

Wspomaganie więzi rodzinnych

Profilaktyka zaburzeń i zachowań problemowych

Mariusz Z. Jędrzejko, Marta Komorowska-Pudło, Anna Walter



**Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
Warszawa 2023**

Spis treści

Wstęp.....	5
Część I.....	7
Budowanie zrównoważonych relacji w rodzinie. Jak być fajnym rodzicem w świecie wielowymiarowego ryzyka?.....	7
Wprowadzenie.....	7
1. Relacje a rozwój i zachowania dzieci oraz nastolatków.....	9
2. Czynniki ochronne i czynniki ryzyka w prawidłowych relacjach rodzice/opiekunowie – dzieci. Profilaktyka uniwersalna	14
3. Ryzyka kluczowe dla rozwoju dziecka i ich profilaktyka uniwersalna i selektywna.....	21
4. Zaniżona samoocena i myśli samobójcze dzieci i młodzieży	27
5. Podsumowanie.....	32
Podstawowe zasady w profilaktyce ryzyka i dobrych relacji.....	34
Bibliografia.....	34
Część II.....	37
Wspomaganie więzi rodzinnych – relacje między małżonkami	37
1. Role, obowiązki, oczekiwania w małżeństwie	37
2. Więź małżeńska jako fundament relacji rodzinnych.....	40
3. Wzmacniające i destabilizujące składniki więzi małżeńskiej	41
3.1. Sposoby budowania więzi satysfakcjonującej małżonków i przeciwdziałające jej destabilizacji oraz powstawaniu ryzyka jej rozpadu	42
3.2. Ryzyko destabilizacji i rozpadu więzi małżeńskiej.....	46
4. Uwarunkowania jakości więzi małżeńskiej.....	49
4.1. Indywidualne i osobowościowe uwarunkowania jakości więzi małżeńskiej.....	50
4.2. Relacyjne uwarunkowania jakości więzi małżeńskiej.....	51
4.3. Uwarunkowania jakości więzi małżeńskiej tkwiące w doświadczeniach wzrastania w określonych rodzinach pochodzenia.....	51
4.4. Inne uwarunkowania jakości więzi małżeńskiej	52
5. Znaczenie zaspokojenia potrzeb przez małżonków dla jakości ich wspólnego związku.....	53
6. Sposoby radzenia sobie małżonków z konfliktami	56
7. Stres i sposoby radzenia sobie z nim.....	59
8. Wsparcie psychoterapeutyczne dla par małżeńskich doświadczających problemów w związku	61
Podstawowe zasady dotyczące wzmacniania więzi małżeńskiej	64
i profilaktyki jej destabilizacji.....	64
Bibliografia.....	65
Część III	73
Wybrane problemy prokreacji.....	73
Wprowadzenie.....	73
1. Niepłodność.....	74
2. Poronienia i strata dziecka.....	78

3. Depresja poporodowa.....	83
4. Wsparcie rodziców po niepomyślnej diagnozie prenatalnej oraz w ciąży wysokiego ryzyka ..	84
5. Blokady prokreacyjne i zapobieganie	85
6. Poradnik komunikacji z rodzinami doświadczającymi trudności prokreacyjnych.....	86
Podstawowe zasady dotyczące wspierania rodzin doświadczających problemów prokreacyjnych	90
Bibliografia.....	91

Źródło grafiki z okładki (s.1.)

https://cdn.pixabay.com/photo/2017/09/05/11/37/baby-2717347_960_720.jpg (29.11.2023 r.)

Wstęp

Oddajemy do Państwa rąk drugą broszurę z serii materiałów dotyczących wspomagania więzi rodzinnych. Jest ona poświęcona profilaktyce wybranych zaburzeń i zachowań problemowych, obecnie stanowiących duże wyzwanie dla osób chcące formować rodziny oraz dla rodzin wychowujących dzieci.

Broszura została przygotowana przez ekspertów posiadających wiedzę na dany temat i zarazem zaangażowanych praktyków, którzy na co dzień pracują z osobami potrzebującymi wsparcia. Stąd wiele w materiale konkretnych uwag pedagogicznych i psychopedagogicznych, delegacji profilaktycznych, przykładów konkretnych warsztatów i działań, tabel zbierających wiedzę na dany temat i grafik pomagających zapoznać się z najważniejszymi przesłaniami, problemami w danym obszarze.

Mamy nadzieję, że ten materiał stanie się pomocą przy planowaniu i realizacji konkretnych szkoleń i działań dla osób bezpośrednio pracujących z grupami zagrożonymi wystąpieniem danego problemu lub osobami, które zostały przez niego dotknięte.

Zachęcamy do wymiany doświadczeń na temat podejmowanych działań w tym obszarze.

Część I

Budowanie zrównoważonych relacji w rodzinie. Jak być fajnym rodzicem w świecie wielowymiarowego ryzyka?

dr hab. Mariusz Z. Jędrzejko, prof. uczelni

Akademia Piotrkowska, Fundacja Bonum Humanum

Wprowadzenie

Rodzina jest podstawowym i kluczowym środowiskiem rozwoju człowieka. Wszelkie inne formy mogą jedynie ją uzupełniać, ale nigdy jej nie zastąpią. Jasne i zdecydowane stawianie zagadnienia natury i struktury rodziny ma kluczowe znaczenie dla stabilności społeczeństwa, funkcjonowania człowieka w różnych relacjach interpersonalnych oraz stanowi gwarancję jakości relacji społecznych. Jest także niezwykle ważne dla właściwego kształtowania ścieżek rozwojowych dziecka, które nie tylko powinno stabilnie wrastać w struktury społeczne, ale także przynieść w kolejne pokolenie kulturowe zasoby dotychczasowego dorobku społeczeństwa, poszerzając je o własne dokonania. Możemy odpowiedzialnie stwierdzić, że próby redefiniowania rodziny oraz procesy jej dezorganizacji (w tym te związane z koncepcjami gender) mają i będą nadal miały wpływ na poszerzanie się licznych zachowań problemowych i ryzykownych dzieci i młodzieży (Jędrzejko, Kozłowski, 2023; Dziewiecki, 2020), a także leżą u przyczyn kryzysów psychospołecznych człowieka. Gdy połączymy je z zagrożeniami globalnymi np. związanymi z tzw. amerykańską kulturą i jej dehumanizacją oraz presją rynku na zachowania człowieka, lepiej widzimy etiologię i konsekwencję poszerzania się ryzyka psycho-zdrowotnego i społecznego.

Z kolei, gdy spojrzymy na procesy transformacji rodziny, jakie mają miejsce w Polsce (jako pochodna szerszych procesów obserwowanych w naszym kręgu cywilizacyjnym, szczególnie globalizacji oraz trendów promujących konsumpcyjny model życia) dostrzegamy wiele zależności pomiędzy takimi zasobami i potencjałami jak struktura rodziny, jej trwałość i zasoby społeczno-kulturowe, potencjał wychowawczy rodziców, sytuacja socjalna, możliwości dostępu do dorobków postępu technologicznego oraz jakość zdrowia

a zachowaniami problemowymi, ryzykownymi, patologiami społecznymi i zdrowotnymi oraz zaburzeniami występującymi wśród członków rodziny.

Uwaga pedagogiczna: Powinniśmy zadawać pytania dotyczące rosnącej liczby dzieci zachowujących się ryzykownie i deklarujących różne problemy psychiczne z rodzin, które dysponują – przynajmniej teoretycznie – wielkimi kapitałami rozwojowymi takim jak wysoki poziom socjalny, materialny, wykształcenie rodziców. Czy nie jest tak, że obecny w nich dobrobyt zamienia się w dobrobyt ryzyka?

Analizując od lat różnego rodzaju związki przyczynowo-skutkowe zachowań problemowych (ryzykownych) z kondycją społeczną, nie mam żadnej wątpliwości co do postawienia tezy, że jakość rodziny (społeczna, moralna, socjalno-materialna, potencjałów wiedzy, pełnej i naturalnej struktury) są czynnikami warunkującymi czynniki ochronne i czynniki potencjałów w rozwoju dzieci i młodzieży (Bugajski 2018; Jędrzejko, 2016; Sołtysiak, Oliwa, 2023; SOA, 2021)). Nieprzypadkowo też w dorobku psychologii humanistycznej, pedagogiki rodziny, pedagogiki społecznej, a także socjologii dewiacji coraz mocniej eksponuje się zależności pomiędzy „ponowoczesnym pędem życia” a poszerzaniem się problemów współczesnego człowieka. Które nie tylko są coraz większe co do skali, ale także mają formy wcześniej nie znane lub nie występujące w takiej skali.

Nowe modele pracy skracające
wspólne funkcjonowanie rodziny

Zerwane więzi pokoleniowe szczególnie
między 1 i 3 pokoleniem

Późniejsze związki,
późniejsze
macierzyństwo i
tacierzyństwo rodziny

Długotrwała migracja
ekonomiczna jednego z
rodziców

Rosnący odsetek
dzieci w niepełnych
rodzinach

Wzrost liczby rodzin w
modelu 2+0 oraz 2+1



Rysunek 1. Rodzina w wirze współczesnych zagrożeń. Opracowanie własne autora. Źródło grafiki: <https://pixabay.com/pl/photos/ojciec-syn-wsch%C3%B3d-s%C5%82o%C5%84ca-sylwetka-79456/>

Prezentowane poniżej oceny, opinie, tezy oraz propozycje stanowią połączenie weryfikowanego naukowo dorobku nauk społecznych i nauk o zdrowiu, z praktyką zawodową autora. Mam nadzieję na możliwość ich praktycznego wykorzystania w procesie wsparcia rodzin mającymi różne problemy z dziećmi a także w pracy nad umacnianiem jakości rodziny.

Delegacja profilaktyczna 1: *Fundamentalną zasadą prawidłowego rozwoju dzieci w rodzinie jest takie ich wychowanie i socjalizowanie, w który będą one poznawać i „dotykać” świata w zakresach, jakie są adekwatne dla ich rozwoju emocjonalnego, psychicznego, somatycznego, poznawczego i społecznego. Jakikolwiek przekraczanie granic jest predyktorem dla pojawienia się zaburzeń i problemów rozwojowych. Rozwój dziecka nie może być definiowany i materializowany (jako podstawowa wykładnia) przez wysokie zasoby ekonomiczne rodziców.*

Uwaga pedagogiczna: Coraz więcej moich pacjentów deklarujących nihilizm, niechęć, nicość, beznadziejność życia oraz unikających społecznego funkcjonowania w rodzinie, to dzieci wprowadzane młodym wieku w świat cyberprzestrzeni oraz nieograniczonego oglądania telewizji. To dzieci wychowane nie w kulturze społecznej rodziny, z jej różnorodnymi i głębokimi relacjami, lecz w „kulturze” silnie pobudzających ich mediów.

1. Relacje a rozwój i zachowania dzieci oraz nastolatków

Relacje między rodzicami/opiekunami a dziećmi warunkują, kształtują oraz determinują trzy ważne przestrzenie rozwoju młodego człowieka:

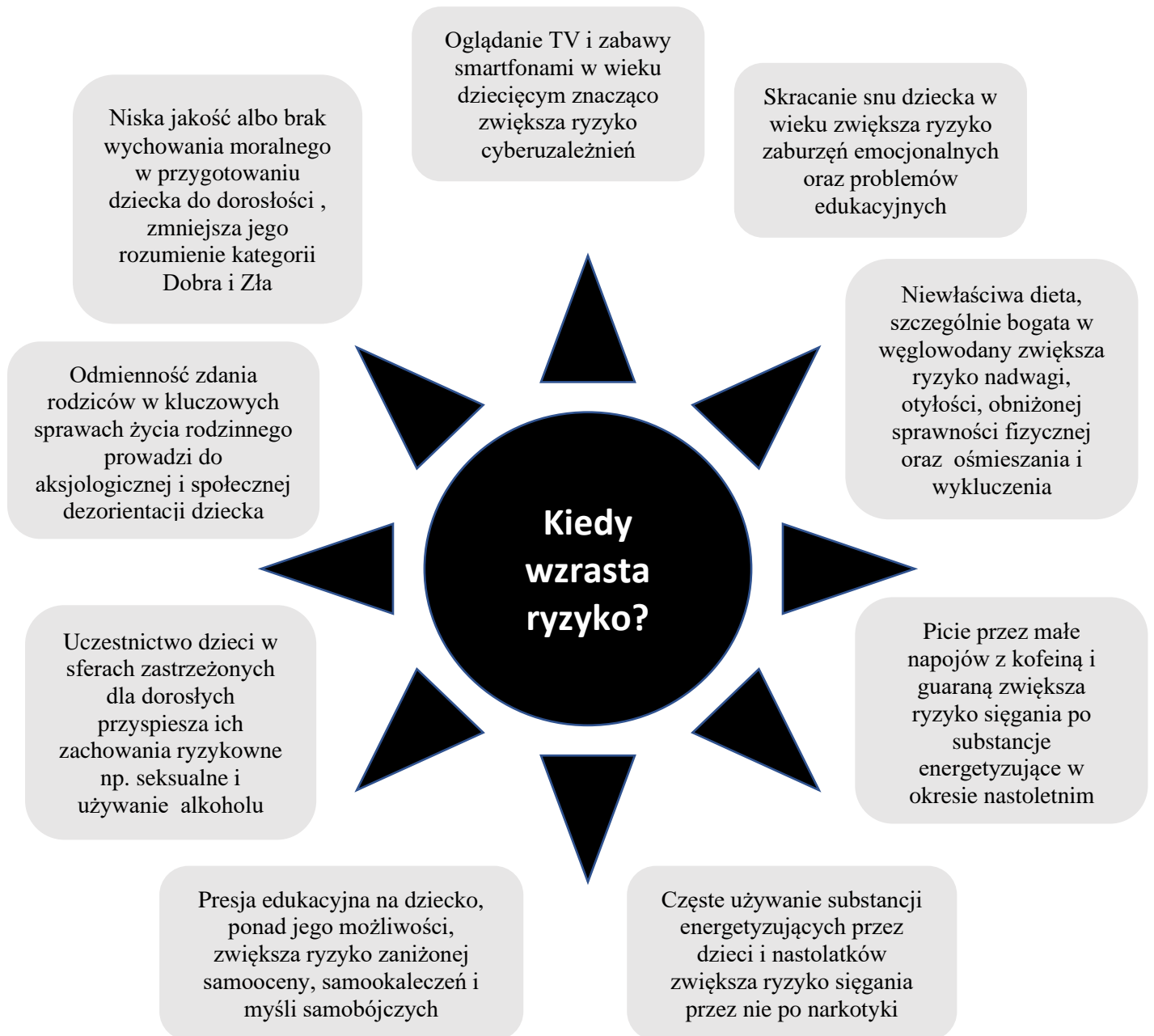
- (1) Po pierwsze, gdy rozumie on *kim jest*, czyli rozumie swoje usytuowanie społeczne w roli małego dziecka, nastolatka, młodego dorosłego, a także w takich perspektywach jak brat, uczeń, wnuczek, kolega/koleżanka etc.;
- (2) Po drugie, funkcjonowanie - adekwatnej do etapu rozwoju dziecka/nastolatka - *kontroli społecznej*, a więc tej części naszego społecznego funkcjonowania, bez której nie bylibyśmy w stanie zrozumieć „kim jesteśmy”, „gdzie i dlaczego są granice naszego postępowania”, „co to znaczy być istotą społeczną”, tym samym są najważniejszym czynnikiem chroniącym przed negatywnym ryzykiem. Powinna być ona łączona z równie adekwatną wolnością dziecka/nastolatka;

Uwaga pedagogiczna: O ile realna kontrola społeczna dzieci funkcjonuje dość sprawnie, o tyle ta dotycząca aktywności dzieci w cyberprzestrzeni jest po prostu tragiczna. Cyberświat stał się przestrzenią kreowania się młodych socio i psychopatów oraz niedojrzałych osób nadających sobie wszelkie możliwe stratusy dorosłości (ekonomicznej, społecznej, seksualnej i innych).

- (3) Po trzecie, silne więzi emocjonalne w rodzinie (ze szczególnym znaczeniem zaufania), trwałość wartości, tożsamość kulturowa i narodowa.

Relacje to treści i metody, a więc nic innego jak cała metodyka wychowania, modele socjalizacji dziecka w rodzinie, wypełniane konkretnymi treściami. Ich przebieg, szczególnie zaś ich jakość, są pochodną wychowawczych kompetencji rodziców, w tym – co należy mocno podkreślić – zrozumieniem przez nich poszczególnych faz rozwojowych dziecka od wieku

niemowlęcego aż po wczesną dorosłość, gdy na ogół dziecko rozpoczyna proces pełnego usamodzielniania się. Warto o tym pamiętać, gdyż każda z nich jest inna, specyficzna, a zatem wymaga różnych zakresów wolności, kontroli społecznej, sposobów dostarczania wiedzy oraz korzystania z nabytych umiejętności.



Rysunek 2. „Zegar” ryzyka nastolatków – czynniki ryzyka i czynniki ochronne. Wnioski z praktyki zawodowej. Opracowanie własne autora.

Uwaga pedagogiczna: Słabsze a nawet wręcz złe relacje społeczne obserwuję częściej w rodzinach, gdzie rodzice nie rozumieją potrzeby dziecka/nastolatka do poszerzania jego wolności. Także tam, gdzie w wychowaniu brakuje filozofii uczenia odpowiedzialnej wolności.

Delegacja profilaktyczna 2: *Każdej fazie relacji rodziców/opiekunów z dzieckiem (wynikającej z jego wieku i rozwoju) przypisane są specyficzne, nierzadko bardzo różne metody i treści relacji. Przebiegają one w kilku liniach: od pełnej kontroli po szeroką samodzielność; od bezpośredniego uczenia po współuczestniczenie; od systemu wskazująco-nakazowego po współdecydowanie. Istotne znaczenie w każdej z tych płaszczyzn ma jednolite stanowisko rodziców oraz innych dorosłych uczestniczących w procesie wychowania dziecka.*

Budowanie właściwych relacji rodzice – dzieci powinno uwzględniać weryfikowane naukowo dowody określające kryteria skutecznego wychowania i właściwej socjalizacji. W mojej pracy zawodowej z dziećmi z zaburzeniami i przejawami niedostosowania społecznego uwagę zwracają następujące błędy wychowawcze rodziców:

- ✓ Zbyt szybkie wprowadzanie dzieci w sfery i treści określane umownie jako świat dorosłych (szczególnie przesycone agresją, polityką, sukcesem finansowym i materialnym oraz seksualnością);
- ✓ Rozbieżność treści i wskazówek wychowawczych kierowanych do dziecka przez mamę, tatę i innych członków najbliższej rodziny;
- ✓ Używanie przez rodziców – w obecności dzieci – legalnych substancji psychoaktywnych oraz aprobowanie przez nich substancji nielegalnych;
- ✓ Mylenie dobrobytu i dobrostanu, z wyraźną presją na zapewnienie tego pierwszego, i jednoczesnym niezrozumieniem znaczenia i istoty drugiego;
- ✓ Dychotomia pomiędzy prawami i obowiązkami dzieci (z przewagą tych pierwszych).

Właściwe relacje to z jednej strony odważne i zdeterminowane wprowadzanie dziecka w kolejne etapy rozwojowe (np. brak nadopiekuńczości, włączanie w pracę, łączenie praw z obowiązkami, kultura doby¹, rozmowa o trudnych sprawach dorastania, uczenie odpowiedzialności za dorobek kulturowy i materialny rodziny) oraz sprzyjające homeostazie relacje pomiędzy dzieckiem a rodzicami (np. uszanowanie prywatności i intymności, jasne stawianie granic). Tym, co sprzyja osiągnięciu zasadniczego celu wychowania, czyli przygotowania dziecka do samodzielnego życia w dorosłości i społeczeństwie są jasne zasady oraz reguły wychowawcze. Choć nie są one zbiorem obowiązującym wszystkich w takim samym zakresie, to istnieje w nim pewna wspólna oś – są nią zdaniem autora dobro człowieka (*bonum humanum*) i przyzwoitość. Choć różnice treści wychowawczych będą miały wymiar kulturowy, religijny, a także wynikający z aspiracji rozwojowych, nie ulega wątpliwości, iż

¹ Jednym z kluczowych zagrożeń jest skracanie snu i nadmierne obciążenie mózgow dzieci bodźcami multimedialnymi.

jesteśmy w stanie określić granice jakich dzieci nie powinny przekraczać, jak i sfery do których nie powinny być dopuszczane.

Delegacja profilaktyczna 3: *Jedną z ważnych przesłanek skutecznego wychowania i ograniczania zachowań ryzykownych jest wyraźne rozgraniczenie przestrzeni życia dorosłych (rodziców) i dzieci. Nie przestrzeganie jej prowadzi do zaburzenia relacji – dziecko oczekuje więcej, więcej i więcej.*

Wspólnota treści przekazów² wychowawczych będzie dotyczyła zasad życia społecznego, przestrzegania norm (społecznych, prawnych), zasad moralnych oraz innych przyjętych jako wspólne rozwiązania (na szczeblu rodziny, większej grupy społecznej, środowiska, wspólnoty itp.) (Ryś, 1998).

Oczywiście ideał zawsze pozostaje ideałem i jest raczej kierunkiem, w którym zmierzamy, niż celem który każda rodzina osiągnie. Współczesne nauki społeczne, nauki o zdrowiu i teologia moralna określają jednak bardzo celnie grupy czynników, które mogą sprzyjać społecznemu wrastaniu dziecka w dorosłość, jak i być czynnikami zagrażającymi temu rozwojowi, szczególnie w aspekcie tzw. społeczeństwa i kultury ryzyka (Giussani, 2002; Drożdż, 2006; Dziewiecki 2020; Greszta, E., Świdarska, J., Zalewska-Łunkiewicz, K., Obidziński, M., Hamer, K., Ryś, M., 2021). Warto o tym pamiętać z dwóch zasadniczych powodów:

- Po pierwsze, na dziecko wywiera wpływ coraz więcej treści i wzorów, których „idee” nie są jasno wyartykułowane, jak i nie znamy ich autorów oraz końcowych strategii, co wiąże się przede wszystkim z anonimowością cyberprzestrzeni;

Uwaga pedagogiczna: Cyfrowe przekazy, poprzez uproszczenia i falsyfikacje, coraz częściej deformują w młodych umysłach prawdziwy obraz świata, w wyniku czego gdy przychodzi im skonfrontować się z rzeczywistością społeczno-ekonomiczną, staje się to dla nich stresem, a nawet traumą. Winę za to ponosimy my, jako rodzice.

- Po drugie, pamiętając o sile „społecznego uczenia się” w kształtowaniu indywidualnego stosunku do świata, narasta ryzyko powielania zachowań i treści, nie na zasadzie ich krytycznego przenoszenia do własnego życia, ale poprzez tzw. automatyzm (skoro tak mówią i pokazują, to tak czynię).

Uwaga pedagogiczna: Nastolatki niemal bezgranicznie wierzą youtuberom i influencerom oraz cyfrowym celebrytom. Nie rozumieją, że ich postawy są nieautentyczne, a często przejawem gry o pieniądze i popularność. Wpadają w pułapki cyfrowych kłamstewek i fake newsów, falsyfikacji i strategii kłamstw. W domach jest im

² O₂ trudno funkcjonować w relacjach opartych na prawdzie.

Warto w tym miejscu podkreślić, że relacje to nie tylko wzajemne odnoszenie się do własnych dzieci rozumiane jako komunikacja pomiędzy rodzicami a dzieckiem, ale także sposób w jaki wyjaśniamy dzieciom zasady i ścieżki ich rozwoju oraz etapowego wchodzenia w dorosłość, w tym aktywności popularne ale niekoniecznie oparte o zasady zdrowego życia. Wieloletnia praca z rodzicami mającymi problemy z dziećmi, jak i dziećmi które weszły w „świat ryzyka” upoważnia mnie do stwierdzenia, że kluczowe przyczyny są związane z:

- zaburzeniem „relacji” pomiędzy tym, co chroni a tym, co ryzyku sprzyja,
- preferowaniem niczym nie uzasadnionego założenia – „Moje dziecko nie zaryzykuje”.

Przy czym nie powinniśmy się bać tego, że dziecko, nastolatek, młody dorosły w ogóle ryzykuje – jeśli robi to w sposób, który może go rozwijać i poszerzać kompetencje i kondycję psychofizyczną, oznacza to nic innego jako prawidłowość procesu rozwojowego.

Delegacja profilaktyczna 4: *Widocznym problemem procesu socjalizacji i wychowania jest brak ukierunkowania zachowań ryzykownych nastolatków na ryzyka rozwijające, edukacyjne, kreatywne i pozytywne dla dziecka. Jest to konsekwencja zaniechania motywowania dziecka do takich działań jak aktywny sport, hobby, aktywny udział w kulturze i rekreacji, harcerstwie, rozwijaniu pozytywnych pasji. Dzieci ich nie „czynią” ponieważ my ich im nie podpowiadamy lub czynimy to nieudolnie.*

Podkreślenia wymaga związek ryzyka zachowań problemowych z niewłaściwymi relacjami pomiędzy rodzicami a dzieckiem, w wyniku czego może ono nie mieć zaufania do rozmowy o trudnych sprawach dorastania oraz obserwowanych przez nie zachowań ryzykownych w środowisku rówieśniczym. Tworzenie prawidłowych relacji w domu powinno zatem zmierzać do takiej sytuacji, w której dziecko nie będzie miało obaw przed podejmowaniem tematów trudnych, a nawet kontrowersyjnych. Ucząc rodziców takiego podejścia w relacjach z nastolatkami zwracam szczególną uwagę na ograniczanie modelu „NIE” i zastępowanie go modelem „odłożonej decyzji” lub/i wyjaśnianiem w konwencji „DLACZEGO NIE”.

2. Czynniki ochronne i czynniki ryzyka w prawidłowych relacjach rodzice/opiekunowie – dzieci. Profilaktyka uniwersalna

Delegacja profilaktyczna 5: *W procesie podnoszenia kompetencji wychowawczych rodziców/opiekunów tematyką podstawową powinno być poszerzenia ich wiedzy i umiejętności dotyczących czynników ryzyka i czynników ochronnych w rozwoju dziecka oraz umiejętność komunikacji z adolescentem. Szczególnie ważnym jest okres przed i adolescencyjny. Większe efekty edukacyjne osiągamy, gdy takie oddziaływanie ujęte jest w działania systemowe.*

Ryzyka - jak już wspomniałem - są naturalną częścią życia człowieka (Ostaszewski, 2014), wręcz niemożliwym jest takie jego skonstruowanie aby było tego pozbawione. Dla prawidłowego rozwoju, spotkania z niektórymi sytuacjami ryzykownymi są wręcz korzystne np. gdy dziecko podejmuje próbę wejścia na swój pierwszy murek, drzewo, wskoczenia a nie wejścia do basenu, podobnie gdy deklaruje oczekiwanie samodzielnego uczestniczenia w koncercie lub dyskotecce. Bezpieczne i efektywne wykonanie tych czynności podnosi jego samoocenę i może być motywujące dla kolejnych już wyższych prób. Wysłanie 6-latki na pierwszy obóz zuchowy także jest ryzykowne, ale jeśli opanuje ona tam nowe umiejętności społeczne i organizacyjne, będzie sprawniejsza w dalszym życiu.

Uwaga pedagogiczna: Jednym z fundamentów sukcesów społecznych i edukacyjnych moich dzieci jest to, że systematycznie poszerzaliśmy ich prawo do wolności, a nasze relacje z nimi opierały się na otwartym – bez połajanek i zbędnej krytyki - podejmowaniu ich potrzeb, oczekiwań, planów, sukcesów, porażek, z unikaniem decyzji opartych o „NIE”. Jeśli już, to wyjaśnialiśmy „dlaczego NIE TERAZ”, „dlaczego NIE, ponieważ”. Dobre relacje, to także umiejętność uargumentowanych odpowiedzi.

Delegacja profilaktyczna 6: *Presja płytkiej kultury połączona z nadkonsumpcją oraz powszechnym brakiem zasad etyki w zarządzaniu cyberprzestrzenią powinna skłaniać do podejmowania w systemie edukacyjnym i rodzinach samodzielnymi działaniami kształtującymi dziecko w płaszczyźnie homeostazy, a więc oceniania presji rynku przez pryzmat zdrowia i bezpieczeństwa. Ich realizacja nie może być tylko nakazowa, lecz uwzględniać dialog pozytywny z dzieckiem – ten oparty jest na wyjaśnianiu a nie zakazywaniu.*

W pracy zawodowej dostrzegam dwie dychotomiczne postawy rodziców, związane z zachowaniami ryzykownymi dzieci:

- Nie uświadamiają oni sobie, że ich własne zachowania ryzykowne projektowane są na dziecko jako wzory zachowania (np. palenie tytoniu i e-papierosów, picie alkoholu przy dzieciach, niewłaściwy język, wzajemna agresja rodziców, wypowiedzi ksenofobiczne i agresywne). W tej grupie rodziców mam nie tylko do czynienia z powielaniem przez

nastolatków zachowań ryzykownych, ale także wysokim stopniem autotolerancji i przyzwolenia na owo ryzyko. Tam jest również najwięcej bezradności wychowawczej rodziców i porażek wychowawczych, a nawet tragedii (np. jako następstwo używania substancji psychoaktywnych). Gdy analizujemy te sytuacje dostrzegamy dwa zasadnicze predyktory: braki uświadomionej wiedzy o rzeczywistych psychosomatycznych i społeczno-prawnych skutkach szczególnie niebezpiecznych form ryzyka dla dzieci oraz patologiczne zachowania samych rodziców;

- Grupę drugą stanowią rodzice nadopiekuńczy, wyręczający dzieci w różnego typach zachowań i prac, jednocześnie nadkontrolujący. Uznają oni, że „odcinanie” dziecka od ryzyka bez jednoczesnego budowania jego silnej osobowości będzie wystarczające w chronieniu go przed tzw. ubocznymi skutkami ponowoczesnej cywilizacji. Oczywiście nic bardziej błędnego, gdyż te dzieci nie dysponując zdolnościami samokontrolującymi i asertywnymi szybko stają się ofiarami ryzyka.

Projekt 1: Moja współpraca z PCPR, MOPS i GOPS pokazuje, że najlepsze wyniki profilaktyczne, uzyskujemy, gdy praca z rodzicami/opiekunami mającymi problemy wychowawcze opiera się o model wieloetapowy, w którym przekazujemy wiedzę i umiejętności adresowane do konkretnego etapu rozwojowego np. warsztaty nt. wpływu TV i nowych technologii na małe dziecko (0-4) – z kolei warsztaty dla rodziców/opiekunów nastolatków (12-17) realizowane są w odrębnym czasie i z innymi treściami. Celem takiego modelu jest precyzyjne adresowanie wiedzy do odbiorcy. Każdym takim zajęciem towarzyszą indywidualne konsultacje dla rodziców, w trakcie których można doprecyzować wskazówki metodyczne lub podpowiedzieć adekwatne do sytuacji rozwiązania.

Unikamy tym samym modeli typowo konferencyjnych, w trakcie których dostarczane jest szerokie spektrum ogólnej wiedzy, ciekawej ale trudnej do przełożenia na konkretne działania wychowawczo-edukacyjne na poziomie rodziny – ta może być pozyskana w samodzielnym studiowaniu poradników.

Punktem wyjścia domowej profilaktyki ryzyka powinno być trwałe enkulturowanie przez rodziców i innych decyzyjnych członków rodziny czynników ochronnych i czynników ryzyka.

Uwaga pedagogiczna: Głębokie i uświadomione co do idei, natury i treści przyswojenie przez dziecko, co dobrze mu służy i co może być dla niego zagrożeniem, jest jednym z najważniejszych budulców jego dobrych relacji z rodzicami/opiekunami.

Czynniki te zostały dobrze zaprezentowane we współczesnej literaturze tematu np. w podręcznikach dotyczących profilaktyki narkotykowej i ryzykownych zachowań seksualnych (Ostaszewski, 2014; Grzelak 2015). Nie zawsze ujmują one jednak czynniki makroskalowe oraz te wywodzące się z silnych wpływów cyberprzestrzeni. Dla ułatwienia prezentuje je w układzie tabelarycznym.

Tabela 1. Czynniki ryzyka i czynniki ochronne charakterystyczne dla społeczeństwa ponowoczesnego

Czynniki ochronne	Czynniki ryzyka	Komentarze pedagogiczne
Pełna rodzina	Rodzina niepełna, w której obciążenia rodzica utrudniają mu sprawowanie funkcji opiekuńczo-wychowawczych	<i>Sam fakt wychowywania dziecka przez jednego z rodziców/opiekunów nie jest czynnikiem zwiększającym zachowania ryzykowne. Kluczowe uwarunkowanie związane jest z ilością czasu jaki rodzic/opiekun jest w stanie poświęcić dziecku.*</i>
Rodzina o mocnej wspólnotowości	Rodzina ukierunkowana na konsumpcyjne i zatowizowane modele życia	<i>Wspólnotowość tzn. wspólne funkcjonowanie w ważnych formach życia rodzinnego – posiłki, uroczystości rodzinne, wspólnotowe życie religijne, wspólna rekreacja, wspólne poznawanie świata przyrody i kultury – umacnia relacje pomiędzy dzieckiem a rodzicami i rodzeństwem.**</i>
Rodzina wolna od zachowań ryzykownych zdrowotnych	Rodzina patologiczna (nadużywanie substancji psychoaktywnych, uzależnienia, ryzyka żywieniowe, używanie substancji prawnie zabronionych)	<i>Jedną ze ścieżek rozwoju ryzyka jest tzw. społeczne uczenie się (konceptcja Alberta Bandury). W domach gdzie rodzice nadużywają alkoholu, gdy jest on elementem towarzyszącym w wielu spotkaniach domowych i wypoczynku, gdzie palenie tytoniu lub inne formy nikotynizmu są codzienne, dziecko uczy się tych zachowań jako normalnych.***</i>
Faktyczne a nie deklaratywne przestrzeganie przez rodziców zasad życia rodzinnego	Relatywizm zachowań rodziców	<i>Trudno jest wymagać od dziecka przestrzegania zasad i norm, gdy rodzice sami je łamią.****</i>

Rozwój przestrzeni życia dziecka zgodnie z jego fazami rozwojowymi (psychofizycznymi i rozumowymi)	Brak kontroli nad sferami funkcjonowania dziecka	<i>Jedną z ważnych wskazówek edukacyjnych jest zrozumienie przez rodziców odmienności rozwoju dziecka w jego poszczególnych fazach: 0-3, 4-6, 7-11, 12-17</i>
Zaufanie, mądra kontrola rodzicielska	Brak zaufania, nadmierna kontrola	<i>Nadmierna kontrola prowadzi do ryzyka zachowań problemowych</i>
Jednolitość wychowawcza	Odmienne oddziaływanie wychowawcze	<i>Nawet jeśli rodzice mają odmienne podejście do zasad funkcjonowania dziecka w domu, to nie może być ono przedmiotem sporów i różnorodności sygnałów dla dziecka. W takim przypadku potrzebny jest mądry kompromis rodziców. *****</i>
Autentyczne wychowanie religijne/moralne	Brak wychowania religijnego/moralnego	<i>W badaniach naukowych dowiedziono, że autentyczna religijność oraz stosowanie w życiu rodzinnym jasnych zasad moralnych jest bardzo ważnym czynnikiem ochrony przed ryzykiem.</i>

** Rodzicom samotnie wychowującym dzieci warto dedykować udział dziecka w dodatkowych zorganizowanych formach kultury, sportu, hobby. Wpływają one na poszerzenie pozytywnych zainteresowań dziecka, a tym samym stanowią czynnik ochronny. ** Warto podpowiadać aby w rodzinie funkcjonował pakiet twardych zachowań wspólnotowych, od których nie ma odstępstwa. Będzie to wpływało nie tylko na jakość relacji wewnątrzrodzinnych ale także sprzyjało przenoszeniu w dorosłe życie dziecka szerszych wartości kulturowych (np. tradycji). *** Ważnym elementem ograniczania ryzyka jest przestrzeganie zasad relacji rodzinnych także, gdy dziecko skończyło 18 lat. Z pełnoletności nie wynika automatyzm palenia tytoniu, innych form nikotynizmu czy picia alkoholu. **** Jedną z najczęstszych uwag jakie słyszę od dzieci są następujące słowa „My nie możemy używać telefonów w trakcie posiłków, a tata/mama ciągle to robią”; „tata mówi, że papierosy są szkodliwe, a sam pali przy nas”. ***** Spory pomiędzy rodzicami skutkują próbami ich skonfliktowania lub wykorzystania, co w konsekwencji psuje relacje rodzice – dziecko.*

Opracowanie własne autora.

Nie ma rodziny i nie ma dziecka wolnego od ryzyka, a myślenie o takim ideale jest z góry skazane na porażkę. Przede wszystkim dlatego, że w kulturze ponowoczesności (Bauman, 1995) oraz wielkich globalnych procesów mediatyzacji życia utraciliśmy znaczącą część kontroli nad przekazem adresowanym do dzieci i młodzieży. Nawet przy szczególnej ostrożności rodziców młode pokolenie jest narażone na szeroki kontakt z treściami niestosownymi, a nawet patologicznymi (patostremerzy, wulgaryzm językowy współczesnego rapu, przekaz medialny przesycony seksualnością, pornografia, reklamy alkoholu, internetowa podaż substancji psychoaktywnych). Warto także zwrócić uwagę na

następujące czynniki, których analiza może być podstawą do konkretnych zabiegów wychowawczych w rodzinie:

- Modele współczesnego kapitalizmu (nad) konsumpcyjnego oraz coraz bardziej ograniczone enkulturowanie norm kulturowych doprowadziło do sytuacji ogromnej podaży ryzyka (powszechny dostęp do alkoholu, tytoniu, nowych postaci nikotyny, substancji i treści pobudzających, leków bezreceptowych, łatwy dostęp do narkotyków i NSP, niemal nieograniczony dostęp do treści agresywnych i pornograficznych, promocja substancji pobudzających - w tym seksualnie), jest ono dostępne wizualnie i materialnie już dla dzieci i nastolatków;

Projekt 2: Jednym z najczęstszych zachowań problemowych dzieci i młodzieży z jakimi spotykam się w praktyce zawodowej jest nadużywanie technologii cyfrowych (TC) i cyfrowych sieci społecznych (CSS). Działaniem pomocowym dla rodziców/opiekunów może być organizowanie warsztatów edukacyjno-metodycznych, w trakcie których poznają one najpopularniejsze sfery cyberaktywności dziecka oraz uczą się takich umiejętności jak cyfrowa kontrola dziecka oraz modelowania relacji dzieci – TC, CSS.

Efektywność warsztatów wzrasta, gdy uczestniczą w nich także dzieci.

- Problemem potęgującym ryzyko jest niezrozumienie potrzeb dziecka do prywatności, samodzielności oraz odmienności w ocenie rzeczywistości społecznej. Dzieci, którym poszerzamy sferę wolności według modelu „tyle będziesz miał praw, ile będziesz przestrzegał obowiązków” są mniej podatne na ryzyko. Dziecko w okresie burzliwego dorastania potrzebuje więcej prywatności, czasu, w którym nie będziemy ingerowali w jego domowe funkcjonowanie np. poprzez wchodzenie do pokoju. Towarzyszyć powinna temu jednoznaczna wymagalność ustalonych obowiązków. Podobnie zrozumienie przez rodziców natury dorastania zmniejsza napięcia wewnątrzrodzinne;

Delegacja profilaktyczna 7: *Kontrowersje, napięcia, zachowania buntownicze i opozycyjne w relacjach nastolatek- rodzice są charakterystyczne dla fazy adolescencji. Dziecko potrzebuje w tym czasie więcej prywatności, nie wchodzenia w zbędny dyskurs. Wsparciem będzie jasne określenie zasad czasowo-przestrzennych i uświadomienie dziecku, iż ich łamanie będzie skutkowało ograniczeniem oczekiwanej przez nie wolności. Delegacje kierowane do dziecka muszą być bardzo jasne i precyzyjne „Nie zaakceptujemy żadnej formy nikotynizmu”, „To że twoi koledzy pija piwo, nie oznacza, że masz ich w tym naśladować”.*

Projekt 3: Ciekawym i skutecznym wsparciem dla rodziców dzieci sprawiającymi problemy wychowawcze jest organizowanie wsparcia metodycznego w podobnych grupach „problemowych”. Np. osiągamy istotną poprawę sytuacji po zajęciach dla rodziców przedszkolaków (kontakt dziecka z TV i multimediami), rodzicami dziewcząt wchodzących w burzliwą adolescencję lub rodziców dzieci eksperymentujących z marihuaną (starsze klasy SP i szkoły ponadpodstawowe). Oparte są one od dwa filary: rzetelna wiedza o problemie i metodyczne wskazówki do pracy z dzieckiem.

- Ryzyko zaburzonych relacji i zachowań ryzykownych zwiększa się wraz z niestabilnością emocjonalną rodziców/opiekunów oraz zmiennością stanowisk w kluczowych sprawach relacji dzieci-rodzice/opiekunowie;
- Problemy z dzieckiem wzrastają, gdy jego socjalizacja przebiega nie według kryterium homeostazy, lecz wysokich możliwości ekonomicznych rodziców. Towarzyszy temu często proces „kupowania” uległości dziecka kolejnymi gadżetami i technologicznymi nowinkami. Tego typu „kontrakty” są fatalnym modelem wychowania.

Jak potwierdza praktyka wychowawcza istnieje wyraźna zależność pomiędzy szacunkiem dziecka dla dóbr materialnych (i ich sponsorów) a trudnością-łatwością ich zdobywania. Dzieci, które swój „materialny dobytek” wsparły wysiłkiem i pracą zdecydowanie bardziej go szanują, dostrzegając w nim swój własny trud. Istnieje jeszcze wiele innych zależności sprzyjających zrównoważonemu rozwojowi dziecka oraz ograniczaniu zachowań ryzykownych np.:

- Pragmatyka wychowawcza włączająca dziecko w system obowiązków domowych jest ważnym elementem integrującym je z systemem rodzinnym, a tym samym stanowi przestrzeń współodpowiedzialności za rodzinę, co z kolei wpływa na silny emocjonalny związek z nią. Jest czynnikiem chroniącym przed szkodliwym ryzykiem;
- Włączanie w system wychowania rodzinnego aspektu religijnego (albo szerszej moralnego, niekoniecznie opartego o kanon religijny) pomaga dziecku lepiej zrozumieć otaczającą je rzeczywistość, zwłaszcza ocenić ją w kategoriach złe – dobre, zdrowe – niezdrowe, rozwijające – szkodliwe;
- Wyraźne rozdzielanie sfery dorosłego życia rodziców, czyli takiej w której dzieci nie powinny uczestniczyć;

- Dostrzeganie przez dzieci pozytywnych uczuć i miłości jakimi na co dzień obdarzają się rodzice/opiekunowie (szczególnie ważne dla rozwoju seksualnego i społecznego dziecka).

Ponieważ zachowania ryzykowne dzieci są na ogół połączone z ich postawami kontestującymi i opozycyjno-buntowniczymi ogromną rolę odgrywa znajomość środowiska rówieśniczego dziecka. Konieczne jest tutaj odróżnianie sfery prywatności dziecka (dzieci mają do niej prawo, ale nie jest to prywatność absolutna) od tych obszarów, które rodzice powinni bardzo dobrze znać. W mojej praktyce edukacyjnej, diagnostycznej i terapeutycznej z rodzicami mającymi problemy wychowawcze z dziećmi bardzo dobrze sprawdzają się te treści, formy i metody, które uczą poznawania środowiska rówieśniczego córki lub syna. Zadanie to może być trudne do osiągnięcia, gdy zbliżają się oni do pełnoletności i oczekują szerokiego wachlarza wolności. Rozpoczęte w okresie wczesnodziecięcy, przedszkolnym i wczesnoszkolnym, gdy dziecko zaczyna zawierać głębsze relacje z rówieśnikami, może być z powodzeniem praktykowane aż do ostatnich dni pobytu dziecka w rodzinie.

Delegacja profilaktyczna 9: *Chociaż na ogół dzieci nie lubią ingerowania w ich sferę prywatności, którą są np. relacje z rówieśnikami, to poznanie ich nie jest wcale trudne – np. zachęcając dziecko do zapraszania koleżanki, kolegi warto zadbać o to, aby stałe elementy życia rodziny pozostały niezmiennie (przybyłe do domu dziecko może zjeść z nami wspólny posiłek lub uczestniczyć w innej wspólnotowej formie życia rodzinnego). Pierwszy taki kontakt otwiera drogę do kolejnych, w których goszczące u nas dziecko jest włączane w przygotowanie obiadu, kolacji, a następnie uporządkowania kuchni, salonu itp.*

Niestety współczesne modele konsumpcji niszczą wiele wspólnotowych przestrzeni dzieci i rodziców np. poprzez zamawianie fast foodów lub wysyłanie do nich dzieci „aby coś zjadły”. Bardzo często od rodziców trafiających na terapię do naszego ośrodka słyszę, że „taka jest moda”. Zapominają oni jednak, że wychowanie nie opiera się na modach, lecz na racjonalności oraz przewidywalności skutków. Chciałbym mocno podkreślić tę tezę, gdyż źródła naszych porażek tkwią w dużej części w poddaniu się nowym trendom związanym m.in. z tzw. amerykanizacją kultury lub wręcz złowrogim dla dobrostanu człowieka stwierdzeniem o konieczności „nadażania za postępem”.

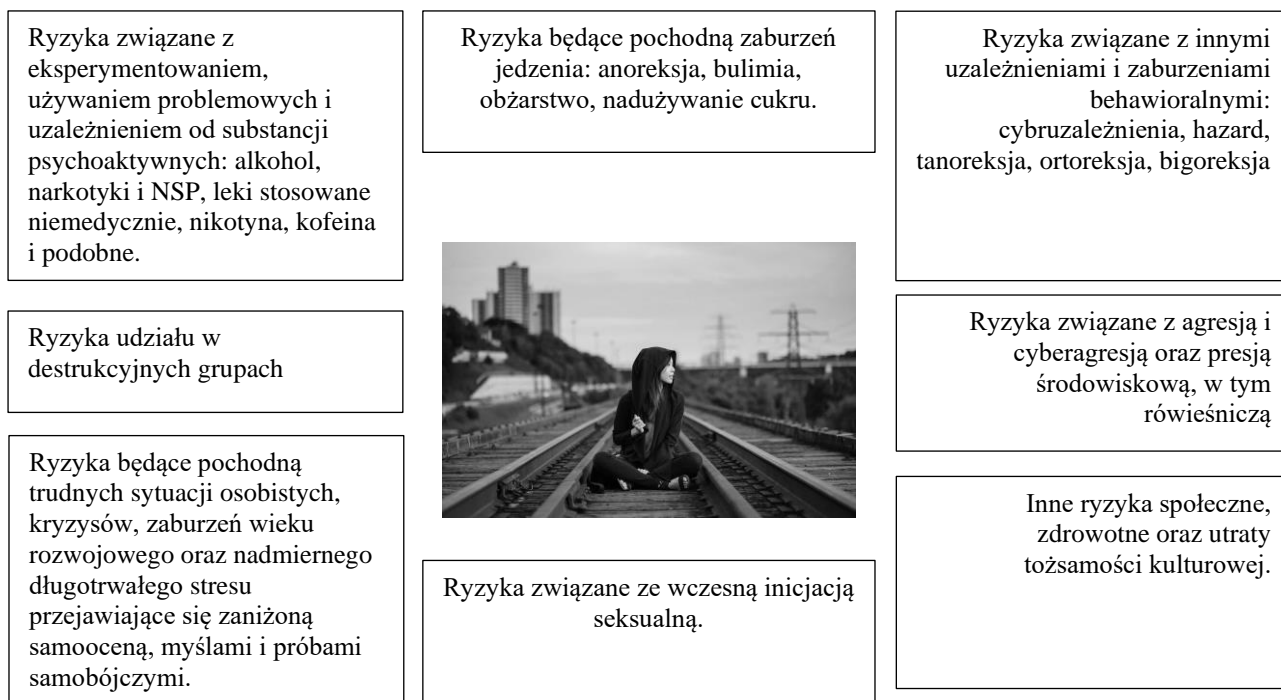
Delegacja profilaktyczna 10: *Jedną z ważnych form zrozumienia problemów rozwojowych dziecka jest wspólnotowość stołu. Wspólne posiłki sprzyjają rozmowom, pytaniom i prezentacji wzajemnych stanowisk. Stół i przygotowanie posiłków (jak i inne prace domowe) są zdecydowanie mniej konfliktogenne od rozmów na stojąco, prowadzonych w biegu.*

Zaprezentowane powyżej rozważania pedagogiczne są niczym innym jak profilaktyką zachowań ryzykownych, a więc planowaniem i budowaniem takiej przestrzeni funkcjonowania dziecka, w której zagrożenie ryzykiem zostanie zminimalizowane. Co jednak, gdy takie ryzyko się pojawi?

Projekt 4: Ponieważ bodźce ryzyka docierają do wszystkich dzieci, złudnym jest twierdzenie „moje dziecko nie spotka się z wzorami palenia marihuany” lub „moja córka nigdy nie obejrzy filmu pornograficznego”. Zmniejszaniu takiego ryzyka służy profilaktyka uniwersalna realizowana w domu, współgrająca z profilaktyką szkolną. Dobrym pomysłem na domową i szkolną profilaktykę narkotykową może być wspólne (rodzinne, klasowe) obejrzenie filmu o Amy Winehouse lub Whitney Houston, a następnie przedyskutowanie, dlaczego te gwiazdy już nie śpiewają. Najskuteczniejsze efekty profilaktyczne osiągamy wtedy, gdy dzieci uczestniczą w niej aktywnie. Projekt ten można realizować dla całej klasy a nawet uczniów określonego poziomu np. klas 8. lub 1. Szkoły ponadpodstawowej.

3. Ryzyka kluczowe dla rozwoju dziecka i ich profilaktyka uniwersalna i selektywna

Zachowania ryzykowne są silnie powiązane z tradycją, trendami kulturowymi, wielkimi procesami społeczno-ekonomicznymi oraz podażą (w tym procesami konsumpcyjnymi połączonymi z presją reklamy). Nie są zjawiskiem constans, lecz wykazują dużą dynamikę zmian, w której uwzględnia się wiek, płeć, miejsce zamieszkania, sytuację rodziną a także nagłe wydarzenia o charakterze zawodowym, rodzinnym lub/i osobistym. W zależności od płaszczyzny na jakiej będziemy analizowali ryzyko ukazują się nie tylko jego typy (rodzaje) ale także zależności np. te związane z wiekiem. Gdy dokonamy przeglądu polskich badań zachowań ryzykownych (często opisywanych także jako uzależnienia, problemy psychospołeczne dzieci i nastolatków, zachowania problemowe) widzimy ich skalę, możemy połączyć je z wieloma zmiennymi społecznymi.



Rysunek 3. Kluczowe zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży w świetle badań. Opracowanie własne na podstawie raportów Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (obecnie Krajowe Biuro Przeciwdziałania Uzależnieniom), Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Centrum Badania Opinii Społecznej, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Pokolenia oraz badań udostępnianych przez inne instytucje państwowe i naukowe z lat 2020-2023.

Źródło grafiki:

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fpixabay.com%2Fimages%2Fsearch%2Ffrisk%2F&psi=g=AOvVaw3NfRK82Iqt6hNzw9zRQCff&ust=1698592983777000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CBEQjRxqFwoTCJjs3o2GmYIDFQAAAAAdAAAAABAE>

Podkreślenia wymaga, że opis tego co stanowi zagrożenie w rozwoju człowieka podlega także sporom światopoglądowo-kulturowym, czego przykładem może być akceptacja przez część rodziców regularnego używania przez ich dzieci e-papierosów, napojów energetyzujących, palenia marihuany oraz picia lżejszych alkoholi. Ponieważ standard naukowy wymaga od autora stawiania tych spraw w kategorii jasnego opisu zagrożeń, tego typu podejścia uznać należy za szkodliwe psychospołecznie i somatycznie. Ponieważ tzw. kultura ponowoczesności w sposób widoczny próbuje poszerzać granice ryzyka jeśli konieczne jest zajmowanie stanowiska naukowego, a więc opisywanie ryzyka takim jakie ono jest rzeczywiście w świetle dowodów naukowych.

Delegacja profilaktyczna 11: *Rodzice na ogół wiedzą, co szkodzi dziecku, ale nie potrafią tego mu wytłumaczyć, w wyniku czego w praktyce wychowawczej brak jest działań wyprzedzających, a kiedy zachowania ryzykowne się ujawnia stosuje się głównie zakazy i kary. Rodzice potrzebują jasnych wskazówek metodycznych oraz twardych argumentów, które będą mogli przedstawić w swojej pracy wychowawczej.*

Ponieważ część z zachowań ryzykownych dzieci i nastolatków jest powtarzalna, dochodzi do nich w podobnym wieku lub kontekstach, można je ująć w postaci „siatki ryzyka”. Gdy je rozumiemy w ujęciu czasowo-przestrzennym można dostosować do nich odpowiednie zabiegi wychowawcze (zobacz Tabela 2). Koniecznym jest także wyraźne podkreślenie, że nawet w sytuacjach powszechnego występowania potencjałów ryzyka dziecko wcale nie musi w nie wejść, gdyż odpowiednio prowadzone w procesie wychowawczym będzie dysponowało własnym potencjałem odporności:

- Z faktu, że już blisko połowa nastolatków w wieku 17-18 lat eksperymentowała z marihuaną wcale nie musi wynikać, że połowa uczniów w klasie naszego syna lub córki podejmie takie ryzyko;
- Nie ma podstaw do stwierdzenia, że skoro 84% polskich 15-16-latków upiło się w ciągu ostatnich 12 miesięcy (Sierosławski, 2020), w kolejnym roku muszą uczynić tak samo;

Delegacja profilaktyczna 12: *Najskuteczniejsze modele profilaktyki zachowań ryzykownych, to takie, które łączą podnoszenie kompetencji rodziców i edukację profilaktyczną dzieci. Nie wystarczy edukować dzieci, że potrzebują one alternatywnych form spędzania czasu wolnego, o pozytywnych treściach - konieczne jest tworzenie skutecznych rozwiązań np. poprzez otwieranie szkolnych sal gimnastycznych do godz. 21.00 oraz wspieranie przez lokalne samorządy rozwoju harcerstwa, skautingu a także zorganizowanych form pozalekcyjnej kultury i sportu.*

- Pochodną faktu, że $\frac{3}{4}$ uczennic w trzeciej klasie jakiegoś stołecznego lub podlaskiego LO ma za sobą kontakt seksualny z partnerem, nie oznacza, że tak postąpi nasza ucząca się tam córka. Nie zrobi tak, gdy dostarczymy jej rzetelnej wiedzy w programach edukacji seksualnej.

Delegacja profilaktyczna 13: *Chociaż kluczową płaszczyzną podnoszenia świadomości seksualnej nastolatków jest rodzina, to koniecznym jest przełamanie nieuzasadnionych przesądów o szkodliwości edukacji seksualnej dzieci i realizowanie jej przez profesjonalnych. Świadomość polskich nastolatków o następstwach wczesnej inicjacji seksualnej jest tragicznie niska (Jędrzejko, Kozłowski, 2023).*

Jak już zasygnalizowałem koniecznym jest podkreślenie istotnego błędu jaki popełnia wielu rodziców – to przekonanie, że nastolatek musi zaryzykować, bo tak czynią inni. Takie stawianie sprawy jest przesłanką dla rodzicielskiej zgody na ryzyko. Warto zwrócić uwagę czytelników na sprawdzalne w praktyce działania ochronne przez zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia psychosomatycznego dzieci i młodzieży. Zweryfikowałem je wielokrotnie wobec dzieci, które takie ryzyko podjęły, a ich rodzice z powodzeniem stosują je wobec swoich młodszych dzieci. Co warto wiedzieć:

- Nastolatki chcą rozmawiać o konsekwencjach zachowań ryzykownych, jednak nie akceptują podejścia „NIE” (np. wypowiedzi typu *nie możesz tam pójść; nie zgadzamy się; nie wyjdiesz* itp.). metodą skuteczną jest mówienie „DLACZEGO NIE”, w której muszą pojawić się rzeczowe argumenty i zostać skonfrontowane z podejściem dziecka. Nastolatki oraz młodzi dorośli przyjmują argumenty jeśli ich siła jest przekonywująca;

Przykład: *Powszechnym ryzykiem w młodym pokoleniu jest palenie marihuany, które w Polsce ma - jako wiodącą - formę eksperymentowania (głównie w weekendy i w okresie wakacyjnym). Młodzież dla akceptacji takich zachowań używa argumentu „medycznej marihuany” lub „lekkiego narkotyku”. Warto się z tym poglądem zderzyć stosując argumenty dostępne na stronach internetowych organizacji odpowiedzialnych za przeciwdziałanie uzależnieniom lub realizujących terapię. Przykładem może być realizowany przez miasto Poznań program „Poznań uzależniony od profilaktyki”. Obalenie mitu „leczniczej marihuany” i „słabego narkotyku” jest łatwe.*

- Nastolatki nie odrzucają a priori wiedzy o konsekwencjach szkodliwego ryzyka, niezależnie czy jest to alkohol, nikotyna lub narkotyki. Zapominamy o tym, że wiedza powinna ona być dostarczana w sposób systematyczny i rozwojowy, a przede wszystkim dotyczyć, faktów, zdarzeń, problemów, zjawisk i procesów adekwatnych dla wieku dziecka/nastolatka;

Przykład: *Ponieważ dobrze zdiagnozowano obszary i typy ryzyka wśród nastolatków, stosunkowo łatwo jest stworzyć w szkole „ścieżkę profilaktyczną”. Niestety problemem jest np. posługiwanie się niczym nie uzasadnioną tezą „W naszej szkole nie ma narkotyków, zatem nie potrzebujemy profilaktyki” lub „moje dziecko na pewno nie spróbuje narkotyków”.*

Tabela 2. Wariant ścieżki szkolnej profilaktyki w szkołach podstawowych, uwzględniający wyniki polskich badań nad zachowaniami ryzykownymi dzieci i młodzieży. Opracowanie własne autora.

Szkoła podstawowa		
Uczniowie		
Klasy 1-4	Klasy 5-6	Klasy 7-8
<u>Wrzesień:</u> Warsztaty bezpiecznego wykorzystywania technologii cyfrowych	<u>Wrzesień:</u> Warsztaty bezpiecznego wykorzystywania technologii cyfrowych <u>Kwiecień-maj</u> Warsztaty profilaktyki alkoholowej, nikotynowej i używania substancji stymulujących	<u>Wrzesień:</u> Warsztaty bezpiecznego wykorzystywania technologii cyfrowych <u>Kwiecień – maj:</u> Warsztaty profilaktyki alkoholowej, nikotynowej i używania substancji stymulujących. Wyraźnie wyłoniła problematyka eksperymentowania z marihuaną

		<u>Czerwiec:</u> Realizowane z podziałem na płeć warsztaty profilaktyki ryzykownych zachowań seksualnych
Rodzice		
Klasy 1-4	Klasy 5-8	
<u>Wrzesień:</u> Warsztaty profilaktyki uniwersalnej dotyczące wychowania w granicach i normach oraz modelowania relacji dzieci – nowe technologie cyfrowe oraz zachowań ryzykownych w sieci – z dostosowaniem treści do tego poziomu edukacji i rozwoju <u>Kwiecień-maj:</u> Warsztaty profilaktyki uniwersalnej dotyczące zachowań ryzykownych związanych z używaniem substancji pobudzających i energetyzujących	<u>Wrzesień:</u> Warsztaty profilaktyki uniwersalnej dotyczące wychowania w granicach i normach oraz modelowania relacji dzieci – nowe technologie cyfrowe, ze szczególnym akcentem na problemy cyberagresji <u>Kwiecień-maj:</u> Warsztaty profilaktyki uniwersalnej dotyczące zachowań ryzykownych związanych z używaniem alkoholu, tytoniu, nowych form niktynizmu i narkotyków, a także substancji pobudzających i energetyzujących	

- Ukończenie przez dziecko 18 lat nie powinno stanowić automatycznej „przepustki” do dopuszczalnych prawnie form ryzyka (np. picie alkoholu, palenie tytoniu, e-papierosy). Kluczowym argumentem jaki powinni stosować rodzice jest jasne wyjaśnienie dziecku, że tak długo jak przebywa ono w domu, to rodzice określają granice jego zachowań, socjalizacji itp. I nie ma to nic wspólnego z kategorią „wolności w pełnoletności”;
- W naszej praktyce przygotowania rodziców do funkcji „fajnego taty” i „fajnej mamy” zawsze wykorzystujemy niezwykła myśl Romana Ingardena (polskiego Arystotelesa, filozofa): *musisz być odpowiedzialny przed sobą, odpowiedzialny za siebie, odpowiedzialny za swoje czyny, odpowiedzialny za konsekwencje swoich czynów.*

Tabela 3. Ryzyka dzieci i młodzieży ujęte w kategoriach problemowych i czasowych oraz możliwości działań profilaktycznych³

Wiek dziecka	Potencjał ryzyka	Możliwe działania
Ryzyka związane z eksperymentowaniem, używaniem problemowych i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych: alkohol, narkotyki i NSP, leki stosowane niemedycznie, nikotyna, kofeina i podobne, substancje energetyzujące itp.		
0-3 4-6	Ryzyko niskie	<p>Uczenie rodziców, aby nie pili alkoholu przy dzieciach, nie używali przy nich tytoniu lub innych form nikotynizmu, zminimalizowanie używanie substancji psychoaktywnych. Dziecko nie powinno być bodźcowane takim obrazami w przekazie medialnym. W słownym dyskursie dorosłych nie powinny się pojawiać argumenty pochwalające substancje psychoaktywne (np. „ale fajne wino kupiłeś”, „to piwo jest bardzo smaczne”) lub podważające ich szkodliwość (np. marihuana to przecież lekki narkotyk”). Dziecko nie powinno także widzieć u rodziców wizualnych oznak aprobowania substancji psychoaktywnych (np. czapek i koszulek z logo marihuany).</p> <p>Obniżaniu ryzyka w przyszłości będzie także unikanie sytuacji, w której dziecko towarzyszy rodzicom przy zakupie alkoholu i tytoniu.</p> <p>Powyższa argumentacja dotyczy także leków OTC, substancji energetyzujących.</p>
7-11	Ryzyko niskie i średnie	<p>Obok treści wymienionych powyżej najważniejsze znaczenia mają:</p> <p>Właściwe modelowanie relacji dzieci – technologie cyfrowe, w tym cyfrowa kontrola rodzicielska; jednolitość zdania rodziców w kluczowych sprawach edukacyjno-wychowawczych; rozwijanie zaangażowania dzieci we wspólnotowe życie rodziny, w tym regularne (powtarzające się w określonym rytmie) wykonywanie zadań domowych;</p> <p>Realizowanie domowej profilaktyki zachowań ryzykownych związanych eksperymentami z tytoniem (nikotyną) oraz korzystania z substancji energetyzujących;</p> <p>Stymulowanie dziecka do pozytywnych zainteresowań pozaszkolnych i hobby;</p> <p>Dążenie rodziców do osobistego poznania koleżanek i kolegów w ramach zacieśniających się więzi rówieśniczych;</p> <p>Rozmowy dotyczące ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych – z wykorzystaniem medialnych informacji dotyczących tej problematyki.</p>

³ Na zachowania pełniejszej przejrzystości zastosowaliśmy podział wiekowy adekwatny do uznawanych przez psychologię faz rozwojowych dzieci i młodzieży

12-15	Ryzyko średnie	Zwiększane ryzyko eksperymentów alkoholowych i nikotynowych. Wysoki odsetek nastolatków z problemami rówieśniczymi i zaniżoną samooceną. Zagrożenia cyberagresją i nadużywaniem technologii cyfrowych Obok treści wymienionych powyżej rozumianych jako profilaktyka permanentna: Podejmowanie rozmów dotyczących rozwoju seksualnego dziecka oraz związanego z tym ryzyka; Uczenie nastolatka zachowań asertywnych w sytuacjach problemowych i ryzykownych oraz budowania pozytywnych relacji rówieśniczych; Wyraźne wiązanie poszerzanej wolności dziecka z jakością i terminowością edukacji oraz obowiązków domowych.
16-18	Ryzyko średnie i wysokie	Zwiększane ryzyko eksperymentów narkotykowych, alkoholowych i nikotynowych. Wysoki odsetek nastolatków nadużywających technologii cyfrowych. Obok treści ujętych powyżej rozumianych jako profilaktyka permanentna: Szerszy nacisk na domową profilaktykę narkotykowo-alkoholową oraz nikotynową, realizowaną w formie dialogu pozytywnego; Pogłębianie wiedzy i świadomości dziecka na temat zdrowego modelu życia oraz umiejętności rozwiązywania sytuacji trudnych, charakterystycznych dla późnej adolescencji; Zwracanie wnikliwej uwagi na kondycję psychiczną dziecka, szczególnie te jej aspekty mogące mieć związek z relacjami rówieśniczymi.

W profilaktyce zachowań ryzykownych spotykamy się także z sytuacjami szczególnie krytycznymi.

4. Zaniżona samoocena i myśli samobójcze dzieci i młodzieży

Opisywane poniżej problemy mają szczególnie ciężki wymiar gatunkowy – mówimy o sytuacjach, które mogą skrócić życie dziecka i być źródłem wielowymiarowego cierpienia rodziny i bliskich. Podejmując to zagadnienie koniecznym jest wskazanie na lawinowy wzrost dzieci deklarujących problemy z samooceną i myśli samobójcze, tak jak gwałtownie wzrosła liczba prób samobójczych wśród nieletnich. Wielu badaczy oraz psychiatrów wskazuje na pandemię (zamknięcie w domach, izolacja od środowiska) jako jedną z głównych przyczyn „ucieczek od życia”. Jest w tym wiele prawdy, ale koniecznym jest wskazanie na inne, trwające znaczenie dłużej procesy i zjawiska, które doprowadziły do zaburzeń równowagi psychicznej oraz zaniku więzi z otaczającym środowiskiem. Ponieważ w obszarze mojej pracy są także

takie dzieci i młodzi dorośli poniższe uwagi mają mocne podstawy do wielopłaszczyznowej profilaktyki.

Na wstępie koniecznym jest stwierdzenie o konieczności natychmiastowej konsultacji i opieki psychiatrycznej w przypadku próby targnięcia się na życie. Nie dlatego, że pomoc psychopedagogiczna może być błędna – być może wsparcie będzie musiało być wzmocnione farmakoterapią (krótko lub długoterminową). Ta zaś jest sferą zastrzeżoną dla lekarzy. W etapie kolejnym konsultacjom psychiatrycznym powinna towarzyszyć psychoterapia (w szerokim spektrum form i modeli, co już kwestią wyboru rodziców dziecka jak i jego samego). Ważne jest aby między pacjentem a terapeutą wytworzyła się silna więź zaufania, bowiem warunkuje ona skuteczne poszukiwanie przyczyn i prób samobójczych (a te mogą być ukryte w dalekiej przeszłości).

Delegacja profilaktyczna 14: *Każda próba samobójcza, a także zadeklarowane myślenie o samobójstwie wymaga konsultacji psychiatrycznej dziecka.*

Pośród licznych czynników jakie mogą warunkować nasilenie zaniżonej samooceny i myśli samobójczych dzieci i młodzieży analizy na poziomie indywidualnego przypadku wymagają:

- Kondycja rodziny, szczególnie występowanie w nich kryzysów (np. rozwodów, agresji, problemów socjalno-ekonomicznych) oraz sposobów ich rozwiązywania;
- Modele życia rodzinnego i siła więzi pomiędzy rodzicami a dzieckiem określane jako jakość wspólnotowości;
- Funkcjonowanie dziecka w środowisku rówieśniczym, szczególnie możliwość występowania konfliktów (np. presji i agresji rówieśniczej);
- Wchodzenie dziecka w nowe środowiska rówieśnicze (szczególnie przy przejściu ze szkoły podstawowej do ponadpodstawowej i zmianie szkoły po zmianie miejsca zamieszkania);
- Kryzysy osobiste okresu adolescencji (szczególnie niepowodzenia pierwszych zauroczeń i miłości);
- Modele edukacyjne preferowane przez rodziców/opiekunów (ryzyka tzw. presji edukacyjnych na dziecko i wymagalności edukacyjnej rodziców nieadekwatnej do potencjałów dziecka oraz nieuniknionych porażek edukacyjnych), jak również modele rozwoju edukacyjnego preferowane przez rady pedagogiczne (presja na wysoki wyniki edukacyjne);

Przykład: *W znanym stołecznym liceum doszło do serii prób samobójczych uczniów. Po wnikliwej diagnozie okazało się, że jego tłem była silna presja grupy nauczycieli na wysokie oceny jako wymóg, aby LO awansowało w znanym rankingu szkół średnich. Nauczyciele ci chcieli wykreować elitarny obraz szkoły, całkowicie oderwany od realnych potencjałów psycho-edukacyjnych uczniów.*

- Następstwa możliwej stygmatyzacji dziecka z powodów kulturowych, światopoglądowych, rasowych, ekonomicznych lub związanych z niepełnosprawnościami i cechami osobistymi;
- Niedostrzeżenie przez personel edukacyjny specyficznych cech dziecka wynikających z jego charakteru lub zaburzeń (szczególnie związanych ze spectrum Autyzmu);
- Jawne deklarowanie przez dziecko/ucznia zaniżonej samoceny dotyczącej potencjałów edukacyjnych, wyglądu osobistego, atrakcyjności rówieśniczej, wiedzy, sprawności itp. lub obserwowane unikanie przez dziecko różnego typu wyzwań np. sportowych, edukacyjnych, społecznych.

Na ogół objawem poprzedzającym deklarowanie myśli samobójczych bądź takie próby jest pojawienie się oznak zaniżonej samoceny. Ten sygnał wymaga szybkiej reakcji ze strony rodziców oraz wychowawców.

Przykład: *Wszystkie nastolatki i młodzi dorośli z myślami i po próbach samobójczych z jakimi pracowałem dawały wyraźne oznaki pogarszania się swojej kondycji psychospołecznej. Skutecznym sposobem podnoszenia ich samoceny było tworzenie sytuacji, w których mogły one odnosić najpierw drobne sukcesy, które spotykały się z odpowiednim wzmocnieniem werbalnym lub niewerbalnym. Tworzyliśmy także sytuacje poprzez które angażowane było ich ciało. Dzieci nabierające kondycji fizycznej lepiej wychodziły z kryzysów psychicznych. Ważną rolę w stabilizacji osób z „S” odgrywały także elementy logoterapii związane z odpowiedzią na pytania „kim jestem” (dzieckiem, synem/córką, koleżanką/kolegą, wnuczką, przyjacielem, siostrą/bratem, ...) oraz „co jest moim sensem”.*

Pojawienie się myśli „S” jest już wynikiem dłuższego - często nie zauważonego – procesu, a powrót do stabilności może być dłuższy niż on sam. Niemniej jednak aktywizowanie dziecka na różnych płaszczyznach, nawet przy jego wstępnej niechęci odgrywa ogromną rolę w powrocie do stabilności.

Delegacja profilaktyczna 15: *Powrót dziecka ze szpitala (ośrodka) po próbie „S” nie jest końcem lecz początkiem jego terapii i readaptacji społecznej. Leczenie szpitalne to jedynie zażegnanie tragicznemu finałowi. Rzeczywiste zmiany następują dopiero w naturalnym środowisku rodzinnym i rówieśniczym. Zniechęcam szkoły do podejmowania specjalnych zajęć edukacyjnych po zdarzeniach „S” ucznia. Pomoc powinna być zindywidualizowana do najbliższych przyjaciół ofiary. Podobnie – w przypadku prób dokonanych - nie jest dobrym rozwiązaniem ogłaszanie szkolnej żałoby lub organizowanie zbiorowych udziałów w pogrzebie. Powinny to być indywidualne decyzje.*

Przejawiane objawy zaniżonej samooceny, myśli i próby samobójcze są swoistym sposobem wołania o pomoc i wskazują na występowanie sytuacji, w której dziecko nie potrafi znaleźć rozwiązań konstruktywnych.



Rysunek 3. Objawy zaniżonej samooceny jako predyktor myśli i czynów „S”. Opracowanie własne autora.

Praktyka pokazuje, że pozornie banalne, a nawet społecznie akceptowane zachowania bliskich mogą prowadzić dziecko do myśli i czynów samobójczych. Chciałbym zwrócić uwagę na te, które w wypowiedziach takich nastolatków i młodych dorosłych spotykałem często:

- Negatywne wspomnienia dotyczące oceny jego własnej osoby w dzieciństwie, jako reakcja na krytykę bliskich;
- Brak reakcji psychopedagogicznej i społecznej na oznaki depresji oraz „wyczerpania energetycznego” dziecka;
- Nadmiernie krytyczni i rygorystyczni rodzice, w tym w aspekcie edukacyjnym;
- Nadmierna kontrola nad dzieckiem w okresie, gdy potrzebuje trwałych i głębszych relacji rówieśniczych (adolescencja);
- Nadmierny rygorizm religijny, blokujący zdolność dziecka do rozmawiania o problemach dorastania, szczególnie w sferze psychoseksualnej;
- Nadmiernie krytyczne i kontrolujące matki, przy cichym i podległym ojcu – ojciec bez autorytetu w rodzinie;
- Wychowanie oparte o model „poddaństwa” dziecka i kary za najmniejszą niesubordynację;
- Obiektywna niemożliwość sprostania wymogom rodziców i grupy rówieśniczej;
- Doświadczenie lub obserwacja przemocy w rodzinie;
- Brak wsparcia w kryzysach tożsamościowych i życia osobistego;

- Utrata przyjaciela;
- Nadmierna presja ocen w sytuacjach edukacyjnych i życiowych;
- Zmuszanie przez rodziców/opiekunów do naśladownictwa edukacyjnego, zawodowego, religijnego.

Delegacja profilaktyczna 16: *Dobre wyniki poprawy kondycji psychospołecznej dzieci i młodzieży o zaniżonej samoocenie i z myślami „S” uzyskujemy, gdy trafia ono na terapię niskiej samooceny realizowanej przez psychologa lub terapeutę.*

Gdy zdarzenia takie są następstwem silnej presji szkolnego środowiska rówieśniczego i istnieje ryzyko powrotu do takich zachowań rozważenia wymaga zmiana placówki edukacyjnej.

Nierzadko jest też tak, że zapędzeni w wirze codzienności nie słyszymy jasnych sygnałów dziecka, że potrzebuje ono pomocy, a nawet deklaruje nienormatywne rozwiązanie swoich problemów (wydaje rzeczy, które są dla niego cenne; szuka opiekuna dla swojego zwierzaka; ujawnia myśli rezygnacyjne p.: „nie chce mi się żyć”, „nie wytrzymuję już tego”, „tracę sens życia”, „życie jest beznadziejne”, „to wszystko mnie przytłacza”, „jestem skrajnie zmęczony/a”, „życie nie ma sensu”); deklaruje myśli samobójcze np.: „uduszę się”, „chyba się powieszę”, „zabiję się”, „chcę się zabić”, „po co mi takie życie”, „śmierć to zbawienie”, „chcę umrzeć”, „nie chcę tak dłużej żyć”). Takich sytuacji nie wolno lekceważyć.

Delegacja profilaktyczna 17: *Myśli „S” mogą być też konsekwencją jednostkowych kryzysów, szczególnie gdy życiu dziecka towarzyszy wiele obciążeń. Dobre wyniki we wsparciu i terapii uzyskujemy, gdy rodzice dokonają przewartościowania oczekiwań wobec dziecka (nie każde dziecko lekarzy musi zostać lekarzem, tak jak nie każde dziecko nauczyciela musi być super uczniem). Jednostkowe kryzysy może także łagodzić (co nie zmienia potrzeby głębszego wglądu w kondycję dziecka) wspólny wyjazd, spełnienie tłumionych zewnętrznie oczekiwań związanych z czasem wolnym, kulturą, rekreacją, sportem.*

Nie sposób także pominąć tzw. masek depresyjnych, które są niczym innym jak sygnałem o ryzyku „S”. Literatura tematu najczęściej wymienia cztery ich typy:

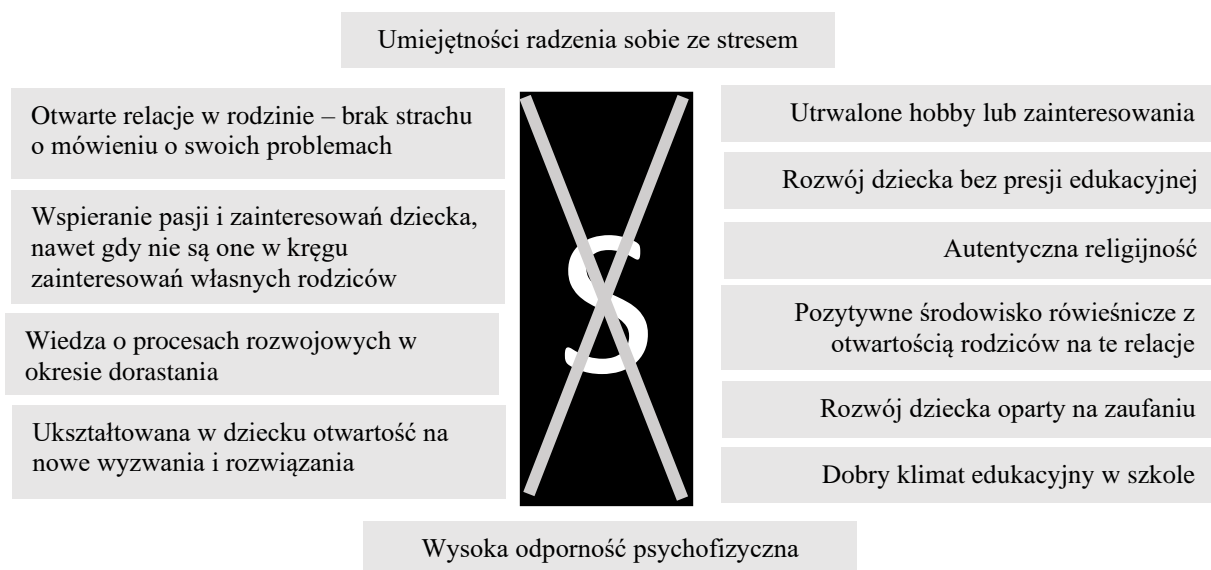
- *Maski somatyczne:* dłuższe bóle brzucha i głowy bez objawów medycznych, męczliwość, moczenie nocne, widoczny spadek łaknienia, dłuższe trudności z zasypianiem i snem;
- *Fobie szkolne:* niechęć do edukacji szkolnej i nauki, widoczne trudności z koncentracją uwagi przy nauce, odmawianie uczęszczania do szkoły, zaniedbywanie obowiązków związanych z edukacją (np. nieodrabianie lekcji, częste zapominanie stroju na w-f);

- *Niechęć do aktywności*: auto izolacja domowa dziecka, odmowa wspólnotowych form życia w rodzinie, izolowanie się dziecka w pokoju, deklarowanie poczucia bezradności w sytuacjach wymagających inicjatywy i działania, fantazjowanie;
- *Zachowania antyspołeczne*: autoagresja i samookaleczenia, szkodliwe używanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych, nadmierna buntowniczność, ucieczki dziecka z domu, wagarowanie, przejawy agresji wobec osób bliskich.

Niektóre z powyższych cech są charakterystyczne dla adolescencji, ale w przypadku myśli „S” są one bardziej nasilone i często współwystępują ze sobą.

Delegacja profilaktyczna 18: *W ostatnich latach spotkałem się z wieloma przypadkami procesów zmierzających do czynów „S” o charakterze długotrwałych procesów, związanych z naśladowaniem wzorów „motyli”, czyli uciekania od życia poprzez zdeterminowaną anoreksję.*

W ocenie myśli i czynów „S” szczególnej uwagi wymagają czynniki, które przed nimi chronią. Można je ująć w trzech grupach, co prezentuję w formie graficznej.



Rysunek 5. Ważne czynniki ochronne myśli i czynów „S”. Opracowanie własne autora.

5. Podsumowanie

Zachowania ryzykowne i problemowe dzieci są częścią procesu ich dorastania, czego w formach akceptowalnych społecznie nie powinniśmy się bać, co więcej niektóre typy ryzyka są dziecku niezbędne do budowy silnej psychiki oraz umacniania jego pozycji w środowisku. Sprawnie realizowany proces wychowania powinien być ukierunkowany nie tylko na

wyjaśnianie szkodliwości ryzyka, ale także przygotowanie (psychofizyczne i społeczne) do rozważnej i mądrej konfrontacji z ryzykiem. Może temu służyć np. wprowadzanie dziecka przez rodzica w to, co coraz trudniejsze, co wymaga odwagi, skupienia i odpowiedzialności (np. wspólne ćwiczenie na skałkach, spływy kajakowe, parki linowe, jazda terenowa na rowerach) Budowanie dobrych relacji w rodzinie jest bardzo skutecznym i sprawdzonym sposobem ich zapobiegania, relacji opartych na wymagalności i zaufaniu, poszerzaniu praw i wymagalności obowiązków, otwartości na odmienne zainteresowania dzieci przy jednoczesnej dbałości o jakość kultury (materialnej i duchowej) ich świata.

Delegacja profilaktyczna 19: *Dziecko konfrontujące swoje zdolności i umiejętności z coraz trudniejszymi wyzwaniami staje się silniejsze psychofizycznie. To sprzyja jego lepszej samoocenie oraz zrozumieniu sytuacji, które mogą być dla niego ryzykowne. Zamiast zabraniać córce lub synowi wyjścia na dyskotekę, le[piej] zawczasu je do tej formy rozrywki przygotować np. poprzez poznanie koleżanek i kolegów z którymi tam idzie, poczytanie o tej dyskotece oraz rozmawianiu o granicach wolności. Takie podejście buduje dobre relacje pomiędzy dziećmi i rodzicami..*

Kluczem do dobrych relacji jest takie wychowanie dziecka, aby widziało ono sens swojego życia i dostrzegało ten sens nawet w sytuacjach trudnych (Frankl, 2011) oraz ich budowanie w oparciu o weryfikowalne naukowo fazy rozwoju dziecka (Trempała, 2011), a nie dominację dobrobytu nad dobrostanem.

Podstawowe zasady w profilaktyce ryzyka i dobrych relacji

- 1) W wychowaniu nie ma tematów tabu – czas i sposób ich podejmowania powinien być zależny od rozwoju dziecka.
- 2) Zbytняя wolność i wychowanie przez zakazywanie lub/i karanie są całkowicie nieskuteczną metodą wychowawczą – wtedy dzieci częściej i mocniej ryzykują. Nie bij, nie krzycz, nie używaj przemocy fizycznej i psychicznej wobec dziecka.
- 3) Wobec wszystkich dzieci stosujemy te same zasady, postępujemy według podobnych reguł. To tworzy dobre relacje.
- 4) W kluczowych sprawach dotyczących wychowania i rozwoju dziecka tata i mama powinni prezentować jednolite stanowisko.
- 5) Pierwszym wzorem zachowania dla dziecka są rodzice i starsze rodzeństwo.
- 6) Kluczowym czynnikiem ochronnym przed zachowaniami ryzykownymi jest spójny, jednolity i oparty o zaufanie system rodzinny.
- 7) Dzieci mniej ryzykują (negatywnie) jeśli tak samo postępują rodzice – pierwszym negatywnym wzorcem używania substancji psychoaktywnych są rodzice.
- 8) Im lepiej znamy środowisko rówieśnicze dziecka, tym jest ono bezpieczniejsze.
- 9) Zamiast „NIE” lepiej powiedzieć „Dlaczego NIE” – wyjaśnianie jest zawsze lepsze. Stosuj dialog motywujący, to sprzyja dobrym relacjom.
- 10) Spory nastolatka z rodzicami są naturalną częścią jego rozwoju – jasne określanie granic zachowania, wolności, czasu i przestrzeni sprzyja ograniczeniu ryzyka negatywnego i buduje dobre relacje.
- 11) Nie bij, nie krzycz, nie stosuj. Jeśli dziecko wie, że będzie wysłuchane – nie wejdzie w ryzyko destrukcyjne.
- 12) Rozmawiaj – w odpowiednim wieku – z dzieckiem o niebezpiecznych używkach, dojrzwaniu seksualnym, znaczeniu snu dla jego edukacji, stabilności emocjonalnej i rozwoju.
- 13) Zawsze łącz prawa dziecka z jego obowiązkami. jedno prawo = jeden obowiązek, dwa prawa = dwa obowiązki, ...
- 14) Nigdy nie wywieraj presji edukacyjnych na dziecko, nie czyn z niego swojej kopi lub obiektu marzeń.
- 15) Podstawowym fundamentem chroniącym dziecko przed złym ryzykiem są jego silne sumienie, wartości moralne, dobre relacje oraz wspólnotowość rodziny.

Bibliografia

1. Dziewiecki M. (2020), *Człowiek uzależniony*, Warszawa: Raj Media.
2. Giussani L. (2002), *Ryzyko wychowawcze*, Kielce: Jedność.
3. Grzelak Sz., red. (2015), *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży*, Warszawa: ORE.

4. Jędrzejko M., Taper A., Kozłowski T (2021), *Cyberzaburzenia – cyberuzależnienia*, Ostrowiec Świętokrzyski: Wydawnictwo WSBiP.
5. Frankl V. (2011), *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Warszawa: Czarna Owca.
6. Ostaszewski K. (2014), *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*, Warszawa: IPiN.
7. Ryś M. (1998), *Rola rodziny w przygotowaniu dzieci i młodzieży do życia w małżeństwie i rodzinie*, w: *Studia nad Rodziną* 2/1/1998, s. 33-45.
8. Sierosławski J. (2020), *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 roku*, Warszawa: KBPN, PARPA, IPiN.
9. Sołtysiak T., Oliwa M. (2023), red., *Pandemia koronawirusa – od wyzwań i dramatów do działań*, Toruń: Akapit.
10. Trempała J. (2011), red., *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa: PWN.

Źródła internetowe

1. Greszta, E., Świdarska, J., Zalewska-Łunkiewicz, K., Obidziński, M., Hamer, K., Ryś, M. (2021). *Gender differences in patient-perceived changes to the system of values after a cancer diagnosis. Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.007> (dostęp: 20.11.2023 r.)
2. https://cdn.pixabay.com/photo/2017/09/05/11/37/baby-2717347_960_720.jpg (dostęp: 29.11.2023 r.)

Część II

Wspomaganie więzi rodzinnych – relacje między małżonkami

dr hab. Marta Komorowska-Pudło prof. USz

Uniwersytet Szczeciński

Podczas zawierania małżeństwa kobieta i mężczyzna przyrzekają sobie i podpisują umowę dotyczącą relacji między nimi. Odnosi się ona do praw i obowiązków w zakresie wspólnego pożycia, wzajemnej pomocy, wierności, współdziałania dla dobra rodziny, wspólnego rozstrzygnięcia ważnych spraw, zaspokajania potrzeb psychicznych, głównie uczuciowych, a także wszystkich potrzeb innych członków rodziny oraz w zakresie wychowywania dzieci. Wzajemne zobowiązania oparte są na wspólnej przysiędze miłości, uczciwości, wierności i trwałości lub przyrzeczeniu dbałości o zgodność, szczęście i trwałość, wyznaczających ukierunkowanie na tworzenie więzi osobowej między nimi (zob. Kodeks, 1983; Ustawa, 1964).

1. Role, obowiązki, oczekiwania w małżeństwie

Główne wymiary i jednocześnie cele funkcjonowania małżeństwa we wzajemnej relacji kobiety i mężczyzny to miłość, więź, współdziałanie w realizacji wspólnych planów i zadań oraz wspólnego dobra, seksualność, wzajemna satysfakcja emocjonalna, osiągnięcie szczęścia małżeńskiego, wzajemna komunikacja, wzajemne zaspokajanie potrzeb, pomoc, dbałość o ekonomiczne bezpieczeństwo rodziny, pragnienie, posiadanie oraz wychowanie dzieci (Szopiński, 1980; Braun-Gałkowska, 1985; Janiszewski, 1986; Janicka, Niebrzydowski, 1994).

Współcześnie obserwowane są zmiany oczekiwań małżonków wobec siebie. Upowszechnia się indywidualizacja relacji wewnątrz rodziny i przewaga potrzeb indywidualnych nad małżeńskimi lub rodzinnymi. Jednocześnie coraz większe są oczekiwania i wymagania małżonków w zakresie wzajemnej relacji - dotyczą one np. pracy nad osobowością każdego z nich, dbałości o własną tożsamość, respektowania potrzeb obojga i różnic psychologicznych, jakie są między nimi, możliwości indywidualnego rozwoju, respektowania systemu wartości, norm i granic, sposobów ujawniania intymności

i zaangażowania we wzajemną relację oraz w pracę nad jakością związku. Badacze tej problematyki zauważają, że coraz mniej jest normatywnych nakazów dotyczących funkcjonowania małżonków we wzajemnej relacji, także w zakresie stereotypowych ról płciowych. Każda para w sposób indywidualny kształtuje swoją więź (zob. Bieńko, 2008–2009). Coraz częściej partnerzy opierają swe relacje na tolerancji, poszerzaniu sfery własnej wolności, zaufaniu i otwartości (Żurek, 2010)., co może mieć znaczenie w budowaniu trwałości związku oraz tworzeniu silnych więzi pomiędzy małżonkami.

W badaniach sprzed prawie trzydziestu lat respondenci wybierali czynniki prowadzące do wyboru małżonków. Są one bezpośrednio związane z oczekiwaniami od związku. Respondenci zwracali uwagę na miłość, pragnienie doznawania szczęścia, wspólne zainteresowania, podobieństwo poziomu intelektualnego, usposobienia i wykształcenia, zdolności komunikacyjne, potrzebę stabilizacji uczuciowej, atrakcyjność fizyczną, pragnienie uregulowania życia seksualnego, status społeczno-ekonomiczny, pragnienie posiadania dziecka, konkretne oczekiwania dotyczące zachowań małżonka wobec siebie, np. wierność, opiekuńczość, gospodarność oraz wybór partnera podobnego do rodzica płci odmiennej, gdy był on rodzicem kochającym lub całkiem różnego od niego, gdy był rodzicem postrzeganym negatywnie (Stępniań-Łuczywek, 1997). Wśród oczekiwań od małżeństwa poza miłością Maria Ryś (1999) dodaje jeszcze realizację wspólnych wartości i planów życiowych.

Z kolei w badaniach Davida Bussa (1989, za: Wojciszke, 2010) wśród najważniejszych oczekiwań od przyszłego współmałżonka znalazły się: wzajemna miłość i zafascynowanie, niezawodność, dojrzałość i zrównoważenie emocjonalne, miłe usposobienie, dobre zdrowie, wykształcenie i inteligencja, towarzyskość, pragnienie posiadania domu i dzieci, kultura osobista, schludność, dobra prezencja, ambicja i przedsiębiorczość, gospodarność, umiejętność gotowania, dobre perspektywy finansowe, podobny poziom wykształcenia, wysoka pozycja społeczna, to samo wyznanie, podobne poglądy polityczne. Wśród dominujących oczekiwań od wspólnej relacji małżeńskiej znajdują się przyjaźń, podobieństwo w poglądach na temat wspólnego życia, dobór seksualny, wspólne intelektualne rozważania (Bieńko, 2008–2009). W badaniach Anny Siudem (2005) młodzi dorośli wśród składników idealnego małżeństwa, a więc oczekiwań wpływających na poziom poczucia doboru partnerów, wymieniali, w kolejności malejącej, wzajemną miłość i jej okazywanie, wierność, zaufanie, pomoc w trudnościach, udane życie seksualne, zdolność do przebaczenia, szacunek, wychowywanie dzieci, wspólne podejmowanie decyzji, wyrozumiałość, troskliwość, poczucie bezpieczeństwa i wspólne spędzanie czasu wolnego.

Badacze tej problematyki Jan Rostowski i Mieczysław Płopa (Płopa, 2006; por.

Rostowski, 2014; Komorowska-Pudło, 2019) mierzyli poziom satysfakcji z samorealizacji kobiet i mężczyzn w rolach małżeńskich.

Uwaga psychopedagogiczna: Z badań wynika, że żony są zdecydowanie mniej usatysfakcjonowane z własnej samorealizacji w tych rolach i z pełnienia ról małżeńskich przez ich mężów. Często zdarza się bowiem, że wykonują zadania związane z własnymi rolami oraz zadania, które w ich przekonaniu powinni wykonywać mężowie, szczególnie w zakresie dotyczącym utrzymania domu i wychowywania dzieci.

Wybór ról małżeńskich może wiązać się z charakterem płci psychologicznej. Badaczka tej problematyki Sandra Bem (2000) opisuje cztery typy płci psychologicznej:

- Osoby o płci psychologicznej określonej *seksualnie*, których cechy psychiczne odpowiadają w pełni ich płci biologicznej (tzw. kobiece kobiety i mężczy mężczyźni) pełnią zwykle role społeczne odpowiadające stereotypom kulturowym i tzw. tradycyjnie rozumiane jako męskie lub kobiece;
- U osób *androgynicznych* (tzw. kobiety i mężczyźni posiadający cechy kobiece i męskie, nasilone w podobnym, wysokim stopniu, niezależnie od płci biologicznej) poza typowymi rolami związanymi z rodzicielstwem (poczęcie, ciąża, poród, karmienie piersią) mężczyźni i kobiety z tych grup mogą uzupełniać się i wymieniać różnymi zadaniami pełnionymi w małżeństwie i w rodzinie
- Osoby z trzeciej grupy, u których brak jest wyraźnych cech określających płęć psychiczną (*płęć psychologiczna nieokreślona seksualnie* - kobiety i mężczyźni, którym brakuje wyraźnie ukształtowanych cech kobiecych i męskich) może pojawić się trudność z funkcjonowaniem w rolach małżeńskich w związku z brakiem odczuwanych priorytetów dotyczących preferencji w działaniach na rzecz związku lub rodziny.
- Ci, którzy cechują się odwróceniem cech psychicznych w odniesieniu do płci biologicznej (nie wolno mylić tej grupy z osobami transseksualnymi) – tzw. osoby o *płci psychologicznej krzyżowo określonej seksualnie* (męskie kobiety i kobiece mężczyźni) bardziej są usatysfakcjonowane wypełnianiem zadań rozumianych stereotypowo jako męskie lub żeńskie odpowiadające płci odmienne.

Z badań wynika, że płęć psychologiczna wiąże się z funkcjonowaniem respondentów i przebiegiem ich wzajemnych relacji w małżeństwie.

Uwaga psychopedagogiczna: *Najbardziej satysfakcjonujące relacje małżeńskie przeżywają kobiety o płci psychologicznej androgynicznej i określonej seksualnie. Zdecydowanie mniej satysfakcjonujące relacje z mężami mają kobiety o płci psychologicznej nieokreślonej seksualnie, a najmniej satysfakcjonujące kobiety o płci psychologicznej krzyżowo określonej seksualnie. Najbardziej satysfakcjonujące relacje małżeńskie przeżywają mężczyźni o płci psychologicznej krzyżowo określonej seksualnie, nieco mniej, ale również satysfakcjonujące mężczyźni o płci psychologicznej androgynicznej, a najmniej o płci psychologicznej nieokreślonej i określonej seksualnie (Komorowska-Pudło, 2018, badania niepublikowane).*

2. Wiąż małżeńska jako fundament relacji rodzinnych

Wiąż to związek między osobami, przejawiający się w dynamicznej, interpersonalnej relacji. Opiera się na mechanizmach przywiązania, na procesach emocjonalnych, poznawczych i motywacyjnych oraz na zachowaniach wiążących (np. przytulenia, pocałunki, miłe spojrzenia), które pozostają w sprzężeniu zwrotnym. W odniesieniu do małżonków w różnych okresach życia i w odniesieniu do różnych sytuacji bądź problemów może mieć zmienną siłę i strukturę (zob. Szopiński, 1973; Greszta, 2000; Reber, 2000).

Uwaga psychopedagogiczna: *Wiąż małżeńska jest fundamentalnym czynnikiem scalającym małżeństwo i stanowi najważniejszą relację w rodzinie (Błasiak, 2012). Wiąże się ona bezpośrednio z poczuciem satysfakcji z małżeństwa i stanowi podstawę wspólnego życia partnerów (Szopiński, 1976; Szopińska, Szopiński, 1980; Szopiński, 1981).*

W określaniu wiąż badacze wymieniają różne jej synonimy, m.in. przywiązanie, miłość, przyjaźń, czy wiąż emocjonalna (Greszta, 2000). Zauważenia wymaga, że opis wiąż małżeńskiej w dużym stopniu pokrywa się z opisem miłości. W badaniach dotyczących uwarunkowań i przejawów wiąż małżeńskiej zdecydowana większość danych pokryła się z tymi, które dotyczyły uwarunkowań i przejawów miłości (Komorowska-Pudło, 2019). Współcześnie o *miłości* mówi się jako o postawie wobec drugiej osoby w zakresie komponentu poznawczego (rozumienie, spostrzeganie, ocena partnera i myślenie o nim), emocjonalno-motywacyjnego (emocje, uczucia i gotowość do różnych sposobów zachowania się wobec partnera) i behawioralnego (podejmowanie zachowania wobec partnera). Wszystkie elementy definiowania miłości są spójne z tym, o czym mówi się w opisie łączącej współmałżonków wiąż, tak w zakresie uwarunkowań, jak i przejawów. Trafne dla tych pojęć jest określenie miłości przez Włodzimierza Szewczuka. Píše on, że jest to „Bardzo silne i z reguły trwałe

powiązanie emocjonalno-poznawcze człowieka z obiektem miłości, wyrażające potrzebę kontaktu z nim, zajmowanie przez ten obiekt centralnego miejsca w życiu jednostki, gotowość do rezygnowania z wielu spraw osobistych” (Szewczuk, 1985, s. 156).

Mówiąc o więzi i miłości łączącej małżonków nie sposób nie wspomnieć o pojęciu *relacji małżeńskich*. Są one określane jako suma interakcji, które są między nimi (zob. Harwas-Napierała, 2006) oraz jako ich wzajemny stosunek do siebie (Okoń, 2001) zawierający to, co obejmuje myśli i uczucia partnerów w związku z powtarzającymi się między nimi interakcjami (Hinde, 1979, za: Gałkowska, 1999). Socjolog Anthony Giddens (2006) zalicza relację małżeńską do tzw. czystej relacji, czyli idealnego typu związku. Jest ona relacją emocjonalną, wartościową, z jednej strony trudną, a z drugiej satysfakcjonującą, wymagającą stałej pracy nad jej kształtowaniem i utrzymaniem oraz dbałości o jakość związku.

3. Wzmacniające i destabilizujące składniki więzi małżeńskiej

W literaturze poświęconej więzi małżeńskiej można spotkać się z kilkoma teoriami dotyczącymi tej problematyki. I tak Józef Szopiński (1980) stworzył bezcenny kwestionariusz mierzący więź łączącą małżonków, opisując składowe współodczuwania, współrozumienia i współdziałania. Z kolei Robert Sternberg (1986) mówiąc o miłości wskazywał na namiętność, intymność i zobowiązanie. Dla wielu badaczy więź jest tożsama lub prawie tożsama z miłością. Mierząc jakość małżeństwa Jan Rostowski i Mieczysław Płopa (Płopa, 2006) mówili o intymności, poczuciu podobieństwa i samorealizacji, a także o poczuciu rozczarowania z wzajemnej relacji. Z kolei Graham Spanier (1976) mierząc jakość związku analizował takie wymiary więzi małżeńskiej, jak satysfakcja, zgodność, spójność i możliwość ekspresji emocji. Pod każdym z tych wyżej wymienionych wymiarów znajdują się szczegółowe ich elementy, powtarzające się w koncepcjach tych autorów. W związku z tym można podjąć próbę ich skonkretyzowania. Pozwoli to spojrzeć na składniki relacji jako na pewne zadania, które jeśli byłyby spełniane przez małżonków stanowiłyby o wysokiej jakości łączącej ich więzi, natomiast jeśli byłyby w relacji pary pomijane, mogłyby stanowić ryzyko osłabienia jakości ich związku, destabilizacji więzi małżeńskiej i ostatecznie jej rozpadu.

3.1. Sposoby budowania więzi satysfakcjonującej małżonków i przeciwdziałające jej destabilizacji oraz powstawaniu ryzyka jej rozpadu

Poznanie sposobów budowania relacji satysfakcjonującej małżonków i przeciwdziałania destabilizacji lub rozpadowi związku jest możliwe m.in. dzięki analizie szczegółowych elementów więzi małżeńskiej. Im większa częstotliwość wzajemnego doświadczania niżej wymienionych zachowań i przeżyć, tym bardziej satysfakcjonująca jest jakość więzi małżonków. Im wyższy jest poziom zadowolenia małżonków z wzajemnej relacji, tym rzadziej dochodzi do ryzyka pojawiania się dysfunkcji w związku i różnych objawów wskazujących na destabilizację więzi. Można więc też powiedzieć, że dbałość partnerów o niżej wskazane zachowania wobec siebie nawzajem, to równoczesne sposoby przeciwdziałania destabilizacji owej więzi.

Ze względu na to, że Krystyna i Józef Szopiński (1980; por. Szopiński, 1973; Szopiński, 1977; Szopiński, 1980) niezwykle trafnie opisali elementy składające się na więź łączącą małżonków w zakresie współodczuwania, współrozumienia i współdziałania, ich koncepcja będzie wyjściową do analizy zachowań kobiet i mężczyzn wobec siebie w zakresie zadań składających się na jej budowanie. Ich klasyfikacja obejmuje:

- *Zachowania wobec współmałżonka/ki w sferze współodczuwania:* wczuwanie się w przeżycia partnera – empatia; uczuciowe uczestniczenie w jego radościach i smutkach; wyobrażanie sobie, co druga osoba odczuwa; wyczuwanie nastrojów i samopoczucia partnera; przebaczenie; zaufanie; tęsknota w dłuższej rozłące; pamięć o wspólnych rocznicach i ważnych datach; wyczuwanie, czym można sprawić radość współmałżonkowi; czułość i troskliwość wobec siebie wzajemnie; wspólne przeżywanie kłopotów; pragnienie bliskości w trudnych chwilach; radość z powodzeń współmałżonka; zwracanie uwagi na samopoczucie po pracy domowej lub zawodowej; wyrozumiałość; dobre samopoczucie i poczucie bezpieczeństwa w relacji; dbałość o miły nastrój przed zbliżeniem fizycznym; uwzględnianie życzeń we współżyciu seksualnym; poczucie bliskości po współżyciu seksualnym; uwzględnianie samopoczucia podczas inicjowania współżycia seksualnego; satysfakcja psychiczna z życia seksualnego; okazywanie zainteresowania przeżyciami po zbliżeniu fizycznym.
- *Zachowania wobec współmałżonka/ki w sferze współrozumienia, czyli kontaktu umysłowego małżonków ujawnianego poprzez komunikację:* wymiana wrażeń

i spostrzeżeń na temat różnych faktów oraz refleksji na ich temat; dzielenie się własnymi doświadczeniami; wspólne rozwiązywanie wszystkich ważniejszych problemów; rozumienie się w wielu sprawach; mówienie o swoich osiągnięciach; rozmawianie o wszystkim, szczególnie o ważnych sprawach (bez tajemnic) – dialog; mówienie o wszystkich swoich obawach, kłopotach, troskach; poznawanie przyczyn różnych emocji; zainteresowanie przyczynami trosk współmałżonka; okazywanie zadowolenia z bycia z nim; wyrażanie bez obawy swoich życzeń; wyrażanie własnych potrzeb i celów; mówienie o błędach bez urażania godności współmałżonka; dawanie do zrozumienia zadowolenia z relacji; łagodzenie drażliwych sytuacji; rozumienie potrzeby kontaktu współmałżonka z rodziną pochodzenia; myślenie, rozważanie nad usłyszanyimi uwagami; zwracanie się po radę do współmałżonka; wzajemne zrozumienie; otwartość na przyjmowanie porad; otwartość i takt w kierowaniu różnych uwag do małżonka; umiejętność przyjmowania takich uwag od niego; poczucie coraz lepszego wzajemnego porozumienia; gotowość obojga do rozwiązywania konfliktów; docenianie pracy domowej i zawodowej współmałżonka; przyznawanie się do winy; wspólne planowanie liczby dzieci w rodzinie; podobieństwo poglądów na temat wychowania dzieci; zaakceptowanie partnera takim, jaki jest; dążenie do równego traktowania siebie przez partnerów.

- *Zachowania wobec współmałżonka/ki w sferze współdziałania:* wspólne dążenia małżonków; wspólne planowanie i podejmowanie inwestycji; wspólne robienie ważniejszych zakupów; wspólne uzgadnianie metod planowania rodziny; współpraca w wychowaniu dzieci; otaczanie opieką współmałżonka, gdy tego potrzebuje; spędzanie razem wolnego czasu; wspólne rozrywki; wspólna troska o porządek w domu; równość głosu we wszystkich sprawach; wzajemne wsparcie; zdolność do poświęceń na rzecz współmałżonka; gotowość do kompromisów; uznawanie podobnych wartości w życiu; docenianie osiągnięć współmałżonka; uznawanie sensu wierności i dochowywanie jej przez współmałżonków; dbałość o rozwój przyjaźni między małżonkami; posiadanie wspólnych przyjaciół; pomoc w osiągnięciach życiowych; zdolność do poświęceń; wyznawanie tych samych zasad moralnych; pokonywanie pojawiających się w związku i rodzinie trudności; ratowanie związku w kryzysach małżeńskich; odpowiedzialność za podejmowane w różnych sytuacjach decyzje.

Zagadnienia zawarte w pozostałych teoriach przedstawianych przez innych autorów na temat budowania satysfakcjonujących więzi małżeńskich stanowią uzupełnienie zadań opisanych powyżej (zob. Lewis, Spanier, 1979; Braun-Gałkowska, 1985; Sternberg, 1986; Rostowski, 1987; Janicka, Niebrzydowski, 1994; Wojtyła, 1994; Chapman, 1995; Buss, 1996; Nęcki, 1996; Sternberg, 1997; Kuczyńska, 1998; Ryś, 1999; Wojtyła, 2001; Rostowska, Rostowski, 2002; Bee, 2004; Fromm, 2006; Plopa, 2006; Ryś, 2006; Buss, 2007; Clark, Monin, 2007; Fehr, 2007; Sternberg, 2007; Wojciszke, 2010; Ryś, 2010; Ryś, 2012; Rostowski, 2014; Rostowski, Rostowska, 2014).

Wśród szczegółowych elementów tworzenia i podtrzymywania satysfakcjonującej więzi małżeńskiej inni autorzy wymieniają jeszcze (poza ww.):

- *w obszarze dbałości o własny rozwój i autonomię*: dbałość o rozwój osobisty; dbałość o zaspokajanie potrzeb; poczucie jedności przez zachowanie odrębności; dbałość o własny dobrostan; dbałość o zachowanie własnej tożsamości i autonomii; łatwość i swobodę w ujawnianiu poglądów, postaw, potrzeb, i uczuć; niezależność; poczucie wolności; możliwość wyboru; dbałość o samorealizację w związku i poza nim;
- *w obszarze dbałości o rozwój i samopoczucie współmałżonka*: akceptację współmałżonka; tolerancyjność; dbałość o jego dobrostan; dawanie dobra partnerowi; systematyczne poznawanie partnera; aktywne koncentrowanie się na sprawach życiowych i rozwoju ukochanej osoby; stwarzanie warunków do rozwoju współmałżonka; okazywanie zainteresowania sukcesami i trudnościami partnera; okazywanie partnerowi jego ważności; dostrzeganie i pomoc w realizacji jego potrzeb i pragnień; aprobatę przyjaciół partnera; aprobatę jego pracy zawodowej; aprobatę jego zainteresowań; troskę o szczęście i zadowolenie partnera; pozytywne ustosunkowanie się do partnera;
- *w obszarze dbałości o relację partnerską*: stałą pracę na rzecz budowania relacji; przejawianie częściej pozytywnych niż negatywnych zachowań; przechodzenie od postawy biorcy do postawy dawcy; dbałość o integrację małżonków; przechodzenie od formuły „ja” i „ty” do formuły „my”; ujawnianie siebie; autentyczność; życzliwość; wrażliwość; szczerość; uczciwość; szacunek; ciepło; wielkoduszność; lojalność; otwartość; dzielenie się tym, co jest własne; poczucie jedności; poczucie odpowiedzialności za atmosferę relacji; równouprawnienie; partnerstwo; serdeczność; wspólnotowość; kooperację; uprzejmość; grzeczność; dostosowywanie; spontaniczność; cierpliwość; świadomość współzależności ze współmałżonkiem w uczuciach, myślach i działaniach; wzajemność; równość posiadanych praw w związku; intymność; dbałość o prezenty materialne i niematerialne; dzielenie się poglądami; tworzenie wspólnej

hierarchii wartości; tworzenie wspólnej historii związku; dbałość o poczucie szczęścia i psychiczne pokrewieństwo; systematyczne pogłębianie relacji; dostosowanie własnych działań dla wspólnego dobra;

- *w obszarze dbałości o swobodną skuteczną komunikację werbalną i niewerbalną:* dbałość o pełną i pozytywną komunikację; rozwiązywanie problemów powstających w relacji z partnerem; dążenie do zgody, wzajemną dbałość o granice; adekwatne odczytywanie wysyłanych do siebie sygnałów; wzajemne słuchanie; rozwój wspólnego systemu komunikacji i stałych wzorców interakcji; przewidywalność zachowań partnerów wobec siebie;
- *w obszarze dbałości o doznawane uczucia:* dbałość o doświadczanie radości, czułości; okazywanie sobie uczuć; odwzajemnianie uczuć; wspólne poznawanie i współprzeżywanie stanów psychicznych i doświadczeń; poczucie wzajemnej zależności emocjonalnej; przywiązanie emocjonalne do siebie; pozwalanie sobie na ujawnianie wszystkich uczuć z kontrolowaniem granic chroniących przed przemocą i zranieniem;
- *w obszarze dbałości o sferę seksualną:* pragnienie bliskości z partnerem; dążenie do bliskości; okazywanie bliskości; dbałość o własną atrakcyjność fizyczną; fascynację partnerem; zachowania wiążące (patrzenie sobie w oczy, dotyk, pocałunki, pieszczoty, współżycie seksualne); dążenie do satysfakcjonującego pożycia seksualnego; dbałość o zgodność w sferze seksualnej; przystosowanie seksualne; dbałość o dialog na temat seksualności;
- *w obszarze dbałości o związek małżeński jako instytucji wspólnotowej:* planowanie życia małżeńskiego; wspólne cele życiowe; podobieństwo w zakresie zainteresowań; realizację zobowiązań; dbałość o sprawiedliwy podział ról i obowiązków; uzgadnianie wzajemnych oczekiwań; zdolność do rezygnacji z własnych pragnień; unikanie niebezpieczeństw dla funkcjonowania związku (np. zdrady, alkoholizm, pracoholizm, przemoc); dbałość o dobrobyt; dbałość o trwałość związku; podejmowanie wspólnych działań; budowanie gotowości do przebywania razem ze współmałżonkiem; systematyczną pracę na rzecz związku; realizowanie oczekiwań od związku; identyfikowanie się ze sobą jako para; dopasowywanie swoich ról i oczekiwań do potrzeb związku; rozwój motywacji związanej z gotowością do pracy nad związkiem; zadowolenie z pełnionych ról w małżeństwie; oddanie się sobie w relacji; pracę nad zadowoleniem z małżeństwa; dopasowywanie się do siebie; dbałość o podobieństwo w stylu życia; zgodność w planach, dążeniach i oczekiwaniach; budowanie wspólnoty religijnej; budowanie wspólnej więzi

gospodarczej; poczucie jedności w relacji; rozwój więzi towarzyskiej; rozwój więzi kulturowej; podział ról małżeńskich i rodzicielskich; wzajemne decyzje; poczucie współodpowiedzialności; przeświadczenie o satysfakcjonującym i niepowtarzalnym charakterze związku; zaangażowanie w utrzymanie domu; dbałość o sprawiedliwe obdarzanie siebie obowiązkami.

3.2. Ryzyko destabilizacji i rozpadu więzi małżeńskiej

Systematyczna praca małżonków nad jakością ich wzajemnych relacji umożliwi im dalszy rozwój i pogłębienie więzi. Ted Huston i współautorzy (za: Bee, 2004) zaobserwowali, że po roku trwania małżeństwa ilość takich zachowań u małżonków spada.

Uwaga psychopedagogiczna: *Największym niebezpieczeństwem dla jakości związku i ryzyka destabilizacji więzi jest obniżenie zaangażowania w opisanie wyżej współodczuwanie, współrozumienie i współdziałanie oraz w podejmowanie innych ww. zachowań zbliżających partnerów do siebie.*

W małżeństwach o niższym poziomie więzi jest mniej zgody między partnerami, pojawiają się problemy w komunikowaniu się, więcej konfliktów, kłótni i agresji. Mniej jest między nimi zachowań wiążących i wspierających (Gottman, 2014). Obniża się w nich poziom intymności, wkradają się do związku nuda i rutyna, mniej satysfakcjonujące staje się życie seksualne, mniej jest wspólnej radości, zadowolenia, sprawiania sobie wzajemnie przyjemności, a więcej działań sprawiających przykrość (Wojciszke, 2010). Małżonkowie spędzają ze sobą coraz mniej czasu i coraz bardziej oddalają się od siebie. Obniża się poziom ich satysfakcji z zaspokajania wielu potrzeb, które pragnęliby w relacjach ze współmałżonkiem zaspokajać.

Jednym z czynników najsilniej oddziałujących na obniżanie jakości więzi jest przejawianie wobec siebie przez małżonków różnych zachowań krzywdzących (barier komunikacyjnych i przemocy) i zapamiętywanie krzywd (Clark, Monin, 2007). John Gottman (2014) nazwał takie zachowania „czterema jeźdźcami Apokalipsy”. Po serii obserwacji sposobów komunikowania się par stwierdził, że pojawienie się w ich relacji:

- ✓ atakującej krytyki (wytykanie błędów i niedostatków, „ty zawsze/nigdy”, ocenianie, generalizowanie),
- ✓ pogardy (brak szacunku, uszczypliwe uwagi, wyszydzanie, wyśmiewanie, ironizowanie, złośliwość),

- ✓ defensywności (postawa obronna - wybuch złości lub kontratak, tzw. odbijanie piłeczki)
- ✓ obojętności (milczenie, ignorowanie, unikanie kontaktu wzrokowego, nieodpowiadanie na pytania, ucieczka w pracę),

można z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić kryzys w ich związku, a nawet wysokie prawdopodobieństwo jego rozpadu.

W wyniku zaburzeń komunikacyjnych i doświadczania zachowań krzywdzących rozpoczyna się proces różnorodnych zaburzeń w funkcjonowaniu związku (np. deprecjonowanie siebie nawzajem lub „ciche dni”), a w konsekwencji proces zaburzeń w funkcjonowaniu całej rodziny. Poprzez brak prawidłowej i efektywnej komunikacji dochodzi do nieporozumień, w wyniku czego niemożliwe staje się realizowanie poszczególnych funkcji małżeńskich: uczuciowej, społecznej, psychicznej, seksualnej, erotycznej, prokreacyjnej, ekonomicznej, egzystencjalnej i samorealizacji (Mucchielli, 1973, za: Braun-Gałkowska, 1985; Janiszewski, 1986; Janicka, Niebrzydowski, 1994), a w bezpośredniej konsekwencji także funkcji rodziny. To zwykle prowadzi do trudności w zaspokajaniu potrzeb małżonków i pozostałych członków całej rodziny i do związanej z tym frustracji.

Uwaga psychopedagogiczna: *Kumulowanie się na tym tle nieprzyjemnych emocji może prowadzić do ujawniania ich w sposób niekontrolowany w postaci wybuchów agresji werbalnej lub niewerbalnej i powstawania konfliktów. W przypadku ich nierozwiązywania dochodzi często do ujawniania się różnorodnych problemów w relacjach pomiędzy małżonkami, a także pomiędzy rodzicami i dziećmi.*

Gdy kryzys przybiera postać ryzyka rozpadu więzi małżeńskiej część par zaczyna szukać pomocy i dążyć do odbudowania relacji małżeńskich i rodzinnych, część niestety decyduje się na rozpad związku.

Niezwykle ważna dla małżonków jest świadomość, że wchodzenie w kolejne fazy życia rodzinnego wiąże się ze zmianami dotyczącymi rozwoju więzi małżeńskiej. Inaczej funkcjonuje związek, gdy nie ma dzieci, inaczej, gdy przychodzi na świat pierwsze dziecko i kolejne. Zmiany w relacjach między małżonkami mogą następować wraz z rozwojem dzieci i ujawnianiem się ich różnych doświadczeń i problemów, wraz z ich dorastaniem i odchodzeniem z domu, wraz ze starzeniem się rodziców, itp.

Uwaga psychopedagogiczna: *Jedną z przyczyn decydowania się przez młodych małżonków na rozwiązanie małżeństwa kilka lat po jego zawarciu jest brak wiedzy, że miłość ma charakter dynamiczny i zmienia się w sposób naturalny w kolejnych latach wspólnego życia pary (Wojciszke, 2010).*

Do zrozumienia specyfiki rozwoju miłości posłużyć może najpopularniejsza obecnie koncepcja miłości opisana przez Roberta Sternberga (1986). Zwykle rozpoczyna się od fascynacji, zakochania, namiętności (koncentracja na bliskości fizycznej) i idealizowania partnera. Z czasem tworzy się pomiędzy partnerami intymność (bliskość psychologiczna, intelektualna, duchowa, przyjaźń, poczucie zaufania i bezpieczeństwa), która poprzez zaangażowanie w rozwój relacji prowadzi do zobowiązania o zbudowaniu związku trwałego (małżeństwa). Na bazie występowania tych trzech elementów: namiętności, intymności i zobowiązania rozwija się miłość pełna. Trwa dopóty, dopóki wszystkie trzy komponenty miłości są aktywne. Z czasem, gdy namiętność zmniejsza się (co jest procesem naturalnym) lub zanika, relacja partnerów przekształca się w związek przyjacielski, który opiera się na intymności i zobowiązaniu. Dla jej utrzymania partnerzy muszą dbać o wzajemne przywiązanie, zaufanie i pomoc, a unikać agresji, egoizmu, braku wsparcia, nierozwiązanych konfliktów, nietolerancji, utrzymywania uczuć jedynie z obowiązku, zdrady, rozliczania win w imię tzw. sprawiedliwości.

Uwaga psychopedagogiczna: *Gdy więź małżeńska osłabia się może dojść do zaniku namiętności i intymności, powstaje tzw. związek pusty, oparty jedynie na zobowiązaniu. Ze względu na brak możliwości zaspokajania ważnych potrzeb przez małżonków w takim związku może dojść do jego rozpadu (zob. Sternberg, 1986; Wojciszke, 2010).*

„Chemia” miłości, związana z namiętnością, traktowana przez wielu partnerów jako fundament związku, jest w stanie „samodzielnie” utrzymać łączącą ich więź jedynie od około roku do trzech lat (Fisher, 2004; Tannen, 1979, za: Fisher, 2005). Jeśli nie ma zaangażowania partnerów w rozwój intymności ich związek może mieć problem z przetrwaniem. Tak często dzieje się u par w związkach kohabitacyjnych, które szybko podejmują decyzję o wspólnym zamieszkaniu i rozwijają swoją relację głównie w oparciu o namiętność. Podobnie, tak szybko słabnącą relację małżeńską można zaobserwować w zwiększającym się odsetku rozwodów właśnie po kilku latach trwania związku. Być może pary te myliły namiętność z miłością pełną. Gdy ona „zgasła” stwierdzili, że nie ma już łączącego ich uczucia. Zmniejszenie namiętności nie oznacza jej zaniku, pod warunkiem systematycznej dbałości o okazywanie sobie oznak miłości i więzi. To tak, jak z kominkiem, trzeba włożyć drwa, by ogień mógł płonąć. Gdy go nie włożymy płomień zgaśnie. Bogdan Wojciszke (2010) potwierdza zmienność jakości relacji małżonków, w zależności od fazy, w jakiej znajduje się ich związek. „(...) Satysfakcja ze

związku początkowo rośnie, potem przez trzy fazy, czyli romantyczne początki, związek kompletny i miłość przyjacielska utrzymuje się na stałym i wysokim poziomie, by następnie w fazie związku pustego i rozpadu spaść znacznie poniżej tego, co jest na początku” (tamże, s. 199). Wskazywał na to już wiele lat temu Szopiński potwierdzając, że z kolejnymi latami stażu małżeńskiego obniża się poziom więzi psychicznej partnerów i wzrasta niezadowolenie z małżeństwa. Może to być spowodowane, według badacza, zmniejszeniem lub zaprzestaniem działań małżonków na rzecz relacji i szczęścia w związku już od dnia jego zawarcia, a także przyzwyczajeniem, konformizmem oraz niechęcią do podejmowania zmian przez partnerów (Szopiński, 1977).

Do pomiaru ryzyka obniżenia lub utraty więzi służy skala pozwalająca oszacować poziom porażki, czyli rozczarowania, jakie małżonkowie mają w odniesieniu do związku. Ci, którzy mają wysoki poziom rozczarowania relacją ze współmałżonkiem mają niezaspokojoną potrzebę niezależności i autonomii wynikającej z życia w małżeństwie, nie mają poczucia przyjemności płynącej z relacji ze współmałżonkiem, odczuwają brak zaangażowania uczuciowego z partnerem i mają poczucie zawodu ze strony współmałżonka, unikają rozwiązywania problemów i przejawiają coraz mniejsze poczucie odpowiedzialności za budowany związek. Osoby te mogą też odczuwać potrzebę powrotu do domu rodzinnego, w którym wzrastali. Badania i studia omawianego tu problemu pokazują, że w takich sytuacjach małżonkowie odczuwają długotrwały rozdźwięk po konfliktach, małżeństwo jawi im się jako przeszkoda w samorealizacji poza relacją z partnerem. Lepiej się czują w sytuacjach pozamałżeńskich i pozarodzinnych. Im więcej tego rodzaju odczuć i zachowań partnerów, tym wyższy poziom rozczarowania związkiem i gotowość do jego rozwiązania (Kaźmierczak, Plopa, 2008).

4. Uwarunkowania jakości więzi małżeńskiej

Zdolność do budowania satysfakcjonującej więzi małżeńskiej wiąże się z różnorodnymi uwarunkowaniami indywidualnymi, relacyjnymi, związanymi z rodziną pochodzenia i innymi. Uświadomienie sobie tych uwarunkowań może umożliwić wielu małżonkom zrozumienie przyczyn zarówno satysfakcjonujących ich relacji, jak i powstających pomiędzy nimi trudności w komunikacji i budowaniu więzi. Dzięki posiadaniu takiej wiedzy część par może samodzielnie rozwijać swoje zasoby i wspierać się wzajemnie w rozwoju na rzecz wspólnej więzi, zanim będą potrzebowali skorzystać z poradnictwa specjalistycznego lub psychoterapii bądź zanim będą chcieli wycofać się z niełatwych dla nich relacji.

4.1. Indywidualne i osobowościowe uwarunkowania jakości więzi małżeńskiej

Im wyższy jest poziom niżej wymienionych właściwości indywidualnych małżonków oraz im bardziej są one podobne u obojga, tym wyższy jest poziom łączącej ich więzi. Do czynników tych należą: dojrzałość osobowości, poczucie tożsamości, poczucie wewnętrznej integracji, bezpieczny styl przywiązaniowy, autonomia, poczucie własnej odrębności i wolności, swoboda, obowiązkowość, odpowiedzialność, sprawiedliwość, sumienność, uczciwość, wytrwałość, zdolność do pracy nad sobą, inteligencja, mądrość, wiedza, realistyczna ocena rzeczywistości, roztropność, szersze zainteresowania, świadomość działań, twórczość, zdolność do refleksji i syntezy, bogatsza wyobraźnia, fantazja, pewność siebie, poczucie własnej wartości, wysoka samoocena, samoakceptacja, niski poziom nastawienia obronnego, niższa neurotyczność, odwaga, autentyczność, zdolność przewycięzania słabości, samokontrola, wstrzeźliwość, spokój, ugodowość, altruizm, przyjaźń, empatia, otwartość, współrozumienie, ofiarność, poświęcenie, wierność, wrażliwość, wyłączność, emocjonalność pozytywna, nadzieja, optymizm, poczucie szczęścia, radość życia, aktywność, energiczność, ekstrawersja, witalność, żwawość, umiejętności interpersonalne i rozwiązywania problemów, umiejętności komunikacyjne, rozwiązywanie konfliktów, lepsze zdrowie, w tym zdrowie psychiczne, bez skłonności depresyjnych, brak problemów z nadużywaniem alkoholu.

Z kolei cechy wpływające na mniejszą zdolność lub niezdolność do budowania i podtrzymywania więzi małżeńskiej, to: niższy poziom dojrzałości osobowości, poza bezpieczny styl przywiązaniowy (lękowo-ambivalentny, unikowy, zdeorganizowany), brak możliwości swobodnego wyboru, nieodpowiedzialność, nadmierny indywidualizm, sztywniejsze, stereotypowe myślenie i zachowania, mniejsza refleksyjność, myślenie życzeniowe, słabsza reaktywność na bodźce emocjonalne, ubóstwo przeżywania, słabsza zdolność do empatii, wyższy poziom neurotyczności, niepsychotyczne zaburzenia emocjonalne, zaburzenia psychosomatyczne, depresja, zmęczenie, przewrażliwienie, niski poziom samooceny, niski poziom samoakceptacji, konfliktowość, podejrzliwość, egoizm, koncentracja na własnych potrzebach, konsumpcyjność w zaspokajaniu potrzeb, nieustanne dążenie do stawiania na swoim, warunkowa responsywność, stawianie warunkowych zasad, brak umiejętności okazywania i przyjmowania miłości, nieumiejętność kochania innych, zazdrość, nieufność, poczucie konieczności bycia kochanym, nienasycenie miłością, uwagą i zainteresowaniem, tendencja do segregowania w pamięci pozytywnych i negatywnych

informacji na temat partnera, wyszukiwanie słabych punktów partnera lub odwrotnie, idealizowanie go, obsesja, tendencje do reakcji agresywnych i duże różnice indywidualne w cechach partnerów (Braun-Gałkowska, Walesa, 1975; McClelland, Colman, Finn, Winter, 1978; Lewis, Spanier, 1979; Braun-Gałkowska, 1985; Rostowski, 1987; Dion, Dion, 1992; Ryś, 1992; Janicka, Niebrzydowski, 1994; Chapman, 1995; Buss, 1996; Nęcki, 1996; Bakiera, Marcinkowska, 1998; Ryś, 1999; Rostowska, Rostowski, 2002; Bee, 2004; Fromm, 2006; Clark, Monin, 2007; Gawęcka, 2007; Schmitt, 2007; Hendrick, Hendrick, 2007; Ryś, 2010; Wojciszke, 2010; Oleś, 2011; Ryś, 2012; Olesiński, 2013; Rostowski, Rostowska, 2014; Rostowski, 2014; Auman, Moll, 2017).

4.2. Relacyjne uwarunkowania jakości więzi małżeńskiej

Wśród uwarunkowań wysokiej jakości więzi małżeńskiej, tkwiących w relacji partnerów, znajdują się wszystkie opisane wyżej, w części poświęconej sposobom budowania więzi satysfakcjonującej małżonków i przeciwdziałającym jej destabilizacji oraz powstawaniu ryzyka jej rozpadu. Szczególne, zaś, znaczenie dla powstawania zaburzeń w relacjach małżonków, które według wielu badaczy mogą doprowadzić do kryzysu w parze mają: brak wzajemnej akceptacji siebie i możliwości ujawniania własnej autonomii, bierność małżonków, brak otwartości i ujawniania się, nieuwzględnianie praw partnera do własnych myśli, uczuć i działań, niezaspokajanie potrzeb małżonków, próby zdominowania partnerów, wykorzystywanie wiedzy o sobie przeciwko sobie i rutyna (Szopiński 1976; Szopińska, Szopiński, 1980; Ryś, 1999; Wojciszke, 2010).

4.3. Uwarunkowania jakości więzi małżeńskiej tkwiące w doświadczeniach wzrastania w określonych rodzinach pochodzenia

Uwaga psychopedagogiczna: *Duży wpływ na jakość relacji między partnerami ma proces transmisji międzypokoleniowej i przenoszenie świadome i nieświadome wzorców relacji małżeńskich, jakie dorośli obserwowali w rodzinie pochodzenia.*

Z wielu badań wynika, że wzrastanie w domach, w których rodzice tworzyli szczęśliwe małżeństwo, w których okazywali sobie miłość i komunikowali się prawidłowo, a jednocześnie budowali atmosferę wychowawczą opartą na prawidłowych stylach wychowania i postawach

rodzicielskich, sprzyja rozwojowi zdolności u ich dzieci do budowania prawidłowych i satysfakcjonujących więzi małżeńskich i rodzinnych w dorosłości. I odwrotnie, osoby doświadczające w dzieciństwie konfliktów między rodzicami, agresji werbalnej i niewerbalnej między nimi, wzrastające z doświadczeniami przemocy psychicznej, fizycznej i zaniedbania, z doświadczeniami picia alkoholu przez nich lub innych dysfunkcji w rodzinie, a także uczestniczące w rozpadach małżeństw własnych matek i ojców, mogą mieć trudności z budowaniem satysfakcjonującej więzi z własnymi współmałżonkami w dorosłości (Lewis, Spanier, 1979; Bradshaw, 1994; Ryś, 1999; Płopa, 2008; Ziemska, 2009; Komorowska-Pudło, 2019). Badaczka tej problematyki Helen Fisher (2007) mówi o powstawaniu w umyśle i oczekiwaniach osób wzrastających w określonych rodzinach tzw. map miłości, na bazie których szukają one partnerów i opierają sposoby budowania więzi z nimi.

Uwaga psychopedagogiczna: *Ważne jest, by tworzący nowy związek małżonkowie z ostrożnością wdrażali do swoich relacji to, co nabyli we wzorcach tworzenia rodziny we własnych domach w dzieciństwie, by modyfikowali nieprawidłowe sposoby budowania relacji i rezygnowali z tych zachowań, które mogą ich relacje ze współmałżonkami zniszczyć.*

4.4. Inne uwarunkowania jakości więzi małżeńskiej

Badacze wskazują także na grupę innych czynników warunkujących jakość budowanej przez współmałżonków więzi. Te, które oddziałują *pozytywnie* są następujące:

- ✓ wyższy status zawodowy mężów,
- ✓ wyższy dochód rodziny,
- ✓ niezależność ekonomiczna od własnych rodziców,
- ✓ bardziej stabilne zasoby gospodarcze,
- ✓ wyższy poziom wykształcenia, większe zadowolenie z pracy,
- ✓ wzajemna akceptacja pracy współmałżonków,
- ✓ mniejsze zagęszczenie populacji mieszkaniowej,
- ✓ bardziej stabilne role małżonków, mniejsze rodziny,
- ✓ bardziej optymalnie postrzegany skład rodziny własnej,
- ✓ wyższy stopień kontrolowania płodności, zgodnie z własnymi planami,
- ✓ akceptowanie małżeństwa przez przyjaciół i krewnych, większa liczba przyjaciół,
- ✓ zadowolenie z własnego stylu życia.

Wśród czynników oddziałujących *utrudniająco* na jakość relacji i więzi między współmałżonkami wymieniane są:

- ✓ kohabitacja - wspólne mieszkanie partnerów przed ślubem,
- ✓ podejmowanie niezgodnych z posiadany systemem wartości przedmałżeńskich zachowań seksualnych,
- ✓ zamieszkiwanie ze sobą jeszcze przed zaręczynami,
- ✓ życie w powtórnych lub kolejnych związkach,
- ✓ budowanie rodzin patchworkowych,
- ✓ zawarcie małżeństwa w wyniku ciąży,
- ✓ pochodzenie z rodzin różniących się statusem społeczno-ekonomicznym,
- ✓ tworzenie par osób w dużym stopniu różniących się statusem,
- ✓ duże różnice wieku,
- ✓ różnice religijne, kulturowe i rasowe,
- ✓ nadmierne zaangażowanie pracą zawodową i przychodzenie na świat kolejnych dzieci (Lewis, Spanier, 1979; Janicka, Niebrzydowski, 1994; Bee, 2004; Ziółkowska, 2005; Wojciszke, 2010; Komorowska-Pudło, 2014).

5. Znaczenie zaspokojenia potrzeb przez małżonków dla jakości ich wspólnego związku

Jakość więzi małżeńskiej w dużym stopniu zależy od możliwości zaspokajania przez kobiety i mężczyzn własnych potrzeb. Potrzeba to „stan braku w organizmie czegoś, co jest niezbędne do jego życia” (Szewczuk, 1985, s. 217), to „...jakaś rzecz lub jakiś stan rzeczy, którego zaistnienie poprawia dobrostan organizmu” (Reber, 2000, s. 530). W sytuacji, gdy z różnych powodów (np. zaburzonej komunikacji, konfliktów, emigracji zarobkowej, przemocowej relacji małżonków) potrzeby jednego z nich bądź obojga systematycznie nie są zaspokajane powoduje to ogromny dyskomfort, frustrację i narastanie problemów. Gdy zdarzy się, że niezaspokajanie potrzeb wynika z określonych trudnych sytuacji i trwa jedynie przez jakiś czas, np. w wyniku choroby lub trudnej sytuacji finansowej, większość par radzi sobie z odraczaniem części potrzeb, do których może wrócić po odzyskaniu równowagi w relacji.

Jedną z najbardziej czytelnych dla małżonków *konceptji potrzeb* jest teoria Abrahama Maslowa, który twierdzi, że człowiek uaktywnia potrzeby w układzie hierarchicznym, rozpoczynając od potrzeb podstawowych (tzw. niedoboru), a na ich bazie rozwijając potrzeby wyższe (tzw. potrzeby rozwoju). Potrzeby podstawowe, znajdujące się w fundamencie, to

potrzeby fizjologiczne, takie jak oddychanie, zaspokojenie głodu i pragnienia oraz snu i seksu. W sytuacjach trudnych potrzeba seksu może być odraczana.

Kolejną grupą potrzeb podstawowych są te, które związane są z poczuciem bezpieczeństwa, spokoju i braku zagrożenia. Następne w obszarze potrzeb podstawowych są te, które odnoszą się do przynależności do kogoś i miłości, do motywacji wiązania się z innymi i poczucia bycia akceptowanym. Do podstawowych należą też potrzeby szacunku, w tym poczucia kompetencji, osiągnięć, aprobaty i uznania przez innych. Dopiero, gdy zaspokojone są potrzeby podstawowe można z większą łatwością realizować tzw. potrzeby rozwoju. Gdy człowiek czuje się dobrze zdrowotnie oraz ma poczucie bezpieczeństwa, bycia akceptowanym i kochanym może koncentrować swoją uwagę na potrzebach poznawczych, zdobywając wiedzę, analizując ją, odkrywając nowe obszary swoich zainteresowań, a także na potrzebach estetycznych, dążąc do symetrii, porządku i piękna. Dopiero wówczas może podejmować proces samorealizacji, w którym dąży do spełniania się i wykorzystania swojego potencjału. Osoby, które mają możliwość zaspokajania swoich potrzeb z wszystkich ww. grup funkcjonują w poczuciu komfortu, zadowolenia, wolności i otwartości na to, co przynoszą im kolejne dni ich życia. Są to też osoby, które mają umiejętność nawiązywania bliskich, opartych na miłości związków (Nelicki, 1999; Łukaszewski, 2002; Franken, 2005).

Gdy małżonkowie dbają systematycznie o dobrą relację, gdy podejmują wobec siebie zachowania wymienione wyżej, w części dotyczącej elementów składających się na więź małżeńską, mają zwykle zaspokojone swoje potrzeby fizjologiczne, psychologiczne i samorealizacji. W konsekwencji, na zasadzie sprzężeń zwrotnych, zadowoleni małżonkowie kierują do partnerów komunikaty podtrzymujące dobre relacje i umożliwiające im dalsze zaspokajanie potrzeb.

Szczególnie ważne w sygnalizowaniu własnych potrzeb jest ujawnianie ich w drodze komunikacji werbalnej. Często zdarza się, że małżonkowie nie mówią o swoich potrzebach, czekając, aż partner domyśli się, czego im brakuje. W niektórych sytuacjach zdarza się, że partnerzy trafnie rozszyfrują sygnały wskazujące na potrzeby swoich współmałżonków, zwykle na podstawie komunikacji niewerbalnej lub rutynowych zwyczajów panujących w relacjach. Dość często jednak można zauważyć problemy z niezaspokojeniem potrzeb małżonków, na podstawie obserwacji pojawiających się między nimi zaburzeń komunikacyjnych i konfliktów.

Uwaga psychopedagogiczna: *Niezaspokojenie potrzeb, ważnych dla kobiet i mężczyzn tworzących wspólny związek może prowadzić także do innych przejawów dysfunkcji w relacji, jak przemoc psychiczna, fizyczna, seksualna, zaniedbanie, zdrada, rzadsze wspólne przebywanie w domu, częstsze przebywanie u rodziców lub znajomych, sięganie po alkohol, bądź objawy psychosomatyczne, itp.*

Jednym z najważniejszych zadań w pracy terapeutycznej z parami jest analiza ich potrzeb, a właściwie potrzeb niezaspokojonych w relacji. Niepokojącym jest powszechny brak wiedzy małżonków, że temat potrzeb i konieczności zadbania najpierw o ich zauważenie u siebie i u współmałżonka, a następnie ich realizacja samemu bądź przy jego pomocy, jest tematem fundamentalnym w dbałości o jakość więzi. Bardzo rzadko małżonkowie potrafią nazwać swoje potrzeby i zastanowić się nad tym, jakie niezaspokojone potrzeby u współmałżonka mogą prowadzić do jego frustracji, a w konsekwencji do eskalacji różnych emocji, wybuchów i zachowań krzywdzących.

Uwaga psychopedagogiczna: *Gdyby małżonkowie w codziennej komunikacji otwarcie rozmawiali o tym, czego potrzebują, co jest dla nich ważne i nazywali emocje, które wiążą się z tymi potrzebami, realizowali by jedno z najważniejszych zadań związanych z budowaniem więzi, jakim jest ujawnianie własnych myśli, potrzeb i emocji. Aktywne słuchanie przez partnera i okazywanie zrozumienia współmałżonkowi mogłoby być początkiem działań zmierzających do wsparcia go w zakresie zaspokojenia jego potrzeb.*

O tym, czy małżonkowie mają zaspokojone potrzeby można wnioskować na podstawie różnych ich zachowań pojawiających się w wyniku emocji. Kolejność jest taka: niezaspokojenie przez daną osobę potrzeb powoduje odczuwanie frustracji, złości, gniewu, lęku, smutku, itd., a to z kolei uaktywnia określone zachowania, poprzez które te emocje się ujawniają. Niejednokrotnie są to agresja werbalna i niewerbalna. Z kolei, osoba, której udaje się zaspokoić swoje potrzeby jest zadowolona, radosna, nastawiona entuzjastycznie i w efekcie tego otwiera się na rozmowę, przytulenie, zainteresowanie partnerem, miłe spędzenie z nim czasu, itd.

Potrzeby psychologiczne i relacyjne, które często zgłaszane są przez małżonków jako ważne dla nich, i które chcieliby we wspólnej relacji zaspokajać, to potrzeby: akceptacji, aktywności, aprobaty, autentyczności, autonomii (niezależności), autoekspresji/wyrażania własnego „ja”, bezpieczeństwa emocjonalnego, finansowego i fizycznego, bliskości, bycia kochanym, ciepła, czułości, doceniania i bycia zauważanym, dzielenia się smutkami i radościami, empatii, harmonii, humoru, intymności, komfortu/wygody, kontaktu z innymi, kreatywności, miłości, nadziei, niezależności, odpoczynku, partnerstwa, poczucia sprawczości i wpływu na swoje życie, poczucia własnej wartości, poczucia ważności, porządku, prywatności, przestrzeni, przygody, przyjaźni, przytulania, radości, respektowania granic, rozmowy, rozwoju osobistego, różnorodności/urozmaicenia, samorozwoju/wzrostu, schronienia, sensu, spełniania marzeń, spokoju, spontaniczności, sprawiedliwości, stabilności,

szacunku, szczerości, towarzystwa, troski, uwagi, uzyskania informacji zwrotnej, więzi, wolności, wsparcia, wspólnoty, wybierania własnych celów i planów, wykorzystania swojego potencjału, wyrażenia swojej seksualności, wzajemności, zabawy, zainteresowania, zaufania, zrozumienia, życia według własnych wartości. Mimo, że zaspokajanie potrzeb fizycznych jest łatwe do realizowania, okazuje się, że także tego typu „braki” mogą być przyczyną dyskomfortu i frustracji, a w konsekwencji trudności w relacjach partnerów. Mogą one wynikać ze zmęczenia, niejedzenia zrównoważonych posiłków, zimna lub gorąca, niewysypiania się, nierealizowania zadań w sferze seksualnej.

Uwaga psychopedagogiczna: *Dorośli, u których zaspokojone były wszystkie podstawowe potrzeby w ich dzieciństwie, z reguły mają ukształtowaną wrażliwość na potrzeby własne oraz na potrzeby innych ludzi, szczególnie osób, z którymi pozostają w bliskich relacjach. Starają się oni, w miarę możliwości zaspokajać je, by dyskomfort związany z niezaspokojeniem ich nie utrudniał ich funkcjonowania.*

Natomiast dorośli, którzy żyli w rodzinach nie reagujących właściwie na potrzeby dziecka mogą mieć ograniczone takie umiejętności. Wówczas mogą mieć skłonność do braków m.in. w poczuciu bezpieczeństwa, spokoju, bycia kochanym i akceptowanym i szanowanym oraz w poczuciu własnej wartości i kompetencji. Będzie to, w konsekwencji, wiązało się z różnorodnymi problemami w relacjach psychospołecznych, np. z niepewnością i bojaźliwością, z dominacją i raniem innych, z ujawnianiem mechanizmów obronnych, z deficytem uczuć, poczuciem uprzedmiotowienia, alienacji, samotności, neurotyczną potrzebą miłości, lękiem przed odrzuceniem, nawiązywaniem i utrzymywaniem nietrwałych relacji z innymi, nieprawidłową komunikacją interpersonalną, nieumiejętnością radzenia sobie z sytuacjami konfliktowymi, ze stresem, a także z nieumiejętnością funkcjonowania w rolach małżeńskich i rodzicielskich (Forward, 1993; Pospiszyl, 1994; Bradshaw, 1994; Goleman, 1997; Miller, 1999; Woititz, 2000; Mazur, 2002; Madanes, 2004; Firestone, 2007; Ryś, 2008).

6. Sposoby radzenia sobie małżonków z konfliktami

Jednym z zagrożeń dla więzi małżonków są występujące między nimi konflikty, których doświadczają z różną częstotliwością, z różnym natężeniem i na różny temat. Mimo, że są one przez wielu badaczy traktowane jako naturalne procesy w zakresie wzajemnego komunikowania się podczas szukania rozwiązań różnych problemów małżonków (zob. Wilmot, Hocker, 2011) i jako zjawisko nieuniknione (zob. Chełpa, Witkowski, 2015) często

postrzegane są przez nich negatywnie, jako doświadczenia osłabiające lub mogące zniszczyć ich związek. Wiele zależy od tego, jak pary rozumieją *istotę konfliktu*. Gdyby zaakceptowali, że konflikt związany jest z rozbieżnością ich stanowisk w obszarze interesów, celów, dążeń lub sposobów ich realizowania (zob. Czyżowska, 2009) i że mają prawo do takich rozbieżności m.in. z powodu różnic w potrzebach, osobowości, doświadczeniach, czy samej płci mogłoby do takich konfliktów podejść jako do ważnego zadania, jakie pojawia się w ich związku, niekoniecznie zagrażającego ich relacji.

Wśród *głównych przyczyn konfliktów* między małżonkami wymieniane są przez badaczy:

- ✓ normy i wartości,
- ✓ wzajemne oczekiwania,
- ✓ przekonania,
- ✓ nawyki,
- ✓ sposoby myślenia i reagowania na różne sytuacje,
- ✓ potrzeby, sposoby zachowań (zob. Fischaleck, 1990, Wilmot, Hocker, 2011).

Nieporozumienia i rozbieżności związane są głównie z finansami, wychowywaniem dzieci, relacjami z rodziną pochodzenia oraz z przyjaciółmi i znajomymi, nałogami, osobowością i stylem życia, religijnością, poczuciem odpowiedzialności, zaangażowaniem w indywidualny rozwój i w pracę zawodową, komunikacją interpersonalną, dbałością o bliskość i wzajemne relacje, czasem wolnym, obowiązkami małżonków na rzecz domu i rodziny, zazdrością, sferą seksualną, zdradą, stosowaniem przemocy (Fischaleck, 1990; Ryś, 1994; Mbwirire, 2017; French, Allen, 2020).

Sposoby rozwiązywania konfliktów dzieli się na dwie grupy: prawidłowe, umożliwiające rozwiązanie konfliktów i nieprawidłowe, nie prowadzące do ich rozwiązania, a czasem wręcz powodujące ich eskalację.

W pierwszej grupie znajduje się opisywane przez Marię Ryś (1994; por. Rostowska, 2001) integrujące podejście do konfliktu. Obejmuje ono takie zachowania obojga małżonków, jak: koncentracja na właściwym przedmiocie sporu, na faktach, otwartość wobec siebie, ujawnianie emocji, koncentracja na sposobie widzenia problemu przez siebie i partnera, aktywne słuchanie, stosowanie zasad prawidłowej komunikacji, rozwiązywanie problemów bezpośrednio po ich ujawnieniu się, poszukiwanie satysfakcjonujących oboje rozwiązań (Bach, Wyden, 1973, za: Ryś 1994).

Uwaga psychopedagogiczna: *Stosowanie zasad konstruktywnego rozwiązywania konfliktów wymaga kontrolowania emocji, aktywnego zaangażowania obu stron, odpowiedzialności obojga za to, co mówią i czynią, rozwiązywania problemu bez udziału osób trzecich, korzystania z poczucia humoru podczas rozmowy o konflikcie, uwzględniania odmiennych myśli, przeżyć i potrzeb partnerów (Rostowska, 2001).*

W wyniku takiego podejścia do rozwiązywania konfliktów małżonkowie mogą spodziewać się większego zrozumienia, zaufania, bliskości, poczucia bezpieczeństwa, wybaczenia, pojednania, powrotu do równowagi i spójności w związku (Ryś, 1994).

Dezintegrujący przebieg konfliktów wiąże się z takimi zachowaniami małżonków, jak: koncentracja na przypuszczeniach i domysłach, nieprawidłowa komunikacja, wzajemne ranienie się, nierozwiązywanie konfliktów na bieżąco, dopuszczanie do ich narastania i eskalacji, brak zaangażowania obojga w rozwiązywanie konfliktów, brak otwartości na ugodę i kompromis, włączanie do swoich sporów innych osób, wypominanie różnych przykrości i trudnych sytuacji z przeszłości, brak otwartości i ujawniania się w zakresie autentycznych myśli i uczuć (Bach, Wyden, 1973, za: Ryś, 1994). Nie dość, że konflikty nie są właściwie rozwiązywane, to jeszcze prowadzą do relacji dysfunkcyjnych, poczucia braku szczęścia z bycia ze sobą, wzrostu napięcia między partnerami (por. Rostowska, 2001; Da Costa i in., 2015; Omidi, Talighi, 2017). Destruktywne i dezintegrujące zachowania małżonków w sytuacji konfliktów można poznać po unikaniu konfliktów, używaniu przemocy fizycznej lub psychicznej wobec partnera, umniejszaniu lub bagatelizowaniu konfliktu, obwinianiu partnera za konflikt, zrzucaniu własnej odpowiedzialności na innych, tłumieniu, np. poprzez krzyk reakcji innych wobec problemu, okazywaniu żalu i pretensji wobec partnera, manipulacji odwracającej uwagę od konfliktu i odwracaniu się uczuciowego od partnera (Rostowska, 2001).

Między małżonkami mogą być też tzw. *konflikty ukryte (wewnętrzne)*, o których się nie rozmawia z różnych powodów, np. z niechęci doświadczenia konfliktów otwartych, lęku przed rozmową o trudnych tematach, braku nadziei na rozwiązanie problemu lub w oczekiwaniu, że problem zniknie. Funkcjonowanie pary podczas systematycznie trwającego konfliktu otwartego powoduje, że stale żyją w napiętej atmosferze relacyjnej (zob. Fischaleck, 1990). W takiej sytuacji pojawianie się nowych problemów może szybko prowadzić do nowych konfliktów i niejednokrotnie do wypominania niepozamykanych starych tematów.

7. Stres i sposoby radzenia sobie z nim

Stres według Władysława Łosiaka to „zespół procesów obejmujący negatywne emocje i szereg zmian fizjologicznych (...), pojawiający się w reakcji na działanie wszelkiego typu niekorzystnych dla podmiotu czynników, urazów psychicznych, niepowodzeń, zagrożenia czy zranienia” (za: Siuta, 2009, s. 270). Natomiast Richard S. Lazarus i Suzan Folkman wskazywali, że jest to: „określona relacja (...) między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” (za: Heszen-Niejodek, 2005, s. 469). Z kolei Irena Heszen-Niejodek dodaje, że stan stresu wywołany jest przez „brak równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwościami ich spełnienia przez jednostkę” (tamże, s. 469), przy czym jest on odczuwany wówczas, gdy ujawnia się u jednostki „motywacja do stawienia czoła owym wymaganiom”. W różnych fazach życia rodziny poszczególne osoby mogą doświadczać wysokiego poziomu stresu, czasem nawet wielokrotnie. Choroby, konflikty, przeciążenia zawodowe, przemoc psychiczna, fizyczna, seksualna, ekonomiczna w rodzinie, śmierć w rodzinie, a nawet urodzenie dziecka, itd. to sytuacje i zdarzenia, które mogą wiązać się z doświadczeniem psychofizycznym poszczególnych osób opisywanym w powyższych definicjach.

Osoby doświadczające stresu podejmują różne strategie radzenia sobie z nim. Badacze wymieniają *konstruktywne sposoby rozwiązywania problemów i radzenia sobie ze stresem*, skoncentrowane głównie na zadaniach. Należą do nich: myślenie o tym, jak rozwiązać problem, planowanie działań dotyczących rozwiązania problemu i ich realizowanie, konfrontacja, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, poszukiwanie informacji, zmiana percepcji otaczającej rzeczywistości lub samego siebie, pozytywne przewartościowanie (odnalezienie sensu i odwagi do poradzenia sobie ze stresem). Stosowanie takich sposobów podejścia do problemów wskazuje na ich akceptację i aktywne radzenie sobie w trudnych sytuacjach. Wśród *niekonstruktywnych sposobów podejścia do sytuacji problemowych i stresowych* znajduje się koncentracja na emocjach lub na unikaniu. Osoby w taki sposób radzące sobie z problemami i stresem skupiają swoją uwagę głównie na sobie, na własnych przeżyciach i zmniejszeniu napięcia emocjonalnego. Obwiniają siebie, wyładowują emocje (złość lub gniew, napięcie i poczucie winy), czasem zasłaniają swoje napięcie poczuciem humoru, zażywają substancje psychoaktywne, leki pobudzające bądź uspokajające. Mogą też podejmować takie zachowania, jak: próba zapomnienia o problemie, podejmowanie działań umożliwiających niemyślenie o problemie, czyli zajmowanie się czymś innym, powstrzymywanie się od działań, bezradność, unikanie-ucieczka, uaktywnienie mechanizmów

obronnych – dystansowanie się, projekcja, wyparcie, zaprzeczanie, zwrot ku religii. Takie strategie często w konsekwencji pogłębiają ich negatywny nastrój i potęgują stres (Terelak, 1997; Basińska, 2004; Heszen-Niejodek, 2005; Ogińska-Bulik, Langer, 2007; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009; Mroczkowska, 2013; Huber, 2010).

Uwarunkowania wyboru określonych stylów radzenia sobie ze stresem mogą być różnorodne: temperament, cechy osobowości, styl przywiązania, obraz siebie, poczucie własnej wartości, poziom zdolności poznawczych, w tym inteligencji, poziom wiedzy, poziom inteligencji emocjonalnej, potrzeby, dążenia, aspiracje, potrzeba samorozwoju, cele życiowe, posiadane umiejętności rozwiązywania problemów, charakter doświadczeń życiowych, czas, jaki ma się na poradzenie sobie z trudnością, motywacja do przywrócenia stanu równowagi, poczucie kontroli (wewnętrzne lub zewnętrzne), aktualny stan psychofizyczny, zasoby materialne i społeczne, nawyki, zaobserwowane i wyuczone we własnych domach rodzinnych sposoby reagowania w sytuacjach trudnych, system wartości, przekonania, normy kulturowe, światopogląd, postawy wobec religii, mechanizmy psychologiczne powstałe w wyniku doświadczania traum (choroby psychosomatyczne, epizody dysocjacji, depersonalizacji-derealizacji (Terelak, 1997; Carson i wsp., 2003; Heszen-Niejodek, 2005; Pisula, Sikora, 2008; Opuchlik i wsp., 2009; Huber, 2010; Dawidziuk, 2011; Kwiatkowska i wsp., 2014; Smiatek-Mazgaj i wsp., 2015).

Uwaga psychopedagogiczna: *Kobiety częściej niż mężczyźni wybierają w sytuacjach stresowych takie strategie radzenia sobie z nim, jak: poszukiwanie wsparcia, dzielenie się swoimi problemami z innymi osobami, rozmyślanie o problemach i powracanie do nich, reagowanie emocjonalne (np. płacz) i unikanie. Mężczyźni częściej niż kobiety w sytuacjach stresowych reagują poczuciem humoru, agresją, wysiłkiem fizycznym i sportem, ignorują problem, sięgają po środki uzależniające (Opuchlik i wsp., 2009; Komorowska-Pudło, 2016).*

W rodzinach funkcjonujących prawidłowo, zgodnych, o wysokim poziomie współdziałania, bliskości, szacunku i zaufania, w których małżonkowie cechują się wysokim poziomem koherencji i bezpiecznego stylu przywiązaniowego i wychowują dzieci w oparciu o prawidłowe postawy rodzicielskie, częściej stosowane są konstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem. Z kolei w rodzinach dysfunkcyjnych, z konfliktami, z problemem uzależnień, przemocy, deprecjacji, częściej wybierane są niekonstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem (Zwoliński, 2000; Komorowska-Pudło, 2016).

8. Wsparcie psychoterapeutyczne dla par małżeńskich doświadczających problemów w związku

Psychoterapia to proces interakcji pomiędzy pomagającym a osobami cierpiącymi, gdzie poprzez specjalistyczne metody leczenia, oddziałuje się na zaburzenie lub anomalie. Polega na świadomym i celowym oddziaływaniu na procesy psychiczne, na osobowość człowieka i jego relacje ze światem, na występujące u niego zaburzenia oraz na czynniki je wywołujące, a pośrednio na cały organizm chorego (Kratochvil, 2003).

Uwaga psychopedagogiczna: *Psychoterapia pary jest wskazana, gdy partnerzy nie są w stanie radzić sobie ze wspólnym życiem, gdy cierpią z powodu ograniczeń związanych z pojawiającymi się zaburzeniami w relacji, gdy reagują różnymi objawami psychicznymi i fizycznymi i nie potrafią im sami zaradzić (Scheich, 2001).*

Wśród celów terapii małżeńskiej znajdują się: polepszenie jakości relacji między małżonkami, nauczenie ich sposobów skuteczniejszego rozwiązywania problemów, zapobieganie powstawaniu lub pogłębianiu się problemów między nimi, wsparcie w radzeniu sobie z innymi, pozamałżeńskimi, problemami (np. problemy wychowawcze z dziećmi, trudności zdrowotne lub zawodowe) (Crane (2004).

Russel D. Crane (tamże) wśród przyczyn i przejawów problemów małżeńskich, które warto poddać oddziaływaniom terapeutycznym wymienia m.in. nierealistyczne oczekiwania partnerów od siebie i od małżeństwa, minimalizowanie lub brak akceptacji różnic między sobą, brak świadomości zmian w relacjach w kolejnych latach trwania związku i nieprzygotowanie na te zmiany, rozczarowanie związkiem, obarczanie winą za różne trudności w małżeństwie tylko partnera, krytykowanie partnera najpierw w cztery oczy, później w obecności innych, usilne próby zmiany postępowania partnera, perswazje, wyrzuty, groźby wobec partnera, kontrolowanie partnera, nadmierne wymagania od partnera, odrzucanie partnera lub wrogość, niezrozumienie, brak zaufania, brak poczucia wzajemnej bliskości i otwartości, poczucie osamotnienia i izolowanie się, brak umiejętności interpersonalnych, wytykanie sobie błędów, uzależnienia, przemoc, zdradę, problemy seksualne, problemy finansowe wynikające z jakiejś formy uwikłania się zależnościowego od innych, hazard, itp., niespełnianie obowiązków rodzinnych i domowych, różnice w systemach wartości współmałżonków. Frank M. Dattilio i Christine A. Padesky (1999) dodają do powyższych: problemy związane z niechcianą ciążą, gotowość do zakończenia związku przez jednego z partnerów, w sytuacji gdy drugi tego nie chce, zaburzenia psychiczne jednego ze współmałżonków.

Maria Rys (2000) wśród przyczyn konfliktów i kryzysów w małżeństwie i rodzinie wymienia, poza ww., cechy osobowości, temperament, niewłaściwe postawy wobec

współmałżonka, konflikt ról, problemy we współżyciu płciowym, brak szacunku wobec siebie, podporządkowywanie sobie współmałżonka, lekceważenie poglądów i dążeń współmałżonka, brak umiejętności przebaczenia, podejrzliwość, upór, brak partnerstwa w małżeństwie, łamanie ustalonych zasad i norm, negatywne przeżycia z okresu przedmałżeńskiego, szczególnie z dzieciństwa i w związku z relacjami z rodzicami, przypominanie sobie krzywd, jakich się doznawało w przeszłości, problemy z akceptacją własnej płci, odmienny system wartości rodzin pochodzenia małżonków, stereotypy w zachowaniach, impulsywne lub agresywne reakcje, zahamowania, zamykanie się w sobie, odmienności w funkcjonowaniu małżonków z racji różnicy płci (w płaszczyźnie psychicznej, społecznej, seksualnej, działaniowej, itp.), brak kompromisowości, nieumiejętność wyrażania własnych potrzeb i oczekiwań), fałszywe przekonania, że miłość powinna charakteryzować się stałością uczuć. Elżbieta Wójcik (za: tamże) wśród przyczyn konfliktów w małżeństwie wymienia także różnice w sposobie wychowania dzieci, zbyt duże zaangażowanie w pracy kosztem małżeństwa i rodziny, związane z tym przemęczenie i brak czasu dla najbliższych, dążenie do dominacji jednego ze współmałżonków (psychicznej, decyzyjnej, finansowej), brak dialogu, trudności w komunikowaniu się i rozwiązywaniu konfliktów, brak okazywania zainteresowania współmałżonkiem i brak czułości wobec niego, uleganie wpływom osób trzecich (przyjaciół, rodziców, massmediów), brak empatii, egoizm, brak dbałości o siebie i współmałżonka, zazdrość, brak dbałości o dom, niepunktualność, chodzenie „własnymi drogami”, zdradę małżeńską.

Niejednokrotnie różnorodne doświadczenia z życia małżeńskiego negatywnie oddziałujące na jedno lub oboje współmałżonków uruchamiają procesy psychologiczne odpowiedzialne za powstawanie lub ujawnianie się już istniejących problemów jednostkowych, które warunkują nieprawidłowe funkcjonowanie psychiczne i społeczne kobiet, mężczyzn i dzieci. Uruchomienie osobistych dyskomfortowych przeżyć prowadzić może do decyzji o podjęciu psychoterapii, a w konsekwencji przeżywane zmiany z niej wynikające doprowadzą do lepszego funkcjonowania w relacjach małżeńskich, bądź, niestety, do rozpadu tego związku. W procesie psychoterapeutycznym uczestniczą najczęściej osoby, u których występują problemy w związkach, zaburzenia nerwicowe (ataki paniki, fobie społeczne, lęki irracjonalne, depresja), inne zaburzenia psychiczne (np. uzależnienia od narkotyków, alkoholu, leków i innych środków odurzających), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia odżywiania, zaburzenia stresowe pourazowe, rozpoznane psychozy (np. schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa), zaburzenia zachowania u dzieci, młodzieży i dorosłych, choroby psychosomatyczne, niektóre choroby somatyczne (np. psychogenne bóle krzyża lub głowy,

zgrzytanie zębami, hipochondria), zespoły kryzysowe (np. z zaburzenia adaptacyjne, z ostrymi reakcjami na stres), zaburzenia osobowości (Scheich, 2001; Beck, 2005; Sikorski, 2009).

W przypadku terapii małżeństw u większości par pojawiają się pozytywne zmiany w relacjach, choć siła tych zmian może być różna. Badacze wskazują uwarunkowania efektywności terapii par. Są to: przychylny stosunek małżonków do siebie, wspieranie się wzajemne, chęć nawiązania kontaktu emocjonalnego, mniejsze wymagania wobec siebie, dążenie do dialogu (Crane, 2004), zmiany afektywne, akceptacja konfliktów niemożliwych do rozwiązania oraz rozmawianie z partnerem o swoich refleksjach i odczuciach, silniejsze zaangażowanie emocjonalne pomiędzy małżonkami oraz poprawa umiejętności kierowania i radzenia sobie z negatywnymi uczuciami (Aleksander, za: tamże). Crane (tamże, s. 59) podkreśla, że „terapia zazwyczaj nie polepsza relacji między partnerami, których nie łączą więzi emocjonalne” i którzy planują rozwiązanie związku. Autor ten podaje także właściwości par, u których skuteczność terapii może być większa bądź mniejsza. Na niski poziom efektywności terapii małżonków wpływa: negatywny sposób porozumiewania się i wzajemny stosunek partnerów znajdujących się w głębokim i długotrwałym konflikcie, okazywanie emocji negatywnych i zachowań obronnych, wzmacnianie negatywne, wymuszenia różnego rodzaju, niechęć wobec partnera, niski poziom motywacji do rozwiązania konfliktu, krytykowanie osobowości i cech charakteru współmałżonka, obwinianie go, przypisywanie mu złych intencji i wad, pogarda wobec współmałżonka, celowe obrażanie partnera i psychiczne znęcanie się nad nim, rzucanie wyzwisk, wyśmiewanie się, pogardliwe gesty, pomniejszanie wartości partnera, zarzucanie sobie braku odpowiedzialności, stosowanie wymówek, wzajemne obwinianie się, dystansowanie się, „niemy opór”, ignorowanie komunikatów partnera, „przeżuwanie”, czyli nieustanne wywoływanie negatywnych myśli zaogniających istniejący konflikt, rozpamiętywanie krzywd, obojętność i obcość (tamże).

W swoich studiach problemu Philip Zimbardo (1999) podaje dwa przeciwwskazania do stosowania psychoterapii. Są to: ostre objawy psychotyczne, zbytne nasilenie objawów depresji, niosące ryzyko zwiększonego zagrożenia samobójstwem pod wpływem psychoterapii i brak motywacji do udziału w psychoterapii. W tych przypadkach należałoby skierować osoby do kontaktu z lekarzem psychiatrą. Przeciwwskazaniami do terapii par są również problemy z uzależnieniem jednego bądź obojga partnerów, trwająca zdrada, czyli równoległe do małżeństwa utrzymywanie relacji intymnych z inną osobą, a także przemoc. Dopóty, dopóki partnerzy będą trwali w tych trzech doświadczeniach terapia pary nie jest możliwa. W przypadku przemocy psychicznej i zaniedbania należy odróżnić intencjonalne działania od działań nieświadomych i nieintencjonalnych. Może się bowiem okazać, że małżonkowie

kierują do siebie różne zachowania znajdujące się wśród wymienianych jako przemoc, jednakże czynią to nie specjalnie, zwykle nawykowo lub w wyniku problemów z samokontrolą. Jeśli deklarują gotowość do minimalizowania takich niecelowych działań można podczas psychoterapii zachowania te poddać małżonkom jako ważny aspekt ich pracy nad relacją.

Podstawowe zasady dotyczące wzmacniania więzi małżeńskiej i profilaktyki jej destabilizacji

- 1) Podejmowanie decyzji o małżeństwie w oparciu o wysoki poziom dojrzałości osobowości i zdolności do miłości.
- 2) Świadomość celów, funkcji i zadań, jakie wiążą się z małżeństwem.
- 3) Stawianie sobie w małżeństwie i realizowanie wspólnie uzgodnionych oczekiwań.
- 4) Elastyczne i wspólnie określone podchodzenie do ról realizowanych w związku.
- 5) Systematyczna dbałość o jakość więzi w zakresie współodczuwania, współrozumienia
- 6) Uwzględnianie w budowaniu relacji małżeńskiej dbałości o własny i współmałżonka rozwój i autonomię oraz o wysoki poziom satysfakcji obojga z ich związku.
- 7) Wrażliwość na sygnały wskazujące na pojawianie się trudności w relacjach małżonków.
- 8) Bieżące rozwiązywanie problemów pojawiających się między małżonkami.
- 9) Uświadamianie sobie uwarunkowań powstających problemów w relacji między małżonkami (indywidualnych, relacyjnych, tkwiących we wzorach zachowań tkwiących w rodzinach pochodzenia) i otwartość na podejmowanie działań prowadzących do zmian w tych wpływach.
- 10) Rozumienie dynamiki zmian w relacjach w różnych fazach życia rodzinnego i w różnych losowych sytuacjach.
- 11) Wrażliwość na potrzeby własne i partnera i systematyczna dbałość o ich zaspokajanie.
- 12) Rozwój zdolności komunikacyjnych (werbalnych i niewerbalnych) pozwalających na ujawnianie własnych myśli, potrzeb i emocji przez małżonków.
- 13) Uświadamianie sobie natury konfliktów w relacjach i wykorzystywanie konstruktywnych sposobów ich rozwiązywania, integrujących małżonków ze sobą.
- 14) Uświadamianie sobie przyczyn konfliktów i problemów w związku oraz szukanie sposobów ich rozwiązywania.
- 15) Wykorzystywanie konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem oraz szukanie wsparcia w sytuacjach konfliktowych i kryzysowych w związku małżeńskim, wymagających pomocy doradczej lub psychoterapeutycznej.

Bibliografia

- Bakiera L., Marcinkowska B. (1998), *Niektóre czynniki zagrażające trwałości małżeństwa i rodziny*, „Forum Psychologiczne”, nr 2.
- Basińska B. (2004), *Radzenie sobie ze stresem w warunkach różnego stopnia zagrożenia zdrowia*, „Przegląd Psychologiczny”, 47(1).
- Beck J.S., *Terapia poznawcza*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bee H. (2004), *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań 2004: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Bem S.L. (2000), *Męskość, kobiecość – o różnicach wynikających z płci*, Gdańsk: GWP.
- Bieńko M. (2008–2009), *Współczesne skrypty bycia razem. Zamierzony i realizowany projekt scenariuszy ról małżeńskich*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. 19.
- Błasiak A. (2012), *Oddziaływania wychowawcze w rodzinie*, Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM.
- Bradshaw J. (1994), *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Braun-Gałkowska M. (1985), *Miłość aktywna. Psychiczne uwarunkowania powodzenia w małżeństwie*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Braun-Gałkowska M., Walesa C. (1975), *Problem psychicznego podobieństwa współmałżonków i powodzenia małżeństwa*, „Roczniki Filozoficzne”, z. 4.
- Buss D.M. (2007), *Ewolucja miłości*, w: R.J. Sternberg, K. Weis (red.), *Nowa psychologia miłości*, Taszów: Moderator.
- Buss D.M. (1996), *Ewolucja pożądania. Strategie doboru seksualnego ludzi*, Gdańsk: GWP.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. (2003), *Psychologia zaburzeń, t. 1*, Gdańsk: GWP.
- Chapman G.D. (1995), *Sztuka wyrażania miłości*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Vocatio.
- Chełpa, S., Witkowski, T. (2015). *Psychologia konfliktów*, Wrocław: Wydawnictwo Bez Maski.
- Clark M.S., Monin J.K. (2007), *Miłość jako responsywność społeczna*, w: R.J. Sternberg, K. Weis (red.), *Nowa psychologia miłości*, Taszów: Moderator.
- Crane D.R. (2004), *Podstawy terapii małżeństw*, Gdańsk: GWP.
- Czyżowska, D. (2009), *Konflikt*, w: J. Siuta (red.), *Słownik psychologii*, Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Naukowe
- Dattilio F.M., Padesky C.A. (1999), *Terapia poznawcza par małżeńskich*, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.

- Dawidziuk K., Lishchhynskyy Y., Wojciechowska M., Kopański Z., Marczevska S., Uracz W. (2011), *Skutki wypalenia zawodowego i sposoby radzenia sobie ze stresem*, „Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue”, nr 4.
- Dion K.L., Dion K.K., Women’s Reaction to Discrimination from Members of the Same or Opposite Sex, „Journal of Research in Personality” 1992, 4(9), s. 294-306.
- Fehr B. (2007), *Prototypowe podejście do badania miłości*, w: R.J. Sternberg, K. Weis (red.), *Nowa psychologia miłości*, Taszów: Moderator.
- Firestone R.W. (2007), *Nietoksyczne rodzicielstwo*, Warszawa: J. Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- Fischaleck F. (1990), *Uczciwa kłótnia małżeńska*, Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Fisher H. (2005), *Anatomia miłości*, Poznań: Rebis.
- Fisher H. (2004), *Dlaczego kochamy*, Poznań: Rebis.
- Fisher H. (2007), *Popęd miłości – neutralny mechanizm doboru partnera*, w: R.J. Sternberg, K. Weis (red.), *Nowa psychologia miłości*, Taszów: Moderator.
- Forward S. (1993), *Toksyczni rodzice*, Warszawa: Wydawnictwo: Jacek Santorski & Co.
- Franken R.E. (2005), *Psychologia motywacji*, Gdańsk: GWP.
- Fromm E. (2006), *O sztuce miłości*, Poznań: Rebis.
- Gałkowska A. (1999), *Percepcja powodzenia małżeństwa rodziców a społeczny obraz siebie ich dorosłych dzieci*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Gawęcka M. (2007), *Miłość wiktymologiczna jako pułapka współzależnienia*, w: M. Białas, D. Ruszkiewicz (red.), *Oblicza miłości w pedagogice*, Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.
- Giddens A. (2006), *Socjologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goleman D. (1997), *Inteligencja emocjonalna*, Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Gottman (2014), *Siedem zasad udanego małżeństwa*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Greszta E. (2000), *Więź emocjonalna i sposoby jej badania*, „Psychologia Wychowawcza” nr 1.
- Grzesiuk L. (red.) (1994), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, Warszawa: PWN.
- Harwas-Napierała B. (2006), *Komunikacja w rodzinie ujmowanej jako system w relacji rodzice-dzieci*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. 17.
- Hendrick C., Hendrick S.S. (2007), *Style miłości romantycznej*, w: R.J. Sternberg, K. Weis (red.), *Nowa psychologia miłości*, Taszów: Moderator.

- Heszen-Niejodek I. (2005). *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Tom 3, Gdańsk: GWP.
- Huber L. (2010), *Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych, a choroby cywilizacyjne XXI wieku*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 91(2).
- Janicka I., Niebrzydowski L. (1994), *Psychologia małżeństwa*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Janiszewski L. (1986), *Sukces małżeński w rodzinach marynarzy. Studium socjologiczne*, Warszawa–Poznań: PWN.
- Jelonkiewicz I., Kosińska-Dec K. (2001), *Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem: empiryczna analiza kierunku zależności*, „Przegląd Psychologiczny”, 44(3).
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kaźmierczak M., Plopa M. (2008), *Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej*, Warszawa: Vizja Press&IT.
- Komorowska-Pudło (2016), *The attachment style and coping with stress in adulthood*, „Polskie Forum Psychologiczne”, tom 21, nr 4.
- Komorowska-Pudło M. (2010), *Zaburzenia życia rodziny – wybrane obszary jej wspomagania*, w: J. Stala (red.) *Socjalizacja – wyzwanie współczesności*, Tarnów: Biblos.
- Komorowska-Pudło M. (2013), *Wychowanie w rodzinie czy przemoc? Przejawy toksycznej pedagogiki rodzinnej i jej skutki w aspekcie typów rodziny D. Fielda*, „Fides et Ratio” 16(4).
- Komorowska-Pudło M. (2014), *The Subjective Sense of Well-being and the Quality of Relationships Between Spouses*, „Polish Journal of Social Science”, nr 1(9).
- Komorowska-Pudło, M. (2019), *Środowisko wychowawcze domu rodzinnego a relacje małżeńskie w dorosłym życiu*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum.
- Kratochvil S. (2003), *Podstawy psychoterapii*, Poznań: Zysk i S-ka.
- Kuczyńska A. (1998), *Sposób na bliski związek*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Kwiatkowska A., Roszak J., Sikora R., Kuo B.C.H., Karpinskij K., Gushchina T., Gober G. (2014), *Kultura a strategie radzenia sobie ze stresem. Badania międzykulturowe*, „Psychologia Społeczna”, nr 1(28).
- Lewis R.A., Spanier G.B. (1979), *Theorizing About the Quality and Stability of Marriage*, w: W.R. Burr, R. Hill, F.I. Nye, I.L., Reiss, *Contemporary Theories about the Family*, New York: The Free Press.

- Łukaszewski W. (2002), *Motywacja w najważniejszych systemach teoretycznych*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 2*, w: J. Strelau (red.), Gdańsk: GWP.
- Madanes C. (2004), *Przemoc w rodzinie*, Gdańsk: GWP.
- Mazur J. (2002), *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Mbwirire, J. (2017), *Causes of marital conflicts in Christian Marriages in Domboshava Area, Maschonaland East Province, Zimbabwe*, "International Journal of Humanities, Art and Social Studies", nr 1(2).
- McClelland C.D., Colman C., Finn K., Winter D. (1978), *Motivation and Maturity Patterns in Marital Success*, „Social Behavior and Personality: an International Journal”, nr 2(6).
- Miller A. (1999), *Zniewolone dzieciństwo. Ukryte źródła tyranii*, Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Mroczkowska D. (2013), *Wpływ sumienności i sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych na jakość życia*, „Hygeia Public Health”, nr 2(48).
- Nelicki A. (1999), „Organizmiczna” koncepcja Abrahama H. Masłowa, w: A. Gałdowa (red.), *Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Nęcki Z. (1996), *Atrakcyjność wzajemna*, Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu.
- Ogińska-Bulik N., Langer I. (2007), *Osobowość typu D i strategie radzenia sobie ze stresem a nasilenie objawów PTSD w grupie strażaków*, „Medycyna Pracy”, nr 4(58).
- Okoń W. (2001), *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- Olesiński P. (2013), *Rozwojowe ujęcie trójczynnikowej teorii miłości Sternberga – trójwarstwowa miłość*, „Psychologia Rozwojowa”, nr 2(18).
- Oleś P.K. (2011), *Psychologia człowieka dorosłego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Omidi, A., Talighi, E. (2017), *Prediction couple's marital satisfaction based on emotion regulation*, „International Journal of Educational & Psychological Researches”, nr 3(3).
- Opuchlik K., Wrzesińska M., Kocur J. (2009), *Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym*, „Psychiatria Polska”, nr 2(43).
- Pisula E., Sikora R. (2008), *Wiek i płeć a radzenie sobie ze stresem przez młodzież w wieku 12-17 lat*, „Przegląd Psychologiczny”, nr 4(51).

- Plopa M. (2008), *Skala postaw rodzicielskich. Wersja dla rodziców. Podręcznik*, Warszawa: Vizja Press&It.
- Plopa M. (2006), *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pospiszyl I. (1994), *Przemoc w rodzinie*, Warszawa: WSiP.
- Reber A.S. (2000), *Słownik psychologii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Rostowska T. (2001), *Konflikt międzypokoleniowy w rodzinie: analiza psychologiczna*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Rostowska T., Rostowski J. (2002), *Miłość jako wyznacznik jakości małżeńskiej*, w: T. Rostowska, J. Rostowski (red.), *Rodzina-rozwój-praca. Wybrane zagadnienia*, Łódź: Wyższa Szkoła Informatyki.
- Rostowski J. (1987), *Zarys psychologii małżeństwa*, Warszawa: PWN.
- Rostowski J. (2014), *Dobór partnerów do małżeństwa w świetle teorii psychologicznych*, w: J. Rostowski, T. Rostowska (red.), *Małżeństwo i miłość. Kontekst psychologiczny i neuropsychologiczny*, Warszawa: Difin.
- Rostowski J., Rostowska T. (2014), *Bioneuropsychologiczne uwarunkowania miłości partnerów związków małżeńskich*, w: J. Rostowski, T. Rostowska (red.), *Małżeństwo i miłość. Kontekst psychologiczny i neuropsychologiczny*, Warszawa: Difin.
- Ryś M. (1994), *Jakość i trwałość małżeństwa. Propozycja skali*, „Problemy Rodziny”, nr 4.
- Ryś M. (2010), *Miłość jako psychologiczna podstawa wspólnoty małżeńskiej*, „Fides et Ratio” nr 4(4).
- Ryś M. (1999), *Psychologia małżeństwa w zarysie*, Warszawa: CM PPP MEN.
- Ryś M. (2006), *Psychologia rodziny*, w: J. Stala, E. Osewska (red.), *Rodzina. Bezcenny dar i zadanie*, Radom: POLWEN.
- Ryś M. (2000), *Uwarunkowania konfliktów i kryzysów w małżeństwie i rodzinie. Przyczyny, przebieg, skutki i sposoby rozwiązywania*, w: E. Milewska, A. Szymanowska (red.), *Rodzice i dzieci. Psychologiczny obraz sytuacji problemowych*, Warszawa: MPPP.
- Ryś M. (1992), *Wpływ dzieciństwa na późniejsze życie w małżeństwie i rodzinie*, Warszawa: Wydawnictwo Fundacji Akademii Teologii Katolickiej.
- Ryś M. (2012), *Wychowanie do miłości*, w: M.T. Kozubek (red.), *Jaka rodzina takie społeczeństwo*, Katowice: Księgarnia św. Jacka.
- Ryś M. (2008), *Relacje wewnątrzrodzinne i ich wpływ na dalsze życie człowieka w świetle badań psychologicznych*, w: T. Mazan, K. Mazela, M. Walaszczyk (red.), *Rodzina wiosną dla Europy i świata*, Łomianki: Fundacja „Pomoc Rodzinie”.

- Scheich G. (2001), *Pozytywne myślenie. Czy może szkodzić*, Gdańsk: GWP.
- Schmitt D.P. (2007), *Ewolucyjne i międzykulturowe ujęcie miłości: wpływ płci, osobowości i otoczenia lokalnego na inwestycje emocjonalne w związki uczuciowe*, w: R.J. Sternberg, K. Weis (red.), *Nowa psychologia miłości*, Taszów: Moderator.
- Sikorski W. (2009), *Werbalne i niewerbalne oddziaływania w psychoterapii*, Warszawa: Difin.
- Siudem A. (2005), *Obraz „małżeństwa idealnego” w opinii kandydatów na małżonków w wieku 19-27 lat*, „Małżeństwo i Rodzina”, nr 3(15).
- Smiatek-Mazgaj B., Sobański J.A., Rutkowski K., Klasa K., Dembińska E., Müldner-Nieckowski Ł., Cyranka K., Mielimąka M. (2015). *Objawy dysocjacji czucia bólu i dotyku, derealizacji i depersonalizacji u kobiet a wydarzenia urazowe z okresu dzieciństwa, adolescencji i wczesnej dorosłości*, „Psychiatria Polska Online First”, nr 8.
- Spanier G.B. (1976), *Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads*, „Journal of Marriage and the Family”, nr 1(38).
- Sternberg R.J. (1986), *A Triangular Theory of Love*, „Psychological Review” nr 2(93).
- Sternberg R.J. (1997), *Construct Validation of a Triangular Love Scale*, „European Journal of Social Psychology”, t. 27.
- Sternberg R.J. (2007), *Dwuskładnikowa teoria miłości*, w: R.J. Sternberg, K. Weis (red.), *Nowa psychologia miłości*, Taszów: Moderator.
- Stępiak-Łuczywek A. (1997), *Uwarunkowania szczęścia małżeńskiego*, „Problemy Rodziny”, nr 5-6.
- Szewczuk W. (1985), *Miłość*, w: W. Szewczuk (red.), *Słownik psychologiczny*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Szopińska K., Szopiński J. (1980), *Satysfakcja z małżeństwa*, „Novum” 1980, nr 6.
- Szopiński J. (1976), *Komunikacja interpersonalna w małżeństwie*, „Roczniki Filozoficzne”, t. 24, z. 4.
- Szopiński J. (1973), *Rozwój kontaktu osobowego we współczesnym małżeństwie*, „Zdrowie Psychiczne”, nr 4.
- Szopiński J. (1980), *Skala Więzi Małżeńskiej*, w: Z. Ratajczak (red.), *Psychologia w służbie człowieka*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Szopiński J. (1977), *Więź psychiczna w małżeństwie*, „Problemy Rodziny”, nr 5.
- Szopiński J. (1981), *Więź psychologiczna a zadowolenie z małżeństwa (na podstawie badań empirycznych)*, „Problemy Rodziny”, nr 5.
- Terelak J.F. (1997). *Studia z psychologii stresu*. Warszawa: ATK.

- Wilmot, W.W, Hocker, J.L. (2011), *Konflikty między ludźmi*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woititz J.G. (2000), *Lęk przed bliskością*, Gdańsk: GWP.
- Wojciszke B. (2010), *Psychologia miłości*, Gdańsk: GWP.
- Wojtyła K. (2001), *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Wojtyła K. (1994), *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Ziemska M. (2009), *Postawy rodzicielskie*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Zimbardo P.G. (1999), *Psychologia i życie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ziółkowska B. (2005), *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych?*, w: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, Gdańsk: GWP.
- Zwoliński M. (2000), *Systemowe zasoby rodziny a poczucie koherencji u dorosłego dziecka*, „Przegląd Psychologiczny”, nr 2(43).
- Żurek A. (2010), *Atrakcyjność instytucji małżeństwa we współczesnych społeczeństwach*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. 20.

Źródła internetowe

- Auman B., Moll A. (2005), *The Affects of Birth Order Personality on Social Preferences*, <http://jrscience.wcp.miamioh.edu/humannature05/FinalArticles/Final2.TheAffectofBirthOrder.html> (dostęp: 09.05.2017).
- French, K.A., Allen, T.D. (2020). *Episodic work-family conflict and strain: A dynamic perspective*, „Journal of Applied Psychology”, nr 8(105), doi: <https://doi.org/10.1037/apl0000470> (dostęp: 20.11.2023).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*, art. 1.§ 2, Dz.U. z 2012 r. poz. 788, 1529, z 2013 r. poz. 1439, z 2014 r. poz. 1188, 1741; <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120000788/U/D20120788Lj.pdf> (dostęp: 28.04.2018).

Część III

Wybrane problemy prokreacji

mgr Anna Walter

Szpital im. Falkiewicza we Wrocławiu

Wprowadzenie

W obliczu wyzwań demograficznych współczesnej Polski, jednym z najistotniejszych aspektów zdrowia publicznego staje się wsparcie procesu prokreacji. Kwestie niepłodności, poronień, ciąży wysokiego ryzyka, medykalizacji prokreacji oraz depresji poporodowej dominują w debacie publicznej, badaniach naukowych oraz praktyce klinicznej. Pomimo postępu w dziedzinie medycyny prokreacyjnej, wspomniane problemy pozostają ważnym elementem, który wymaga kompleksowej analizy oraz interdyscyplinarnego podejścia, łączącego perspektywy medyczne, psychologiczne, etyczne oraz społeczne. Zawarte w rozdziale informacje, oparte na badaniach naukowych z zakresu psychologii i psychologii klinicznej, mają posłużyć jako kompendium wiedzy o oferowanych formach pomocy psychologicznej, najlepszych praktykach wsparcia oraz metodach prewencji problemów prokreacyjnych.

1. Niepłodność

Niepłodność to jedno z najbardziej stresujących doświadczeń, z jakimi mogą się zmierzyć pary planujące dziecko. Jej wpływ na zdrowie psychiczne jest potwierdzony licznymi badaniami (Greil, Slauson-Blevins, McQuillan, 2010).

Uwaga psychologiczna: *Towarzystwienie rodzicom w trudnych sytuacjach prokreacyjnych wymaga od przedstawicieli służb wspomagających rodzinę, a także każdej innej bliskiej osoby, nie tylko znajomości procedur medycznych, ale przede wszystkim umiejętności wsparcia emocjonalnego.*

Niepłodność jest definiowana jako brak zdolności do zajścia w ciążę po roku regularnych, niezabezpieczonych stosunków seksualnych. Leczenie niepłodności w Polsce jest możliwe zarówno w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), jak i w sektorze prywatnym, a dostępne metody mogą się różnić w zależności od indywidualnych uwarunkowań finansowych, regionalnej dostępności usług oraz indywidualnych potrzeb pacjentów. Przyczyny niepłodności są złożone i mogą dotyczyć zarówno kobiet jak i mężczyzn (Wdowiak i in, 2022).

Z raportów Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że na całym świecie ok 60-80 milionów par może mierzyć się z problemem niepłodności, niezależnie od tego, czy jest to stan stały, czy przejściowy. W rozwiniętych krajach, ponad 10% par w okresie reprodukcyjnym zmaga się z trudnościami w poczęciu dziecka. Szacunki dla Polski wskazują, że problem niepłodności może dotyczyć blisko 3 milionów ludzi. Przyczyny tego stanu bywają skomplikowane i obejmują między innymi: niewystarczający poziom aktywności fizycznej, błędy w diecie, stałą ekspozycję na stres, czy też obciążenie pracą (ogólnie wysiłkiem). Te wszystkie elementy są uznawane za czynniki ryzyka prowadzące do zaburzeń równowagi hormonalnej zarówno u mężczyzn, jak i kobiet (Koperwas, Głowacka, 2017). Ponadto niepłodność może być spowodowana odkładaniem decyzji prokreacyjnych na późniejsze lata życia, wczesną inicjacją seksualną, dużą liczbą partnerów, paleniem papierosów i stosowaniem innych używek.

Uwaga psychologiczna: *Problem niepłodności może być źródłem intensywnego stresu dla par starających się o dziecko, co może mieć wpływ nie tylko na ich wzajemne relacje, ale także społeczne i zawodowe funkcjonowanie.*

Procesy psychologiczne związane z niepłodnością są skomplikowane i mogą obejmować szereg emocjonalnych, poznawczych oraz behawioralnych reakcji.

- **Emocjonalne Aspekty Niepłodności**

Niepłodność często jest źródłem chronicznego stresu, który może prowadzić do lęku i obniżenia nastroju. Obawa przed społeczną stygmatyzacją, ciągła niepewność wyniku leczenia, a także obciążenie finansowe są potencjalnymi czynnikami stresogennymi.

U par borykających się z problemem niepłodności często obserwuje się objawy depresyjne, takie jak uczucie smutku, utrata zainteresowań, problemy ze snem, zmiana apetytu czy obniżona samoocena. Para może doświadczać uczucia żałoby związanej ze stratą możliwości naturalnego poczęcia i urodzenia dziecka.

Podkreślenia wymaga, że niemożność posiadania dziecka może przyczynić się do wzrostu frustracji, poczucia winy, zamartwiania się i poczucia pustki. Na nasilenie objawów wpływa także sytuacja, w której dla partnerów posiadanie dzieci stanowi bardzo ważny aspekt. Niezaspokojenie potrzeby posiadania dzieci wzmagą poczucie bezradności (Chanduszko-Salska, 2016).

- **Poznawcze Aspekty Niepłodności**

Negatywne przekonania na temat siebie jako partnera/partnerki i przyszłego rodzica mogą wpływać na poczucie własnej wartości. Wiele par tworzy także nierealistyczne oczekiwania co do leczenia, które mogą prowadzić do większego rozczarowania i frustracji. Niepłodność może prowadzić do obsesyjnego skupiania się na celu zajścia w ciążę, co sprawia, że inne aspekty życia schodzą na drugi plan (Cousineau, Domar, 2007).

- **Behawioralne Aspekty Niepłodności:**

Pary mogą unikać kontaktów społecznych, szczególnie z osobami, które mają dzieci, co może prowadzić do izolacji i pogłębienia uczucia samotności (Chanduszko-Salska, 2016). Niepłodność może zmieniać naturalny rytm życia seksualnego par, czyniąc go bardziej funkcjonalnym i mniej spontanicznym, co może prowadzić do obniżenia satysfakcji ze współżycia seksualnego (Sydsjö i in, 2006).

Pary stosują różne strategie radzenia sobie z problemem niepłodności. Mogą one obejmować poszukiwanie wsparcia wśród bliskich, w grupach wsparcia czy u specjalistów. Skuteczne sposoby radzenia sobie mogą złagodzić negatywne skutki psychologiczne niepłodności.

Uwaga psychologiczna: *Praktyka podpowiada zalecanie, by pary doświadczające niepłodności koncentrowały się na takim rodzaju wsparcia psychologicznego, które będzie obniżało uporczywe poczucie napięcia emocjonalnego (stres, lęk, bezradność).*

Warto także zwrócić uwagę na wsparcie, które będzie oferowało pracę nad uadekwatnieniem poczucia własnej wartości i sprawczości. Pomocne są zarówno

psychoedukacja, jak i intensywniejsze formy pomocy psychologicznej takie jak: terapia psychologiczna, psychoterapia (indywidualna i grupowa) oraz korzystanie z grup wsparcia.

Zauważenia wymaga, że różnorodne czynniki mogą generować intensywny stres, który nie tylko wpływa na emocje, ale i na funkcje fizjologiczne, oraz może wywoływać problemy w komunikacji między partnerami, pogłębiając negatywne odczucia. Niepłodność jest rozpoznawana jako ważny czynnik ryzyka zaburzeń seksualnych i pogorszenia relacji intymnych zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Przekonania kulturowe na temat roli mężczyzny i kobiety powiązane są z potencją i płodnością. Mimo że niepłodność męska rzadziej jest przedmiotem badań psychologicznych, zauważa się związek między stresem a jakością nasienia. Wsparcie w radzeniu sobie ze stresem związanym z niepłodnością jest kluczowe dla wsparcia leczenia i ochrony pacjentów przed negatywnymi skutkami stresu wynikającego z problemów z prokreacją (Chanduszko-Salska, 2016).

Badania pokazują, że po wsparcie emocjonalne i pomoc psychologiczną częściej zgłaszają się kobiety. Nie zmienia to faktu, że mężczyźni równie mocno przeżywają niepłodność, pomimo, że nie zawsze okazują swoje emocje i uczucia w sposób jawny (Chanduszko-Salska, 2016).

Z kolei emocjonalne i interpersonalne wyzwania mogą zniechęcać do kontynuowania leczenia. Obserwuje się, że intensywność problemów emocjonalnych może zmieniać się w czasie, zwykle pogłębiając się w pierwszym roku leczenia, zmniejszając w drugim, a potem ponownie wzrastając. Długotrwałe leczenie może wpłynąć na jakość życia i relacji, szczególnie u kobiet borykających się z niepłodnością. Niemniej, przezwyciężenie tych wyzwań może w konsekwencji wzmocnić więź małżeńską.

Znaczną rolę w redukcji stresu odgrywają więzi społeczne. Bliska relacja z partnerem, rodziną i przyjaciółmi może wspierać osoby doświadczające niepłodności. Polskie badaczki (Malina, Suwalska – Barancewicz, 2020) opisują, jak wsparcie społeczne wpływa na samopoczucie psychiczne osób, które borykają się z niepłodnością. Analizowano także różnice w odczuwaniu wsparcia i dobrostanu między płciami, oraz identyfikowano czynniki, które mogą przewidywać poziom dobrostanu psychicznego. Wyniki pokazały, że istnieje związek między wsparciem a lepszym stanem psychicznym wśród obu płci; wyższe wsparcie przekładało się na lepsze samopoczucie. Zebrane dane pokazywały, że kobiety wykazywały większe zaangażowanie w dążeniu do wyznaczonych celów. Badania potwierdziły, że wsparcie emocjonalne jest ważnym czynnikiem wpływającym na dobrostan psychiczny osób walczących z niepłodnością.

Projekt 1. Propozycja warsztatów realizowanych przez służby społeczne wsparcia rodziny dla osób potrzebujących

Przykładem warsztatu, który mógłby wspierać pary w kryzysie niepłodności, może być program edukacyjno-terapeutyczny, który skupia się na zarządzaniu stresem i emocjami, komunikacji oraz budowaniu wsparcia. Takie warsztaty są zalecane w oparciu o wyniki badań, które pokazują, że interwencje psychologiczne mogą zmniejszać poziom stresu i poprawiać wyniki leczenia niepłodności.

Warsztat: "Zarządzanie Stresem i Komunikacja w Procesie Leczenia Niepłodności"

Cel warsztatu:

- Zwiększenie umiejętności radzenia sobie ze stresem,
- Poprawa komunikacji między partnerami,
- Wzmocnienie relacji i poczucia wsparcia w parze.

Format: Cykl 8 spotkań, 2 godziny każde, raz w tygodniu.

Struktura warsztatu:

Sesja 1: Wprowadzenie i Poznanie Grupy

Cele i oczekiwania uczestników,

Zasady funkcjonowania grupy wsparcia.

Sesja 2: Edukacja - Rozumienie Niepłodności

Przegląd medycznych aspektów niepłodności,

Dyskusja na temat wpływu niepłodności na życie psychiczne.

Sesja 3: Zarządzanie Stresem I

Techniki relaksacyjne (np. trening autogenny, *mindfulness*),

Ćwiczenia praktyczne.

Sesja 4: Zarządzanie Stresem II

Warsztaty z zarządzania czasem i technik organizacyjnych,

Planowanie aktywności redukujących stres.

Sesja 5: Komunikacja w Związku I

Ćwiczenia z aktywnego słuchania,

Techniki wyrażania uczuć i potrzeb.

Sesja 6: Komunikacja w Związku II

Rozwiązywanie konfliktów i negocjacje w związku,

Scenki i *role-play*.

Sesja 7: Budowanie Wsparcia i Zasobów

Jak budować sieć wsparcia?

Współpraca z rodziną i przyjaciółmi.

Sesja 8: Planowanie Przyszłości i Zamknięcie

Strategie radzenia sobie z niepewnością,

Ustalanie celów indywidualnych i celów dla par.

Metodyka:

- Wykłady,
- Dyskusje grupowe,
- Ćwiczenia praktyczne,
- *Role-playing*,
- Ćwiczenia relaksacyjne.

Uwagi: Powyższy przykład warsztatu opiera się na zaleceniach wynikających z przeglądu literatury dotyczącej skuteczności interwencji psychologicznych w leczeniu niepłodności. Przy organizacji takiego warsztatu ważne jest, aby uszczegółwić go w oparciu o dokładną analizę potrzeb konkretnej grupy docelowej oraz dostosować metodologię właściwą dla

kultury i kontekstu lokalnego. Warsztat powinien być prowadzony przez psychologa, psychoterapeutę; jeśli jest możliwość, z doświadczeniem w obszarze wsparcia w kryzysie niepłodności.

Źródło: Opracowanie własne autorki

2. Poronienia i strata dziecka

Poronienie to głęboko osobiste doświadczenie zarówno dla kobiet jak i mężczyzn. Jako jeden z najtrudniejszych kryzysów okołoporodowych, wymaga szczególnego podejścia i wsparcia zarówno ze strony profesjonalistów, jak i otoczenia społecznego. W tym rozdziale skupiam się na zrozumieniu dynamiki emocjonalnej, z jaką borykają się osoby doświadczające poronienia oraz prezentuję rekomendacje dotyczące najlepszych praktyk wsparcia. Zawarto w nim także wskazówki, jak Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej w Polsce mogą rozwijać programy i inicjatywy, które pomogą w łagodzeniu skutków tego kryzysu. Omówienie to stanowi istotny element szerszej dyskusji o ochronie zdrowia psychicznego i fizycznego osób w sytuacji kryzysu okołoporodowego.

Poronienie, z medycznego punktu widzenia, to zakończenie ciąży przed osiągnięciem przez płód zdolności do życia poza łonem matki, co w Polsce prawnie oznacza stratę dziecka przed 22. tygodniem ciąży. Zaznaczyć należy, że do większości poronień dochodzi w pierwszym trymestrze ciąży. Wyróżnia się kilka rodzajów poronień:

- poronienie samoistne – najczęstsza forma poronienia, zazwyczaj występująca przed 12. tygodniem ciąży,
- poronienie nawykowe – dotyczy sytuacji, gdy do poronienia dochodzi trzy lub więcej razy z rzędu, ciąża ektopowa (zwana także „pozamaciczną”).
- z kolei martwe narodziny (inaczej urodzenie martwego dziecka) to zjawisko, gdy dziecko rodzi się martwe po ukończeniu 22. tygodnia ciąży,

Uwaga psychologiczna: *Strata dziecka w czasie ciąży lub w okolicach porodu często stanowi dla kobiet wyzwanie emocjonalne, które wywołuje reakcje o zróżnicowanym charakterze i intensywności. Zjawisko to jest złożone i zależy od wielu czynników związanych z osobą matki, takich jak jej wiek, historia rodzicielstwa (liczby posiadanych dzieci), przebyte terapie niepłodności czy poprzednie doświadczenia z poronieniami, jak również od czasu, który upłynął od poczęcia.*

Pacjentki, które w przeszłości cierpiały z powodu zaburzeń lękowych bądź depresji są bardziej narażone na psychologiczne konsekwencje straty. Ważne są również aspekty

społeczne i kulturowe, w tym wsparcie ze strony otoczenia (partnera, męża, rodziny, przyjaciół). Istotny wpływ na przebieg żałoby po stracie dziecka ma także relacja między matką a personelem medycznym w trakcie hospitalizacji oraz jakość tej opieki (Kornas-Biela, 2020).

W przybliżeniu 15–20% ciąż kończy się samoistnym poronieniem. Obserwuje się związek między wiekiem ciąży a ryzykiem poronienia – mniej więcej połowa ciąż kończy się przed etapem implantacji zarodka, a ryzyko utraty ciąży po implantacji waha się między 12% a 24%. Poronienia nawykowe, definiowane jako trzy lub więcej kolejnych poronień, dotyczą około 1–2% kobiet, co stanowi około 5% wszystkich poronień samoistnych i przyczyniają się do straty 0,4–0,8% ogólnej liczby ciąż. Badania epidemiologiczne wskazują, że duża częstość poronień u kobiety wpływa na wzrost ryzyka utraty kolejnych ciąż (Lewicka, 2013).

Konsekwencje psychologiczne poronienia i martwych narodzin są głębokie i mogą obejmować żalobę, depresję oraz zaburzenia adaptacyjne (Lok i in, 2010). Pomoc psychologiczna jest kluczowym elementem wsparcia dla rodziców w żałobie. Wsparciem należy objąć nie tylko matkę, ale także ojca, który doświadczył tak dotkliwej straty. Wskażmy zatem na kluczowe psychologiczne skutki poronień i martwych narodzin:

- *Proces żałoby.* Żałoba po stracie ciąży to proces, który wymaga czasu i wsparcia. Każda osoba przeżywa ją inaczej, ale istotne jest, aby otoczenie respektowało tę indywidualność. Żałoba może przejawiać się w różnych formach - od płaczu po wycofanie się z życia społecznego (Łuczak – Wawrzyniak i in, 2010).
- *Reakcje emocjonalne.* Szok, smutek, gniew, frustracja, poczucie niesprawiedliwości, silny niepokój i poczucie bezradności to naturalne reakcje emocjonalne po stracie dziecka. W literaturze podkreśla się znaczenie uznania tych emocji jako normalnej części procesu przejścia przez kryzys psychologiczny i/lub żalobę (Łuczak – Wawrzyniak i in, 2010).
- *Poczucie winy i wstydu.* Poczucie winy, które często towarzyszy kobietom i mężczyznom doświadczającym poronienia, może wynikać z niewystarczającej wiedzy o przyczynach takich zdarzeń. Edukacja i profesjonalne wsparcie są kluczowe w zapobieganiu nieuzasadnionemu obwinianiu się. Dla wielu par poznanie przyczyny straty powoduje odzyskanie kontroli i w efekcie obniżenie napięcia emocjonalnego (Łuczak – Wawrzyniak i in, 2010).
- *Zmiany w relacjach.* Strata ciąży może wpłynąć na dynamikę relacji między partnerami oraz z innymi członkami rodziny. Wspólne przeżywanie żałoby jest ważne, ale może również stanowić wyzwanie, gdy każda ze stron radzi sobie z nią inaczej. Postawa

akceptacji wobec partnerki/partnera i bliskich i ich sposobów przeżywania żałoby może okazać się ważna dla utrzymania dobrych relacji (Bielawska-Batorowicz, 2012).

- *Zaburzenia psychiczne.* Istnieje ryzyko rozwoju poważniejszych problemów psychologicznych, takich jak depresja, zaburzenia lękowe czy PTSD (ang. *Post-Traumatic Stress Disorder*), czyli zespół stresu pourazowego. Osoby dotknięte stratą ciąży powinny być monitorowane pod kątem tych zaburzeń i otrzymywać adekwatne wsparcie (Farren, 2016).

Należy podkreślić, że znaczna część reakcji emocjonalnych będzie efektem kryzysu emocjonalnego, który jest normalną, adaptacyjną odpowiedzią na doświadczenie straty. Normalizacja i uznawanie osobistych przeżyć rodzin doświadczających straty jest ważnym aspektem procesu powrotu do balansu psychicznego.

Uwaga psychologiczna: *Pracownicy socjalni, angażując się w rozmowy z osobami, które doświadczyły straty ciąży, poronienia lub martwych narodzin, powinni być świadomi i czujni na pewne sygnały, które mogą wskazywać na poważne problemy zdrowotne czy psychologiczne.*

Oto kilka sytuacji i objawów, które powinny wzbudzić ich szczególną uwagę (Guzewicz, 2014):

- *Nadmierne objawy żałoby.* Przedłużająca się intensywna żałoba, która nie ustępuje z czasem, może wskazywać na rozwój komplikacji takich jak tzw. „przedłużająca się żałoba” lub depresja. Diagnozy różnicowej dokonuje psycholog, psychoterapeuta lub psychiatra. Przyjmuje się, że kryzys psychologiczny, który jest zupełnie normalną reakcją na trudną sytuację obejmuje okres do 6-8 tygodni od zdarzenia (Kubacka – Jasiecka, 2010). Jednak zdaniem Urszuli Bieleckiej, „Żałobę zdaniem wielu badaczy należy postrzegać [...] raczej jako proces zmierzający bardziej do reorganizacji życia niż do pełnej rekonwalescencji i powrotu do stanu pierwotnego” (Bielecka, 2012). Prawidłowe rozróżnienie patologicznego procesu żałoby od typowego jest złożone i wymaga wsparcia specjalistycznego.
- *Izolacja społeczna.* Wycofanie się z życia społecznego i unikanie rozmów na temat straty mogą być oznaką pogłębiających się problemów emocjonalnych (Kornas-Biela, 1999).
- *Przedłużające się zaburzenia snu i apetytu.* Problemy z zasypianiem, częste budzenie się w nocy lub znaczące zmiany w apetycie mogą świadczyć o stresie pourazowym lub depresji (Kornas-Biela, 1999).

- *Przedłużająca się niezdolność do funkcjonowania w codziennym życiu.* Trudności w wykonywaniu zwykłych czynności domowych, pracy zawodowej czy w relacjach międzyludzkich mogą wskazywać na potrzebę profesjonalnego wsparcia psychologicznego (Kubacka – Jasiocka, 2010).
- *Myśli samobójcze.* Wypowiedzi sugerujące myśli o samookaleczeniu lub samobójstwie są sygnałem alarmowym i wymagają natychmiastowej interwencji (Kubacka – Jasiocka, 2010).
- *Nadużywanie substancji psychoaktywnych.* Sięganie po alkohol, narkotyki czy nadmierne stosowanie leków może być próbą samoleczenia i ucieczki od bólu psychicznego (Kubacka – Jasiocka, 2010).
- *Problemy w relacji partnerskiej.* Konflikty z partnerem lub partnerką, unikanie rozmów na temat straty lub problemy seksualne mogą wskazywać na potrzebę wsparcia w sferze relacji międzyludzkich (Kubacka – Jasiocka, 2010).

Uwaga psychologiczna: *Jeżeli wspomagający rodzinę zauważy któreś z powyższych sygnałów, powinien odpowiednio zareagować, oferując wsparcie i informacje o dostępnych formach pomocy, w tym skierowanie do specjalisty psychologa, psychoterapeuty czy psychiatry, jak również do grup wsparcia dla osób, które doświadczyły podobnej straty.*

Ważne jest, aby pracownicy socjalni mieli dostęp do szkoleń, które pozwolą im lepiej rozumieć dynamikę procesu żałoby po stracie ciąży i nabyć umiejętności wsparcia osób w takiej sytuacji. Warto również podkreślić rolę edukacji w zakresie przyczyn i konsekwencji straty ciąży. Organizowanie warsztatów, szkoleń i seminariów dla pracowników systemu wsparcia rodziny może przyczynić się do podnoszenia jakości wsparcia udzielanego rodzinom w żałobie.

Wsparcie psychologiczne osób doświadczających straty ciąży powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb osób doświadczających straty. Ważne jest, aby pracownicy systemu wsparcia rodziny byli przygotowani do rozpoznawania sygnałów świadczących o potrzebie interwencji oraz umieli kierować do odpowiednich specjalistów - psychologów, psychoterapeutów czy psychiatrów. Grupy wsparcia, terapia indywidualna czy terapia par mogą okazać się nieocenione w procesie adaptacji do nowej sytuacji życiowej i przepracowania żałoby. Skuteczność wsparcia zależy od indywidualnych potrzeb rodziców. Ważne jest holistyczne podejście, łączące wsparcie emocjonalne, informacyjne i praktyczne, w tym pomoc w zrozumieniu i przetworzeniu doświadczenia.

Projekt 2. Propozycja szkolenia dla pracowników systemu wsparcia rodziny

Przykładem warsztatu, który mógłby wspierać pracowników systemu wsparcia rodziny w komunikacji z rodzinami, które doświadczyły poronienia i/lub martwych narodzin, może być program edukacyjny skupiający się na podstawowych metodach interwencji kryzysowej, komunikacji oraz budowaniu wsparcia. Modele takich warsztatów powstają w oparciu o wyniki badań, które pokazują, że interwencje psychologiczne mogą istotnie przyczynić się do dobrostanu osób korzystających ze wsparcia ośrodków oraz pracowników systemu wsparcia rodziny

Warsztat: "Wsparcie par doświadczających straty ciąży "

Cel warsztatu:

- Zwiększenie kompetencji pracowników systemu wsparcia rodziny w zakresie rozpoznawania i reagowania na potrzeby psychologiczne osób/rodzin po stracie ciąży, w tym zdobycie wiedzy na temat dynamiki żałoby i sposobów wsparcia dostosowanych do indywidualnej sytuacji.
- Wzmocnienie zdolności pracowników do samoopieki i zarządzania stresem zawodowym, aby mogli oni kontynuować pracę z osobami w kryzysie bez ryzyka wypalenia zawodowego i z zachowaniem własnego zdrowia psychicznego.

Struktura: Cykl 5 spotkań, 2,5 godziny każde, raz w tygodniu.

Sesja 1: Zrozumienie poronienia i jego konsekwencji psychologicznych

Teoretyczne podstawy aspektów psychologicznych poronienia.

Przegląd badań dotyczących wpływu poronienia na zdrowie psychiczne.

Studium przypadku i analiza.

Sesja 2: Techniki interwencji kryzysowej

Metody interwencji kryzysowej stosowane w przypadku poronienia.

Praktyczne warsztaty z wykorzystaniem technik terapii poznawczo – behawioralnej.

Ćwiczenia: Symulacje interwencji kryzysowej.

Sesja 3: Wsparcie i budowanie odporności

Techniki wsparcia emocjonalnego i psychologicznego.

Budowanie odporności u osób/rodzin po stracie ciąży.

Warsztaty: Rozwijanie umiejętności pomocowych.

Sesja 4: Zasoby i sieci wsparcia

Prezentacja zasobów wsparcia dostępnych dla osób po poronieniu.

Tworzenie sieci wsparcia i współpracy międzyinstytucjonalnej.

Dyskusja: Przypadki interdyscyplinarne.

Sesja 5: Samoopieka dla pracowników socjalnych

Znaczenie samoopieki w pracy ze stratą.

Techniki zarządzania stresem i zapobiegania wypaleniu zawodowemu.

Planowanie osobistego rozwoju i samoopieki.

Metodyka:

- Wykłady,
- Dyskusje grupowe,
- Ćwiczenia praktyczne,
- *Role-playing*,
- Ćwiczenia relaksacyjne.

Uwagi: Powyższy przykład warsztatu opiera się na zaleceniach wynikających z przeglądu literatury dotyczącej skuteczności interwencji psychologicznych w przypadku poronienia. Przy organizacji takiego warsztatu ważne jest, aby uszczegółwić go w oparciu o dokładną

analizę potrzeb konkretnej grupy docelowej oraz dostosować metodologię właściwą dla kultury i kontekstu lokalnego. Warsztat powinien być prowadzony przez psychologa, psychoterapeutę; jeśli jest możliwość, z doświadczeniem w obszarze pracy z pracownikami systemu wsparcia rodziny.

Źródło: Opracowanie własne autorki

3. Depresja poporodowa

Depresja poporodowa to poważny problem zdrowia publicznego. Skuteczne metody wsparcia i profilaktyki są kluczowe dla zapewnienia zdrowia psychicznego matki, a tym samym zdrowego rozwoju dziecka. Depresja poporodowa stanowi znaczący problem zdrowotny, dotykając w Polsce szacunkowo 10-15% kobiet po porodzie. Problem ten często pozostaje nierozpoznany i nieleczony, co może prowadzić do długotrwałych konsekwencji dla zdrowia psychicznego matki oraz rozwoju dziecka. Programy profilaktyczne i wsparcia w tym zakresie nadal wymagają rozbudowy i lepszego dostosowania do potrzeb społeczności lokalnych. Nadal brakuje jednak systemowych rozwiązań w zakresie wsparcia dla matek i ich rodzin w tym trudnym okresie (Siwek, Dudek, 2003).

Uwaga psychologiczna: *Depresja poporodowa to zaburzenie nastroju występujące u rodziców po narodzinach dziecka. Objawy obejmują smutek, chwiejność emocjonalną, utratę zainteresowań, poczucie winy, zaburzenia snu, zmiany apetytu, brak energii, myśli samobójcze oraz trudności w opiece nad dzieckiem.*

Depresja poporodowa zazwyczaj rozpoczyna się w ciągu pierwszych sześciu tygodni po porodzie, choć może się pojawić do roku po narodzinach dziecka. Leczenie może obejmować terapię psychologiczną, wsparcie grupowe, a czasami farmakoterapię. Grupą ryzyka są osoby z historią depresji, z nasilonym smutkiem poporodowym, z lękiem czy stresem, niechcianą ciążą lub trudnościami w relacjach. W celu prawidłowego rozpoznawania depresji poporodowej u kobiety wymagana jest konsultacja z lekarzem psychiatrą (Kossakowska, 2013).

Projekt 3. Propozycja projektu szkolenia dla pracowników systemu wsparcia rodziny oraz programu terapeutycznego dla kobiet doświadczających depresji poporodowej.

Opracowując przykładowy program grupy terapeutycznej dla kobiet doświadczających depresji poporodowej, który mógłby być zorganizowany w instytucjach wsparcia rodziny lub w innych ośrodkach, możemy opierać się na istniejących modelach interwencji, takich jak program realizowany przez Centrum Medyczne „Żelazna” we współpracy z Fundacją „Dajemy Dzieciom Siłę” (Przystanek Mama, 2023).

Program terapeutyczny: "W stronę światła - wsparcie po depresji poporodowej"

Cel: Zapewnienie kompleksowego wsparcia psychologicznego dla kobiet doświadczających depresji poporodowej, podniesienie świadomości społecznej oraz promowanie zdrowia psychicznego matek.

Struktura:

Warsztaty edukacyjne dla personelu instytucji – przygotowanie do rozpoznawania objawów depresji poporodowej.

Cykl spotkań terapeutycznych dla kobiet – obejmujących edukację, wsparcie grupowe i indywidualne konsultacje psychologiczne.

Stworzenie i udostępnienie materiałów informacyjnych – broszury, plakaty, dostęp do portalu edukacyjnego.

Współpraca z lokalnymi placówkami zdrowia – promowanie badania przesiewowego za pomocą „Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej”.

Trzy bezpłatne sesje indywidualne z psychologiem dla każdej z uczestniczek programu.

Uwagi: Dostosowanie takiego programu do możliwości systemu wsparcia rodziny może wymagać współpracy z lokalnymi specjalistami w dziedzinie psychologii oraz zdrowia kobiet i skorzystania z zewnętrznych źródeł finansowania, aby zapewnić odpowiedni poziom opieki.

Źródło: Opracowanie własne autorki

4. Wsparcie rodziców po niepomyślnej diagnozie prenatalnej oraz w ciąży wysokiego ryzyka

Rodzice, którzy otrzymują niepomyślną diagnozę prenatalną lub są w ciąży wysokiego ryzyka, często przeżywają kryzys emocjonalny. Wsparcie powinno być zindywidualizowane i dostosowane do specyficznych potrzeb danej rodziny. W pracy z rodzicami konieczne jest uwzględnienie indywidualnych czynników ryzyka oraz osobistych zasobów, które mogą wpływać na przeżywanie diagnozy i dalsze decyzje. Należy pamiętać, że wsparcie powinno być kompleksowe i obejmować zarówno pomoc psychologiczną, jak i wsparcie w planowaniu dalszej, przyszłej opieki nad dzieckiem.

W ramach instytucji wsparcia rodziny lub innych podmiotów powinniśmy dążyć do tworzenia warunków dla otwartej komunikacji oraz bezpiecznego środowiska, gdzie rodzice mogą wyrażać swoje obawy i uczucia, a także zdobywać informacje o dostępnych zasobach wsparcia.

W Polsce rodzice po niepomyślnej diagnozie prenatalnej oraz w ciąży wysokiego ryzyka mogą liczyć na różnorodne formy wsparcia, które obejmują zarówno pomoc psychologiczną, jak i psychiatryczną. Do dostępnych opcji należą:

- *Hospicja perinatalne* - miejsca, które oferują wsparcie dla rodziców, którzy otrzymali trudną diagnozę prenatalną dla swojego dziecka, zapewniając opiekę i wsparcie w czasie ciąży, jak i po narodzinach dziecka.

- *Wsparcie w szpitalach* – szpitale położnicze organizują i oferują wsparcie psychologiczne dla pacjentek i ich rodzin, które otrzymały niepomyślną diagnozę prenatalną. Oddziały ginekologiczno-położnicze I i II stopnia referencyjności są zobowiązane do zatrudnienia psychologa w wymiarze co najmniej 0,5 etatu – wynika z rozporządzenia ministra zdrowia z 2021 roku (MZ, 2021).

Program badań prenatalnych finansowany przez NFZ - który umożliwia przeprowadzenie bezpłatnej diagnostyki prenatalnej w celu identyfikacji ryzyka wystąpienia wad płodu oraz ich wczesnej diagnostyki.

Dostęp do tych usług jest zróżnicowany w zależności od miejsca zamieszkania i lokalnych możliwości ośrodków zdrowia oraz szpitali. Ważne jest, aby rodzice otrzymujący niepomyślną diagnozę prenatalną byli informowani o dostępnych formach wsparcia przez pracowników instytucji wsparcia rodziny i inne placówki.

Projekt 4. Propozycja działań, które może podjąć placówka systemu wsparcia rodziny (OPS, CUS, PCPR, profilowa organizacja pozarządowa i inne podmioty)

Nawiązanie współpracy z innymi lokalnymi placówkami i ośrodkami, które specjalizują się w udzielaniu wsparcia rodzinom, które otrzymały niepomyślne diagnozy prenatalne lub są w ciąży wysokiego ryzyka. Wczesne interwencje psychologiczne mogą wzmocnić zasoby rodziny i pomóc przejść przez trudny okres ciąży, porodu i porożenia.

Zaleca się także regularne spotkania z przedstawicielami tego typu ośrodków w celu omawiania sposobów współpracy i umożliwienia skorzystania ze wsparcia możliwie największej liczbie osób potrzebujących.

5. Blokady prokreacyjne i zapobieganie

Blokady prokreacyjne to różnego rodzaju bariery lub przeszkody, które mogą uniemożliwiać lub znacznie utrudniać proces poczęcia dziecka. Można je podzielić na kilka głównych kategorii:

- Fizjologiczne/medyczne: Obejmują problemy zdrowotne zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Dla kobiet może to być np. zespół policystycznych jajników (PCOS), endometrioza, niewłaściwa praca jajników, a dla mężczyzn np. niska jakość lub ilość plemników, problemy z erekcją.
- Genetyczne: Choroby genetyczne lub wady genetyczne, które mogą wpływać na płodność.
- Psychologiczne: Stres, lęki, zaburzenia psychiczne mogą mieć duży wpływ na płodność. Wpływają one zarówno na procesy hormonalne, jak i na zachowania seksualne.
- Środowiskowe/ekspozycyjne: Narażenie na pewne substancje chemiczne, promieniowanie, a także niektóre nawyki życiowe (np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu) mogą negatywnie wpływać na płodność.
- Wiekowe: Z wiekiem naturalna płodność zarówno kobiet, jak i mężczyzn maleje. Szczególnie u kobiet, po 35 roku życia, zdolność do poczęcia zaczyna stopniowo spadać.

Rozumienie mechanizmów psychologicznych, takich jak lęk, stres czy presja społeczna, jest kluczowe dla skutecznego wsparcia. Psychologiczne blokady prokreacyjne mogą mieć wiele przyczyn, w tym stres, niska samoocena, problemy w relacjach czy negatywne doświadczenia z przeszłości. Identyfikacja i praca nad tymi czynnikami może przyczynić się do zwiększenia szansy na poczęcie. Dla pracowników instytucji wsparcia rodziny, kluczowe mogą okazać się warsztaty z zakresu komunikacji i budowania relacji, które będą wspierać rodziny w rozumieniu i przepracowaniu tych blokad.

Profilaktyka w formie edukacji, wsparcia społecznego oraz działań promujących zdrowie psychiczne i fizyczne ma na celu nie tylko zapobieganie, ale także przygotowanie potencjalnych rodziców do wyzwań związanych z prokreacją. W polskich realiach, działania takie mogą być promowane poprzez kampanie społeczne oraz współpracę z ośrodkami zdrowia psychicznego.

Podsumowanie

Trudności prokreacyjne są problemem kompleksowym, wymagającym wszechstronnego i wielodyscyplinarnego podejścia. Dla pracowników systemu wsparcia rodziny i specjalistów działających w polskim systemie opieki społecznej, zrozumienie problematyki prokreacyjnej, znajomość dostępnych form wsparcia psychologicznego oraz umiejętność komunikacji z osobami doświadczającymi tego typu trudności jest kluczowe dla skutecznego działania i wspierania rodziny.

6. Poradnik komunikacji z rodzinami doświadczającymi trudności prokreacyjnych

Komunikacja z rodzinami przeżywającymi trudności prokreacyjne wymaga szczególnej wrażliwości, empatii oraz zrozumienia. Poniższe delegacje zostały skonstruowane tak, aby stanowiły wsparcie dla efektywnego i wspierającego dialogu z osobami w tej niezwykle delikatnej sytuacji życiowej.

Budowanie relacji opartej na zaufaniu

Należy stworzyć przestrzeń, w której rodzina poczuje się bezpiecznie, by wyrazić swoje obawy i emocje. Ważne jest, aby pokazać, że są traktowani z szacunkiem oraz zrozumieniem ich unikalnej sytuacji. W budowie zaufania pomocne jest przedstawianie się z imienia i nazwiska, przedstawianie celu spotkania / rozmowy. Warto zadbać, by miejsce, w którym odbywa się rozmowa było przytulne. W rozmowie powinny uczestniczyć wyłącznie niezbędne osoby.

Aktywne słuchanie

Aktywne słuchanie jest kluczowym elementem efektywnej komunikacji. Polega na pełnym skupieniu na rozmówcy, odbieraniu i refleksji nad słowami, bez formułowania ocen.

Empatia

Staraj się wczuć w sytuację rodziny, rozumiejąc ich emocje i perspektywę. Empatia jest fundamentem dla budowania wzajemnego zrozumienia i efektywnej pomocy. Ważnym aspektem jest jednak uważność na ochronę własnych zasobów – nadmierne zaangażowanie emocjonalne może być nadużywające i obciążające.

Język wolny od ocen

Używaj języka, który jest pozbawiony osądu i stygmatyzacji. Terminy medyczne i żargon mogą być niezrozumiałe lub wydawać się zastraszające, dlatego należy je wyjaśniać w sposób zrozumiały i delikatny. Często nomenklatura medyczna odbiera rodzinom prawo do straty. Warto nazywać rzeczy/zjawiska/odczucia tak samo jak nazywa je osoba szukająca.

Zachowanie poufności

Poufność i dyskrecja są niezbędne, aby rodziny czuły się komfortowo dzieląc się swoją historią i uczuciami.

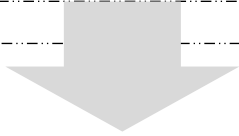
Prawidłowa komunikacja z osobami doświadczającymi trudności prokreacyjnych jest kluczowa, aby zapewnić im adekwatne wsparcie emocjonalne i informacyjne. Oto przykłady form komunikacji, które są zalecane:

Otwarte pytania:

"Jak się dzisiaj Pani czuje?"

"Czy może podzielić się Pan ze mną, jakie myśli najczęściej przychodzą Panu do głowy w tej sytuacji?"

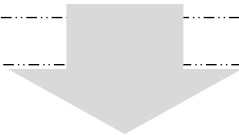
"W jaki sposób mogę Państwu teraz najlepiej pomóc?"



Użycie refleksji emocjonalnej:

"Wydaje się, że to dla Państwa bardzo trudny czas. To zupełnie zrozumiałe, że odczuwają Państwo smutek/frustrację."


"Słyszę, że to doświadczenie jest dla Pani obciążające emocjonalnie, a przeżywanie trudności wymaga wiele wysiłku."



Potwierdzenie ich doświadczeń:

"Niezależnie od tego, co myślą inni, ma Pani prawo do przeżywania swojej straty tak, jak Pani czuje."

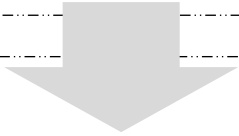
"To, przez co Pan przechodzi, jest trudne i chcę, aby Pan wiedział, że tu jesteśmy tu po to, aby Pana wesprzeć."



Wyrażanie wsparcia:

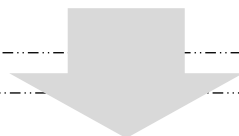
"Jesteśmy tutaj, aby Państwa rodzinę wspierać na każdym kroku i pomóc znaleźć najlepsze dla rozwiązania."

"Chcę, aby Pan wiedział, że nie jest sam w tej sytuacji i że możemy razem pracować nad znalezieniem najlepszej ścieżki naprzód."




Zapewnienie poufności:

"Chcę Panią i Pana zapewnić, że wszystko, co tu padnie, zostanie utrzymane w poufności."



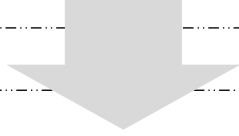
Unikanie założeń:

Zamiast: "Na pewno chcecie spróbować ponownie," *powinno się powiedzieć:* "Czy chcieliby Państwo porozmawiać o Waszych myślach dotyczących przyszłych kroków?"




Zachęcanie do wyrażania uczuć:

"Jeśli chce Pan o tym porozmawiać, jestem tutaj, aby wysłuchać."
"To normalne, że może Pani odczuwać różne emocje i jestem tutaj, aby pomóc Pani znaleźć najlepszą formę wsparcia."




Informowanie o dostępnych zasobach:

"Mamy różne formy wsparcia, które mogą Państwu pomóc, w tym poradnictwo psychologiczne, grupy wsparcia, a także możemy pomóc Państwu znaleźć specjalistyczne usługi, jeśli są potrzebne."



Dostosowanie języka do potrzeb osoby:

Upewnij się, że używane terminy są zrozumiałe dla osoby, z którą rozmawiasz, unikając nadmiernie technicznego żargonu.



Zachowanie spokoju i profesjonalizmu:

"Rozumiem, że to może być przytłaczające, ale jestem tutaj, aby pomóc Pani przejść przez ten proces krok po kroku."

Źródło: Opracowanie własne autorki

Podstawowe zasady dotyczące wspierania rodzin doświadczających problemów prokreacyjnych

- 1) Dostarczanie informacji o niepłodności: Edukacja na temat niepłodności, w tym jej przyczyn, leczenia oraz wpływu na zdrowie psychiczne, jest kluczowa dla pary.
- 2) Wsparcie psychologiczne i emocjonalne: Dostęp do terapii psychologicznej, psychoterapii oraz grup wsparcia, aby pomóc parom radzić sobie ze stresem, lękiem, obniżeniem nastroju i depresją.
- 3) Zarządzanie stresem: Organizowanie warsztatów i sesji terapeutycznych, które uczą technik zarządzania stresem, w tym technik relaksacyjnych.
- 4) Komunikacja w związku: Pomoc w rozwijaniu umiejętności komunikacyjnych między partnerami, w tym nabywanie umiejętności aktywnego słuchania i wyrażanie uczuć.
- 5) Budowanie wsparcia i zasobów: Praca nad tworzeniem sieci wsparcia, w tym współpraca z rodziną, przyjaciółmi i grupami wsparcia.
- 6) Wsparcie w żałobie po stracie ciąży: Zapewnienie wsparcia emocjonalnego i psychologicznego dla par doświadczających poronienia lub martwych narodzin, w tym pomoc w procesie żałoby.
- 7) Edukacja i świadomość społeczna o depresji poporodowej: Tworzenie programów edukacyjnych i terapeutycznych dla kobiet doświadczających depresji poporodowej oraz ich rodzin.
- 8) Wsparcie w niepomyślnej diagnozie prenatalnej i ciąży wysokiego ryzyka: Zapewnienie zindywidualizowanego wsparcia dla rodziców, którzy otrzymują trudne diagnozy prenatalne lub są w ciąży wysokiego ryzyka, w tym wsparcie psychologiczne i wsparcie w zakresie planowania opieki nad dzieckiem.
- 9) Zapobieganie blokadom prokreacyjnym: Edukacja i wsparcie w zakresie radzenia sobie ze stresem, niską samooceną i problemami w relacjach, które mogą przyczyniać się do blokad prokreacyjnych.
- 10) Szkolenie pracowników systemu wsparcia rodziny: Organizowanie szkoleń dla pracowników systemu wsparcia rodziny i innych specjalistów, aby zwiększyć ich świadomość i umiejętności wsparcia rodzin doświadczających trudności prokreacyjnych.
- 11) Otwarta, nieoceniająca komunikacja zmierzająca do rozpoznania indywidualnych potrzeb pary/rodziny.
- 12) Troska o dobrostan pracowników realizujących pracę z parami/rodzinami doświadczającymi trudności prokreacyjnych (techniki samopomocowe oraz zapobieganie wypaleniu zawodowemu).

Bibliografia

1. Bielawska-Batorowicz, E. (2012), *Strata ciąży i jej następstwa dla kobiety, stosunku do macierzyństwa, relacji z partnerem i kolejnym dzieckiem*, (w:) E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska (red.), *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, s. 23-42, Warszawa: Oficyna Wydawnicza WUM.
2. Bielecka, U. (2012), *Mity na temat zdrowej i patologicznej żałoby*, „Psychiatria i psychologia kliniczna”, 12(1), s. 62-66.
3. Chanduszko-Salska J. (2016), *Znaczenie pomocy psychologicznej i psychoterapii we wspomaganiu leczenia niepłodności partnerskiej* (w:) „Postępy Andrologii Online” 3(1), s. 22-32.
4. Cousineau, T. M., Domar, A. D. (2007), *Psychological impact of infertility*, “Best Practice Research Clinical Obstetrics & Gynaecology”, 21(2), s. 293-308.
5. Domar, A.D., et al. (2011), *The impact of group psychological interventions on distress in infertile women*, “Health Psychology”, 30(6), s. 853–857.
6. Farren, J., Jalmbarrant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., Bourne, T. (2016), *Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study*. BMJ open, 6(11), e011864.
7. Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., McQuillan, J. (2010), *The experience of infertility: A review of recent literature*, “Sociology of Health & Illness”, 32(1), s.140-162.
8. Guzewicz, Monika (2014), *Psychologiczne i społeczne konsekwencje utraty dziecka w wyniku poronienia*. „Civitas et Lex” 1, s. 15-27.
9. Hammerli, K., Znoj, H., Barth, J. (2009), *The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate*, “Human Reproduction Update”, 15(3), s. 279–295.
10. Koperwas, M., Głowacka, M. (2017), *Problem niepłodności wśród kobiet i mężczyzn—epidemiologia, czynniki ryzyka i świadomość społeczna*, „Aspekty zdrowia i choroby”, 2(3), s. 31-49.
11. Kornas-Biela, D. (2020), *Ocena opieki perinatalnej jako przedmiot badań kobiet po poronieniu*.
12. Kornas-Biela, D. (1999), *Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu*. Redakcja Wydawnictw KUL.

13. Kossakowska, K. (2013), *Profilaktyka depresji poporodowej-rola personelu medycznego w rozpoznawaniu czynników ryzyka i symptomów choroby*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 19(4).
14. Kubacka-Jasiecka, D. (2010), *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
15. Lewicka, M., Sulima, M., Pyć, M., Stawarz, B. (2013), *Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobiecie po stracie ciąży*, „In Annales Academiae Medicae Stetinensis” (Vol. 59, No. 1, s. 123-129).
16. Lok, I. H., Yip, A. S. K., Lee, D. T. S., Sahota, D., Chung, T. K. H. (2010), *A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage*, “Fertility and sterility”, 93(6), 1966-1975.
17. Łuczak -Wawrzyniak J., Czarnecka -Iwańczuk M., Bukowska A., Konofalska N.: *Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży*, „Ginekologia polska”, 2010, 81 (5), s. 374–377.
18. Minister Zdrowia. (2021), *Rozporządzenie z dnia 28 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej.
19. Siwek, M., Dudek, D. (2003), *Depresja poporodowa. Czynniki ryzyka, wykrywanie*, (w:) J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*, 65-74.
20. Sydsjö, G., Wadsby, M., Kjellberg, S., Sydsjö, A. (2002), *Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: a prospective long-term follow-up study*, “Human Reproduction”, 17(12), pp. 3242-3250.
21. Wdowiak, A., Makara-Studzińska, M., Raczkiwicz, D., Cyranka, K. (2022), *Problemy prokreacyjne a nasilenie lęku i depresji u kobiet leczonych z powodu niepłodności*. „Psychiatria Polska”, 56(1).

Źródła internetowe

1. *Przystanek Mama* (2023), <https://przystanekmama.szpitalzelazna.pl/> (dostęp: 10.11.2023).