kregel, Barcus, 1985). Aktywizacja zawodowa osób, które nie są w pełni sprawne, stanowi wyzwanie dla nich samych, dla społeczeństw, w których funkcjonują, a także dla edukacji, nauki i polityki (Bańka, 2003).

Przemiany, jakie zachodzą na rynku pracy, powodują również zmiany w większości sfer życia społeczeństwa, m.in.:

- w dynamice procesu edukacji;
- w dynamice zawodowej (ekspansywność pojawiania się, a także zanikania zawodów, brak możliwości zaplanowania kariery w ramach jednego zawodu);
- w tranzycji ze świata edukacji do świata pracy (dzisiaj nie istnieje jeden, prawidłowy model przejścia z edukacji na rynek pracy);
- w rozwoju odnoszącym się do psychologicznej tożsamości jednostki – jako przejścia pomiędzy poszczególnymi stadiami rozwojowymi;
- w zanikaniu granic pomiędzy niepełnosprawnością a pełnosprawnością, zdolnością i niezdolnością do pracy (Bańka, 2003).

Rozwój zawodowy jest procesem dokonującym się przez całe życie człowieka, a polega na stopniowym wiązaniu jednostki ze światem pracy, poznawaniem siebie, swoich zainteresowań, możliwości i predyspozycji. Przygotowywanie

do aktywności zawodowej ma bardzo zróżnicowany przebieg i trwa przez długi okres w życiu człowieka. Poznawanie świata pracy rozpoczyna się już w czasie dzieciństwa, jest związane z rozwojem umysłowym dziecka, rozwojem percepcji oraz sprawności językowej i komunikacyjnej. Już w tym pierwszym okresie życia zaczyna kształtować się świadomość zawodowa. Obecność poszczególnych zaburzeń odnoszących się do wielopłaszczyznowego rozwoju dziecka z niepełnosprawnością w sposób istotny oddziałuje na jego funkcjonowanie w roli ucznia, a później w zawodowej (Wolan-Nowakowska, 2008).

Rodzina oraz szkoła odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu u dziecka wartości pracy. Sytuacja zawodowa rodziców oraz ich postawa wobec pracy to ważne uwarunkowania dla rozwoju zawodowego dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością. Często jest spotykana sytuacja, w której rodzice dzieci z niepełnosprawnością, w szczególności matki, rezygnują z zatrudnienia, a ich głównym środkiem finansowym są świadczenia socjalne i rentowe. Skutkuje to tym, że dzieci mają do czynienia z negatywnym wzorcem – bezrobociem i bierną postawą wobec rynku pracy oraz rozwoju zawodowego.

Postrzeganie niepełnosprawności dziecka przez rodziców i ich postawa wobec tego zjawiska odgrywają ogromną rolę. Również obraz własnych zdolności, możliwości i potencjału determinuje decyzje dziecka (dorastającej osoby) odnoszące się do kształcenia, wyboru zawodu, a także tego, czy będzie w ogóle aktywne zawodowo. Nastawienie rodziców i ich aspiracje dotyczące rozwoju i życia dziecka z niepełnosprawnością stanowią fundamentalny czynnik kształtujący samoocnę dziecka, a co za tym idzie, czynnik w znacznym stopniu determinujący ambicje i cele życiowe, w tym zawodowe.

Tranzycja odgrywa kluczową rolę w rozwoju zawodowym każdego człowieka, a pomyślne przejście przez ten okres kształtuje poczucie skuteczności i sprawstwa. Natomiast nietrafne decyzje budują poczucie porażki i przekonanie o braku możliwości kierowania własnym życiem. Kryzysy w rozwoju pojawiają się zazwyczaj właśnie w okresie tranzycji. Proces ten w wielu przypadkach dotyczy również wyboru określonej ścieżki kształcenia. Rodzice dzieci z niepełnosprawnością mają kilka możliwości wyboru ścieżki kształcenia dzieci – są to szkoły masowe, integracyjne lub specjalne oraz nauczanie indywidualne (skierowane do uczniów ze szczególnymi trudnościami w uczestniczeniu w zajęciach klasowych). Wybór typu placówki, do jakiej będzie uczęszczało dziecko, w istotny sposób oddziałuje na rozwój młodej osoby z niepełnosprawnością. Edukacja w szkole masowej pozwala uczniom z niepełnosprawnością zaznać wielu doświadczeń społecznych, co może przynieść pozytywne konsekwencje w tym aspekcie kształcenia zawodowego, a także daje szansę na odnalezienie się na otwartym rynku pracy (Wolan-Nowakowska, 2008).

Decyzja o sposobie kształcenia dziecka z niepełnosprawnością nabiera szczególnego znaczenia, zwłaszcza że w wielu funkcjonujących obecnie systemach edukacyjnych uczniowie z niepełnosprawnością nie są nakierowywani na stojące przed nimi szanse zawodowe w odniesieniu do ograniczeń i możliwości wynikających

z występowania określonego rodzaju i zakresu dysfunkcji. Oczywiście w szkołach można dostrzec różnorodne zajęcia przygotowujące do planowania i realizacji kariery edukacyjno-zawodowej, jednak systematyczne planowanie procesu przejścia z systemu edukacji na rynek pracy, na konkretne stanowisko pracy, jest rzadko dostępne i możliwe dla uczniów z niepełnosprawnością. Bardzo prawdopodobne jest to, że brak tego typu wsparcia przyczynia się do występowania wysokich wskaźników bezrobocia wśród osób z niepełnosprawnością. O szczególnie trudnej sytuacji tych osób na rynku pracy świadczą statystyki: współczynnik aktywności zawodowej – 26,8% oraz wskaźnik zatrudnienia – 23,7% (GUS BAEL, dane średnioroczne za 2016 r. dla osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym). Zjawisko to jest szczególnie niepokojące wobec faktu, że znaczna część osób z niepełnosprawnością doświadcza trudności w samodzielnym znalezieniu i utrzymaniu zatrudnienia, zatem bez profesjonalnego wsparcia w tym zakresie nie mają szans na aktywizację zawodową (Wolan-Nowakowska, 2012).

Braki w obecnych systemach kształcenia wzmagają jeszcze bardziej wyzwania stawiane przed młodymi dorosłymi w i tak trudnym okresie ich życia, jakim jest dorastanie. Zachodzą wtedy ważne zmiany rozwojowe: intensywne dojrzewanie biologiczne, psychiczne oraz społeczne. Kreowanie obrazu własnej osoby jest jedną z najważniejszych zmian w psychice, a kwestia samooceny jest szczególnie ważna dla młodzieży z niepełnosprawnością. Adaptacja do życia z niepełnosprawnością jest bezpośrednio powiązana z wyznaczaniem celów i podejmowaniem właściwych działań. Świadomość swojej niepełnosprawności i ograniczeń, które generuje, jest bazą do kreowania realnego obrazu siebie, a co za tym idzie, planów życiowych i zawodowych. Postrzeganie siebie w realny sposób, świadomość własnych możliwości i ograniczeń warunkują cele, jakie stawia sobie osoba z niepełnosprawnością (por. Wolan-Nowakowska, 2013).

Najważniejszą misją okresu adolescencji dla młodzieży z niepełnosprawnością (pod względem rozwojowym) jest zbudowanie dojrzałości psychicznej, polegającej na umiejętności decydowania o sobie, odnalezieniu sensu swojego istnienia i własnej tożsamości. Przebieg tego procesu zależy od samodzielności osoby z niepełnosprawnością, której zakres pozostaje w ścisłym związku z rodzajem i zakresem dysfunkcji. Zbudowanie rzeczywistego obrazu siebie jest bazą dla podejmowania świadomych i dojrzałych decyzji zawodowych przez młodzież z niepełnosprawnością. Okres adolescencji charakteryzuje się również rozwojem specyficznych zainteresowań zawodowych, coraz bardziej buduje się wtedy świadomość własnych zdolności i predyspozycji zawodowych. Okolicznościami sprzyjającymi dokonywaniu właściwych wyborów edukacyjno-zawodowych są również informacje i wiedza o zawodach, rynku pracy i systemie kształcenia. Ocena własnych możliwości w kontekście wymagań psychofizycznych, z którymi wiąże się wykonywanie czy nauka danego zawodu, jest bazą do podejmowania decyzji zawodowych przez młodzież z niepełnosprawnością. Zdobywanie kwalifikacji zawodowych często stanowi znaczny wysiłek dla osób

z niepełnosprawnością, nawet pod względem możliwości dotarcia na miejsce realizowania edukacji. W związku z tym jest konieczne, aby wybór ścieżki kształcenia, a później wykonywanego zawodu nie był przypadkowy. Szkoła, miejsce zamieszkania, rówieśnicy, rodzice i rynek pracy są czynnikami zewnętrznymi warunkującymi decyzje zawodowe osób z niepełnosprawnością, natomiast rodzaj i zakres niepełnosprawności, zainteresowania, predyspozycje i cechy osobowości stanowią ważne czynniki wewnętrzne.

Praca odznacza się jako ważny aspekt życia każdego człowieka, a szczególną rolę odgrywa w przypadku osób z niepełnosprawnością. Stanowi ogromną wartość w życiu człowieka, ale należy też do grupy zjawisk, które dzielą ludzi, inspirują do porównywania się z innymi, świadczy o statusie społecznym i ekonomicznym, co wyjątkowo wyraźnie widzą osoby z niepełnosprawnością. Dzięki edukacji zawodowej czy pracy, która przecież pełni funkcję rehabilitacyjną, osoby z niepełnosprawnością dostają szansę na wykorzystywanie swoich możliwości.

Decyzja o wykonywanym zawodzie jest wielkim wyzwaniem rozwojowym okresu dorastania, ale w kontekście młodzieży niepełnosprawnej jest podwójnie ważna. Zakres i stopień niepełnosprawności z jednej strony istotnie kształtują możliwości i ograniczenia dotyczące wyboru zawodu oraz odgrywają kluczową rolę w przyszłym zatrudnieniu. Z drugiej strony znaczenie tego wyboru odnosi się do kompensacyjnej funkcji aktywności zawodowej i rehabilitacyjnego kontekstu pracy zawodowej w życiu osób z niepełnosprawnością. Należy podkreślić znaczenie umiejętności życiowych koniecznych do podjęcia pracy przez osoby z niepełnosprawnością, ponieważ one wyznaczają bezpośrednio zakres samodzielności i warunkują efektywne wykonywanie zadań zawodowych w odniesieniu do ograniczeń i możliwości wynikających z niepełnosprawności (por. Wolska, 2015).

Trafny wybór zawodu pozostaje w ścisłym związku z jakością informacji o sobie i wglądem we własne ograniczenia, możliwości oraz z motywacją do wyboru zawodu i pracy, a także samodzielnością osoby niepełnosprawnej. Te aspekty psychologiczne formują się w ciągu całego życia jednostki, wiążą się z jej osobowością, dzieciństwem, a przede wszystkim z relacją z rodzicami. Poznanie możliwości osoby z niepełnosprawnością to jednak dopiero pierwszy etap w procesie podejmowania decyzji zawodowych. Kolejnym jest zapoznanie się z poszczególnymi wymaganiami stawianymi przez różne zawody, a także z zapotrzebowaniem na te profesje na rynku pracy (Wolan-Nowakowska, 2008).

Rozwój zawodowy, trwający nieustannie przez całe życie jednostki na pewno nie jest łatwą drogą przebiegającą bez żadnych trudności, nie tylko w kontekście osób z niepełnosprawnością. Szczególnie okres dorastania stawia przed młodymi ludźmi wiele wyzwań. Nie dość, że muszą borykać się ze zmianami biologicznymi, kreowaniem dojrzałości psychicznej i społecznej, to system kształcenia narzuca im konieczność podejmowania życiowych decyzji na etapie przejścia z jednego etapu edukacji na kolejny.

DOROSŁOŚĆ I AUTONOMIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Czas dorastania oraz wchodzenia w dorosłość, jak już wcześniej wspomniano, wiąże się z istotnymi zmianami, które zmierzają do wypracowania możliwości decydowania o sobie oraz szerzej – osobistej niezależności. Poziom kontroli własnego życia, a zwłaszcza sfer szczególnie ważnych i tych, na które osoba ma największy wpływ, zależy od samostanowienia o sobie. Z kolei, aby człowiek mógł być jednostką autonomiczną, jest konieczne posiadanie konkretnej wiedzy, umiejętności, zdolności, przekonań o samym sobie i świecie, które umożliwią postępowanie zorientowane na zaspokajanie własnych potrzeb i osiąganie celów. Wynika z tego, że zdolność do stanowienia o sobie wymaga posiadania nie tylko specyficznych umiejętności, lecz także dojrzałej postawy wobec siebie, bazującej na przekonaniu, iż potrafi się skutecznie rozstrzygać o własnym życiu. Nie mniej istotne są również podejście i przekonanie innych jednostek o umiejętności bycia niezależnym danej osoby (Pisula, 2008). Pomyślnie przejście młodzieży z niepełnosprawnością przez proces podwójnej tranzycji wymaga kształtowania autonomii i samostanowienia. Jest to wielowymiarowy proces dojrzewania ku dorosłości, który dla każdej osoby ma inny charakter zgodnie z założeniami biopsychospołecznego modelu niepełnosprawności (por. Wolan-Nowakowska, 2021).

Dokładne sprecyzowanie pojęcia „dorosły” nie należy do łatwych zadań. Niektóre z opisów koncentrują się głównie na aspektach biologicznych, inne zaś łączą współzależność z indywidualnością i funkcjonowaniem w społeczeństwie. W wielu definicjach dorosłości podkreślane są: samodzielność, odpowiedzialność, gotowość do podejmowania decyzji, realizacja planu życiowego, a wcześniej sprecyzowanie go, ale też akceptacja siebie i swojej sytuacji. Wyzwaniem dla dojrzałego człowieka jest kształtowanie adekwatnego, pozytywnego stosunku do siebie samego, godzenie się ze swoimi ograniczeniami, także tymi, które wynikają z niepełnosprawności (Pichalski, 2003).

Wyznacznikiem dorosłości jest umiejętność polegająca na samodzielnym kreowaniu swojego życia, tak aby skutecznie móc sprostać oczekiwaniom społecznym stawianym przed jednostką, a zarazem odczuwać satysfakcję oraz sens istnienia. Podkreślany jest też fakt, iż przesłanką do trwałego istnienia i wzmocnienia systemu społeczno-kulturowego jest wchodzenie w określone role społeczne i pełnienie obowiązków związanych z nimi z perspektywy zbiorowości.

Dorosłość stanowi proces polegający na osiągnięciu kolejnych stadiów dojrzałości, a nie jest jedynie osiągnięciem konkretnego wieku metrykalnego. Na pełną dojrzałość składają się: dojrzałość biologiczna (rozumiana jako zakończenie procesu wzrostu, uzyskanie dojrzałości intelektualnej i narządowej oraz zdolność do prokreacji), społeczna (umiejętność samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie), uczuciowa (brak wpływu pierwotnych emocji, np. gniewu, strachu na nasze działania) oraz moralna (kreowanie własnego systemu wartości). Przesłanką dojrzałości

jest również akceptacja siebie i własnych ograniczeń. Dzięki umiejętności uczenia się i kreowania nowych rozwiązań człowiek, który jest już dorosły w sensie biologicznym, ma okazję dalej się rozwijać. Na skuteczność implementacji zadań rozwojowych ma wpływ wiele czynników, przede wszystkim właśnie dojrzałość: biologiczna, społeczna, uczuciowa i moralna (Grzybowska, 2003).

Zakres autonomii jest w ogromnej mierze warunkowany przez inne jednostki istniejące w życiu osób z niepełnosprawnością: rodziców, opiekunów czy wychowawców (Loebl, 2003). Kwestia autonomii osób z niepełnosprawnością jest często analizowana, dyskutowana i badana. Wirginia Loebl (2003) opisała licznie pojawiające się skłonności do pomniejszania autonomii wśród dzieci, młodzieży i osób dorosłych z niepełnosprawnością. Zjawisko to przejawia się w minimalizowaniu samodzielności w różnorodnych aktywnościach, decydowaniu o przestrzeni życiowej, nieprzygotowywaniu do podjęcia decyzji o najlepszej drodze rozwoju, a ponadto w braku uwzględniania marzeń i możliwości osób z niepełnosprawnością w osobistym czy zawodowym życiu. Najbardziej narażone na sytuacje tego typu są osoby z głębszą niepełnosprawnością umysłową, z zaburzeniami rozwoju, u których nie występuje zdolność komunikacji werbalnej lub jest słabo rozwinięta. Z powodu braku możliwości wypowiedzenia i formułowania swoich myśli, opinii i potrzeb takie osoby mimowolnie stają się nieaktywnymi uczestnikami życia, pomijane są ich zdolności do wchodzenia w interakcję oraz przywilej samostanowienia o sobie. To inne osoby – rodzice, opiekunowie czy specjaliści – zakładają, że wiedzą najlepiej, jakie są potrzeby, preferencje i uczucia osób z niepełnosprawnością, a także określają ich maksymalne możliwości oraz instruuje co do zachowania, a nawet oddzielają od reszty społeczeństwa. Aprobata dla autonomii osób z głębszą niepełnosprawnością wzbudza wiele dyskusji i powoduje spory. Opiekunowie tych osób w minimalnym stopniu dążą do poszerzania ich samodzielności życiowej. Rodzice często nie dają szansy swoim niepełnosprawnym dzieciom na samodzielne inicjowanie różnorodnych aktywności, natomiast zmuszają do innych, drobiazgowo kontrolują ich samodzielne działania, wyręczają w różnych czynnościach i nie wspierają w budowaniu niezależności. W związku z tym dziecko nie rozwija konkretnych kompetencji wspierających proces usamodzielnienia. Nadopiekuńczość, wygórowane oczekiwania czy odrzucenie są również wymieniane jako uwarunkowania redukujące poziom autonomii u dziecka.

Dojrzałość oraz autonomia osób z niepełnosprawnością jest kwestią szczególną. Zagadnienie to wiąże się z wiedzą o złożonych czynnikach kształtujących proces osiągania autonomii. Każdy człowiek bez względu na swój stan psychiczny i fizyczny ma prawo do tworzenia własnego życia. Pojawiają się jednak istotne różnice w predyspozycjach, uwarunkowaniach psychologicznych oraz czynnikach społecznych. Osiąganie autonomii jest niezwykle zróżnicowanym, niejednorodnym i pełnym wyzwania procesem, zwłaszcza wśród osób z niepełnosprawnością, ale nie oznacza to, że niemożliwym do zrealizowania.

ROLA SZKOŁY I RODZINY W PRZYGOTOWANIU DO DOROSŁEGO ŻYCIA

Podstawową formą aktywności młodzieży jest nauka, a zatem kluczowym miejscem, w którym młodzi ludzie, również ci z niepełnosprawnością, spędzają większość czasu, jest szkoła. Właśnie w czasie edukacji młodzi ludzie przygotowują się do wejścia w dorosłość lub też po prostu stają się osobami dorosłymi. Przed instytucją szkoły stoi wiele zadań, m.in.: wspieranie rodziny podczas procesu socjalizacji dzieci i młodzieży, przekazywanie kluczowych umiejętności, wspieranie rozwoju procesów myślowych oraz zachęcanie do przestrzegania szeroko uznawanych reguł. Dodatkowym zadaniem szkoły, zwłaszcza w kontekście osób z niepełnosprawnością, jest stwarzanie warunków do realizacji indywidualnych potrzeb, możliwości i aspiracji uczniów, ponieważ swoistość danej niepełnosprawności może ograniczać możliwości odgrywania konkretnych ról społecznych. Z powodu specyfiki rozwoju osoby z niepełnosprawnością już od dzieciństwa wymagają realizacji indywidualnych potrzeb i zadań rozwojowych, takich jak identyfikowanie i przyjmowanie własnych ograniczeń lub wyznaczanie swojej roli w społeczeństwie.

Przygotowanie uczniów (młodych dorosłych) poprzez rozwijanie zdolności do bycia niezależnymi w ich codziennym życiu oraz do stania się pracownikiem powinno należeć do nadrzędnych celów systemu edukacji. Bez dokładnego i szczegółowego planowania oraz przygotowania do dalszego kształcenia lub zatrudnienia uczniowie z niepełnosprawnością nie są w stanie tego osiągnąć. Zajęcia szkolne oraz wszelkie kursy i szkolenia muszą być tak opracowane, by zapewnić młodym dorosłym zdobycie konkretnych umiejętności zawodowych, a przez to umożliwić korzystanie z szans oferowanych przez rynek pracy. Sprostanie tym założeniom obliuguje również nauczycieli do nieustannego monitorowania, analizowania i oceny wymagań pod względem umiejętności, które są mile widziane w świecie pracy. Każdy uczeń z niepełnosprawnością powinien mieć możliwość otrzymania wsparcia ze strony nauczycieli, wychowawców oraz specjalistów, tj. psychologów czy doradców zawodowych w przygotowaniu i wdrożeniu indywidualnego programu tranzycji. Zadaniem szkoły jest przygotowanie uczniów do wyboru kierunku kształcenia i zawodu m.in. poprzez prowadzenie zajęć z zakresu doradztwa edukacyjno-zawodowego, jednak w przypadku uczniów z niepełnosprawnością kluczowe znaczenie ma indywidualne poradnictwo (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej, Dz.U. z 2022, poz. 1717).

W dorosłym życiu jedną z istotnych umiejętności jest formułowanie i realizacja celów, w związku z tym wyniesienie tej zdolności ze szkoły jest niezmiernie ważne. Specyfika funkcjonowania osób z niepełnosprawnością polega na tym, że ich życie przebiega w pewnym sensie w dwóch rzeczywistościach – jedna z nich to ich ograniczenia wynikające z niepełnosprawności oraz potrzeba otrzymania wsparcia i pomocy od innych, a druga to aspiracje do normalności i samodzielności.

W związku z tym zadaniem rozwojowym, dość swoistym, jest zharmonizowanie potrzeby i możliwości autonomii z trudną do uniknięcia dla znacznej części osób z niepełnosprawnością pomocą innych. Aby sprostać temu zadaniu, konieczna jest wiara w swoje umiejętności, zdolność radzenia sobie z wyzwaniami oraz akceptacja dziecka (młodego dorosłego) szczególnie przez środowisko rodzinne, a także stawianie przed nim realnych wymagań. Szkoła powinna jednak być przede wszystkim miejscem, w którym uczeń zostanie zachęcony i zmotywowany do tworzenia planu życiowego dzięki otrzymanej w tym zakresie pomocy i wsparciu. Niezwykle istotne jest, aby osoby odpowiedzialne za tę pomoc nie przekształciły jej w dyktowanie konkretnych działań swoim uczniom, ponieważ najchętniej i najskuteczniej są realizowane plany wynikające z motywacji wewnętrznej.

Efektywność funkcjonowania szkoły nie jest warunkowana tylko właściwą realizacją działań podejmowanych wobec uczniów, ponieważ w kompleksowym procesie rehabilitacji istotna jest kooperacja pomiędzy wszystkimi podmiotami, które są ważne w życiu osoby z niepełnosprawnością. W przypadku dzieci i młodzieży bardzo istotnym obszarem oddziaływań jest współpraca szkoły z rodzicami. To najbliższe otoczenie kształtuje usposobienie jednostki od najmłodszych lat jej życia, co z kolei definiuje późniejszą postawę życiową, wybory i decyzje, w tym decyzje dotyczące przyszłości edukacyjno-zawodowej (Grzybowska, 2003). W związku z tym celem interakcji między szkołą a rodzicami uczniów z niepełnosprawnością powinno być wspomaganie procesu przystosowania rodziców do niepełnosprawności dziecka, w tym również przygotowanie ich do konstruktywnego wspierania dzieci z niepełnosprawnością w procesie podwójnej tranzycji: z okresu dorastania w dorosłość oraz z systemu edukacji na rynek pracy

Więzi rodzinne i osobiste relacje mają specyficzny charakter, a to warunkuje sposób funkcjonowania każdego członka rodziny na zewnątrz, w innych grupach społecznych. Śmiało można twierdzić, iż sposób funkcjonowania w rodzinie istotnie kształtuje drogę i jakość wchodzenia w role społeczne. Rodzaj i trwałość wzorców postępowania, które zostają zakorzenione w świadomości młodzieży, zależą od typu, siły i charakteru powiązań rodzinnych. Jest to szczególnie istotne w kontekście osób z niepełnosprawnością ze względu na to, że ich funkcjonowanie w społeczeństwie może być zniekształcone właśnie z powodu tej niepełnosprawności (Zielińska-Król, 2014).

Rodzina jest środowiskiem, które przekazuje podstawowe umiejętności umożliwiające poznanie i zrozumienie otaczającego świata, a także tworzy perspektywę, z której patrzy się na środowisko oraz normy i zachowania charakterystyczne dla danej kultury. Rodzina pełni wiele funkcji, m.in.: wychowawczą, ekonomiczną, emocjonalną, socjalizacyjną i kulturalną. Wartość i misja rodziny dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wzrasta, ponieważ wymagają one większej, dopasowanej do ich potrzeb pomocy (Zielińska-Król, 2014). Natomiast specyfika pomocy osobie z niepełnosprawnością polega na udzielaniu wsparcia, które daje szansę na samodzielne funkcjonowanie, aktywność zawodową, efektywne

odgrywanie ról społecznych oraz motywuje do rozwoju. Jak widać, wsparcie nie powinno przybierać postaci wyłączenia, lecz usprawniania, pobudzania sił motywujących do rozwoju.

Magdalena Loska (2009) podkreśla, że rodzina w życiu dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością często pełni też funkcje, które zazwyczaj są realizowane wśród grupy rówieśniczej. Różnego rodzaju dysfunkcje pojawiające się wraz z daną niepełnosprawnością warunkują często brak możliwości nawiązania i utrzymania szerszych kontaktów towarzyskich, rozwijania zainteresowań, uczestnictwa w rozrywkach, przez co rodzina jest zobowiązana do realizowania tych zadań. Niektóre zaburzenia minimalizują własną aktywność, a zwiększają zależność od innych. Z tego powodu postawy i działania otoczenia wobec osób z niepełnosprawnością mają tak ogromne znaczenie. To właśnie zachowanie innych ludzi determinuje sposób postrzegania swojej sytuacji oraz poziom motywacji do aktywności i działania. Wyłączenie dzieci niewspółmiernie do ich możliwości, nadopiekuńczość i zbyt duża troska wzmacniają uzależnianie się ich od rodziny, powodując bezradną, bierną i niesamodzielną postawę, a tym samym zmniejszają szansę na odnalezienie się w przyszłości w roli pracownika.

Często rodzice młodych dorosłych z niepełnosprawnością obawiają się wprowadzania zmian w ich życiu. Postawa rodziców, obawy związane z wejściem w świat dorosłych prowadzą do niezmienniania istniejącego stanu rzeczy, czyli do pozostania „interesariuszem opieki społecznej” i beneficjentem świadczeń socjalnych („rentobiorcą”). Wiąże się to oczywiście z lękiem przed ryzykiem, jakie niosą ze sobą wszelkiego rodzaju zmiany w dotychczasowym (znanym i bezpiecznym) życiu. Rodzice dzieci z niepełnosprawnością znacznie częściej prezentują postawy, charakteryzujące się nadopiekuńczą ochroną dziecka (por. Wolan-Nowakowska, 2013). Ponadto u dzieci z niepełnosprawnością dłużej trwa stan zależności, a także są one w mniejszym stopniu zachęcane i motywowane do rozwoju przez swoich najbliższych. Rodzice w mniejszym stopniu dążą do usamodzielnienia dzieci z niepełnosprawnością oraz rzadziej umożliwiają budowanie znaczenia innych grup społecznych w ich życiu. Izolowanie dzieci w domu kształtuje u rodziców postawę poczucia kontroli nad sytuacją, a także ochrony przed niebezpieczeństwem, nieprzychylną oceną, chorobą oraz upokorzeniem. Na sposób postępowania rodziców wpływa m.in. specyficzne traktowanie takich rodzin przez środowisko, zbyt duże współczucie, wyśmiewanie się, uciążliwe obserwowanie. To powoduje, że rodzice chcą zwyczajnie chronić swoje dziecko. Na szczęście coraz częstszym zjawiskiem jest próba sprostania trudnościom, uprzedzeniom i stereotypom (Zielińska-Król, 2014).

PODSUMOWANIE

Kluczowe znaczenie dla uczniów z niepełnosprawnością ma przygotowanie do podwójnego procesu tranzycji: z dorastania w dorosłość i z systemu edukacji na rynek pracy. Doradztwo edukacyjno-zawodowe pełni ważną funkcję w tym procesie, ponieważ osoby z niepełnosprawnościami często doświadczają trudności nie tylko z trafnym wyborem zawodu i ścieżki kształcenia zawodowego, lecz także z samodzielnym znalezieniem i utrzymaniem zatrudnienia (por. Wolan-Nowakowska, 2021; Zakrzewska, 2022).

Nie ulega wątpliwości, iż zarówno szkoła, jak i – przede wszystkim – rodzina odgrywają kluczową rolę w rozwoju dziecka, a zwłaszcza dziecka z niepełnosprawnością. Rodzina stanowi podstawowe ogniwo wszelkich działań na rzecz rozwoju młodej osoby, to przecież rodzice decydują o losie dziecka w sensie prawnym. Oni też dokonują wyboru, czy dziecko kształci się w systemie szkolnictwa specjalnego, czy korzysta z edukacji integracyjnej bądź włączającej. Sposób, w jaki zarówno rodzina, jak i środowisko szkolne przygotowują niepełnosprawne dziecko do dorosłości, warunkuje stopień jego samodzielności lub uzależnienia od innych. Nadopiekuńcza postawa, niesprzyjający schemat wychowania najczęściej kształtują przekonanie dorastającej osoby z niepełnosprawnością, że nie jest ona zdolna do niezależnego działania, szczególnie gdy wcześniej nie miała okazji sprawdzić swoich możliwości lub zwyczajnie nauczyć się samodzielnych aktywności.

Rodzice przejawiają wiele obaw związanych z dorosłością ich niepełnosprawnych dzieci (Wolan-Nowakowska, 2013). Istotnym elementem wsparcia procesu przygotowania dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami do zadań rozwojowych dorosłego życia, w tym podejmowania aktywności zawodowej, jest również dostarczanie rodzicom informacji o możliwościach rozwoju zawodowego ich dzieci, zarówno w odniesieniu do wyboru ścieżki kształcenia zawodowego, jak i wsparcia w poszukiwaniu oraz utrzymaniu zatrudnienia.


Rodzice powinni mieć możliwość korzystania z usług specjalistycznego wsparcia psychologów, nauczycieli, wychowawców i doradców zawodowych. Gdy dziecko rozpoczyna edukację, szkoła staje się kolejnym kluczowym podmiotem, dlatego właśnie współpraca nauczycieli z rodzicami jest tak ważna. Jeśli rodzina nie ukształtowała w dziecku poczucia autonomii oraz odpowiedniego stopnia samodzielności, rolą szkoły jest działać w tym kierunku, oczywiście na miarę możliwości ucznia. W procesie przygotowania do dorosłego życia ogromne znaczenie ma wsparcie rozwoju zawodowego uczniów z niepełnosprawnością, oparte na kształtowaniu realnego obrazu własnej osoby w odniesieniu do ograniczeń i możliwości, które wyznaczają zainteresowania i predyspozycje zawodowe, a w dalszej perspektywie stają się fundamentem możliwości funkcjonowania na rynku pracy.

BIBLIOGRAFIA

- Bańka A. (2003). *Rola Poradnictwa Zawodowego w integracji osób niepełnosprawnych z rynkiem pracy*. Materiały konferencyjne, Warszawa: Biuro Koordynacji Kształcenia Kadr Fundacja Fundusz Współpracy.
- Bańka A. (2007). *Psychologiczne doradztwo karier*. Poznań: Wydawnictwo PRINT-B.
- Cybał-Michalska A. (2013). *Młodzież akademicka a kariera zawodowa*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Drabik-Podgórna V. (2010). Tranzycja jako nowa kategoria biograficzna we współczesnym poradnictwie zawodowym. *Edukacja Dorosłych*, 1, 91–104.
- Grzybowska D. (2003). Szkoła wobec zadania przygotowania młodzieży niepełnosprawnej do podjęcia ról człowieka dorosłego. W: K.D. Rzędzicka, A. Kobyłańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Guichard J. (2007). Transition. W: J. Guichard, M. Huteau (eds.), *Orientation et insertion professionnelle. 75 concepts clés*. Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.guich.2008.01>
- Loebl W. (2003). Drogi osiągania autonomii przez osoby niepełnosprawne. W: K.D. Rzędzicka, A. Kobyłańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Loska M. (2009). Psychofizyczne możliwości i społeczne wyznaczniki funkcjonowania osób niepełnosprawnych ruchowo. W: M. Wolan-Nowakowska (red.), *Poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych – ku możliwościom przeciw ograniczeniom*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AKAPIT.
- Mikrut A., Dyduch E. (2019). *Przygotowanie do zawodu i zatrudnienie osób z niepełnosprawnością intelektualną. Rozważania na kanwie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Pichalski R. (2003). Refleksje nad dorosłością. W: K.D. Rzędzicka, A. Kobyłańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pisula E. (2008). *Dorosłość osób z niepełnosprawnością intelektualną – szanse i zagrożenia*. Warszawa: Wydawnictwo PSOUU.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej, Dz.U. z 17.08.2022, poz. 1717.
- Wehman P., Kregel J., Barcus J.M. (1985). From school to work: A vocational transition model for handicapped students, exceptional children. *Exceptional Children*, 25–37. <https://doi.org/10.1177/001440298505200103>
- Wolan-Nowakowska M. (2008). Wybrane aspekty decyzji zawodowych i edukacyjnych młodzieży niepełnosprawnej. *Annales Universitatis Marie Curie-Skłodowska. Sectio J. Pedagogia – Psychologia*, 21, 39–49.
- Wolan-Nowakowska M. (2012). System orientacji i poradnictwa zawodowego dla młodzieży z niepełnosprawnością. W: E. Wojtasiak, M. Wolan-Nowakowska (red.), *Poradnictwo zawodowe w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Wolan-Nowakowska M. (2013). *Młodzież w sytuacji planowania kariery zawodowej. Badania porównawcze uczniów z dysfunkcją narządu ruchu i pełnosprawnych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Wolan-Nowakowska M. (2021). *Rehabilitacja zawodowa osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

- Wolska D. (2015). *Umiejętności życiowe jako wyznacznik aktywizacji zawodowej dorosłych z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Zakrzewska M. (2022). *Aktywność zawodowa a jakość życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Wydawnictwo PSONI.
- Zielińska-Król K. (2014). Rodzina w procesie wsparcia społecznego i zawodowego osoby niepełnosprawnej. *Labor et Educatio*, 2, 79–89.

EWA ZASEPA

 <https://orcid.org/0000-0002-8348-2898>

Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
Instytut Psychologii
Wydział Nauk Społecznych
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40
e-mail: zasepa@aps.edu.pl

DOŚWIADCZENIA RELIGIJNE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

Abstrakt. Zgodnie z modelem społeczno-ekologicznym niepełnosprawność intelektualna jest wielowymiarowym stanem ludzkiej egzystencji, który rozpatruje się w relacji do wymogów środowiska. Jeden z czynników tego modelu, tj. kontekst, wskazuje na to, iż na funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością wpływa wiele właściwości wewnętrznych osoby oraz jej otoczenia. Do nich należą też doświadczenia duchowe i doświadczenia religijne osoby z niepełnosprawnością intelektualną. W artykule tym będą omawiane kwestie związane z religijnością tej grupy osób jako istotne dla ich funkcjonowania. Dokonana w nim została metaanaliza wyników badań dotyczących tego zagadnienia. Przedstawiony będzie komponent poznawczy, emocjonalno-motywacyjny oraz behawioralny postawy religijnej. Zagadnienia te są stosunkowo rzadko poruszane w literaturze przedmiotu. Analiza literatury przedmiotu wskazuje na to, iż religijność ma duże znaczenie dla funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną. Szczególnie ważne są dla nich doświadczenia religijne (komponent emocjonalny) oraz praktyki religijne (komponent behawioralny).

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, religijność

RELIGIOUS EXPERIENCES OF PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Abstract. According to the socio-ecological model, intellectual disability is a multidimensional state of human existence, which is considered in relation to the requirements of the environment. One of the factors of this model, is the context, indicates that the functioning of a person with a disability is influenced by many internal characteristics of the person and their environment. They also include the spiritual and religious experiences of a person with intellectual disability. This article will discuss



Received: 12.05.2022; verified: 19.05.2022. Accepted: 26.06.2022.

© by the author, licensee University of Lodz – Lodz University Press, Lodz, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

issues related to the religiosity of this group of people as important for their functioning. It includes a meta-analysis of the results of research on this issue. The cognitive, emotional-motivational and behavioral components of the religious attitude will be presented. These issues are relatively rarely discussed in the literature on the subject. The analysis of the literature on the subject shows that religiosity is of great importance for the functioning of people with intellectual disabilities. Religious experiences (emotional component) and religious practices (behavioral component) are of particular importance to them.

Keywords: intellectual disability, religiosity

WPROWADZENIE

Niepełnosprawność intelektualna należy do grupy zaburzeń neurorozwojowych (DSM-V, 2013; ICD-11, 2022), które charakteryzują się istotnymi ograniczeniami w funkcjonowaniu intelektualnym i zachowaniu przystosowawczym powstającymi w okresie rozwojowym (Luckasson i in., 1992, 2002; Schalock i in., 2010, 2021). Aby lepiej zrozumieć osobę z tym rodzajem niepełnosprawności, dokonuje się jej opisu uwzględniającego propozycje zawarte w modelu społeczno-ekologicznym. Model ten zawiera pięć elementów, które mają istotne znaczenie dla funkcjonowania jednostki. Są to: 1) zdolności intelektualne, 2) zachowanie przystosowawcze, 3) uczestnictwo, interakcje i role społeczne, 4) stan zdrowia oraz 5) kontekst. W modelu bierze się też pod uwagę udzielane wsparcie, które powinno być dostosowane do możliwości osoby i które ma na celu poprawić jej rozwój i jakość życia. Przyjmuje się więc, że niepełnosprawność intelektualna jest wielowymiarowym stanem ludzkiej egzystencji, który rozpatruje się w relacji do wymogów środowiska (Wehmeyer i in., 2008; Luckasson i in., 2002; por. Thompson i in., 2004, 2009).

Ten wprowadzony przez Amerykańskie Towarzystwo ds. Intelektualnej i Rozwojowej Niepełnosprawności (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, AAIDD) wielowymiarowy model afirmuje wartość życia każdej osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Jego analiza skłania do pytań o naturę człowieka, a także do zastanowienia się nad znaczeniem cierpienia doświadczanego przez osobę z niepełnosprawnością i o sens jej życia. Ważne jest ponadto przemyślenie tego, w jaki sposób można pomóc innym pokonać ich ograniczenia i związane z nimi cierpienie oraz jak przewartościować doświadczane trudności. Nasza uwaga obejmuje zarówno osobę z niepełnosprawnością, jak i jej rodzinę oraz otoczenie.

Analiza tego modelu skłaniać też może do pytań o duchowy wymiar funkcjonowania człowieka niepełnosprawnego intelektualnie. Wymiar ten jest bowiem wpisany w naturę ludzkiego doświadczenia. Jak dowodzą badania, dzisiaj stosunkowo liczne w ogólnej populacji, wywiera istotny i niemożliwy do zakwestionowania wpływ na funkcjonowanie człowieka w różnych aspektach. W tym miejscu warto zaznaczyć,

iz jeden z elementów modelu społeczno-ekologicznego, tj. kontekst, obejmuje również doświadczenia duchowe i doświadczenia religijne jako mocno oddziałujące na ogólne funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

Analiza prac i głosów w dyskusjach dotyczących wielowymiarowego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną także wskazuje na zasadność włączenia do niego wsparcia duchowego (Harris, 2006). Warto dodać, że AAIDD utworzyło oddział poświęcony kwestiom religii i duchowości osób niepełnosprawnych intelektualnie (*The Religion and Spirituality Division of the American Association on Mental Retardation*), podkreślając ich znaczenie (za: Schurter, 2006).

W artykule tym pragnę wskazać na istotność duchowego wymiaru zarówno w charakterystyce funkcjonowania, jak i dla planowania wielowymiarowego wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Rzeczone kwestie pragnę przybliżyć na przykładzie religijności, która jest elementem wymiaru duchowego istnienia (przez niektórych autorów jest z nim nawet utożsamiana).

Religijność to podmiotowe, subiektywne ustosunkowanie się człowieka do rzeczywistości, która jest opisywana i wyjaśniana na gruncie danego systemu wierzeń. Obejmuje wzajemnie powiązane ze sobą elementy, takie jak poglądy, sądy na temat przedmiotu religijnego, czyli Nadprzyrodzoności, uczucia z nim związane oraz tendencje do zachowań będących wyrazem kultu religijnego, czyli wykonywanie określonych praktyk (Prężyna, 1981, 1988; Golan, 2006). Pojęcie religijności różni się od pojęcia religii. Religia to zbiór zasad, twierdzeń i norm, które wyjaśniają i regulują relacje między człowiekiem i Bogiem. Religijność jest natomiast wkomponowana w strukturę osobowości człowieka, w całość jego życia psychicznego, i jest związana z jego właściwościami. Tak więc specyficzne właściwości osób z niepełnosprawnością intelektualną łączą się z tym, jak rozumieją one pojęcia związane z religią i jakie mają przeżycia religijne.

W literaturze przedmiotu można spotkać stosunkowo niewiele prac poświęconych religijności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Szczególnie mało jest tych, które dotyczą rozumienia przez nich pojęć religijnych, ich subiektywnych doświadczeń religijnych, praktyk religijnych oraz wpływu tej sfery na ich funkcjonowanie. Mając na uwadze, iż religijność obejmuje komponenty: poznawczy, emocjonalno-motywacyjny oraz behawioralny, należy podczas charakteryzowania tej sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną respektować tę złożoność.

KOMPONENT POZNAWCZY

U osób z niepełnosprawnością intelektualną można zaobserwować bez wątpienia poznawcze elementy religijności. Występują one u nich mimo istotnych ograniczeń. Są one stosowne do ich wieku umysłowego. Badania wykazują,

iż osoby z niepełnosprawnością intelektualną znają pojęcie Boga. Rozpoznają konkretne i abstrakcyjne obrazy reprezentujące Boga, a także odróżniają je od obrazów niereprezentatywnych (Bassett i in., 1994; Shogren, Rye, 2005). Istotnie częściej osoby te identyfikowały konkretne obrazy niż abstrakcyjne, choć odpowiedzi były zróżnicowane ze względu na poziom rozwoju intelektualnego. Na przykład w badaniu przeprowadzonym przez Shogren i Rye'a (2005) osoby dorosłe z umiarkowanym i lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej najczęściej wskazywały na rysunek Biblii (98%) i na rysunek kościoła (98%) jako te, które najbardziej przypominają im Boga. Te dwa obrazki zaliczono do kategorii konkretnych. Spośród rysunków abstrakcyjnych najczęściej wybierano serce z napisem „Miłość” w środku (78%). Osoby badane istotnie częściej identyfikowały konkretne rysunki jako przypominające im Boga i religię niż abstrakcyjne, te zaś istotnie częściej niż niereligijne. Rysunki abstrakcyjne istotnie częściej wybierały osoby lekko niepełnosprawne intelektualnie niż osoby umiarkowanie niepełnosprawne intelektualnie. W wyborze rysunków konkretnych nie było istotnych różnic uwarunkowanych poziomem rozwoju intelektualnego.

W rozumieniu pojęć związanych z religią wystąpiły istotne różnice między osobami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i lekkim oraz osobami z inteligencją na granicy normy (Lifshitz, Glaubman, 2007). Pojęcia, które osoby badane miały za zadanie objaśnić, były podzielone na cztery kategorie: Bóg, Sąd Ostateczny, Opatrzność Boska, Modlitwa. Udzielone odpowiedzi sklasyfikowano zgodnie z teorią rozwoju poznawczego Piageta. W analizie wyników badań pomieszczono odpowiedzi charakterystyczne zarówno dla stadium przedoperacyjnego, dla stadium operacji konkretnych, jak i stadium operacji abstrakcyjnych. Przy czym osoby z niepełnosprawnością intelektualną w porównaniu z osobami o inteligencji na granicy normy udzielały istotnie więcej odpowiedzi właściwych dla stadium przedoperacyjnego, zaś istotnie mniej – dla stadium operacji abstrakcyjnych.

Badane osoby najlepiej rozumiały pojęcie Boga. Występowały, choć w mniejszej ilości, odpowiedzi charakterystyczne dla stadium przedoperacyjnego, w których można rozpoznać takie cechy jak: personifikacja, egocentryzm, myślenie intuicyjne, koncentracja na detalach („Bóg jest mężczyzną, aniołem, Mesjaszem, Królem z kręconymi brązowymi włosami”, „Pomaga mi pisać”, „uspokaja”, „daje zdrowie”, „strzeże”). Przeważały jednak odpowiedzi charakterystyczne dla stadium operacji konkretnych, w których relacja do Boga jest oparta na trwodze i podziwie, stanowi On podstawę sumienia, jest autorytetem, mocą („Zapisuje dobre i złe uczynki ludzi”, „Czyni pokój”, „Kieruje wszystkim”, „Mówi nam, co mamy robić”). Było też wiele odpowiedzi właściwych dla stadium operacji abstrakcyjnych, czyli bardziej uogólnionych („Stworzył świat i strzeże go, żyjemy dzięki Niemu, pokonał śmierć”).

Odpowiedzi związane z kategorią Sąd Ostateczny w grupie osób o inteligencji na granicy normy były charakterystyczne dla stadium operacji konkretnych

i abstrakcyjnych, zaś u osób z niepełnosprawnością intelektualną przeważały te właściwe dla stadium przedoperacyjnego. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną bardzo często demonstrowały dychotomiczne pojęcie dobra i zła („Ktoś kto nie wierzy w Boga jest zły, a kto wierzy jest dobry”), a niebo i piekło postrzegały w magiczno-baśniowy sposób, nie zaś jako miejsce nagrody bądź kary – stosownie do uczynków człowieka. W wypowiedziach charakterystycznych dla stadium operacji konkretnych badane osoby wyraziły to, że poszukują relacji między uczynkami człowieka i nagrodą oraz karą wiekuistą. Mówiły również o tym, iż nieszczęście, którego człowiek doświadcza na ziemi, nie zawsze jest wynikiem jego złych uczynków. Nieliczne odpowiedzi właściwe dla stadium abstrakcyjnego miały charakter wielowymiarowy i złożony („Kara i nagroda wiekuista, Niebo i piekło są decyzją Boga, nikt nie jest całkowicie dobry, ani całkowicie zły”).

Do kategorii pojęć związanych z Modlitwą osoby z inteligencją na granicy normy ustosunkowały się w sposób konkretny i w mniejszym stopniu – abstrakcyjny, zaś osoby z niepełnosprawnością intelektualną – w sposób przedoperacyjny i konkretny. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną częściej oczekują natychmiastowej odpowiedzi na modlitwę, osoby z inteligencją na granicy normy są zaś bardziej przekonane o tym, że trzeba spełnić pewne warunki, w których modlitwa będzie wysłuchana (np. osoba będzie wysłuchana, gdy stanie się lepsza i sprawiedliwsza), a także o tym, iż modlitwa nie zawsze musi być wysłuchana, bowiem Bóg ma inne plany w stosunku do człowieka i lepiej wie, co jest dla niego dobre.

Ustosunkowując się do pytania o Opatrzność Boską, badane osoby były przekonane, iż Bóg jest obecny, a także zaangażowany w ich życie. Obie grupy udzielały najczęściej odpowiedzi charakterystycznych dla poziomu operacji konkretnych. Przykładowe, stosunkowo nieliczne odpowiedzi właściwe dla stadium przedoperacyjnego, były następujące: „Nie, Bóg jest w Niebie, On jest daleko, mogę Go tylko widzieć w nocy”. Odpowiedzi należące do stadium operacji konkretnych to np.: „Ja czuję Go codziennie, gdy coś zgubię i nagle znajduję to”, „Spaceruję i czuję, że Ktoś obserwuje mnie z góry”, „gdy On słyszy modlitwę, to sprawia, że prośby są wysłuchane”. Przykład odpowiedzi, dość nielicznych, charakterystycznych dla stadium operacji abstrakcyjnych: „Bóg jest wszędzie ze mną – to jest część naszej wiary”.

Analizując komponent poznawczy religijności u osób z niepełnosprawnością intelektualną i u osób z inteligencją na granicy normy, warto też wskazać, iż nie jest on związany z komponentem behawioralnym. Młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w większym bowiem stopniu określała siebie jako bardziej religijną, a także częściej wypełniała przykazania.

Osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną wyrażają poczucie tożsamości religijnej. W badaniach przeprowadzonych przez Turner i in. (2004) jasno opisywały swoją wiarę i odróżniały ją od innych wiar. Identyfikowały siebie jako przynależące do określonej grupy religijnej, wymieniały kluczowe cechy swojej religii. Osoby te często używały wyrażen wskazujących na zaawansowane

rozumienie religijnych pojęć, rytuałów i tajemnic wiary. Oto przykład rozbudowanej wypowiedzi na ten temat: „Religia to jest kiedy ludzie idą do Komunii Świętej i oni idą do kościoła i modlą się do Jezusa i śpiewają hymny o Jezusie i czytają Biblię o Jezusie. Ja wierzę w Boga, Ojca Wszchemogącego, Stworzyciela nieba i ziemi, Amen. Drogi Ojciec w Niebie spogląda w dół z wysoka i błogosławi tatę, mamę i wszystko, co kocham. Za wszystko, co otrzymujemy możemy być Bogu wdzięczni” (Turner i in., 2004).

Podsumowując ten wątek, trzeba powiedzieć, że w religijności osób z niepełnosprawnością intelektualną można wyróżnić komponent poznawczy. Jest on proporcjonalny do ich ogólnego poziomu rozwoju intelektualnego. Jest przy tym niższy w porównaniu z osobami o prawidłowym rozwoju intelektualnym oraz znajdującymi się na granicy normy. Niemniej można zaobserwować również bardziej zaawansowane formy rozumienia kwestii religijnych. Są w nich odzwierciedlone specyficzne doświadczenia badanych osób. Charakteryzowanie kwestii religijnych jest przepełnione u nich dużą spontanicznością, emocjonalnością i barwnością.

KOMPONENT EMOCJONALNO-MOTYWACYJNY

W religijności osób z niepełnosprawnością intelektualną emocje odgrywają bardziej istotną rolę niż rozumienie. Komponent emocjonalno-motywacyjny nie jest przy tym zróżnicowany ze względu na stan funkcjonowania intelektualnego (Lifshitz, Glaubman, 2007), a nawet przeżycia religijne są intensywniejsze niż u osób o prawidłowym rozwoju intelektualnym (por. Zasępa, 2006). Ponadto, jak wykazują badania, osoby bardziej religijne kierują się w swoim życiu bardziej dojrzałymi, altruistycznymi motywami.

Ilustrują to następujące przykłady badań. Reiss (2000) starał się określić, które spośród piętnastu wyróżnionych motywów podstawowych (Reiss, Havercamp, 1998) wiążą się u osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną z ich doświadczeniami religijnymi. Wstępne analizy nie wykazały istotnych różnic w zakresie religijności uwarunkowanych płcią badanych osób ani też poziomem rozwoju intelektualnego. Związki między ostatecznymi motywami działania a nasileniem doświadczeń religijnych były następujące. Osoby, które określiły siebie jako bardziej religijne, w mniejszym stopniu za ważne uznają niezależność i zemstę. W większym zaś stopniu są one motywowane: honorem, porządkiem i rodziną. Ustosunkowując się do tych wyników, stwierdzono, iż mniejsze znaczenie przypisywane niezależności może wynikać z większej chęci bycia związanym z Bogiem i zależnym od Niego. Jednocześnie podkreślono, iż taka ewaluacja niezależności nie jest związana z nadaniem ważności motywowi siły. Mniejsza wartość przypisywana niezależności nie współwystępuje zatem z niższym ceniением siły. Wysoka ocena dwóch motywów:

honoru i rodziny może wiązać się z wysokim ceniением miłości bliźniego i starań, aby go uszanować. Analogicznie mniejsza wartość przypisywana pragnieniu zemsty wskazuje na wysokie ceniение życia w zgodzie i wzajemnym szacunku z innymi. Pragnienie porządku może łączyć się z dużym znaczeniem, jakie osoby bardziej religijne przypisują rytuałom religijnym. Na zakończenie podkreślono, iż w badaniu opierano się na motywacyjnej analizie zachowania osób bardziej i mniej religijnych. Pytano więc o to, co lubią, kiedy są szczęśliwi, co jest ważne dla nich, czyli innymi słowy, jak chcieliby się zachowywać, co ich motywuje. Natomiast nie badano ich rzeczywistych zachowań.

Badania Lifshitz i Glaubman (2007) ujawniły, że wszystkie osoby z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym i lekkim, podobnie jak osoby z inteligencją na granicy normy, poszukiwały w religii spełnienia swoich próśb. Dalsze analizy wykazały, iż badanymi osobami kierowały częściej aktywne motywy religijności (wymagające zainwestowania i działania, np. potrzeba zjednoczenia i zależności od Boga widzianego jako ostoja, potrzeba uwielbienia, adoracji i wdzięczności wobec Boga, posłuszeństwo wobec Boga) niż pasywne (oczekiwanie wsparcia i nagrody zarówno wewnętrznej – w postaci dobrego samopoczucia, bezpieczeństwa i porządku, jak i zewnętrznej – w formie dóbr materialnych lub społecznych).

Wiek życia badanych osób może również różnicować rodzaje motywów, które kierują je ku religijności (Lifshitz, Katz, 2009; Lifshitz i in., 2009). Adolescenci częściej kierują się takimi motywami, jak: wypełnianie nakazów religijnych, posłuszeństwo Bogu, a ponadto oczekiwanie spełnienia osobistych próśb i zaspokojenia potrzeb społecznych. Dorośli zaś istotnie częściej kierują się pragnieniem zjednoczenia z Bogiem, uwielbienia Go i zależności od Niego.

Analiza wyników badań dotyczących komponentu emocjonalno-motywacyjnego u osób z niepełnosprawnością intelektualną wskazuje, iż ma on dość duże znaczenie. Osoby badane są wewnętrznie przekonane co do słuszności swojej wiary. Boga, w którego wierzą, traktują jako Osobę, której należy się cześć i uwielbienie. A jednocześnie wiara ta wiąże się z chęcią uszanowania innych.

KOMPONENT BEHAVIORALNY

W religijności osób z niepełnosprawnością intelektualną komponent behawioralny, czyli praktyki religijne, również odgrywa większą rolę niż komponent poznawczy. Zgodnie z badaniami Shogren i Rye'a (2005) przeprowadzonymi wśród osób dorosłych z lekkim i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności intelektualnej uczęszczanie do Kościoła i udział w różnych zorganizowanych formach życia religijnego są dla nich bardzo ważne. To stosunkowo częste formy aktywności w czasie wolnym. Aż 83% badanych określiło siebie jako religijnych,

95% – jako wierzących w Boga; 93% modli się, a 95% myśli o Bogu. Religia jest średnio ważna dla 34% zapytanych osób i bardzo ważna dla 56%. Między ważnością a uczestnictwem w życiu religijnym jest istotna, umiarkowana zależność.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną angażują się w różne praktyki religijne (Turner i in., 2004), takie jak: modlitwa, oglądanie programów telewizyjnych, religijne obowiązki, uroczystości religijne, uczestniczenie we mszy świętej i innych nabożeństwach. Ponadto ważne są w ich życiu Sakramenty Święte, takie jak Komunia Święta i Bierzmowanie. Większość badanych modli się regularnie („Modlę się w domu”, „Mówię modlitwę każdego wieczoru”, „Modlę się, modlę się o to, aby Bóg pomógł mi”), a także ma świadomość obowiązku modlitwy. Bardzo ważne jest to, iż badane osoby poczuwały się do wypełniania obowiązków religijnych, takich jak pomaganie innym ludziom, którzy są w nieszczęściu („Czasem, gdy widzę kogoś płaczącego, lub gdy widzę czasem kogoś w nieszczęściu, to podaję moją dłoń, aby pomóc innym”).

Osoby, które regularnie uczestniczą w nabożeństwach, chodzą do kościoła, mówią, iż lubią atmosferę religijnych uroczystości oraz rytualne poczucie świętości, czytanie Biblii, zapach kadzideł, chór kościelny. Warto jednak w tym miejscu wspomnieć o pewnych barierach. Dla niektórych uczestniczenie w kościelnych uroczystościach jest trudne, np. nie wszyscy potrafią czytać z książeczek (teksty pieśni religijnych). Dla innych problemem jest transport, brak pomocy członków rodziny w zabraniu ich do kościoła. Dla jeszcze innych są to przykrości doznane w drodze do kościoła. Mało osób z niepełnosprawnością intelektualną jest w pełni włączonych w życie społeczności religijnej poprzez odgrywanie ważnych ról i wykonywanie obowiązków. Niemniej osoby, które uczestniczą w nabożeństwach religijnych, chodzą do kościoła, wysoko to cenią i cieszą się z życia wśród społeczności religijnej (mówią, iż mają przyjaciół, mogą porozmawiać z ludźmi, wracać razem z kościoła).

Rodzina ma wpływ na religijne przeżycia i aktywności badanych osób. Wiele z nich w dzieciństwie było włączanych w różne uroczystości i tradycje religijne. Na ich praktyki religijne istotny wpływ miała śmierć rodzica lub członka rodziny. Modlą się za zmarłą osobę („Modlę się za mamę”, „Modlę się, mówię drogi Panie, mam nadzieję zobaczyć znów mamę”). Realizowanie praktyk religijnych jest dla osób z niepełnosprawnością intelektualną nie tylko radością, lecz także wiąże się z ich dobrostanem psychicznym i społecznym. Pomaga ponadto radzić sobie z trudnościami życiowymi.

BADANIA DOTYCZĄCE RÓŻNYCH TYPÓW RELIGIJNOŚCI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

Pewne badania dotyczyły stosunkowo złożonych problemów związanych z religijnością osób z niepełnosprawnością intelektualną. Badania te z pewnością miały cel eksploracyjny. Choć być może chciano w ten sposób podkreślić pewne

podobieństwo między ich przeżyciami a doświadczeniami ogólnej populacji ludzi sprawnych intelektualnie. Badania wykazały w każdym razie, iż religijność osób dorosłych z umiarkowanym i lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej ma charakter wewnętrzny (Shogren, Rye, 2005). Kierują się one przekonaniem religijnymi, a te przekonania przenikają ich wewnętrzne życie oraz wpływają na sposób funkcjonowania. Osoby te stwierdzały, iż „Bóg jest w ich życiu”, „Bóg pomaga podejmować decyzje”. Stopień niepełnosprawności intelektualnej nie różnicował przy tym motywacji religijnej. Stwierdzono istotną zależność między wewnętrzną religijnością a określeniem ważności religii w życiu osób badanych. Osoby te uczestniczą zatem w życiu religijnym, kierując się własnymi przekonaniem o znaczeniu religijności (Shogren, Rye, 2005).

Badani istotnie częściej stosują pozytywne religijne sposoby radzenia sobie ze stresem niż te negatywne. Nie stwierdzono w tym zakresie istotnych różnic uwarunkowanych stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Wskazano jednak na dodatnią, umiarkowaną, istotną zależność między pozytywnymi religijnymi sposobami radzenia sobie ze stresem a znaczeniem religijności w życiu badanych osób (Shogren, Rye, 2005).

Badania dotyczące religijności personalnej zostały przeprowadzone (Zasępa, 2010, niepublikowane badania) w grupie młodych dorosłych z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej ($n = 203$) oraz u osób o prawidłowym rozwoju intelektualnym ($n = 159$). Zastosowano Skalę Religijności Personalnej – wersja LNI Romualda Jaworskiego. Wyniki badań wskazują na to, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą doświadczać religii w sposób personalny. Wykazano ponadto, iż personalny wymiar religijności jest bardziej nasilony w grupie osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną w porównaniu z osobami sprawnymi intelektualnie. Istotne różnice wystąpiły tak w wyniku ogólnym, jak i w poszczególnych czterech składnikach (wiara, moralność, praktyki i wymiar self-religijny).

Charakteryzując osobę z niepełnosprawnością intelektualną, warto uwzględnić różne typy religijności, a także różne religijne sposoby radzenia sobie ze stresem. Można stwierdzić, iż osoby te są zdolne do stosunkowo bogatego i skomplikowanego przeżywania swojej religijności.

ZNACZENIE RELIGIJNOŚCI W ŻYCIU OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

Analiza stosunkowo nielicznych badań przeprowadzonych zarówno wśród rodziców i opiekunów, personelu, jak i samych osób z niepełnosprawnością intelektualną pozwala na stwierdzenie, iż religijność oddziałuje pozytywnie na funkcjonowanie tych ostatnich. Ma również dobry wpływ na funkcjonowanie rodziców i opiekunów tych osób, którzy bardzo często do końca życia nieodłącznie

towarzyszą im, a także wspierają i opiekują się nimi. Z literatury przedmiotu wynika, iż w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną:

- religijność może być źródłem nadawania znaczenia sprawom życiowym (Gaventa, 1993, za: Turner i in., 2004);

- pomaga ona odróżniać dobro od zła („Czasem gdy powie coś, co zrani czyjeś uczucia, a potem idzie do swojego pokoju i modli się i przypomina sobie, co mówiono w Kościele, to wraca i przeprasza”, „Ona opiera się na osądzie Boga i jest bardzo prawdomówna”) (Shogren, Rye, 2005);

- wiara pomaga znaleźć sens w życiu i radzić sobie z trudnymi doświadczeniami, takimi jak śmierć rodzica (Turner i in., 2004; Zasępa, 2014);

- afirmuje przy tym osobę ludzką, wzmacnia akceptację i poczucie wartości siebie samego (Vanier, 1988);

- religijność pomaga lepiej zrozumieć swoją niepełnosprawność, a także swoje miejsce w życiu, oraz radzić sobie bardziej skutecznie z trudnymi życiowymi sytuacjami wynikającymi z tej niepełnosprawności (Webb-Mitchell, 1993, za: Shogren, Rye, 2005);

- personalny wymiar religijności wiąże się z mniejszym nasileniem problemów internalizacyjnych i eksternalizacyjnych (Zasępa, 2011); religijność ma istotny wpływ na zdrowie psychiczne (Lowell i in., 2017);

- większe nasilenie personalnego wymiaru religijności łączy się z bardziej przystosowawczymi cechami osobowości, takimi jak motywacja do działania i oczekiwanie sukcesu, oraz z mniej nasilonymi tendencjami do negatywnego działania (Zasępa, 2010, niepublikowane badania);

- religijność jest źródłem społecznego i psychologicznego wsparcia (Carter, Boehm, 2019; McNair, Smith, 1998; Hoeksema, 1995); uczestniczenie i włączenie osoby z niepełnosprawnością intelektualną w życie religijne wspólnoty zaspokaja jej potrzebę praktyk religijnych, i dostarcza poczucia przynależności, braterstwa, przyjaźni (Hoeksema, 1995; Mathew, 2020; Swinton, 2002), a ponadto daje poczucie pociechy, zachęty, wsparcia, możliwości pomocy innym oraz spokoju („Uspokaja ją, gdy się modlimy”, „Uczęszczanie do Kościoła czyni go bardziej spokojnym i lepiej przystosowanym”) (Shogren, Rye, 2005);

- zaspokojenie religijnych potrzeb może być środkiem do osiągnięcia ważnych celów, często trudnych do zrealizowania przez różne ośrodki pomocy, takie jak niezależność, włączenie w życie społeczne, wartościowe role społeczne (por. Turner i in. 2004); religia daje poczucie przynależności do wspólnoty („To daje mu poczucie, iż jest częścią społeczności Kościoła i doświadczania miłości Boga przez innych”) (Shogren, Rye, 2005); badane osoby mają poczucie przynależności i możliwość wzięcia udziału w szerokim zakresie religijnych aktywności, z przyjaciółmi, rodziną i innymi osobami w religijnej wspólnocie (Turner i in., 2004).

Religijność wspomaga zatem rozwój oraz ma istotny wpływ na osobowość i sposób zachowania, jest ponadto cennym źródłem wsparcia i dostarcza osobom

z niepełnosprawnością intelektualną możliwości kształtowania relacji z innymi i poczucia przynależności.

KU SYNTEZIE

Przedstawiona analiza literatury przedmiotu wskazuje na to, iż dokonując charakterystyki osób z niepełnosprawnością intelektualną, obok wielu innych zjawisk przypisanych naturze człowieka, trzeba również uwzględnić duchowy wymiar ich istnienia. Jest on nie tylko bogaty, lecz także ma istotny wpływ na funkcjonowanie tych osób. Udzielane wsparcie duchowe zarówno afirmuje niepowtarzalną wartość osoby, jak i ma ogromne znaczenie dla polepszenia jej funkcjonowania w różnych aspektach życia.

Zwracając się ponownie ku współczesnym poglądom dotyczącym wielowymiarowego wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną, warto wskazać, iż na wiele związanych z nimi pytań można znaleźć odpowiedź również w zasadach życia religijnego (por. Gaventa, 2010a, 2010b, 2010c; Harris, 2006). Centralne wartości, ku którym zmierzają zarówno badania, jak i wspieranie osób z niepełnosprawnością intelektualną, takie jak: niezależność, produktywność, integracja i samostanowienie, są również afirmatywnymi odpowiedziami na kluczowe duchowo/egzystencjalne pytania o: tożsamość człowieka, cele i sens życia, przynależność, umiejętności i możliwość kontroli nad życiem. Odpowiedzi na te pytania, a także sposoby ich odnajdywania, są zawarte w religii. Wspieranie osób z niepełnosprawnością intelektualną może odnosić się do wielu wartości/zasad religijnych, głównie: miłości bliźniego; dostrzeżenia wartości „najmniejszych”, „ubogich w duchu”; poszanowania tych, którzy są „różni”, np. z powodu swej niepełnosprawności lub choroby; powołania do używania swych talentów i bycia użytecznym w służbie Bogu i bliźniemu.

Znaczenie religijności dla osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz skuteczność wsparcia duchowego w podnoszeniu jakości ich życia wskazują na możliwą efektywność działania wspólnot integracyjnych opartych na ideach życia chrześcijańskiego, takich jak założona przez Jeana Vaniera „Arka” („L'Arche”) oraz „Wiara i Światło” („Foi et Lumière”) (Hyla, 2006; Krupska, 1988; Tomasik, 1997; Vanier, 1988, 1993, 1994), a także sens wychowywania się w ośrodkach prowadzonych przy zgromadzeniach zakonnych (por. Sałkowska, 2010). We wspólnotach tych najślabi stanowią – przynajmniej w założeniu – centrum całej społeczności, mogą się w nich rozwijać, uczyć godnego życia, jak również troski o innych. We wspólnocie tego rodzaju wszyscy dążą do tego, aby kierować się przykazaniem miłości. „Wspólnota jest miejscem, gdzie może się dokonywać prawdziwa, głęboka terapia...” (Hyla, 2006, s. 59).

Duchowość i wiara mogą być zatem użyteczne we wspieraniu osób z niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzin, bowiem:

- są czynnikiem rozwoju wewnętrznego i wzrostu;
- afirmując wartość życia każdej osoby, pomagają jej przystosować się do społeczeństwa;
- pomagają ponadto w realizowaniu centralnych wartości, na których opiera się wielowymiarowy system wsparcia tych osób.

BIBLIOGRAFIA

- Bassett R.L., Perry K., Repass R., Silver E., Welch T. (1994). Perceptions of God among persons with mental retardation: A research note. *Journal of Psychology and Theology*, 22, 45–49. <https://doi.org/10.1177/009164719402200105>
- Carter E.W., Boehm T.L. (2019). Religious and spiritual expressions of young people with intellectual and developmental disabilities. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 44, 37–52. <https://doi.org/10.1177/1540796919828082>
- DSM-V (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Gaventa W.C. (2010a). Enhancing spiritual supports and faith community leadership: Unique opportunities for University Centers on intellectual disabilities. W: V.P. Prasher (ed.), *Contemporary issues in intellectual disabilities* (331–334). New York: Nova Science Publishers.
- Gaventa W.C. (2010b). Faith, biotechnology and disability. W: V.P. Prasher (ed.), *Contemporary issues in intellectual disabilities* (335–339). New York: Nova Science Publishers.
- Gaventa W.C. (2010c). Signs of the time: Interpreting developments in spiritual supports for people with ID through a theological lens. W: V.P. Prasher (ed.), *Contemporary issues in intellectual disabilities* (341–343). New York: Nova Science Publishers.
- Golan Z. (2006). Pojęcie religijności. W: S. Głaz (red.), *Podstawowe zagadnienia psychologii religii* (71–79). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Harris J.C. (2006). *Intellectual disability. Understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment*. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195178852.001.0001>
- Hoeksema T.B. (1995). Supporting the free exercise of religion in the group home context. *Mental Retardation*, 33, 289–294.
- Hyla W. (2006). Rola Kościoła Katolickiego w rozwoju duchowości niepełnosprawnych. W: J. Patkiewicz (red.), *Odpowiedzialność w obliczu niepełnosprawności* (55–60). Wrocław: Studio Wydawniczo-Typograficzne „Typoscript” i Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem.
- ICD-10/11, International Classification of Diseases 10/11th Revision, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (dostęp: 10.11.2022).
- Krupska J. (1988). Jean Vanier i jego dzieło. W: D. Kornas-Biela (red.), *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie* (17–24). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Lifshitz H., Glaubman R. (2007). Behavioral, cognitive, and emotional components of religious concepts among students defined as borderline and those with intellectual disability. *Megamot*, 43, 330–369.

- Lifshitz H., Katz Y.J. (2009). Religious concepts among individuals with intellectual disability: A comparison between adolescents and adults. *European Journal of Special Needs Education*, 24, 183–201.
- Lifshitz H., Weiss I., Fridel S., Glaubman R. (2009). Why individuals with intellectual disability turn to religion: Behavioral and psychological motives of adolescents and adults. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44, 196–206. <https://doi.org/10.1080/08856250902793651>
- Lowell E., Tonnsen B., Bailey D., Roberts J. (2017). The effects of optimism, religion, and hope on mood and anxiety disorders in women with the FMR1 premutation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61, 916–927. <https://doi.org/10.1111/jir.12409>
- Luckasson R. i in. (1992). *Mental retardation. Definition, classification and systems of support*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson R. i in. (2002). *Mental retardation. Definition, classification and systems of support*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Mathew S. (2020). Coping and perceived social support of adolescents with specific learning disabilities in South India. *Learning Disabilities: A Contemporary Journal*, 18(2), 167–175.
- McNair J., Smith H.K. (1998). Community based natural support through local churches. *Mental Retardation*, 36, 237–241. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(1998\)036<0237:CNSTLC>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(1998)036<0237:CNSTLC>2.0.CO;2)
- Prężyna W. (1981). *Funkcja postawy religijnej w osobowości człowieka*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Prężyna W. (1988). Funkcja motywacyjna wartości religijnych w osobowości człowieka. W: A. Biela, Z. Uchnast, T. Witkowski (red.), *Wykłady z psychologii w KUL w roku akademickim 1985/86* (261–275). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Reiss S. (2000). Why people turn to religion: A motivational analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 56, 47–52. <https://doi.org/10.1111/0021-8294.00004>
- Reiss S., Havercamp S.M. (1998). Toward a comprehensive assessment of fundamental motivation: Factor structure of the Reiss Profiles. *Psychological Assessment*, 10, 97–106. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.97>
- Sałkowska A. (2010). *Rodzinkowy system wychowania wg Siostry Jaroszewskiej*. Niepublikowana praca magisterska. Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej.
- Schalock R.L., Luckasson R., Tassé M.J. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports*, 12th ed. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-126.6.439>
- Schalock R.L. i in. (2010). *Intellectual disability. Definition, classification and systems of support*. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schurter D. (2006). The religion and spirituality division of the American Association on Mental Retardation. *Journal of Religion, Disability and Health*, 10(1/2), 109–126. https://doi.org/10.1300/J095v10n01_08
- Shogren K.A., Rye M.S. (2005). Religion and individuals with intellectual disabilities: An exploratory study of self-reported perspectives. *Journal of Religion, Disability and Health*, 9(1), 29–53. https://doi.org/10.1300/J095v09n01_03
- Swinton J. (2002). Spirituality and the lives of people with learning disabilities. *Tizard Learning Disability Review*, 7, 29–35. <https://doi.org/10.1108/13595474200200037>
- Thompson J.R., Bryant B.R., Campbell E.M., Craig E.M.P., Hughes C.M., Rotholz D.A., Schalock R.L., Silverman W.P., Tasse M.J., Wehmeyer M.L. (2004). *Supports intensity scale. Users manual*. Washington DC: American Association on Mental Retardation. <https://doi.org/10.1037/t02820-000>

- Thompson J.R., Bradley R.E., Buntinx W.H.E., Schalock R.L., Shogren K.A., Snell M.E., Wehmeyer M.L. with: Borthwick-Duffy S., Coulter D.L., Craig E.M., Gomez S., Lachapella Y., Luckasson R.A., Reeve A., Spreat S., Tasse M.J., Verdugo M., Yeager M.H. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47, 135–146. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-47.2.135>
- Tomasik E. (1997). Rewalidacyjne znaczenie wspólnot integracyjnych. W: E. Tomasik (red.), *Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej* (90–98). Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej.
- Turner S., Hatton Ch., Shah R., Stansfield J., Rahim N. (2004). Religious expression amongst adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 161–171. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2004.00192.x>
- Vanier J. (1988). Cierpienie osoby upośledzonej umysłowo. W: D. Kornas-Biela (red.), *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie* (25–34). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Vanier J. (1993). *Zranione ciało*. Warszawa: Wydawnictwo Księży Marianów.
- Vanier J. (1994). *Jezus, dar miłości*. Poznań: Wydawnictwo „W drodze”.
- Wehmeyer M.L., Buntinx H.E., Lachapelle Y., Luckasson R.A., Schalock R.L., Verdugo M.A., with: Borthwick-Duffy S., Bradley V., Craig E.M., Coulter D.L., Gomez S.C., Reeve A., Snell M.E., Spreat S., Tasse M.J., Thompson J.R., Yeager M.H. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311–318. [https://doi.org/10.1352/1934-9556\(2008\)46\[311:TIDCAI\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/1934-9556(2008)46[311:TIDCAI]2.0.CO;2)
- Zasępa E. (2006). Religijność w życiu osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: S. Głaz (red.), *Podstawowe zagadnienia psychologii religii* (533–545). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Zasępa E. (2011). *Zaburzenia behawioralne i emocjonalne oraz ich korelaty u osób dorosłych z lekką niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Zasępa E. (2014). Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby u osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: B. Antoszevska, J. Binnebesel (red.), *Porozmawiajmy o śmierci...* (282–309). Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

PAULINA ALBIŃSKA

Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu
Instytut Nauk Społecznych
90-361 Łódź, ul. Piotrkowska 278
Centrum Psychoterapii Cardoner
90-058 Łódź, ul. Sienkiewicza 60
e-mail: albinskapaulina@yahoo.com

POSTAWY RODZICÓW WOBEC DZIECI Z WRODZONĄ ŁAMLIWOŚCIĄ KOŚCI*

Abstrakt. Wprowadzenie: Wrodzona łamliwość kości (*osteogenesis imperfecta* – OI) jest rzadką chorobą kości. Etiologia jej obejmuje defekt genów odpowiedzialnych za produkcję kolagenu typu I lub mutacji genów białek zaangażowanych w jego potranslacyjną obróbkę. Pacjenci doświadczają nawracających złamań kości długich i kręgow oraz trudności funkcjonalnych innych narządów.

Cel: Ocena postaw rodziców wobec pacjentów pediatrycznych z rozpoznaniem OI.

Materiał i metody: Przebadano 102 osoby (51 rodziców pacjentów z wrodzoną łamliwością kości oraz 51 opiekunów dzieci z rozpoznaniem nieprawidłowości gospodarki wapniowo-fosforanowej). Zastosowano Skalę Postaw Rodzicielskich M. Plopy oraz autorską ankietę socjometryczną.

Wyniki: Wykazano brak istotnych statystycznie różnic w ocenie nasilenia postaw rodziców wobec dzieci z OI (wrodzoną łamliwością kości) oraz z NG Ca-P (nieprawidłowościami gospodarki wapniowo-fosforanowej). Opiekunów charakteryzuje wysoki poziom akceptacji, przeciętne nasilenie wymagań, autonomii i ochrony oraz mała niekonsekwencja wobec chorych dzieci.

Wnioski: Rodzice dzieci z OI mają potencjał tworzenia dobrych warunków do rozwoju swoich chorych dzieci, a pozytywne postawy są korzystnym czynnikiem sprzyjającym prawidłowej adaptacji dzieci do życia.

Słowa kluczowe: postawy rodzicielskie, wrodzona łamliwość kości, dzieci przewlekłe chore, niepełnosprawność

* Praca realizowana w ramach badań własnych nr 502-03/1-090-02/502-14-351-18. Opublikowane wyniki badań stanowią dostosowany do wytycznych redakcyjnych fragment dysertacji doktorskiej obronionej przez autorkę w 2021 r. na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

PARENTS' ATTITUDES TOWARDS CHILDREN WITH OSTEOGENESIS IMPERFECTA

Abstract. Introduction: Osteogenesis imperfecta (OI) is a rare, disease of bone. Its etiology includes the occurrence a defect in the genes that produce type I collagen or mutations in the genes of proteins involved in its post-translational processing. Patients experience recurrent fractures in long bones and vertebrae as well as functional difficulties of other systems and organs.

Aim: Assessment of parents' attitudes towards pediatric patients diagnosed with OI.

Material and methods: 102 people 51 parents of patients with OI and 51 caregivers of children with calcium-phosphate abnormalities were examined. The Parental Attitude Scale by M. Plopa and the proprietary sociometric survey were used.

Results: There were no statistically significant differences in the assessment of the severity of parents' attitudes towards children with OI (osteogenesis imperfecta) and Ca-P A (calcium-phosphate abnormalities). The guardians are characterized by a high level of acceptance, average level of requirements, autonomy and protection, and low inconsistency towards sick children.

Conclusions: Parents of children with OI have the potential to create good conditions for the development of their sick children and positive attitudes are beneficial factors contributing proper adaptation of their children to life.

Keywords: parental attitudes, osteogenesis imperfecta, chronically ill children, disability

WPROWADZENIE

Rodzina jest pierwszym i zdaniem wielu badaczy podstawowym środowiskiem życia dzieci i młodzieży. Pomimo zauważalnych zmian – opisanych przez Kwak (2005), Ładyżewskiego (2011) oraz Malinę i Suwalską-Barancewicz (2017) – które zachodzą w tej podstawowej komórce społecznej na przestrzeni wieków, sens jej trwania rzadko kiedy bywa podważany ze względu na zdolność do sprawowania ważnych funkcji zapewniających biologiczne przetrwanie i opiekę najmłodszym członkom społeczeństwa (Tyszka, 1993; Ziemska, 1977). W tym kontekście słuszne wydaje się przewidywanie Rembowskiego (1980, s. 127), który twierdzi, że ta najmniejsza grupa społeczna „była zawsze, jest z nami i będzie tak długo, jak długo istniał będzie człowiek”. Siła oddziaływania rodziny na najmłodsze pokolenie jest najczęściej połączona z trwałością generowanych przez jej członków więzi i zależności. Papierkiem lakmusowym tych wzajemnych powiązań są przyjmowane przez osoby ją budujące postawy wobec innych (Bereza, Szymczak, 2016; Plopa, 2008; Powell i in., 2015).

Termin „postawa” w literaturze psychologicznej jest definiowany wielorako. Rozumienie pojęcia wprowadzonego przez Spencera i Baina (za: Wojciszke, 2003) bardzo odbiega od pierwotnego sposobu definiowania, na gruncie którego termin był rozumiany jako stopień dopasowania przy angażowaniu się w wykonywanie zadania (Reber, Reber, 2000). Aktualnie wzorem Miki (1981, s. 116): „Przez postawę rozumie się względnie stałą strukturę procesów poznawczych, emocjonalnych

i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek wobec danego przedmiotu”. Takie trójelementowe ujęcie uwzględniające komponentę emocjonalną, poznawczą i behawioralną jest przyjmowane przez badaczy zagadnienia postaw najczęściej (por. Reber, Reber, 2000; Wojciszke, 2003), przy czym wielu autorów za dominujący element postaw uważa ich składową emocjonalną (Marody, 1978; Plopa, 2008). W przypadku gdy postawa jest ukierunkowana na dziecko możemy mówić o specyficznym jej typie – „postawie rodzicielskiej”. Warto zatem za Ziemiaką (2009) przyjąć, że postawa rodzica względem dziecka jest poznawczo-dążeniowo-afektywną strukturą wyznaczającą sposób zachowania opiekuna wobec dziecka. Aspekt behawioralny wydaje się szczególnie ważny w kontekście bezpośrednio obserwowalnych skutków wpływu na dziecko. Na problem ten zwraca uwagę m.in. Braun-Gałkowska (1991), podkreślając możliwość występowania rozbieżności pomiędzy składowymi „postawy rodzicielskiej”, która w skrajnych przypadkach może skutkować ich pozorną adaptacyjnością – kiedy rodzic, z różnych względów, np. społecznych, deklaruje pozytywne podejście do podopiecznego (komponenta poznawcza), które pozostaje w sprzeczności z jego faktycznym zachowaniem (komponenta behawioralna).

Niezależnie od stopnia spójności postawa wobec dziecka, jak twierdzi Rembowski (1972), jako całościowe ustosunkowanie matki i ojca do niego powstaje w toku pełnienia funkcji rodzicielskich. Dlatego niektórzy badacze za Bielawską-Batorowicz (1995, s. 26) przyznają, że postawy pomiędzy członkami rodziny mają charakter wzajemny i zwrotny, tzn. należy je rozumieć relacyjnie. Oznacza to, iż rodzice wpływają na dzieci w stopniu, w jakim dzieci wpływają na opiekunów, mimo że wpływ rodzica wydaje się pierwotny, co jest powiązane zarówno ze stopniem zależności, zwłaszcza małych dzieci od osób starszych, jak i z możliwością budowania ustosunkowania do potomka na etapie życia płodowego i w pierwszych miesiącach po porodzie (por. Bielawska-Batorowicz, 1995; Bowlby, 2007; Pisula, 1998). Podejście takie od lat jest postulowane przez przedstawicieli wszystkich głównych paradygmatów psychologicznych (por. Cierpiąłkowska, 2020; Chrzan-Dętkoś, Gracka-Tomaszewska, 2006; Powell i in., 2015), a aktualnie dodatkowo wspierane przez możliwość obrazowania życia płodowego dziecka i jego interakcji z opiekunami w tym okresie (Pawelczak, Buchnat, 2013; Wojaczek, 2014).

Zagadnienia powyższe szczególnej wagi nabierają w odniesieniu do osób z rozpoznanymi odchyleniami od normy z uwagi na stan zdrowia. Liczni autorzy podkreślają znaczenie nietypowych, wysoce stresogennych warunków, w których opiekunowie tych dzieci podejmują się sprawowania funkcji opiekuńczej (Berant i in., 2008; Dyches i in. 2012; Findler i in., 2016). W takich przypadkach szczególnie silnie są uruchamiane porównania nowo narodzonego dziecka z obrazem „idealnym” lub „przeciętnym”, które u wszystkich opiekunów dzieci (nie tylko dzieci chorych) mają znaczenie dla sposobu traktowania dziecka, który jest oparty

na uwewnętrznionych przekonaniach dotyczących sposobu realizacji roli rodzicielskiej (Bielawska-Batorowicz, 1995).

Zarówno nienormatywne warunki wchodzenia w rolę opiekuna chorego dziecka, jak i cechy indywidualne matki i ojca, a także właściwości chorego dziecka oraz specyfika jego trudności zdrowotnych decydują o tym, w jakim stopniu rodziny te znajdują zasoby do generowania postaw, nie tylko wspierających rozwój, lecz także mających zdolność do niwelowania lub kompensacji trudności rozwojowych. Z tego względu wielu autorów pisze w kontekście dzieci chorych o „innym rodzicielstwie” lub „rodzicielstwie w kryzysie” (Sowa, Włodarczyk, 2017; Stelter, 2012), porównując problemy adaptacyjne rodziców do procesu „mentalnej żałoby” po stracie wyobrażeń zdrowego potomka, które bez wyjątku tworzą opiekunowie przed przyjściem dziecka na świat (Chiasson, 2004; Urmańska, 2007).

Wraz z upływem czasu większość rodziców, jak pisze Stelter (2011), w mniejszym lub większym stopniu godzi się z odmiennością stanu zdrowia dziecka, a co za tym idzie, wypracowuje mniej lub bardziej adaptacyjne sposoby funkcjonowania dostosowanego do odrębności w zakresie sposobu przeżywania, przebiegu procesów emocjonalnych i zachowania dzieci chorych. Trzeba bowiem za Pisulą (2003, s. 11) podkreślić, że „dzieci z zaburzeniami rozwoju są innymi – w pewnym stopniu bardziej wymagającymi – partnerami podczas interakcji niż ich zdrowi rówieśnicy”. Z tego powodu w większym stopniu są narażone na mniej korzystne ustosunkowanie rodziców, zwłaszcza tych, którzy nie potrafią takim wyzwaniom sprostać (Liberska, Matuszewska, 2011; Malina, 2011; Szczepaniak, 2000).

Problemem negatywnych postaw wobec dzieci z zaburzeniami rozwoju zajmowała się m.in. Kościelska (1995), która wyróżniła trzy najczęstsze typy niekorzystnego ustosunkowania do córek i synów. Autorka opisała także ich podstawowe następstwa dla rozwoju dziecka:

1) postawy lękowo-ochronne – rodzice nie pozwalając na samodzielność i podejmowanie działań, blokują rozwój poznawczy, prowadząc do bierności i braku inicjatywy;

2) postawy bezwzględne – rodzice są nastawieni wyłącznie na pielęgnację i rehabilitację oraz ciągłe wizyty u specjalistów w celu likwidacji zaburzeń. Skutkuje to częstym protestem i wdrażaniem strategii unikania tych działań zarówno przez dziecko, jak i opiekuna;

3) postawa obojętności na potrzeby dziecka – rodzice okazują brak serdeczności i empatii, który skutkuje deficytem poczucia bezpieczeństwa oraz wysokim poziomem lęku kompensowanego zachowaniami autostymulacyjnymi.

Wielu innych autorów podkreśla możliwość wpływu niedostosowanych do możliwości dziecka postaw opiekunów na niekorzystny rozwój poznawczy i intelektualny (np. osiągnięcia szkolne), kształtowanie dojrzałości uczuciowej i społecznej, a także formułowanie obrazu siebie przez chorego (Bochniarz, 2010; Forma, 2013; Juroszek, 2018; Lewandowska-Kidoń, Korzeniowska-Kozerska, 2015; Rembowski, 1972; Ziemska, 2009). Za szczególnie niekorzystne, a częste,

uznaje się oscylowanie pomiędzy skrajną nadopiekuńczością a odrzuceniem (Kulik, Otrębski, 2012), co więcej ta pierwsza postawa, rzadko piętnowana społecznie, zdaniem Kościelskiej (1995) może uchodzić za tzw. zamaskowane odrzucenie bazujące na litości i współczuciu lub chęci ucieczki opiekuna od problemów. Na jej doświadczanie są narażone szczególnie dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością somatyczną, która „wymaga większego zaangażowania i trudu w opiece (...) niż u dzieci tylko z zewnętrzną dysmorfia rozwojową” (Sadowska i in., 2010 s. 173).

W grupie podwyższonego ryzyka znajdują się osoby z tzw. chorobami rzadkimi, do których jest zaliczana także wrodzona łamliwość kości (OI). To nieuleczalne i przewlekłe zaburzenie, którego geneza wiąże się z defektem metabolicznym polegającym na mutacji genów COL1A1 i/lub COL1A2 powiązanych z tworzeniem kolagenu typu I, a także genami sterującymi jego potranslacyjną obróbką. Dominującym objawem choroby są niskoenergetyczne, samoistne nawracające złamania głównie kości długich i kręgow, których pacjenci, zwłaszcza z najcięższym przebiegiem zaburzenia (typ II i III), mogą doświadczać już w życiu płodowym. Efektem nieprawidłowości produkcji białka, budującego także m.in. ścięgna, naczynia krwionośne i skórę, są trudności funkcjonowania innych – poza szkieletowym – układów, takich jak: sercowo-naczyniowy, oddechowy, pokarmowy i endokryny (van Dijk, Sillence, 2014; Marr i in., 2017). Te odstępstwa od normy w obrębie stanu zdrowia przekładają się na codzienne trudności pacjentów w zakresie funkcjonowania i podejmowania właściwych ról społecznych (Hill i in., 2014; Fano i in., 2013; Reite i in., 1972; Song i in., 2019; Tsimicalis i in., 2016). W dużym stopniu wyznaczają także jakość życia opiekunów dzieci chorych (por. Albińska i in., 2018; Dahan-Oliel i in., 2016; Dogba i in., 2013; Szczepaniak-Kubat i in., 2012; Vanz i in., 2015). Funkcjonowanie rodziców dzieci z rozpoznaniem OI jest słabo zbadane prawdopodobnie ze względu na ograniczone rozpowszechnienie choroby w populacji. W odniesieniu do rodziców dzieci z OI na aktualności nie traci założenie Bartnikowskiej i Ćwirynkało (2013), które zauważają, że pomimo ogólnie uznawanego postulatu dotyczącego istotnego wpływu rodziny na osiągnięcia chorych dzieci nadal niewiele wiadomo o tym, jak kształtuje się ustosunkowanie rodziców do dzieci oraz w jakim stopniu sprzyjać może rozwojowi tych dzieci.

CEL PRACY

Celem artykułu jest ocena nasilenia postaw rodziców względem pacjentów pediatrycznych z rozpoznaniem wrodzonej łamliwości kości. Uwzględniono perspektywę rodziców dzieci i nastolatków. Podczas analiz poszukiwano także pośrednio odpowiedzi na pytanie o potencjalną wartość poznawczo-emocjonalno-behawioralnego ustosunkowania rodziców wobec chorych na OI dzieci dla kształtowania środowiska wychowawczego sprzyjającego rozwojowi.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 102 pary: rodzic-dziecko (po 51 par w grupie badanej i porównawczej). Grupa badana to rodzic-opiekun i dziecko z wrodzoną łamliwością kości (OI), natomiast grupa porównawcza to rodzice i dzieci z nieprawidłowościami gospodarki wapniowo-fosforanowej (NG Ca-P). Prezentowane wyniki są fragmentem pracy doktorskiej *Ocena poczucia jakości życia zależnej od stanu zdrowia dzieci i młodzieży z rozpoznaną wrodzoną łamliwością kości* realizowanej przez psychologa Paulinę Albińską. Wstępną rekrutację przeprowadzono w oparciu o retrospektywną analizę dokumentacji medycznej, gdyż dzieci z obydwu grup były pacjentami Kliniki Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości UM w Łodzi w latach 2010–2018.

Rodzice zostali zakwalifikowani do badania w drodze probabilistycznego doboru celowego; towarzyszyli dziecku podczas hospitalizacji, sprawując funkcję opiekuńczą. Dobór osób do grupy porównawczej przeprowadzono w oparciu o nasilenie oraz sprzężenie dolegliwości klinicznych dzieci, które, jak donosi literatura, może różnicująco wpływać na ustosunkowanie opiekuna do dziecka prezentującego odbiegający od normy stan zdrowia (Bernat i in., 2008; Howe, 2006; Pisula, 2003; Sadowska i in., 2010; Stawicka, 2008). Do grupy porównawczej włączono zatem opiekunów mających świadomość nieprawidłowości zdrowotnych występujących u dziecka, ale o łagodnym przebiegu relatywnie łatwym do zniwelowania przy zastosowaniu suplementacji lub aktywności rehabilitacyjnej. Podopieczni rodziców z grupy porównawczej podlegali pierwszej hospitalizacji, której podstawą były wykryte podczas badań ambulatoryjnych i przedmiotowych nieprawidłowości typu wady postawy, wady kończyn dolnych oraz niedobór witaminy D. Rozpoznane u tych dzieci odstępstwa zdrowotne zostały ostatecznie zakwalifikowane jako nieprawidłowości gospodarki wapniowo-fosforanowej. Pomiędzy grupami dzieci będących pod opieką badanych matek i ojców istniały odmienności w nasileniu prezentowanych objawów. Szczegółową charakterystykę tych dzieci przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Podział dzieci osób badanych według typu choroby i płci

Typ choroby dziecka		Dziewczynki		Chłopcy		Osoby badane ogółem	
		N = 43	%	N = 59	%	N = 102	%
Wrodzona łamliwość kości (OI)	OI typ 1	15	34,9	22	37,3	37	36,3
	OI typ 2	0	0	0	0	0	0
<i>Osteogenesis imperfecta</i> (OI)	OI typ 3	7	16,3	5	8,5	12	11,8
	OI typ 4	1	2,3	1	1,7	2	2,0

Nieprawidłowości gospodarki wapniowo-fosforanowej (NG Ca-P) <i>Calcium-phosphate abnormalities</i> (Ca-P A)	Niedobór witaminy D	15	34,9	24	40,7	39	38,2
	Niedobór Ca lub P	5	11,6	11,9	12	12	11,8

Źródło: opracowanie własne.

Osoby badane były opiekunami 43 dziewczynek i 59 chłopców. Dzieci rodziców włączonych do grupy badanej najczęściej prezentowały I lub IV typ choroby – o relatywnie łagodniejszym przebiegu. Dwanaście osób sprawowało opiekę nad dzieckiem z rozpoznaniem typu postępująco-deformującego (oznaczanego numerycznie jako typ III). Szczegółową charakterystykę socjodemograficzną dzieci osób badanych z grupy badanej i porównawczej zaprezentowano w oparciu o rozkład procentowy w tabeli 2.

Tabela 2. Dane demograficzne dzieci pozostających pod opieką osób badanych

Zmienna demograficzna	OI (<i>Osteogenesis imperfecta</i>)		NG Ca-P		Osoby badane ogółem	
	N = 51	%	N = 51	%	N = 102	%
Płeć						
Dziewczynki	23	45,1	20	39,2	43	42,2
Chłopcy	28	54,9	31	60,8	59	57,8
Wiek						
8–11 lat	29	56,9	23	45,1	52	51
12–18 lat	22	43,1	28	54,9	50	49
Czas od ustalenia diagnozy						
Przed urodzeniem	21	41,2	0	0	21	20,6
1–7 rok	25	49,1	13	25,5	38	37,2
8–11 rok	2	3,9	19	37,3	21	20,6
12–18 rok	3	5,9	19	37,3	22	21,6
Złamania prenatalne						
Brak	34	66,7	50	98,0	84	82,4
Wystąpiły	17	33,3	1	2,0	18	17,6
Dotychczasowe złamania						
Brak	0	0	30	58,8	30	29,4
1–10	38	74,6	20	39,2	59	57,8
11–20	6	11,8	0	0	6	5,8
21–30	2	3,9	0	0	2	2,0
31–40	2	3,9	0	0	2	2,0

Tabela 2 (cd.)

Zmienna demograficzna	OI (<i>Osteogenesis imperfecta</i>)		NG Ca-P		Osoby badane ogółem	
	N = 51	%	N = 51	%	N = 102	%
41–45	1	2,0	0	0	1	1,0
Powyżej 45	2	3,9	0	0	2	2,0
Przeciętne nasilenie bólu						
Niskie 0–4	25	49,0	42	82,3	67	65,8
Przeciętne 5–6	10	19,6	6	11,7	16	15,7
Wysokie 7–10	16	31,4	3	5,9	19	18,6
Codzienne trudności funkcjonalne						
Brak	23	45,1	45	88,2	68	66,7
Występują	28	54,9	6	11,8	34	33,3

Źródło: opracowanie własne.

Większość rodziców była opiekunami chłopców (59 osób – 57,8%), wśród których 28 (54,9%) chorowało na OI, a u 31 (60,8%) rozpoznano NG Ca-P. Jeśli uwzględnimy wiek dzieci, to nieco ponad połowa (52 osoby – 51%) była w wieku szkolnym (8–11 lat), a pozostałe – (50 osób – 49%) znajdowała się w okresie adolescencji (12–18 lat). Większości (38 osobom, tzn. 37,2%) postawiono diagnozę między 1 a 7 rokiem życia, przy czym w przypadku pacjentów z OI często ustalano ją także w okresie prenatalnym (21 osób – 41,2 %). Natomiast osoby z NG Ca-P często były diagnozowane po 8 roku życia (po 19 osób; 37,3% między 8–11 oraz między 12–18 rokiem życia). Dzieci, nad którymi opiekę sprawowali badani respondenci, różniły się nasileniem doświadczanych objawów, tj. złamań, które przeżyły wszystkie dzieci z OI oraz dwadzieścioro dzieci z NG Ca-P (39,2%). Liczba złamań u większości dzieci nie przekraczała 10, jednak wśród osób z OI znajdowały się takie, które miały ich od 10 do 45 (13 osób; 25,5%). Dzieci rodziców z porównywanych grup różniły się także występowaniem i nasileniem dolegliwości bólowych oraz trudności funkcjonalnych: 42 osoby z rozpoznaniem NG Ca-P (82,3%) oraz 25 osób z OI doświadczało bólu o niskim nasileniu, natomiast 16 osób z OI (31,4%) oraz zaledwie 3 osoby z NG Ca-P (5,9%) doświadczały silnego bólu. Rodzice w większym stopniu byli motywowani także do podejmowania działań pomocowych wobec dzieci z OI, ponieważ 28 osób (54%) spośród nich miało codzienne trudności funkcjonalne. Podobny problem dotyczył tylko sześciorga rodziców opiekujących się dzieckiem z NG Ca-P.

Kryteriami wyłączenia rodzica z badania był brak zgody na udział w nim albo występujący u syna lub córki nieprawidłowy rozwój intelektualny, zmiany organiczne w OUN, nadużywanie przez dziecko substancji psychoaktywnych oraz współwystępowanie innych chorób przewlekłych (w tym całościowych zaburzeń

rozwoju). Osoba biorąca udział w projekcie badawczym wyraziła pisemną zgodę na uczestnictwo w nim i każdorazowo był to rodzic, który podczas aktualnej hospitalizacji dziecka podjął się roli osoby sprawującej nad dzieckiem opiekę. Różnice w zakresie odmienności charakterystyki indywidualnej i rodzinnej pomiędzy opiekunami dzieci z OI oraz z NG Ca-P zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Dane demograficzne opiekunów dzieci z wrodzoną łamliwością kości

Zmienna demograficzna	Rodzic dziecka z OI		Rodzic dziecka z NG Ca-P		Osoby badane ogółem	
	N = 51	%	N = 51	%	N = 102	%
1	2	3	4	5	6	7
Struktura rodziny						
Pełna	38	74,5	43	84,3	81	79,4
Zrekonstruowana	13	25,5	8	15,8	21	20,6
Badany opiekun						
Matka	42	82,4	43	84,3	85	83,3
Ojciec	8	15,7	8	15,7	16	15,7
Babcia	1	4,0	0	0	0	0
Status materialny rodziny – ocena rodzica						
Zły 1–4	0	0	0	0	0	0
Przeciętny 5–6	26	51,0	22	43,1	48	47,1
Dobry 7–10	25	49,0	29	56,9	54	52,9
Sytuacja mieszkaniowa rodziny – ocena rodzica						
Zła 1–4	0	0	0	0	0	0
Przeciętna 5–6	14	27,5	13	25,5	27	26,5
Dobra 7–10	37	72,5	38	74,5	75	73,5
Miejsce zamieszkania						
Wieś	20	39,2	18	35,3	38	37,3
Miasto	31	60,8	33	64,7	64	62,7
Wiek matki lub babci – jedno dziecko z OI						
Nie dotyczy (matka zmarła lub nie ma z nią kontaktu)	1	2,0	0	0	0	0
Do 20	0	0	0	0	1	1,0
21–30	1	2,0	0	0	1	1,0
31–40	23	45,1	23	45,1	46	45,1
41–50	24	47,1	25	49,0	49	48,0
51–60	2	3,9	3	5,9	5	4,9

Tabela 3 (cd.)

Zmienna demograficzna	Rodzic dziecka z OI		Rodzic dziecka z NG Ca-P		Osoby badane ogółem	
	N = 51	%	N = 51	%	N = 102	%
Wiek ojca						
Nie dotyczy (ojciec zmarł lub nie ma z nim kontaktu)	0	0	1	2,0	1	1,0
Do 20	0	0	0	0	0	0
21–30	20	39,2	22	43,1	45	44,1
31–40	25	49,0	20	39,2	45	44,1
41–50	5	9,8	8	15,7	13	12,7
51–60	1	2,0	0	0	1	1,0
Wykształcenie matki lub babci – jedna osoba z OI						
Podstawowe	3	5,9	1	2,0	4	3,9
Zawodowe	9	17,6	8	15,7	17	16,7
Średnie	20	39,2	22	43,1	42	41,2
Wyższe	19	37,3	20	39,2	39	38,2
Wykształcenie ojca						
Podstawowe	3	5,9	2	3,9	5	4,9
Zawodowe	17	33,3	11	21,6	28	27,5
Średnie	20	39,2	25	49,0	45	44,1
Wyższe	11	2,6	13	25,5	24	23,5
Sytuacja zawodowa matki lub babci – jedna osoba z OI						
Nie dotyczy (rodzic zmarł lub nie ma z nim kontaktu)	2	3,9	0	0	2	2,0
Bezrobotna	2	3,9	9	17,6	11	10,8
Na rencie	4	7,8	1	2,0	5	4,9
Rezygnacja z pracy na rzecz stałej opieki nad dzieckiem	20	39,2	0	0	20	19,6
Chwilowo na urlopie wychowawczym	2	3,9	0	0	2	2,0
Zatrudniona	21	41,2	41	80,4	62	60,8
Sytuacja zawodowa ojca						
Nie dotyczy (rodzic zmarł lub nie ma z nim kontaktu)	0	0	1	2,0	1	1,0
Bezrobotny	3	5,9	1	2,0	4	3,9

Na rencie	2	3,9	3	5,9	5	4,9
Rezygnacja z pracy na rzecz stałej opieki nad dzieckiem	1	2,0	0	0	1	1,0
Chwilowo na urlopie wychowawczym	0	0	0	0	0	0
Zatrudniony	45	88,2	46	90,2	91	89,2

Źródło: opracowanie własne.

Większość badanych stanowiły matki (85 osób – 83,3%); do analiz w przypadku jednego dziecka z OI włączono babcię, która była jedynym opiekunem prawnym dziecka. Osiedziesiąt jeden osób (79,4%) spośród badanych tworzyło rodziny pełne, przy czym w przypadku 74,5% rodzin zamieszkiwało w nich dziecko z rozpoznaniem OI; w rodzinach pełnych zamieszkiwało także 84,3% dzieci z NG Ca-P. Dominowali rodzice mieszkający z chorym dzieckiem w mieście – 31 opiekunów dzieci z OI (60,8%) oraz 33 osoby sprawujące opiekę nad dzieckiem z NG Ca-P (64,7%). Żadna z badanych osób nie określiła statusu materialnego rodziny lub jej warunków mieszkaniowych jako złych. Większość matek w badanych rodzinach miała między 41 a 50 lat, wiek ojca plasował się zazwyczaj w przedziale 21–41 lat. Badani rodzice z obydwu grup, bez względu na płeć (matki i ojcowie) podawali wykształcenie średnie (42 matki; 41,2% rodzin osób badanych oraz 45 ojców; 44,1% rodzin osób badanych). Większość spośród opiekunów dzieci badanych w momencie prowadzenia analiz podejmowała obowiązki zawodowe. Aktywność taką realizowało 21 matek oraz 45 ojców osób z OI (odpowiednio 41,2% oraz 88,2%), a także 41 matek oraz 46 ojców dzieci z NG Ca-P (odpowiednio 80,4% oraz 90,2%); 20 matek dzieci z OI (39,2%) rezygnowało z zatrudnienia na rzecz stałej opieki nad chorym dzieckiem, natomiast przed wyborem takim nie stawała żadna z matek opiekujących się dzieckiem, u którego rozpoznano NG Ca-P.

Przed przystąpieniem do realizacji prezentowanego projektu pozyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (Nr RNN/37/16/KE z 16 lutego 2016 r.). Dane wykorzystane do analiz zostały zebrane i opracowane statystycznie przez psychologa. Wszyscy opiekunowie prawni dzieci zostali poinformowani o celu prowadzonych badań oraz dobrowolności uczestnictwa w nich oraz wyrazili na nie pisemną zgodę. Materiał pozyskany do analiz empirycznych zgromadzono przy wykorzystaniu następujących narzędzi oceny psychologicznej:

- kwestionariusz oceny stanu psychospołecznego dzieci i młodzieży w wieku 8–18 lat, opracowanie Paulina Albińska. Jest to autorskie narzędzie stworzone na potrzeby prezentowanych badań. Uwzględniono w nim obiektywne wskaźniki

funkcjonowania opiekuna. Narzędzie zawiera zarówno zmienne ilościowe, jak i jakościowe;

- Skala Postaw Rodzicielskich [SPR] Plopa (2008). Służy do analizy postaw rodzicielskich ocenianych jako profil tworzony z pięciu postaw o różnym nasileniu (akceptacja-odrzućenie, nadmierne wymagania, autonomia, niekonsekwencja, nadmierne ochranianie). Jej zastosowanie pozwala na rozpoznanie emocjonalno-poznawczo-behawioralnego ustosunkowania wobec dziecka. Narzędzie opracowano w dwóch analogicznych wersjach, odrębnie dla matki i ojca.

Arkusze badawczy zawiera pięćdziesiąt twierdzeń tworzących pięć podskal. Wartości odpowiedzi plasują się na pięciostopniowej skali Likerta, a badany udziela odpowiedzi poprzez wybór jednej z opcji. Kwestionariusz charakteryzuje się dobrymi wskaźnikami zgodności wewnętrznej dla obu płci rodzica. Dowiedzono także jego teoretycznej trafności (dowody przemawiające za trafnością kryterialną). Narzędzie posiada normy stenowe opracowane odrębnie dla płci, wieku, wykształcenia oraz liczby i wieku dzieci w rodzinie (Plopa, 2008).

Do obliczeń statystycznych zastosowano pakiet SPSS IBM Statistic 25. Jako zmienną różnicującą przyjęto typ objawów (OI lub NG Ca-P) prezentowanych przez dziecko pozostające pod opieką osób z grupy badanej i porównawczej. Ze względu na duże zróżnicowanie wieku osób (8–18 lat) objętych analizą do porównań odmienności średnich poziomów postaw rodzicielskich użyto modelu ANCOVA (wiek dziecka jako zmienna zakłócająca). Podczas analiz odstąpiono od testowania normalności rozkładu zmiennych, bazując na wytycznej Szymczaka (2018) w oparciu o sugestie Brocka (1975), pozwalającej w przypadku próbek o równej liczebności, przekraczającej pięćdziesiąt obserwacji, na testowanie jednorodności wariancji z użyciem testu F_{max} Hartleya wraz z poprawką Zimmermana.

WYNIKI

Przeprowadzona analiza danych była ukierunkowana na poznanie stopnia nasilenia poszczególnych postaw rodzicielskich przejawianych przez opiekunów względem dzieci z wrodzoną łamliwością kości oraz z rozpoznanymi nieprawidłowościami gospodarki wapniowo-fosforanowej. Zgodnie z profilowym układem kwestionariusza wyniki obliczono odrębnie dla każdej ze skal. Takie postępowanie badawcze pozwoliło na niezależne rozpatrzenie występowania nasilenia wymiaru akceptacji-odrzućenia oraz nadmiernych wymagań, autonomii, niekonsekwencji, a także nadmiernej ochrony. Uzyskane wyniki zaprezentowano poniżej (tabela 4).

Tabela 4. Porównanie średniego poziomu postaw rodzicielskich wobec dzieci z wrodzoną łamliwością kości oraz dzieci z nieprawidłowościami gospodarki wapniowo-fosforanowej

Postawa rodzica	Rodzaj choroby	Średnie skorygowane o wiek	Błąd standardowy	p w teście porównywania średnich
Akceptacja-odrzućenie	Rodzice dzieci z OI	45,38	0,597	0,910
	Rodzice dzieci z NG Ca-P	45,28	0,597	
Wymagająca	Rodzice dzieci z OI	27,31	1,027	0,211
	Rodzice dzieci z NG Ca-P	29,15	1,027	
Autonomia	Rodzice dzieci z OI	38,45	0,738	0,174
	Rodzice dzieci z NG Ca-P	37,01	0,738	
Niekonsekwentna	Rodzice dzieci z OI	21,70	1,077	0,734
	Rodzice dzieci z NG Ca-P	21,18	1,077	
Ochroniająca	Rodzice dzieci z OI	31,83	1,080	0,109
	Rodzice dzieci z NG Ca-P	29,35	1,080	

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane dane nie pozwalają na wnioskowanie o istnieniu różnic istotnych statystycznie pomiędzy badanymi grupami. Spostrzeżenie to odnosi się do wszystkich analizowanych w projekcie badawczym postaw rodziców. Oznacza to, że rodzice dzieci i młodzieży z OI nie odbiegają od opiekunów osób z rozpoznaniem NG Ca-P pod względem stopnia akceptacji, wymagań, autonomii, konsekwencji i ochrony dziecka. Zaprezentowane w niniejszym doniesieniu wyniki pozwalają wnioskować o adaptacyjnych postawach przejawianych przez rodziców względem dzieci z OI. Jeśli bowiem uzyskane rezultaty odniesiemy do norm populacyjnych, to pośrednio możemy wnosić, że stopień akceptacji badanych dzieci z OI przez rodziców jest wysoki. Dane wskazują także, że opiekunowie w wyważonym stopniu stawiają chorym na OI dzieciom wymagania, pozwalają na umiarkowaną autonomię oraz w przeciętnym stopniu ochraniają swoje chore dzieci. Ważne wydaje się spostrzeżenie, że rodzice prezentują przy tym niski poziom niekonsekwencji, co wydaje się szczególnie korzystne ze względu na większą przewidywalność zachowania opiekuna. Sprzyja to budowaniu poczucia bezpieczeństwa dziecka w środowisku rodzinnym (Bowlby, 2007; Jankowiuk-Diallo, 2006; Kulik, Otrębski, 2012; Powell i in., 2015).

Prawidłowość ta dotyczy także dzieci z zaburzeniami funkcjonowania narządu ruchu, co potwierdzają wypowiedzi dorosłych pacjentów z OI na temat własnych doświadczeń z dzieciństwa (Ablon, 2010; Stahlecker, Cohen, 1985).

PODSUMOWANIE

Problematyka psychologicznego funkcjonowania rodzin i dzieci z wrodzoną łamliwością kości jest rzadko prezentowana w piśmiennictwie (por. Dahan-Oliel i in., 2016; Dung i in., 2013; Hill i in., 2019; Marr i in., 2017). Uzyskane dane są szczególnie wartościowe w kontekście deficytu informacji dotyczących sposobu funkcjonowania i postaw rodziców w odniesieniu do dzieci, u których rozpoznano tzw. choroby rzadkie o podłożu genetycznym (por. Cohen, Biesecker, 2010; Krzywdzińska i in., 2015; Kulik, Otrębski, 2012; Kulisiak-Kazimierczak, 2010). Zaprezentowane wyniki badań wydają się optymistyczne. Przeczą one danym przedstawianym w piśmiennictwie, wskazującym na możliwość występowania postaw rodzicielskich niesprzyjających rozwojowi przewlekle chorych i niepełnosprawnych dzieci z odmienną niż OI chorobą. W takim przypadku wielu autorów, co ukazano we wprowadzeniu, wskazuje na ambiwalencję postaw rodziców, szczególnie w postaci oscylowania pomiędzy akceptacją a odrzuceniem dziecka oraz pomiędzy przyzwalaniem na samodzielność a ochroną (Ćwirynkało i in., 2015; Forma, 2013; Kulik, Otrębski, 2012; Rembowski, 1972; Szczepaniak, 2000; Wiliński, 2009). Dane takie odnoszą się także do nielicznych publikacji dotyczących funkcjonowania rodzin dzieci z wrodzoną łamliwością kości (Ablon, 2010; Hill i in., 2014; Mandache, Macovei, 2014; Monti i in., 2010). Inni badacze zwracają uwagę na nierzadko występującą chwiejność ustosunkowania emocjonalno-poznawczo-behawioralnego do dziecka prezentującego odstępstwa od normy w zakresie stanu zdrowia lub też akcentują kłopoty z wypracowaniem spójnego frontu wychowawczego pomiędzy opiekunami (Plopa, 2008; Rembowski, 1972; Rostowska, 2008).

Przedstawione wyniki tylko pozornie wydają się sprzeczne z tymi danymi. Najnowsze analizy dotyczące ustosunkowania opiekunów do dzieci chorych wskazują na modyfikujący charakter choroby, sugerujący obniżanie wymagań rodzicielskich względem dzieci prezentujących cięższe nasilenie objawów. W rezultacie tych procesów opiekunowie bardziej przychylnie ustosunkowują się do dzieci, co stanowi ważny zasób rodziny pod względem możliwości kształtowania sprzyjających rozwojowi dziecka warunków wychowawczych. Rezultaty prezentowanych analiz są zgodne z wynikami jedynej znanego autorce badania dotyczącego postaw rodzicielskich prezentowanych przez opiekunów dzieci chorych na OI. Suskauer i in. (2003) również nie wykazali różnic w postawach rodziców dzieci z OI

i tych należących do grupy porównawczej. Warto jednak zaznaczyć, że w analizie tych autorów uwzględniono jedynie postawę nadopiekuńczości.

Przy tej okazji należy zwrócić uwagę także na niedoskonałości prezentowanych w tym artykule badań celem ich ewentualnego zniwelowania podczas dalszej eksploracji poruszanej problematyki. Zostały one wypunktowane poniżej:

- w większości przypadków osobą badaną była matka chorego dziecka. Ograniczenie to, podyktowane trudnościami organizacyjnymi w dostępie do drugiego opiekuna (grupa badana i porównawcza rekrutowana w warunkach hospitalizacji dziecka), jest zgodne z ogólnoświatowym trendem niedoreprezentowania ojców w badaniach prowadzonych na pacjentach pediatrycznych (Jakubowska-Pietkiewicz i in., 2017; Krzywdzińska i in., 2016; Minczakiewicz, 2011; Pisula, 2003), także tych z OI (Dahan-Oliel i in., 2016). Jednocześnie należy podkreślić zgłaszane przez wielu autorów zapotrzebowanie na przeprowadzenie analiz z udziałem ojców dzieci chorych na OI w przyszłości (Dąbrowska-Wnuk, Soroka, 2017; Gałęska, 2015; Rembowski, 1972). Badania takie, uwzględniające zarówno postawy matek, jak i ojców, umożliwiłyby wgląd w zagadnienie spójności postaw lub ich wzajemnie kompensacyjny charakter w przypadku prezentowania przez jednego z opiekunów postaw niesprzyjających rozwojowi dziecka (por. Marmola, 2015; Minczakiewicz, 2003; Rostowska, 2008; Wójcik-Olszewska, 2002; Ziemska, 2009);

- w przyszłych badaniach trzeba byłoby wziąć po uwagę aspekt zmienności i dopasowania postaw rodzicielskich w kontekście przeobrażeń rozwojowych dziecka (por. Bochniarz, 2010; Ziemska, 2009). Podejście takie wymagałoby jednak przeprowadzenia badań podłużnych z wielokrotnym pomiarem;

- ważne wydaje się badanie innych zmiennych wyznaczających rodzicielskie ustosunkowanie do dzieci i młodzieży z rozpoznaniem OI, w których należałoby uwzględnić uwarunkowania obecne zarówno po stronie opiekunów, jak i dziecka. Na problem ten zwracają uwagę badacze zajmujący się zagadnieniem postaw wobec dzieci prezentujących odstępstwa od normy w zakresie stanu zdrowia (por. Bielawska-Batorowicz, 1995; Cassidy, 1999; Gray, 2010; Raby, Dozier, 2019);

- ciekawym zagadnieniem do przyszłej eksploracji byłaby także ocena postaw rodzicielskich dokonana przez dzieci. Młody wiek osób biorących udział w prezentowanych badaniach nie pozwolił na przeprowadzenie takich analiz. Sporadyczne informacje uwzględniające perspektywę pacjentów pediatrycznych, z inną niż OI chorobą, na temat postaw ich rodziców potwierdzają występowanie różnic w ocenie postaw rodzicielskich w diadach rodzic – dziecko (por. Dmitruk, Kułak, 2014; Eiser, Varni, 2013; Juroszek, 2018; Mazur i in., 2008).

Pomimo występujących niedoskonałości prezentowanych badań przytoczone dane wydają się optymistyczne. Jeśli nawet przyjąć za Pisulą (2003), że uzyskane rezultaty nie są wynikiem pozytywnego ustosunkowania opiekunów do dzieci chorych na OI (odpowiadającego temu przejawianemu przez rodziców dzieci z niewielkimi problemami zdrowotnymi), a jedynie skutkiem obniżenia ich standardów rodzicielskich, spostrzeżenia te oznaczają, że w przypadku rodziców

dzieci chorych na OI mamy do czynienia z jakościową odrębnością postaw. U źródeł ustosunkowania rodziców do dzieci z obydwu grup mogą tkwić odmiennie znaczeniowo emocje, myśli i zachowania, będące składowymi poszczególnych postaw (Howe, 2006; Pawelczak, Buchnat, 2013; Reber, Reber, 2000; Wojciszke, 2003). Tezę tę pośrednio potwierdzają słowa Dyches i in. (2012, s. 2218), którzy podkreślają, że: „Rodzicom [dzieci przewlekle chorych] może być trudniej czuć się związanymi i szanować indywidualność dziecka, którego zachowania nie są zbyt dobrą reakcją na tradycyjnie pozytywne zachowania rodzicielskie [...] Rodzice mogą potrzebować adaptować inne zachowania rodzicielskie lub procesy myślowe [...], aby uniknąć wzorców negatywnego rodzicielstwa, które mogą jeszcze bardziej zaszkodzić dziecku”. W kontekście tych spostrzeżeń postulat dotyczący możliwości odmiennego rozumienia poszczególnych postaw przez rodziców dzieci chorych i zdrowych, głoszony także w odniesieniu do innych paradygmatów psychologicznych przez Bernat i in. (2008), Findler i in. (2016) oraz Pisulę (2003), zyskuje nowy wymiar. Wskazuje on, że zachowanie opiekuna pacjenta pediatrycznego polegające na obniżeniu standardu wychowawczego, nawet jeśli ma charakter obronny, w ostatecznym rozrachunku w dwojaki sposób może służyć chorym dzieciom. Po pierwsze, prezentowanie przez rodzica sprzyjających dziecku postaw poprawia wzajemne relacje rodzic–dziecko, co pozwala widzieć rodziców w roli dysponentów zasobów wspierających rozwój i kompensujących jego deficyty (Findler i in., 2016; Howe, 2006; Pisula, 1998). Na walor rodziny jako potencjalnego środowiska wspierającego polskie dzieci z OI zwrócili uwagę Albińska i in. (2018, 2020) oraz Jakubowska-Pietkiewicz i in. (2017). Po drugie, niniejsze doniesienie daje nadzieję dzieciom, wobec których opiekunowie nie przejawiają pozytywnych postaw, a których obecności prezentowana analiza nie ujawniła. Badania prowadzone na świecie w ostatnich latach, które propagują zintegrowane podejścia terapeutyczne uwzględniające i różnorodnie akcentujące wagę pracy terapeutycznej nad każdą z komponent postawy (poznawczą, emocjonalną i behawioralną), umożliwiają wdrażanie interwencji terapeutycznych sprzyjających modyfikacji postaw rodzicielskich w bardziej pozytywnym kierunku (Bochniarz, 2010; Powell i in., 2015; Wallin, 2011; Wyczesany, 2010; Young i in., 2019; Ziemska, 2009).

WNIOSKI

1) Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic pomiędzy rodzicami dzieci z IO oraz rodzicami dzieci z NG Ca-P w zakresie prezentowanych postaw rodzicielskich, co pozwala wnioskować o występowaniu pozytywnych postaw rodzicielskich wobec dzieci z OI. Rodzice dzieci z wrodzoną łamliwością kości prezentowali wobec nich wysoki poziom akceptacji, przeciętne nasilenie wymagań, ochrony oraz

przyzwolenia na autonomię. Opiekunów dzieci z OI charakteryzował także niski poziom niekonsekwencji wobec podopiecznych.

2) Konieczne są dalsze badania celem poszukiwania szczegółowych wyznaczników odpowiedzialnych za kształtowanie postaw rodzicielskich wobec dzieci z wrodzoną łamliwością kości.

BIBLIOGRAFIA

- Ablon J. (2010). *Brittle bones, stout hearts and minds: Adults with osteogenesis imperfecta*. Sudbury: Jones and Barlett Publishers.
- Albińska P., Michałus I., Chlebna-Sokół D. (2018). Psychospołeczne problemy rodziców na wczesnych etapach diagnostyki i leczenia dzieci z wrodzoną łamliwością kości typu III. *Spoleczeństwo i Rodzina*, 55(2), 118–137.
- Albińska P., Chlebna-Sokół D., Jakubowska-Pietkiewicz E. (2020). Ocena jakości życia związanej ze stanem zdrowia dzieci i młodzieży z rozpoznaną wrodzoną łamliwością kości. *Przegląd Pediatryczny*, 1, 65–74.
- Bartnikowska U., Ćwirynkało K. (2013). *Rodziny adopcyjne i zastępcze dziecka z niepełnosprawnością*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bereza B., Szymczuk D. (2016). Psychologiczne uwarunkowania prawidłowych relacji w rodzinie. *Kwartalnik Naukowy*, 4(28), 173–182.
- Bernat E., Mikulincer M., Shaver P. (2008). Mothers' attachment style, their mental health, and their children's emotional vulnerabilities. A 7-year study of children with congenital health disease. *Journal of Personality*, 76(1), 31–65. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00479.x>
- Bielawska-Batorowicz E. (1995). *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Bochniarz A. (2010). *Postawy rodzicielskie a funkcjonowanie społeczne jedynaków*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Bowlby J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Braun-Gałkowska M. (1991). *Metody badania systemu rodzinnego*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Brock R. (1975). *Multivariate statistical methods in behavioral research*. New York: McGraw-Hill.
- Cassidy J. (1999). The nature of child's ties. W: J. Cassidy, P. Shaver (ed.), *Handbook of attachment. Theory research and clinical applications* (3–24). New York: The Guilford Press.
- Chiasson R.M. (2004). Living with child with osteogenesis imperfecta. W: R.M. Chiasson et al. (ed.), *Interdisciplinary treatment approach of children with osteogenesis imperfecta* (187–196). Montreal: Shriners Hospitals for Children.
- Chrzan-Dętko M. (2010). Psychodynamiczne rozumienie macierzyństwa – implikacje dla praktyki klinicznej. *Psychoterapia*, 1(52), 5–14.
- Cierpiałkowska L. (2020). Współczesna psychoanaliza i jej znaczenie dla psychologii klinicznej. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (101–126). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cohen S., Biesacker B. (2010). Quality of life in rare genetic conditions: A systematic review of the Literature. *American Journal of Medical Genetics*, 152A, 5, 1136–1156. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.33380>

- Ćwirynkało K., Włodarczyk-Dutka M., Arciszewska A. (2015). Postawy rodziców wobec dzieci z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 21(2), 59–60. <https://doi.org/10.12775/PBE.2015.047>
- Dahan-Oliel N., Oliel S., Tsimicalis A., Montpetit K., Rauch F., Dogba M. (2016). Quality of life in osteogenesis imperfecta: A mixed-methods systematic review, *American Journal of Medical Genetics*, Part A, 170A, 62–76. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.37377>
- Dąbrowska-Wnuk M., Soroka J. (2017). Zaangażowanie mężczyzn – przyszłych ojców w proces oczekiwania narodzin dziecka a styl przywiązania do partnerki. *Humanum. Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne*, 25(2), 19–38.
- Dmitruk E., Kułak W. (2014). Jakość życia dzieci i młodzieży. W: W. Kułak, B. Okurowska-Zawada, D. Sienkiewicz, G. Poszko-Patej (red.), *Współczesne metody rehabilitacji dzieci i młodzieży* (8–23). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Dogba M., Bedos Ch., Durigova M., Montpetit K., Wong T., Glorieux F., Rauch F. (2013). The impact of severe osteogenesis imperfecta on the lives young patients and their parents – a qualitative analysis. *BMC Pediatrics*, 13, 153–160. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-153>
- Dung V., Armstrong K., Ngoc C., Thao B., Khnah N., Trang N., Hoan N., Dat N., Munns C. (2013). Effects of osteogenesis imperfecta on children and their families. *International Journal of Endocrinology*, Suppl. 1, P169. <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2013-S1-P169>
- Dyches T., Smith T., Korth B., Roper S., Mondleco B. (2012). Positive parenting of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2213–2220. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.06.015>
- Eiser Ch., Varni J. (2013). Health-related quality of life and symptom reporting: Similarities and differences between children and their parents. *European Journal of Pediatrics*, 10, 1299–1304. <https://doi.org/10.1007/s00431-013-2049-9>
- Fano V., del Pinto M., Rodriguez C., Buceta S., Obregon G. (2013). Osteogenesis imperfecta: Estudio de la calidad de vida en los niños. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(4), 328–331. <https://doi.org/10.5546/aap.2013.328>
- Findler L., Jacoby A., Gabis L. (2016). Subjective happiness among mothers of children with disabilities. The role of stress, attachment, guilt and social support. *Research of Developmental Disabilities*, 55, 44–54. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.03.006>
- Forma P. (2013). Antynomia postaw rodzicielskich wobec niepełnosprawnego dziecka – diagnoza i wskazania pedagogiczne. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 3(4), 359–365.
- Gałęska U. (2015). Przeobrażenia więzi społecznych w rodzinie XXI wieku. *Wychowanie w Rodzinie*, 1, 27–41.
- Gracka-Tomaszewska M. (2006). Matczyzna reprezentacja dziecka – modele teoretyczne i ich znaczenie dla praktyki klinicznej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 6(4), 193–198.
- Gray D. (2010). *Adopcja i przywiązanie: Praktyczny poradnik dla rodziców*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hill C., Barid W., Walters S. (2014). Quality of life in children and adolescents with osteogenesis imperfecta: A qualitative interview-based study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(54), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-54>
- Hill M., Lewis C., Riddington M., Crowe B., DeVile C., Gotherstrom C., Chitty L. (2019). Exploring the impact of osteogenesis imperfecta on families: A mixed-methods systematic review. *Disability and Health Journal*, 12(3), 340–349. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.12.003>
- Howe D. (2006). Disabled children, parent-child interaction and attachment. *Child and Family Social Work*, 11, 95–106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00397.x>
- Jakubowska-Pietkiewicz E., Graff K., Michałus I., Haładaj K., Jelonek E., Adamiecka P., Dziedzic K., Woźniak E., Orzechowska G., Porczyński M., Albińska P., Chlebna-Sokół D. (2017). Analiza

- wskaźników okolicyrodowych i wybranych czynników środowiskowych u dzieci z wrodzoną łamliwością kości. *Przegląd Pediatryczny*, 46(3), 10–15.
- Jankoniuk-Diallo A. (2006). Warunki zaspokojenia własnej wartości u dzieci z zaburzeniami rozwoju. W: A. Twardowski (red.), *Wspomaganie dzieci z genetycznie uwarunkowanymi wadami rozwoju i ich rodzin*. Poznań: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Juroszek W. (2018). *Znaczenie postaw rodzicielskich i stylów przywiązania dla funkcjonowania psychospołecznego dziecka w życiu dorosłym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kościelska M. (1995). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krzywdzińska A., Radomska B., Hozyasz K. (2015). Emocjonalno-społeczne problemy rodziny i dzieci chorych na galaktozemię. Przyczynek do dyskusji na temat roli wsparcia psychologicznego rodzin pacjentów dotkniętych wrodzonymi błędami metabolizmu. *Higiena i Zdrowie Publiczne*, 50(3), 514–520.
- Kulik M., Otrębski W. (2012). Funkcjonowanie rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym w wyniku choroby genetycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 1, 91–104.
- Kulisiak-Kazimierzczak J. (2010). „Grupa wsparcia” jako istotna forma pomocy dla rodzin z rzadkimi zespołami genetycznymi. W: J. Wyczesany (red.), *Wspomaganie rozwoju dzieci z zaburzeniami genetycznymi* (161–168). Poznań: Stowarzyszenie GEN.
- Kwak A. (2005). *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Lewandowska-Kidoń T., Kozanecka-Kozerska A. (2015). *Style wychowania i postawy rodzicielskie wobec dzieci z zaburzeniami oddawania moczu*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Liberska H., Matuszewska M. (2011). Model rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. W: H. Liberska (red.), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju* (41–66). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ładyżewski A. (2011). Małżeństwo – związek rozwojowy (z) trudem budowany. W: W. Muszyński (red.), *Więzi w małżeństwie i rodzinie – zaufanie – współdziałanie – zależności*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Malina A. (2011). Sposoby adaptacji do choroby dziecka rodziców dzieci przewlekle chorych. W: H. Liberska (red.), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju* (217–233). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Malina A., Suwalska-Barancewicz D. (2017). Wzajemne przywiązanie partnerów i wsparcie a ich satysfakcja z życia na różnych etapach rozwoju rodziny. *Psychologia Rozwojowa*, 2, 55–69.
- Mandache R., Macovei S. (2014). The aquati environment – ways of improving the quality of life for children suffering of diagnosed imperfect osteogenesis (OI). *Science, Movement and Health*, 2 suppl., 14, 460–464.
- Marmola M. (2015). Relacje w małżeństwie a postawy rodziców wobec niepełnosprawnych dzieci. *Kultura – Przemiany – Edukacja*, 3, 132–143. <https://doi.org/10.15584/kpe.2015.3.9>
- Marody M. (1978). *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Marr C., Seasmann A., Bishop N. (2017). Managing the patient with osteogenesis imperfecta: A multidisciplinary approach. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 145–155. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S113483>
- Mazur J., Małkowska-Szatnik A., Dzielska A., Tabak I. (2008). *Polska wersja kwestionariuszy do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży (KIDSCREEN)*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mika S. (1981). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Minczakiewicz E. (2003). Efekty stosowania programu wsparcia społecznego rodzin wychowujących dziecko z zespołem Downa. W: I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny* (297–311). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Minczakiewicz E. (2011). Rodzina jako środowisko wychowawcze dziecka z deficytami rozwoju. Społeczna rola ojca jako opiekuna i facylitatora. *Wychowanie w Rodzinie*, 4, 35–46.
- Monti E., Mottes M., Fraschini P., Brunelli P., Forlino A., Venturi G., Doro F., Perlini S., Caverzere P., Antoniazzi F. (2010). Current and emerging treatments for the management of osteogenesis imperfecta. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 6, 367–381. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S5932>
- Pawelczak K., Buchnat M. (2013). Wsparcie rodziców małego dziecka z rzadkim zespołem genetycznym. W: M. Buchnat, K. Pawelczak (red.), *Zaburzenia rozwojowe u dzieci z rzadkimi zespołami genetycznymi i wadami wrodzonymi* (307–325). Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Pisula E. (1998). *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Pisula E. (2003). *Autyzm i przywiązanie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Płopa M. (2008). *Więzi w małżeństwie i rodzinie: Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Powell B., Cooper G., Hoffman K., Marvin B. (2015). *Krąg ufności: Interwencja wzmacniająca przywiązanie we wczesnych relacjach rodzic-dziecko*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Raby K., Dozier M. (2019). Attachment across the lifespan: Insights from adoptive families. *Current Opinion in Psychology*, 25, 81–85. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.03.011>
- Reber A., Reber E. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Reite M., Davis K., Solomons C., Ott J. (1972). Osteogenesis imperfecta: Psychological function. *American Journal of Psychiatry*, 128(12), 1540–1546. <https://doi.org/10.1176/ajp.128.12.1540>
- Rembowski J. (1972). *Więzi uczuciowe w rodzinie: Studium psychologiczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Rembowski J. (1980). Rodzina jako system powiązań. W: M. Ziemska (red.), *Rodzina i dziecko* (127–142). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Rostowska T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Sadowska L., Skórczyńska M., Błażejczyk M., Choińska A., Górecka B., Bibrowska R., Przygoda L. (2010). Kształtowanie się więzi uczuciowej między matką a dzieckiem z niepełnosprawnością psychosomatyczną – cz. 1. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 1, 21–29.
- Song Y., Zhao D., Li L., Lv F., Wang O., Jiang Y., Xia W., Xing X., Li M. (2019). Health-related quality of life in children with osteogenesis imperfecta: A large sample study. *Osteoporosis International*, 30(2), 461–468. <https://doi.org/10.1007/s00198-018-4801-5>
- Sowa E., Włodarczyk E. (2017). Doświadczenie macierzyństwa przez kobiety mające dzieci z niepełnosprawnością. W: E. Włodarczyk (red.), *W trosce o macierzyństwo* (95–108). Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Stahecker J., Cohen M. (1985). Application of the strange situation attachment paradigm to a neurologically impaired population. *Child Development*, 56, 1184–1199. <https://doi.org/10.2307/1129737>
- Stawicka M. (2008). *Autodestruktywność dziecięca w świetle teorii przywiązania*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Stelter Ź. (2011). Realizacja ról rodzinnych z dzieckiem niepełnosprawnym. W: H. Liberska (red.), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju* (67–94). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Stelter Ź. (2012). Osoba niepełnosprawna – inne rodzicielstwo, inne ojcostwo? *Polskie Forum Psychologiczne*, 1, 105–138.

- Suskauer S., Cintas H., Marini J., Gerber L. (2003). Temperament and physical performance in children with osteogenesis imperfecta. *Pediatrics*, 111(2), 153–161. <https://doi.org/10.1542/peds.111.2.e153>
- Szczepaniak R. (2000). Rodzina wobec dziecka chorego. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 8, 35–38.
- Szczepaniak-Kubat A., Kurnatowska O., Jakubowska-Pietkiewicz E., Chlebna-Sokół D. (2012). Assessment of quality of life of patients with osteogenesis imperfecta. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 21(1), 99–104.
- Szymczak W. (2018). *Praktyka wnioskowania statystycznego*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Tsimicalis A., Denis-Larocque G., Michalowic A., Lepage C., Williams K., Yao T., Palomo T., Dahan-Oliel N., Ia May S., Rauch F. (2016). The psychosocial experience of individuals living with osteogenesis imperfecta: A mixed-methods systematic review. *Quality of Life Research*, 25, 1877–1896. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1247-0>
- Tyszka Z. (1993). Rodzina. W: W. Pomykała (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna*. Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Urmańska W. (2007). Wczesna interwencja psychologiczna w procesie uczenia się rodzicielstwa. W: G. Kwaśniewska (red.), *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny* (68–77). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- van Dijk F., Sillence D. (2014). Osteogenesis imperfecta: Clinical diagnosis, nomenclature and severity assessment. *American Journal of Medical Genetics, Part A*, 164A, 1470–1481. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.36545>
- Vanz A., Felix T., da Rocha N., Schwartz I. (2015). Quality of life in caregivers of children and adolescents with osteogenesis imperfecta. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 41–45. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0226-4>
- Wallin D. (2011). *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wiliński M. (2009). Wspomaganie rozwoju nastolatka z ograniczoną sprawnością. W: A. Brzezińska, M. Ohme, A. Resler-Maj, R. Kaczan, M. Wiliński (red.), *Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczoną sprawnością* (193–245). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wojaczek M. (2014). Dialog dziewięciu miesięcy – wybrane aspekty budowania więzi z dzieckiem w prenatalnym okresie życia. W: E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, P. Kierpal (red.), *Prenatalny okres życia: Zagadnienia interdyscyplinarne* (55–64). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Wojciszke B. (2003). Postawy i ich zmiana. W: J. Strelau (red.), *Psychologia*, t. 3 (79–106). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wójcik-Olszewska G. (2002). Postawy rodzicielskie. *Kurier Pedagogiczny*, 12, 10.
- Wyczesany J. (2010). Rodzaje wsparcia udzielanego rodzicom przez terapeutów w świetle ich wypowiedzi. W: J. Wyczesany (red.), *Wspomaganie rozwoju dzieci z zaburzeniami genetycznymi* (133–139). Poznań: Stowarzyszenie GEN.
- Young J., Kłosko J., Weishaar M. (2010). *Terapia schematów: Przewodnik praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ziemska M. (1977). *Rodzina a osobowość*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Ziemska M. (2009). *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: Wiedza Powszechna.

ALINA RYBAŁTOWSKA

 <https://orcid.org/0000-0001-9593-0021>

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
Instytut Psychologii, Wydział Psychologii
03-815 Warszawa, ul. Chodakowska 19/31
e-mail: arybaltowska@st.swps.edu.pl

ANNA M. ZALEWSKA

 <https://orcid.org/0000-0002-7285-4748>

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
Instytut Psychologii, Wydział Psychologii
03-815 Warszawa, ul. Chodakowska 19/31
e-mail: azalewsk@swps.edu.pl

KOMPETENCJE SPOŁECZNE I WARTOŚCI – ROLA INTELIGENCJI

Abstrakt. W badaniu analizowano, czy inteligencja różnicuje kompetencje społeczne (w samoocenie i ocenie innych), cenie wartości oraz związki między cieniem wartości a kompetencjami społecznymi. 56 członków stowarzyszenia Mensa Polska oraz 57 osób z grupy kontrolnej wypełniło on-line kwestionariusz PVQ-RR (wartości) i kwestionariusz PROKOS (samoocena kompetencji). Kompetencje badanych oszacowali on-line także ich znajomi za pomocą zmodyfikowanej wersji kwestionariusza PROKOS. Członkowie Mensy niżej oceniali swoje kompetencje kooperacyjne, a na poziomie trendu także społecznikowskie, a wyżej asertywne niż grupa kontrolna, ale nie było żadnych różnic w ocenach dokonanych przez innych. Wśród członków Mensy samooceny kompetencji (z wyjątkiem kompetencji towarzyskich i asertywnych) były niższe niż oceny rówieśników. Członkowie Mensy istotnie słabiej identyfikowali się z uniwersalnymi wartościami i niżej cenili wartości społeczne niż grupa kontrolna. W grupie kontrolnej samoocena kompetencji była powiązana z wartościami skoncentrowanymi na innych oraz na sobie. Wśród członków Mensy wartości nie korelowały z samooceną kompetencji.

Słowa kluczowe: kompetencje społeczne, wartości, inteligencja, stowarzyszenie Mensa



Received: 27.04.2022; verified: 19.05.2022. Accepted: 2.08.2022.

© by the author, licensee University of Lodz – Lodz University Press, Lodz, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

SOCIAL SKILLS AND VALUES – THE ROLE OF INTELLIGENCE

Abstract. The study analyzed whether intelligence differentiates social competences (in self-reports and peer assessments), value importance, and the relationship between values and social skills. 56 members of Polish Mensa and 57 people from the control group completed on-line the PVQ-RR (values) and the PROKOS (skills) questionnaires. Their skills were also assessed on-line by their friends using a modified version of the PROKOS. Mensa members rated their cooperative skills lower and tended to rate societal skills lower and assertive skills higher than the control group, but there were no differences in peer assessments. Among Mensa members self-assessments of skills (besides social and assertive) were lower than peer assessments. Mensa members significantly less identified with universal values and valued social values lower than the control group. In the control group, the self-rated competences were associated with Social-Focused and Self-Focused values. Among Mensa members, values did not correlate with self-rated social skills.

Keywords: social skills, values, intelligence, Mensa

WSTĘP

Inteligencja

Inteligencja mimo długiej historii badań nadal nie jest jednoznacznie zdefiniowana, są też uzyskiwane sprzeczne rezultaty dotyczące jej znaczenia funkcjonalnego i prognostycznej wartości tego pomiaru. Część badań wskazuje, że ma ona związek z wieloma aspektami sukcesu życiowego, m.in. z wyższymi zarobkami i lepszym wykształceniem (Lynn, 2010; Nyborg, Jensen, 2001) czy osiągnięciami zawodowymi (Schmidt, Hunter, 1998). Inni badacze (Knopp, 2013; Matczak, 1994, 2001a; Sękowski, 2001) twierdzą, że testy inteligencji jedynie umiarkowanie korelują z osiągnięciami i mają wiele ograniczeń, gdyż promują ustrukturalizowane, logiczne myślenie, pomijając elastyczność i kreatywność w działaniu oraz potencjał twórczy w rozwiązywaniu problemów, a wybitna inteligencja może narażać na trudności w funkcjonowaniu społecznym, które ujawniają się już w wieku szkolnym. Stało się to przesłanką do zwrócenia uwagi na inne umiejętności, istotne zarówno w środowisku szkolnym, jak i zawodowym, w tym dysponowanie odpowiednim poziomem kompetencji społecznych (Knopp, 2013; Matczak, 2001a; Sękowski, 2001).

Kompetencje społeczne

Pojęcie kompetencji społecznych wywodzi się z definicji inteligencji społecznej Thorndike'a (1920, za: Matczak, 2001a), który nazwał tak „zdolność rozumienia innych ludzi i mądrego postępowania w kontaktach z nimi” (s. 166). Ten drugi czynnik, związany z zachowaniem, współcześnie jest określany mianem

kompetencji społecznych (Maczak, 2001a) rozumianych jako biegłość w pojmowaniu reguł społecznych oraz planowaniu strategii działania, tak aby skutecznie oddziaływać na inne osoby w sytuacjach społecznych i osiągać zamierzone cele (Argyle, 1999). W literaturze przedmiotu za kompetencje społeczne uznaje się czasem pojedynczą, niespecyficzną dyspozycję ujawniającą się we wszelkich sytuacjach społecznych, jednak najczęściej rozumie się je jako zestaw odrębnych umiejętności wykształconych w wyniku treningu społecznego (Jakubowska, 1996). Maczak (2001) sądzi, że efektywność treningu społecznego jest zależna od czynników intelektualnych, m.in. Spearmanowskiego czynnika *g* czy inteligencji emocjonalnej, a także od predyspozycji osobowościowo-temperamentalnych. Wśród podstawowych kompetencji, które ujawniają się w odmiennych sytuacjach i mogą być wykształcone na różnym poziomie, Maczak i Martowska (2013) wymieniają pięć: 1) kompetencje asertywne, czyli umiejętność komunikowania dezaprobaty, wyrażania sprzeciwu czy przekazywania niepopularnych decyzji; 2) kompetencje kooperacyjne – sprawność funkcjonowania w sytuacjach wymagających współdziałania, życzliwości i pomagania innym; 3) kompetencje towarzyskie, czyli swoboda w nieformalnych sytuacjach i relacjach; 4) kompetencje społecznikowskie – skłonność do angażowania siebie i innych w działania o charakterze społecznym; 5) zaradność społeczna, czyli umiejętność komunikowania swoich potrzeb i zaspokajania ich dzięki pomocy innych osób. Trening społeczny powyższych kompetencji odbywa się w naturalny sposób poprzez wchodzenie w relacje z ludźmi (w domu, szkole i pracy), ale też poprzez uczestniczenie w sytuacjach społecznych, takich jak występy czy działalność wolontariacka.

Inteligencja a kompetencje społeczne

Jak zauważyła Maczak (1994), wyniki uzyskiwane w badaniach związków inteligencji z kompetencjami społecznymi są zależne m.in. od stosowanego narzędzia. Z jednej strony używa się pomiaru kompetencji społecznych do oceny poziomu funkcjonowania społecznego jednostki, z drugiej – nie istnieje obiektywny test (jak w przypadku inteligencji emocjonalnej) pozwalający na jednoznaczne określenie poziomu tych umiejętności. Dokonując ocen za pomocą samoopisowych kwestionariuszy, nie obserwuje się związków z inteligencją płynną (Maczak, 2001, 2001a; Maczak, Martowska, 2013), a jedynie z inteligencją skryzalizowaną (Cattell, 1971, za: Maczak, 1994; Maczak i in., 1995; Mazurkowska, 2001, za: Maczak, 2001). Uwzględnienie ocen innych osób lub obserwacji wskazywało na co najmniej przeciętny bądź wyższy poziom adaptacji społecznej osób wybitnie zdolnych niż w populacji (Barnett, Fiscella, 1985; Çitil, Özkubat, 2020).

Badacze skłonni sądzić, że inteligencja powinna ułatwiać nabywanie kompetencji społecznych, upatrują przyczyn braku jednoznacznych związków w osobistych predyspozycjach osób wybitnie zdolnych. Wskazują na niekorzystny

temperament (ponoszenie zbyt dużych kosztów emocjonalnych w związku z wysoką reaktywnością czy neurotycznością), brak motywacji do rozwoju społecznego, niskie cenie wartości społecznych (Strelau, 1982, za: Matczak, 2001a; Matczak, Martowska, 2013), a także zbyt ostro odróżnianie się od rówieśników, będące przyczyną frustracji w kontaktach i konfliktów, oraz nadmierne skupienie na rozwoju intelektualnym jako łatwiej osiągalnym niż sukces w relacjach (Sękowski, 2001). Odmienne stanowisko prezentuje Baudson (2016), wskazując na problem stereotypu „oziębłego emocjonalnie geniusza”, który prowadzi zarówno do unikania kontaktów społecznych, jak i odrzucenia przez otoczenie. Hipotezę tę potwierdzają wyniki badań wskazujące, że osoby wybitnie zdolne czują się odrzucane przez otoczenie, a ich samoocena w zakresie funkcjonowania społecznego jest niska (Dauber, Benbow, 1990; Kerr i in., 1988; Sękowski, 2001). W tym kontekście kluczowe wydaje się to, czy osoby o wybitnym poziomie inteligencji same siebie identyfikują jako wybitnie zdolne i ulegają narracji o kosztowym charakterze zdolności (inteligencja za cenę kontaktów społecznych). Członkowie Mensy, czyli osoby świadome swoich zdolności, istotnie częściej identyfikują się jako osoby z problemami emocjonalnymi i lękami społecznymi (Karpinski i in., 2018).

Na podstawie powyższych danych sformułowano hipotezy:

H1. Kompetencje społeczne osób o wybitnym poziomie inteligencji są niższe niż osób z grupy kontrolnej a) w samoocenie badanych i b) w ocenie ich znajomych.

H2. Osoby o wybitnej inteligencji niedoszacowują swoich kompetencji społecznych – ich samooceny kompetencji będą niższe niż oceny ich kompetencji przez innych, natomiast w grupie kontrolnej efekt ten nie wystąpi.

Wartości a inteligencja

Hierarchia wartości w istotny sposób wpływa na zachowania i przekonania oraz niejednokrotnie determinuje je, wykluczając lub ograniczając znaczenie innych czynników (Cieciuch, 2013; Schwartz, 2006). Stanowi punkt odniesienia wyboru, oceny i modyfikacji własnych zachowań (Zalewska, 2000), a także interpretacji zachowań innych (Schwartz, 2006). Szczególną rolę odgrywają wartości społeczne, które w różnych katalogach wartości są wyodrębniane jako osobna kategoria (Cieciuch, 2013; Martowska, 2012).

Współcześnie dominującą koncepcją jest kołowy model wartości Schwartza. Autor ten początkowo wyodrębnił dziesięć podstawowych wartości, które zaspokajają trzy różne cele życiowej egzystencji: indywidualne potrzeby biologiczne, potrzeby kontaktów społecznych oraz potrzeby przetrwania jako grupy (Schwartz i in., 2012), przy czym wartości były podzielone na cztery kategorie: przekraczanie siebie (*self-transcendence*) vs. umacnianie siebie (*self-enhancement*) oraz

zachowawczość (*conservation*) vs. otwartość na zmiany (*openness to change*). W zmodyfikowanej wersji podstawowe wartości zostały podzielone na podtypy (np. kierowanie sobą podzielono na kierowanie sobą w działaniu oraz kierowanie sobą w myśleniu), a ponadto dodano nowe wartości, co pozwoliło na precyzyjniejszy pomiar. Wyróżniono również dodatkowe wymiary: wzrost (*self-growth, growth, self-expansion anxiety free*) vs. ochrona siebie (*self-protection, self-protection anxiety control*), a także koncentracja na sobie (*concern for self, personal focus*) vs. koncentracja na innych (*concern for others, social focus*) (Cieciuch, 2013a; Schwartz i in., 2012; Sortheix, Schwartz, 2017). Zestawienie wartości w ramach meta-wartości i wymiarów przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Zestawienie wartości w ramach meta-wartości i wymiarów w koncepcji Schwartz

Wymiary	Koncentracja na sobie	Koncentracja na innych
Wzrost	Otwartość na zmiany: Kierowanie sobą, stymulacja, hedonizm	Przekraczanie siebie: Uniwersalizm, życzliwość
Ochrona siebie	Umacnianie siebie: Osiągnięcia, władza, hedonizm	Zachowawczość: Tradycja, przystosowanie, bezpieczeństwo

Źródło: opracowanie własne.

Sękowski i Łubianka w swojej pracy (2009) powołują się na liczne badania wskazujące, iż osoby wybitnie zdolne charakteryzują się odmienną preferencją wartości. Wyżej cenią one wartości związane z idealistycznym nastawieniem do świata (Webb, 1993, za: Sękowski, Łubianka, 2009), prawdą (Milcarz, 2019), wartości estetyczne i teoretyczne (Southern, Plant, 1968), osiągnięcia twórcze (Tyszkowa, 1990), wewnętrzną harmonię, wyobraźnię, szerokie horyzonty i bycie logicznym (Hogan, Mookherjee, 1981), bycie intelektualistą, uczciwym, niezależnym oraz szacunek do samego siebie i osiągnięcia (Czerniawska, 1995; Rim, 1984). Cechuje je też większa zgodność między deklarowanymi wartościami a własnym postępowaniem (Czerniawska, 1995). W kontraście do nich grupy kontrolne w badaniach wyżej ceniły „szczęście rodzinne” (Tyszkowa, 1990), bezpieczeństwo rodziny i państwa, bycie uprzejmym, pomocnym i odpowiedzialnym (Rim, 1984).

Odnosząc się do powyższych danych, wskazujących na różnice w preferencjach wartości między osobami o wysokich możliwościach intelektualnych a populacją, postawiono hipotezę:

H3. Osoby o wybitnym poziomie inteligencji cenią wartości społeczne (koncentracja na innych – przekraczanie siebie i zachowawczość) niżej, a wartości koncentracji na sobie (otwartość na zmiany i umacnianie siebie) wyżej niż grupa kontrolna.

Wartości i kompetencje społeczne a inteligencja

Wartości poznane i przyswojone w środowisku rodzinnym wynikają z procesu socjalizacji i stylu wychowania (Martínez, García, 2008) i mogą determinować rozwój kompetencji społecznych, gdyż są czynnikiem motywującym do zachowań prospołecznych (Schwartz, 1977; Martowska, 2012). System wartości wpływa na samoocenę i może skłaniać jednostkę do nabywania umiejętności społecznych, nawet w sytuacji gdy działania te nie realizują potrzeb jednostki bądź są wbrew jej predyspozycjom temperamentalnym, np. introwersji (Maczak, Martowska, 2009). W badaniach eksperymentalnych wykazano, że poziom kompetencji społecznych u dzieci podnosi się w wyniku nauki wartości społecznych i wspólnotowych (Gil-Madróna i in., 2016; Sapsaglam, Ömeroglu, 2016).

Na podstawie powyższych badań sformułowano następującą hipotezę:

H4. Cienienie wartości społecznych jest pozytywnie powiązane z ogólnym poziomem samooceny kompetencji społecznych.

Jednocześnie, uwzględniając hierarchiczną teorię inteligencji, zgodnie z którą wyższy poziom czynnika *g* sprzyja skuteczniejszej realizacji własnych wartości i zainteresowań (Maczak, 2001), sformułowano przypuszczenie:

H5. Związek wartości społecznych z samooceną kompetencji społecznych jest moderowany przez grupę – jest silniejszy u osób o wybitnym poziomie inteligencji niż w grupie kontrolnej.

METODA BADAŃ

Osoby badane

W badaniu analizowano dane 113 respondentów w wieku od 19 do 65 lat ($M = 35,02$, $SD = 8,59$); 56 badanych zadeklarowało przynależność do Stowarzyszenia Mensa Polska, które zrzesza osoby uzyskujące wynik wyższy o dwa odchylenia standardowe od średniej w teście inteligencji ogólnej (grupa kryterialna), pozostałe 57 osób nigdy nie należało do Mensy (grupa kontrolna). Dodatkowo kompetencje społeczne 39 członków Mensy oraz 27 osób spoza Mensy zostały ocenione przez kogoś znajomego. Ze względu na warunki pandemii respondentów rekrutowano i badano online. Członków Mensy zachęcono do wzięcia udziału przy użyciu oficjalnych dróg komunikacji stowarzyszenia (lista mailowa, forum dyskusyjne, oficjalne kanały social media). Osoby znajome były wskazywane przez badanych z zastrzeżeniem, że powinien być to ktoś spoza rodziny, dobrze znający zachowanie badanego w codziennych sytuacjach (np. znajomy z uczelni, pracy).

Obie grupy były równoliczne i nie było między nimi istotnych różnic w zakresie wieku, posiadania dzieci, sytuacji zawodowej i stażu pracy, natomiast w grupie kontrolnej istotnie przeważały kobiety (82,5%) oraz osoby będące w związkach (89,5%). Grupy różniły się także wykształceniem – tylko wśród członków Mensy pięć osób posiadało doktorat, a trzy realizowały studia doktoranckie. Szczegółową charakterystykę osób badanych z podziałem na grupę kryterialną i kontrolną oraz wyniki ich porównań zestawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka badanych osób z uwzględnieniem podziału na grupę kryterialną i kontrolną

Zmienna	Grupa kryterialna (Mensa) n = 56	Grupa kontrolna n = 57	Razem N = 113	Wyniki testu
Płeć:				$\chi^2(1) = 17,47;$ $p < 0,001;$ $V = 0,39$
Kobiety	25 (44,6%)	47 (82,5%)	72 (63,7%)	
Mężczyźni	31 (55,4%)	10 (17,5%)	41 (36,3%)	
Wiek	M = 36,25 (SD = 9,29)	M = 33,81 (SD = 7,73)	M = 35,03 (SD = 8,59)	$t(111) = 1,52;$ $p = 0,131$
Wykształcenie:				
Średnie i niższe	9 (16,1%)	10 (17,5%)	19 (16,8%)	
Wyższe (licencjat)	11 (19,6%)	12 (21,1%)	23 (20,4%)	
Wyższe (magister)	28 (50,0%)	35 (61,4%)	63 (55,8%)	$\chi^2(3) = 8,87;$ $p = 0,031;$ $V = 0,28$
Studia doktoranckie/ doktorat	8 (14,3%)	0 (0,0%)	8 (7,1%)	
Relacje intymne:				
W związku	35 (62,5%)	51 (89,5%)	86 (76,1%)	$\chi^2(2) = 12,75;$ $p = 0,01;$ $V = 0,34$
Singiel	19 (33,9%)	4 (7,0%)	23 (20,4%)	
Trudno określić	2 (3,6%)	2 (3,5%)	4 (3,5%)	
Posiadanie dzieci:				$\chi^2(1) = 1,20;$ $p = 0,27;$ $V = 0,10$
Tak	18 (32,1%)	24 (42,1%)	42 (37,2%)	
Nie	38 (67,9%)	33 (57,9%)	71 (62,8%)	
Status zawodowy:				
Studiuje i pracuje	14 (25,0%)	9 (15,8%)	23 (20,4%)	$\chi^2(3) = 2,52;$ $p = 0,47;$ $V = 0,15$
Tylko studiuje	1 (1,8%)	2 (3,5%)	3 (2,7%)	
Tylko pracuje	40 (71,4%)	43 (75,4%)	83 (73,5%)	
Nie studiuje i nie pracuje	1 (1,8%)	3 (5,3%)	4 (3,5%)	
Staż pracy	M = 11,73 (SD = 8,95)	M = 11,00 (SD = 7,59)	M = 11,36 (SD = 8,27)	$t(111) = 0,47;$ $p = 0,64$

Źródło: opracowanie własne.

Procedura badania

Dane zbierano przy użyciu platformy Epsilon oraz formularza Google Forms. Badanie było anonimowe – do powiązania odpowiedzi respondenta z odpowiedziami osoby znajomej użyto procedury tworzenia identyfikatora. Po udzieleniu świadomej zgody i utworzeniu identyfikatora badani deklarowali przynależność bądź jej brak do stowarzyszenia Mensa Polska oraz wypełniali metryczkę. Wybór płci przenosił osobę badaną do Portretowego Kwestionariusza Wartości Shaloma Schwartza w wersji dla kobiet (PVQ-RR-f) bądź mężczyzn (PVQ-RR-m), następnie wypełniała ona kwestionariusz kompetencji społecznych PROKOS. Ostatnim etapem było uzyskanie oceny kompetencji społecznych osoby badanej na podstawie wypełnianej przez znajomego, zmodyfikowanej wersji kwestionariusza PROKOS. Kwestionariusz PVQ-RR zawierał dwa pytania kontrolne, sprawdzające uważność przy udzielaniu odpowiedzi.

Narzędzia badawcze i wskaźniki zmiennych

Portretowy Kwestionariusz Wartości PVQ-RR. Do pomiaru wartości społecznych zastosowano polską adaptację Kwestionariusza Wartości Shaloma Schwartza autorstwa Jana Ciecucha (Ciecuch, Schwartz, 2018). Kwestionariusz zawiera 57 pozycji odnoszących się do 19 różnych wartości (trzy itemy dla każdej wartości). Pozycje opisują istotne cele życiowe hipotetycznej osoby (w wersji m – mężczyzn, w wersji f – kobiet), a badany wskazuje, jak bardzo jest podobny do niej przy użyciu 6-stopniowej skali Likerta (6 – bardzo podobny do mnie, 5 – podobny do mnie, 4 – średnio podobny do mnie, 3 – trochę podobny do mnie, 2 – niepodobny do mnie, 1 – zupełnie niepodobny do mnie). Wskaźniki rzetelności dla poszczególnych wartości wynoszą od 0,53 (pokora) do 0,83 (uniwersalizm ekologiczny). Ciecuch (2013a, s. 30) podkreśla, że w dużej próbie (2516 osób) średni wskaźnik α Cronbacha jest satysfakcjonujący i wynosi 0,73.

Dla każdej meta-wartości utworzono wskaźnik ważności będący średnią wskazania dla poszczególnych itemów. Wartości graniczne dla dwóch grup (pokora, hedonizm, prestiż) włączono do obu kategorii.

Kwestionariusz Kompetencji Społecznych PROKOS. Kwestionariusz PROKOS Anny Matczak i Katarzyny Martowskiej (2013) zawiera dziewięćdziesiąt pytań zamkniętych, w których respondent ocenia, jak poradziłby sobie z daną czynnością, korzystając z 4-stopniowej skali (1 – zdecydowanie dobrze, 2 – raczej dobrze, 3 – raczej słabo lub 4 – zdecydowanie słabo). Sześćdziesiąt pozycji diagnozuje kompetencje społeczne, a trzydzieści to pytania buforowe. Kompetencje społeczne są diagnozowane za pomocą pięciu czynników: 1) Skala K (kompetencje kooperacyjne) składa się z 16 pozycji (ładunki

od 0,39 do 0,57); 2) Skala S (kompetencje społecznikowskie) zawiera 6 pytań (ładunki od 0,38 do 0,77); 3) Skala T (kompetencje towarzyskie) składa się z 11 pytań (ładunki od 0,43 do 0,71); 4) Skala A (kompetencje asertywne) zawiera 14 pytań (ładunki od 0,42 do 0,62); 5) Skala Z (zaradność społeczna) jest zbudowana z 13 pozycji (ładunki od 0,33 do 0,58). Wyniki każdej ze skal odwrócono oraz uśredniono, aby uzyskać rosnący wskaźnik poziomu danej kategorii kompetencji.

Modyfikacja własna Kwestionariusza Kompetencji Społecznych PROKOS. Znajomy badanego otrzymywał do wypełnienia zmodyfikowaną wersję kwestionariusza PROKOS, która zawierała piętnaście pytań (po trzy pozycje o najwyższych ładunkach czynnikowych dla każdej z pięciu skal PROKOS). Oceny dokonywano, korzystając – jak w oryginale – z 4-stopniowej skali (1 – zdecydowanie dobrze, 2 – raczej dobrze, 3 – raczej słabo lub 4 – zdecydowanie słabo). W celach porównawczych wyniki odwrócono oraz uśredniono, tworząc wskaźniki przyjmujące wartości od 1,00 do 4,00 (najwyższy poziom kompetencji).

Analizy statystyczne

Analizy zebranych wyników przeprowadzono przy użyciu programu IBM SPSS Statistics v 26. Policzono statystyki opisowe (uwzględniając wskaźniki kurtozy i skośności) oraz sprawdzono rzetelności (*Alfa Cronbacha*). Wykorzystano test *t*-Studenta dla prób niezależnych dla weryfikacji hipotez H1 i H3, test *t*-Studenta dla prób zależnych dla weryfikacji hipotezy H2. Związki pomiędzy zmiennymi (H4) zbadano przy użyciu współczynnika korelacji *r* Pearsona, a do analizy efektu moderacji (H5) użyto PROCESS Macro Hayes.

WYNIKI

W badanej próbie uzyskano zadowalający poziom rzetelności *Alfa Cronbacha* dla własnej wersji kwestionariusza PROKOS (od 0,61 do 0,80) oraz wysoki dla PVQ-RR (od 0,79 do 0,88 dla czterech meta-wartości, 0,87 dla wymiaru koncentracja na sobie, 0,91 dla wymiaru koncentracja na innych oraz 0,90 dla wartości ogólnie) i PROKOS (od 0,85 do 0,92 dla pięciu kompetencji i 0,96 dla wskaźnika ogólnego). Wskaźniki skośności i kurtozy nie przekraczały wartości bezwzględnej 2, co oznacza, że rozkłady nie odchylają się znacznie od rozkładu normalnego i pozwalają na użycie analiz parametrycznych (Byrne, 2010; George, Mallery, 2010; Hair i in., 2010).

Inteligencja a kompetencje społeczne w samoocenach i ocenach znajomych

W celu zbadania, czy badane grupy różnią się poziomem kompetencji społecznych w samoocenie i ocenie znajomych, zastosowano serię testów *t*-Studenta dla prób niezależnych. Ich wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Poziom kompetencji społecznych w grupie kryterialnej i kontrolnej w samoocenach (MENSA, *n* = 56 i nieMENSA, *n* = 57) i ocenach znajomych (MENSA, *n* = 39 i nieMENSA, *n* = 27) oraz różnice między grupami – wyniki testu *t*-Studenta dla prób niezależnych

Kompetencje	MENSA		nieMENSA		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Samoocena_Wynik ogólny	2,97	0,53	3,06	0,45	-1,03	0,307	0,183
S_Towarzyskie	2,83	0,77	3,02	0,61	-1,46	0,147	0,274
S_Kooperacyjne	3,15	0,52	3,35	0,41	-2,29	0,024	0,427
S_Asertywne	2,91	0,60	2,73	0,54	1,67	0,098	0,315
S_Społecznikowskie	2,61	0,75	2,85	0,64	-1,88	0,062	0,344
S_Zaradność społeczna	3,09	0,51	3,21	0,44	-1,25	0,215	0,252
Ocena innych_Wynik ogólny	3,18	0,41	3,17	0,39	0,11	0,914	0,025
O_Towarzyskie	3,01	0,78	3,06	0,62	-0,30	0,769	0,071
O_Kooperacyjne	3,54	0,42	3,65	0,45	-1,08	0,285	0,253
O_Asertywne	3,03	0,65	2,78	0,62	1,61	0,113	0,394
O_Społecznikowskie	3,03	0,72	3,02	0,58	0,06	0,955	0,015
O_Zaradność społeczna	3,29	0,51	3,33	0,68	-0,29	0,772	0,067

Oznaczenia: S – samoocena, O – ocena przez innych

Źródło: opracowanie własne.

Z danych zawartych w tabeli 3 wynika, że w samoocenach członkowie Mensy uzyskali umiarkowanie niższe wyniki dla kompetencji kooperacyjnych, na poziomie trendu także niższe dla społecznikowskich, a wyższe dla kompetencji asertywnych niż grupa kontrolna, ale nie różnili się wynikiem ogólnym. W przypadku oceny znajomych wszystkie różnice między grupami były nieistotne.

W celu sprawdzenia, czy istnieją różnice w poziomie kompetencji pomiędzy samoocenami a ocenami znajomych, wykonano serie testów *t*-Studenta dla prób zależnych odrębnie w grupie członków MENSY i w grupie kontrolnej. Ich wyniki zestawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Różnice w poziomie kompetencji społecznych pomiędzy samoocenami i ocenami znajomych w grupie kryterialnej i kontrolnej – wyniki testu *t*-Studenta dla prób zależnych

MENSA (n = 39)	Różnica	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>D</i>
Wynik ogólny	-0,23	0,49	-2,95	0,005	-0,47
Towarzyskie	-0,21	0,84	-1,57	0,124	-0,25
Kooperacyjne	-0,39	0,52	-4,67	0,001	-0,75
Asertywne	-0,16	0,60	-1,65	0,107	-0,26
Społecznikowskie	-0,42	0,94	-2,79	0,008	-0,45
Zaradność	-0,22	0,54	-2,56	0,015	-0,41
nieMENSA (n = 27)	Różnica	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>D</i>
Wynik ogólny	-0,13	0,53	-1,25	0,223	-0,24
Towarzyskie	-0,10	0,68	-0,75	0,460	-0,14
Kooperacyjne	-0,29	0,50	-3,01	0,006	-0,58
Asertywne	-0,08	0,70	-0,60	0,551	-0,12
Społecznikowskie	-0,17	0,77	-1,13	0,271	-0,22
Zaradność	-0,15	0,72	-1,12	0,274	-0,22

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki zawarte w tabeli 4 pokazują, że wśród członków Mensy samooceny kompetencji kooperacyjnych, społecznikowskich, zaradności i wskaźnika ogólnego są istotnie niższe (siła efektów umiarkowana) niż oceny dokonane przez znajomych. Nie wykryto różnic dla kompetencji towarzyskich i asertywnych. W grupie kontrolnej nie wykryto istotnych różnic między samoocenami a ocenami znajomych z wyjątkiem kompetencji kooperacyjnych, dla których samooceny były niższe niż oceny znajomych.

Różnice w poziomie ceniienia wartości

Seria analiz testem *t*-Studenta wykazała cztery istotne różnice między grupami o umiarkowanej sile efektu w ważności wartości (tabela 5). Członkowie Mensy uzyskali istotnie niższy wynik dla wymiaru koncentracji na innych i jego składowych, meta-wartości: przekraczanie siebie i zachowawczość, a także dla ogólnego wskaźnika wartości niż osoby z grupy kontrolnej, co oznacza słabszą identyfikację z uniwersalnymi wartościami. Obie grupy podobnie ceniły wartości z wymiaru koncentracji na sobie (umacnianie siebie i otwartość na zmiany). Członkowie Mensy preferowali (uzyskali wyższy wynik niż średnia dla całego kwestionariusza) meta-wartości: otwartość na zmiany i przekraczanie siebie oraz koncentracja na sobie, grupa kontrolna natomiast: przekraczanie siebie, otwartość na zmiany i koncentracja na innych.

Tabela 5. Poziom ważności meta-wartości w grupie kryterialnej (MENSA, n = 56) i kontrolnej (nieMENSA, n = 57) i różnice między nimi – wyniki testu *t*-Studenta

Wartości	MENSA		nieMENSA		<i>T</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Wynik ogólny	4,10	0,48	4,34	0,52	-2,54	0,013	0,480
Koncentracja na innych	4,05	0,66	4,45	0,65	-3,19	0,002	0,611
Przekraczanie siebie	4,39	0,69	4,82	0,69	-3,34	0,001	0,623
Zachowawczość	3,74	0,76	4,16	0,71	-3,04	0,003	0,571
Koncentracja na sobie	4,16	0,61	4,22	0,59	-0,57	0,571	0,100
Umacnianie siebie	3,77	0,83	3,88	0,70	-0,79	0,434	0,143
Otwartość na zmiany	4,80	0,60	4,67	0,67	1,07	0,286	0,204

Źródło: opracowanie własne.

Związki między kompetencjami społecznymi a wartościami i różnice międzygrupowe

W celu weryfikacji, czy ważność meta-wartości jest związana z poziomem kompetencji społecznych, zastosowano korelację *r* Pearsona (tabela 6).

Tabela 6. Korelacje meta-wartości z samoocena kompetencji społecznych (N = 113, MENSA = 56, nieMENSA = 57)

Kompetencje Wartości	Towarzyskie	Kooperacyjne	Asertywne	Społeczni-kowskie	Zaradność społeczna	Wynik ogólny
Koncentracja na innych	0,26**	0,27**	-0,07	0,28**	0,13	0,19*
MENSA	0,18	0,14	-0,18	0,16	-0,01	0,06
nieMENSA	0,31*	0,33*	0,15	0,35**	0,22	0,29*
Przekraczanie siebie	0,29**	0,31**	-0,04	0,34**	0,15	0,22*
MENSA	0,25	0,19	-0,14	0,19	0,03	0,11
nieMENSA	0,29*	0,35**	0,16	0,45**	0,21	0,31*
Zachowawczość	0,11	0,11	-0,17	0,11	0,03	0,03
MENSA	-0,04	-0,07	-0,28*	0,00	-0,16	-0,14
nieMENSA	0,24	0,21	0,05	0,14	0,19	0,18
Koncentracja na sobie	0,15	0,19*	0,03	0,19*	0,13	0,15
MENSA	0,03	0,04	-0,07	0,15	-0,08	0,01
nieMENSA	0,30*	0,36**	0,15	0,22	0,36**	0,31*
Umacnianie siebie	0,13	0,16	0,01	0,13	0,10	0,12
MENSA	0,04	0,04	-0,08	0,11	-0,11	-0,01
nieMENSA	0,24	0,30*	0,15	0,14	0,36**	0,27*
Otwartość na zmiany	0,22*	0,23*	0,13	0,26**	0,19*	0,23*
MENSA	0,15	0,15	0,06	0,27	0,08	0,15
nieMENSA	0,34**	0,39**	0,16	0,30*	0,34*	0,34*

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

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki przedstawione w tabeli 6 wykazują brak istotnych związków w przypadku członków Mensy dla wszystkich meta-wartości poza zachowawczością, dla której ujawniła się ujemna korelacja z kompetencjami asertywnymi. Wśród osób spoza Mensy jedynie zachowawczość nie była powiązana z kompetencjami i kompetencje asertywne nie wykazywały związku z żadnymi wartościami. Natomiast ogólny poziom kompetencji, kompetencje towarzyskie i kooperacyjne były powiązane z wartościami reprezentującymi koncentrację na sobie i koncentrację na innych. Meta-wartości: przekraczanie siebie i wymiar koncentracji na innych były dodatkowo powiązane z kompetencjami społecznikowskimi, a umacnianie siebie oraz wymiar koncentracji na sobie – z kompetencją zaradności. Otwartość na zmiany była powiązana ze wszystkimi kompetencjami z wyjątkiem asertywnych.

Sprawdzono również, przy użyciu makra PROCESS, czy przynależność do Mensy moderuje związek między wartościami z wymiaru koncentracja na innych a kompetencjami społecznymi. Uzyskano jeden bliski istotności statystycznej efekt moderacyjny dla kompetencji asertywnych – $F(1,109) = 3,04$, $p = 0,084$, R^2 -zmiana = 0,026. W grupie kontrolnej odnotowano dodatni związek między koncentracją na innych a poziomem kompetencji asertywnych ($B = 0,12$; $SE = 0,12$; $t = 1,05$; $p = 0,294$), podczas gdy w grupie osób należących do Mensy analogiczny związek był ujemny ($B = -0,16$; $SE = 0,12$; $t = -1,41$; $p = 0,161$).

DYSKUSJA WYNIKÓW

Celem pracy było zbadanie, czy inteligencja różnicuje kompetencje społeczne (w samoocenie i ocenie innych), cenie wartości, a także jakie są związki między cieniem wartości a kompetencjami społecznymi w grupach. Uzyskane wyniki częściowo potwierdzają hipotezę **H1a** – w samoocenach grupa Mensy charakteryzowała się istotnie niższym niż grupa kontrolna poziomem kompetencji kooperacyjnych, które są związane z umiejętnością współdziałania oraz potrzebą kontaktu z innymi ludźmi i wysoko korelują z zainteresowaniami społecznymi oraz chęcią pomagania innym (Matczak, Martowska, 2013). Na poziomie trendu ujawniały się także niższe kompetencje społecznikowskie, związane z angażowaniem siebie i innych w aktywność na rzecz wspólnego dobra. Jednocześnie członkowie Mensy ujawniali tendencje do wyższej samooceny kompetencji asertywnych (wyrażania sprzeciwu, dezaprobaty, własnych potrzeb w sytuacji konfliktu interesów) niż grupa kontrolna (niezgodnie z hipotezą **H1a**). Uzyskane wyniki potwierdzają tezę Sękowskiego (2001), że osoby zdolne doświadczają trudności we współpracy z innymi, preferują samodzielną pracę i są niezależne, lecz, niezgodnie z hipotezą **H1b**, nie wykryto żadnych różnic między grupami w ocenach kompetencji dokonywanych przez znajomych,

co sugeruje, że otoczenie nie dostrzega odmienności członków Mensy od grupy kontrolnej w odniesieniu do kompetencji społecznych.

Wyniki analiz w dużym stopniu potwierdzają hipotezę **H2**, zgodnie z którą oczekiwano, że osoby o wysokiej inteligencji niedoszacowują swoich kompetencji społecznych – niżej oceniły swoje kompetencje ogólne oraz kompetencje kooperacyjne, społecznikowskie i zaradność niż obserwatorzy zewnętrzni (nie różniąc się w ocenach kompetencji towarzyskich i asertywnych). W grupie kontrolnej istotna różnica między samoocenami a ocenami znajomych wskazująca na niedoszacowanie ujawniła się jedynie dla kompetencji kooperacyjnych. Te wyniki są zgodne z sugestiami, że osoby wybitnie zdolne czują, że ich zdolności nie są postrzegane pozytywnie przez otoczenie i mają niską samoocenę w zakresie funkcjonowania społecznego (Dauber, Benbow, 1990; Kerr i in., 1988; Sękowski, 2001).

Zgodnie z hipotezą **H3** członkowie Mensy preferowali wymiar wartości koncentracji na sobie. Chociaż nie różnili się ważnością koncentracji na sobie, to niżej cenili wartości społeczne niż grupa kontrolna, która preferowała wymiar koncentracji na innych, co potwierdza wcześniejsze wyniki (Czerniawska, 1995; Hogan, Mookherjee, 1981; Rim, 1984). Zgodnie z kołowym modelem wartości (Cieciuch, Schwartz, 2018) nie jest możliwe ceniecie wysoko zarówno osiągnięć i niezależności, jak i życzliwości i przystosowania do innych. Członkowie Mensy uzyskali też istotnie niższy wynik ogólny dla wartości, co mogłoby oznaczać, że powszechnie cenione wartości są dla nich mniej ważne, słabiej się z nimi identyfikują i w efekcie słabiej się socjalizują niż grupa kontrolna.

Hipoteza **H4** mówiąca o pozytywnym związku między wartościami społecznymi a kompetencjami społecznymi znalazła potwierdzenie jedynie w grupie kontrolnej. Co więcej, w tej grupie ogólny poziom kompetencji był skorelowany ze wszystkimi wartościami oprócz zachowawczości. Wśród członków Mensy kompetencje społeczne były niezależne od ważności wartości, wbrew danym wskazującym, że wartości społeczne sprzyjają kształtowaniu kompetencji społecznych (Gil-Madrona i in., 2016; Martowska, 2012; Sapsaglam, Ömeroglu, 2016). Uzyskane wyniki nie potwierdzają więc też hipotezy **H5**, zgodnie z którą oczekiwano, że związki między wartościami społecznymi a kompetencjami będą silniejsze u osób o wyższej inteligencji. Wyniki te są zgodne ze stanowiskiem Argyle'a (1999), który podkreśla, że różne sytuacje wymagają odmiennych kompetencji społecznych, nie wszystkie są związane z koniecznością współdziałania i wartościami społecznymi. Kompetencje mogą kształtować się przy różnych poziomach tych samych wartości i służyć realizacji różnych celów, nie tylko prospołecznych (Argyle, 1999). Brak różnic między grupami w ogólnym poziomie kompetencji społecznych (w samoocenach i ocenach znajomych) oraz brak korelacji między wartościami społecznymi a kompetencjami w grupie Mensy zaprzecza również tezie Sękowskiego (2001), iż rozwój osobisty ludzi wybitnie zdolnych odbywa się kosztem rozwoju społecznego.

Uzyskane wyniki dostarczają nowych danych o różnicującej roli inteligencji. Są interesujące, ale mają pewne ograniczenia i prowokują do dalszych, pogłębionych badań na większych próbach. Nie stanowią też odzwierciedlenia dla populacji, ponieważ rekrutacja badanych odbywała się w sposób nielosowy (za pośrednictwem internetu), a w grupie kontrolnej pojawiła się nadreprezentacja osób w związkach i kobiet. Niektóre badania wskazują, że kobiety w porównaniu do mężczyzn bardziej cenią wartości społeczne (Zalewska, 1998), inne sugerują brak różnic (Boczkowska, 2016), więc trudno ocenić wpływ tej dysproporcji na rezultaty.

Hollingworth (MacArthur, Shields, 2014) sądziła, że iloraz inteligencji – IQ pomiędzy 125 a 155 (skala Stanforda-Bineta) predysponuje do największego sukcesu społecznego, co by sugerowało krzywoliniowy związek między inteligencją a kompetencjami społecznymi. Potwierdzają to też wyniki Dauber i Benbow, gdzie wybitnie zdolni (górne 0,01%) byli mniej uspołecznieni niż umiarkowanie zdolni (górne 5%). Określenie IQ respondentów zostało uniemożliwione przez warunki pandemii, a członkowie Mensy nie są reprezentatywną grupą dla populacji osób o wybitnym poziomie inteligencji. Uwzględnienie IQ w przyszłych badaniach pozwoliłoby bardziej precyzyjnie ustalić związki między inteligencją a kompetencjami społecznymi i wartościami. Należy jednocześnie podkreślić, iż wyniki uzyskane w czasie pandemii mogły istotnie różnić się od wyników badań przeprowadzonych w innych warunkach. Kompetencje społeczne odgrywają ważną rolę w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji i radzeniu sobie w codziennych sytuacjach, środowisku zawodowym oraz szkolnym (Matczak, Martowska, 2013; Sękowski, 2001), a ich brak może być przeszkodą w wykorzystywaniu w pełni swojego potencjału intelektualnego i osiąganiu życiowych celów.

BIBLIOGRAFIA

- Argyle M. (1999). *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Barnett L.A., Fiscella J. (1985). A child by any other name... A comparison of the playfulness of gifted and nongifted children. *Gifted Child Quarterly*, 29, 61–66. <https://doi.org/10.1177/001698628502900203>
- Baudson T.G. (2016). The mad genius stereotype: Still alive and well. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00368>
- Boczkowska M. (2016). Wartości osobiste preferowane przez młodzież gimnazjalną a wybrane wskaźniki socjodemograficzne. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 35, 223–240. <https://doi.org/10.17951/lrp.2016.35.3.223>
- Byrne B.M. (2010). *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming*. New York: Taylor and Francis Group.
- Cieciuch J. (2013). *Kształtowanie się systemu wartości od dzieciństwa do wczesnej dorosłości*. Warszawa: Liberi Libri.

- Cieciuch J. (2013a). Pomiar wartości w zmodyfikowanym modelu Shaloma Schwartza. *Psychologia Społeczna*, 8, 22–41.
- Cieciuch J., Schwartz S.H. (2018). Pomiar wartości w kołowym modelu Schwartza. W: H. Gasiul (red.), *Metody badania emocji i motywacji* (307–334). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Çitil M., Özkubat U. (2020). The comparison of the social skills, problem behaviours and academic competence of gifted students and their non-gifted peers. *International Journal of Progressive Education* 2020, 16, 296–312. <https://doi.org/10.29329/ijpe.2020.280.18>
- Czerniawska M. (1995). *Inteligencja a system wartości: Studium psychologiczne*. Białystok: Trans Humana.
- Dauber S.L., Benbow C.P. (1990). Aspects of personality and peer relations of extremely talented adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 34, 10–14. <https://doi.org/10.1177/001698629003400103>
- George D., Mallery P. (2010). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference 17.0 update*. Boston: Pearson.
- Gil-Madrona P., Samalot-Rivera A., Kozub F.M. (2016). Acquisition and transfer of values and social skills through a physical education program focused in the affective domain. *Motricidade*, 12, 32–38. <https://doi.org/10.6063/motricidade.6502>
- Hair J.F., Black W.C., Babin B.J., Anderson R.E. (2010). *Multivariate data analysis*. New York: Pearson.
- Hogan H.W., Mookherjee H.N. (1981). Values and selected antecedents. *The Journal of Social Psychology*, 113, 29–35. <https://doi.org/10.1080/00224545.1981.9924346>
- Jakubowska U. (1996). Wokół pojęcia „kompetencja społeczna” – ujęcie komunikacyjne. *Przegląd Psychologiczny*, 39, 29–40.
- Karpinski R.I., Kolb A.M.K., Tetreault N.A., Borowski T.B. (2018). High intelligence: A risk factor for psychological and physiological overexcitabilities. *Intelligence*, 66, 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2017.09.001>
- Kerr B., Colangelo N., Gaeth J. (1988). Gifted adolescents' attitudes toward their giftedness. *Gifted Child Quarterly*, 32, 245–247. <https://doi.org/10.1177/001698628803200201>
- Knopp K.A. (2013). Kompetencje społeczne – pomiar i aplikacja praktyczna. *Ośrodek Rozwoju Edukacji*. https://www.researchgate.net/publication/313877703_Kompetencje_spoleczne_-_pomiar_i_aplikacja_praktyczna/ (dostęp: 10 listopada 2022).
- Lynn R. (2010). In Italy, north–south differences in IQ predict differences in income, education, infant mortality, stature, and literacy. *Intelligence*, 38, 93–100. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2009.07.004>
- MacArthur H., Shields S.A. (2014). Hollingworth, Leta S. (1886–1939). W: R.N. Cautin, S.O. Lilienfeld (eds.), *The Encyclopaedia of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp123>
- Martínez I., García J.F. (2008). Internalization of values and self-esteem among Brazilian teenagers from authoritative, indulgent, authoritarian, and neglectful homes. *Family Therapy*, 35, 43–59.
- Martowska K. (2012). *Psychologiczne uwarunkowania kompetencji społecznych*. Warszawa: Liberi Libri.
- Matczak A. (1994). *Diagnoza intelektu*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii.
- Matczak A. (2001). *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Matczak A. (2001a). Różne oblicza inteligencji: funkcjonowanie intelektu a osobowość. *Studia Psychologica*, 2, 157–174.
- Matczak A., Martowska K. (2009). Instrumental and motivational determinants of social competencies. W: A. Matczak (red.), *Determinants of social and emotional competencies* (13–35). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

- Matczak A., Martowska K. (2013). *Profil Kompetencji Społecznych. PROKOS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Matczak A., Jaworowska A., Szustrowa T., Ciechanowicz A. (1995). *Bateria testów APIS-Z. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Milcarz M.M. (2019). Uczucia moralne, wartości i przekonania postkrytyczne członków stowarzyszenia Mensa Polska – analiza porównawcza. *Polskie Forum Psychologiczne*, 24, 42–56.
- Nyborg H., Jensen A.R. (2001). Occupation and income related to psychometric g. *Intelligence*, 29, 45–55. [https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(00\)00042-8](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(00)00042-8)
- Rim Y. (1984). Importance of values according to personality, intelligence and sex. *Personality and Individual Differences*, 5, 245–246. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(84\)90058-8](https://doi.org/10.1016/0191-8869(84)90058-8)
- Sapsaglam Ö., Ömeroglu E. (2016). Examining the effect of social values education program being applied to nursery school students upon acquiring social skills. *Educational Research and Reviews*, 11, 1262–1271.
- Schmidt F., Hunter J. (1998). The validity and utility of selection methods in personnel psychology. *Psychological Bulletin*, 124, 262–274. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.2.262>
- Schwartz S.H. (1977). Normative influences on altruism. *Advances in Experimental Social Psychology*, 10, 221–279. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60358-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60358-5)
- Schwartz S.H. (2006). Basic human values: Theory measurement and applications. *Revue française de sociologie*, 47, 929–968. <https://doi.org/10.3917/rfs.474.0929>
- Schwartz S.H., Cieciuch J., Vecchione M., Davidov E., Fischer R., Beierlein C., Ramos A., Verkasalo M., Lönnqvist J.-E., Demirutku K., Dirilen-Gumus O., Konty M. (2012). Refining the theory of basic individual values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 663–688. <https://doi.org/10.1037/a0029393>
- Sękowski A.E. (2001). Współczesne tendencje w badaniach wybitnych zdolności. *Roczniki Psychologiczne*, 4, 243–255.
- Sękowski A.E., Łubianka B. (2009). Preferencja wartości uczniów zdolnych. *Przegląd Psychologiczny*, 52, 409–432.
- Sortheix F.M., Schwartz S.H. (2017). Values that underlie and undermine well-being: Variability across countries. *European Journal of Personality*, 31, 187–201. <https://doi.org/10.1002/per.2096>
- Southern M.L., Plant W.T. (1968). Personality characteristics of very bright adults. *The Journal of Social Psychology*, 75, 119–126. <https://doi.org/10.1080/00224545.1968.9712481>
- Tyszkowa M. (1990). *Zdolności, osobowość i działalność uczniów*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Zalewska A.M. (1998). Ważność wartości społecznych wśród młodzieży uczącej się. *Forum Psychologiczne*, 3, 144–165.
- Zalewska A.M. (2000). Adaptacja kwestionariusza „Orientacja na wartości zawodowe” Seiferta i Bergmanna do warunków polskich. *Studia Psychologiczne*, 38, 57–77.

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
Monika Malon, Łukasz Okruszek, Trzydzieści lat neuronauki społecznej	7
– Thirty years of social neuroscience.....	8
Anna Skrzypa, Mariola Wolan-Nowakowska, Proces podwójnej tranzycji wyzwaniem dla rozwoju młodzieży z niepełnosprawnością.....	21
– Double transition as a challenge process for the development of youth with disabilities	21
Ewa Zasepa, Doświadczenia religijne osób z niepełnosprawnością intelektualną.....	37
– Religious experiences of persons with intellectual disabilities.....	37
Paulina Albińska, Postawy rodziców wobec dzieci z wrodzoną łamliwością kości.....	51
– Parents' attitudes towards children with osteogenesis imperfecta	52
Alina Rybałtowska, Anna M. Zalewska, Kompetencje społeczne i wartości – rola inteligencji	73
– Social skills and values – the role of intelligence	74

