



Natalia Gałązka

Szkoła Doktorska Nauk Społecznych

Pedagogika

**Doświadczenia wychowania przez rodziców
z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi
– perspektywa dorosłych dzieci**

Experiences of being raised by parents with bipolar disorder:
Perspectives of adult children

Dysertacja doktorska
napisana pod kierunkiem
prof. UAM dr hab. Ewy Włodarczyk
w Zakładzie Pedagogiki Społecznej

PODZIĘKOWANIA

W pierwszej kolejności największe podziękowania kieruję w stronę osób, bez których niniejsza praca by nie powstała - Archer, Bruna, Elizy, Igi, Joanny, Julii, Karoliny, Oliwii oraz Zofii. Dziękuję za możliwość spotkania się z Wami oraz Waszą gotowość do podzielenia się ze mną swoimi często niełatwymi historiami. Wasza otwartość pozwoliła na powstanie tej pracy, a mam nadzieję, że w konsekwencji na zmianę sytuacji dzieci osób z ChAD. Nie mogę również pominąć, jak wiele te spotkania znaczyły dla mnie, a cząstka Was na zawsze pozostanie w mojej pamięci.

Najszczersze podziękowania kieruję w stronę mojej niezastąpionej promotorki - prof. UAM dr hab. Ewy Włodarczyk. Pani Profesor była dla mnie prawdziwą mentorką, a ogrom jej wsparcia, wyrozumiałości oraz wiedzy pozwolił rozwinąć mi się nie tylko jako doktorantce, ale przede wszystkim jako osobie. Dziękuję za wszystkie rozmowy, refleksje i wskazówki oraz pokazanie mi, że niektóre bariery są tylko w mojej głowie.

Podziękowania kieruję również w stronę pracowniczek Zakładu Pedagogiki Społecznej. Dziękuję za ciepłe przyjęcie, zaufanie w stawianych mi zadaniach oraz gotowość do pomocy.

Szczególnie dziękuję moim Rodzicom, Babciom oraz Cioci. Wasze wsparcie oraz niezachwiana wiara we mnie pozwoliły mi zrealizować ten pomysł. Dziękuję za ogromne zainteresowanie dotyczące tego, co robię, ale przede wszystkim za wszystkie uśmiechy i uściski w trudnych momentach.

Dziękuję moim przyjaciółkom: Paulinie, bez której nieocenionego wsparcia, wrażliwości i cierpliwości nie udało by się zakończyć tej pracy oraz Ice za wsparcie emocjonalne oraz stałą gotowość do podzielenia się ze mną swoją psychologiczną wiedzą.

*Słowa moim niezbyt skromnym zdaniem,
są bogatym niewyczerpanym źródłem magii.
Zdolnym zarówno czynić zło, jak i je naprawiać.*

J.K. Rowling

STRESZCZENIE

Niniejsza praca poświęcona jest doświadczeniom wychowywania się z rodzicami z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz konsekwencjom biograficznym tychże doświadczeń. W części teoretycznej pracy ujęte zostało: systemowe ujęcie rodziny, uzasadnienie dominującego charakteru znaczenia środowiska rodzinnego dla przebiegu procesu wychowania dzieci i młodzieży oraz charakterystyka zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w oparciu o ICD-10 oraz DSM V. Na tym tle zostały omówione możliwe utrudnienia w realizacji podstawowych funkcji rodziny oraz uzasadnienie ryzyka wystąpienia dysfunkcyjności w funkcjonowaniu rodzin zdeterminowanych zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi rodziców. Druga część rozważań teoretycznych poświęcona jest znaczeniu doświadczeń jednostkowych, wspomnień oraz pamięci autobiograficznej. W dalszej części koncentruje się wokół kryzysów rozwojowych (w oparciu o stadia rozwoju psychospołecznego Erika Eriksona), omawianych w kontekście potencjalnego oddziaływania wychowawczego rodziców z ChAD na realizowanie zadań rozwojowych i pozytywne przechodzenie przez konflikty rozwojowe wychowywanych przez nich dzieci. Zakończenie części teoretycznej pracy stanowią rozważania wokół konstruowania indywidualnych biografii naznaczonego zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi rodzica. W pracy zawarte zostały także rozstrzygnięcia autorskie, dotyczące metodologii zrealizowanego badania naukowego, obejmującego dorosłe osoby, mające doświadczenia dorastania z rodzicami z ChAD.

Część badawczą pracy stanowią wyniki uzyskane w badaniach własnych z wykorzystaniem metody badawczej studium przypadku. Zawiera ona opis: doświadczeń wiążących się z wychowywaniem się z rodzicem dotkniętym zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, koncentrujących się wokół zasad funkcjonowania ich rodzin, wewnątrzrodzinnych relacji, wspomnień obejmujących wychowywanie się z chorym rodzicem, jego stylu wychowania, doświadczeń parentyfikacji, znaczących wydarzeń związanych ze swoim chorym rodzicem, a także obszarów, w których – w ocenie badanych osób – mierzyły się one z konsekwencjami wychowywania się z rodzicem z ChAD, jak i przejawów trudności w tychże obszarach oraz przegląd oczekiwanych przez nich form wsparcia w okresie dorastania z rodzicem z chorobą afektywną dwubiegunową. Zakończenie pracy stanowią praktyczne wskazania służące wspieraniu dzieci rodziców chorych na zaburzenia afektywne dwubiegunowe w czasie trwania epizodów choroby jak i w czasie remisji dla psychologów, pedagogów oraz rodziców.

SŁOWA KLUCZE: doświadczenia; wychowywanie się z rodzicem z ChAD; zaburzenia afektywne dwubiegunowe; system rodzinny

SUMMARY

This dissertation is devoted to the experiences of growing up with parents diagnosed with bipolar affective disorder and to the biographical consequences of these experiences.

The theoretical part of the study addresses a systemic perspective on the family, justifies the predominant role of the family environment in the process of child and adolescent development, and presents a characterization of bipolar affective disorder based on the ICD-10 and DSM-5 classifications. Against this background, the analysis discusses potential difficulties in fulfilling the basic functions of the family, as well as the heightened risk of dysfunctional family functioning determined by parental bipolar affective disorder. The second part of the theoretical considerations focuses on the significance of individual experiences, memories, and autobiographical memory. Subsequent sections concentrate on developmental crises, drawing on Erik Erikson's stages of psychosocial development, discussed in the context of the potential educational and developmental impact of parents with bipolar affective disorder on the accomplishment of developmental tasks and the successful resolution of psychosocial conflicts in their children. The theoretical part concludes with reflections on the construction of individual life biographies shaped by growing up with a parent affected by bipolar affective disorder.

The dissertation also includes the author's methodological decisions concerning the conducted empirical study, which involved adults who had experiences of growing up with parents diagnosed with bipolar affective disorder.

The empirical part of the study presents the results of the author's own research conducted using the case study method. It includes descriptions of experiences related to being raised by a parent with bipolar affective disorder, focusing on family functioning patterns, intra-family relationships, memories of growing up with an ill parent, parental child-rearing styles, experiences of parentification, significant events related to the ill parent, as well as areas in which—according to the participants—they experienced the consequences of growing up with a parent with bipolar affective disorder. This section also addresses manifestations of difficulties within these areas and provides an overview of the forms of support that participants perceived as needed during adolescence while living with a parent affected by bipolar affective disorder. The dissertation concludes with practical recommendations aimed at supporting children of parents with bipolar affective disorder during both periods of illness episodes and remission, addressed to psychologists, educators, and parents.

KEY WORDS: experiences; growing up with a parent with bipolar disorder; bipolar affective disorder; family system

SPIS TREŚCI

| | |
|--------------------|----------|
| WSTĘP | 9 |
|--------------------|----------|

ROZDZIAŁ 1.

| | |
|---|-----------|
| FUNKCJONOWANIE SYSTEMÓW RODZINNYCH UWARUNKOWANE ZABURZENIAMI AFEKTYWNYMI DWUBIEGUNOWYMI RODZICÓW | 13 |
|---|-----------|

| | |
|--|----|
| 1.1. Systemowe ujęcie rodziny jako punkt wyjścia do analizy rodzin z rodzicami z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi | 13 |
| 1.2. Dominująca rola środowiska rodzinnego w procesie wychowania..... | 23 |
| 1.3. Charakterystyka funkcjonowania osób mierzących się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi | 33 |
| 1.4. Realizowanie podstawowych funkcji rodziny z rodzicem z ChAD..... | 38 |
| 1.5. Ryzyko dysfunkcyjności w rodzinach z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi rodziców..... | 54 |

ROZDZIAŁ 2.

| | |
|---|-----------|
| KONSEKWENCJE BIOGRAFICZNE DORASTANIA Z RODZICEM MIERZĄCYM SIĘ Z ZABURZENIAMI AFEKTYWNYMI DWUBIEGUNOWYMI..... | 69 |
|---|-----------|

| | |
|--|-----|
| 2.1. Znaczenie doświadczeń w cyklu życia człowieka | 69 |
| 2.2. Rola pamięci autobiograficznej w konstruowaniu biografii..... | 76 |
| 2.3. Kryzysy rozwojowe dzieci i młodzieży na tle choroby afektywnej dwubiegunowej ich rodziców | 88 |
| 2.4. Dorosłość uwarunkowana doświadczeniami zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodzica | 108 |
| 2.5. Konstruowanie indywidualnych biografii w cieniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodzica | 116 |

ROZDZIAŁ 3.

ROZSTRZYGNIECIA METODOLOGICZNE WŁASNEGO PROJEKTU

| | |
|---|------------|
| BADAŃ | 128 |
| 3.1. Przyjęta orientacja badawcza i paradygmat oraz uzasadnienie ich wyboru ... | 128 |
| 3.2. Metodologia badań własnych | 140 |
| 3.3. Organizacja i przebieg badań..... | 157 |

ROZDZIAŁ 4.

DOŚWIADCZENIA WYCHOWANIA PRZEZ RODZICÓW Z ZABURZENIAMI AFEKTYWNYMI DWUBIEGUNOWYMI W ŚWIETLE

| | |
|--|------------|
| NARRACJI ICH DOROSŁYCH DZIECI..... | 162 |
| 4.1. Charakterystyka grupy badanej | 162 |
| 4.2. Obraz funkcjonowania rodzin z rodzicami z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi w perspektywie ich dorosłych dzieci | 164 |
| 4.3. Obszary doświadczanych konsekwencji w dorosłym życiu wynikających z wychowywania się z rodzicem z ChAD | 222 |
| 4.4. Wnioski z badań..... | 239 |

| | |
|---|------------|
| ZAMIAST ZAKOŃCZENIA CZYLI WSKAZÓWKI DLA PRAKTYKI | 252 |
|---|------------|

| | |
|---------------------------|------------|
| BIBLIOGRAFIA | 261 |
|---------------------------|------------|

| | |
|-------------------|------------|
| ANEKS..... | 271 |
|-------------------|------------|

WSTĘP

W przebiegu życia każdy człowiek nabywa różnorodne doświadczenia pojawiające w trakcie jego rozwoju, edukacji, nawiązywanych relacji, a także wyzwań i przeżyć życiowych czy pojawiających się kryzysów. W dyscyplinie naukowej, jaką jest pedagogika, szczególne miejsce poświęca się doświadczeniom związanych z wychowywaniem się człowieka, na które wpływają działania wychowawcze podejmowane przez określone jednostki, grupy czy instytucje. Umiejscawiając badania w pedagogice społecznej, koncentrującej się w dużej mierze na oddziaływaniach i roli środowisk wychowawczych w życiu człowieka, podkreślenia wymaga szczególne znaczenie rodziny jako przestrzeni pierwszych doświadczeń wychowawczych dziecka, a później dorosłego. Rodzina oraz rodzice odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu się osobowości i tożsamości jednostki. To właśnie w rodzinie człowiek nabywa pierwsze umiejętności, które będą mu niezbędne do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie oraz podejmowaniu nowych ról poza rodziną. Znaczenie rodziny i doświadczeń ze środowiska rodzinnego istotnie formuje człowieka i rzutuje na jego dalszą przyszłość. Choć znaczenie rodziny pochodzenia i doświadczeń z nią związanych może być modyfikowane w ciągu życia człowieka, to pozostają one istotnym fundamentem.

Niniejsza dysertacja doktorska koncentruje się na wspomnianych doświadczeniach w rodzinach, w których rodzic chorował na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Są to zaburzenia psychiczne z grupy zaburzeń nastroju, charakteryzujące się występowaniem u osoby chorej epizodów depresyjnych i maniakalnych. Ze względu na swoją specyfikę w sposób znaczący mogą one oddziaływać na doświadczenia rodzinne, szczególnie jeśli dotyczą rodzica – osoby odpowiedzialnej za przebieg wewnątrzrodzinnego procesu wychowania. Choć w literaturze przedmiotu odnaleźć można wiele opracowań i badań naukowych dotyczących rodzin mierzących się z różnymi trudnościami, to obszar doświadczeń dzieci wychowujących się z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz ich konsekwencji stanowi lukę badawczą w pedagogice, a którą stara się wypełnić niniejsza praca. Zasadność jej powstania można uargumentować stale pogarszającym się stanem zdrowia psychicznego polskiego społeczeństwa oraz koniecznością podjęcia/zintensyfikowania działań

wspierających rodziny osób z zaburzeniami psychicznymi. Wiąże się to z coraz silniej zarysowującym się kryzysem zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, którzy w przyszłości sami będą rodzicami.

Dysertacja składa się z niniejszego wstępu, dwóch rozdziałów teoretycznych, rozdziału zawierającego metodologiczne podstawy badań oraz rozdziału zawierającego wyniki badań własnych. Domknięcie pracy stanowią implikacje dla praktyki, wykaz bibliograficzny oraz aneks zawierający narzędzia badawcze.

Pierwszy z rozdziałów teoretycznych stanowi podbudowę teoretyczną dla rozwinięcia rozważań wokół tytułowych konsekwencji i dotyczy funkcjonowania systemów rodzinnych uwarunkowanych zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi rodziców. Znajduje się w nim uzasadnienie systemowego rozumienia rodziny jako punktu wyjścia do analizy rodzin z rodzicami z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Wskazane zostały w nim główne założenia tej teorii z odniesieniami do omawianych rodzin. Drugim ujęciem teoretycznym jest wskazanie dominującej roli środowiska rodzinnego w procesie wychowania dzieci. W dalszej części rozdziału znajduje się charakterystyka funkcjonowania osób mierzących się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi wyszczególniona z literatury medycznej i psychologicznej. Syntezę systemowego rozumienia rodziny, dominującej roli środowiska rodzinnego w przebiegu procesu wychowania oraz charakterystyki funkcjonowania osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi stanowią dwa kolejne podrozdziały. Pierwszy z nich poświęcony jest realizowaniu podstawowych funkcji rodziny z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, w którym nakreślone zostały możliwości utrudnień pojawiających się w realizacji owych funkcji. Drugi uzasadnia ryzyko wystąpienia dysfunkcyjności w funkcjonowaniu rodzin zdeterminowanych zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi rodziców.

Drugi rozdział teoretyczny skoncentrowany jest wokół konsekwencji biograficznych, wynikających z dorastania z rodzicem mierzącym się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Pierwszy z podrozdziałów akcentuje rolę doświadczeń w cyklu życia człowieka oraz ich wpływ na jego biografię. Drugi rozwija znaczenie wspomnień i pamięci autobiograficznej, istotnych dla wyciągania wniosków przyczynowo skutkowych na podstawie własnej przeszłości, wiążących się jednocześnie z teraźniejszością i przyszłością jednostki. Dwa kolejne podrozdziały skupiają się na koncepcjach rozwojowych człowieka, próbując zarysować możliwe oddziaływania

choroby rodzica na realizowanie zadań rozwojowych i pozytywne przechodzenie przez konflikty rozwojowe ich dzieci, w tym w jednym z nich tematyka szczególnie koncentruje się na etapie obejmującym wychowywanie się w domu rodziny i dotyczy kryzysów rozwojowych dzieci i młodzieży w koncepcji Erika Eriksona na tle choroby afektywnej dwubiegunowej ich rodziców, natomiast drugi wokół dorosłości uwarunkowanej doświadczeniami zaburzeń afektywnymi dwubiegunowymi rodzica. Zakończenie części teoretycznej pracy stanowi analiza procesu konstruowania indywidualnych biografii w cieniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodzica.

Rozdział trzeci stanowi prezentacja metodologicznych podstaw badań własnych. Uzasadniono w nim wybór orientacji metodologicznej oraz paradygmatu badawczego. Wskazano przedmiot oraz cele badań, a następnie wyróżniono problem główny oraz szczegółowe. Omówiona została również wybrana metoda badawcza – studium przypadku oraz wykorzystane techniki badawcze, którymi były: indywidualny pogłębiony wywiad niestandardyzowany, wywiad z użyciem fotografii oraz analiza stylu wychowania w rodzinie pochodzenia autorstwa Marii Ryś. Na potrzeby techniki badawczej zostały stworzone dwa narzędzia badawcze, jakimi były dyspozycje do wywiadu oraz dyspozycje do wywiadu z użyciem fotografii, zaś trzecie narzędzie badawcze stanowił arkusz stylu wychowania w rodzinie pochodzenia Marii Ryś. Podsumowanie rozdziału stanowi opis organizacji i przebiegu badań własnych.

Czwarty rozdział zawiera analizę interpretacyjną wyników badań przeprowadzonych badań. Omówione zostały w nim obszary badawcze wyznaczone w problemach szczegółowych, opowiedziane z perspektywy badanych osób, które w dalszej części zostały poddane interpretacji. Znaleźć w nim można opis doświadczeń wiążących się z wychowywaniem się z rodzicem dotkniętym zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi koncentrujących się wokół zasad funkcjonowania ich rodzin, wewnątrzrodzinnych relacji, wspomnień obejmujących wychowywanie się z chorym rodzicem, stylu wychowania rodzica z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowi, a także doświadczeń parentyfikacji, znaczących wydarzeń związanych ze swoim rodzicem wyróżnionych przez badane osoby. Zawiera również wskazanie obszarów, w których – w ocenie badanych osób – mierzyły się one z konsekwencjami wychowywania się z chorym rodzicem, a także przejawów trudności w tychże obszarach, a także przegląd oczekiwanych przez nich form wsparcia w okresie dorastania z rodzicem z chorobą afektywną dwubiegunową.

Zwieńczenie pracy stanowią implikacje dla praktyki, które zawierają wskazówki dotyczące interdyscyplinarnego wsparcia zarówno dzieci, jak i całych rodzin, w których jeden z rodziców został zdiagnozowany jako osoba z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi.

Pracę zamyka bibliografia oraz aneks zawierający dyspozycje do pogłębionego wywiadu niestandardyzowanego, wywiadu z użyciem fotografii oraz arkusz stylu wychowania w rodzinie pochodzenia.

ROZDZIAŁ 1.

FUNKCJONOWANIE SYSTEMÓW RODZINNYCH UWARUNKOWANE ZABURZENIAMI AFEKTYWNYMI DWUBIEGUNOWYMI RODZICÓW

1.1. Systemowe ujęcie rodziny jako punkt wyjścia do analizy rodzin z rodzicami z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi

Przegląd ujęć rodziny, charakterystycznych nie tylko dla pedagogiki, lecz także dla innych dyscyplin naukowych (zwłaszcza mieszczących się w obrębie nauk społecznych) wskazuje na polimorfizm w (pedagogicznym) ujmowaniu rodziny oraz konieczność spojrzenia na rodzinę jako polikategorialny układ pedagogiczny¹. Badacze analizujący rodzinę (czy szerzej: rodziny), adekwatnie do przyjętej przez nich perspektywy, spójnej z reprezentowaną przez nich dyscypliną naukową², stosują wiele przenośni i porównań, aby trafniej oddać sposób jej funkcjonowania i oddziaływania na wszystkich jej członków. Obiecujące pole do analiz rodziny stwarza ujęcie systemowe, które zakłada, że jest ona systemem wzajemnie oddziaływujących na siebie elementów, które wpływają nie tylko na funkcjonowanie całego systemu, lecz również na każdego z jej poszczególnych członków.

Inspiracją dla systemowego rozumienia rodziny były założenia teorii systemów Ludwiga von Bertalanffy'ego, która „rozwijiała się szybko wkraczając prawie we wszystkie dziediny nauki i życia. Główną zasługą Bertalanffy'ego jest stworzenie takiego ujęcia nauki, która pozwala łączyć pozornie nie powiązane zjawiska oraz zrozumieć to, w jaki sposób ze sobą współdziałają. (...) Pojęcie systemu jest wspólnym mianownikiem zarówno dla zjawisk natury, jak i samego człowieka. Ambicją ogólnej teorii systemów było stworzenie dogodnych modeli dla opisu przyrody i społeczeństwa, dlatego też koncentruje się ona na odkrywaniu funkcjonalnych i strukturalnych zasad, które są istotne

¹ Wskazywał na to A.W. Janke już pod koniec lat 90. ubiegłego wieku i nadal podpowiedź ta nie straciła na aktualności. Patrz. A.W. Janke, (w:) S. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke, *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń 1997, s. 24, 29

² Przegląd takich ujęć patrz. np. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke, *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1997, s. 19-30; K. Slany, *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Kraków 2002.

dla wszystkich systemów, niezależnie od ich elementów składowych”³. W świetle takiego ujęcia rodzinę należy zatem traktować jako integralną całość, która silnie wpływa na wiele elementów życia rodzinnego, jak i pozarodzinnego, w tym zachowania i postawy jej członków wobec innych systemów, do których przynależą. „Systemowe koncepcje rodziny podkreślają, że relacje wewnątrzrodzinne wywierają tak duży wpływ na zachowanie każdej jednostki, że nie można właściwie zrozumieć i prognozować jej zachowania w oderwaniu od innych członków rodziny”⁴.

Na istotę wzajemnych oddziaływań członków rodziny w jej systemowym ujęciu zwraca uwagę również Barbara Harwas-Napierała, podkreślając znaczenie podsystemów wewnątrz rodziny. „W podejściu tym jednostka traktowana jest jako element systemu rodzinnego (systemu wzajemnych powiązań i interakcji), a jej funkcjonowanie zależy od pozostałych osób oraz relacji, w jakie wchodzi z nim każda osoba. Tak ujmowana rodzina ma swoistą strukturę, którą tworzą określone, wyróżniane według rozmaitych kryteriów podsystemy. Do najważniejszych, wyróżnionych według kryterium pełnionej w rodzinie roli, należą: podsystem małżeński (mąż – żona), rodzicielski (matka – dziecko, ojciec – dziecko) oraz podsystem rodzeństwa (dziecko – dziecko)”⁵. Rodzina składa się zatem z różnych wzajemnie powiązanych ze sobą podsystemów, które wzajemnie na siebie oddziałują i pełnią wobec siebie określone zadania, realizując tym samym szereg funkcji oraz zadań, wpływając na całokształt systemu rodzinnego. „Komponenty systemu i relacje między nimi określone są mianem struktury systemu. Każdy element ma w strukturze ustalone miejsce, pełni określoną rolę. Właściwe spełnienie przypisanej funkcji przez poszczególne elementy systemu oraz prawidłowy przebieg ich wzajemnych relacji decyduje o jakości istnienia układu. Wszystkie elementy są przy tym jednakowo ważne: brak czy też zaburzenie funkcjonowania choć jednego z nich powoduje automatycznie zaburzenie funkcjonowania całego systemu”⁶. Oznacza to zatem, że jakość relacji w systemie rodzinnym oraz realizowanie poprzez poszczególne podsystemy swoich zadań warunkują działanie systemu rodzinnego oraz wpływ na zachowania i funkcjonalnie członków rodziny poza systemem.

³ L. Drożdżowicz, Ogólna teoria systemów, (w:) B. de Barbaro (red.), Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny, Kraków 1999, s. 10–11.

⁴ M. Radochoński, Wybrane zagadnienia psychopatologii w ujęciu systemowej koncepcji rodziny, „Roczniki Socjologii Rodziny”, 1998, t. 10, s. 91–92.

⁵ B. Harwas-Napierała, Komunikacja w rodzinie ujmowanej jako system w relacji rodzice - dzieci, „Roczniki Socjologii Rodziny”, 2006, t. 17, s. 222.

⁶ A. Cierpka, Systemowe rozumienie funkcjonowania rodziny, (w:) A. Jurkowski (red.), Z zagadnień współczesnej psychologii wychowawczej, Warszawa 2003, s. 110.

Na szerokie rozumienie systemu rodzinnego wskazuje również Maria Ryś, zwracając uwagę, że „składowe wchodzące w skład jednego systemu mogą również być elementem innego systemu. W odniesieniu do rodziny oznacza to, że członkowie rodziny są również elementami otoczenia społecznego. Elementy te wzajemnie na siebie oddziałują i pozostają w dynamicznej równowadze i wraz z interakcjami i relacjami zachodzącymi między nimi stanowią strukturę systemów. Struktura ta wyznacza jego funkcje (działanie) wraz z ograniczeniami, czyli dopuszczalnym dla danego systemu zbiorem działań. Przekroczenie dopuszczalnej dla danego systemu wartości zmienności powoduje, że system ulega zniszczeniu lub przekształca się w inny system. System oscyluje więc pomiędzy stałością a tendencją do zmian”⁷. Maria Ryś akcentuje nie tylko interakcyjność wewnątrz systemu, ale również oddziaływanie na jego zmiany, przekształcenia, które skutkują nowymi elementami jego funkcjonowania oraz na aspekt stałości pewnych norm i zasad funkcjonowania systemu, które definiują dany system, a także konsekwencjami, które wiążą się ze złamaniem tychże zasad. Chcąc poznać system rodzinny, konieczne jest obserwowanie nie tylko zachowań i relacji wewnątrz rodziny, ale także poza nią. Zgodnie z założeniem systemowego ujęcia rodziny, zmiany czy trudności pojawiające się w systemie widoczne będą u każdego z jej członków w relacjach z innymi ludźmi oraz w ich zachowaniach i postawach społecznych.

System rodzinny charakteryzuje się pewnymi cechami, do których należą: całościowość, cyrkularność, ekwifinalizm, homeostaza, morfogeneza, granice oraz podsystemy⁸.

Pierwszą z właściwości systemu rodzinnego jest całościowość, oznaczającą, że jest on „integralną strukturą porównywalną do żywego organizmu. Aby wiedzieć jak funkcjonuje system rodzinny trzeba poznać nie tylko poszczególne osoby przynależące do rodziny, ale i spojrzeć globalnie na ich interakcje oraz na całość funkcjonowania rodziny. Wszyscy członkowie rodziny są współtwórcami układu wzajemnych relacji, jednocześnie każdy z nich stanowi indywidualną jednostkę, która nosi ślady ogólnego systemu rodzinnego. Dzięki temu układowi pomiędzy osobami w rodzinie istnieje sieć różnych sprzężeń zwrotnych, dlatego też zaistnienie jakichkolwiek zmian w tym układzie (np. niepełnosprawność, choroba w rodzinie, rozwód rodziców) ma ogromny wpływ na

⁷ M. Ryś, Kształtowanie się poczucia własnej wartości i relacji z innymi w różnych systemach rodzinnych, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, 2011, t. 2, nr 6, s. 65.

⁸ W. Świętochowski, Rodzina w ujęciu systemowym, (w:) I. Janicka i H. Liberska (red.), Psychologia rodziny, Warszawa 2014, s. 21–46.

funkcjonowanie całego systemu rodzinnego”⁹. Całościowość systemu rodzinnego podkreśla więc istotną rolę zmian w życiu każdej osoby wchodzącej w skład rodziny, które następnie wpływać będą na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Owo sprzężenie zwrotne, oznacza że „zmiana w jednej części systemu automatycznie pociąga za sobą zmianę w innych częściach. Jeśli zatem w wyniku relacji w jednej części systemu rodzinnego pojawi się problem, będzie to rzutowało na relacje i zachowania pozostałych członków rodziny, na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Innymi słowy, zachowanie każdego członka rodziny wpływa na zachowanie innych osób w rodzinie (partnerów interakcji) i zwrotnie jest przez to zachowanie modyfikowane”¹⁰. Ta cecha systemu rodzinnego podkreśla istotne znaczenie systemu rodzinnego w życiu każdego człowieka oraz wzajemne powiązania emocjonalne i społeczne wśród członków rodziny. Wskazuje to również na nierozzerwalność połączenia życia systemu rodzinnego z życiem jednostki. Jak zauważa Waldemar Świętochowski, opisując główne tezy teorii systemów, system to „zbiór elementów i zachodzących między nimi wzajemnych dynamicznych relacji i sprzężeń, tworzących zdolną do funkcjonowania całość; system jest całością, wchodzące zaś w jego skład obiekty oraz ich atrybuty mogą być rozumiane jedynie z punktu widzenia funkcji jaką pełnią w systemie”¹¹. W kontekście zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodzica (czy w ogóle któregoś z członków rodziny) cecha całościowości systemu rodzinnego wskazuje na istotne zmiany wywołane zaburzeniami afektywnymi w życiu każdego członka rodziny oraz całego systemu. Choroba rodzica ma szczególne znaczenie dla funkcjonowania rodziny ze względu na istotną rolę rodzica, który w dużej mierze nadaje kształt systemowi rodzinnemu, warunkuje zasady jego funkcjonowania oraz dodatkowo pełni w nim rolę wychowawczą, wpływając tym samym na przebieg procesu rozwojowego dzieci obecnych w rodzinie.

Druga z cech systemu rodzinnego – cyrkularność – to „sposób oddziaływania na siebie członków rodziny przy pomocy sprzężeń zwrotnych, polegających na wzajemnym wzmacnianiu zachowań osób przynależących do określonej rodziny. Jednocześnie nie można ustalić przyczyny i skutku określonych zachowań. W efekcie końcowym powoduje to eskalację działań, mających formę cykli z tendencją do samowzmocnienia

⁹ M. Jankowska, Wychowanie jako system wzajemnych oddziaływań rodziców i dzieci, „Kwartalnik naukowy Fides et Ratio”, 2015, t. 21, nr 1, s. 7.

¹⁰ A. Cierpka, Systemowe rozumienie funkcjonowania..., op. cit., s. 114.

¹¹ W. Świętochowski, Rodzina w ujęciu..., op. cit., s. 22.

się”¹². Pojęcie cyrkularności wiązać będzie się zatem ze sposobem oddziaływania na siebie jednostek w rodzinie: zachowanie jednej osoby w stosunku do drugiej wywoływać będzie u niej reakcje, wpływając tym samym na jej zachowanie. Na tle choroby afektywnej dwubiegunowej dostrzec można, że cyrkularność wiązać będzie się ze zmianami zachodzącymi w interakcjach i relacjach pomiędzy osobą mierzącą się z chorobą a pozostałymi członkami rodziny. Zachowania osoby w chorobie wywołują reakcje ze strony współmałżonka lub dzieci, które wpływać będą nie tylko na ich wzajemne relacje i atmosferę rodzinną, ale również na reakcje każdej jednostki poza systemem rodzinnym, jak i szczególnie, w przypadku dzieci, na ich całościowy rozwój.

Każdy system rodzinny w zupełnie inny sposób może poradzić sobie z różnymi sytuacjami, gdyż zdolności do radzenia sobie z trudnościami poszczególnych systemów są zupełnie różne i każdy z nich funkcjonuje w odmienny sposób. Wiąże się to z pojęciami ekwipotencjalności i ekwifinalności. „Ekwifinalność w systemie oznacza, że te same rezultaty można osiągnąć startując z różnych punktów, a ekwipotencjalność z kolei, że podobne przyczyny mogą wywoływać różne skutki. Inaczej mówiąc zmiany zachodzące w systemie nie są zdeterminowane jedynie warunkami początkowymi, lecz również przez strukturę i charakter systemu oraz naturę samych procesów zmian. Wynika z tego, że dla opisu systemu bardziej potrzebne jest zrozumienie jego organizacji strukturalnej i funkcjonowania niż opis genezy”¹³. Ponadto jak zauważa Anna Cierpka: „wielość i różnorodność wzajemnych powiązań, jak również niepowtarzalność układu cech i relacji w systemach rodzinnych sprawia, że te same zdarzenia, fakty czy zachowania nabierają zupełnie innego znaczenia w poszczególnych rodzinach. Dążenie do osiągnięcia pożądanego stanu końcowego (właściwego dla danej rodziny) niezależnie od warunków wskazuje tym samym na względną trwałość systemów w optymalnych warunkach egzystencji”¹⁴. Zasady ekwifinalności oraz ekwipotencjalności wskazują na całościowość systemów rodzinnych, ale również znaczenie indywidualności jednostki w całym systemie. Każdy z członków rodziny doświadczających tej samej sytuacji może poradzić sobie z nią w różny sposób, dążąc tym samym do pozytywnego rozwiązania pojawiających się trudności.

¹² M. Jankowska, *Wychowanie jako system...*, op. cit., s. 7.

¹³ M. Ryś, *Kształtowanie się poczucia...*, op. cit., s. 67.

¹⁴ A. Cierpka, *Systemowe rozumienie funkcjonowania...*, op. cit., s. 119.

Wystąpienie choroby afektywnej dwubiegunowej w rodzinie stanowi bodziec wpływający na całość systemu rodzinnego, każdy członek rodziny jednak będzie odbierał je w nieco odmienny sposób, próbując poradzić sobie z tym również na swój sposób. Podobnie jak różne systemy rodzinne mogą reagować na pojawienie się choroby w inny sposób, tak i to jak poradzą sobie z chorobą jest rozmaite, silnie zależne od osobowości jednostek, ich cech charakteru, zdolności do radzenia sobie z trudnościami oraz przede wszystkim z zachowaniami pozostałych członków rodziny, wcześniej wypracowanych mechanizmów działania czy też relacji w rodzinie. Te wszystkie czynniki wpływać będą na osiągnięcie pożądanego stanu końcowego dla systemu rodzinnego, który pozwoli mu dalej funkcjonować. Należy również pamiętać, że zaburzenia afektywne dwubiegunowe, szczególnie rodzica, mogą mieć różne skutki dla każdej jednostki, zwłaszcza dzieci, choć nie oznacza to jedynie negatywnych konsekwencji dla ich rozwoju lub relacji z rodzicem czy innymi osobami w systemie rodzinnym. Trwałość systemu, jego jakość oraz cyrkularność oddziaływań w rodzinie mogą pomóc dzieciom poradzić sobie z trudnym doświadczeniem, jakim jest choroba rodzica i umożliwić im dalszy rozwój.

Zjawiskiem występującym w systemach rodzinnych, wpływającym na zdolność do utrzymania równowagi, jest homeostaza. „Równowaga ta jest niezbędna do zapobiegania dezintegracji rodziny i daje możliwość przetrwania systemom”¹⁵. Homeostaza związana jest z silnym dążeniem do zachowania dotychczasowego sposobu funkcjonowania rodziny, pomimo nowych bodźców, zmieniających jej działanie. Rodzinna homeostaza to mechanizm, którego celem jest „utrzymanie stabilności w rodzinie. Jego działanie powoduje, że wszelkie próby zaburzenia stabilności rodziny podejmowane przez kogokolwiek z jej członków spotykają się ze zdecydowanym sprzeciwem ze strony pozostałych, co służy zachowaniu lub odtworzeniu dotychczasowej równowagi”¹⁶. Mechanizm tego zjawiska jest charakterystyczny w przypadku wystąpienia choroby w systemie rodzinnym, także choroba afektywna dwubiegunowa może wprowadzać dezorganizację w dotychczasowym funkcjonowaniu systemu rodzinnego, a jego członkowie dążyć będą do utrzymania jego równowagi. Jak podpowiada Anna Cierpka: „obserwacja systemów rodzinnych udowadnia, iż członkowie rodzin podejmują wszelkie działania, jawne bądź ukryte, aby zachować homeostazę, a kiedy jest zagrożona, robią wszystko, by ją utrzymać. System rodzinny może jednak zachowywać równowagę dzięki

¹⁵ M. Jankowska, *Wychowanie jako system...*, op. cit., s. 7.

¹⁶ M. Radochoński, *Wybrane zagadnienia psychopatologii...*, op. cit., s. 92.

istnieniu objawu jednego z jej członków, identyfikowanego jako pacjenta. Przykładem może być psychosomatyczna choroba jednego z członków rodziny, skupiająca energię wszystkich pozostałych i niedopuszczająca np. do opuszczenia domu przez dorastającego członka rodziny. Dalsze prawidłowe funkcjonowanie rodziny wymaga wówczas transformacji systemu, stworzenia nowej jakości¹⁷. Choroba afektywna dwubiegunowa może zatem doprowadzić do zmian w systemie rodzinnym, których celem jest utrzymanie jego równowagi i dotychczasowego funkcjonowania, a członkowie rodziny podejmować będą zatem różne działania, które mają na celu zachowanie systemu. Należy jednak zaznaczyć, że „rola mechanizmów homeostatycznych w rodzinie nie jest jednoznaczna. W pewnych przypadkach jest ona pozytywna, gdyż dzięki nim tzw. normalna rodzina może utrzymywać ciągłość i być przewidywalna w stale zmieniającym się środowisku. Z drugiej strony mechanizmy te mogą być dysfunkcjonalne, gdyż poprzez swą rutynowość: 1. utrudniają rodzinie skuteczne radzenie sobie w sytuacjach o charakterze stresowym, 2. hamują lub uniemożliwiają rodzinie dokonywanie pożądaných zmian w jej strukturze i funkcjach, w związku z wchodzeniem w kolejne fazy cyklu rozwojowego”¹⁸.

W opozycji do zjawiska homeostazy jest morfogeneza. „Za pomocą tego pojęcia wyjaśnia się procesy służące zmianom i rozwojowi rodziny w miarę upływu czasu. Pod tym względem morfogeneza stanowi przeciwieństwo homeostazy, która sprzyjała zachowaniu dotychczasowej równowagi w systemie. Dzięki procesom morfogenetycznym rodzina może dokonywać zmian w strukturze swego systemu w sytuacjach szczególnych lub podczas przechodzenia do kolejnej fazy cyklu rozwojowego (np. po urodzeniu się dziecka, usamodzielnieniu się go, śmierci członka rodziny, pogorszeniu się sytuacji materialnej). W zależności od wymagań narzuconych przez sytuację, zmiany dokonywane przez rodzinę mogą mieć charakter pierwszorzędowy, które polegają na wprowadzaniu drobnych korekt do obowiązującego zestawu norm postępowania lub też drugorzędowy, tj. opracowanie całkowicie nowego kompleksu zasad i norm określających zachowanie członków rodziny”¹⁹. Morfogeneza pozwala systemowi wprowadzić niezbędne zmiany do dalszego funkcjonowania, które zostały wywołane przez szczególne sytuacje lub w cyklu jej rozwoju. Pozwala ona na adaptację do nowej sytuacji oraz wprowadzenie nowych lub ulepszonych form

¹⁷ A. Cierpka, Systemowe rozumienie funkcjonowania..., op. cit., s., 9–10.

¹⁸ M. Radochoński, Wybrane zagadnienia psychopatologii..., op. cit., s. 92-93.

¹⁹ Ibidem, s. 93.

funkcjonowania rodziny. Przez zdolność do homeostazy system rodzinny może w różnym stopniu dążyć do morfogenezy „zapewniającej dokonywanie zmian i rozwój oraz przechodzenie do kolejnych faz życia. Wyróżnia się dwa rodzaje zmian: przez zachowania dodatnie, symetryczne, które sprzyjają regulowaniu funkcjonowania systemu oraz uzyskane dzięki komplementarnym zachowaniom sprzężenia zwrotnego ujemnego – odpowiadającego za przeciwdziałanie zmianom”²⁰. Choroba afektywna dwubiegunowa dotykająca członków systemu rodzinnego będzie wymuszała – poprzez swoją specyfikę – zmiany w funkcjonowaniu systemu rodzinnego, konieczność wprowadzenia nowych zadań czy ról pełnionych w rodzinie, co wymaga czasu oraz zrozumienia funkcjonowania osób mierzących się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Morfogeneza w przypadku zaburzeń afektywnych rodzica może spowodować podejmowanie przez partnera oraz dzieci nowych zadań. Warto dodać, że zmiany w podziale ról i zadań w systemie rodzinnym może mieć w tym wypadku charakter czasowy i być konieczne jedynie w czasie epizodu choroby.

System rodzinny pozostaje w stałej interakcji z jego otoczeniem. Oznacza to, że mimo, iż jest zamkniętą całością, to nie pozostaje obojętny na interakcje i bodźce płynące z zewnątrz. Pojęciem, które określa stopień przepuszczalności środowiska zewnętrznego do systemu rodzinnego, są granice systemu. „W celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania systemów i zachowania intymności rodziny, każdy z tych systemów musi mieć własne, jasno określone granice. Jednak muszą one być przepuszczalne do tego stopnia, by była możliwa wymiana z otoczeniem. W przypadku granic rozmytych (np. nadmierna integracja osób z zewnątrz) lub nieprzepuszczalnych (powodujących izolację w społeczeństwie) mamy do czynienia z rodziną o zaburzonym systemie”²¹. Jak zauważa Teresa Rostowska i Judyta Borchet, „na system rodzinny wpływają czynniki istniejące wewnątrz rodziny, jak i czynniki ze środowiska zewnętrznego. Mogą one scalać rodzinę bądź powodować jej rozpad. Właściwe granice zewnętrzne systemu rodzinnego sprzyjają zachowaniu prywatności i intymności jego członków, zezwalając im jednocześnie na współdziałanie ze środowiskiem. Trwałe, a zarazem elastyczne granice wewnętrzne systemu rodzinnego umożliwiają jego członkom pełnienie przynależnych im funkcji oraz podejmowanie ważnych dla realizacji tych funkcji zadań

²⁰ M. Jankowska, *Wychowanie jako system...*, op. cit, s. 8.

²¹ Ibidem.

rozwojowych”²². Granice nie są jedynie obecne w relacji rodziny ze środowiskiem, ale również wewnątrz niej, dotycząc jej podsystemów. „Do podkreślenia odrębności określonego systemu oraz jego elementów składniowych (podsystemów) służą granice, różniące się stopniem przepuszczalnością, którą należy rozumieć jako zdolność otwarcia systemu na wymianę informacji. Granica jest niewidoczną barierą otaczającą podsystemy, regulującą liczbę kontaktów, czyli przepływ informacji między nimi. Otoczeniem każdego systemu jest część rzeczywistości, niosąca nazwę nadsystemu”²³. Właściwe granice systemu pozwalają zachować strukturę rodziny, jednocześnie umożliwiając jej stałe interakcje z otaczającym ją środowiskiem. „Granice elastyczne zapewniają poszczególnym członkom uczestniczenie w szerszych grupach społecznych, ale jednocześnie powinny zapewnić pewną autonomię i intymność danego systemu, co pozwoli mu zachować tożsamość różniącą go od innych systemów, a także umożliwiają komunikację wewnątrzrodzinną bez interwencji osób z zewnątrz”²⁴. Prawidłowe granice w rodzinie pozwalają również na odpowiednie wypełnianie swoich zadań poszczególnym członkom rodziny oraz zmniejszają ryzyko ich obciążenia poprzez narzucanie ról i zadań nieadekwatnych do fazy ich rozwoju. Jak zauważa Waldemar Świętochowski: „Charakter granic wpływa na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, którego organizacja powinna wykazywać stabilność, stanowiącą warunek tożsamości systemu. Każda rodzina na swój model uczuć, motywów, wyobrażeń, zainteresowań, wzajemnego zrozumienia. Zawiera on podstawowe oceny rzeczywistości i sposoby radzenia sobie z nią. Model ten zwykle pomaga w porozumieniu się ze światem, chociaż czasami może także przeszkadzać (gdy np. system wartości kultywowanych w rodzinie nie nadąża za przemianami obyczajowymi)”²⁵.

Ujmując rodzinę jako system, należy wskazać również na procesy regulacyjne systemów rodzinnych, jakimi są mechanizmy sprzężenia zwrotnego, które, jak wskazuje Anna Cierpka, służy wymianie interakcji z otoczeniem. „Wyróżniane są przy tym dwa typy sprzężeń: ujemne, odpowiedzialne za niedopuszczenie do zmiany (morfostazę), i dodatnie, wzmacniające tendencję do powstawania odchyleń, powodujące zmianę (morfogeneza). Oba mechanizmy w równym stopniu pełnią ogromnie ważną rolę

²² T. Rostowska, J. Borchet, Proces parentyfikacji w kontekście teorii systemowej, „Roczniki Pedagogiczne”, 2016, t. 8, nr 3, s. 5.

²³ W. Świętochowski, Rodzina w ujęciu..., op. cit., s. 25.

²⁴ M. Ryś, Kształtowanie się poczucia..., op. cit., s. 66.

²⁵ W. Świętochowski, Rodzina w ujęciu..., op. cit., s. 28–29.

w funkcjonowaniu systemów, a więc utrzymanie ich w stanie dynamicznej równowagi jest jednym z najważniejszych zadań prawidłowo funkcjonującego systemu, prowadzi bowiem do uzyskania tzw. homeostazy – stanu równoważącego. Mówi się tu również o umiejętności samoregulowania czy też samosterowania systemu. Ważne wydaje się tu podkreślenie pojęcia dynamicznej równowagi”²⁶.

Pojęciem nierozłącznym z systemowym rozumieniem rodziny oraz granicami systemu są podsystemy tworzące się wewnątrz rodziny, wśród których wyróżnia się zwłaszcza partnerów, małżonków, rodziców, dzieci, rodzeństwo itp.. „Podsystemy mające elastyczne granice są formą przymierza, gdyż członkowie rodziny mają ze sobą bliski kontakt, a to ułatwia im realizację wytyczonych zadań. Natomiast podsystemy o sztywnych granicach mają charakter koalicji, gdyż członkowie takich rodzin są nadmiernie ze sobą związani, przez co mają wrogie nastawienie wobec otoczenia. Aby uznać system rodzinny za prawidłowy, musi on być elastyczny, otwarty i niepowtarzalny. Dzięki temu każdy członek rodziny ma możliwość rozwoju, zaspokojenia potrzeb emocjonalnych oraz zachowania odpowiedniej równowagi między autonomią i zależnością”²⁷. Podsystemy pozwalają na odnajdywanie się członkom rodziny w różnych rolach, wypełniając tym samym różne zadania, umożliwiające im całościowy rozwój. Podsystemy w rodzinie mogą być dynamiczne i zmieniać się ze względu na fazę rozwoju rodziny, stan zdrowia czy realizowane zadania.

Systemowe rozumienie rodziny pozwala spojrzeć na rodzinę jako nierozzerwalną całość, pozostającą stale we wzajemnych interakcjach i nieustannym oddziaływaniu na siebie poszczególnych członków systemu, jak i na całość systemu. Zachowanie jednej osoby wywoływać będzie określone zachowanie drugiej. Stopień przepuszczalności granic warunkować będzie jakość życia rodzinnego oraz jego interakcje ze środowiskiem. Zdolność do trwałości oraz tendencja do zmian i przekształceń systemu pozwalają rodzinie zachować z jednej strony stałość, a z drugiej wprowadzać modyfikacje w zależności od nowych warunków, umożliwiające mu prawidłowe funkcjonowanie.

W przypadku rodzin osób mierzących się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi nie należy zatem koncentrować się jedynie na osobie chorej i wpływie choroby na jej życie, ale na cały system rodzinny, w którym choroba wywołuje reakcje pozostałych osób i szereg różnorodnych zmian. Należy zatem rozpatrywać chorobę (w tym

²⁶ A. Cierpka, Systemowe rozumienie funkcjonowania..., op. cit., s. 109.

²⁷ M. Jankowska, Wychowanie jako system..., op. cit., s. 8.

przypadku rodzica) jako bodziec wywołujący reakcje w życiu każdej osoby należącej do systemu rodzinnego. Zachowania rodzica podczas epizodu choroby mogą wywierać szczególny wpływ na dzieci, dla których rodzic jest ważną osobą, warunkującą ich rozwój oraz budującą ich poczucie własnej wartości, a także wpływającą na ich rozwój. Całość procesów i zjawisk zachodzących w systemie rodzinnym odgrywać będzie istotną rolę dla dalszych konsekwencji doświadczenia choroby jednego z członków rodziny. Cyrkularność systemu rodzinnego sprawia, że np. porywcze zachowanie rodzica w hipomanii lub wycofanie z interakcji w czasie epizodu depresji wywoła reakcje dziecka, która w zależności od stopnia świadomości choroby oraz dojrzałości emocjonalnej może rzutować na dalszy rozwój relacji między nimi. Zdolność do utrzymania homeostazy oraz tendencja do zmian systemu rodzinnego w obliczu trudności odgrywać będzie kluczową rolę dla dalszego funkcjonowania rodziny wobec choroby afektywnej. Doświadczenie każdej choroby w rodzinie jest zawsze trudne, wywołując zmiany nie tylko w obrębie całego systemu rodzinnego, ale również dla każdej jednostki, która jest jego częścią.

1.2. Dominująca rola środowiska rodzinnego w procesie wychowania

Truizmem jest stwierdzenie, że środowisko rodzinne pełni niezwykle istotną rolę w życiu każdego człowieka. W przebiegu życia człowieka zmienia ona swoje formy i znaczenie, jednak doświadczenia i modele funkcjonowania nabyte w rodzinie pochodzenia warunkują aktualne i późniejsze zachowania człowieka w różnych sytuacjach, co wskazuje na jej kluczową rolę w procesie wychowania i holistycznego rozwoju człowieka. „Doświadczenia gromadzone w dzieciństwie ściśle związane są z wzorami postępowania dorosłych. To dorośli poprzez umiejętne postępowanie potrafią wypełnić świat dziecka poczuciem bezpieczeństwa, spokoju, bez troski. Ale potrafią też spowodować, że ten czas wrastania w dorosłość jest zagrożony, trudny”²⁸. Codzienne funkcjonowanie w środowisku rodzinnym oraz konfrontacja ze środowiskiem pozarodzinnym służą również podejmowaniu przez dzieci refleksji dotyczących własnej osoby, która przyczynia się do budowania ich osobowości oraz powielania zachowań

²⁸ W. Danilewicz, Sytuacja życiowa dzieci w rodzinach migracyjnych, Białystok 2006, s. 163.

zaobserwowanych w rodzinie bądź ich zmiany, która wynika z własnych doświadczeń nabytych poza systemem rodzinnym.

Socjolog Zbigniew Tyszka wskazywał, że rodzina to „instytucja i zarazem grupa społeczna oparta na więziach małżeńskich, więzi pokrewieństwa, powinowactwa lub adopcji”²⁹. Obserwując współczesne przeobrażenia rodziny, Tomasz Szlendak ujął rodzinę jako grupę „krewnych, powinowatych, przyjaciół oraz innych aktorów skupionych wokół rodzica z dzieckiem, najczęściej matki”³⁰. Z kolei Franciszek Adamski uważał, że rodzina „stanowi duchowe zjednoczenie szczupłego grona osób, skupionych we wspólnym ognisku domowym aktami wzajemnej pomocy i opieki, opartej na wierze w prawdziwą lub domniemaną łączność biologiczną, tradycję rodzinną i społeczną. Grupę rodzinną wyróżnia spośród innych grup współwystępowanie następujących cech: wspólne zamieszkanie członków, wspólne nazwisko, wspólna własność, ciągłość biologiczna oraz wspólna kultura duchowa”³¹. W socjologicznych definicjach rodziny autorzy zwracają uwagę nie tylko na rodzaj więzi i ról występujących w rodzinie, ale również na jej znaczenie w procesie socjalizacji. Jak pisał dalej Adamski, „gdy mówimy o rodzinie jako instytucji społecznej, zawsze mamy na myśli jej formalne ustanowienie i funkcjonowanie według określonych norm społecznych w ramach danego systemu społecznej kontroli”³². Socjologowie zatem podkreślają, że rodzina jest pierwszą grupą społeczną, do której przynależy człowiek, a jej zadaniem jako grupy społecznej jest przygotowanie swoich członków do uczestnictwa w życiu społecznym.

Psychologiczne definicje rodziny znacznie szerzej postrzegają rolę rodziny w życiu człowieka. Maria Ziemska definiowała rodzinę jako „małą naturalną grupę społeczną, składającą się głównie z małżonków i ich dzieci, stanowiącą całość względnie trwałą, podlegającą dynamicznym przekształceniom związanym głównie z biegiem życia jednostek wchodzących w jej skład”³³. Józef Rembowski dodał, że rodzina to „mała i jednocześnie pierwotna grupa o swoistej organizacji i określonym układzie ról między poszczególnymi członkami, związana wzajemną odpowiedzialnością moralną, a co za tym idzie świadoma własnej odrębności, mająca swe tradycje i przyzwyczajenia oraz

²⁹ Z. Tyszka, Socjologia rodziny w Polsce, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 1990, t. 52, z. 3-4, s. 234.

³⁰ T. Szlendak, Socjologia rodziny: ewolucja, historia, zróżnicowanie, Warszawa 2011, s. 114.

³¹ F. Adamski, Rodzina: wymiar społeczno-kulturowy, Kraków 2002, s. 29.

³² Ibidem, s. 30.

³³ M. Ziemska, Rodzina a osobowość, Warszawa 1979, s. 11.

zespolona miłością i akceptacją”³⁴. W jeszcze innym rozumieniu rodziny wskazuje się, że jest ona „instytucją ogólnoludzką spotykaną we wszystkich kulturach i epokach, która oddziałuje na człowieka najdłużej, niejednokrotnie przez całe jego życie. Jednak najsilniejszy wpływ wywiera w dzieciństwie, gdy oddziaływanie innych instytucji jest ograniczone, a za opiekę i wychowanie dziecka odpowiedzialni są przede wszystkim rodzice”³⁵. Izabela Krasiejko podsumowała, że w definicjach psychologicznych „kluczowe jest stwierdzenie, że rodzina ma wpływ na niemal wszystkie sfery życia człowieka. Jest ona miejscem fizycznego, społecznego, emocjonalnego, społecznego, moralnego rozwoju człowieka. Dom rodzinny to dla wielu osób stały punkt odniesienia, środowisko dające poczucie przynależności i bezpieczeństwa, miejsce szczególnego kształtowania własnych poglądów i osobowości. Dlatego tak istotne jest prawidłowe wypełnianie przez rodzinę konkretnych zadań i dążenie do obranych celów. Członkowie jej powinni być połączeni bliskimi, bezpośrednimi więziami, determinującymi współpracę i solidarność”³⁶.

W definicjach pedagogicznych rodziny szczególną uwagę zwraca się na proces wychowania dziecka, który w niej zachodzi. Ryszard Wroczyński podkreślał, że rodzina jest naturalnym środowiskiem wychowawczym, w którym „dokonuje się podstawowy proces wychowania dziecka i wprowadzania go w krąg kontaktów społecznych”³⁷. Z kolei Wincenty Okoń akcentował obecność więzi w rodzinie, definiując ją następująco: rodzina to „mała grupa społeczna, składająca się z rodziców, ich dzieci i krewnych; rodziców łączy więź małżeńska, rodziców z dziećmi – więź rodzicielska, stanowiąca podstawę wychowania rodzinnego, jak również więź formalna określająca obowiązki rodziców i dzieci względem siebie”³⁸. Rodzina pozostaje zatem (przeważnie, poza pewnymi sytuacjami życiowymi) pierwszą grupą społeczną, do której przynależy człowiek i która spełnia wiele zadań mających na celu utrzymanie jej funkcjonowania oraz dynamizowanie rozwoju każdego z jej członków.

Definiowanie rodziny stale się przeformułowuje i poszerza, w odpowiedzi na pojawianie się różnych form życia rodzinnego, charakterystycznych dla aktualnej sytuacji

³⁴ J. Rembowski, *Więzi uczuciowe w rodzinie: studium psychologiczne*, Warszawa 1972, s. 31.

³⁵ O. Pokrzywnicka, *Wpływ środowiska rodzinnego na rozwój psychiczny i społeczny dziecka*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, 2011, t. 2, nr 6, s. 41.

³⁶ I. Krasiejko, *Rodzina z dziećmi. Rodzina dysfunkcyjna*. Pedagogika, praca socjalna, terapia, Warszawa 2019, s. 12.

³⁷ R. Wroczyński, *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1985, s. 161–162.

³⁸ W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 2001, s. 337.

konkretnych społeczeństw. Stale podkreślana jest jednak jej istotna rola dla każdej jednostki jako miejsca i przestrzeni, w których kształtuje się człowiek oraz stanowiących dla niego bazę doświadczeń przenoszonych i analizowanych wraz z nabywaniem doświadczenia życiowego.

Pedagodzy zajmujący się badaniem rodziny postrzegają ją jako „grupę wychowawczą, w której na bazie stosunków małżeństwa i pokrewieństwa (pokrewieństwa rzeczywistego bądź "zastępczego") kształtują się relacje wychowawcze pomiędzy członkami rodziny. Zarazem jednak ma on w polu widzenia rodzinę ujmowaną jako instytucję wychowawczą, w obrębie której podejmowana jest społecznie doniosła działalność opiekuńczo-wychowawcza, wprowadzająca członków rodziny w kulturę oraz przygotowująca do życia (przede wszystkim młode pokolenie), a także współpracująca wychowawczo z innymi grupami i instytucjami, w bliższym i dalszym otoczeniu społecznym. Pedagog rodziny koncentruje się również na aspekcie wspólnotowym egzystencji rodzinnej, zwłaszcza na tym jego wymiarze, który dotyczy upatrywania w rodzinie wspólnoty wychowawczej, jako szczególnego interpersonalnego odniesienia do kształtowania się członków rodziny – jednostek ludzkich. W sumie więc chodzi o refleksję nad rodziną stanowiącą środowisko życia człowieka, zwłaszcza zaś środowisko wychowawcze stwarzane przez rodzinę”³⁹. Bożena Matyjas, podsumowując pedagogiczne definiowanie rodziny, zauważa, że rodzina „ujmowana jest w pedagogice wieloaspektowo, zawsze jednak w odniesieniu do wychowującego się w niej potomstwa i funkcji jakie wobec niego realizuje. W rodzinie dziecko przychodzi na świat, w niej się rozwija, kształtuje się jego osobowość, poglądy, wartości. Rodzina stanowi dla dziecka miejsce socjalizacji pierwotnej (wtórnym jest np. przedszkole, szkoła, grupa rówieśnicza i inne), która przygotowuje je do dorosłości”⁴⁰.

Rozważając dominującą rolę rodziny w procesie wychowania należy wyjść od rozumienia pojęcia środowiska, które jest uważane jako „określona przestrzeń – zespół warunków – czynników (w wąskim zakresie: naturalnych, społecznych, kulturowych), wśród których żyje człowiek, a które na niego oddziałują. Jest to przestrzeń dynamiczna, która wpływa na życie człowieka, ale też jest przez niego przekształcana”⁴¹.

³⁹ A. W. Janke, S. Kawula, Polimorficzność i komplementarność badań nad współczesną rodziną, (w:) J. Brągiel, A. W. Janke, S. Kawula, Pedagogika rodziny Obszary i panorama problematyki, Toruń 1997, s. 30.

⁴⁰ B. Matyjas, Pedagogika rodziny. Aktualna problematyka i nowe obszary badawcze, „Studia z Teorii Wychowania”, 2020, t. 11, nr 2(31), s. 84.

⁴¹ M. Cichosz, Pedagogika społeczna Zarys problematyki, Kraków 2014, s. 138–39.

W ujęciu Andrzeja Radziewicz-Winnickiego środowisko to „przestrzeń, w obrębie której realizowane są cele wychowania za pomocą różnych form oddziaływań (np. oświatowych, socjalnych, kulturowych). Określano zarazem zasady zachowania się człowieka w danym środowisku (filozofia i pragmatyka zachowania się), upatrując w siłach społecznych oczekiwanej podmiotowości i pewnego typu oddolnych inicjatyw w sferze organizacji, przekraczania wszelkich limitów bądź ograniczeń postępu w dziedzinie egalitaryzmu społecznego, masowej i powszechnej edukacji, poprawy warunków rozwojowych”⁴². Prekursorka pedagogiki społecznej Helena Radlińska, analizując kategorię pojęciową, jaką stanowi środowisko, zwracała uwagę na konieczność wyróżnienia środowiska „obiektywnego” oraz „subiektywnego”. „W pierwszym mieści się to, po co człowiek sięgnąć może z najbliższego kręgu i z dala. Środowisko obiektywne jest wspólne wszystkim, choć nie jednakowo rozpoznane i spożytkowane. Środowiskiem subiektywnym jest to, z którym jednostka (lub grupa) sprzęga się, czym żyje, co stwarza w około siebie. Rozróżniamy również to, co najbliższe (środowisko „bezpośrednie”) i dalsze („szersze” – o różnych granicach zasięgu)”⁴³. W ujęciu środowiska według Heleny Radlińskiej istotne są również czynniki niewidzialne, które mają charakter psychiczny oraz duchowy, które są konsekwencją obcowania człowieka w określonym środowisku. Jak dodawała dalej: „czynniki niewidzialne środowiska posiadają największe znaczenie dla wychowania, gdyż dzięki nim może się dokonywać przekształcanie życia, owo ‘ulepszanie’ będące celem wychowawczym. Te czynniki bowiem rozstrzygają o wartościowaniu wszystkich składników otoczenia, w którym się człowiek się znajduje”⁴⁴. Środowisko zatem nie jest jedynie przestrzenią życia człowieka, ale znacznie szerszym otoczeniem społecznym, z którym człowiek pozostaje w stałej interakcji. Wpływa ono na jego życie w wielu aspektach, odgrywa istotne znaczenie w jego biografii, spełniając również rolę wychowawczą.

Wychodząc od definiowania środowiska, które wpływa na całościowy rozwój człowieka, należy rozwinąć pojęcie środowiska wychowawczego. Poznański socjolog wychowania – Florian Znaniecki zwracał uwagę na istotne znacznie wpływu czynników i osób tworzących środowisko wychowawcze, które wpływają na człowieka, modelując

⁴² A. Radziewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna*, Warszawa 2008, s. 153.

⁴³ H. Radlińska, *Pedagogika społeczna*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1961, s. 32–33.

⁴⁴ *Ibidem*, s. 33.

go zgodnie z przyjętym przez środowisko ideałem wychowawczym: „To odrębne środowisko społeczne, które grupa wytwarza dla osobnika mającego zostać jej członkiem po odpowiednim przygotowaniu, nazwanym środowiskiem wychowawczym. Obejmuje ono wszystkie te osoby i grupy społeczne, z którymi dana grupa wymaga lub dozwala, aby ów osobnik się stykał w okresie swego przygotowywania do przyszłego członkostwa. Każda z tych osób i grup jest składnikiem środowiska wychowawczego nie w całej swej konkretnej złożoności, tylko ze względu na te swoje czynności, które w oczach danej grupy przedstawiają się jako użyteczne bezpośrednio lub pośrednio do wyrobienia kandydata na członka. Grupa domaga się, aby wszyscy, z którymi przyszły członek się styka, działali na niego w sposób mogący dać pożądaną wyniki ze względu na przyszłą jego rolę jako członka oraz powstrzymali się od postępków, mogących wyrzucić na niego wpływa społecznie niepożądany”⁴⁵. Aleksander Kamiński natomiast postrzegał środowisko wychowawcze, zauważając, że jest ono „częścią obiektywnego środowiska społecznego człowieka (wraz z jego podłożem przyrodniczym i kontekstem kulturowym); tworzą je osoby, grupy społeczne i instytucje pełniące zadania wychowawcze, pobudzające (zachęcające) jednostki i grupy dzieci, młodzieży, dorosłych do przyswajania wartości moralnych i zgodnych z nimi zachowań społecznych, odpowiadających ideałowi wychowawczemu społeczeństwa; zróżnicowanie jakościowe bodźców wychowawczych wynikające z niezharmonizowanych lub sprzecznych tendencji poszczególnych komórek środowiska wychowawczego wzmacnia w nowoczesnych społeczeństwach dążenie do wyposażenia głównych instytucji wychowawczych w siły i środki umożliwiające koordynowanie wpływów środowiska wychowawczego w pożądanym kierunku i podnoszącym ich wychowawczą wydajność”⁴⁶. Środowisko wychowawcze realizuje swoją wychowawczą rolę nie tylko dzięki wpływom generowanym przez osoby je stwarzające, ale również dzięki aktywności i refleksji wychowanków. Zdaniem Mariusza Cichosza – współczesnego pedagoga społecznego, środowisko wychowawcze to „warunki, czynniki oddziałujące na człowieka (w wąskim znaczeniu: naturalne, społeczne, kulturowe), świadomie postrzegane i wykorzystywane jako przestrzeń edukacyjna dla i wobec człowieka oraz ze swojej natury posiadające takie edukacyjne właściwości. Oddziałują również poprzez

⁴⁵ F. Znaniński, *Socjologia wychowania*, t. 1, Warszawa 2001, s. 87.

⁴⁶ A. Kamiński, *Środowisko wychowawcze - kłopoty definicyjne*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 1975, t. 36, z. 4, s. 27.

i na gruncie mniej lub bardziej świadomie powoływanych do tego instytucji”⁴⁷. Anna Przeclawska natomiast wpływ środowiska wychowawczego nie postrzegła jedynie jako „behawioralny mechanizm wywoływania określonej reakcji przez określony bodziec. Jest on indywidualnym przeżyciem powstającym w wychowanku i od niego w dużej mierze zależnym [...]. Środowisko wychowawcze przekształcając osobowość wychowanka, na zasadzie jego własnej wewnętrznej aktywności, zmienia się równocześnie pod jego wpływem”⁴⁸. Człowiek pozostaje zatem aktywnym podmiotem wobec środowiska wychowawczego, a dzięki wzajemnym interakcjom można w określony sposób kształtować postawy wychowanków wobec otaczającego go świata.

U podstaw definiowania rodziny odnaleźć można stanowienie przez nią pierwszej i podstawowej grupy społecznej, do której przynależy człowiek oraz podkreślenie jej aspektu wychowawczego. W ten sposób rodzinę rozumieć można nie tylko jako środowisko otaczające człowieka, ale w szczególności jako środowisko wychowawcze, które aktywnie na niego oddziałuje i pozostaje z nim w ścisłej interakcji. „W kategoriach środowiska wychowawczego rodzina ma obiektywne lub subiektywne znaczenie. Rodzina w znaczeniu obiektywnego środowiska wychowawczego stanowi zespół pewnych elementów: cech i interakcji wyróżnianych jako typowe dla rodzin danej zbiorowości. W takim ujęciu rodzinę postrzega się niejako ‘z zewnątrz’, od strony zbiorowości. Rodzina w znaczeniu subiektywnego środowiska wychowawczego jest z kolei indywidualnym i niepowtarzalnym środowiskiem wychowawczym o specyficznym, jednostkowym charakterze. Postawy rodziców mają istotny wpływ na właściwe funkcjonowanie dziecka w społeczeństwie. Rozwijają u dziecka potrzeby wyższego rzędu, uczą tradycji, rozrywki kulturalnej, rozwijają aspiracje i ukierunkowują wybór zawodu”⁴⁹. Ponadto, jak wskazała Beata Krześcińska-Żach, „rodzina jest przede wszystkim środowiskiem wychowawczym, które tworzą zarówno oddziaływania zamierzone, jak też samorzutne, o charakterze pozytywnym, prowadzące do rozwoju dziecka. Dziecko uczestniczące w naturalnych sytuacjach życia rodzinnego, w bezpośrednich interakcjach między członkami rodziny przyswaja elementarną wiedzę o świecie, wartościach, normach moralno-społecznych, kulturze domu rodzinnego, poznaje sposoby zaspokajania wielu potrzeb, rozwijania własnych zainteresowań”⁵⁰.

⁴⁷ M. Cichosz, *Pedagogika społeczna...*, op. cit., s. 139.

⁴⁸ A. Przeclawska, *Relacje między ludźmi jako przedmiot badań pedagogicznych*, Warszawa 1993, s. 15.

⁴⁹ O. Pokrzywnicka, *Wpływ środowiska rodzinnego...*, op. cit., s. 41.

⁵⁰ B. Krześcińska-Żach, *Pedagogika rodziny. Przewodnik do ćwiczeń*, Białystok 2007, s. 14.

Podobne spojrzenie na wartość oddziaływań wychowawczych w rodzinie oraz ich znaczenia dla wychowywanych w nich dzieci ujawnia Małgorzata Bereźnicka: „Otóż wychowanie w rodzinie stanowi proces intuicyjnego lub bezrefleksyjnego, planowego lub spontanicznego oddziaływania rodziców na dziecko – jak również rodzeństwa lub innych krewnych czy powinowatych zamieszkujących z daną rodziną bądź mających z nią stały i znaczący kontakt – a także budowanie prawidłowych relacji, opartych na miłości i szacunku między wszystkimi członkami rodziny. Na proces ten składają się czynności opiekuńcze i pielęgnacyjne, jak również kształtowanie wartości moralnych (związanych z etyką i/ lub religią), społecznych, poznawczych, intelektualnych, twórczych, estetycznych, zdrowotnych i ekologicznych, za które odpowiadają zwłaszcza rodzice. Celem wychowania w rodzinie jest wspieranie dziecka w jego wszechstronnym rozwoju, wzbogacanie jego osobowości, wskazywanie mu sposobów wykorzystywania potencjalnych zdolności, pomoc w samorealizacji oraz przygotowanie go do życia w społeczeństwie, w którym pełnić ma rolę aktywnego obywatela, i do odgrywania w przyszłości podstawowych ról społecznych”⁵¹. Bożena Matyjas również podkreśla rolę oddziaływań intencjonalnych oraz nieintencjonalnych, które w sposób znaczący przygotowują człowieka do dalszego funkcjonowania poza systemem rodzinnym: „środowisko wychowawcze, które tworzą zarówno oddziaływania zamierzone, jak i niezamierzone, a więc samorzutne, które prowadzą do rozwoju dziecka. Dziecko, uczestnicząc w codziennych, naturalnych sytuacjach życia, w bezpośrednich interakcjach między członkami rodziny, przyswaja podstawową wiedzę o świecie, określony system wartości, norm moralnych, poznaje sposoby zaspokojenia i rozwoju własnych potrzeb, zdolności, zainteresowań. Należy podkreślić, iż w środowisku rodzinnym zaspokajane są potrzeby dziecka wynikające ze wszystkich sfer jego rozwoju: biologicznej/fizycznej, psychicznej/emocjonalnej, poznawczej/intelektualnej oraz społecznej i kulturalnej”⁵². O szerokim i wychowawczym znaczeniu rodziny, które służyć ma ukształtowaniu człowieka, pisał również Mikołaj Winiarski: „Cele kształcenia i wychowania, które odnoszą się głównie do dzieci i młodzieży (młodych pokoleń), ale także innych członków rodziny. Eksponuje się tutaj takie wymiary aksjologiczne, jak: kształtowanie osobowości, zmiany osobowości jednostek, wieloaspektowy rozwój, tj. biofizyczny, psychiczny, duchowy, społeczny, ze szczególnym zwróceniem uwagi na

⁵¹ M. Bereźnicka, *Wychowanie dziecka we współczesnej rodzinie*, Kraków 2014, s. 114.

⁵² B. Matyjas, *Pedagogika Rodziny...*, op. cit., s. 86.

jego następujące aspekty: intelektualny, moralny, religijny, estetyczny i emocjonalny. Słowem chodzi tutaj o rozwój wielostronny młodej generacji. W zakresie społecznym, w ujęciu ogólnym, celem wychowania rodzinnego jest przygotowanie młodej generacji do zaangażowanego życia w swoim społeczeństwie, a w skali szerszej – uformowanie, ukształtowanie w niej systemu regulującego jej stosunki ze światem”⁵³. Podkreślając istotę środowiska rodzinnego w procesie wychowywania człowieka, Henryk i Sławomir Cudak dodali: „Niezależnie od uwarunkowań globalnych powodujących zmiany w życiu kulturowym, podejmowanych działań opiekuńczo-wychowawczych i edukacyjnych rodziny, stanowi ona jednak pewną wewnętrzną, intymną strukturę, swoiste więzi osobowe i kulturowe, które utrudniają przenikanie do wspólnoty rodzinnej zewnętrzne, często zaburzające elementy społecznego funkcjonowania życia globalnego i lokalnego. Proces wychowawczy jednostki ludzkiej rozpoczyna się zawsze w środowisku rodzinnym, niezależnie od istniejącej w niej struktury”⁵⁴. Zgodnie z wymienionymi autorami rodzina odgrywa znaczącą rolę w kształtowaniu zachowań, postaw oraz przekonań człowieka. Doświadczane w niej sytuacje, relacje oraz sposoby radzenia sobie w różnych sytuacjach przenoszą się na późniejszą biografię człowieka.

Osobami, które w rodzinnym środowisku wychowawczym odpowiadają za przebieg procesu wychowania, są w szczególności rodzice oraz towarzyszący dziecku w rodzinnym środowisku wychowawczym pozostali członkowie rodziny- „jego podstawowe podmioty, czyli osoby konstytuujące rodzinę w szerokim rozumieniu. Są to przede wszystkim rodzice, dzieci w różnym wieku, dziadkowie oraz inni krewni (bliźsi i dalsi). Głównie w roli wychowawców i opiekunów będą tutaj występować oczywiście rodzice, dziadkowie, starsze rodzeństwo, w pewnym stopniu dalsi krewni, zaś w roli wychowanków i podopiecznych – przede wszystkim dzieci”⁵⁵. Członkowie rodziny stwarzają świadomie bądź nieświadomie szereg sytuacji, które mają istotne znaczenie w wychowaniu dziecka, a ich wpływ jest niezwykle istotny w jego dalszym rozwoju, a wśród nich rodzice którzy są „pierwszymi i najważniejszymi wychowawcami dziecka. Ze względu na szczególne emocjonalne więzy stają się oni dla niego osobami znaczącymi, mającymi możliwość wywierania na niego istotnego wpływu. Rodzice są dla dziecka osobami, z którymi identyfikuje się w sposób szczególny, wynika to z roli,

⁵³ M. Winiarski, W kręgu pedagogiki społecznej. Studia-szkice-refleksje, Łódź 2017, s. 202.

⁵⁴ H. Cudak, S. Cudak, Znaczenie rodziny w procesie wychowawczym dzieci i młodzieży, „Studia Pedagogiczne. Problemy społeczne, edukacyjne i artystyczne”, 2020, t. 35, s. 37.

⁵⁵ M. Winiarski, W kręgu pedagogiki społecznej..., op. cit., s. 201.

jaką pełnią w jego życiu. Są osobami najbliższymi zarówno w sensie fizycznym, jak i psychicznym, bowiem dziecko styka się z nimi codziennie, zaspokajają oni jego potrzeby i kontrolują jego najważniejsze cele. Dopiero gdy krąg społecznych doświadczeń dziecka rozszerza się poza rodzinę, wówczas zaczyna utożsamiać się ono z innymi osobami spoza rodziny. Jednak identyfikacja z rodzicami odgrywa szczególną rolę w procesie kształtowania osobowości, gdyż dokonuje się ona w okresie wczesnego dzieciństwa, kiedy tworzą się jej fundamenty”⁵⁶. Rodzice są więc pierwszymi opiekunami i nauczycielami dziecka, dostarczającymi mu podstawową wiedzę o świecie oraz uczącymi go współuczestniczyć w nim. Ze względu na początkowo ograniczoną możliwość kontaktów dziecka ze środowiskiem wykraczającym poza krąg rodziny, doświadczenia zdobyte w dzieciństwie odgrywają kluczową rolę w jego dalszym funkcjonowaniu w nowych grupach społecznych oraz interakcji ze środowiskiem. Omawiając znaczenie rodziców w kształtowaniu wychowawczego wpływu środowiska rodzinnego, należy wspomnieć o istotnych procesach i działaniach, które wykształcają się w relacji rodzic-dziecko, do których należą między innymi: styl przywiązania, styl wychowania, styl rodzicielstwa, atmosfera wychowawcza, klimat rodzinny czy wychowanie przez codzienność.

Rodzina jako środowisko wychowawcze odgrywa kluczową rolę w biografii człowieka. Ewa Syrek potwierdza, że do zmiennych psychospołecznych, warunkujących optymalny rozwój dzieci i młodzieży (oraz pomnażających zdrowie) w rodzinie należy zaliczyć m.in. stan zdrowia rodziców (opiekunów) nie ograniczający pełnienia ról rodzicielskich (opiekuńczych), sposób i zakres pełnienia ról rodzicielskich; świadomość zdrowotną rodziców, atmosferę życia rodzinnego⁵⁷. Modele zachowań, relacji oraz doświadczenia, które człowiek zdobył w procesie wychowania w rodzinie, w różnoraki sposób towarzyszą mu przez całe życie. Ze względu na intensywny rozwój człowieka w okresie dzieciństwa i dojrzewania, rodzinne oddziaływania wychowawcze pozostawiają ślady w człowieku niemalże do końca jego życia, będąc przez niego przyjmowane bądź przekształcane według przyjętego przez niego systemu wartości oraz ukształtowanej osobowości. Spójne działania wychowawcze, bezpieczny styl przywiązania w rodzinie, przyjazna atmosfera rodzinna i klimat wychowawczy, a także

⁵⁶ A. Błasiak, E. Dybowska, *Rodzicielstwo i jego znaczenie dla procesu wychowania dziecka*, (w:) A. Błasiak, E. Dybowska (red.), *Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny*, Kraków 2010, s. 106.

⁵⁷ E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Katowice 2008, s. 103.

styl wychowania oraz styl rodzicielstwa sprzyjają rozwojowi psychospołecznemu wychowanka, które w efekcie mają ukształtować człowieka zgodnie z przyjętym w rodzinie systemem wartości. Doświadczenie dysfunkcji w rodzinnym środowisku zaburza omawiany proces, a trudne wydarzenia mające miejsce w dzieciństwie lub adolescencji zwykle silnie oddziałują na dalsze zachowania i działania człowieka.

1.3. Charakterystyka funkcjonowania osób mierzących się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi

Przystępując do analizy funkcjonowania rodzin, w których jeden z rodziców ma zaburzenia afektywne dwubiegunowe, należy nakreślić obraz tej choroby, jej symptomy i charakterystykę jej przebiegu.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe określane również jako choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD), należą do grupy zaburzeń psychicznych związanych z nastrojem (afektem). Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) to: „zaburzenia charakteryzujące się występowaniem dwóch lub więcej epizodów chorobowych z wyraźnie zaburzonym nastrojem i aktywnością w postaci podwyższenia nastroju, wzmoczonej energii i aktywności (hipomania lub mania) lub obniżenia nastroju oraz energii i aktywności (depresja). Do zaburzeń dwubiegunowych zalicza się również nawracające epizody hipomanii lub manii”⁵⁸. Piotr Gałęcki i Agata Szulc charakteryzowali te zaburzenia następująco: „Występują w niej, niekoniecznie naprzemiennie, okresy przygnębienia (depresji) i pobudzenia, często z podwyższonym nastrojem (manie lub hipomanie). Pacjenci określają swoje samopoczucie jako „dołki” i „górkę”, opisując swoistą sinusoidę wahań nastroju. Choroba afektywna dwubiegunowa może być powiązana z większą kreatywnością pacjenta, ale również z takimi problemami, jak uzależnienie i ryzykowne zachowania. Możemy zaobserwować różne typy przebiegu tej choroby. Często w obrazie choroby dominują depresje, a stany hipomanii bywają przelotne i trudne do zdiagnozowania. Zdarza się, że czas, który mija od wystąpienia pierwszych objawów choroby do jej właściwego rozpoznania i włączenia odpowiedniego leczenia, bywa bardzo długi. Może dochodzić

⁵⁸ World Health Organization, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, 2008, s. 221.

nawet do kilkunastu lat. ChAD jest zaburzeniem psychicznym obciążonym bardzo wysokim ryzykiem samobójstwa. Epizody depresyjne mają ciężki przebieg i są często połączone z objawami psychotycznymi”⁵⁹.

W zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych wyróżnić można epizody chorobowe, w których aktualnie znajduje się osoba chora; zgodnie z ICD-10 mogą być to: epizod hipomanii, epizod maniakalny bez objawów psychotycznych, epizod maniakalny z objawami psychotycznymi, epizod depresji o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu, ciężkiej depresji bez objawów psychotycznych, epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi, epizod mieszany oraz remisja⁶⁰. ChAD można podzielić również na dwa podstawowe typy. Zaburzenie dwubiegunowe typu I charakteryzuje się ciężkim przebiegiem. „Nasilenie obu biegunów choroby chorobowych może być zazwyczaj silne. Występują depresje i pełnoobjawowe manie, te drugie często wymagając leczenie w szpitalu. Długość manii wynosi typowo od 2 tygodni do 5 miesięcy, depresje są dłuższe: 4-9 miesięcy. W sumie przewaga długości okresów depresji nad okresami manii jest kilkukrotna. Między rzutami choroby występują okresy bez objawów choroby (remisje), o długości od kilku miesięcy do kilku lat”⁶¹. Typ II „odznacza się tym, że epizody depresyjne mogą być ciężkie, a manie są zawsze łagodne (hipomanie) i trwają krótko, do trzech tygodni. Występują też wyraźne okresy pełnej remisji objawów”⁶². Autorzy wskazywali również na możliwość wyróżnienia sposobów przebiegu choroby: ChAD z szybką zmianą faz- „zaburzenia dwubiegunowe, w którym w ciągu roku występuje 4 lub więcej okresów depresji lub manii. Poszczególne fazy choroby poprzedzielane są bardzo krótkimi okresami zdrowia, albo, co jest częstsze przechodzą jedna w drugą. W wypadku takiego naprzemiennego przebiegu choroby okresy remisji mogą w ogólnie nie występować”⁶³; ChAD z bardzo szybką zmianą faz- „oba bieguny chorobowe ujawniania się, nieraz kilkukrotnie, w ciągu 24-48 godzin”⁶⁴; Zaburzenia afektywne, typ sezonowy- „depresje występują regularnie w miesiącach jesienno-zimowych, a okresy wzmożonego samopoczucia wiosną i latem”⁶⁵.

⁵⁹ P. Gałecki, A. Szulc, Psychiatria, Wrocław 2018, s. 193.

⁶⁰ World Health Organization, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja..., op. cit., s. 221.

⁶¹ P. Gałecki, A. Szulc, Psychiatria..., op. cit., s. 196.

⁶² Ibidem.

⁶³ P. Gałecki, A. Szulc, Psychiatria..., op. cit., s. 196.

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ Ibidem, s. 197.

W celu dokładniejszego zobrazowania stanu emocjonalnego oraz zachowań osób, znajdujących się w epizodzie choroby afektywnej dwubiegunowej, szczególnie jeśli realizują one rolę rodzica, warto przyjrzeć się charakterystycznym objawom poszczególnych epizodów omawianej choroby.

Zgodnie z ICD-10 „w typowych łagodnych, umiarkowanych lub ciężkich epizodach depresyjnych pacjent cierpi z powodu obniżenia nastroju, ubytku energii, zmniejszenia aktywności. Zmniejszone jest odczuwanie przyjemności, zakres zainteresowań i koncentracja są obniżone, często pojawia się znaczne zmęczenie, nawet po małym wysiłku. Sen jest zwykle zaburzony, apetyt obniżony. Samoocena i pewność siebie są niemal zawsze zmniejszone, nawet w łagodnych stanach depresyjnych pojawiają się idee winy i małej wartości. Obniżenie nastroju nie ulega większym zmianom w kolejnych dniach, jest niezależne od bieżących wydarzeń, mogą mu towarzyszyć tzw. objawy somatyczne: utrata zainteresowania przyjemnością i obniżenie zdolności do jej przeżywania, wczesne budzenie się (kilka godzin wcześniej niż zwykle), narastanie depresji w godzinach porannych, wyraźne zahamowanie psychoruchowe, pobudzenie ruchowe, utrata apetytu, ubytek masy ciała i utrata libido. W zależności od liczby i nasilenia objawów epizod depresyjny można określić jako łagodny, umiarkowany lub ciężki”⁶⁶. American Psychiatric Association opisuje epizod większego zaburzenia depresyjnego następującymi kryteriami: „obniżony nastrój utrzymujący się przez większą część dnia, prawie każdego dnia, ujawniany albo w postaci subiektywnych skarg (np. poczucie smutku, pustki lub braku nadziei), albo za pośrednictwem obserwacji czynionych przez inne osoby (np. płaczliwość); znaczne zmniejszenie zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności w stosunku do wszystkich lub prawie wszystkich aktywności, utrzymujące się przez większą część dnia, niemal każdego dnia (ujawniane albo w postaci subiektywnych skarg, albo za pośrednictwem obserwacji czynionych przez inne osoby); znaczący spadek masy ciała, bez rozmyślnego ograniczenia przyjmowanych pokarmów, lub zwiększenie masy ciała (np. zmiana przekraczająca 5 proc. masy ciała w ciągu miesiąca), albo zmniejszenie lub zwiększenie apetytu, utrzymujące się prawie każdego dnia; bezsenność lub nadmierna senność niemal każdego dnia; pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe niemal każdego dnia (obserwowane przez inne osoby), (nie jedynie subiektywne poczucie pobudzenia lub bycia spowolnionym); zmęczenie lub poczucie braku energii niemal każdego dnia;

⁶⁶ World Health Organization, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja..., op. cit., s. 222.

poczucie braku własnej wartości lub nieadekwatne, nadmierne poczucie winy (może być urojeniowe), występujące niemal każdego dnia (nie zaledwie wyrzuty sumienia lub poczucie winy z powodu bycia chorym); zmniejszona zdolność myślenia lub koncentracji albo brak zdecydowania, utrzymujące się niemal każdego dnia (ujawniane albo w postaci subiektywnych skarg, albo za pośrednictwem obserwacji czynionych przez inne osoby); nawracające myśli o śmierci (nie tylko lęk przed śmiercią), nawracające myśli samobójcze bez określonego planu działania, próby samobójcze lub określony plan popełnienia samobójstwa. Występowanie objawów powoduje klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego bądź w innym ważnym obszarze”⁶⁷. Piotr Gałęcki i Agata Szulc zwrócili uwagę na fakt, że „podstawową cechą depresji jest negatywny odbiór obrazu własnej osoby w aspekcie poznawczym i emocjonalnym. Aspekt poznawczy powiązany jest z wbudowaniem w wiedzę jednostki pesymistycznych przekonań i oczekiwań. Drugi z wymienionych obejmuje natomiast emocje, będące konsekwencją negatywnej samooceny, a więc smutek, przygnębienie, poczucie winy”⁶⁸. Wymienione elementy w sposób znaczący wpływają na jednostkę, w niemal wszystkich sferach jej funkcjonowania. Wskazane zachowania wpływać będą na jego zachowania w systemie rodzinnym, zwłaszcza, jeśli pełni on rolę rodzica.

Występowanie epizodu maniakalnego, zgodnie z ICD-10 można podzielić na dwie osobne jednostki chorobowe.

Pierwsza z nich to hipomania. „Zaburzenie to cechuje dłużej utrzymujące się wzmożenie nastroju, zwiększenie energii i aktywności oraz zazwyczaj wyraźnie wzmożone samopoczucie dotyczące wydolności fizycznej i psychicznej. Występują również: zwiększona liczba kontaktów z otoczeniem, gadatliwość, spoufalanie się, wzmożenie popędu seksualnego i zmniejszona potrzeba snu, jednak nasilenie tych objawów zazwyczaj nie zaburza w sposób poważny zdolności do pracy i nie jest przyczyną odrzucenia przez otoczenie. Zamiast często występującej dobrodusznej towarzyskości pojawiać się może drażliwość, zarozumiałość, zachowania prostackie. Zaburzeniom nastroju i zachowania nie towarzyszą omamy ani urojenia”⁶⁹. American Psychiatric Association określa, że charakterystyczne są dla niej: „przesadna samoocena lub postawa wielkościowa; zmniejszona potrzeba snu (np. osoba czuje się wypoczęta po 3 godzinach

⁶⁷ American Psychiatric Association, DSM-5® Desk Reference. Kryteria diagnostyczne, tłum. P. S. Krawczyk, Wrocław 2015, s. 63-64.

⁶⁸ P. Gałęcki, A. Szulc, Psychiatria..., op. cit., s. 202.

⁶⁹ World Health Organization, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja..., op. cit., s. 220.

snu); rozmowność większa niż zwykle lub przymus mówienia; gonitwa myśli lub subiektywne odczucie, że myśli ścigają się; łatwe rozpraszenie uwagi (tzn. uwaga zbyt łatwo odciągana przez nieistotne bodźce zewnętrzne), zgłaszane lub obserwowane; zwiększenie aktywności skierowanej na cel (społecznej, w pracy lub w szkole, albo seksualnej) lub pobudzenie psychoruchowe (tzn. bezcelowa aktywność); nadmierne zainteresowanie aktywnościami o dużym potencjale wywoływania szkodliwych konsekwencji (np. odnajdywanie przyjemności w niepohamowanych zakupach, nierozważnych kontaktach seksualnych, nierozsądnych inwestycjach). Wystąpienie epizodu jest związane z wyraźną zmianą w zakresie funkcjonowania, niecharakterystycznego dla danej osoby w okresach bezobjawowych”⁷⁰.

Drugi z nich to mania. ICD-10 opisuje osoby, które doświadczają manii, następująco: „Wzmożenie nastroju jest nieadekwatne do sytuacji pacjenta i może zmieniać się od beztroskiej dobroduszości (jowialności) do niekontrolowanego podniecenia. Bardzo dobremu samopoczuciu towarzyszy wzmożona energia prowadząca do nadmiernej aktywności, wielomówność, zmniejszona potrzeba snu. Występują trudności w utrzymaniu uwagi oraz znaczne roztargnienie. Samoocena jest wyraźnie zawyżona z ideami wielkościowymi i dużą pewnością siebie. Brak normalnych zahamowań w kontaktach społecznych może być przyczyną zachowań lekkomyślnych, nierozważnych, nieadekwatnych do sytuacji, niezgodnych z charakterem pacjenta”⁷¹. Obraz kliniczny manii przedstawiają, także polscy psychiatrzy: „Jest to stan, w którym występuje pobudzenie psychoruchowe, nastrój podwyższony lub drażliwy, gniewny. Mogą występować objawy psychotyczne, przyspieszona mowa z cechami rozkojarzenia, gonitwa myśli. W skrajnych przypadkach może wystąpić tzw. szal maniakalny. Pierwszy epizod manii, zwłaszcza jeśli łączy się z objawami psychotycznymi i wystąpi u osoby młodej, może być mylnie zdiagnozowany jako pierwszy epizod psychozy schizofrenicznej. Pacjenci bywają pobudzeni, mają skłonności do wchodzenia w konflikty z innymi (najczęściej z bliskimi), „nie znoszą sprzeciwu”, uważają, że „wszystko wiedzą najlepiej”. Potrafią działać w sposób zorganizowany i efektywny. Trwa to zazwyczaj przez krótki czas, ponieważ dość szybko pojawiają się poważne problemy życiowe (utrata znacznej ilości pieniędzy z powodu złych inwestycji lub nadmiernego i niekontrolowanego wydawania pieniędzy, uzależnienie od alkoholu lub

⁷⁰ American Psychiatric Association, DSM-5® Desk Reference..., op. cit., s. 62.

⁷¹ World Health Organization, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja..., op. cit., s. 220.

innych środków psychoaktywnych, problemy wynikające z ryzykownych zachowań seksualnych, agresja, kolizje z prawem). Często w przebiegu manii pojawiają się objawy psychotyczne pod postacią urojeń wielkościowych. Pacjent może być przekonany o tym, że posiada niezwykle właściwości, zdolności i umiejętności (zdolność uzdrawiania, jest niezwykle ważną postacią, ma specjalną łączność duchową z Bogiem, jest postacią kultu religijnego)⁷². W tym miejscu warto dodać, że epizod manii jest bardziej nasilony w stosunku do hipomanii i mogą w nim wystąpić objawy psychotyczne. Łukasz Świącicki w informatorze skierowanym do rodzin osób z ChAD wskazywał obszary życia, na które hipomania i mania mogą mieć niszczący wpływ oraz wskazywał przykłady tego wpływu: „życie rodzinne: rozpad związku, kłótnie, konflikty ze współmałżonkiem, utrata pozycji w oczach dziecka; życie zawodowe: utrata pracy, nieprzemyślane decyzje finansowe, lekkomyślne zmiany pracy; życie społeczne: utrata pozycji społecznej, utrata wizerunku”⁷³.

Ostatnim z elementów ChAD, który należy wskazać jest okres remisji czyli okres, w którym od kilku miesięcy nie wystąpił żadne z omówionych wyżej epizodów zaburzeń nastroju.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe zarówno w epizodzie depresyjny, jak i manii czy hipomanii wpływają na zmianę dotychczasowego życia jednostki. Ze względu na ich charakter i podłoże związane z nastrojem, mogą mieć destrukcyjny wpływ, nie tylko na jednostkę, ale jej najbliższe otoczenie. Zmiany mogą występować w obszarze rodzinnym, zawodowym czy też społecznym, a ich konsekwencje odczuwane są również po ustąpieniu epizodu.

1.4. Realizowanie podstawowych funkcji rodziny z rodzicem z ChAD

Jak podkreśla Beata Krzesińska-Żach, rodzina jest „naturalnym środowiskiem i pierwszą instytucją wychowania oddziaływującą na dzieci i młodzież socjalizującą, stwarzającą warunki sprzyjające rozwojowi lub hamujące go. Wywiera istotny i znaczący wpływ na zachowanie się jednostek, ich stosunek do innych osób, świata wartości do systemu norm i wzorów postępowania. Ma do spełnienia określone funkcje. Funkcje

⁷² P. Gałęcki, A. Szulc, Psychiatria..., op. cit., s. 195.

⁷³ Ł. Świącicki, Blask cienia. O dwubiegunowych zaburzeniach nastroju, Warszawa 2010, s. 7.

rodziny to zespół przypisanych jej zadań oraz efekty, które są ich wynikiem”⁷⁴. Rodzina zatem w swoim działaniu spełnia (a raczej powinna spełniać) wiele różnorodnych funkcji, które wpływają na jakość życia jej członków oraz rodziny jako całości.

W ujęciu Zbigniewa Tyszka funkcje rodziny to „tyle co wyspecjalizowane oraz permanentne działania i współdziałania członków rodziny wynikające z bardziej lub mniej uświadomionych sobie przez nich zadań, podejmowanych w ramach wyznaczonych przez obowiązujące normy i wzory, a prowadzące do określonych efektów głównych i pobocznych”⁷⁵.

Anna Błasiak podpowiada natomiast, aby funkcje rodziny rozumieć jako mające zróżnicowany charakter „skutki wywoływane przez działalność i zachowanie członków rodziny, ujawniające się w samej rodzinie lub też poza nią, bez względu na to, czy były one zamierzone, czy pożądanе przez zbiorowości szersze, ogólnospołeczne. Skutki te mogą mieć charakter efektów materialnych, faktów biologicznych, cech psychologicznych, zachowań, głoszonych poglądów, określonych postaw”⁷⁶.

Franciszek Adamski zwrócił natomiast uwagę na społeczny wymiar realizowania przez rodzinę swoich funkcji, rozumiejąc je jako „cele, do których zmierza życie i działalność rodziny oraz zadania, jakie pełni na rzecz swych członków, zaspokajając ich potrzeby, ale też i potrzeby społeczeństwa oczekującego od rodziny dobrze przygotowanych i bezkonfliktowo włączających się w życie społeczne obywateli. Funkcja oznacza zatem działalność skierowaną na określony cel, kontynuowaną w ramach struktury społecznej bądź dla podtrzymania danej społeczności w jej stanie normalnym”⁷⁷.

Cenną jest wypowiedź Stanisława Kawuli, że „należy jednak rozróżniać pojęcie funkcji i zadań. Funkcje rodziny są to skutki wywoływane przez działanie i zachowanie się członków rodziny, zawierające się w samej rodzinie lub poza nią, bez względu na to, czy były one zamierzone lub pożądanе. Przez zadania rozumie się natomiast ogólne czynności, które mają wywołać pożądanе skutki, zalecane przez zbiorowości szersze czy też podjęte świadomie przez, samą grupę”⁷⁸. Jest to stanowisko bliskie ujęciu Jana

⁷⁴ B. Krześcińska-Żach, *Pedagogika rodziny...*, op. cit., s. 25.

⁷⁵ Z. Tyszka, *System metodologiczny poznańskiej szkoły socjologicznych badań nad rodziną: stan aktualny*, Poznań 1997, s. 37.

⁷⁶ A. Błasiak, *Funkcje rodziny w zmieniającej się rzeczywistości*, (w:) A. Błasiak, E. Dybowska (red.), *Wybrane zagadnienia pedagogiki ...*, op. cit., Kraków 2010, s. 74.

⁷⁷ F. Adamski, *Rodzina*, (w:) T. Pilch (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, Tom 3, Warszawa 2006, s. 309.

⁷⁸ S. Kawula, *Rodzina jako grupa...*, op. cit., s. 56.

Szczepańskiego, który funkcje określił jako ogół czynności i ich skutków związanych z wykonywaniem zadań, natomiast zadania określił jako ustalone i świadomie zdefiniowane stany rzeczy i zjawiska, które grupa jako całość chce osiągnąć lub wywołać oraz które są syntezą tworzącą się z wypełniania funkcji poszczególnych członków grupy⁷⁹. Funkcje rodziny stanowią zatem szereg działań podejmowanych w rodzinie w sposób uświadomiony lub też nie, które w konsekwencji tychże działań mają wpływać na realizację potrzeb członków rodziny i przygotować ich do samodzielnego życia zgodnie ze społecznie ustalonymi w nim zasadami i normami.

Funkcje rodziny ujmowane są i różnorodnie rozróżniane przez kilku autorów.

Maria Ziemska, autorka znanego ujęcia funkcji rodziny, sięgającego lat 70. ubiegłego wieku, zaproponowała, aby rozważać je z dwóch punktów widzenia: zadań spełnianych na rzecz społeczeństwa oraz zadań wobec swych członków⁸⁰. Jej zdaniem do podstawowych funkcji rodziny należą: prokreacyjna, produkcyjna, usługowo-opiekuńcza, socjalizująca oraz psychohigieniczna rodziny.

Franciszek Adamski podzielił natomiast funkcje rodziny na dwie grupy: instytucjonalne oraz osobowe, wyjaśniając: „Funkcje instytucjonalne to te, które dotyczą rodziny i małżeństwa jako instytucji społecznych: prokreacyjna albo biologiczna, podtrzymująca ciągłość społeczeństwa; ekonomiczna, polegająca na dostarczaniu dóbr materialnych rodzinie; opiekuńcza, zabezpieczająca członków rodziny w określonych sytuacjach życiowych, gdy sami nie są w stanie zaradzić swym potrzebom; socjalizacyjna, polegająca na wprowadzaniu członków rodziny (poczynając od chwili urodzenia) w życie społeczne i przekazywaniu im wartości kulturowym; stratyfikacyjna, to znaczy gwarantująca członkom rodziny określony status życiowy, wyznaczająca im przynależność do określonej klasy czy warstwy społecznej; integracyjna, która jest funkcją społecznej kontroli zachowań poszczególnych członków rodziny, w tym zachowań seksualnych małżonków, a także dorastających dzieci”⁸¹. Druga grupa funkcji to funkcje osobowe, które wiążą się z ujmowaniem rodziny jako grupy społecznej. Adamski zaliczył do nich trzy funkcje: „małżeńską, to znaczy zaspokajającą potrzeby życia intymnego małżonków, rodzicielską, która zaspokaja potrzeby uczuciowe rodziców i dzieci, oraz braterską, zaspokajającą potrzeby uczuciowe braci i siostr”⁸².

⁷⁹ J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa 1970, s. 265, 266, 303

⁸⁰ M. Ziemska, *Rodzina a osobowość*, Warszawa 1975, s. 35

⁸¹ F. Adamski, *Rodzina: wymiar...*, op. cit., s. 36.

⁸² *Ibidem*, s. 36-37.

Autorem kolejnej propozycji wyróżnienia funkcji rodziny był Stanisław Kawula. Wyróżnił on 4 grupy funkcji rodziny: biologiczno-opiekuńczą, kulturalno-towarzyską, ekonomiczną i wychowawczą⁸³. Funkcję biologiczno-opiekuńczą wiązał z zachowaniem ciągłości biologicznej społeczności oraz opieki nad dziećmi, zapewniając dziecku przy tym odpowiednie warunki do wszechstronnego rozwoju. Funkcja kulturalno-towarzyska obejmuje obszar wspólnego spędzania czasu przez rodzinę, dobór treści związanych z kulturą oraz zapewnienie jej członkom możliwości nawiązywania kontaktów towarzyskich. Funkcja ekonomiczna dotyczy wspólnego prowadzenia gospodarstwa domowego i zapewnienia wszystkim członkom niezbędnych do życia środków. Funkcja wychowawcza rodziny, która z punktu widzenia pedagogiki jest najistotniejsza, wynika z rozumienia rodziny jako instytucji i środowiska wychowawczego.

Mikołaj Winiarski, analizując funkcje rodziny opisywane przez badaczy z różnych dziedzin nauki, stwierdził, że „można uznać za podstawowe następujące funkcje: rodzicielską (prokreacyjną), opiekuńczą, socjalną (pomocową), socjalizacyjną, wychowawczą, kulturalno-ekspresyjną, seksualną, ekonomiczną”⁸⁴. Wśród funkcji wyróżnionych przez Winiarskiego warto zwrócić na funkcję socjalną (pomocową), gdyż nie była ona ujmowana przez innych autorów opisujących funkcje rodziny. Jak zauważa autor, „unaocznia szereg szczególnych zalet rodziny w zakresie pomocy i wsparcia społecznego, jakiego udziela swoim członkom, których los stawia w różnego rodzaju trudnych sytuacjach (...). Wchodzą tutaj także w grę sytuacje, w których jednostka nie może realizować swoich celów, rozwiązać ważnego dlań problemu (...). To osadzenie człowieka w rodzinie i jego wielostronne spojenie z jej członkami na podłożu związków małżeństwa i krwi, przesądza o jej ukierunkowaniu na rozwijanie działalności wspomagającej i wspierającej wobec każdego z jej domowników. Sprowadza się ona najczęściej do: przekazywania potrzebnych informacji, niezbędnych przedmiotów i rzeczy, różnych świadczeń w postaci usług, pieniędzy, miłości, statusu społecznego etc”⁸⁵.

Wyczerpujący rejestr oraz obszerny opis funkcji rodziny zaproponował socjolog Zbigniew Tyszka, który podzielił funkcje rodziny na cztery grupy, przyporządkowując do każdej z nich szczegółowo opisane funkcje:

⁸³ S. Kawula, Rodzina jako grupa..., op. cit., s. 57.

⁸⁴ M. Winiarski, W kręgu pedagogiki..., op. cit., s. 186.

⁸⁵ M. Winiarski, W kręgu pedagogiki..., op. cit., s. 188-189.

- funkcje biopsychiczne: funkcja prokreacyjna, funkcja seksualna;
- funkcje ekonomiczne: funkcja materialno-ekonomiczna, funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca;
- funkcje społeczno-wyznaczające: funkcja stratyfikacyjna, funkcja legalizacyjno-kontrolna;
- funkcje socjopsychologiczne: funkcja socjalizacyjno-wychowawcza, funkcja kulturalna, funkcja religijna, funkcja rekreacyjno-towarzyska, funkcja emocjonalno-ekspresyjna⁸⁶.

Na środowisku rodzinnym spoczywa wiele zadań, które właściwie realizowane mają zapewnić wszechstronne warunki do prawidłowego rozwoju jego członków, a w szczególności dzieci. Stanisław Kawula wskazywał na następującą zależność w obszarze realizowania funkcji przez rodziny: „Specyficzną cechą środowiska rodzinnego jest to, że jego funkcje stanowią ograniczoną całość, złożoną i jednolitą, których nie można w życiu codziennym spełniać oddzielnie. Dlatego też jakiegokolwiek zaburzenie utrudniające realizację którejś z podstawowych funkcji powoduje – krótszą lub dłuższą – niezdolność rodziny w jej ogólnym funkcjonowaniu”⁸⁷. Spostrzeżenie to nabiera szczególnego wydźwięku w kontekście funkcjonowania i realizowania przypisanych funkcji rodzin, mających w swojej strukturze rodziców, których codzienność była/jest/bywa zdeterminowana zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Choroba afektywna jednego rodzica może bowiem silnie oddziaływać na cały system rodzinny oraz jego funkcjonowanie, stwarzając tym samym ryzyko czasowych lub długotrwałych dysfunkcji. Znajomość funkcji przypisywanych rodzinom przez Zbigniewa Tyszkę połączona z wiedzą na temat specyfiki ChAD oraz funkcjonowania osób mierzących się z nimi pozwala wytypować i przyjrzeć się potencjalnym skutkom wpływu owych zaburzeń zdiagnozowanych u rodziców na realizowanie funkcji współtworzonych przez nich rodzin.

Pierwszą grupą funkcji wymienianych przez Tyszkę są funkcje biopsychiczne. Jak wskazuje autor, „funkcje te wiążą się z biologicznymi zjawiskami mających swe istotne reperkusje w sferze psychiki”⁸⁸. Zalicza się do niej funkcja prokreacyjna, która „polega

⁸⁶ Z. Tyszka, System metodologiczny poznańskiej..., op. cit., s. 59–75. Charakterystyka tych funkcji znajduje się w dalszej części rozprawy, już w kontekście rodzin z rodzicem chorującym na zaburzenia afektywne dwubiegunowe.

⁸⁷ S. Kawula, Rodzina jako grupa..., op. cit., s. 56.

⁸⁸ Z. Tyszka, System metodologiczny poznańskiej..., op. cit., s. 59.

na powoływaniu do życia i rodzeniu dzieci stających się członkami rodziny. Stwarza ona możliwość zaspokojenia rodzicielskich, emocjonalnych potrzeb współmałżonków, jak i reprodukcyjnych potrzeb społeczeństwa⁸⁹ oraz funkcja seksualna, która służy zaspokojeniu potrzeb seksualnych współmałżonków bądź partnerów⁹⁰. Omawiana grupa funkcji ma niezwykle istotne znaczenie w kontekście zarówno pożycia małżeńskiego, jak i reprodukcji w rodzinie. Pogłębiając charakterystykę funkcjonowania osób mierzących się z własnymi zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, należy zauważyć, że w okresie występowania zaburzeń mogą wystąpić takie trudności jak utrata libido (w zaburzeniach depresyjnych) oraz wysoki popęd seksualny (w przypadku zaburzeń maniakalnych). Przyglądając się funkcjonowaniu pacjentów z zaburzeniami o charakterze depresyjnym, można zaobserwować ponadto ogólny spadek nastroju oraz – jak wskazuje klasyfikacja ICD-10 – „utrata zainteresowania przyjemnością i obniżenie zdolności do jej przeżywania”⁹¹. Omawiane objawy wpływają na funkcjonowanie rodziny w sferze biopsychicznej. Pacjenci z objawami depresji nie są chętni do prowadzenia życia seksualnego, unikają zbliżeń oraz w konsekwencji nie są w stanie myśleć o powiększeniu rodziny. W przypadku zaburzeń maniakalnych sytuacja jest przeciwna, tj. pacjenci są bardzo pobudzeni seksualnie oraz gotowi do zaspokajania swoich potrzeb również poza związkiem małżeńskim, co może skutkować zdradą małżeńską lub porzuceniem rodziny na rzecz nowych związków. Ponadto należy zwrócić uwagę na ogół zachowań osób znajdujących się w stanie hipomanii lub manii, które często przyczyniają się do spadku zaufania do współmałżonka oraz postrzegania go jako osobę, która nie będzie w stanie w odpowiedni sposób realizować się w roli rodzica. Należy wspomnieć jeszcze o trudnościach, jakie mogą wystąpić w funkcjonowaniu rodziny w kwestii prokreacji z powodu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych występujących u kobiet. U osób ze zdiagnozowaną chorobą dwubiegunową afektywną niezbędne jest podjęcie leczenia farmakologicznego, które pomaga unormować procesy zachodzące w organizmie człowieka, a tym samym umożliwiając im prawidłowe i stabilne funkcjonowanie. Farmakoterapia może być szkodliwa dla prawidłowego rozwoju dziecka w okresie prenatalnym, a odstawienie leków może przerwać stan reemisji u kobiet. „Wszystkie podstawowe leki stosowane typowo w profilaktyce

⁸⁹ Ibidem.

⁹⁰ Ibidem, s. 60.

⁹¹ World Health Organization, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja..., op. cit., s. 222.

nawrotów ChAD mogą wywierać działanie teratogenne, jednak w przypadku każdego z tych leków, ryzyko i specyfika tych działań jest odmienna”⁹². Choroba dwubiegunowa może być również przeszkodą w planowaniu rodziny, gdyż odstawienie leków może przyczynić się do wystąpienia epizodu depresyjnego u kobiet w ciąży bądź wystąpienia epizodu maniakalnego w okresie przed zajściem w ciążę. Zatem zaburzenia afektywne mogą wywoływać trudności w realizowaniu przez rodzinę funkcji biopsychicznych. Utrudnieniu mogą pojawić się również w funkcji zarówno seksualnej, jak i prokreacyjnej, zazwyczaj w okresie występowania epizodu choroby. Decyzja o założeniu rodziny z partnerem cierpiącym na ChAD bądź samej osoby chorej również może być warunkowana jej zaburzeniami w obawie o dziedziczność bądź doświadczenia płynące dla dziecka wynikające z przebywania z chorym rodzicem czy czasowe samodzielne wychowywanie dziecka przez jednego rodziców, które może wynikać z czasowej hospitalizacji chorego rodzica.

Kolejną grupą funkcji, wskazaną przez Zbigniewa Tyszkę, są funkcje ekonomiczne rodziny, które „dotyczą materialnej egzystencji rodziny oraz zachowań, działań i współdziałań członków rodziny odnoszących się do spraw materialnych rodziny. W grę wchodzi też współdziałania ze ‘światem zewnętrznym’ podejmowane w materialnym interesie rodziny”⁹³. W omawianej grupie funkcji znajduje się funkcja materialno-ekonomiczna rodziny oraz opiekuńczo-zabezpieczająca.

Pierwsza z nich koncentruje się wokół zaspokojenia potrzeb materialnych członków rodziny. Autor wyróżnił w niej cztery podfunkcje: produkcyjna – dotycząca wspólnej pracy rodziny na rzecz rodzinnego warsztatu produkcyjnego lub usługowego; zarobkowa – wskazująca na konieczność pracy zarobkowej członków rodziny (dorosłych) niezbędnej do zapewnienia środków utrzymania rodziny; gospodarcza – wiążąca się z gromadzeniem trwałych dóbr materialnych niezbędnych do funkcjonowania rodziny; usługowo-konsumpcyjna – dotycząca wykonywania prac usługowych w gospodarstwie domowym niezbędnych dla funkcjonowania członków rodziny⁹⁴. Funkcja materialno-ekonomiczna odgrywa niezwykle istotną rolę w funkcjonowaniu rodziny w wielu sferach, wpływając między innymi na dobrobyt rodziny czy zaspokajanie podstawowych potrzeb członków rodziny.

⁹² Ł. Świąćicki, Choroba afektywna dwubiegunowa w okresie ciąży, „Psychiatria po Dyplomie. Medical Tribune”, 2013, nr 6, s. 16.

⁹³ Z. Tyszka, System metodologiczny poznańskiej..., op. cit., s. 60.

⁹⁴ Z. Tyszka, Socjologia rodziny, Warszawa 1979, s. 61-62.

Opiekuńczo-zabezpieczająca funkcja rodziny wiąże się z materialnym i fizycznym zabezpieczeniem członków rodziny. Dotyczy ona sprawowania opieki i pielęgnacji osób, które tego potrzebują oraz pomocy materialnej dla osób starszych, będących częścią rodziny. Tyszka dodaje, że „w ramach tej funkcji występują trzy główne kierunki działań: ukierunkowana, szczególna pomoc materialna adresowana do specyficznych osób (której nie należy mylić ze standardowym utrzymaniem materialnym członków rodziny dwupokoleniowej), pomoc fizyczna, psychiczne wsparcie osób, nad którymi roztacza się opiekę”⁹⁵. Szerokie rozumienie funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej rodziny zaproponowała Anna Kotlarska-Michalska, która wyróżniła szereg elementów, które powinna realizować w jej ramach: „do funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej rodziny zatem zaliczyć można następujące czynności, działania i postawy: sprawowanie nadzoru nad małymi dziećmi, pielęgnację małych dzieci, gwarantowanie bezpieczeństwa dzieciom w domu i poza domem, zapewnianie odpowiednich warunków mieszkaniowych rodzinie, okazywanie życzliwej postawy i gotowości udzielania pomocy, podnoszenie kwalifikacji w zakresie opiekuństwa, świadczenie pomocy dla osób kalekich, świadczenie opieki dla osób zniedołężniałych, udzielanie pomocy starszym osobom w rodzinie, wykazywanie dbałości o fachowość porad lekarskich, zapewnianie leków i środków higieny, świadczenie opieki dla osób przewlekle chorych w rodzinie, zapewnianie opieki dla okresowo chorych, zabezpieczanie startu życiowego dzieciom, świadczenie porad dla potrzebujących wsparcia członków rodziny, gwarantowanie utrzymania niepracującym okresowo członkom rodziny, okazywanie zainteresowania warunkami bytowymi bliższej i dalszej rodziny, świadczenie różnorodnej pomocy rodzinie bliższej i dalszej w przypadku trudnej sytuacji życiowej”⁹⁶. Realizowanie omawianej funkcji rodziny pozwala zatem zabezpieczyć dobrobyt materialno-fizyczny oraz dostarczyć członkom rodziny wsparcia o charakterze psychicznym.

Osoby dorosłe mierzące się z chorobą afektywną dwubiegunową, ze względu na ich specyfikę, mogą czasowo ograniczyć własne zaangażowanie w realizowanie funkcji ekonomicznej rodziny, stając się również adresatem działań opiekuńczo-zabezpieczających ze strony pozostałych członków rodziny, które wiążą się z pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego jednego z rodziców. Jedną z cech

⁹⁵ Z. Tyszka, System metodologiczny poznańskiej..., op. cit., s. 63.

⁹⁶ A. Kotlarska-Michalska, Zakres funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej rodziny, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 1985, t. 47, z. 4, s. 251–252.

charakterystycznych zaburzeń o charakterze maniakalnym jest wystąpienie „szczególnej motywacji do działania wynikającego z nadmiernego poczucia własnej wartości i z nadmiernej wiary we własne możliwości. Osoby dotknięte tą chorobą są dużo bardziej skłonne od osób zdrowych do podejmowania ryzykownych przedsięwzięć, również finansowych, właśnie z podanego wyżej powodu”⁹⁷. Często u osób zmagających się z manią występują również zachowania wskazujące na zakupoholizm oraz tendencje do hazardu. Możliwe jest też porzucanie swojego dotychczasowego miejsca pracy na rzecz spontanicznego udziału w jakimś projekcie, który zdaniem osoby chorej może znacznie polepszyć sytuację finansową rodziny. Osoby z manią często zadłużają się, zarówno w bankach, jak i u osób prywatnych. Większość podejmowanych działań w zakresie finansowym przez osoby w manii może przyczyniać się do pogorszenia dobrobytu materialnego rodziny oraz wpłynąć na długofalowe konsekwencje w tej sferze. Natomiast u osób, które cierpią na zaburzenia charakteryzujące się obniżeniem nastroju, widoczny jest znaczny spadek witalności życiowej oraz ogólnej aktywności. Osoby z tego rodzaju zaburzeniami szybko tracą energię, odczuwają wysokie zmęczenie oraz ogólny brak sił. Pracodawcy mogą interpretować takie zachowanie jako brak chęci do pracy lub nieprawidłowe wykonywanie swoich obowiązków; może się to wiązać z koniecznością zrezygnowania z pracy lub czasowego urlopu. W niektórych przypadkach nasilenia zaburzeń afektywnych dwubiegunowych konieczne może być leczenie szpitalne, które może trwać długi okres, w którym osoba chora nie jest zdolna do podejmowania pracy. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe mogą przyczynić się zatem do utraty pracy, co będzie skutkowało obniżeniem dochodu rodziny i może wpływać na jej funkcjonowanie w sferze ekonomiczno-materialnej. Osoby chore na depresję mogą nie wykazywać również zainteresowania sprawami materialnymi oraz bytowymi, co może mieć konsekwencje związane z kwestiami zamieszkania. Sytuacja ta może być szczególnie trudna, gdy dochody osoby chorej są jedynym źródłem utrzymania rodziny. Elżbieta Michałowska, omawiając wpływ zaburzeń dwubiegunowych afektywnych, zauważyła, że „rodzina musi zaspokajać materialne potrzeby jej członków. W przypadku, gdy źródłem przychodu jest praca tylko jednej osoby i właśnie ta osoba choruje na zaburzenia afektywne dwubiegunowe, może dojść do poważnego zachwiania funkcji materialno-

⁹⁷ E. Michałowska, Funkcjonowanie rodziny z chorymi na zespół psychozy dwubiegunowej afektywnej, (w:) A. Łaska-Formejster, M. Synowiec-Piłat (red.), Społeczne konteksty chorób przewlekłych. Wybrane zagadnienia, Łódź 2013, s. 109.

ekonomicznej. (...) Funkcja materialno-ekonomiczna jest jedną z podstawowych, jakie powinna pełnić rodzina i ChAD ma na nią najczęściej znaczny wpływ, właściwie prowadzi do jej rozpadu – rodzina przestaje być źródłem utrzymania dla jej członków, a zaczyna generować długi spowodowane zachowaniem osoby chorej, za które odpowiadają wszyscy członkowie”⁹⁸. Próbując zarysować funkcjonowanie rodzin osób z zaburzeniami afektywnymi w zakresie funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej, należy wskazać na utrudnienia w kwestii sprawowania opieki osoby dorosłej nad swoją rodziną, a także trudności z odpowiednim wsparciem omawianych osób przez pozostałych członków rodziny. „Najbliższa rodzina osoby chorującej ma najczęściej problem ze zrozumieniem natury tej choroby, przez co nie zapewniają osobie tej odpowiedniej opieki i wsparcia psychicznego. Z kolei osoby cierpiące na ChAD nie potrafią z powodu zarówno manii, jak i depresji występujących przemiennie opiekować się swoją rodziną”⁹⁹. Osoby mierzące się z chorobą afektywną dwubiegunową ze względu na ich specyfikę mogą nie wykazywać zainteresowania sprawowaniem opieki lub wsparciem pozostałych członków rodziny. Należy jednak dodać, że w przypadku grupy funkcji ekonomicznych rodziny możliwe zaburzenia jej realizacji mają zazwyczaj charakter czasowy i pojawiają się w okresie nasilenia choroby, a konsekwencje w dalszym funkcjonowaniu mogą mieć związek jedynie z zachwianiem sytuacji materialnej rodziny.

Trzecią grupą funkcji wyróżnioną przez Tyszkę, są funkcje społeczno-wyznaczające

i jak zauważa autor „w tej grupie wyraźnie uwidacznia się ‘zewnątrzna’ regulacja życia rodzinnego – jednak poprzez mechanizmy jej wewnętrzne funkcjonowanie. Należy tu uwzględnić wpływ zewnętrznych układów społecznych i ich systemów aksjonormatywnych. (...)’Wyznaczeniu’, regulacji podlega status społeczny rodziny i wiążące się z tym jej położenie egzystencjonalne, również cechy oraz zachowania, a także świadomość członków rodziny. Regulacja odbywa się także poprzez czynną kontrolę członków rodziny wykonywaną ‘siłami’ grupy rodzinnej z udziałem zbiorowości zewnętrznych w stosunku do niej krewnych”¹⁰⁰. W omawianej grupie funkcji znajduje się: funkcja stratyfikacyjna (we wcześniejszych opracowaniach funkcja klasowa), realizująca umiejscowienie rodziny i jej członków w strukturze społecznej,

⁹⁸ Ibidem, s. 110.

⁹⁹ Ibidem, s. 112.

¹⁰⁰ Z. Tyszka, System metodologiczny poznańskiej..., op. cit., s. 60.

określeniem jej pozycji społecznej oraz nadaniu statusu społecznego jej członkom. Jak zauważa autor, owa funkcja „wyraża się również w ukierunkowanej klasową subkulturą i ideologią socjalizacji potomstwa. Poszczególne klasy i warstwy społeczne mają swoje specyficzne cechy kulturowe, które przekazują swemu potomstwu. Dziecko nie internalizuje w procesie rodzinnej socjalizacji ‘czystej’ kultury narodowej, lecz chłonie ją przez kulturę tej klasy społecznej, do której należy”¹⁰¹. Funkcja legalizacyjno-kontrolna „wiąże się z kontrolowaniem postępowania tych członków rodziny w celu przeciwdziałania zachowaniom, które nie są zgodne z obowiązującymi w rodzinie normami i zasadami”¹⁰². Omawiana funkcja jest niezwykle ważna dla prawidłowego funkcjonowania jednostki w społeczeństwie oraz dla adekwatnych ocen własnych zachowań.

Funkcjonowanie rodzin osób mierzących się zaburzeniami afektywnymi w zakresie realizowania funkcji społeczno-wyznaczającej może być utrudnione i mieć długotrwałe skutki dla całego systemu rodzinnego. W zakresie funkcji stratyfikacyjnej ChAD może wpływać na postrzeganie swojego miejsca w społeczeństwie i w zależności od charakteru epizodu zaburzenia zaniża lub zawyża jego faktyczne miejsce w hierarchii społecznej. Osoby mierzące się z zaburzeniami nastroju charakteryzującymi się jego obniżeniem mają zaniżone poczucie własnej wartości i zniekształcają tym samym obraz samego siebie, co – konsekwentnie ujmując rodzinę jako system – wpływa na pozostałych członków rodziny. Z kolei w przypadku podwyższonego nastroju poczucie wartości jest wysokie, a ów obraz siebie jest nieadekwatny, co często wiąże się z postrzeganiem siebie jako jednostki wybitnej, która jest niezwykle cenna i poważana przez społeczeństwo. Przekonania rodziców mierzących się z ChAD mogą mieć długotrwałe konsekwencje szczególnie dla dzieci, które w konfrontacji z rzeczywistością społeczną mogą negatywnie wpłynąć na dokonywanie przez dziecko obiektywnej oceny samego siebie. Omawiane trudności mogą występować zwłaszcza przy zaburzeniach nastroju o charakterze maniakalnym, kiedy osoba ma poczucie silnej sprawczości, bycia wyjątkową osobą oraz mającą możliwość zmiany świata, a tym samym podniesienia statusu społecznego swojej rodziny. Omawiani pacjenci głośno manifestują swoje poglądy i plany, przekonując tym samym do tego swoich bliskich. Członkowie rodziny

¹⁰¹ Z. Tyszka, *Socjologia rodziny...*, op. cit., s. 66.

¹⁰² A. Błasiak, *Funkcje rodziny...*, op. cit., s. 77.

nieświadomi choroby bądź jej specyfiki, a w szczególności dzieci, mogą z łatwością przyjmować to i kreować błędny obraz siebie w hierarchii społecznej.

Realizowanie przez rodziny funkcji legalizacyjno-kontrolnej również może być utrudnione. Osoby będące w epizodzie zaburzeń nastroju mają trudności z kontrolą i stabilnością swoich zachowań oraz z interpretacją zachowań innych osób. Potrafią w niewłaściwy sposób reagować na zachowania członków rodziny, kształtując w nich jednocześnie nieprawidłowe wzorce zachowania. Pacjenci z epizodem manii mają często problemy z przestrzeganiem norm społecznych oraz zasad ustalonych w rodzinie. Poprzez ich częstą labilność czynów i słów mogą przyczyniać się do utraty bezpieczeństwa bądź zaufania ze strony małżonka/partnera oraz dzieci. Nieodpowiednie, raniące komentarze i reakcje rodzica mogą w konsekwencji przyczyniać się do emocjonalnego oddalania się w relacjach z dzieckiem, bądź też utwierdzać je w przekonaniu, że postąpiło właściwie, choć jego zachowania są sprzeczne z przyjętymi normami. Równie trudne może być kontrolowanie zachowania osoby chorej przez pozostałych członków rodziny, chcąc zminimalizować jej negatywne zachowania w czasie epizodu manii oraz ich konsekwencje. W przypadku zaburzeń depresyjnych często widoczny jest brak jakiegokolwiek reakcji ze strony rodzica wobec zachowania lub potrzeb dziecka co również może skutkować dystansowaniem się od siebie rodzica i dzieci. Utrudnia to również pewnego rodzaju wychowanie w duchu powszechnie respektowanych norm społecznych, gdyż dziecko tak naprawdę nie wie co może zrobić lub czego nie powinno robić. Niewłaściwe reagowanie lub brak reakcji wpływa na kształt relacji w rodzinie, „stres emocjonalny, problemy somatyczne i inne objawy depresji obniżają tolerancję obojga rodziców na negatywne zachowania dzieci”¹⁰³. Zachowania dziecka mogą być przez to w nieodpowiedni sposób kontrolowane przez rodziców. Osoba chora może w nieadekwatny sposób zinterpretować zachowania innego członka rodziny oraz niewłaściwie zareagować. Takie jej postępowanie może negatywnie oddziaływać szczególnie na dzieci. Jak zauważa Tomasz Tyra, analizując zachowania matek cierpiących na depresję: „istotną cechą postępowania rodzicielskiego matek depresyjnych jest niekonsekwencja w używaniu środków dyscyplinujących, częste stosowanie kar słownych i fizycznych, kontrola zachowań dzieci poprzez wywoływanie poczucia winy i lęku, mniejsza tolerancja, skąpe okazywanie ciepła rodzicielskiego. Chociaż większość prezentowanych badań dotyczy klinicznie depresyjnych matek, to

¹⁰³ T. L. Tyra, Depresyjni rodzice i ich dzieci, „Przegląd Psychologiczny”, 2000, t. 43, nr 3, s. 327.

także wyniki badań nad łagodniejszymi formami depresji wskazują, iż jest ona związana ze wzrastającą niekonsekwencją dyscypliny oraz z narastającym konfliktem matka–dziecko¹⁰⁴. Mimo, że trudności z realizacją omawianej funkcji mogą mieć charakter czasowy, to jednak mogą one mieć długotrwałe konsekwencje w obszarze wychowania swoich dzieci, u których możliwe są trudności z właściwą oceną swojego zachowania, wynikającą z reakcji rodziców podczas epizodu choroby. Należy tu dodać, że w czasie remisji choroby, rodziny mogą w prawidłowy sposób realizować zadania wynikające z funkcji legalizacyjno-kontrolnej.

Ostatnią grupą funkcji, wyróżnioną przez Zbigniewa Tyszkę, są socjopsychologiczne funkcje rodziny, które „zdominowane są przez dwa procesy: interakcje psychospołeczne zachodzące między jednostkami w rodzinie, kształtujące ich osobowość oraz świadomość oraz oddziaływanie rodziny na jednostkę w zakresie zaspokajania jej wyższych potrzeb”¹⁰⁵. Należą do niej funkcje: socjalizacyjno-wychowawcza, kulturalna, religijna (w rodzinach, w których praktykowane są wartości religijne), rekreacyjno-towarzyska oraz emocjonalno-ekspresyjna. Anna Błasiak, opisując wymienione funkcje, przypisuje im następujące zadania: „socjalizacyjno-wychowawcza – wiąże się z przygotowaniem dziecka do pełnienia określonych ról społecznych, z wprowadzeniem go w świat kultury; kulturalna – służy przekazywaniu dziecku w rodzinie dziedzictwa kulturowego, przygotowaniu do uczestnictwa w kulturze; rekreacyjno-towarzyska – jej celem jest zapewnienie równowagi psychicznej, gdyż dom jest miejscem wypoczynku, rozładowania napięć psychicznych powstałych poza domem; emocjonalno-ekspresyjna – polega na zaspakajaniu potrzeb emocjonalnych członków rodziny i wyrażaniu swojej osobowości, zapewnia poczucie bezpieczeństwa i oparcia”¹⁰⁶. Grupa funkcji socjopsychologicznych w dużej mierze wiąże się z odpowiednim przygotowaniem członków rodziny do pełnego i świadomego uczestnictwa w społeczeństwie oraz jest kluczowa w budowaniu osobowości przez dzieci obecne w systemie rodzinnym. Niezwykle istotnymi aspektami funkcjonowania rodziny w obszarze tychże funkcji są umiejętności wyrażania swoich poglądów i emocji, a także tworzenia relacji z innymi ludźmi.

¹⁰⁴ Ibidem, s. 329.

¹⁰⁵ Z. Tyszka, System metodologiczny poznańskiej..., op. cit., s. 68.

¹⁰⁶ A. Błasiak, Funkcje rodziny..., op. cit., s. 77.

Analizując realizowanie funkcji socjalizacyjno-wychowawczej w rodzinach, w których rodzic mierzy się z zaburzeniami afektywnymi, podążając tokiem myślenia Elżbiety Michałowskiej, „możemy przyjąć, iż choroba psychiczna nie sprzyja tworzeniu ‘harmonijnego środowiska rodzinnego’, niezależnie od tego, czy chore jest dziecko i jego stan przez występujące w rodzinie konflikty jeszcze się pogarsza, czy też chory jest rodzic, co niszczy relacje między małżonkami i negatywnie wpływa na socjalizację wewnątrzrodzinną, jak i tworzy atmosferę negatywnej socjalizacji spontanicznej, zarówno z powodu obserwacji przez dziecko nietypowych zachowań rodzica, jak i konsekwencji (napięć, konfliktów itp.), które te zachowania wywołują wśród członków rodziny”¹⁰⁷. Rodzina zawsze spełnia funkcję socjalizacyjno-wychowawczą, jednak czasowe pojawienie się zaburzeń nastroju może negatywnie wpłynąć na działania wychowawcze podejmowane ze strony rodziny czy też utrudnić socjalizację. Rodziców mierzących się z ChAD, jak już zostało to wspomniane wcześniej, może cechować również niekonsekwencja w stosowaniu środków wychowawczych, przy czym trzeba wziąć pod uwagę, że drugi rodzic bądź inne osoby dorosłe obecne w środowisku rodzinnym mogą podejmować działania o charakterze socjalizacyjno-wychowawczym w sposób prawidłowy i sprzyjający rozwojowi dziecka.

Choroba afektywna dwubiegunowa rodzica nie powinny w sposób znaczący wpływać na realizowanie przez rodzinę funkcji kulturalnej oraz religijnej. Ze względu na wycofywanie się chorego rodzica bądź jego pobudzenie czy gadatliwość, system rodzinny może ograniczyć udział w wydarzeniach kulturowych czy uczestnictwo w życiu wspólnoty religijnej. Wśród członków rodziny może nastąpić zwątpienie w istnienie wyższej siły, spowodowane sytuacją w ich rodzinie czy też powrót do wspólnoty i wiary, szukając w niej oparcia wobec trudnej sytuacji. Na realizowanie owych funkcji w czasie epizodu choroby rodzica z pewnością wpływ będzie miało dotychczasowe przywiązanie do wartości kulturowych i religijnych. W rodzinach, dla których były ważne praktyki religijne przed wystąpieniem choroby, może wystąpić czasowe zawieszenie ich realizacji wobec próby unormowania sytuacji rodziny lub może nastąpić próba utrzymywania dotychczasowej realizacji omawianych funkcji, która będzie stanowić dla systemu rodzinnego swoisty rodzaj kotwicy stanowiącej sposób na podtrzymanie normalności. Nieco odmiennie może wyglądać sytuacja w związku z realizacją funkcji rekreacyjno-towarzyskiej w rodzinie. W zaburzeniach afektywnych z epizodem maniakałnym

¹⁰⁷ E. Michałowska, *Funkcjonowanie rodziny...*, op. cit., s. 116.

charakterystyczna jest nadmierna ekspresja emocji oraz pobudzenie towarzyskie. Może zdarzać się również radykalizowanie poglądów osoby chorej oraz zmiana dotychczasowego systemu wartości. Tego rodzaju zmiany i wahania, zwłaszcza jeśli są odmienne od dotychczasowego zachowania osoby chorej, mogą wprowadzać chaos w życie rodziny, a także w obawie przed zachowaniem osoby chorej skutkować wycofaniem się z życia towarzyskiego poza rodziną, ale również podtrzymywania relacji wewnątrzrodzinnych. Charakterystyczna u osób będących w stanie manii jest również zawyżona samoocena i bardzo duża pewność siebie, co wpływa na silne przekonanie o słuszności własnych poglądów. Zdarza się, że osoby z epizodem manii mogą narzucać innym swoje poglądy, nie dopuszczać odmiennego zdania, a to w konsekwencji może prowadzić do rodzinnych konfliktów, szczególnie wrażliwych na linii 'rodzic-dorastające dziecko'. Elżbieta Michałowska, badając wpływ zaburzeń afektywnych dwubiegunowych na realizację podstawowych funkcji rodziny, zauważyła, że we wszystkich badanych przez nią rodzinach „wystąpiły konflikty na tyle silne i długotrwałe, tak znacząco stygmatyzujące osoby chore, że właściwie, z lęku przed reakcją otoczenia przestały one pełnić rolę rekreacyjno-towarzyską”¹⁰⁸. Natomiast u pacjentów z epizodami depresyjnymi widoczne są trudności w nawiązywaniu rozmów i kontaktów z innymi ludźmi, na skutek postrzegania większości wydarzeń w negatywnym świetle oraz problemów z wyrażaniem towarzyszących im emocji, szczególnie tych o zabarwieniu pozytywnym. Najczęściej unikają kontaktów z innymi ludźmi, cechuje ich brak asertywności lub też rezygnacja z wyrażania swoich opinii i poglądów. Utrudnienie w realizacji rekreacyjno-towarzyskiej rodziny może wynikać z trudności w budowaniu dobrej atmosfery w rodzinie oraz dbaniu o nawiązywanie kontaktów towarzyskich poprzez jej członków, które mogą być istotnie zaburzone w czasie występowania choroby rodzica. Mierzenie się członka rodziny z chorobą przewlekłą, bez względu na jej rodzaj, zawsze przyczynia się do występowania trudnej sytuacji oraz napięć w rodzinie. Charakter choroby psychicznej może powodować stygmatyzowanie osoby chorej, jak i całej jej rodziny. W konsekwencji może prowadzić to do rezygnacji z kontaktów społecznych, zarówno osoby chorej, jak i pozostałych członków jej rodziny, co wpływa na dalsze funkcjonowanie rodzin w innych sferach. Istotne wydaje się być wspomnienie o wstydzie towarzyszącym członkom rodziny osoby chorej, który może przyczyniać się do izolowania się od osób spoza najbliższego środowiska rodzinnego.

¹⁰⁸ Ibidem, s. 118.

W kontekście funkcji emocjonalno-ekspresyjnej Michałowska zauważa, że „właściwie funkcja ta przestaje być pełniona przez rodzinę z dwóch powodów. Pierwszym jest wyjście choroby na pierwszy plan, kiedy staje się ona głównym problemem wszystkich jej członków, a ich własne problemy, potrzeby emocjonalne, potrzeby kontaktów schodzą na dalszy plan, zaś głównym zadaniem staje się potrzeba sprawowania opieki nad chorym. Drugim powodem jest fakt, iż osoba cierpiąca na ChAD, zwłaszcza w skrajnych stadiach choroby, nie jest już w stanie znaleźć wspólnej płaszczyzny porozumienia z pozostałymi, zdrowymi członkami rodziny. Kończą się wspólne tematy do rozmów, następuje również zerwanie swoistej solidarności intelektualnej, tak ważnej dla utrzymania harmonijnych relacji w rodzinie”¹⁰⁹. Członkowie rodzin, w których ktoś choruje na zaburzenia afektywne jedno- lub dwubiegunowe, mogą mieć problem ze zrozumieniem zmian ich zachowania. Mogą czuć się niedocenieni przez zbyt małe zaangażowanie członka rodziny w istotne sprawy lub być zaniepokojeni ich ekspresyjnym zachowaniem. Opisując matki cierpiące na depresję, Tomasz Tyra wskazywał: „Matki depresyjne zwykle są mniej empatyczne, reaktywne i ciepłe, a bardziej karzące i negatywnie nastawione do dziecka. Związane jest to z mniejszą zdolnością do empatycznych relacji i zachowań prospołecznych. Kobieta depresyjna może być tak zaabsorbowana swoim stanem wewnętrznym, że nie będzie w stanie odczytywać

i reagować na sygnały od dziecka, co zakłóca jej ogólną zdolność do bycia emocjonalnie dostępną. Depresja sprawia, iż matki są bardziej zaabsorbowane sobą i mniej uwagi poświęcają potrzebom emocjonalnym dzieci”¹¹⁰. Zaburzenie afektywne dwubiegunowe pojawiające się u któregoś z członków rodziny wpływają na funkcjonowanie emocjonalne całego systemu rodzinnego i koncentrują się wokół prób pomocy osobie chorej oraz często prowadzą do ograniczenia własnej ekspresji oraz wyrażania emocji przez pozostałych członków rodziny. Na tym gruncie powstać może wiele ujawnionych i nieujawnionych konfliktów oraz trudności we wzajemnych relacjach rodzinnych, które mogą mieć różnorakie konsekwencje, zarówno dla całego systemu rodzinnego, jak i indywidualnie dla każdego jej członka.

Omówione trudności z realizacją podstawowych funkcji rodziny dotyczyły okresów, w których jeden z rodziców znajduje się w epizodzie chorobowym oraz

¹⁰⁹ Ibidem, s. 119.

¹¹⁰ T. L. Tyra, Depresyjni rodzice..., op. cit., s. 328.

potencjalnych konsekwencji, które mogą się z nimi wiązać w przyszłości. Należy jednak podkreślić, że zazwyczaj mają one charakter czasowy, a po powrocie do zdrowia system rodzinny omawiane funkcje realizuje tak jak miało to miejsce przed wystąpieniem epizodu chorobowego. Nie można również stwierdzić, że wystąpienie epizodu choroby związanej z ChAD zawsze będzie oddziaływać w omówiony sposób na realizację podstawowych funkcji rodziny. Prawidłowo funkcjonujący system rodzinny dążyć będzie do osiągnięcia morfogenezy i dostosowania jego funkcjonowania do choroby jednego z członków, wprowadzając tym samym zmiany, które w przyszłości pozwolą ograniczyć do minimum wpływ epizodu choroby afektywnej dwubiegunowej na zaburzenia w realizacji funkcji rodziny. Kompensacja niektórych aspektów przez drugiego rodzica bądź innych osób dorosłych oraz skorzystanie z pomocy osób spoza najbliższego grona rodzinnego lub instytucji również pozwala na zminimalizowanie negatywnych konsekwencji, które wyniknęły z czasowych trudności w zaspokojeniu niektórych podstawowych funkcji systemu rodzinnego.

1.5. Ryzyko dysfunkcyjności w rodzinach z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi rodziców

W rodzinach, w których pojawiają się trudności w realizowaniu podstawowych funkcji, a różnorakie potrzeby członków systemów rodzinnych nie są w odpowiedni sposób zaspokajane, wystąpić może ryzyko dysfunkcyjności rodzin. Izabela Krasiejko zauważa: „W każdej rodzinie występują różne sytuacje wskazujące na niewłaściwe zachowania i postawy rodzicielskie oraz pewne elementy demonstrujące niestosowność różnych sytuacji życia rodzinnego. Jeżeli jednak w życiu codziennym rodziny sytuacje o zabarwieniu negatywnym nasilą się, a towarzyszyć temu będzie brak więzi emocjonalnych, to wówczas można stwierdzić, że rodzina nie spełnia należycie powierzonych jej funkcji. Staje się wtedy rodziną dysfunkcyjną, w której występuje brak lub poważny niedostatek w zaspokajaniu potrzeb biologicznych, rozwojowych i uczuciowych, później następuje dezorganizacja całego środowiska wychowawczego, społecznego, a także emocjonalnego i strukturalnego”¹¹¹. Takie rozumienie rodziny dysfunkcyjnej zwraca uwagę na fakt, że dysfunkcje mogą wystąpić na skutek

¹¹¹ I. Krasiejko, Rodzina z dziećmi..., op. cit., s. 55.

niedostatecznego zaspokajania potrzeb jej członków. Kluczowe są również umiejętności rodziny poradzenia sobie z występującym problemem oraz znaczenie jakości relacji w rodzinie.

Zofia Frączek również ujmuje omawiane zjawisko w zbliżony sposób, wskazując na charakterystyczne cechy rodzin dysfunkcyjnych: „Rodzina dysfunkcyjna ma problemy z zaspokajaniem często nawet tych podstawowych potrzeb i dążeń członków rodziny, a także z osiąganiem przez nich planów życiowych i aspiracji. Jest ona systemem, który charakteryzuje się takimi interakcjami jego członków, które prowadzą do frustracji ich potrzeb, wykorzystywania niektórych osób, pogwałcenia ich istotnych praw osobistych, a także zaniku odpowiedzialności lub nadmiernej odpowiedzialności pewnych członków rodziny”¹¹².

Własne rozumienie rodziny dysfunkcyjnej przedstawiła Barbara Smolińska-Theiss: „Pojęciem tym obejmuje się różne kategorie rodziny, które nie realizują społecznie określonej roli rodzicielskiej lub też redefiniują tę rolę w sposób niebudzący społecznej akceptacji. W znaczeniu węższym można powiedzieć, że rodzina dysfunkcyjna nie wypełnia jednej lub kilku przypisanych jej funkcji”¹¹³. Autorka różnicuje rozumienie rodziny dysfunkcyjnej w dwóch perspektywach: normatywno-stygmatyzacyjnej oraz diagnostyczno-opisowej. Pierwsza z nich ma za zadanie podkreślić rozbieżności między „społecznie i kulturowo wyznaczoną normą praktyki rodzicielskiej a ogólnym funkcjonowaniem czy konkretnymi działaniami danej rodziny”¹¹⁴. Dysfunkcyjność w tej perspektywie wiąże się z sytuacjami lub działaniami występującymi w rodzinie, które utrudniają rozwój jej członkom oraz nie wpływają na ich ogólnie pojęte dobro. Podkreśla się tu również, że określenie rodziny jako dysfunkcyjnej może mieć charakter stygmatyzujący, a tym samym uderzający w godność rodziny. Druga z perspektyw ma charakter diagnostyczny i „opisuje sytuacje, w której znalazła się rodzina lub problem, z którym się ona boryka. Akcent w tym wypadku kładziony jest nie tyle na społeczno-kulturową normę, ale na bariery rozwoju członków rodziny i utrudnienia jej funkcjonowania. (...) Diagnosta nie pyta ‘jaka to rodzina’ ale ‘z jakim problemem’ ”¹¹⁵. Rodzina dysfunkcyjna zatem to taka, w której dochodzi do zaniedbania potrzeb członków

¹¹² Z. Frączek, *Dysfunkcyjność i problemy współczesnej polskiej rodziny w świetle danych statystycznych i wspierających działań państwa*, „Kultura – Przemiany – Edukacja”, 2021, t. 9, s. 150.

¹¹³ B. Smolińska-Theiss, *Rodzina dysfunkcyjna*, (w:) T. Pilch (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna...*, op. cit., s. 330.

¹¹⁴ *Ibidem*, s. 331.

¹¹⁵ *Ibidem*.

rodziny bądź ich całkowitego ignorowania. Nie realizuje wówczas przypisanych jej zadań oraz nie spełnia funkcji, które uwzględniają potrzeby wszystkich członków. Wpływ na wystąpienie dysfunkcji w rodzinie mają również relacje i interakcje wewnątrz niej. Brak więzi emocjonalnej oraz narastająca frustracja wynikająca z trudności pojawiających się w rodzinie negatywnie wpływa na sytuację wewnątrz systemu i przyczynia się do powstawania dysfunkcji.

Agnieszka Włoka wskazała prymarne czynniki powodujące dysfunkcjonalność rodziny, wśród których wymieniła: „pozbawienie dziecka opieki rodzicielskiej, brak środków materialnych, brak dostatecznej opieki nad dzieckiem w związku z pracą zawodową rodziców, zaburzenia funkcjonalne rodziny, pozbawienie dziecka wzorców osobowych, zaniedbywanie przez rodziców wpajania dziecku podstawowych wartości moralnych, brak wiedzy pedagogicznej i psychologicznej rodziców, koncentrowanie się rodziców wyłącznie na sferze życia materialnego, zabieganie rodziców głównie o własne potrzeby”¹¹⁶. Henryk Cudak wskazał natomiast, że przyczyn dysfunkcyjności można upatrywać w dwóch kategoriach czynników: makrostruktury społecznej, do których należą: „bezrobocie, kryzys gospodarczy państwa, atomizacja życia społecznego, niski poziom ekonomiczny społeczeństwa, konflikty społeczne, niski poziom kultury pedagogicznej społeczeństwa, degradacja wartości społecznych, migracja ludności w społeczeństwie, wzrost tolerancji i dewaluacji norm społecznych, przenikanie wzorów zachowań, często niekorzystnych, z państw Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych”¹¹⁷ oraz czynników wewnątrzrodziny, a wśród nich: „niewydolność opiekuńczo-wychowawczą rodziny, konflikty w rodzinie, alkoholizm jednego bądź obojga rodziców, uzależnienie narkotykowe u rodziców, niska kultura pedagogiczna rodziców, ubóstwo materialne rodziny, przestępczość rodziców, rozbitcie struktury rodzinnej, rozluźnienie, bądź brak więzi emocjonalnej w rodzinie, traumatyczna atmosfera życia domowego, negatywne postawy rodzicielskie i cechy osobowe rodziców”¹¹⁸. Podobny podział czynników wpływających na pojawienie się dysfunkcji w rodzinie przyjęła również Zofia Frączek, zwracając uwagę, że często wynika to z nałożenia na siebie szeregu różnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych:

¹¹⁶ A. Włoka, Rodzina dysfunkcyjna w perspektywie psychologiczno-socjologicznej, (w:) M. Duda, K. Kutek-Sładek (red.), Kiedy myślimy Rodzina..., Praca Socjalna w Teorii i Działaniu, Kraków 2016, s. 131.

¹¹⁷ H. Cudak, Dysfunkcje rodziny i jej zagrożenia opiekuńczo-wychowawcze, „Pedagogika Rodziny”, 2011, t. 1, nr 2, s. 9.

¹¹⁸ Ibidem.

„Dysfunkcjonalność rodziny mogą wywoływać czynniki, które tkwią w samej rodzinie i cechach jej członków, oraz czynniki tkwiące w środowisku. Tak więc mogą to być uwarunkowania wewnętrzne i zewnętrzne. Do wewnętrznych należą: cechy osobowościowe członków rodziny, wykształcenie rodziców, wielkość i struktura rodziny, więzi uczuciowe w rodzinie, postawy rodzicielskie i preferowany przez rodziców styl wychowania, przyjęty przez nich system wartości, brak wiedzy i umiejętności dotyczących życia rodzinnego, choroby. Z kolei zewnętrzne uwarunkowania i utrudnienia mają swe źródła w zjawiskach makrospołecznych. Zalicza się do nich: rosnące zróżnicowanie warunków bytowych rodzin, koncentracja rodziców na zdobywaniu dóbr materialnych i brak czasu dla dzieci, migracje oraz emigracje zarobkowe, niedostatki mieszkaniowe, niedofinansowanie edukacji, kultury i systemu opieki zdrowotnej, bezrobocie, niedostosowane do potrzeb funkcjonowanie instytucji wspierających rodzinę, relatywizacja ogólnoludzkich wartości oraz norm społecznych. Dysfunkcjonalność rodziny jest wypadkową działania uwarunkowań natury wewnętrznej i zewnętrznej”¹¹⁹.

Należy również dodać, że dysfunkcjonalność rodziny może mieć charakter całkowity lub częściowy. Będzie to zatem: „Dysfunkcja całkowita, oznaczająca, że w rodzinie występuje kompletne nieporozumienie w realizacji zadań rodziny. (...) Dysfunkcja częściowa, oznaczająca, że rodzina nie potrafi realizować prawidłowo pewnych jej zadań i podstawowych funkcji”¹²⁰. Doświadczenie dysfunkcjonalności systemu rodzinnego nie wiąże się ze stałym utrzymaniem takiego stanu rzeczy: „naturalnie proces ten może być zahamowany, przerwany – ale niekonieczne, nie w każdym przypadku”¹²¹. Rodzina zatem, wspólnie działając, jest w stanie poradzić sobie z trudnościami i powrócić do stanu sprzed ich wystąpienia bądź całkowicie na nowo przeorganizować życie rodzinne w taki sposób, aby potrzeby każdego z jej członków były zaspokajane.

W charakterystyce funkcjonowania rodzin dysfunkcyjnych podkreśla się, że zaburzone zostają funkcje rodziny, co szczególnie przekłada się na aspekt wychowawczy w rodzinie oraz opiekę nad dziećmi. „Cechami charakterystycznymi rodziny są

¹¹⁹ Z. Frączek, *Dysfunkcjonalność i problemy...*, op. cit., s. 151–52.

¹²⁰ S. Kawula, *Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych*, (w:) J. Brągiel, A. W. Janke, S. Kawula, *Pedagogika rodziny...*, op. cit., s. 132.

¹²¹ S. Kawula, *Rodzina społecznego i indywidualnego ryzyka*, (w:) S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania–aktualność–perspektywy*, Toruń 2009, s. 492.

wspólnotowość i systemowość. Ukształtowanie się rodziny dysfunkcyjnej jest konsekwencją zaburzenia tych cech i zaprzestania lub niedostatecznego realizowania jednej lub kilku przynależnych jej funkcji. W prawidłowo rozwijającej się rodzinie to rodzice, opiekunowie pomagają dziecku w rozwoju i osiągnięciu pożądaných efektów wychowawczych. W przypadku rodziny zaburzonej rodzice nie radzą sobie z problemami i sytuacją życiową, w jakiej przyszło im żyć. Tym samym nie mają możliwości zaspokajania potrzeb potomstwa, co sprawia, że dzieci zmuszone są radzić sobie same. Dodajmy, że dysfunkcja rodziny nie dotyka tylko jednego z jej członków, a jej skutki odczuwa cała rodzina”¹²². Anna Maria Seweryńska dodała, że dysfunkcja w systemie rodzinnym oznacza „zaburzenie komunikacyjne w rodzinie, np. porozumiewanie się nie wprost, brak akceptacji na wyrażanie emocji; zaburzenia strukturalne w rodzinie np. zamiana ról (...); zaburzenie własnych granic, np. niesprzeciwianie się przemocy, brak zaufania do wszystkich ludzi (...); zaburzenie granic pomiędzy poszczególnymi osobami w rodzinie, np. nieszanowanie czyjejs intymności, uczuć i poglądów; stosowanie destruktywnych mechanizmów obronnych, jak wchodzenie w role-strategie radzenia sobie z zachowaniem, które jest źródłem owej dysfunkcji”¹²³.

Szerokie omówienie zasad i funkcjonowanie rodzin, w których pojawiają się dysfunkcje, opisał John Bradshaw, wyróżniając kluczowe cechy pojawiające się w rodzinach dysfunkcyjnych:

- zaprzeczenie i iluzja: w rodzinach dysfunkcyjnych zaprzecza się swoim problemom; w ten sposób nigdy nie dochodzi do ich rozwiązania;
- zaburzenia Yin/Yang: w rodzinach dysfunkcyjnych zawsze istnieje brak intymności;
- zakorzenie we wstydzie: rodzice internalizują swój wstyd i działają bezwstydnie w stosunku do swoich dzieci; dzieci często wstydzą się swojej rodziny;
- utrwalone, zamrożone i sztywne role: wynikają one z potrzeb systemu rodzinnego; dzieci odrzucają swoją rzeczywistość, aby zaspokoić potrzeby systemu;
- zlepek niewyodrębnionych „ja” poszczególnych członków rodziny: członkowie rodzin dysfunkcyjnych mają zaplątane granice pomiędzy sobą, czują się tak, jak czują się inne osoby w rodzinie;

¹²² K. Sigda, R. Matusiak, Dysfunkcyjność współczesnej rodziny skutkiem różnego rodzaju uzależnień, „Społeczeństwo i Rodzina”, 2016, nr 46(1), s. 144.

¹²³ A. M. Seweryńska, Uczeń z rodziny dysfunkcyjnej. Przewodnik dla wychowawców i nauczycieli, Warszawa 2004, s. 11–12.

- poświęcanie własnych potrzeb dla systemu: członkowie rodziny dysfunkcyjnej nie mogą zaspokoić swoich indywidualnych potrzeb, są one odkładane, aby umożliwić zaspokojenie potrzeb systemu; w rodzinie dysfunkcyjnej prawie zawsze istnieje jakiś niewielki poziom złości i depresji;

- ugodowość lub konflikty w komunikacji: system komunikacji w rodzinie dysfunkcyjnej polega albo na otwartym konflikcie albo na zgodzie na to, żeby nie było niezgody; rzadko dochodzi tam do prawdziwego kontaktu;

- dominacja bieguna wspólnoty nad zróżnicowaniem: w rodzinie dysfunkcyjnej jednostka istnieje dla rodziny;

- nieodwołalne zasady: w niefunkcyjnych rodzinach zasady są sztywne i nie zmieniające się¹²⁴.

Opisując dysfunkcje występujące w rodzinach szczególnie miejsce poświęca się dzieciom oraz ich sytuacji. Podstawowym elementem systemu rodzinnego i jego zadań, w kontekście pedagogicznym, jest przecież opieka nad dziećmi, wspieranie ich we wszechstronnym rozwoju oraz kierowanie się ich dobrem. W rodzinach dysfunkcyjnych na skutek dezorganizacji życia rodzinnego owe elementy zostają zaburzone, a dobro dziecka nie staje się priorytetem rodziny. Aleksandra Bajor i Katarzyna Cyrkun zauważyły, że „do działań, które nie są nakierowane na dobro dziecka zaliczamy takie czynniki jak: wyrządzanie krzywdy fizycznej oraz psychicznej, wyżywanie się na dziecku za swoje niepowodzenia i jego drobne przewinienia, brak zapewnienia mu możliwości utrzymania higieny, brak odpowiedniej odzieży oraz nie odpowiednie warunki mieszkalne, niepodjęcie działań w związku z wystąpieniem u dziecka chorób zakaźnych, wychowywanie dziecka we wrogiej atmosferze, demoralizacja potomka poprzez rodziców (np. rozpijanie, zmuszanie dziecka do żebractwa bądź nierządu), brak troski o edukację”¹²⁵. Postawy rodziców wobec dzieci, które nie są nastawione na ich dobro, są charakterystyczne dla omawianych rodzin. W rodzinach dysfunkcyjnych, jak zauważał Stanisław Kawula, „rodzice nie reagują właściwie na pięć wrodzonych cech dziecka: drogocенność, bezbronność, niedoskonałość, zależność i niedojrzałość. Zamiast dziecko wspierać i ochraniać, ignorują je, albo atakują za to, że takie właśnie jest. (...) Rodzice nie uczą dzieci

¹²⁴ J. Bradshaw, *Zrozumieć rodzinę: rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*, tłum. Hanna Szczepańska, Warszawa 1994, s. 107–108.

¹²⁵ A. Bajor, K. Cyrkun, *Wieloaspektowe definiowanie rodziny w odniesieniu do typów rodzin dysfunkcyjnych*, (w:) J. Kawa (red.), *Wyzwania współczesnego świata*, t. 14, Łódź 2021, s. 68.

poprawnych zachowań, często sami nie potrafią uznać swojej niedoskonałości”¹²⁶. W charakterystyce rodzin dysfunkcyjnych zwraca się uwagę na to, że zaburzone zostaje realizowanie ich funkcji, co szczególnie przekłada się na aspekt wychowawczy i opiekuńczy. Wystąpienie problemu w rodzinie może zakłócić atmosferę życia oraz przyczyniać się do powstawania konfliktów. Frustracja spowodowana trudnościami w realizacji funkcji oraz wynikające z tego niezaspokojone potrzeby członków negatywnie wpływają na ich samopoczucie oraz wzajemne relacje. Na aspekt zakłóceń w obszarze relacji oraz konfliktów w rodzinach, w których występują dysfunkcje, wskazał również Henryk Cudak: „Dysfunkcjonalność rodziny powoduje zaburzenie stosunków emocjonalnych i interpersonalnych między rodzicami oraz między rodzicami a dziećmi. Zakłócony zostaje klimat życia domowego, tworząc traumatyczną atmosferę życia rodzinnego. Niezaspokojone są w niej potrzeby psychiczne dziecka, a życie rodzinne ulega dezorganizacji. W rodzinie dysfunkcyjnej brak jest celów wychowawczych i życiowych. Natomiast metody opiekuńczo-wychowawcze występujące w rodzinie są okazjonalne, często niepedagogiczne, powodujące niedostosowanie dzieci do potrzeb, wartości i celów społecznych. Środowisko rodziny dysfunkcyjnej jest zaburzone, rozbita jest wspólnota członków. Więzy emocjonalne między rodzicami a dzieckiem są osłabione”¹²⁷.

Wśród rodziny dysfunkcyjnych wyróżnić można różne ich typy, scharakteryzowane na podstawie występujących w nich dominujących problemów. Izabela Krasiejko dokonała zestawienia takich rodzin: „rodzina z problemem alkoholowym, w której jedno lub oboje rodziców jest uzależnionych od alkoholu; rodzina z problemem wykorzystywania seksualnego, mowa tu o wykorzystywaniu współmałżonka bądź dzieci; rodzina z terrorem psychicznym, gdzie jedno lub oboje rodziców stosuje szantaż, zastraszanie itp., czyli przemoc emocjonalną w stosunku do któregoś z członków rodziny; rodzina z przemocą fizyczną; rodzina, w której występuje przewlekła choroba, bardzo często za swój stan taka osoba obarcza domowników, chce być w centrum uwagi i staje się postacią centralną; rodzina, w której dorosłe dzieci, zdrowe osoby uchylają się od podjęcia pracy zawodowej”¹²⁸. Jak widać, wśród przykładów rodzin dysfunkcyjnych tu wymienionych znalazły się również rodziny,

¹²⁶ S. Kawuła, Rodzina o skumulowanych..., op. cit., s. 492.

¹²⁷ H. Cudak, Dysfunkcje rodziny..., op. cit., s. 8.

¹²⁸ I. Krasiejko, Rodzina z dziećmi..., op. cit., s. 56–57.

w których występuje choroba przewlekła. Definicja takiej choroby wskazuje przede wszystkim na czas trwania choroby; „kryterium, które odróżnia chorobę chroniczną od innych schorzeń (ostrych), jest czas jej trwania. Przykładowo, U.S. National Center for Health Statistic uściśla, że czas zachorowalności na chorobę przewlekłą jest dłuższy niż trzy miesiące. Funkcjonuje również podejście charakteryzujące właściwości takich chorób. Przewlekły charakter zachorowania odznacza się trudnościami w określeniu jej przyczyn, a same symptomy utrzymują się przez długi okres czasu”¹²⁹. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe – w zależności od przebiegu poszczególnych epizodów – mogą mieć charakter choroby przewlekłej. Choroba dwubiegunowa afektywna nie jest obecnie chorobą, którą można całkowicie wyleczyć, a jedynie za pomocą leczenia farmakologicznego można utrzymywać stan remisji. Epizody depresyjne mogą mieć charakter nawracający i długotrwały. Warto jednak wspomnieć, że specyfika funkcjonowania osób mierzących się z chorobą afektywną dwubiegunową często utrudnia im prawidłowe funkcjonowanie, zarówno fizyczne, jak i społeczne, co również ujmowane jest w charakterystyce chorób przewlekłych¹³⁰.

Na temat zmian zachodzących w rodzinach na skutek wystąpienia w nich chorób przewlekłych wypowiedziała się między innymi Iwona Taranowicz: „Choroba przewlekła, zwłaszcza pociągająca za sobą ograniczenia w funkcjonowaniu jednostki, oznacza konieczność zaadaptowania do nowej sytuacji i wprowadzenia zmian w systemie rodzinnym. Rodzina musi przejąć obowiązki osoby chorej i przekazać je pozostałym członkom rodziny, często musi również podjąć dodatkowe obowiązki związane z chorobą. Zmienić się mogą cele i wartości rodzinne, układ ról, sytuacja materialna, realizacja funkcji. Istotnymi czynnikami decydującymi o wielkości tych zmian jest charakter schorzenia i zakres koniecznej opieki, jakiej wymaga chory”¹³¹. Bożena Gulla zwróciła natomiast uwagę na to, że „poważna choroba w rodzinie zawsze narusza dotychczasowy porządek, obniża poczucie bezpieczeństwa rodziny, jest źródłem dyskomfortu, wielu codziennych trosk, obowiązków i trudności. Zmusza rodzinę do przeorganizowania się, wyręczenia chorego w jego codziennych obowiązkach, podjęcia

¹²⁹ Z. Dołęga, J. Płachetka, Rozpoznanie przewlekłej choroby somatycznej jako źródło kryzysu w okresie wczesnej dorosłości, (w:) K. Popiołek, A. Bańka, K. Zalewska-Łunkiewicz (red.), Kryzysy osobiste i systemowe, Poznań – Katowice 2017, s. 136.

¹³⁰ Więcej na ten temat: K. Moczka, Wsparcie pedagogiczne dziecka w zmaganiu się z chorobą przewlekłą, „Chowanna”, 2016, t. 2, nr 47, s. 127.

¹³¹ I. Taranowicz, Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przewlekłe chorym, „Roczniki Socjologii Rodziny”, 2001, t. 13, s. 211.

wysiłków mających na celu zabezpieczenie środków na leczenie, zapewnienia choremu niezbędnej pomocy i pielęgnacji. Rodzina podejmuje kontakty z nowym kręgiem osób, opiekujących się pacjentem, często pośrednicząc w wymianie między nim a zespołem leczącym, równocześnie ograniczając inne kontakty towarzyskie czy zawodowe. Zarówno choremu, jak i jego bliskim towarzyszą lęk, poczucie zagrożenia, obciążenia chorobą i jej konsekwencjami, smutek i przygnębienie¹³². Na skutek pojawienia się w rodzinie choroby, przed systemem rodzinnym staje wiele nowych wyzwań i trudności, których pokonanie jest kluczowe dla jakości życia wszystkich członków rodziny oraz funkcjonowania całego systemu. Do trudności, które mogą pojawić się w rodzinie na skutek wystąpienia choroby u któregoś z jej członków, należą między innymi: „zaburzenie rytmu dnia, kłopoty finansowe związane z leczeniem, utratą pracy chorego, zaburzenia krótkoterminowych planów pojedynczych członków rodziny, zaburzenia długofalowych planów, utrata bliskości fizycznej w małżeństwie, ciągłe konflikty w obrębie rodziny, zaburzenia komunikacji w obrębie rodziny”¹³³.

Jak wynika z zarysowanej tu charakterystyki rodzin określanych jako dysfunkcyjne, nie ma wątpliwości, że zaburzenia afektywne dwubiegunowe rodzica/rodziców, ze względu na swoją specyfikę, mogą spowodować w rodzinach wystąpienie ryzyka dysfunkcji lub ich faktyczne wystąpienie. Jak zostało to wcześniej podkreślone, w sposób znaczący choroba afektywna dwubiegunowa rodziców mogą wpływać na realizowanie funkcji współtworzonych przez nich rodzin, a tym samym przyczynić się do zaburzenia ich struktury oraz wypełniania funkcji i zadań. Samo wystąpienie choroby u rodzica, który współodpowiada za realizowanie funkcji i zadań rodziny oraz odpowiada za atmosferę życia rodzinnego, jest dużym obciążeniem, zarówno dla drugiego rodzica, jak i dzieci, jednak nie jest jedynym czynnikiem, który może wpływać na wystąpienie dysfunkcji w rodzinie. Przyglądając się specyfice funkcjonowania osób mierzących się z ChAD oraz czynnikom sprzyjającym występowaniu dysfunkcji w rodzinach, można zauważyć pewne podobieństwa, które mogą przyczynić się do występowania dysfunkcjonalności systemu rodzinnego.

Jedną z takich zbieżności mogą być trudności materialno-ekonomiczne. Wynikają one mogą z konieczności czasowego urlopu lub całkowitej rezygnacji z pracy przez

¹³² B. Gulla, System rodzinny w obliczu doświadczenia choroby somatycznej, (w:) G. Makiełło-Jarża (red.), Wymiary przestrzeni życiowej współczesnej rodziny, Kraków 2008, s. 119–20.

¹³³ K. de Walden-Gałuszko, Problemy psychoonkologiczne rodziny, (w:) K. de Walden-Gałuszko (red.), Psychoonkologia, Kraków 2000, s. 85–86.

chorego rodzica, jak i również ryzykownych zachowań finansowych podejmowanych przez osoby będące w trakcie epizodu maniakalnego. W niektórych sytuacjach osoby znajdujące się w epizodzie choroby afektywnej dwubiegunowej nie są w stanie zabezpieczyć finansowo rodziny, co jest szczególnym zagrożeniem w rodzinach, które są utrzymywane tylko przez jednego rodzica. Istnieje też ryzyko utraty dotychczasowego zabezpieczenia materialnego na skutek zaciągniętych pożyczek czy podejmowania niepewnych inwestycji. Wymienione sytuacje w sposób znaczący mogą wpłynąć na dotychczasową sytuację ekonomiczną rodziny, co w skrajnych przypadkach może doprowadzić do trudności z zaspokojeniem podstawowych potrzeb członków rodziny. Podobna sytuacja występuje również w przypadku nadużywania przez chorego rodzica (szczególnie podczas epizodu manii) różnych używek, które mogą doprowadzić do uzależnienia, a tym samym do wystąpienia dysfunkcji w rodzinie.

Równie istotnymi czynnikami wpływającymi na występowanie dysfunkcji w rodzinach są: zaburzenie lub rozluźnienie więzi emocjonalnych, rozbicie struktury oraz niewydolność opiekuńczo-wychowawcza. Wymienione czynniki mogą okazać się szczególnie istotne w przypadku zaburzeń afektywnych dwubiegunowych występujących u rodzica. Ze względu na swoją specyfikę mogą doprowadzić do zmiany w zakresie dotychczasowych więzi w rodzinie. Osoby chore mogą wycofywać się z relacji, być mniej zaangażowane w życie rodzinne, bądź też być bardziej drażliwe, wymagające, a także agresywne w stosunku do członków rodziny. Atmosfera panująca w rodzinie może stawać się bardziej konfliktowa, a członkowie rodziny mogą wycofywać się z relacji z osobą chorą. W szczególnie trudnych przypadkach, gdy osoba chora odmawia leczenia, może również dojść do rozpadu pierwotnej struktury rodziny.

Omawiane sytuacje w rodzinach osób mierzących się z epizodem choroby afektywnej dwubiegunowej mogą mieć charakter tymczasowy. Istotne są tutaj wcześniej wypracowane relacje oraz sposoby poradzenia sobie rodziny z chorobą. Zrozumienie istoty zaburzeń nastroju oraz zaakceptowanie faktu, że rodzic lub partner jest chory, minimalizuje ryzyko dysfunkcji wynikające z tychże czynników. Nie należy w jednoznaczny sposób stwierdzać, że wystąpienie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u rodzica powoduje wystąpienie dysfunkcji w systemie rodzinnym. Choroba afektywna dwubiegunowa, jej specyfika, osobowość i charakter osoby chorej mogą w różnym stopniu przyczyniać się do wystąpienia czynników, które mogą ją spowodować, jednak szereg wielu czynników chroniących, takich jak: postawa drugiego

rodzica wobec dzieci, udzielone wsparcie przez środowisko społeczne, ale również specjalistów z zakresu psychiatrii i psychoterapii, zrozumienie istoty ChAD przez pozostałych członków rodziny, stosunek osoby chorej do podjęcia przez nią leczenia, mogą im zapobiegać, tym samym zachowując sposób funkcjonowania rodziny na poziomie zbliżonym do tego sprzed wystąpienia choroby czy epizodu chorobowego.

Omawiając specyfikę życia rodzinnego, w którym pojawiają się różnorakie trudności i ryzyko dysfunkcyjności, cennym jest omówienie zjawiska odwrócenia ról, nazywanego parentyfikacją. Parentyfikację rozumie się jako odwrócenie ról w rodzinie, które wiąże się z podejmowaniem przez dziecko zadań, których realizacja powinna należeć do rodziców. Barbara Chojnacka zauważyła, że „do parentyfikacji dochodzi wówczas, gdy dziecko przyjmuje na siebie zadania i powinności opiekunów oraz odpowiedzialność za bezpieczeństwo i uczucia członków rodziny (zwykle rodziców), najczęściej w celu podtrzymania homeostazy. Podejmuje działania ponad swoje siły, nieprzypisane roli dziecka”¹³⁴. Z kolei Katarzyna Schier przyjmuje rozumienie parentyfikacji za Nancy D. Chase, wskazując, że obejmuje ona „związaną z działaniem i/ lub emocjonalną zamianę ról, w której dziecko poświęca własne potrzeby – uwagi, bezpieczeństwa i uzyskiwania wsparcia w rozwoju, po to, aby dostosować się do instrumentalnych lub emocjonalnych potrzeb rodzica i troszczyć się o nie”¹³⁵. Małgorzata Kuleta-Krzyszowskiak oraz Monika Wasilewska opisując zjawisko parentyfikacji oraz zbliżone do niej zjawiska zauważyły, że powinno być ono „zarezerwowane dla procesu, który spełnia następujące kryteria: 1) tylko jedno dziecko przejmuje odpowiedzialność za rodzica i/lub rodzeństwo – realizuje obowiązki opiekunów; 2) obowiązki te są nadmierne i nieadekwatne do poziomu rozwoju i wieku dziecka; 3) wykonywanie tych obowiązków uniemożliwia lub ogranicza realizację przez dziecko własnych zadań rozwojowych i zaspokajanie potrzeb; 4) podjęcie tych obowiązków przez dziecko jest niezbędne do otrzymania uwagi i miłości rodziców; 5) struktura władzy w rodzinie jest niejasna, a granice między subsystemami rodzice – dzieci zatarte do tego stopnia, że dziecko przyjmuje rolę rodzica/partnera wobec własnego rodzica”¹³⁶. Powyższe kryteria wskazują zatem na występowanie specyficznych zmian w zakresie odwrócenia ról

¹³⁴ B. Chojnacka, Doświadczenie parentyfikacji Perspektywa biograficzna, Kraków 2021, s. 15.

¹³⁵ K. Schier, Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie, Warszawa 2015, s. 22 za: N. D. Chase, Parentification: An Overview of Theory, Research, and Societal Issues, (w:) Nancy D. Chase (red.), Burdened children: Theory, research, and treatment of parentification, Thousand Oaks, London, New Delhi, 1999, s. 3-34.

¹³⁶ M. Kuleta-Krzyszowskiak, M. Wasilewska, Parentyfikacja jako konsekwencja..., op. cit., s. 339-340.

w systemach rodzinnych. Pozostałe zachowania rodziców, takie jak nie-parentyfikacja oraz parentyfikacja adaptacyjna, nie niosą ze sobą długotrwałych, negatywnych konsekwencji dla rozwoju dziecka, którego dotyczą.

Badacze zajmujący się parentyfikacją, wskazują na jej dwa rodzaje: instrumentalną i emocjonalną. Pierwszy z nich występuje wówczas, gdy „dziecko wypełnia zarezerwowane dla rodziców zadania logistyczne związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, jak robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, zarabianie pieniędzy, zarządzanie budżetem domowym”¹³⁷. Drugi rodzaj parentyfikacji, związany z odwróceniem ról w sferze emocjonalnej, wiąże się z zaspokajaniem przez dziecko „potrzeb emocjonalnych rodzica, takich jak potrzeba wsparcia, ukojenia, pocieszenia. Dziecko funkcjonuje wówczas w roli rozjemcy, powiernika, pocieszyciela, przyjaciela lub partnera rodzica”¹³⁸. Katarzyna Schier zwracała jednak uwagę, że „częściej parentyfikacja obejmuje równocześnie obie formy. Realnej, egzystencjalnej lub fizycznej opiece ze strony dziecka nad rodzicem może towarzyszyć odwrócenie ról o charakterze emocjonalnym”¹³⁹. Autorka dodała, że parentyfikacja emocjonalna jest trudniejsza do zidentyfikowania, a także w jej konsekwencji występują większe trudności w funkcjonowaniu w dorosłości. „Parentyfikacja emocjonalna jest trudniejsza do uchwycenia i do opisania. Z tego powodu jest często prawdopodobnie często niezauważana. Jednocześnie jest ona bardziej obciążająca, jeśli idzie o jej meritum niż parentyfikacja instrumentalna, stanowiąc w ten sposób większe zagrożenie dla dziecka”¹⁴⁰.

Omawiając odwrócenie ról w rodzinie, a także jej związku z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi rodzica, warto przyjrzeć się przyczynom oraz warunkom życia rodzinnego, które wiążą się z ryzykiem jego występowania. Małgorzata Kuleta-Krzyszowskiak oraz Monika Wasilewska, wskazując przyczyny parentyfikacji, wskazywały na „różnego rodzaju sytuacje kryzysowe, nieprzewidziane wypadki czy długotrwały stres wyczerpujący zasoby, dysfunkcje indywidualne i rodzinne, wzorce relacji i przywiązania, skrypty rodzinne, transmisje międzypokoleniowe czy społeczno-

¹³⁷ I. Grzegorzewska, Parentyfikacja w rodzinach... op. cit., s. 29.

¹³⁸ Ibidem.

¹³⁹ K. Schier, Dorosłe dzieci... op. cit., s. 195-196.

¹⁴⁰ Ibidem, s. 196 za: J.M. Ohntrup, E. Pollak, A. Plass, S. Wiegand-Greffe, Parentifizierung – Elternbefragung zur destruktiven Parentifizierung von Kindern psychisch erkrankter Eltern, (w:) S. Wiegand-Greffe, F. Matejat, A. Lenz (red.), , Kinder mit psychisch kranken Eltern: Klinik und Forschung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2010, s. 392.

kulturowy kontekst uznawane są za czynniki, które sprawiają, że dzieci przejmują zadania rodziców – wykonują szereg czynności opiekuńczych i gospodarczych kosztem własnych potrzeb: podstawowych, emocjonalnych, społecznych, edukacyjnych”¹⁴¹. Katarzyna Schier zwróciła uwagę na związek pomiędzy przeszłością rodziców a ryzykiem odwrócenia ról w kontekście opieki oraz wymieniła czynniki, które mogą utrudniać rodzicielstwo: „1) nierozwiązane problemy z przeszłości lub teraźniejszości rodziców; 2) trauma i utrata; 3) choroba psychiczna; 4) nieprzewidywalność na poziomie uczuć i zachowań; 5) sposoby bycia z dzieckiem, które nie sprzyjają jego rozwojowi-rodzice mogą nie być w stanie wspierać separacji u dziecka, nie potrafią mu pomóc w rozwoju poczucia sprawczości itp.”¹⁴². Wymienione przez Schier czynniki wskazują na postawy bądź problemy rodzica, które mogą skutkować odwróceniem roli pomiędzy dzieckiem a rodzicem. Jak autorka dalej dodała „dziecko, aby przeżyć i móc otrzymywać podstawową fizyczną opiekę od rodzica, musi uruchomić własny system opieki nad nim, rezygnując niejako z ‘systemu przywiązaniowego’. Myślę, że w tym momencie traci ono nieodwracanie własne dzieciństwo, a mówiąc bardziej precyzyjnie – znaczący fragment własnego dziecięcego Ja”¹⁴³.

Barbara Chojnacka, tworząc katalog wpływających na indywidualne doświadczanie konsekwencji, wynikających z odwrócenia ról w rodzinie, wyróżniła: „Czas trwania parentyfikacji. Może ona mieć charakter tymczasowy, rozpocząć się w związku z jakimś wydarzeniem w rodzinie (np. śmierć czy choroba rodzica). Inną sytuacją jest permanentne odwrócenie ról jako pewnego rodzaju styl (rytm) życia rodziny; Przedmiot parentyfikacji. Na konsekwencje w rozwoju dziecka oraz pojawienie się zaburzeń wpływa to, kim musi się ono opiekować. Istnieje bowiem różnica między opieką nad rodzeństwem a opieką nad rodzicem bądź obojgiem rodziców; Podmiot parentyfikacji (kto jej doświadcza). Jej przebieg zależy od tego, które dziecko z rodzeństwa wybierane jest na opiekuna, w jakim jest wieku i jakiej płci; Podejmowana rola. Kryterium ciężkości. Odnosi się do skutków parentyfikacji przejawiających się nieustannym lub czasowym napięciem, pełną gotowością do poświęcenia i zajmowania się potrzebami najmłodszych, poczuciem kontroli i pewnego unieruchomienia przez rodziców poprzez konieczność sprawowania stałej opieki nad nimi, także w dorosłym

¹⁴¹ M. Kuleta-Krzyszowskiak, M. Wasilewska, Parentyfikacja jako konsekwencja... , op. cit., s. 340.

¹⁴² K. Schier, Dorosłe dzieci... op. cit., s. 75.

¹⁴³ Ibidem.

życiu; Stopień internalizacji przez dziecko roli przypisywanej mu w rodzinie. Charakter konsekwencji w dalszym życiu może też wynikać ze stopnia, w jakim dziecko identyfikuje się z powierzoną mu rolą i układem ról w rodzinie; Wymogi kulturowe (kontekst kulturowy). Kultura, w której wzrasta dziecko, określa pewne normy i sposoby podejścia do dziecka i wychowania; Specyfika sytuacji określonej rodziny, która może być uwarunkowana różnymi wydarzeniami, np. imigracją, chorobą, śmiercią; Ocena równowagi proporcji w obszarze dawania i brania (w kontekście określonej rodziny oraz kilku pokoleń)”¹⁴⁴.

Analizując zjawisko odwrócenia ról w rodzinach, w których funkcjonują rodzice z ChAD, można zasadnie założyć ryzyko jego wystąpienia. Wynikać to może ze specyficznej sytuacji, w której znalazła się rodzina na skutek choroby rodzica, co skutkować może zmianą dotychczasowego funkcjonowania rodziny. Istotny wydaje się być także związek pomiędzy charakterystyką zaburzeń afektywnych dwubiegunowych a możliwymi przyczynami występowania parentyfikacji. Pojawienie się choroby psychicznej stanowi ryzyko odwrócenia ról. Warto zwrócić także uwagę na czynnik czasowej nieobecności jednego rodzica (np. gdy jest hospitalizowany) oraz sytuacji, w której rodzice są skonfliktowani, a atmosfera w rodzinie jest napięta (sytuacja ta często występuje podczas epizodu maniakalnego). Istnieje także ryzyko utraty pracy, przez osoby mierzące się z epizodem depresyjnym bądź rezygnacji z pracy. Osoby będące w epizodzie maniakalnym częściej podejmują zachowania ryzykowane, np. sięgają po używki, czego następstwem mogą być dalsze trudności pojawiające się w rodzinie. Sytuacja choroby osób pełniących jednocześnie rolę rodzica oraz małżonka/partnera stanowi znaczne obciążenie psychiczne dla całej rodziny wymuszające zmiany. Wiązać może się to z koniecznością przejęcia przez dziecko odpowiedzialności za obowiązki opieki nad członkami rodziny, doświadczając tym samym parentyfikacji instrumentalnej bądź koniecznością udzielania wsparcia emocjonalnego choremu rodzicowi, jak i również pozostałym członkom rodziny, które w znacznym stopniu może przekraczać możliwości dziecka, doświadczającego tym samym parentyfikacji emocjonalnej. Istnieje również możliwość, że dziecko obciążone będzie koniecznością zarówno zapewnienia opieki, jak i wsparcia emocjonalnego dla członków swojej rodziny.

Należy tu jednak dodać, że parentyfikacja w rodzinach osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi może mieć charakter czasowy bądź adaptacyjny.

¹⁴⁴ B. Chojnacka, Doświadczenie parentyfikacji... op. cit., s. 21-22.

Wsparcie drugiego rodzica lub innych znaczących osób dorosłych może zminimalizować ryzyko odwrócenia ról bądź jego negatywnych następstw. Próbując jednak scharakteryzować konsekwencje biograficzne wychowywania się z rodzicem mierzącym się z ChAD należy mieć na uwadze także konsekwencje związane z parentyfikacją, która mogła dotknąć dzieci, doświadczające choroby afektywnej dwubiegunowej swojego rodzica.

ROZDZIAŁ 2.

KONSEKWENCJE BIOGRAFICZNE DORASTANIA Z RODZICEM MIERZĄCYM SIĘ Z ZABURZENIAMI AFEKTYWNYMI DWUBIEGUNOWYMI

2.1. Znaczenie doświadczeń w cyklu życia człowieka

Doświadczenie jest pojęciem używanym zarówno w języku potocznym, jak i naukowym, wykorzystywanym przez wiele dyscyplin naukowych. Najprościej doświadczenia odnoszące się do działalności człowieka można rozumieć jako „specyficzną wiedzę, zdobytą pod wpływem określonych przeżyć”¹⁴⁵. Ziemowit Włodarski natomiast zwrócił uwagę na nieodłączny proces nabywania wiedzy poprzez doświadczenia, odnosząc się do konkretnych zmian, które zachodzą w jednostce na skutek zdobywania informacji o świecie oraz przetwarzania ich. „Mówiąc o doświadczeniu przywykliśmy myśleć o sytuacjach uczenia się. Są to sytuacje, w których jednostka przyswaja coś (informacje, zachowania) w wyniku kontaktów z otoczeniem i własnych działań. Doświadczeniem są właśnie owe kontakty i działania, które prowadzą do względnie trwałych zmian w zachowaniu osobnika. Utożsamiane bywa ono również z efektami uczenia się. Rozumiane jest wówczas nie jako kontakt z otoczeniem i działanie, lecz jako ich rezultat w postaci określonych zmian w zachowaniu jednostki”¹⁴⁶.

Nieco szerzej owo pojęcie rozwinął Jerzy Mellibruda: „Doświadczenie jest całościową i wewnętrzną odpowiedzią osoby na to, co dzieje się między nią a światem, jest wewnętrzną reakcją całej osoby, pojawiającą się w danej chwili i zmieniającą się nieustannie przez wszystkie chwile następne”¹⁴⁷. Doświadczenie rozumiane jest tu zatem jako pewnego typu reakcja wiążąca się z refleksją jednostki wobec pewnego wydarzenia, a w konsekwencji z procesem wyciągania z niego wniosków. „Najważniejszą sprawą jest rozróżnienie dwóch podstawowych zjawisk związanych z tym, co nazywamy

¹⁴⁵ A. Tylikowska, *Obraz doświadczenia indywidualnego w koncepcji Antoniego Kępińskiego*, (w:) K. Krzyżewski (red.), *Doświadczenie indywidualne: szczególny rodzaj poznania i wyróżniona postać pamięci*, Kraków 2003, s. 247–248.

¹⁴⁶ Z. Włodarski, *Rozwój i kształtowanie doświadczenia indywidualnego*, Warszawa 1983, s. 19.

¹⁴⁷ J. Mellibruda, *Poszukiwanie samego siebie*, Warszawa 1977, s. 48.

doświadczeniem. Pierwsze to samo doświadczenie, coś, co ma miejsce w konkretnych sytuacjach i w konkretnych chwilach życia. Drugie – to utrwalenie i opracowanie jakichś śladów tego konkretnego doświadczenia, które miało miejsce¹⁴⁸ – dopowiada Mellibruda.

Na wielorakość rozumienia pojęcia doświadczenia oraz sposobów ich nabywania uwagę zwróciła Bogumiła Stokłosa, wskazując 3 zasadnicze znaczenia tego terminu, przyjęte w psychologii, tj.: bodźce i zdarzenia zewnętrzne, procesy poznawcze przebiegające w trakcie interakcji jednostki z otoczeniem oraz wynik kontaktów jednostki z otoczeniem¹⁴⁹.

Znacznie szersze rozumienie pojęcia „doświadczenie” również w psychologii zarysowała Maria Tyszkowa i według niej oznacza ono: „(1) aktualne przeżywanie jakiegoś zdarzenia lub zdarzeń czy sytuacji, kontaktów z otoczeniem, własnych działań itp. (w tym przypadku odpowiedniejsze byłoby stosowanie terminu „doświadczenie” lub „doznawanie”); (2) zdarzenia, sytuacje, kontakty z otoczeniem czy działania własne podmiotu, które jak się zakłada – pozostawiają ślad; (3) ślad przeżytych zdarzeń, sytuacji, kontaktów, działań czy przeżyć w pamięci; (4) skutek, zwłaszcza trwałe, przeżytych zdarzeń, sytuacji, kontaktów z otoczeniem, działań czy przeżyć w psychice, zachowaniu się, działaniach jednostki (tak, jak w wyrażeniach: „uczenie się przez doświadczenie życiowe”, „człowiek doświadczony”, „doświadczenie życiowe”); (5) wiedzę, zwłaszcza praktyczną, wyniesioną z własnych uprzednich działań, czynności, zachowań, sytuacji czy przeżyć (jak w wyrażeniach: „doświadczony pracownik”, „doświadczony działacz”, „doświadczona matka”, doświadczenie zawodowe”, „doświadczenie sportowe”); (6) specyficzne znaczenie nadawała pojęciu „doświadczenie” psychologia introspekcyjna, ujmując je jako ogół zjawisk psychicznych w danym momencie traktowanych tak, jak są one odbierane bezpośrednio przez osobę doznającą”¹⁵⁰. Wskazane przez autorkę szerokie spektrum rozumienia pojęcia doświadczenia pozwala dostrzec, że niemal każda sytuacja życiowa, w której uczestniczy człowiek, stanowić może dla niego źródło nowych doświadczeń.

Doświadczenia oraz proces nadawania im znaczeń są kwestią wysoce zindywidualizowaną, zatem każde doświadczenie, np. choroby afektywnej rodzica, może

¹⁴⁸ J. Mellibruda, *Rozwój i kształtowanie...*, op. cit., s. 45–46.

¹⁴⁹ B. Stokłosa, *Struktura rodziny a wzorce poznawcze ról społecznych*, Rzeszów-Kraków 1987, s. 34–36.

¹⁵⁰ M. Tyszkowa, *Rozwój jednostki w cyklu życia: teoria i metodologia badań*, Poznań 2010, s. 52.

być odebrane i przetworzone przez każdą osobę w inny sposób. O jednostkowym odbiorze sytuacji, w której znalazł się człowiek oraz konieczności specyficznego dla niego rozumienia doświadczeń, które przeżył, pisała Maria Tyszkowa, zwracając uwagę na konieczność indywidualnego traktowania przez osoby ich podobnych doświadczeń: „Pojęcie doświadczenia odnosi się więc wyraźnie do podmiotu (organizmu) i do jego mechanizmów regulacyjnych, a nie do środowiska (bodźców, sytuacji) czy zachowania. Nie można więc przyjmować mechanicznie, że jeśli ktoś znajdował się w określonej sytuacji, to wyniósł z tego odpowiednie doświadczenie, ani też przypisywać wprost zmian w zachowaniu wpływom tej (tych) sytuacji. Stosunki wzajemnej zależności są tu bowiem, jak się wydaje, znacznie bardziej pośrednie i złożone”¹⁵¹.

Jerzy Mellibruda we własnym ujęciu definicyjnym doświadczenia indywidualnego wskazał także przy tym jego rolę, formułując jego rozumienie jako „utrwalone i opracowane w jakiś sposób przez zainteresowaną osobę ślady tego, czego doświadczyła. Ślady te mają postać różnego rodzaju schematów, nawyków i wzorców dotyczących zachowania, myślenia i odczuwania. W takiej postaci mogą rzeczywiście być wartościowe i pomocne w życiu. Mogą ułatwiać i usprawniać działanie i myślenie, skracać wykonywanie różnych czynności, których schematy są już gotowe. Ich zasadniczą rolą jest oferowanie gotowych rozwiązań, gotowych reguł i ocen, gotowych decyzji i przepisów na życie”¹⁵².

O znaczącej roli doświadczeń i ich przetwarzania może świadczyć również różnorodność refleksji, które wpływają na dalsze działania człowieka, dzięki ich przeżywaniu oraz wyciąganiu z nich wniosków. Zenon Uchnast zauważał, że w psychologicznej analizie doświadczenia osobowego należy wyróżnić „trzy podstawowe (źródłowe) jego wymiary: egzystencjalny, biosferyczny i wymiar dialogu osobowego oraz trzy korelatywne wymiary powierzchniowych aspektów przeżytego zdarzenia: (a) subiektywne odczucia, b) środowiskowy kontekst, (c) komunikacja werbalna”¹⁵³, wskazując tym samym na szereg zmian zachodzących w psychice człowieka dzięki doświadczeniom, które przeżywa i analizuje. Podkreślając egzystencjalny wymiar doświadczenia osobowego, autor wskazuje, że dzięki niemu

¹⁵¹ M. Tyszkowa, *Rozwój jednostki...*, op. cit., s. 54.

¹⁵² J. Mellibruda, *Poszukiwanie samego siebie...*, op. cit., s. 45–46.

¹⁵³ Z. Uchnast, *Psychologiczna jakościowa analiza zdarzeń życiowych osoby ludzkiej: podstawowej założenia podejścia personalistycznego*, (w:) J. Iskra, M. Artymiak (red.), *Doświadczenia człowieka*, Kraków 2013, s. 18.

„ujawnia się naturalna zdolność człowieka do wyjścia poza" (ex-sistere) własny status quo i doświadczania zarówno siebie, jak i to coś, co ujawnia się 'tam', co nie będąc mną uczestniczy w zaistnieniu i współtworzeniu przeżywanego przeze mnie zdarzenia życiowego. Ten właśnie rodzaj współtworzenia tego świata-w/na-którym-żyję bywa ujmowany w terminach: obecność, spotkanie, dialog, uczestniczenie. W spotkaniu tym ujawnia się naturalna, specyficznie ludzka zdolność do doświadczania siebie jako podmiotu i przedmiotu. Dzięki tej szczególnej zdolności człowiek staje się świadomy możliwości różnych sposobów doświadczania i działania w podobnych sytuacjach życiowych"¹⁵⁴. W tym wymiarze zatem człowiek doświadczając nie tylko pozostaje uczestnikiem danego doświadczenia, ale również ma możliwość zdobycia „doświadczenia życiowego”, które pozwoli mu w przyszłości podjąć działania wobec podobnych doświadczeń.

Również Ziemowit Włodarski podkreślił różne źródła powstawania doświadczenia jednostki. „Doświadczenie indywidualne człowieka ma charakter zróżnicowany. Stosownie do różnorodności form ludzkiego działania można wyodrębnić w tym doświadczeniu trzy jego rodzaje. Jeden rodzaj doświadczenia indywidualnego, występujący powszechnie i niespecyficzny dla człowieka, wyznaczony zostaje tym, czego osobnik doznaje sam, znajdując się w różnorodnych bezpośrednich kontaktach z otoczeniem"¹⁵⁵. Drugi rodzaj doświadczenia wiąże się z informacjami przekazywanymi jednostce przez inne osoby. „Opisywany rodzaj doświadczenia pełni u człowieka szczególną rolę. Wiąże się on u ludzi z przekazem słownym, ustnym lub pisany, dzięki któremu zakres zdobywanych informacji wykracza znacznie poza granice bezpośrednich bodźców zmysłowych. Na skutek porozumiewania ludzie korzystają nie tylko z tego, czego w życiowych sytuacjach nauczyli się sami, ale również z tego, co przyswoili inni"¹⁵⁶. W tym rodzaju doświadczenia indywidualnego kluczową rolę odgrywają więc informacje, które otrzymuje się od innych osób. Dotyczyć to może nie tylko doświadczeń życiowych innych osób, ale również informacji, które przekazywane są jednostce od innych osób o niej, pozwalające przyjąć inną perspektywę dotyczącą własnego zachowania. Może ono mieć istotne znaczenie w refleksji nad sobą oraz w konsekwencji zdobywania wiedzy na temat tego jak z sytuacją poradzili sobie inni. Ostatni rodzaj

¹⁵⁴ Z. Uchnast, Psychologiczna jakościowa analiza..., op. cit., s. 18.

¹⁵⁵ Z. Włodarski, Rozwój..., op. cit., s. 20.

¹⁵⁶ Ibidem, s. 21.

doświadczenia dotyczy tzw. zdobywcy poprzednich pokoleń i „opiera się głównie na przekazie słownym, a dotyczy dorobku minionych pokoleń. Dzięki niemu różni się start każdego kolejnego pokolenia. W życiu jednostki nie trzeba rozpoczynać wszystkiego od nowa, bowiem o trwałych zdobyczach człowieka dowiaduje się ona od innych”¹⁵⁷.

Wyróżnione przez autorów sposoby nabywania doświadczenia indywidualnego wskazują na szereg sytuacji, której stają się okazją do jego zdobywania. Nie tylko własne, ale i doświadczenia innych osób, ich historie, opowieści oraz ich sposoby radzenia sobie z trudnościami, jak i nowymi sytuacjami wydają się być rozwijające dla człowieka, gdyż dzięki nim jednostka tworzy sobie bazę pojęciową, korzystając z doświadczenia innych osób, a także oswaja się z danymi sytuacjami, co można określić jako nabywanie doświadczenia, które nazwałabym „niebezpośrednim”.

O istocie doświadczeń, które Mellibruda nazywał wewnętrznymi oraz sposobie ich przetwarzania autor ten pisał, że są to „uczucia, emocje, pragnienia, wrażenia i odczucia zmysłowe, napięcia itd. Są to wewnętrzne stany całego organizmu zmieniające się nieustannie. Są one jakby surowym materiałem, bezpośrednim dokumentem o aktualnym stanie kontaktów ze światem i z samym sobą. Ten bezpośredni materiał jest dopiero opracowywany, nazywany i analizowany przez myślenie oraz wyobrażenie. Opracowywanie doświadczenia zaczyna się już w momencie selekcji, gdy pewne doświadczenia zostają przez człowieka dostrzegane, a inne pomijane i niedostrzegane. Rozpoczynające się w momencie uświadomienia opracowywanie doświadczeń polega przede wszystkim na ich nazywaniu i porządkowaniu przy pomocy wzorów i schematów, będących utrwalonymi śladami doświadczeń minionych”¹⁵⁸. Autor podkreślał również na kluczową rolę schematów, które utrwalają się w człowieku na skutek przeżytych doświadczeń oraz konfrontowania ze sobą wydarzeń oraz doświadczeń wewnętrznych. Doświadczenia, ich ślady pamięciowe oraz schematy, które w nich powstają, mają kluczową rolę w dalszym działaniu i doświadczaniu człowieka. „Doświadczenie indywidualne, warunkowane właściwościami wrodzonymi i okolicznościami życia wyznaczającymi warunki aktywności, konstytuuje biografię jednostki. Podejmując określone formy aktywności, dokonując pewnych wyborów życiowych zgodnych

¹⁵⁷ Z. Włodarski, *Rozwój...*, op. cit., s. 22.

¹⁵⁸ J. Mellibruda, *Poszukiwanie samego siebie...*, op. cit., s. 49.

z własnymi standardami wartości, człowiek stwarza sobie warunki zdobywania takich, a nie innych doświadczeń, stanowiących istotną część jego doświadczenia życiowego”¹⁵⁹.

Kluczową rolę doświadczeń nabywanych przez człowieka w ciągu jego życia akcentowała także Katarzyna Gajek, zwracając uwagę na istotne aspekty, które wynikają z owego doświadczenia i przekładają się na przyszłe radzenie sobie z wyzwaniem, jakie stoją przed jednostką. „Doświadczenie przydarza się człowiekowi i jest gromadzone spontanicznie, w sposób niezamierzony, w sytuacjach, kiedy nie ma on wpływu na bieg wydarzeń, jak również aktywnie, gdy intencjonalnie, z rozmysłem podejmuje się realizacji określonych działań. Nabywanie doświadczeń ma miejsce w sytuacjach wymagających rozwiązywania problemów. Wówczas stają przed człowiekiem nowe wyzwania, ujawniają się problemy, z którymi musi się mierzyć, a jego reakcje albo są świadome i zaplanowane, albo stanowią reaktywną odpowiedź na działanie zewnętrznych warunków. Gromadząc doświadczenia, wzbogacamy naszą wiedzę oraz umiejętności, które w przyszłości będą pomocne w sprawnym i skutecznym pokonywaniu analogicznych przeszkód, w radzeniu sobie z podobnymi wyzwaniami”¹⁶⁰. Również Jerzy Mellibruda wskazywał na wpływ przetworzonych doświadczeń na decyzje i kształt życia osoby. „Doświadczenie osobiste, tak jak się pojawia i nieustannie zmienia, jest podstawowym materiałem, napełniającym treścią nasze życie i stanowiącym podstawę, na której podejmowane i realizowane są wybory i decyzje dotyczące kształtu tego życia”¹⁶¹.

Doświadczenia są wpisane w życie człowieka, a ich gromadzenie może się wiązać ze zdobywaniem informacji o świecie, ale też o sobie samym. Nie można wskazać etapu życia człowieka, w którym doświadczenia odgrywają szczególnie istotną rolę, gdyż jedynie od samej osoby doświadczającej pewnych wydarzeń zależeć będzie co i jaki wpływ będzie miało na nią i jakie wnioski wyciągnie z niego na przyszłość. „Za słuszne należy uznać twierdzenie, że człowiek uczy się w ciągu całego swego życia. Zdobywanie doświadczenia przypadające na poszczególne lata dotyczy różnych dziedzin i dokonuje się wielorako, z udziałem odmiennych mechanizmów. Poza tym jest ono prawdopodobnie niejednakowo intensywne, aczkolwiek brak ścisłych kryteriów porównawczych w zakresie różnych dziedzin i rodzajów uczenia się. Jeśli jednak nawet rozwojowe

¹⁵⁹ M. Tyszkowa, *Rozwój jednostki...*, op. cit., s. 73.

¹⁶⁰ K. Gajek, *Doświadczenie przemocy w rodzinie. Autobiograficzne narracje kobiet*, Łódź 2018, s. 15.

¹⁶¹ J. Mellibruda, *Poszukiwanie samego siebie...*, op. cit., s. 56.

zmiany w intensywności nabywania doświadczeń są duże, to nie ma etapu, dla którego uczenie się byłoby specyficzne. Nie stwierdza się bowiem okresu, w którym uczenie się nie zachodzi w ogóle.”¹⁶². Okres dzieciństwa i dorastania wydaje się być jednak szczególnie wrażliwym okresem w zdobywaniu doświadczeń, ponieważ to właśnie w nim najczęściej człowiek zdobywa informacje o tym jak funkcjonuje świat, a także poznaje samego siebie, budując własną tożsamość. Wydaje się więc zatem, że doświadczenia zdobyte w omawianych okresach szczególnie rzutować będą na późniejsze postrzeganie świata, siebie samych oraz wiązać się z pewnym zakresem wiedzy służącej rozumieniu świata. Przetworzone wcześniejsze doświadczenia i towarzyszące im refleksje mogą zatem stać się bazą i odniesieniem dla kolejnych doświadczeń, zwłaszcza sposobów radzenia sobie z trudnościami.

Istotną przestrzenią dla zdobywania doświadczeń jest z pewnością rodzina, gdyż – jak zauważył Ziemowit Włodarski – „w żadnej innej instytucji nie zachodzi tak daleko idące indywidualizowanie oddziaływań. (...) Nie ma formalnych programów i regulaminów, które musiałyby być realizowane niezależnie od właściwości poszczególnych osób. Programy takie istnieją w innych instytucjach. W rodzinie panują normy zwyczajowe, określające raczej ogólne ramy działania niż szczegółowo ukierunkowujące czynności”¹⁶³. Rodzina jest zatem polem szerokich doświadczeń socjalizacyjnych i osobistych jednostki ze względu na owo zindywidualizowane podejście do dziecka oraz relacje pomiędzy rodzicami i dzieckiem. „Doświadczenia zdobywane w rodzinie – w związku z długim czasem ich gromadzenia i silnym zaangażowaniem emocjonalnym – są szczególnie trwałe. Wywierają one wpływ nie tylko na aktualne zachowanie dziecka, ale stanowią czynnik decydujący o rozwoju, ukierunkowują w znacznym stopniu późniejsze zainteresowania, postawy i działalność. Nie bez racji przyjmuje się, że wczesne doświadczenia osiągnięte w rodzinie wpływają kształtująco na rozwój osobowości”¹⁶⁴. Doświadczenia, które człowiek zdobył w toku wychowania w rodzinie, stanowią zatem pewien fundament, który nie tylko zawiera w sobie bazę wiedzy i umiejętności poznawczo-intelektualnych, ale być może w szczególności społeczno-emocjonalnych, będącą kluczowym elementem osobowości człowieka, jak i również istotnie wpływającą na jego dalszą biografię. Członkowie

¹⁶² Z. Włodarski, *Rozwój i kształtowanie...*, op. cit., s. 34–35.

¹⁶³ *Ibidem*, s.184.

¹⁶⁴ *Ibidem*, s.184–185.

rodziny, ze względu na jej systemowy charakter, wspólnie doświadczają pewnych sytuacji i chociaż każdy z nich reaguje indywidualnie, to w pamięci człowieka zachowują się ślady zachowań i emocji pozostałych członków rodziny. Takie mechanizmy sprawiają, że konkretna sytuacja może kojarzyć się nie tyle z samym wydarzeniem, a bardziej z zachowaniem bliskiej osoby. Istotne znaczenie ma tutaj wskazane przez Ziemowita Włodarskiego zaangażowanie emocjonalne, które sprawia, że doświadczenia wspólnie przeżywane w rodzinie, bądź doświadczane na skutek zachowania któregoś z jej członków będą szczególnie znaczące w dalszym życiu człowieka.

Pojęciem łączącym się z pojęciem doświadczenia jest pamięć, która pozwala na zatrzymywanie w świadomości człowieka śladów pamięciowych konkretnych wydarzeń. „Doświadczenie wiąże się z pamięcią, a ściślej mówiąc z zapamiętywaniem i przechowywaniem śladów zdarzeń w kontaktach jednostki z otoczeniem i zdarzeń w jej życiu wewnętrznym. Śladów tych nie można jedynie utożsamiać z ich treścią”¹⁶⁵. Istotne staje się tutaj zatem przetwarzanie tychże treści. Maria Tyszkowa, opisując ślady pamięciowe jednostki powstałe w wyniku jej doświadczeń, uważała, że treścią śladów pamięciowych jednostki byłyby „raczej zachowania, działania i przeżycia oraz zdarzenia i procesy psychiczne, jak i fizyczne czy fizjologiczne, wykorzystywane i doznawane w danej sytuacji niż same owe sytuacje czy zdarzenia zewnętrzne. Pojęcie doświadczenia odnosiłoby się tedy w pierwszym rzędzie do śladów własnej, szeroko rozumianej, aktywności podmiotu, aktywności przebiegającej w kontekście zdarzeń w świecie zewnętrznym, w którym jednostka uczestniczyła, i do zdarzeń w jej świecie wewnętrznym”¹⁶⁶. Autorka zatem akcentuje tutaj, że nie tak istotne są same doświadczenia, jak ich indywidualne przetworzenie.

2.2. Rola pamięci autobiograficznej w konstruowaniu biografii

Doświadczenia życiowe człowieka oraz ich rola w jego dalszej biografii związana jest z wydarzeniami osobistymi, które spotykają człowieka oraz pamięcią autobiograficzną, która pozwala na ich zapamiętywanie, przetwarzanie i budowanie swojej tożsamości poprzez nadawanie im poszczególnych znaczeń. David Pillemer

¹⁶⁵ M. Tyszkowa, *Rozwój jednostki...*, op. cit., s. 55.

¹⁶⁶ *Ibidem*, s. 55.

wskazał na sześć kategorii wydarzeń osobistych, które można wyróżnić w procesie zapamiętywania ich przez człowieka: „*memorable events* – pamiętne wydarzenia, *symbolic messages* – symboliczne wiadomości, *originating events* – zapoczątkowujące wydarzenia, *anchoring events* – kotwiczące wydarzenia, *turning points* – punkty zwrotne, *analogous events* – analogiczne wydarzenia. Wymienione kategorie nie wykluczają się wzajemnie: wydarzenia pamiętne i wiadomości symboliczne mogą sumować inne typy zdarzeń, pozostałe kategorie mogą się zazębiać”¹⁶⁷.

Pamiętne wydarzenia rozumiane są jako „zdarzenia i słowa wypowiedziane przez kogoś ważnego dla jednostki, pewien autorytet – zapadają w pamięci na lata, są przywoływane w ważnych momentach, często traktowane jako wytyczne do podejmowania zachowań”¹⁶⁸. Koncentrują się one zatem na roli słów i doświadczeń innych, ważnych dla jednostki osób, stanowiących wzór pewnych postępowań, który pozostaje w jednostce na wiele lat. Można zatem przyjąć, że pamiętane wydarzenia czerpią z doświadczeń innych osób, będąc tym samym na tyle istotnym wydarzeniem, że jednostka przyjmuje wzorce postępowania swoich autorytetów jako swoje.

Jak opisywała Anna Cierpka „z wiadomościami symbolicznymi mamy do czynienia wtedy, kiedy ktoś coś mówi, nie zdając sobie sprawy z wagi swoich słów, natomiast rozmówca wyciąga ważne wnioski, nadając przekazowi znaczenie symboliczne”¹⁶⁹. Wiążą się one z sytuacyjnym wyciągnięciem wniosków z doświadczanej sytuacji, mimo, iż osoba, która towarzyszy w niej człowiekowi nie jest świadoma, że płynąc z niej mogą istotne wnioski dla drugiej osoby. Warto dodać, że zapamiętywanie wiadomości symbolicznych nie ogranicza się jedynie do słów wypowiedzianych przez inne osoby, ale również do ich zachowań, z których jednostka wyciąga istotne dla siebie wnioski.

Wydarzenia zapoczątkowujące z kolei nie prowadzą do wyciągania konkretnych wniosków, a można je ująć bardziej jako formę motywowania do podejmowania różnych działań. Pojawiają się one najczęściej w okresie dzieciństwa i dorastania, ale również w dalszym etapie życia człowieka jako wydarzenia zmieniające dotychczasowe życie.

Wydarzenia zapoczątkowujące powiązane się z wydarzeniami kotwiczącymi, które „dają potwierdzenie tego, co robimy, dostarczają motywacji, utwierdzają w przekonaniu, że

¹⁶⁷ D. Pillemer, *Momentous Events, Vivid Memories*, Cambridge 1998; opis za: A. Cierpka, *Tożsamość i narracje w relacjach rodzinnych*, Warszawa 2013, s. 39.

¹⁶⁸ A. Cierpka, *Tożsamość i narracje...*, op. cit., s. 39.

¹⁶⁹ *Ibidem*, s. 39–40.

nadal warto robić to, co robimy. Dają zapewnienie w trudnych sytuacjach, żeby kontynuować działanie, mimo trudności skupić działania na celu”¹⁷⁰.

Punkty zwrotne mają duże znaczenie dla biografii każdego człowieka, gdyż wpływają na podjęcie decyzji życiowych lub domknięcie wcześniejszych spraw. Mogą wystąpić one w niemalże każdej dziedzinie życia człowieka i pojawić się w momencie kluczowych wydarzeń życiowych, takich jak na przykład narodziny dziecka lub być spowodowane negatywnymi wydarzeniami, które, jak podkreśla Anna Cierpka mogą, „bardzo zmotywować i stać się inspiracją do podejmowania działań”¹⁷¹.

Analogiczne wydarzenia pozwalają człowiekowi odtworzyć wydarzenia ze swojej przeszłości i stanowią wskazówkę w jego dalszym postępowaniu, dotyczącą tego w jaki sposób postępować bądź jakich działań unikać, aby poradzić sobie z sytuacją. „Choć obecne wydarzenia nie są podobne, identyczne z tymi z przeszłości, pamięć pozwala na dopasowanie, wychwycenie analogii do przeszłych zdarzeń. Analogia może też dotyczyć czyjś przeżycia lub przygód jakiegoś bohatera – z czyjś doświadczenia możemy także czerpać wzory analogicznych zachowań bazując na zdarzeniach lub opowiedzianych historiach”¹⁷².

Wymienione kategorie wydarzeń osobistych zapamiętywane przez człowieka stanowią istotne elementy jego całościowego uczenia się przez osobiste doświadczenia oraz doświadczenia innych osób. Szczególną rolę w tym procesie odgrywa pamięć autobiograficzna, która przechowuje owe wydarzenia i doświadczenia życiowe z nich płynące w pamięci operacyjnej, która wpływa na działania oraz osobowość.

Pamięć autobiograficzna warunkuje działania podejmowane przez każdego człowieka. Tomasz Maruszewski, zajmujący się badaniami nad pamięcią autobiograficzną, stwierdził, że „jest ona odpowiedzialna za przechowanie specyficznego rodzaju materiału – materiału dotyczącego indywidualnej historii życia danej jednostki”¹⁷³. W dalszym rozważaniu definicyjnym autor dodał, że jest to „pamięć deklaratywna odnosząca się do własnej przeszłości. (...) W pamięci autobiograficznej mogą znajdować dane o charakterze semantycznym, jak i dane o charakterze epizodycznym. Te pierwsze dotyczą faktów z osobistej biografii, te drugie – ciągów

¹⁷⁰ Ibidem, s. 40.

¹⁷¹ Ibidem.

¹⁷² Ibidem, s. 40–41.

¹⁷³ T. Maruszewski, *Pamięć autobiograficzna...*, op. cit., s. 18.

zdarzeń, w których jednostka uczestniczyła bądź jako aktor, bądź jako obserwator”¹⁷⁴. Tomasz Maruszewski, opisując sposób jej działania, zauważył, że pamięć autobiograficzna stanowi swoistą bazę wiedzy człowieka, który sięga do niej w określonych sytuacjach. „Wiedza zawarta w autobiograficznych bazach danych nie jest bezpośrednio dostępna. Jednostka może ją przywoływać sięgając do swoich zasobów i ograniczając zakres poszukiwań na podstawie dostarczonych wskazówek”¹⁷⁵. Pamięć autobiograficzna stanowi zatem strukturę, w której „przechowywane są głównie informacje dotyczące własnego zachowania w przeszłości oraz zachowań innych ludzi. Potoczne teorie opisujące przebieg interakcji społecznych są podstawą łączenia ze sobą poszczególnych jednostek zachowania w większe całości. Te większe całości tworzą epizody mające pewien sens dla jednostki. Czasami ex post jednostka nadaje tym epizodom inny sens w porównaniu z pierwotnym”¹⁷⁶. Autor zwraca uwagę na indywidualność doświadczenia oraz zachowania, zarówno swojego, jak i innych osób, któremu jednostka nadaje specyficzny sens mogący mieć istotne znaczenie dla jej dalszego życia, jak i również ustrukturyzowanie poszczególnych wydarzeń, które miały wpływ na konkretne zachowania i postawy człowieka wobec sytuacji, z którymi się mierzy.

Pamięć autobiograficzna, definiowana przez Teresę Rzepę, oznacza „miejsce przechowywania utrwalonej wiedzy o faktach i zdarzeniach osobistych, czyli odnoszących się do ‘ja’, a także – o ich znaczeniu dla człowieka. Jak się okazuje, najistotniejszą rolę w ich ‘wydobyciu’ z przepastnej głębi pamięci odgrywają towarzyszące zapamiętanym wydarzeniom biograficznym emocje, uczucia, nastroje. Dzięki nim potrafimy odpowiednio korzystać z własnych – utrwalonych i z pewnych powodów uznanych za ważne – doświadczeń i przeżyć podczas podejmowania życiowo ważnych decyzji, projektowania przyszłych zachowań, planowania sposobów realizacji celów, podtrzymywania lub unikania interakcji z innymi itp.”¹⁷⁷.

Nieco inne ujmowanie pamięci autobiograficznej zaproponowała Agnieszka Niedźwieńska: „Pamięć autobiograficzna bywa również terminem opisującym wiedzę i schematy stanowiące pamięciowe podstawy ‘ja’. Wówczas termin ten odnosi się do

¹⁷⁴ Ibidem, s. 31–32.

¹⁷⁵ T. Maruszewski, Pamięć autobiograficzna i tożsamość, „Czasopismo Psychologiczne”, 2010, t. 16, nr 1, s. 25.

¹⁷⁶ T. Maruszewski, Pamięć autobiograficzna..., op. cit., s. 19.

¹⁷⁷ T. Rzepa, Jakie wspomnienia i w jaki sposób przywołuje najczęściej nasza pamięć autobiograficzna?, „Przegląd Psychologiczny”, 2007, t. 50, nr 4, s. 385–86.

określonego przedmiotu, wobec którego można pamięć wykorzystywać, i obejmuje czynniki nie tylko pamięciowe, ale również społeczne i emocjonalne, działające w momencie zdarzenia, jak i w czasie jego przypominania. W trzecim rozumieniu 'pamięć autobiograficzna' to procesy i mechanizmy zaangażowane w przypominanie i rozpoznawanie przez osobę zdarzeń, których doświadczyła. To rozumienie mieści się pomiędzy określeniem pamięci autobiograficznej jako działania konkretnego systemu pamięciowego, a utożsamieniem jej z podstawą pojęcia 'Ja'. Obejmuje nie tylko znaczący i emocjonalny wkład do struktury pojęcia 'Ja', ale i tak prozaiczne zagadnienia, jak pamiętanie, co jadłem/am na śniadanie i gdzie zaparkowałem/am samochód. W tym ujęciu pozostawia się do empirycznego rozstrzygnięcia pytanie, czy u podłoża analizowanych mechanizmów i procesów leży jakiś odrębny system pamięciowy¹⁷⁸.

Anna Rybak-Korneluk dodała, że pamięć autobiograficzna „stanowi część pamięci dotyczącej osobistej przeszłości jednostki. Zawiera wspomnienia o charakterze epizodycznym i semantycznym związane z tożsamością. Wpływa ona na aktywność oraz konstruowanie celów, jest osadzona w doświadczeniu i emocjach człowieka, pomaga w tworzeniu planów. Definiuje kim jesteśmy, kim byliśmy i – co ważniejsze – kim możemy się stać”¹⁷⁹, zwracając uwagę na istotny fakt, iż jest ona ściśle związana z tożsamością człowieka oraz istotnie wpływa na budowanie obrazu samego siebie oraz własnej biografii.

Mówiąc o pamięci autobiograficznej istotne jest zatem rozumienie jej dwojako: z jednej strony jako proces poznawczy, rejestrujący szereg bodźców w postaci doświadczanych sytuacji czy słów oraz historii opowiedzianych przez innych, którzy je doświadczyli, stanowiący stały ślad pamięciowy, do którego w określonym momencie możemy się odwołać, z drugiej zaś strony jako istotny komponent tożsamości człowieka wpływający na jego sposób definiowania własnego „ja”.

W obrębie pamięci autobiograficznej można wyróżnić jej rodzaje, które pozwalają odtworzyć nie tylko samą informację z przeszłości człowieka, ale również wskazać źródło pochodzenia tejże informacji. Tomasz Maruszewski, powołując się na Martina

¹⁷⁸ A. Niedźwieńska, Pamięć autobiograficzna, (w:) A. Gałdowa (red.), Tożsamość człowieka, Kraków 2000, s. 112.

¹⁷⁹ A. Rybak-Korneluk, H. M. Wichowicz, K. Żuk, M. Dziurkowski, Pamięć autobiograficzna i jej znaczenie w wybranych zaburzeniach psychicznych, „Psychiatria Polska”, 2016, t. 50, nr 5, s. 960.

Conway'a¹⁸⁰, wskazał, że wyróżnić można trzy rodzaje pamięci autobiograficznej: pamięć okresów życiowych, pamięć zdarzeń ogólnych, pamięć zdarzeń specyficznych¹⁸¹.

Pierwszy ze wskazanych rodzajów pamięci autobiograficznej dotyczy poszczególnych okresów życia człowieka które „reprezentują ogólny poziom wiedzy autobiograficznej, zawierający przede wszystkim wiedzę na jakiś temat odnoszącą się do określonego odcinka czasu”¹⁸². Tomasz Maruszewski uzupełnił, że „pamięć ta może być nie tylko określana przez dokładne ramy czasowe, lecz także przez ramy instytucjonalne czy ramy przestrzenne. Przykładem pamięci okresów życia może być okres uczęszczania do szkoły, okres studiów, służby wojskowej bądź czas, kiedy dzieci były małe. Przykładem oznaczania okresu życia przez ramy instytucjonalne może być służba wojskowa”¹⁸³. Istotne jest tutaj wskazanie, iż chociaż pewne ramy czasowe obecności człowieka w różnych miejscach lub instytucjach są ustalone, to z psychologicznego punktu widzenia są one (jak to określił autor) „rozmyte” i dla każdego indywidualnie mogą one rozpoczynać się wcześniej lub kończyć później. Jest to rodzaj pamięci stosunkowo ogólnej, nie zawierający w sobie wysokiej szczegółowości. „Pamięć okresów życia zawiera informacje o wysokim stopniu schematyzacji. Informacje te dotyczą przede wszystkim głównych rodzajów aktywności, realizowanych planów i celów, a także osób znaczących. Ludzie dokładnie pamiętają na przykład swoich szefów w pracy, czy też swoje partnerki lub partnerów z relacji intymnych. Z reguły pamięć okresów życia ma charakter bardzo ogólny, to znaczy pamięta się nie tyle konkretne czynności wykonywane w danym dniu, co raczej określony rodzaj aktywności, dominujący w danym okresie lub w danym miejscu”¹⁸⁴. Ten rodzaj pamięci dostarcza ogólnych informacji o aktywności człowieka w danym czasie i chociaż ma ona charakter schematyczny, to należy pamiętać, że owe okresy w życiu człowieka nie zawsze mają charakter liniowego porządku na osi czasu życia człowieka, gdyż w jednym okresie życia człowiek realizuje aktywności życiowe równoległe i wówczas – jak dodaje Tomasz Maruszewski – „poszczególne tematy mogą na siebie zachodzić, chociaż pomiędzy początkami i końcami okresów nie musi zachodzić ścisła korelacja”¹⁸⁵.

¹⁸⁰ Więcej na ten temat: M. A. Conway, *Autobiographical knowledge and autobiographical memories*, (w:) D. C. Rubin (red.), *Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory*, Cambridge 1996, s. 67–93.

¹⁸¹ T. Maruszewski, *Pamięć autobiograficzna...*, op.cit., s. 59.

¹⁸² A. Niedźwieńska, *Pamięć autobiograficzna...*, op.cit., s. 114.

¹⁸³ T. Maruszewski, *Pamięć autobiograficzna...*, op. cit., s. 64.

¹⁸⁴ *Ibidem*.

¹⁸⁵ *Ibidem*.

Pamięć zdarzeń ogólnych „zawiera informacje o bardziej specyficznym charakterze. Są to zdarzenia obejmujące krótsze okresy. Mogą to być zdarzenia powtarzalne, jak niedzielne obiady w restauracji, lecz mogą to być również zdarzenia pojedyncze, takie jak spotkanie dawnego kolegi szkolnego. (...) Charakterystyczną cechą pamięci tych zdarzeń jest ocena na wymiarze skuteczności. Pamiętamy, czy udało nam się zdać jakiś egzamin, czy dobrze prowadziliśmy samochód, czy wybraliśmy smaczną potrawę w restauracji”¹⁸⁶. Agnieszka Niedźwieńska, opisując zdarzenia ogólne zapisane w pamięci, dodaje, że są one „zorganizowane w postaci związanych z kontekstem charakterystycznych działań, które odróżniają jedno zdarzenie ogólne od drugiego i jednocześnie stanowią temat lub tematy zdarzenia ogólnego. Jednocześnie organizacja ze względu na temat uzupełniona jest przez organizację ze względu na czas, a porządek pojawiających się sekwencji działań jest w zdarzeniach ogólnych, przynajmniej częściowo, zachowany”¹⁸⁷. Tomasz Maruszewski zaznaczył natomiast, że pierwsze doświadczenie nowego zdarzenia tworzy w systemie pamięciowym ową kategorię tychże zdarzeń. „Ciąg powtarzających się zdarzeń ogólnych rozbudowuje się wokół pierwszego zdarzenia. To zdarzenie staje się pewnego rodzaju wzorem, czy też poznawczym punktem odniesienia przy kategoryzacji i ocenianiu następnych zdarzeń. Zdarzenie takie jest opatrywane etykietą i na niej właśnie się opiera”¹⁸⁸. Pamięć zdarzeń ogólnych ma zatem istotne znaczenie w rozumieniu i tworzeniu przez człowieka pewnych schematów postępowania w różnych sytuacjach. Pozwala na gromadzenie wiedzy, porządkowanie jej oraz wyciąganie wniosków odnośnie dalszego zachowania. „Zdarzenia ogólne mogą reprezentować podstawowy poziom wiedzy autobiograficznej, czyli poziom preferowany ze względu na przypominanie i optymalny ze względu na kontinuum: wiedza ogólna – wiedza szczegółowa. Oznaczałoby to, iż w zadaniach, które wymagają wykorzystania wiedzy autobiograficznej, ten poziom umożliwia dostęp do największej liczby informacji. Nie oznacza to jednak, że w pewnych kontekstach wiedza dotycząca określonych zdarzeń nie może być dominująca. Na przykład, w nieformalnych rozmowach ludzie nie odnoszą się do zdarzeń ogólnych, lecz zwykle koncentrują się na wiedzy dotyczącej specyficznych zdarzeń”¹⁸⁹. Należy wspomnieć, że większość zdarzeń ogólnych, znajdujących się w pamięci autobiograficznej człowieka, dotyczy doświadczeń

¹⁸⁶ Ibidem., s. 65.

¹⁸⁷ A. Niedźwieńska, *Pamięć autobiograficzna...*, op. cit., s. 114.

¹⁸⁸ T. Maruszewski, *Pamięć autobiograficzna...*, op. cit., s. 66.

¹⁸⁹ A. Niedźwieńska, *Pamięć autobiograficzna...*, op. cit., s. 114.

z interakcji społecznych, co w znaczącym stopniu wpływa na budowanie schematów zachowań w określonych sytuacjach oraz reagowania na sytuacje, w których człowiek się znalazł.

Pamięć zdarzeń specyficznych jest najbardziej szczegółowym rodzajem pamięci autobiograficznej. Agnieszka Niedźwieńska zauważyła, że „jest znacznie bardziej szczegółowy niż poprzednie dwa poziomy. Obejmuje sekundy, minuty lub godziny i ma postać wyobrażeń, odczuć i bardzo charakterystycznych dla zdarzenia szczegółów, wskazujących na przechowywanie sensorycznych cech obiektów i działań ze zdarzenia ogólnego”¹⁹⁰. Zdarzenia specyficzne nie stanowią jedynie osobnych śladów pamięciowych w pamięci autobiograficznej, a część zdarzenia ogólnego, które wyróżniło się w jakiś sposób dla jednostki. „Zdarzeniem specyficznym może być jeden wypadek zdarzenia ogólnego, wyróżniający się ze względu na informacje sensoryczne, szczególne obrazy, afekt lub jakiś nadzwyczajny fakt”¹⁹¹. Ponadto Tomasz Maruszewski dodaje: „Pamięć zdarzeń specyficznych wchodzi w skład pamięci zdarzeń ogólnych i może to być rozumiane dwojako. Raz zdarzenie specyficzne może być rozumiane jako wyróżnione zdarzenie specyficzne ogólne; innym razem rozumiane jest jako element zdarzenia ogólnego”¹⁹². Uszczegółowienie pewnych zdarzeń ogólnych pozwala na lepsze i dokładniejsze odtwarzanie zdarzeń w ciągu życia człowieka. „Dostęp do właściwości percepcyjnych jakiegoś zdarzenia specyficznego może ułatwiać skonstruowanie wspomnienia autobiograficznego. Dzięki dostępowi do szczegółów percepcyjnych człowiek może uruchomić sieć skojarzeń, które pozwalają dotrzeć do innych elementów tego zdarzenia. Elementy te mogą być elementami percepcyjnymi, ale mogą też mieć inny charakter”¹⁹³. Dostęp do pamięci zdarzeń szczegółowych umożliwia zatem dostęp nie tylko do jednego szczególnego wspomnienia z własnej autobiografii, ale również pozwala odtworzyć całą ścieżkę zdarzeń ogólnych. Dostęp do tych informacji ma również istotne znaczenie w próbie dotarcia do genezy pewnych zachowań i schematów postępowania człowieka, gdyż wskazują one nie tylko na samo wydarzenie, ale również na reakcje i emocje towarzyszące w nim człowiekowi.

Omawiając rodzaje pamięci autobiograficznej należy zaznaczyć, że każdy z nich może stanowić wzajemne odniesienie do siebie oraz rozszerzać poszczególne wątki

¹⁹⁰ Ibidem, s. 114-115.

¹⁹¹ T. Maruszewski, *Pamięć autobiograficzna...*, op. cit., s. 67.

¹⁹² Ibidem, s. 69.

¹⁹³ Ibidem, s. 67.

pamięci autobiograficznej człowieka. Można to przyrównać do sieci pamięciowej (przechodzenie od konkretnego zdarzenia ogólnego do bardziej szczegółowych informacji, które się w owym czasie wydarzyły), która pozwala na szerokie odtwarzanie wspomnień, a co się z tym wiąże – wiedzy życiowej, zbudowanej na bazie różnych zdarzeń pojawiających się w toku jego życia. Ma to istotne znaczenie dla ogółu zachowań, postępowań oraz podejmowania decyzji przez jednostkę. Tomasz Maruszewski, powołując się na koncepcję Bella i Maua, sygnalizuje swoisty związek przeszłości z przyszłością: „Obrazy przeszłości wpływają na to, jakie cele stawia sobie jednostka i w jaki sposób zamierza je osiągnąć. Wymienione przez nich kryteria wyboru celów obejmują pozytywność (czy przyszłość oferuje coś dobrego), kontrolowalność (czy można mieć wpływ na to, co osiągnie się w przyszłości – tu odpowiedzi mogą się rozciągać od pełnego fatalizmu i rezygnacji do pełnego determinizmu) oraz dystans czasowy (czy cel działania jest blisko, czy daleko). Uwagi te sugerują, że dostęp do przeszłości pełni ważną funkcję motywacyjną i warunkuje nie tylko sposób myślenia o przyszłości, lecz także próby osiągnięcia różnych celów”¹⁹⁴.

W kontekście pamięci autobiograficznej należy zwrócić uwagę na fakt, że przechowuje ona „specyficzny rodzaj doświadczeń – są to doświadczenia dotyczące własnej osoby oraz doświadczenia dotyczące relacji z innymi ludźmi. Zawiera też informacje na temat świata zewnętrznego, przy czym część tych informacji została dostarczona jednostce przez innych ludzi, a część jest efektem własnej aktywności poznawczej i własnej eksploracji”¹⁹⁵. Istotne wydaje się być zatem skupienie się również na jej funkcjach, które pozwalają zrozumieć wpływ wydarzeń oraz doświadczeń z życia jednostki na zachowania oraz biografię. Tomasz Maruszewski wyróżnił następujące funkcje pamięci autobiograficznej: informacyjną, komunikacyjną, interpersonalną, motywacyjno-emocjonalną oraz organizacyjną¹⁹⁶.

Pierwsza z wymienionych przez Maruszewskiego funkcji pozwala na przetwarzanie uzyskanych wcześniej informacji i wykorzystywanie ich w danej sytuacji. Łączy ona w sobie zarówno informacje zdobyte poprzez własne doświadczenia, ale także poprzez informacje przekazane jednostce przez inne osoby w celu doboru odpowiedniego zachowania przynoszącego pożądane przez osobę rozwiązanie. „Funkcja informacyjna

¹⁹⁴ Ibidem, s. 72.

¹⁹⁵ Ibidem, s. 73.

¹⁹⁶ Ibidem, s. 78–87.

pomaga jednostce między innymi w podejmowaniu decyzji, gdyż pozwala na wydobycie informacji dotyczących własnego postępowania i podjęcie takich działań w codziennym funkcjonowaniu, jakie przyniosą korzyści”¹⁹⁷. Maruszewski dodaje również, że „nie tylko pozwala na powstrzymanie działań potencjalnie szkodliwych dla jednostki, lecz także ułatwia wybór działań, które przyniosą tej jednostce korzyści. Rachunek zysków i strat wymaga sięgania do zasobów pamięci autobiograficznej. Informacje dotyczące zdarzeń pozytywnych w osobistej przeszłości, czyli tego co potencjalnie mogłoby przynieść zyski, są inaczej przechowywane niż informacje dotyczące zdarzeń negatywnych, czyli takie, które niegdyś spowodowały straty”¹⁹⁸. Kluczowy jest tutaj fakt, iż jednostki samodzielnie poddają interpretacji poszczególne wydarzenia, przypisując im zbyt duże znaczenie, a inne z kolei ignorują. Funkcja informacyjna wiąże się również z treścią wspomnień oraz możliwością ich analizy w poszukiwaniu informacji jak oraz dlaczego do pewnych zdarzeń. Taka analiza oraz treść wspomnień są ściśle powiązane z afektem człowieka, który jej dokonuje. „Myślenie o tym ‘jak’ doszło do pewnego zdarzenia, prowadzi do efektu asymilacji z bieżącym nastrojem. (...) Natomiast myśli związane z próbą udzielenia odpowiedzi na pytanie ‘dlaczego’ prowadzą do efektu kontrastu – nastrój zmienia swój znak w stosunku do znaku dawnego zdarzenia”¹⁹⁹. Wszystkie elementy zaliczające się do funkcji informacyjnej wskazują jak istotną rolę odgrywają informacje i doświadczenia z przeszłości w terażniejszości oraz jak wpływają na planowanie przyszłości.

Funkcja komunikacyjna pamięci autobiograficznej „umożliwia nawiązywanie kontaktów na podstawie wiedzy czerpanej ze wspomnień, a dotyczącej swojej tożsamości, pozycji, przeżyć”²⁰⁰. Nie wiąże się więc jedynie ze sposobem opowiadania o swojej przeszłości, ale pozwala również na opowiedzenie drogi, którą jednostka przeszła wskutek swoich doświadczeń. „Przypominanie sobie określonych fragmentów własnej przeszłości pozwala zakomunikować innym, kim się jest i jaką pozycję zajmuje się w pewnej grupie – czy to zawodowej, czy też opartej na więziach nieformalnych”²⁰¹. Tomasz Maruszewski tak podsumowuje rolę, jaką odgrywa funkcja komunikacyjna pamięci autobiograficznej: „Komunikowanie innym własnych doświadczeń umożliwia

¹⁹⁷ A. Walczak, B. Wiśniewska, Pamięć autobiograficzna, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 2011, t. 11, nr 1, s. 52.

¹⁹⁸ T. Maruszewski, Pamięć autobiograficzna..., op. cit., s. 79.

¹⁹⁹ Ibidem, s. 80.

²⁰⁰ A. Walczak, B. Wiśniewska, Pamięć autobiograficzna..., op. cit., s. 52.

²⁰¹ T. Maruszewski, Pamięć autobiograficzna..., op. cit., s. 80.

wykrycie wspólnych elementów przeszłości. Po pierwsze, ułatwia to nawiązywanie kontaktu z drugą osobą. Kiedy poznajemy nową osobę, rozmowa zaczyna się często od poszukiwania wspólnych znajomych lub wspólnych elementów osobistej historii. (...) Po drugie, jest to zazwyczaj sposób poprawiania sobie nastroju – ludzie wspólnie wspominają doświadczenia pozytywne. Czasem też wspominają zdarzenia, które niegdyś miały walencję negatywną, ale wskutek upływu czasu ten negatywny znak emocjonalny stopniowo staje się coraz mniej wyrazisty, a w końcu wspomnienie nabiera cech pozytywnych²⁰². Wiąże się zatem z dzieleniem się z innymi opowieścią o swoich przeżyciach i doświadczeniach, a także wpływa na jej nastrój. Pozwala również nabrać dystansu do negatywnych wydarzeń, co może świadczyć o wewnętrznym poradzeniu sobie z wydarzeniami, które wcześniej jednostka postrzegala jako negatywne. Umożliwia także doskonalenie umiejętności opowiadania o sobie, tworzenia własnej narracji i dzielenia się z nią z innymi.

Funkcja interpersonalna jest zbliżona do funkcji komunikacyjnej, gdyż również koncentruje się na wymianie komunikatów z innymi, jednak jej głównym zadaniem jest nawiązywanie relacji z innymi. „Funkcja interpersonalna pozwala ludziom wytwarzać, utrzymywać i kształtować silne związki. Więż taka kształtuje się między innymi dzięki rozmowom na temat wspólnie przeżytej przeszłości²⁰³. Innym aspektem owej funkcji jest również możliwość wnioskowania o właściwościach innych ludzi. Dzięki wymianie informacji o sobie i swojej przyszłości człowiek jest w stanie przewidzieć i zrozumieć zachowania innych osób. „Odwoływanie się do wspólnych doświadczeń pozwala traktować inną jednostkę jak kogoś podobnego do nas samych, Dzięki temu zachowanie tej osoby staje się dla nas przewidywalne i zrozumiałe²⁰⁴.

Funkcja motywacyjno-emocjonalna pamięci autobiograficznej związana jest z myśleniem przyczynowo-skutkowym o nabytych doświadczeniach oraz z hierarchią potrzeb człowieka. Maruszewski wskazał na dwa możliwe powiązania emocji z pamięcią autobiograficzną. Pierwszy z nich dotyczy tego „w jakich kontekstach i w jaki warunkach można się natknąć na bodźce wyzwalaające różne emocje. Pozwala to albo na unikanie pewnych emocji, albo na poszukiwanie możliwości wybudzenia u siebie określonych emocji²⁰⁵. Drugi natomiast zwraca uwagę na przywoływanie pewnych stanów

²⁰² Ibidem, s. 81.

²⁰³ A. Walczak, B. Wiśniewska, Pamięć autobiograficzna..., op. cit., s. 52.

²⁰⁴ T. Maruszewski, Pamięć autobiograficzna..., op. cit., s. 82.

²⁰⁵ Ibidem, s. 84.

emocjonalnych zapisanych w pamięci autobiograficznej oraz podjęcia pożądaných przez jednostkę działań w konfrontacji z sytuacją zbliżoną to takiej, która już pojawiła się w przeszłości. „Emocje pozytywne prowadzą do uruchomienia takich działań, o których jednostka z własnego doświadczenia wie, że podtrzymują status quo, natomiast emocje negatywne motywują jednostkę do podejmowania działań, których celem jest zmiana istniejącego stanu rzeczy – ludzie zastanawiają się nad tym, co można zrobić by go zmienić, oraz nad tym jakie działania mogą być najbardziej efektywne”²⁰⁶.

Ostatnią z funkcji pamięci autobiograficznej jest funkcja organizacyjna, która odpowiada za organizację doświadczeń jednostki, porządkując „informacje według dwóch kryteriów: kryterium ekonomii zapisu i ekonomii odtwarzania; kryterium społecznej akceptowalności. Pierwsze z nich wskazuje, iż informacje są zapisywane w formie schematów, co ułatwia proces zapisu, a następnie odtwarzania. Kryterium społecznej akceptowalności selekcjonuje informacje ze względu na treść w zależności od obowiązujących norm kulturowych”²⁰⁷. Organizacja pamięci autobiograficznej jest związana ze sposobem ujawniania informacji o sobie innym. Sposób jej organizacji pozwala dostosować się jednostce do okoliczności, w których je ujawnia, odnosząc się do kontekstu społecznego oraz dostępności do danych informacji w pamięci autobiograficznej.

Pamięć autobiograficzna odgrywa wiodącą rolę w przetwarzaniu i porządkowaniu doświadczeń człowieka. Pozwala ona na wyciąganie wniosków przyczynowo-skutkowych na podstawie własnej przeszłości, odpowiada za stosunek emocjonalny do własnych doświadczeń, a także ściśle wiąże się z teraźniejszością i przyszłością jednostki. Dostęp do wydarzeń z przeszłości, sposób ich zapisania w pamięci jest istotnym aspektem w budowaniu narracji o samym sobie, a także podejmowania decyzji mających związek z biografią człowieka. Pamięć autobiograficzna pozwala na powrót do wydarzeń znaczących w życiu człowieka oraz próbę poddania ocenie tego jak owo wydarzenie wpłynęło na życie jednostki. Pozwala także na odkrycie schematów działania, które podejmuje człowiek oraz dotarcie do sytuacji, które były ich źródłem. Należy także pamiętać, że w pamięci autobiograficznej kluczowe miejsce mają inne osoby, które swoim działaniem lub też słowami zapisały się w sposób znaczący w pamięci człowieka.

²⁰⁶ Ibidem, s. 84–85.

²⁰⁷ A. Walczak, B. Wiśniewska, *Pamięć autobiograficzna...*, op. cit., s 52.

Proces konstruowania wspomnień, zdaniem Conwaya, „jest procesem złożonym i nie przypomina prostego odtwarzania danych zapisanych w pamięci. Można powiedzieć, że to, co sobie przypominamy, stanowi amalgamat rzeczywistych zapisów pamięciowych, wniosków wyprowadzanych z wiedzy ogólnej, hipotez na temat tego, jak powinno przebiegać dane zdarzenie oraz wniosków wyprowadzonych z pytania skierowanego pod adresem pamięci. W takiej sytuacji trudno traktować przywoływanie wspomnień jako zwykłe „odpamiętywanie” rozumiane jako odwrotność zapamiętywania. Tworzenie wspomnień jest procesem złożonym, w którym odczytywanie śladów pamięciowych jest jednym z wielu elementów”²⁰⁸.

2.3. Kryzysy rozwojowe dzieci i młodzieży na tle choroby afektywnej dwubiegunowej ich rodziców

W odniesieniu do doświadczeń człowieka, których znaczenie jest mniej lub bardziej przez niego dostrzegane i interpretowane, odbywa się jego wszechstronny rozwój. Poprzez różne przeżycia wewnętrzne, ale również wydarzenia zewnętrzne kształtuje się jego osobowość oraz wykształcają się w nim określone mechanizmy działania, towarzyszące mu w różnych wydarzeniach. W ciągu biegu życia człowiek przechodzi przez różne kryzysy związane z jego rozwojem, a ich rozwiązanie buduje w nim nowe doświadczenia oraz wpływa na relacje z otoczeniem oraz samym sobą.

Autorem interesującej i obecnie popularnej propozycji wyróżnienia kryzysów rozwojowych człowieka jest Erik Erikson. Przedstawił on koncepcję ośmiu stadiów rozwoju psychospołecznego człowieka, od okresu wczesnego dzieciństwa do późnej starości, przyjmując, że jednostka przechodzi przez nie, uzyskując konkretną cnotę poprzez rozwiązanie kryzysów i obranie jednego z przeciwległych biegunów. „Każdy dylemat definiowany jest jako biegunowe przeciwności, a pomyślnie rozwiązanie każdego z nich prowadzi do wzbogacenia się o nowe ‘cnoty’, które stanowią potencjalne wartości, będące siłą człowieka”²⁰⁹. Kryzys jest kluczowym pojęciem w koncepcji Eriksona, traktowany przez niego jako nieodzowny element rozwoju, który w konsekwencji ma

²⁰⁸ T. Maruszewski, *Pamięć autobiograficzna i tożsamość...*, op. cit., s. 25.

²⁰⁹ M. Jankowska, *Sposoby rozwiązywania kryzysów w teorii psychospołecznego rozwoju E. H. Eriksona w aspekcie rozwoju człowieka i zdrowia psychicznego oraz zaburzeń w rozwoju*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, 2017, t. 32, nr 4, s. 74.

prowadzić do obrania pozytywnej bądź negatywnej cechy, umiejętności czy wartości, która będzie określała dalszy rozwój i postępowanie człowieka. „E.H. Erikson opisał w swojej koncepcji określone kryzysy występujące w poszczególnych stadiach, które w danym okresie są najbardziej charakterystyczne. Nie znaczy to, że w późniejszym okresie życia już nie mają znaczenia. To, jak każdy człowiek poradzi sobie z nimi, kształtuje jego ego, czyli osobowość. Kryzys rozumiany jest w tej teorii jako konieczność wypracowania nowych form przystosowania się do środowiska oraz realizacji swoich potrzeb i potrzeb innych ludzi, a także określa sposób funkcjonowania w relacjach i realizowania samego siebie”²¹⁰.

Erikson wyróżnił następujące stadia rozwojowe oraz cnoty podstawowe wynikające z ich prawidłowego przebiegu:

- podstawowa ufność vs. podstawowa nieufność, gdzie wartością stanowiącą osiągnięcie danego stadium rozwojowego jest nadzieja;
- autonomia vs. wstyd i zwątpienie oraz wola jako spodziewany efekt tego stadium rozwojowego;
- inicjatywa vs. poczucie winy, gdzie prawidłowym rozwiązaniem tego kryzysu jest cnota stanowczości;
- pracowitość vs. poczucie niższości, gdzie rezultatem pozytywnego rozwiązania kryzysu jest cnota kompetencji;
- tożsamość vs. niepewność roli, a cnotą powstałą tu w wyniku pozytywnego rozwiązania konfliktu jest wierność i zdolność do podejmowania zadań;
- intymność vs. izolacja, gdzie cnotę stanowi miłość;
- kreatywność vs. stagnacja oraz cnota tego etapu czyli troska;
- integralność ego vs. rozpacz i rozgoryczenie, gdzie prawidłowym rozwiązaniem tego kryzysu jest cnota będąca mądrością²¹¹.

W pierwszych etapach rozwoju kluczową rolę odgrywa środowisko rodzinne, które odpowiada za przygotowanie dzieci do uczestnictwa w życiu społecznym, a także rozwój podstawowych umiejętności związanych z rozwojem fizycznym oraz intelektualnym.

W kontekście obszaru zainteresowania, jakim są konsekwencje biograficzne, wynikające z wychowywania się w rodzinach z rodzicami z zaburzeniami rozwoju, kluczowe wydaje

²¹⁰ Ibidem, s. 73.

²¹¹ E. H. Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań 2000, s. 257–281.

się być zatem przeanalizowanie kryzysów rozwojowych człowieka w ujęciu Eriksona, koncentrując się zwłaszcza na okresie, w którym odbywa się proces wewnątrzrodzinnego wychowania.

Pierwszym stadium rozwoju psychospołecznego jest okres niemowlęstwa. Człowiek staje wówczas przed pierwszym kryzysem rozwojowym – pomiędzy ufnością a podstawową nieufnością. Kluczową rolę na tym etapie rozwoju odgrywają opiekunowie dziecka (według autora szczególne znaczenie ma tu matka), którzy odpowiadają za opiekę nad dzieckiem oraz zaspokajanie jego podstawowych potrzeb. „Ufność wynosi dziecko ze swych najwcześniejszych doświadczeń, nie zależy od ilości otrzymywanego pokarmu czy okazywania mu miłości, lecz raczej od jakości związku z matką. Matka wytwarza u dziecka poczucie ufności za pomocą takiego postępowania, które łączy czułą troskę i dbałość o potrzeby dziecka z mocnym poczuciem osobistej odpowiedzialności w granicach zaufania zakreślonych przez styl życia w kulturze, do której oboje należą”²¹². Zachowania opiekunów, mające na celu reagowanie na potrzeby dziecka, wyrażane poprzez sygnały niewerbalne lub werbalne, mają znaczenie dla kształtowania się u niego postawy ufności czyli poczucia, że jego potrzeby zostaną usłyszane oraz zaspokojone. Ufność jest naturalnym mechanizmem, z którym rodzi się człowiek, ale o jego dalszym rozwoju bądź zatraceniu decyduje sposób i jakość sprawowanej nad nim opieki. „Warunkiem ukształtowania się u dziecka nadziei jest to, aby od początku miało ono do czynienia z godnymi zaufania, opiekuńczymi rodzicami, którzy są wrażliwi na jego potrzeby i dostarczają mu doświadczeń przynoszących zadowolenie”²¹³. Brak owego zaufania do opiekunów, poczucie niezrozumienia potrzeb oraz pozostawienie bez opieki ma liczne konsekwencje dla rozwoju człowieka. „Bez zaufania noworodek nie byłby w stanie przetrwać. Oznacza to, że każdy żywy człowiek posiada zaufanie, a co za tym idzie, także pewne poczucie nadziei. Zaufanie stanowi potwierdzenie nadziei, która chroni nas przed wszystkimi próbami i tzw. wyzwaniem życia. Chociaż przetrwanie byłoby niełatwe bez choćby odrobiny nieufności mającej za zadanie nas chronić, to znaczny brak zaufania jest w stanie skazić wszystkie aspekty naszego życia i pozbawić nas miłości i przyjaźni ze strony innych ludzi”²¹⁴. Ufność ukształtowana w okresie

²¹² Ibidem, s. 259.

²¹³ J. Jarczyńska, Kryzysy psychospołeczne, oddziaływania rodzicielskie a osiągnięcie tożsamości w świetle teorii rozwoju psychospołecznego E. Eriksona, (w:) M. Deptuła (red.), Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej, Bydgoszcz 2005, s. 141.

²¹⁴ E. H. Erikson i J. M. Erikson, Dopełniony cykl życia, tłum. C. Matkowski, Gliwice 2011, s. 127.

niemowlęstwa w dalszym biegu życia warunkować zatem będzie wiarę w samego siebie, a nadzieja, która jest cnotą w omawianym stadium pozwala na utrzymanie poczucia, że jednostka jest w stanie poradzić sobie z problemami oraz wiary we własne możliwości. „Według E. H. Eriksona podstawowa ufność kształtuje się zaraz po urodzeniu dziecka do około drugiego roku życia i ma decydujący wpływ na życie człowieka, ponieważ warunkuje ukształtowanie się określonych cech osobowości. Liczne badania psychologów wykazały, że jeżeli pierwsze poczucie ufności, wynikające z interakcji z najbliższymi jest słabe, to wówczas zachwiany zostaje stosunek jednostki do samego siebie, do otoczenia i świata”²¹⁵. W omawianej koncepcji ufność bądź podstawowa nieufność ma duże znaczenie, ponieważ jego pokonanie warunkuje późniejsze relacje z rodzicami, a istotne znaczenie w jego pozytywnym pokonaniu mają opiekunowie człowieka, kształtując w nim mechanizmy zachowań, które ujawniać się będą w jego dalszych kontaktach międzyludzkich. „Konflikt psychospołeczny dotyczy tego, jaka tendencja w zachowaniu dziecka ma się zaznaczyć. Czy podtrzymana zostanie naturalna wszystkim żywym organizmom tendencja do ufania otoczeniu, czy przekształci się ona w nieufność. Każdy z wariantów tworzy inną podstawę do rozwoju własnej aktywności: otwartości na nie vs obrony przez nim, wycofania się z niego np. w stany schizoidalne, depresje. Podtrzymanie pierwotnej ufności związane jest z wytworzeniem się wewnętrznej pewności co do możliwości realizacji swoich pragnień w świecie i możliwości rozwijania swojej tego dotyczącej aktywności. Ta pewność jest, według Eriksona, konsekwencją przewidywalności zarówno siebie jako biorecy, jak i dawców. To poczucie stanowi bazę dla rozwoju pewności siebie i świata, przewidywalności oraz motyw doskonalenia swoich sposobów kontroli siebie i otoczenia. Nie ma tu bezwzględnie dobrego rozwiązania, w środowisku godnym zaufania ufność jest uzasadniona, w środowisku niegodnym jest nieuzasadniona”²¹⁶.

Analiza specyfiki choroby afektywnej dwubiegunowej oraz funkcjonowania człowieka, który się z nią mierzy, ujawnia, że opiekunowie dziecka, którzy w pierwszych miesiącach jego życia cierpią z powodu swojej choroby mogą mieć trudności ze sprawowaniem odpowiedniej i jakościowej opieki nad swoimi dziećmi. Szereg zachowań i postaw charakterystycznych dla osób doświadczających zaburzeń nastroju przy

²¹⁵ M. Jankowska, Sposoby rozwiązywania kryzysów..., op. cit., s. 50.

²¹⁶ B. Smykowski, Psychologia kryzysów w kulturowym rozwoju dzieci i młodzieży, Poznań 2012, s. 148–149.

jednoczesnym braku drugiego rodzica lub jego małego zaangażowania w opiekę nad niemowlęciem może w konsekwencji skutkować wykształceniem się u wychowywanego przez nich dziecka poczucia podstawowej nieufności. Pojawiająca się w epizodach choroby afektywnej dwubiegunowej depresja często wiąże się z obniżeniem ogólnej aktywności życiowej, poczuciem wysokiego zmęczenia oraz zubożeniem wobec innych osób. „Matki depresyjne zwykle są mniej empatyczne, reaktywne i ciepłe, a bardziej karzące i negatywnie nastawione do dziecka”²¹⁷. Podobne trudności ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem mogą wystąpić podczas epizodu maniakalnego, kiedy to osoba chora jest silnie zaabsorbowana głównie sobą oraz własnymi potrzebami. Również drażliwość charakterystyczna dla funkcjonowania w czasie manii może powodować złość kierowaną w stronę dziecka oraz niezrozumienie jego potrzeb i niewłaściwe odpowiadanie na nie. Warto również wspomnieć o przeplataniu się epizodów depresji i manii w chorobie afektywnej dwubiegunowej, które mogą wywołać u małego dziecka silne poczucie nieufności spowodowane różnymi reakcjami rodzica na zachowanie dziecka. Takie zaburzenia jednego rodzica mogą zatem, przy braku zaangażowania drugiego, przyczynić się na tym etapie rozwoju psychospołecznego do nie poradzenia sobie przez dziecko z kryzysem rozwojowym. Rodzicielskie trudności w nawiązywaniu interakcji i relacji z dzieckiem, niezrozumienie oraz brak reakcji na jego potrzeby może wynikać ze specyfiki epizodu choroby afektywnej dwubiegunowej, z którym mierzy się rodzic, a w konsekwencji może wywołać komplikacje w rozwoju psychospołecznym dziecka. „Dziecko mające do czynienia z rodzicami, którzy nie są wrażliwi na jego potrzeby i nie dostarczają mu doświadczeń niosących zadowolenie, nie odczuwa zażyłości z rodzicami, a tym samym poczucia zaufania do nich. Skutkiem tego jest nieosiągnięcie przez nie stanu akceptacji dla bliskich osób, otoczenia zewnętrznego i samego siebie. Środowisko dziecka, które cechuje niekonsekwencja oraz brak ciągłości powoduje, że dziecko nie może ufać rodzicom oraz na nich polegać”²¹⁸.

Drugi etap rozwoju psychospołecznego w ujęciu Eriksona kształtuje się we wczesnym dzieciństwie i określany jest na około 2-3 rok życia. Kryzys w tej fazie dotyczy rozwoju poczucia wstydu i zwątpienia vs. autonomii, którego pozytywne rozwiązanie stanowi wola. Erikson, wskazując związek pomiędzy pierwszym a drugim stadium rozwoju, zauważał, że „wykształcona w okresie niemowlęctwa nadzieja zawiera pewien

²¹⁷ T. L. Tyra, *Depresyjni rodzice...*, op. cit., s. 328.

²¹⁸ J. Jarczyńska, *Kryzysy psychospołeczne...*, op. cit., s. 142.

element wolnej woli, który na razie, co prawda, nie może być przedmiotem kryzysu, ale staje się nim z chwilą wejścia w fazę wczesnego dzieciństwa, kiedy to dochodzi do formalnego kształtowania się siły woli”²¹⁹. Błażej Smykowski podkreślał również fakt, że „pojawiająca się w pierwszej połowie drugiego roku samoświadomość własnej autonomii konfrontowana jest z nasilającym się treningiem czystości, co może nasilać u dziecka poczucie łamania początkującej autonomii i w konsekwencji gwałtowny bunt i sprzeciw. Życie społeczne wymaga poświęcenia części swojej autonomii, ale jeśli żądanie to jest zbyt wczesne lub zbyt silne, może prowadzić do zwątpienia, że jest wśród otaczających ludzi miejsce na jej wyrażanie i rozwój. Wynikająca z wcześniejszych doświadczeń ufność do siebie i świata musi w tym okresie zostać potwierdzona możliwością dokonywania wyborów”²²⁰. Jest to zatem etap, w którym korzystając z wiedzy zdobytej na wcześniejszym etapie, kształtuje się osobowość dziecka oraz poczucie własnej sprawczości. Podobnie jak w pierwszym etapie rozwoju istotną rolę odgrywa tu system rodzinny, a szczególnie rodzice, którzy swoimi działaniami wpływają na sposób ukształtowania się autonomii ich dziecka bądź też budować w nim poczucie wstydu i zwątpienia w podejmowane przez siebie działania. „W tej fazie dziecko pod wpływem otoczenia i interakcji z nim, przede wszystkim z rodzicami, uczy się swoich praw, zasad zachowania, obowiązków, pewnej dozy samodzielności w działaniu, przywilejów, staje przed tym, czego środowisko, w którym żyje, od niego wymaga. W tej fazie następuje widoczne zwiększenie aktywności dziecka, które z jednej strony implikuje doświadczenie własnej woli, samodzielności i niezależności, a nawet walkę o autonomię (jest to tzw. dziecięcy negatywizm) i konieczność samokontroli, a z drugiej zaś doświadcza uzależnienia od otoczenia, do tego stopnia, że pojawia się konieczność zaakceptowania kontroli ze strony innych osób z otoczenia”²²¹. Okres wczesnego dzieciństwa jest etapem intensywnego rozwoju jednostki w wielu aspektach, która powinna nabyć wówczas podstawowe umiejętności samoobsługowe oraz poznawcze, a także te dotyczące własnych odczuć i emocji, co mogą wspomagać zadania odpowiednio dobrane przez rodziców, a także utrwalone przez nich schematy zachowań i reagowania na sytuacje. „Dziecko uczy się czego się oczekuje od niego, jakie są jego obowiązki, przywileje i ograniczenia. W tym okresie życia rozwija się u niego

²¹⁹ E. H. Erikson, J. M. Erikson, *Dopełniony cykl życia...*, op. cit., s. 96.

²²⁰ B. Smykowski, *Psychologia kryzysów...*, op. cit., s. 156.

²²¹ M. Jankowska, *Sposoby rozwiązywania...*, op. cit., s. 51.

konieczność samokontroli oraz konieczność zaakceptowania kontroli ze strony innych osób

w środowisku, które stanowią podłoże do ukształtowania się poczucia autonomii oraz poczucia bycia osobą zdolną i wartościową”²²².

Podobnie zatem jak w pierwszym omówionym etapie rozwoju i w tym przed rodzicami stoi szereg wyzwań i zadań, które dzięki ich działaniom oraz miłości i wsparciu pomogą dzieciom przejść przez drugi kryzys rozwojowy, wykształcając w nim pożądane cechy osobowości. Jolanta Jarczyńska zauważyła, że często rodzice w omawianym etapie stosują różne strategie wpływu na dziecko, niosące ze sobą określone dla niego konsekwencje: „Rodzice często w celu okiełznania samowoli dziecka wykorzystują skłonność do doznawania wstydu, zaś w celu szybkiego rozwoju dziecka zachęcają je do szybkiego rozwijania poczucia autonomii. Niebezpieczeństwem tej fazy rozwoju jest poczucie niedoskonałości, które powoduje u dziecka poczucie wstydu i zwątpienia w siebie. (...) Innym podłożem, na którym kształtuje się u dziecka poczucie niedoskonałości są niewłaściwe restrykcyjne zachowania rodziców (najbliższego otoczenia) wobec dziecięcych reakcji”²²³. Maria Jankowska opisała natomiast szereg działań, które powinni podejmować rodzice, dążąc do pozytywnego rozwiązania konfliktu rozwojowego swoich dzieci na tym etapie: „Dziecku potrzebna jest pochwała rodziców w każdym przypadku sukcesu. (...) Nie trzeba jednak, by rodzice biegli z pomocą dziecku w każdym przypadku, np. gdy się lekko uderzy. Dziecko w miarę swych możliwości powinno sobie samodzielnie z tym radzić, a rodzic interweniować jedynie wtedy, gdy możliwości dziecka zawiodły i staje się ono bezradne wobec wyzwań jego dziecięcego życia. W wyniku takiego oddziaływania rodziców i otoczenia dziecko nie tylko uczy się wykonywać codzienne czynności, ale także nabywa ważne cechy cierpliwości, wytrwałości w dążeniu do celu, które w dorosłym życiu są bardzo istotne w codziennym funkcjonowaniu. (...) Rodzice jako najbliższe dziecku osoby z otoczenia społecznego mają w obowiązku wpoić swojemu potomstwu instytucjonalną zasadę ‘prawa i obowiązku, aby dziecko dążyło do autonomii własnego ‘ja’ ze świadomością i poszanowaniem zakazów i ograniczeń, których wymaga od niego otoczenie”²²⁴. Wycofanie z relacji z dzieckiem, zubożenie wobec jego osiągnięć,

²²² J. Jarczyńska, Kryzysy psychospołeczne..., op. cit., s. 143.

²²³ Ibidem, s. 143-144.

²²⁴ M. Jankowska, Sposoby rozwiązywania..., op. cit., s. 52.

ograniczone możliwości reakcji na zachowania w wyrażaniu własnej autonomii dziecka może cechować rodziców, którzy mierzą się z epizodem depresyjnym. Osoba dotknięta depresją „może być tak zaabsorbowana swoim stanem wewnętrznym, że nie będzie w stanie odczytywać i reagować na sygnały od dziecka, co zakłóca jej ogólną zdolność do bycia emocjonalnie dostępną”²²⁵. Z drugiej strony przy epizodzie maniakalnym rodzica może on charakteryzować się takimi postawami wobec dziecka jak: brak lub mała cierpliwość dla zachowań dziecka, nadmierny krytycyzm wobec niego, częste zawstydzanie dziecka bądź też brak zainteresowania dzieckiem. Dodatkowo w tym etapie rozwoju psychospołecznego, a w konsekwencji rozwoju osobowości istotne są zasady, prawa i obowiązki, które dziecko powinno przyswoić. Ten aspekt również może być utrudniony przez objawy zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodziców, które nie sprzyjają zapoznaniu się dziecka z zasadami i zadaniami stawianymi przed nim przez częstą zmienność decyzji lub całkowitą obojętność wobec nich ze strony rodziców dotkniętych tymi zaburzeniami. W omawianym konflikcie rozwojowym istotne są również postawy rodziców. „Rozwój i przezwyciężanie kryzysu autonomii mogą być wspomagane przede wszystkim przez dorosłych opiekunów, którzy sami wykazują postawy niezależne, autonomiczne i w sposób rozumny, cierpliwy, akceptujący i kochający dziecko stwarzają mu możliwość eksperymentowania z otoczeniem i samym sobą, stawiając mu zarazem właściwe ograniczenia i granice”²²⁶. Przyjęcie takich postaw korzystnych dla rozwoju autonomii dziecka może stanowić trudność dla osób mierzących się z ChAD. Ze względu na ich specyfikę trudno mówić o postawie niezależności w epizodzie depresyjnym, jak i o cierpliwości w zaburzeniach maniakalnych. Istotna jest tutaj oczywiście rola drugiego rodzica, który swoją postawą jest w stanie kompensować pewne zachowania drugiego rodzica oraz odpowiednio jest wzmacniać, jednak mając na uwadze systemowe rozumienie rodziny wydaje się być to mocno utrudnione.

Następy kryzys rozwojowy w ujęciu Eriksonowskim przypada na wiek przedszkolny (4-6 rok życia) i dotyczy on konfliktu pomiędzy inicjatywą vs poczuciem winy, który w wyniku pozytywnego rozwiązania ukształtuje cnotę stanowczości, rozumianą również jak zdecydowanie bądź cel. „Dziecko wchodzi tu w kolejną fazę rozwoju psychospołecznego wraz z osiągnięciem odpowiedniego poziomu rozwoju fizycznego, motorycznego, psychicznego i społecznego. Wówczas jest w stanie

²²⁵ T. L. Tyra, *Depresyjni rodzice...*, op. cit., s. 328.

²²⁶ M. Jankowska, *Sposoby rozwiązywania...*, op. cit., s. 52-53.

podejmować różnego typu inicjatywy i działania, rozwijać swoje umiejętności i uczyć się odpowiedzialności za podjęte formy aktywności. Dziecko pod wpływem otoczenia spostrzega różne interesujące dla niego możliwości uczestniczenia w życiu społecznym, rozwija zdolność samoobserwacji i kierowania sobą, przejawia coraz większą inicjatywę w działaniu. Pragnie więc samodzielnie wymyślać zabawy, podejmować czynności pomagania w pracach rodziców, w domu i poza nim²²⁷. Jest to zatem okres inicjatywny i różnych aktywności dziecka, które dzięki swojej naturalnej ciekawości świata i jego wnikliwej obserwacji chce samodzielnie podejmować interesujące go aktywności. „To stadium życia jest wiekiem inicjatywy, rozwoju umiejętności i odpowiedzialności. Dziecko w tym wieku jest chętne do nauki i dąży do zwiększenia zakresu swoich obowiązków i dokonań, dlatego też przejawiana przez nie inicjatywa w połączeniu z autonomią zapewnia dziecku zdolność realizowania i planowania zadań oraz ustalania celów²²⁸. Wiek przedszkolny charakteryzuje się również zwiększeniem liczby kontaktów z rówieśnikami oraz poznaniem nowych osób spoza kręgu rodziny. Uczestnictwo w nowym środowisku, jakim jest dla dziecka przedszkole, wymaga nowych umiejętności społecznych oraz wiąże się z konfrontacją dotychczasowych norm i zasad z inną dla niego rzeczywistością. Erikson, opisując ten fakt, zauważył, że dziecko z natury ma w sobie „chęć i możliwości robić coś we współpracy z innymi, współdziałać z innymi dziećmi w celach konstruowania i planowania oraz pragnie czerpać jak najwięcej od nauczycieli i gorliwie naśladować idealne wzory²²⁹. Błażej Smykowski rozwinął istotę kryzysu rozwojowego w trzecim stadium rozwoju, zauważając, że: „Kryzys pojawia się wtedy, kiedy dziecko z różnych powodów nie może opanować środków działania, które pozwalają na rozpoznanie, jaki zakres własnej inicjatywy, w jakiej sytuacji społecznej jest możliwy. Dziecko nie ufając sobie, co wynika z tego, że nie zna siebie, a obawia się tego, że to, co sobie wyobraża na swój temat może być prawdą, wycofuje się z rzeczywistych działań. Uciekając przed rzeczywistością w świat, który sobie wyobraziło, pogłębia jeszcze bardziej swoje jej niezrozumienie²³⁰. Maria Jankowska podkreśliła, że rola środowiska, w tym szczególnie rodziców, jest niezwykle istotna w procesie budowania własnej inicjatywy przez dziecko: „Następuje tu także zderzenie

²²⁷ M. Jankowska, Sposoby rozwiązywania..., op. cit., s. 53.

²²⁸ J. Jarczyńska, Kryzysy psychospołeczne..., op. cit., s. 147, za: C. S. Hall, G. Lindzey, Teorie osobowości Warszawa 2001, s. 43.

²²⁹ E. H. Erikson, Dzieciństwo i społeczeństwo..., op. cit., s. 268-269.

²³⁰ B. Smykowski, Psychologia kryzysów..., op. cit., s. 163.

własnego autonomicznego zachowania dziecka z autonomicznym zachowaniem innych ludzi. Pojawia się niezgodność interesów, a dziecko jako słabsze i mniejsze od dorosłego człowieka najczęściej w tych konfrontacjach przegrywa. Jeśli w dodatku nie jest wspomagane przez otoczenie podejmowanych przez siebie działaniach, a wręcz krytykowane za nieudane próby poradzenia sobie, np. w jeździe na rowerku czy deskorolce, albo przejawianej chęci pomocy w codziennych czynnościach, to pojawia się frustracja, poczucie winy i niemocy, chęć wycofania się z podjętej aktywności. Powstaje więc konflikt pomiędzy inicjatywą a poczuciem winy²³¹. Rodzice zatem wciąż w sposób aktywny i istotny wpływają na pozytywne bądź negatywne rozwiązanie tego konfliktu rozwojowego. Wiązać się to będzie również ze wcześniejszą jakością relacji z dzieckiem, gdyż właśnie na tym etapie rozwoju powstawać będą pierwsze istotne konflikty rodziców z dzieckiem. „Czasowe traktowanie przez dziecko rodzica jako wroga i rywala jest nieuniknione. Dorosły dla dziecka w wieku przedszkolnym musi stać się źródłem frustracji, ograniczeń, nakazów i zakazów. Więzy dziecka z rodzicem musi w wieku przedszkolnym przetrwać tę trudną próbę. Jej wcześniej wytworzona jakość musi gwarantować dziecku zachowanie uczucia miłości do rodzica, mimo, że czasowo staje się on dla niego źródłem licznych ograniczeń i frustracji. Dorosły wprowadzający ograniczenia dostępu do przedmiotów musi być więc przez dziecko kochany i szanowany oraz musi umieć nauczyć je tego, co pozwoli mu uzyskać dostęp do przedmiotów. Kiedy te dwa warunki nie są możliwe do spełnienia, pojawia się ryzyko, że dziecko zacznie spostrzegać dorosłego jak wroga i zamiast z nim współpracować, zacznie z nim rywalizować. Niebezpieczeństwem tego okresu jest więc wytworzenie się i późniejsze utrwalenie się wrogiego czy rywalizującego stosunku dziecka do rodzica²³².

Przed rodzicami dzieci w wieku przedszkolnym stoi zatem szereg wyzwań, którym sprostanie mogą utrudniać zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Jolanta Jarczyńska wskazywała na trzy podstawowe warunki działań i postaw, które powinni przejawiać rodzice, aby dziecko przejawiało inicjatywę w działaniu oraz ukształtowało orientację na cele. Po pierwsze „rodzice muszą odpowiednio reagować na potrzeby dziecka, dobierać właściwe typy postępowania (niestosować zbyt rygorystycznych

²³¹ M. Jankowska, Sposoby rozwiązywania..., op. cit., s. 52-53.

²³² B. Smykowski, Psychologia kryzysów..., op. cit., s. 164.

kar)²³³. Warunek ten jest zbliżony do zadań rodziców w poprzednich etapach, jednak warto zwrócić uwagę na fakt, iż charakterystyczne dla rodzicielstwa osób z zaburzeniem afektywnymi jest „niekonsekwencja w używaniu środków dyscyplinujących, częste stosowanie kar słownych i fizycznych, kontrola zachowań dzieci poprzez wywoływanie poczucia winy i lęku, mniejsza tolerancja, skąpe okazywanie ciepła rodzicielskiego”²³⁴, co z całą pewnością może utrudnić odpowiednie reagowanie na potrzeby dziecka oraz dobór stosownego postępowania w konfrontacji z inicjatywą dziecka. Drugim |z podstawowych zadań stojących przed rodzicami jest konieczność wsparcia i rozwoju inicjatywy „poprzez organizowanie mu uczestnictwa w różnych zabawach naśladowczych, grach, czy też poprzez czytanie bajek”²³⁵. Specyfika zaburzeń afektywnych dwubiegunowych również może generować trudności, które mogą się pojawić u chorego rodzica z realizacją tychże zadań. Wycofanie się z aktywności społecznej, poczucie chronicznego zmęczenia lub też poczucie niezadowolenia z własnych działań są przykładami funkcjonowania osoby w epizodzie depresyjnym, które mogą utrudniać angażowanie i inicjowanie aktywności wspierających rozwój swoich dzieci. Tomasz Tyra zauważył, że „matki depresyjne mogą być mniej wrażliwe na potrzeby rozwojowe swoich dzieci niż matki zdrowe. Stwierdzono bowiem, że matki depresyjne zachowują się w stosunku do nich w bardziej negatywny i wrogi sposób niż matki zdrowe lub wręcz wycofują się z interakcji z dzieckiem”²³⁶. Sytuacja nieco odmiennie może wyglądać w epizodzie maniakałnym, kiedy to człowiek ma silne poczucie inicjatywy i zmiany, przez co może chcieć zaangażować się w aktywności i zabawy z dzieckiem. Należy jednak pamiętać, że osoby takie są drażliwe i często w sposób nieodpowiedni okazują swoje niezadowolenie lub mogą stawiać dziecku zbyt duże oczekiwania, co w konsekwencji może prowadzić do zawstydzania dziecka i kształtować u niego poczucie winy z powodu niesprostania oczekiwaniom rodzica. Ostatnim zadaniem rodziców wskazanym przez Jarczyńską jest konieczność rozwijania u dziecka zdecydowania, które jest „odwagą do rozpatrywania i osiągnięcia cenionych celów, niezahamowaną przez klęskę infantylnych fantazji, poprzez poczucie winy ani przez obezwładniających strach przed karą”²³⁷. W realizacji tego zadania również mogą

²³³ J. Jarczyńska, Kryzysy psychospołeczne..., op. cit., s. 148.

²³⁴ T. L. Tyra, Depresyjni rodzice..., op. cit., s. 329.

²³⁵ J. Jarczyńska, Kryzysy psychospołeczne..., op. cit., s. 148.

²³⁶ T.L. Tyra, Depresyjni rodzice..., op. cit., s. 328.

²³⁷ J. Jarczyńska, Kryzysy psychospołeczne..., op. cit., s. 148 za: C.S. Hall, G. Lindzey, Teorie osobowości..., op. cit., s. 5.

pojawić się trudności wynikające z wcześniej wskazanych zachowań rodzica wynikających z ChAD. Warto zwrócić uwagę także na dziecięcy strach przed karą, co może szczególnie utrudniać rozwój decyzyjności u dzieci, zwłaszcza mając na uwadze nieadekwatność i brak konsekwencji w stosowaniu pochwał i kar przez chorych rodziców. Istotne wydaje się być również dopowiedzenie, że w omawianym stadium znaczenie ma również płeć rodzica, gdyż w tym etapie rozwojowym następuje identyfikacja dziecka ze swoją płcią oraz wnikliwa obserwacja rodzica tej płci, z którą dziecko się utożsamia. Erikson zauważał, że dziecko wprowadzie „utożsamia się z rodzicem tej samej płci, ale na razie poszukuje okazji, w których codzienna identyfikacja zdaje się zapewniać inicjatywie pole bez zbyt licznych konfliktów dziecięcych lub poczucia winy”²³⁸. Ta identyfikacja z rodzicem tej samej płci, zwłaszcza gdy mierzy się on z epizodem choroby afektywnej dwubiegunowej, okazuje się mieć istotne znaczenie dla rozwoju psychospołecznego dziecka. Potwierdza to Tomasz Tyra, który zauważył, że „u chłopców mających depresyjnego ojca mogą w przyszłości wystąpić braki w przystosowaniu społecznym, uwidaczniające się najbardziej w stawianiu i realizowaniu – często niezbyt udanych – celów życiowych, osiągnięciu sukcesów zawodowych i rodzinnych”²³⁹. Brak inicjatywy ojca (ale również matki) w aktywności z dzieckiem oraz obserwacja przez dziecko jego pasywnej postawy życiowej na tym etapie może zatem mieć wpływ na jego późniejszy brak inicjatywy i zdecydowania w realizacji własnych celów.

Stadium rozwojowe obejmujące młodszy wiek szkolny, czyli ok. 6-12 rok życia, dotyczy konfliktu pracowitości i poczucia niższości, a rezultatem jego pozytywnego rozwiązania jest cnota kompetencji. Erik Erikson opisuje, że w tej fazie rozwoju „dziecko rozwija w sobie przemyślność i pracowitość – tzn. dopasowuje się do obcych praw rządzących światem narzędzi i instrumentów. Doprowadzenie czynności wytwarzania do końca stanowi cel, który stopniowo wypiera zachcianki i pragnienia związane z zabawą. Granice ego poszerzają się teraz o narzędzia i umiejętności: zasada pracy uczy dziecko czerpać przyjemności z ukończenia pracy, co osiąga się dzięki wytężonej uwadze i wytrwałości”²⁴⁰. W tym stadium istotne jest zatem kształtowanie u dziecka pozytywnego stosunku do zdobywania nowej wiedzy czy umiejętności, jak również

²³⁸ E. H. Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo...*, op. cit., s. 269.

²³⁹ T. L. Tyra, *Depresyjni rodzice...*, op. cit., s. 330.

²⁴⁰ E. Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo...*, op. cit., s. 270.

zachęcanie i wspieranie dzieci w dążeniu do osiągnięcia doskonałości w swoich zainteresowaniach. Maria Jankowska zauważyła również: „W tym wieku niezwykle znaczącą siłą jest poznanie własnych kompetencji, sprecyzowanie w czym dziecko jest dobre, co lubi, jakie umiejętności zdobyło, co go zaczyna interesować, a także jakie role społeczne mogłoby pełnić w życiu”²⁴¹. Ponadto w omawianym okresie następuje ukształtowanie się stosunku dziecka do szeroko rozumianej pracy oraz rozumienie ról społecznych. Dziecko rozwija swoją sprawczość oraz kompetencje społeczne współpracując z innymi. Buduje się jego kreatywność w szukaniu nowych rozwiązań oraz motywacja do próbowania nowych rzeczy. „W tym czasie, poprzez możliwość wykonywania pracy indywidualnie i w zespole, rozwijają się wyobrażenia dziecka dotyczące podziału pracy i równych szans w dostępie do pełnienia wartościowych ról w społeczeństwie. Przekonanie o przyszłych możliwościach motywuje dziecko w tym wieku do wysiłku nastawionego na opanowanie podstawowych instrukcji pełnienia ról, technologii i środków służących jak najlepszemu wywiązywaniu się z nich. Dziecko w wieku szkolnym chce być czymś zajmowane i chce się zajmować innymi. Poprzez przyglądanie się, a potem praktykowanie uczy się tego, jak rzeczy są zrobione i jak się je robi”²⁴². Konflikt rozwojowy koncentruje się tutaj pomiędzy poczuciem niższości, które powstaje w wyniku braku motywacji do pokonania trudności lub opanowania nowej wiedzy a pracowitością, czyli „poczucia własnej kompetencji, co możliwe jest dzięki doświadczaniu przez dziecko poczucia produktywności, które oparte jest na potwierdzaniu własnej przydatności do wykonywania różnych obowiązków i czerpania przydatności z ukończonej pracy”²⁴³. Błażej Smykowski zauważył również, że konflikt tego wieku „dotyczy dążenia do bycia (...) użytecznym, zdolności wykonywania rzeczy i robienia tego dobrze, a nawet perfekcyjnie, panowania nad doświadczoną rzeczywistością i możliwości realizacji tego dążenia. Doświadczane w tego typu sytuacjach poczucie niższości może motywować do pokonywania trudności, być źródłem podstawowej dla tego okresu siły życiowej, jaką jest kompetencja panowania nad rzeczywistością i dzielenia z innymi aktualności, ale i przyczyną poważnego kryzysu”²⁴⁴. Znalazienie odpowiedniej równowagi pomiędzy pracowitością a poczuciem niższości pozwala pozytywnie pokonać kryzys rozwojowy i uzyskać cnotę kompetencji, którą

²⁴¹ M. Jankowska, Sposoby rozwiązywania..., op. cit., s. 52-53.

²⁴² B. Smykowski, Psychologia kryzysów..., op. cit., s. 170.

²⁴³ J. Jarczyńska, Kryzysy psychospołeczne..., op. cit., s. 150.

²⁴⁴ B. Smykowski, Psychologia kryzysów..., op. cit., s. 171.

„jednostka osiąga poprzez gorliwą pracę i wykonywanie zadań, które pozwalają jej osiągnąć w przyszłości poczucie fachowości, bez którego czułaby się ona kimś gorszym”²⁴⁵. Należy także wspomnieć o tym, że właśnie w tym stadium dziecko zostaje wdrożone w świat, w którym jego praca podlega ocenie, a to – w zależności od przebiegu rozwoju w poprzednich fazach – może wpływać na jego psychikę i wpływać na kontakty z nauczycielem, rówieśnikami, jak również z rodzicami.

Znaczącą rolę we wspieraniu dziecka w prawidłowym rozwoju mają tutaj nauczyciele, jednak postępowanie rodziców jest również ważne. Stawianie przed dzieckiem nadmiernych wymagań albo pobłażliwość i niekonsekwencja rodziców mogą negatywnie wpłynąć na kształtowanie u dziecka pracowitości, a w konsekwencji także na jego poczucie kompetencji. „Rodzice mają tu bardzo ważne zadanie uczyć dziecko wykonywania czynności, pomagać, a jeśli potrzeba, to nawet uczestniczyć w początkowym okresie edukacji, nauczyć je dobrych nawyków, (...) z czasem pozwalać na coraz większą samodzielność w tym względzie, by ukształtowała się w nich odpowiedzialność, autonomia, przyczyniając się tym samym do wzrostu ich kompetencji. Przygotowanie dziecka do życia odnosi się do nauki w szkole, a także wdrażania dziecka do obowiązków domowych, zajęć sportowych i gier zespołowych. Zbyt ostra krytyka, niedocenianie i wyśmiewanie jego wysiłków rodzi w nim poczucie niższości, które może utrudniać swobodne korzystanie ze swej zręczności i inteligencji i prowadzić do ogólnego poczucia braku kompetencji”²⁴⁶. Choć zdawać się może, że rola rodziców w owej fazie zostaje nieco zmniejszona na rzecz nauczycieli i rówieśników, to przed rodzicami wciąż stoi zadanie wspierania dziecka w uczeniu się nowych rzeczy oraz motywowania go do zdobywania nowych umiejętności. Uwzględniając zaburzenia afektywne dwubiegunowe rodziców na tym etapie rozwoju dzieci oraz trudności, które mogą się z nimi wiązać we wspieraniu dzieci w pokonaniu kryzysu rozwojowego, warto przybliżyć wyniki badań dotyczących rozwoju poznawczego, który w tym etapie istotnie wpływa na pozytywne rozwiązanie kryzysu rozwojowego. „Badania z kręgu teorii poznawczych wskazują, iż istnieje podobieństwo pomiędzy stylami poznawczymi rodziców i ich dzieci i że bardziej negatywne style poznawcze, dotyczące widzenia siebie zdarzają się częściej u dzieci matek z depresją jednobiegunową. Jednocześnie, niezależnie od okresu remisji rodzica, u dzieci tych nadal

²⁴⁵ J. Jarczyńska, Kryzysy psychospołeczne..., op. cit., s. 150-151.

²⁴⁶ M. Jankowska, Sposoby rozwiązywania..., op. cit., s. 56.

stwierdza się różnorodność dysfunkcji przystosowania społecznego, nawet do pięciu lat po wyzdrowieniu”²⁴⁷. Może to stanowić wskazanie do tego, że postawy rodziców mających dzieci w okresie młodszego wieku szkolnego, którzy doświadczają epizodu choroby afektywnej dwubiegunowej, może znacznie obniżyć aktywność poznawczą dziecka, a w konsekwencji wywołać u niego poczucie niższości. Wynikać to może również z braku odpowiedniej motywacji do poznawania nowych rzeczy budowanej u dzieci przez rodziców. Należy także podkreślić, że na tym etapie życia dziecka, trudne może być również zrozumienie przez niego faktu, że rodzic jest chory i że jego zachowania wynikają z choroby, a nie niechęci czy niewłaściwego zachowania dziecka. Dziecko może obarczać się przekonaniem, że jego niedoskonałość spowodowała takie zachowanie rodzica, co negatywnie wpływa na jego samoocenę. Mogą wystąpić również zachowania społecznie nieakceptowane przez środowisko szkolne dziecka, wynikające z frustracji i braku zrozumienia zachowania rodzica, co w efekcie może przyczyniać się do różnych form wykluczenia społecznego, którego doświadczy dziecko. Maria Jankowska zauważyła, że „jednym z głównych zadań, przed którymi staje dziecko w tej fazie rozwojowej jest sprostanie powszechnie przyjętym ocenom, standardom i oczekiwaniom. Wszelkie porażki w tym względzie mocno odbijają się na jego wrażliwej psychice i mają wpływ na jego samoocenę. Zbyt częste i krytyczne uwagi nauczycieli, brak akceptacji ze strony rówieśników, nadmierne wymagania albo pobłażliwość rodziców czy też ich niekonsekwencja nie sprzyjają właściwemu psychospołecznemu rozwojowi dziecka. Stąd też na tym etapie rozwoju człowieka istnieje realne zagrożenie pojawienia się poczucia niższości, które powoduje zakłócenia w identyfikacji z nauczycielami i wychowawcami oraz różnego rodzaju nieprawidłowości i zaburzenia w relacjach z rówieśnikami”²⁴⁸. Takie doświadczenia będą miały negatywny wpływ na ukształtowanie się pracowitości oraz poczucia konsekwencji, a to istotnie oddziałuje na poczucie własnej wartości dziecka. Badania dotyczące samooceny dzieci rodziców z zaburzeniami nastroju wykazały, że „osoby najniżej oceniające siebie w wypowiedziach słownych to córki chorych matek i synowie chorych ojców. Dziewczeta oceniały siebie nieco wyżej niż chłopcy, którzy poprzestawali na samoocenę najniższej bądź przeciętnej”²⁴⁹. Zaburzenia nastroju rodziców mogą zatem stanowić

²⁴⁷ T. L. Tyra, *Depresyjni rodzice...*, op. cit., s. 326.

²⁴⁸ M. Jankowska, *Sposoby rozwiązywania...*, op. cit., s. 56-57.

²⁴⁹ T. L. Tyra, *Depresyjni rodzice...*, op. cit., s. 326.

utrudnienie dla pozytywnego rozwiązania przez ich dzieci konfliktu rozwojowego dotyczącego poczucia niższości a pracowitości. Ich wpływ widoczny jest nie tylko w obszarze społecznym oraz emocjonalnym dziecka, ale również poznawczym, który stanowi ważny obszar rozwojowy w omawianym stadium. Należy jednak podkreślić, że część zadań związanych z motywowaniem i wspieraniem dziecka może przejść na siebie drugi rodzic, który własną postawą może kompensować pewne braki aktywności drugiego rodzica.

Kolejny kryzys rozwojowy obejmuje okres dorastania, przypadający pomiędzy 13 a 18 rokiem życia. Wówczas młoda osoba wkraczająca w dorosłość staje przed kryzysem, dotyczącym tożsamości. Jego pozytywnym rozwiązaniem jest cnota wierności. Czas dorastania to okres intensywnych zmian zachodzących w rozwoju bio-psycho-społecznym człowieka. „Okres adolescencji określany jest często jako przejściowy między dzieciństwem a dorosłością, między życiem rodzinnym a rówieśniczym współdziałaniem. Wtedy otwierają się przed dorastającym drzwi śnionej od dzieciństwa dorosłości, gdy on sam znajduje się w stanie szczególnej niegotowości do podejmowania decyzji, zobowiązania się, wierności czy brania odpowiedzialności za siebie”²⁵⁰. Jolanta Jarczyńska podkreśliła, że „czas młodości objawia się niespotykanym wcześniej zachwianiem wewnętrznej równowagi funkcjonowania. Pojawia się wiele trudności i sprzeczności, które są nieuniknione w pierwszej, samodzielnej konfrontacji jednostki z wymogami społecznymi świata dorosłych”²⁵¹ Erikson wskazywał zmiany charakterystyczne dla tego etapu rozwoju, opisując młodego człowieka jako osobę, która „zaczyna się teraz przede wszystkim interesować tym, jak wygląda w oczach innych ludzi w porównaniu z tym, za kogo sam się uważa, a także tym, jak połączyć rolę i umiejętności dotąd kultywowane z aktualnymi wzorcami zachowań. W poszukiwaniu nowego poczucia ciągłości i tożsamości młodzi ludzie muszą ponownie stoczyć wiele bitew z okresu dzieciństwa, nawet jeśli z tego powodu muszą życzliwym im ludziom przypisywać role swoich przeciwników – zawsze też są gotowi zafundować sobie różnych idoli i ideały jako strażników swej tożsamości”²⁵². Błażej Smykowski dodał również, że „to czas szczególnej koncentracji na sobie, poznawania siebie, budowania ułatwiającego się wizerunku własnej osoby, ale i refleksowania się nad tym, co

²⁵⁰ B. Smykowski, *Psychologia kryzysów...*, op. cit., s. 177.

²⁵¹ J. Jarczyńska, *Kryzysy psychospołeczne...*, op. cit., s.

²⁵² E. Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo...*, op. cit., s. 272.

wartościowe w życiu i przez ten pryzmat przyglądania się ideologiom, religiom, polityce, czy sztuce”²⁵³. Przed młodą osobą stoi zatem szereg wyzwań dotyczących podejmowania pierwszych ważnych decyzji życiowych, jak wybór ścieżki edukacyjnej, określenie tego, co go ciekawi oraz poszukiwania zainteresowań i grup społecznych będących dla nich przestrzenią do ujawnienia i budowania własnego „ja”. Jednak zdecydowanie najważniejszym zadaniem stojącym przed młodym człowiekiem w tej fazie rozwoju jest dążenie do ukształtowania spójnej tożsamości, która pozwoli mu na określenie tego kim on sam jest. Istotną rolę odgrywają tutaj osoby i grupy społeczne otaczające jednostkę. „Proces ten w zasadzie nie może zaistnieć bez pracy i zaangażowania samej dojrzewającej osoby we współpracy z osobami bliskimi i znaczącymi. Spójna tożsamość jednostki powstaje wówczas, gdy to, jak jednostka postrzega i ocenia sama siebie i swoje postępowanie jest zgodne i pokrywa się z tym, co sądzą o niej inne osoby. Jeżeli młody człowiek spotyka się jednocześnie z akceptacją i aprobatą otoczenia i stawianymi przed nim wymogami, którym jest w stanie sprostać wówczas odczuwa krzepiący komfort psychiczny, poczucie bezpieczeństwa, satysfakcji i spełnienia.”²⁵⁴. Rola rodziców we wspieraniu jednostki na tym etapie przybiera nieco innego zakresu i znaczenia: ich zadaniem jest wspieranie dziecka w poznawaniu samego siebie. Istotą postawy rodzicielskiej powinna być akceptacja i rozumienie zmian, jakie zachodzą w jego ciele i psychice oraz gotowość do wsparcia w trudnych dla niego momentach. „Silnie oddziałujące na jednostkę potrzeby afirmacji, akceptacji w połączeniu z silną autonomią muszą zostać zaspokojone, w przeciwnym razie proces kształtowania spójnej tożsamości może zostać zakłócony. Wówczas to istnieje zagrożenie blokady harmonijnego rozwoju, wykształca się u młodego człowieka poczucie odepchnięcia, które ostatecznie prowadzi do kryzysu tożsamości”²⁵⁵. Błażej Smykowski zauważył także, że w owym okresie u młodych osób istnieje potrzeba potwierdzenia obrazu własnej osoby z innymi dorosłymi osobami. „Formowanie tożsamości związane jest z selekcjonowaniem i syntetyzowanym identyfikacji z okresu dzieciństwa oraz z tym, jak postrzegany jest dorastający przez otaczających go dorosłych. Aby proces przebiegał bez zakłóceń, dorastający musi mieć poczucie, że to jakim widzi siebie, zgodne jest z tym, jak jest widziany przez innych i że to rozpoznanie jest zapowiedzią stania się tym, kim

²⁵³ B. Smykowski, *Psychologia kryzysów...*, op. cit., s. 176.

²⁵⁴ M. Jankowska, *Sposoby rozwiązywania...*, op. cit., s. 58.

²⁵⁵ Ibidem.

chce dorastający i chce społeczność”²⁵⁶. Osobami, w których w naturalny sposób dziecko szuka akceptacji i potwierdzenia własnego „ja”, są jego rodzice. Ich aprobaty i wsparcie bądź ich brak istotnie mogą wpłynąć na kształtowanie się tożsamości młodego człowieka w sposób trwały bądź rozproszony. Pozytywne rozwiązanie owego konfliktu pozwala na poczucie posiadania własnego celu i sensu istnienia w świecie. Uzyskuje się wówczas cnotę wierności, która „jest zdolnością dotrzymywania swobodnie przyjętych przez siebie zobowiązań, wbrew nieuniknionym sprzecznościom systemów wartości”²⁵⁷. Owa wierność jest kluczowym czynnikiem poczucia własnej wartości i sprawczości. Z drugiej strony, gdy człowiek nie uzyska w omawianym okresie aprobaty i będzie miał trudność z określeniem własnego „ja”, konflikt ten zostanie nierozwiązany, a w konsekwencji jego tożsamość będzie miała charakter rozproszony. „Nierozwiązany właściwie konflikt wokół tożsamości wyraża się w poczuciu rozproszenia ról, których się podejmuje, w rozproszeniu tożsamości, co skutkuje niepewnością siebie, izolacją od siebie samego, dysocjacją tożsamości, a nawet dezintegracją tożsamości. Pozytywne rozwiązanie kryzysu tożsamości wiedzie ku ‘cnotie’ wierności sobie, znalezieniu swego celu jako rezultatu poszukiwań kogoś lub czegoś prawdziwego. Nieukształtowanie się właściwej tożsamości u dorastającego implikuje rozproszenie ról, a więc charakteryzuje się brakiem wierności samemu sobie, swoim ideałom i nie podejmowaniu koniecznego wysiłku dla odnalezienia samego siebie i swojego miejsca w życiu”²⁵⁸.

Wystąpienie epizodu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodziców w okresie dorastania ich dzieci może mieć negatywny wpływ na wspieranie ich w budowaniu własnej tożsamości. Warto tutaj dodać, że w owym okresie młode osoby często charakteryzuje kłótność i buntowniczość, których celem może być rodzic, którego reakcje podczas epizodów chorobowych (zwłaszcza epizodu maniakałnego) mogą być nieadekwatne do sytuacji, a w konsekwencji prowadzić do powstania silnego konfliktu pomiędzy dzieckiem a rodzicem. Nastrój rodzica, skrajnie odmienny w depresji i manii, może oddziaływać również na dziecko, które z nim przebywa, powodując u niego zbliżone samopoczucie bądź silną frustrację powodującą u niego zachowania niesprzyjające rozwijaniu jego tożsamości. „Wyniki badań wskazują na zgodność w objawach depresyjnych pomiędzy nastolatkiem a chorym rodzicem. Szczególnie

²⁵⁶ B. Smykowski, Psychologia kryzysów..., op. cit., s. 176.

²⁵⁷ J. Jarczyńska, Kryzysy psychospołeczne..., op. cit., s. 154, za: C.S. Hall, G. Lindzey, Teorie osobowości..., op. cit., s. 97.

²⁵⁸ M. Jankowska, Sposoby rozwiązywania..., op. cit., s. 58.

dotyczy to objawów behawioralnych, takich jak: poirytowanie, różnego rodzaju dolegliwości bólowe, zmęczenie, pobudzenie psychomotoryczne lub spowolnienie, wycofywanie się z interakcji społecznych, trudności ze snem, utrata apetytu, ale także objawów ideacyjnych (np. depresyjny nastrój, poczucie beznadziejności, uczucie bycia niekochanym, myśli samobójcze). Zaburzenia zachowania, buntowniczość i wycofywanie się to najczęstsze objawy stwierdzane wśród dzieci (nastolatków) matek depresyjnych²⁵⁹. Wskazane wyniki badania dotyczą epizodów depresyjnych rodzica, jednak podobne mogą również wystąpić w epizodzie maniakalnym rodziców, gdy ich dzieci będą się wycofywać z powodu wstydu bądź obawy o zachowanie rodzica lub też w sytuacjach konfliktowych. W kontekście poszukiwania i przyjmowania określonej tożsamości, wycofanie i podatność na stany depresyjne adolescentów lub też wycofanie się, wewnętrzna izolacja oraz buntowniczość spowodowana epizodem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodzica nie jest czynnikiem pozwalającym na harmonijne poszukiwania i formowanie własnej tożsamości przez dziecko. Trudności z odnalezieniem swojego miejsca w społeczeństwie, brak odpowiednich kompetencji społecznych, a w konsekwencji swojej roli społecznej może być wynikiem oddziaływania rodzica spowodowane jego chorobą afektywną. Potwierdza to Tomasz Tyra, odnosząc się do depresji matek i jej oddziaływania na wychowywane dziecko/dzieci: „Chroniczna depresja matki, zaburzenia jej afektu oraz zaburzenia zachowań w sferze interpersonalnej mogą być związane z istniejącymi trudnościami dziecka w kontynuowaniu serii rozwojowych, samoregulujących i społecznie regulowanych zdolności, w tym tworzenia związków z innymi, utrzymywania pozytywnej oceny siebie, adekwatnej regulacji uczuć negatywnych (wstydu, winy, złości) oraz rozwijania umiejętności negocjowania konfliktów, współpracy z rodzicami i rówieśnikami²⁶⁰. Poszukiwanie aprobaty, tak istotnej dla pozytywnego rozwiązania konfliktu, często może kończyć się poczuciem odrzucenia lub brak akceptacji przez swoich najbliższych, co wynika ze specyfiki tych zaburzeń. Niezwykle trudne może być również uzyskanie potwierdzenia własnego „ja” dziecka przez chorujących rodziców. Epizody maniakalne, charakteryzujące się dużym poczuciem pewności siebie oraz nietolerancją wobec sprzeciwu, mogą być przyczyną wielu konfliktów między rodzicem a adolescentem oraz pozbawiać go poczucia akceptacji. Zaburzenia zdolności adekwatnego postrzegania otaczającej rzeczywistości

²⁵⁹ T. L. Tyra, *Depresyjni rodzice...*, op. cit., s. 329.

²⁶⁰ Ibidem.

w czasie epizodów choroby może skutkować u przeżywającej je osoby również jej radykalizacją poglądów na świat, a tendencja do kłótności i agresji w tym okresie powodować poczucie braku akceptacji ze strony rodzica i pogłębić trudności w obszarze poszukiwań własnej tożsamości w tym okresie. Podobna sytuacja może mieć miejsce w przypadku rodziców depresyjnych, gdyż mogą oni „wysyłać pod adresem swojego dziecka komunikaty werbalne i niewerbalne, wyrażając niezadowolenie, brak wiary w jakąkolwiek poprawę i spełnienie pokładanych w dziecku oczekiwań. Wzmoczona w wieku młodzieńczym wrażliwość na krytykę może spowodować, że dziecko na stałe włączy do obrazu siebie określenia i cechy nadawane mu przez rodzica. Będą one miały na ogół zabarwienie negatywne, przesadnie pesymistyczne”²⁶¹. Owa sytuacja, mimo starań drugiego rodzica bądź innych znaczących osób w życiu młodego człowieka, z całą pewnością może znacznie utrudniać pozytywne rozwiązanie przypisanego tej fazie kryzysu rozwojowego. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że okres ten jest stosunkowo długi i istnieje spore prawdopodobieństwo, że choroba wejdzie w remisję w okresie jego trwania i rodzicowi uda się wówczas stanowić dla dziecka odpowiednie wsparcie. Drugim istotnym aspektem jest także fakt, że człowiek jest w tym okresie już zdecydowanie bardziej gotowy do poznania i zrozumienia istoty owych zaburzeń oraz może być w stanie zrozumieć, że zachowania rodzica wynikają z jego choroby. Taka świadomość może stanowić czynnik chroniący młodych ludzi przed ewentualnym negatywnym wpływem zachowań chorych rodziców, uniemożliwiającym pozytywne pokonanie tego kryzysu rozwojowego.

Erik Erikson wskazał też inne fazy – dotyczące okresu dorosłości i starości, jednak w kontekście podejmowanej problematyki wychowywania się w rodzinie z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi rodzica znaczenie mają pozytywne przejścia przez powyżej omówione fazy rozwoju psychospołecznego człowieka, ponieważ to właśnie w czasie ich trwania dokonuje się proces wychowania w rodzinie.

²⁶¹ T. L. Tyra, *Depresyjni rodzice...*, op. cit., s. 330.

2.4. Dorosłość uwarunkowana doświadczeniami zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodzica

Na decyzje dotyczące dalszego, samodzielnego życia młodego człowieka z całą pewnością wpływ będą miały takie czynniki jak: przebieg procesu jego wychowania, wieloaspektowy rozwój, rozwinięte w okresie dzieciństwa pasje i zainteresowania, ukształtowana tożsamość i osobowość oraz szereg doświadczeń, które już nabył. Te ostatnie stanowiąc będą źródło różnorodnych schematów zachowań oraz umiejętności czy wiedzy, które dzięki nim nabył. Obserwowanie i uczestniczenie w codziennej rzeczywistości wraz z rodzicem mierzącym się z epizodem choroby afektywnej dwubiegunowej wydaje się być specyficznym doświadczeniem, które istotnie może wpływać na owe schematy, ale również na ukształtowanie się osobowości jednostki. Młoda osoba wychodząca ze swojego środowiska rodzinnego staje przed szeregiem nowych zadań rozwojowych, których realizacja może być uwarunkowana owymi doświadczeniami wychowywania się z rodzicem chorującym na ChAD.

Okres dorosłości podzielić można na trzy etapy: dorosłość wczesną (od ok. 18 do ok. 35 roku życia), środkową (od ok. 30-35 do 65 roku życia) i późną (zdarzeniem rozpoczynającym ten etap jest zazwyczaj przejście na emeryturę, a końcem śmierć człowieka). Należy jednak dodać, że „istota bycia dorosłym zasadza się bowiem nie na osiągnięciu określonego wieku metrykalnego, lecz na podjęciu zobowiązań w pewnych obszarach aktywności i na trwaniu w ich realizacji pomimo przeszkód fizycznych, społecznych czy psychologicznych”²⁶². Podobny pogląd podzielał Zbigniew Pietrasiński, który zauważał, że dorosłość wynika z określonego zachowania i postawy człowieka: „Zasadnicza zmiana struktury życia, która pasuje dojrzałą fizycznie jednostkę na osobę społecznie dorosłą, polega na usamodzielnieniu się materialnym i emocjonalnym, co znajduje zwykle wyraz w opuszczeniu domu rodzicielskiego, podjęciu pracy, założeniu własnej rodziny. Te właśnie zmiany strukturalne, w tej liczbie zmiany ról społecznych, następujące w niejednakowym u wszystkich czasie, wyznaczają dalsze kierunki potencjalnego rozwoju jednostki”²⁶³. Etap dorosłości w życiu człowieka cechuje się także umiejętnością przetwarzania własnych doświadczeń oraz wyciągania z nich wniosków istotnych dla dalszego biegu życia. Karolina Appelt, Anna Brzezińska oraz

²⁶² K. Appelt, A. Brzezińska, B. Ziółkowska, Psychologia rozwoju człowieka, Sopot 2016, s. 297.

²⁶³ Z. Pietrasiński, Rozwój człowieka dorosłego, Warszawa 1990, s. 80.

Beata Ziółkowska podkreślały, że „potencjał dorosłości – w przeciwieństwie do poprzedniego stadium rozwoju – tkwi nie tyle w umiejętności podejmowania wyzwań, ile w realistycznym budowaniu wizji przyszłości, stawianiu celów ambitnych, ale możliwych do osiągnięcia i braniu odpowiedzialności za efekty swoich autonomicznych wyborów. Ponadto dorośli o ukształtowanej już tożsamości mają większe predyspozycje do analizowania swoich doświadczeń jako źródeł życiowej nauki, co służy pogłębieniu ich samoświadomości, nie wpływając destrukcyjnie na samoocenę, tak jak bywało w okresie adolescencji”²⁶⁴. Beata Ziółkowska wyróżniła także źródła zasobów i potencjałów, charakterystycznych dla okresu dorosłości: „stabilizację własnej tożsamości, nawiązywanie głębszych związków interpersonalnych, co wiąże się z uwolnieniem się od samego siebie, a wyczeraniem na potrzeby innych, pogłębienie dziedzin aktywności: praca, nauka, zainteresowania, wyraźniejsze dostrzeganie problemów moralnych i etycznych, wzrost znaczenia troski nie tylko o najbliższych, ale również o wszystkich potrzebujących i cierpiących”²⁶⁵.

Dorosłość, podobnie jak każdy innym okres rozwojowy, wiąże się z podejmowaniem nowych wyzwań i zadań. Jedną z koncepcji owych zadań rozwojowych opisał Robert J. Havighurst. W ujęciu tym owe zadania, „tj. umiejętności, sprawności i kompetencje, nabywane są przez jednostkę w trakcie kontaktów z otoczeniem. Występują one w każdej fazie. Muszą być wcześniej poznane, aby umożliwić przejście na wyższy poziom rozwoju”²⁶⁶. Sam autor koncepcji wyróżnione przez siebie zadania rozwojowe zdefiniował jako „rzeczy, których człowiek musi się nauczyć, jeśli ma zostać oceniony przez innych oraz siebie jako osobę w miarę szczęśliwą i odnoszącą sukcesy. Zadanie rozwojowe to zadanie, które pojawia się w pewnym okresie życia jednostki, którego pomyślne osiągnięcie prowadzi do jego szczęścia i powodzenia w późniejszych zadaniach, natomiast niepowodzenie prowadzi do nieszczęścia jednostki, dezaprobaty społeczeństwa i trudności z późniejszymi zadaniami”²⁶⁷. Zadania wymieniane przez Havighursta obejmują zasięgiem wszystkie sfery funkcjonowania człowieka. Dzięki uwzględnieniu wpływu środowiska zewnętrznego – społeczeństwa

²⁶⁴ K. Appelt, A. Brzezińska, B. Ziółkowska, *Psychologia rozwoju człowieka...*, op. cit., s. 297.

²⁶⁵ B. Ziółkowska, *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych?*, (w:) A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, Gdańsk 2005, s. 427.

²⁶⁶ A. Szczurek-Boruta, *Zadania rozwojowe młodzieży i edukacyjne warunki ich wypełniania w środowiskach zróżnicowanych kulturowo i gospodarczo: studium pedagogiczne*, Katowice 2007, s. 49.

²⁶⁷ R. J. Havighurst, *Developmental tasks and education*, New York 1972, s. 2.

i wymagań kultury (wymiar społeczny) oraz środowiska wewnętrznego – zmian biologicznych i preferowanych wartości i aspiracji (wymiar biologiczny i duchowy), zmiany zachodzące w jednostkach w trakcie realizacji zadania również są bardzo złożone. Zmianom ulega zarówno zachowanie, przetwarzanie odbieranych informacji, sposób organizacji osobowości, jak i relacje jednostki z otoczeniem”²⁶⁸. Zadania rozwojowe pełnią zatem uniwersalną rolę w każdym społeczeństwie, uwzględniając specyfikę holistycznego rozwoju człowieka oraz wskazują na przyczynowo-skutkowość ludzkiego życia, która wiąże się z osiągnięciami rozwojowym zdobytymi na poprzednich etapach, a także konsekwencji wynikających z podjętych przez człowieka działań i decyzji. Przyglądając się wpływowi zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodziców na biografię ich dzieci, warto zatem przyjrzeć się jak wspomniane dzieci realizują zadania rozwojowe przypisane okresowi dorosłości.

Pierwszy etap dorosłości określa się jako wczesną dorosłość. Omawiając go, należy zacząć od wskazania pewnych zmian, które zaszły w owym okresie na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. Obecnie realizacja zadań przypisanych okresowi wczesnej dorosłości przechodzi swoistą modyfikację przyczyniającą się do realizacji niektórych zadań z czasowym opóźnieniem oraz otwierającą nowe możliwości i perspektywy wynikających ze zmian społeczno- kulturowych. „Proces transformacji przyczynił się wreszcie do poszerzenia pola eksploracji. Współcześnie istnieje bowiem znacznie większa niż kiedyś swoboda w jawnym, otwartym skłanianiu się ku różnym wartościom i normom, większe przyzwolenie na korzystanie z nowych, czasem niepopularnych strategii działania i stylów życia. Sytuacja taka sprzyja niewątpliwie otwartości na odmienność oraz tolerancji względem innych uczestników sieci społecznej”²⁶⁹. Zwiększone możliwości eksploracji świata oraz samego siebie przyczyniły się także do zmiany podejścia związanego z podejmowaniem edukacji oraz kariery zawodowej. „Młodzi ludzie coraz później decydują się na założenie rodziny, posiadanie dzieci czy opuszczenie domu rodzinnego. Można powiedzieć, że w porównaniu z sytuacją sprzed kilkunastu czy kilkudziesięciu laty mamy obecnie do czynienia z coraz dłuższym okresem dorastania, czy może swoistego ‘zawieszenia’ między adolescencją a dorosłością. Za główną, a przynajmniej jedną z głównych

²⁶⁸ M. Poremska, Realizacja zadań rozwojowych przez młodzież nieprzystosowaną społecznie, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, 2019, t. 584, nr 9, s. 64–65.

²⁶⁹ B. Ziółkowska, Okres wczesnej dorosłości..., op. cit., s. 429.

przyczyn tego stanu rzeczy można uznać wydłużający się coraz bardziej okres kształcenia (w Polsce co drugi maturzysta rozpoczyna studia) oraz konieczność przeznaczenia kilku lat na rozwój kariery zawodowej pozwalającej na względną stabilizację. Przedłużające się wkraczanie w dorosłość jest więc przede wszystkim wynikiem zmian makroekonomicznych i makrospołecznych, które można obserwować w społeczeństwach rozwiniętych głównie w odniesieniu do sfery edukacyjno-zawodowej”²⁷⁰.

Okres wczesnej dorosłości to czas wielu zmian w życiu człowieka, związany z jego usamodzielnieniem oraz konfrontacją z nowymi wyzwaniami, a także własnymi przekonaniami na temat funkcjonowania świata. „Wchodzenie w dorosłość to zatem czas, kiedy młody człowiek ma najwięcej okazji do uczenia się, sporo możliwości zdobywania wiedzy, rozwijania wrażliwości poznawczej oraz wewnętrznej motywacji do poszukiwań. Wczesna dorosłość ma najbardziej indywidualny charakter i jest – paradoksalnie – najbardziej samotnym etapem życia, w tym znaczeniu, że w tym czasie ludzie muszą radzić sobie z wieloma nowymi zadaniami przy minimalnym wsparciu społeczeństwa. Młodzi ludzie szybko się przekonują, że fakt metrykalnego osiągnięcia dorosłości niewiele znaczy i odkrywają, że w świecie dorosłych prestiż i siła zależą od umiejętności, wytrzymałości i mądrości oraz od sieci powiązań rodzinnych”²⁷¹. Beata Ziółkowska zauważyła, że w tej fazie życia człowieka najważniejsze zmiany i zobowiązania powinny zachodzić w funkcjonowaniu jednostki w dwóch sferach: rodzinnej i zawodowej oraz jak dodała dalej: „jednej i drugiej winny towarzyszyć: miłość – pojmowana jako emocjonalne zaangażowanie zarówno w związek partnerski, jak i w wykonywanie zawodowych obowiązków, przywiązanie do miejsca pracy i identyfikowanie się z nimi, czy podtrzymywanie bliskich relacji z przyjaciółmi; praca – związana zarówno z aktywnością zawodową, jak i aktem seksualnym, stanowiącym integralny element relacji intymnej czy też z działaniem na rzecz bliskich osób oraz społeczeństwa”²⁷².

R. J. Havighurst, odnosząc się do zaproponowanej przez siebie koncepcji zadań rozwojowych, uważał, że jest to okres, w którym człowiek wykorzystuje wcześniej

²⁷⁰ A. Brzezińska, T. Czub, S. Hejmanowski, M. Rękosiewicz, R. Kaczan, K. Piotrowski, Uwarunkowania procesu kształtowania się tożsamości w okresie przejścia z adolescencji do dorosłości, „Kultura i Edukacja”, 2012, nr 3(89), s. 20.

²⁷¹ K. Appelt, A. Brzezińska, B. Ziółkowska, Psychologia rozwoju człowieka..., op. cit., s. 231.

²⁷² B. Ziółkowska, Okres wczesnej dorosłości..., op. cit., s. 423-424.

zrealizowane zadania i zdobyte umiejętności, aby rozpocząć w pełni niezależne życie. Autor dodał także, że jest to okres, w którym młoda osoba samodzielnie musi sprostać nowym wyzwaniom: „wczesna dorosłość jest najbardziej indywidualistycznym i samotnym okresem życia w tym sensie, że jednostka lub co najwyżej dwie osoby muszą postępować przy minimum uwagi i pomocy społecznej, aby sprostać najważniejszym zadaniom życiowym”²⁷³.

Analizując zaproponowaną przez Havighursta koncepcję zadań rozwojowych, można zauważyć, że owe zadania w tym okresie koncentrują się wokół zbudowania życiowej stabilności oraz podążania wybranymi przez siebie ścieżkami życiowymi zarysowanymi we wcześniejszych etapach. Do zadań rozwojowych wczesnej dorosłości wskazanych przez R. J. Havighursta należą: wybór partnera, nauka życia z małżonkiem/partnerem, założenie rodziny – posiadanie potomstwa, wychowanie dzieci, zarządzanie domem, rozpoczęcie pracy zawodowej, podejmowanie odpowiedzialności obywatelskiej oraz znalezienie podobnej sobie grupy społecznej²⁷⁴. Beata Ziółkowska, analizując tę koncepcję, zauważyła: „Już pobieżna analiza wymienionych zadań wskazuje na to, iż opierają się one na zróżnicowanej jakościowo relacji z drugim człowiekiem, za którego pośrednictwem młody dorosły może zaspokajać potrzebę kontaktu emocjonalnego, doznawania opieki i oparcia (np. w związku partnerskim), potrzebę opiekowania się (np. jako rodzic), potrzebę znaczenia (jako specjalista w określonej dziedzinie zawodowej), potrzebę stowarzyszenia się, przynależność (do grupy zawodowej, etnicznej) oraz samorozwoju (we wszystkich wymienionych obszarach)”²⁷⁵.

W kontekście wychowywania się z rodzicem z ChAD, próby usamodzielniania się dzieci mogą zależeć od sytuacji rodzinnej, której doświadcza dziecko w różnych fazach swojego rozwoju. Poczucie odpowiedzialności za rodzinę może zniechęcać młodych dorosłych z omawianych rodzin do eksplorowania świata bądź też do uwolnienia się z dysfunkcyjnego systemu czy podejmowania nieprzemysłanych i ryzykownych decyzji. Doświadczenia osób we wczesnej dorosłości, które mogą wynikać z towarzyszenia osobie mierzącej się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, mogą mieć wpływ zwłaszcza na realizację zadań związanych

²⁷³ R. J. Havighurst, *Developmental tasks...*, op. cit., s. 83.

²⁷⁴ *Ibidem*, s. 85-94.

²⁷⁵ B. Ziółkowska, *Okres wczesnej dorosłości...*, op. cit., s. 446.

z założeniem własnej rodziny. Dzieci osób z ChAD mogą mieć trudności ze zbudowaniem trwałych i stabilnych związków, mogą unikać w nich zobowiązań, bądź podejmować je pochopnie. Z drugiej jednak strony, ze względu na swoje doświadczenia mogą być ostrożne w podejmowaniu zobowiązań i budować związki w sposób trwały, wyciągając wnioski z obserwacji swoich rodziców. Podobnie może to wyglądać w kwestii posiadania potomstwa oraz wychowywania go. Z jednej strony dzieci osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi mogą unikać podejmowania roli rodzicielskiej ze względu na swoje, często trudne doświadczenia z rodzicami, a zwłaszcza tym chorym, obawiając się, że nie będą w stanie sprostać swoim rodzicielskim zadaniom bądź świadomie rezygnując z posiadania potomstwa w obawie o dziedziczność choroby afektywnej dwubiegunowej. Z drugiej strony decyzja o posiadaniu potomstwa może być podjęta całkowicie naturalnie i doświadczenia z domu rodzinnego jednostki nie będą miały wpływu na gotowość do założenia własnej rodziny. Również w kwestii wychowania dzieci można dostrzec podobną zależność: mogą pojawić się problemy z wyborem i konsekwentną realizacją określonego stylu wychowania swoich dzieci, mogą zostać także utrwalone negatywne schematy z domu rodzinnego, jednak nie jest to charakterystyczne i obligatoryjne dla wszystkich przypadków. Często dzieci osób z ChAD są świadome dysfunkcji i nieprawidłowości występujących w ich domach rodzinnych i dzięki temu ze zdecydowanie większą świadomością podchodzą do wychowywania własnych dzieci, chcąc prawidłowo zaspokoić ich potrzeby, gdyż korzystając z własnych doświadczeń wiedzą z jakimi konsekwencjami może się wiązać brak ich zaspokojenia.

Realizacja zadań związanych z odpowiedzialnością obywatelską oraz znalezieniem grupy społecznej podobnej sobie nie wydaje się być tutaj w szczególności sposób uwarunkowany zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi ich rodziców. Istotną rolę odgrywa tu także, jak w przypadku innych zadań, sposób przepracowania swoich doświadczeń, to czy jednostka będzie gotowa zaangażować się w nie, może być takim sygnałem. Dzieci osób z ChAD, często obawiając się stygmatyzacji oraz mając obniżone poczucie własnej wartości, nie poszukują nowych grup społecznych, wybierając te już im znane, w których czują się dostrzegane i akceptowane. Podobnie wygląda to w przypadku podejmowania odpowiedzialności społecznej: jeśli jednostka wykształci w sobie świadomość, że jest częścią społeczeństwa i przynależy do różnych grup społecznych, bez większych trudności będzie realizować owe zadania. Jeśli

doświadczenie poczucia osamotnienia i braku zrozumienia ze strony innych, a także brak poczucia inicjatywy (o którym pisał Erikson) utrwaleni się w jednostce na etapie wczesnej dorosłości, może ona realizować zadanie w ograniczonym stopniu bądź wcale.

Drugi z etapów, obejmujący średnią dorosłość, to czas, „kiedy ludzie zaczynają przypatrywać się swojemu dotychczasowemu życiu i osiągnięciom, często mając poczucie, że lata dorastania i wczesnej dorosłości zbyt szybko minęły. Biologiczne zmiany związane z wiekiem, nieodczuwalne lub niezauważane wcześniej, zaczynają dawać o sobie znać (na przykład klimakterium, andropauza). Zadania rozwojowe tego okresu życia wynikają ze zmian zachodzących wewnątrz organizmu i z wpływu środowiska, a wiążą się z indywidualnymi aspiracjami i planami danej osoby. Podstawowe zadanie, jakie stoi przed dorosłymi w tym okresie życia, to rozwinięcie w sobie umiejętności dojrzałego radzenia sobie ze zmianą”²⁷⁶. Podążając dalej za charakterystyką środkowej dorosłości oraz zadaniami, które stoją w tym okresie przed człowiekiem, należy zwrócić uwagę na nowe role i zadania względem własnych dzieci oraz swoich starzejących się rodziców. „Inną cechą charakterystyczną dla środkowej dorosłości są szczególne oczekiwania, które są kierowane wobec dojrzałych dorosłych, dotyczące zarówno wspierania w rozwoju młodszych pokoleń, jak i podjęcia opieki nad starzejącymi się rodzicami, a także osiągania najbardziej znaczących sukcesów w karierze zawodowej i wzięcia największej odpowiedzialności za losy społeczne. Dlatego kwestią priorytetową dla przebiegu rozwoju w tej fazie staje się znalezienie dynamicznej równowagi między dawaniem z siebie a troską o siebie”²⁷⁷. Cechą charakterystyczną, odróżniającą środkową dorosłość od dorosłości wczesnej, jest możliwość uzyskania znacznie większej stabilizacji niż w poprzednim okresie oraz korzystanie z wcześniej wypracowanych zadań rozwojowych i ich efektów. To także czas, w którym człowiek odczuwa silniejszą niż dotychczas potrzebę współycia z innymi oraz zaangażowania się w działalność społeczną. „W okresie środkowej dorosłości działania zawodowe owocują zazwyczaj awansem lub utrwaleniem swej pozycji w miejscu pracy, poczuciem znaczenia i kompetencji w strukturze instytucji. W sferze osobistej, z kolei, to czas czerpania radości z towarzyszenia rozwojowi dzieci, ze stabilizacji życia rodzinnego i małżeńskiego, bezpieczeństwa emocjonalnego oraz

²⁷⁶ K. Appelt, A. Brzezińska, B. Ziółkowska, Psychologia rozwoju człowieka..., op. cit., s. 232.

²⁷⁷ K. Appelt, Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych?, (w:) A. Brzezińska (red.), Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa, Gdańsk 2005, s. 505.

materialnego. W tym też okresie rośnie zainteresowanie działaniami prospołecznymi, lokalnymi, charytatywnymi i tym podobnymi, a także motywacja do ich podejmowania w myśl tezy mówiącej, że człowiek dojrzały chce być potrzebny, zaś dojrzałość potrzebuje zarówno rady, jak i zachęty ze strony tego, kogo powołała na świat i o kogo musi się troszczyć²⁷⁸. Karolina Appelt, zauważając potencjał płynący z doświadczenia życiowego oraz szereg możliwości rozwojowych pojawiających się przed człowiekiem w średniej dorosłości, stwierdziła, że: „wykorzystując szanse rozwojowe, człowiek może uczynić z tej fazy najlepsze lata swego życia. To bowiem czy środkowa dorosłość jest czasem pełni i kreatywności, zależy teraz w głównej mierze od własnej aktywności w obszarze rozwoju”²⁷⁹. Omawiając okres środkowej dorosłości należy także zwrócić uwagę na szereg zmian fizycznych, które zaczynają się w nim pojawiać. Choć na etapie średniej dorosłości człowiek wciąż pozostaje sprawny fizycznie, zaczyna dostrzegać zmiany wynikające ze starzenia się. „Śródkowa dorosłość to także przygotowanie do starości, w której dorośli staną przed wyzwaniem radzenia sobie z kolejnymi nieuchronnymi zmianami: ograniczeniami zmysłów i sprawności fizycznej, chorobami, przemianami w relacjach społecznych”²⁸⁰.

Mając na uwadze specyfikę oraz zmiany, które zachodzą w okresie środkowej dorosłości Robert Havighurst wskazywał, że do zadań rozwojowych człowieka należą wówczas: pomoc nastoletnim dzieciom, aby stały się odpowiedzialnymi i szczęśliwymi dorosłymi; osiągnięcie odpowiedzialności społecznej i obywatelskiej dorosłych; osiągnięcie i utrzymanie satysfakcjonujących wyników w karierze zawodowej; rozwój zajęć w czasie wolnym dorosłych; akceptacja i przystosowanie się do zmian fizjologicznych wieku średniego; przystosowanie się do starzenia się swoich rodziców²⁸¹.

Wiek średni to etap, w którym człowiek korzysta już z doświadczeń i schematów wypracowanych w środowisku rodzinnym, które sam budował, zdecydowanie mniej niż z tego, z którego pochodził. Potencjał owego etapu wiąże się z możliwością przepracowania wcześniejszych trudnych doświadczeń, który miały miejsce w życiu jednostki. Wypełnianie zadań rozwojowych na tym etapie życia jest zatem konsekwencją realizacji poprzednich zadań. W kontekście realizowania zadań średniej dorosłości osób,

²⁷⁸ B. Ziółkowska, Śródkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?, (w:) A. Brzezińska (red.), Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa, Gdańsk 2005, s. 554.

²⁷⁹ K. Appelt, Śródkowy okres dorosłości..., op. cit., s. 505.

²⁸⁰ K. Appelt, A. Brzezińska, B. Ziółkowska, Psychologia rozwoju człowieka..., op. cit., s. 233.

²⁸¹ R. J. Havighurst, Developmental tasks..., op. cit., s. 96-104.

które wychowywały się z rodzicami z ChAD, warto zwrócić uwagę na ostatnie zadanie dotyczące przystosowania się do starzenia się swoich rodziców. Sposób realizacji tego zadania będzie zależał od jakości więzi z rodzicami oraz pogodzenia się ze specyfiką zaburzeń afektywnych dwubiegunowych chorego rodzica. Dorosłe dziecko może nie chcieć wspierać rodzica w procesie starzenia się ze względu na ich wspólną przeszłość oraz trudne relacje między nimi. W konsekwencji akceptacji swoich doświadczeń związanych z chorym rodzicem, a także rozumienia jego zaburzeń, jego dorosłe dziecko może czuć potrzebę sprawowania opieki oraz wsparcia swojego rodzica, a także aktywnie włączać go w życie swojej rodziny. Ryzyko na tym etapie może także wynikać z trudności w zachowaniu równowagi pomiędzy troską o siebie a troską o innych, co może być konsekwencją schematu takiego zachowania wykształconego w domu rodzinnym. Dorosły może wówczas koncentrować się znacznie bardziej na wspieraniu swoich bliskich niż korzystaniu z potencjału średniej dorosłości.

Dopełnieniem rozważań dotyczących okresu dorosłości powinno być omówienie późnej dorosłości, jednak ze względu na to, że w tym okresie najczęściej jednostka dokonuje podsumowania swojego dotychczasowego życia oraz jej rodzic z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi może nie być już nieobecny w jej życiu, realizacja zadań przypisanych dla późnej dorosłości nie będzie wiązała się z koncentracją na obecności rodzica w jej życiu.

2.5. Konstruowanie indywidualnych biografii w cieniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodzica

Każdy człowiek przechodzi przez życie swoją indywidualną ścieżką. Trajektorie owej ścieżki wyznaczają jego doświadczenia oraz decyzje życiowe, a także osobowość i różne okoliczności losu. Dokonywanie wyborów owych ścieżek można określić jako konturowanie swojej indywidualnej biografii. Zdaniem Danuty Lalak „biografia w najogólniejszym sensie to historia życia, droga życiowa człowieka od narodzin aż do śmierci – to pełny cykl ludzkiego życia”²⁸². Autorka rozszerza to ujęcie, dodając, że „biografia jest indywidualnym losem człowieka rozpostartym między jego narodzinami

²⁸² D. Lalak, *Życie jako biografia Podejście biograficzne w perspektywie pedagogicznej*, Warszawa 2010, s. 105.

i śmiercią (czas życia) a równocześnie aktem jego własnej, kreatywnej aktywności. Biografia nadaje sens każdemu codziennemu doświadczeniu, poprzedza życie i jest jego naturalnym przedłużeniem”²⁸³. W ujęciu Elżbiety Dubas biografia „jest konstrukcją myślową (myślaną, mówioną lub zapisaną na dowolnych nośnikach), która porządkuje, interpretuje i nadaje znaczenia doświadczeniom, które przeżyła jednostka w trakcie swego życia. Biografia zawiera pamięć doświadczeń życiowych, które odnoszą się do wydarzeń i sytuacji w życiu jednostki, które zostały przez nią przeżyte i zapamiętane, najczęściej jako ważne i znaczące, aktualnie zaś są pamiętane, przypomniane lub mogą być przypomniane, i które formowały tożsamość jednostki na przestrzeni biegu jej życia, przy czym dalsza refleksja nad doświadczeniami życiowymi przywoływanymi z pamięci autobiograficznej wciąż dookreśla tożsamość jednostki. Biografię jednak nie tyle samoistnie ‘tworzą’ doświadczenia życiowe jednostki, lecz to ona sama, choć warunkowana wpływami społeczno-kulturowymi, jest w mniejszym lub większym stopniu podmiotem konstruującym swą biografię. W tym przejawia się także jej podmiotowość i indywidualność, refleksyjność i zdolność do (auto)kreatywności”²⁸⁴. Obie autorki zwracały uwagę na fakt, że chociaż biografia ludzka kształtuje się w określonych warunkach kulturowo-społecznych oraz że istotny wpływ mają na nią doświadczenia życiowe jednostki, to nie pozostaje ona wobec nich bierna, a ma wpływ na sposób ich przetworzenia oraz wniosków i refleksji, które z nich płyną. Człowiek zatem sam pozostaje aktywnym kreatorem własnej biografii i ma znaczący wpływ to jak będzie toczył się jego życie.

Agnieszka Majewska-Kafarowska skupiała się na bogactwie ludzkiej biografii oraz źródeł, które miały wpływ na jej konstruowanie, która to biografia „zawiera także pewną wiedzę o zjawiskach zachodzących w środowisku jednostki, o pewnych wydarzeniach społecznych, o tym, co działo się w określonym czasie, np. w gospodarce, szkolnictwie, polityce, Kościele czy kulturze. Wiedza płynąca z biografii danej jednostki ma charakter subiektywny, to znaczy przedstawiona jest z perspektywy tejże jednostki. Zatem dowiadujemy się o pewnych faktach poprzez pryzmat oceny, odbioru jednostki, której biografię rozpatrujemy. To obrazuje, jak pewne fakty, zdarzenia były odbierane przez jednostkę. Wreszcie – ten subiektywny odbiór rzeczywistości pozwala nam także

²⁸³ Ibidem, s. 39.

²⁸⁴ E. Dubas, Uczenie się z własnej biografii jako egzemplifikacja biograficznego uczenia się, „Nauki o wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne”, 2017, t. 4, nr 1, s. 65.

poznać samego człowieka. Perspektywa jednostki dostarcza nam informacji o samej jednostce”²⁸⁵.

Podobne spostrzeżenia podkreślające złożoność czynników wpływających na ludzką biografię oraz konieczność ich wyodrębnienia w celu zrozumienia losów biograficznych jednostki wskazywała Grażyna Teusz: „W biografii, w indywidualnym przebiegu życia, zawierają się czynniki i mechanizmy wyjaśniające rozwój. Biografia jest zatem niejako strukturą regulacyjną: zawiera w sobie zapis przeszłości, aktywność podejmowaną, treść doświadczeń w terażniejszości i antycypacyjne nastawienie wobec przeszłości. Przedmiotem regulacji biograficznej jest więc przebieg życia jednostki. Analiza tego przebiegu dostarcza danych dotyczących wyznaczników rozwoju i określa mechanizmy sprawcze kierujące rozwojem”²⁸⁶.

Istotny wpływ na biografię człowieka mają również sytuacje społeczne, w których uczestniczy, jego relacje społeczne, a także obserwacje otaczającej go rzeczywistości społecznej. Pisała o tym Joanna Golonka-Legut w kontekście uczenia się z własnej biografii: „Biograficzność odnosi się do dwóch poziomów doświadczenia: jednostkowego i społecznego. W rezultacie, proces biograficznego uczenia się nie zachodzi wyłącznie wewnątrz jednostki, lecz zależy od komunikacji i interakcji z innymi”²⁸⁷. Podobnie o roli życia społecznego w kontekście uczenia się z własnej biografii pisała Iwona Lindyberg: „to więc, co przydarza nam się w życiu społecznym, odciska się na modelach przebiegu życia. Tak ujmowana rzeczywistość ma pewne ‘oblicze biograficzne’, wymiar biografii uczestniczy bowiem w konstytuowaniu tej rzeczywistości. Biografia stanowi więc strukturę, przez którą życie codzienne zachowuje dla podmiotu rys rzeczywistości. Wart podkreślenia jest fakt, że w egzystencji pojedynczego człowieka to, co spostrzegamy jako odrębne sfery życia osobistego czy społecznego, staje się integralnym składnikiem biografii”²⁸⁸. Biografia stanowi zatem historię przebiegu życia jednostki, zawierającą w sobie konsekwencje jej doświadczeń, wpływ środowisk otaczających jednostkę, a także jej refleksji i wniosków

²⁸⁵ A. Majewska-Kafarowska, Narracja, tożsamość, historia życia – wokół pojęć i zjawisk, „Edukacja Dorosłych”, 2016, nr 1, s. 93.

²⁸⁶ G. Teusz, Poradnictwo biograficzne w aspekcie krytycznych wydarzeń życiowych, (w:) A. Kargulowa (red.), Poradnictwo – kontynuacja dyskursu, Warszawa 2009, s. 97.

²⁸⁷ J. Golonka-Legut, Edukacyjny potencjał indywidualnego doświadczenia życiowego, Wrocław 2019, s. 36.

²⁸⁸ I. Lindyberg, Świat(y) „upośledzonego” macierzyństwa, Kraków 2012, s. 12.

płynących z tychże doświadczeń. Człowiek jest aktywnym podmiotem w kreowaniu własnej biografii, a wszystkie sfery jego życia tworzą biografię jednostki.

Podsumowując istotę biografii, Danuta Lalak zauważyła, że ma ona „różne wymiary i stąd przekonanie o wieloznaczności tego pojęcia. Należałoby raczej mówić o wieloaspektowości. Samo słowo ‘biografia’ oznacza opis życia, czyli tekst. A równocześnie życie w jego rzeczywistym wymiarze. Biografia w jej realnym wymiarze ma z kolei dwa różne aspekty. 1) Patrząc z zewnątrz może być traktowana jako (prze)bieg życia, droga życiowa w określonych ramach społeczno-kulturowych. Jest konstelacją różnorodnych sytuacji i wydarzeń i składa się ze zdarzeń obrazujących ruch i zmianę – podróże, przeprowadzki, wyjazdy za granicę i powroty, związki i rozstania, itp. 2) Strona wewnętrzna to obszar doświadczeń indywidualnych, takich jak wiedza, osiągnięcia, informacje, przeżycia. Wpływają one na siebie tworząc niepowtarzalny, indywidualny obraz życiowego doświadczenia o procesualnym charakterze, dostępny poznawczo świadomości własnej podmiotu”²⁸⁹.

Wieloaspektowe rozumienie biografii, stanowiące podsumowanie rozumienia pojęcia biografii przez różnych autorów, zaproponowała Jolanta Golonka-Legut, wskazując na ich pięć ujęć, tj. jako:

- „(1) zbiór indywidualnych doświadczeń życiowych jednostki, które były udziałem jej samej (doświadczenia indywidualne bezpośrednie) lub osób trzecich (doświadczenia indywidualne pośrednie – opowiedziane, zasłyszane). Są to zarówno: wiedza, osiągnięcia, informacje, przeżycia, tworzące niepowtarzalny indywidualny obraz życiowego doświadczenia o procesualnym charakterze, który jest dostępny poznawczo świadomości własnej podmiotu (aspekt wewnętrzny), jak i (prze)bieg życia, droga życiowa w określonych ramach społeczno-kulturowych (aspekt zewnętrzny). Tym samym biografia to zdarzenia statyczne, ale także i te, które obrazują ruch i zmianę;
- (2) subiektywną konstrukcję przeżytego życia – konstrukcja myślowa porządkująca indywidualne doświadczenia życiowe jednostki, która poszukuje sensu wydarzeń, których osobiście doświadczyła;
- (3) odzwierciedlenie świata przeżywanego, czyli nie takiego, jaki rzeczywiście jest, ale który obowiązuje indywidualnie dla danej jednostki;

²⁸⁹ D. Lalak, *Życie jako biografia...* op. cit., s. 109-110.

(4) obszar wspomnień jednostki, które charakteryzują się: subiektywizmem, indywidualizmem, kontekstowością, emocjonalnością, a także zmiennością w perspektywie czasu;

(5) konstrukcję, która łączy trzy perspektywy czasowe: przeszłość – teraźniejszość – przyszłość”²⁹⁰.

Biografia człowieka jest zatem pojęciem wieloaspektowym i szeroko rozumianym, jednak elementami, które są jej nieodzowne są: indywidualność, subiektywność, doświadczenia życiowe, refleksyjność nad własnymi przeżyciami, bieg życia jednostki oraz pojęcie perspektywy czasowej.

W rozważaniach wokół biografii należy podkreślić, że człowiek jest aktywnym podmiotem w konstruowaniu własnej biografii. Oznacza to, że pomimo różnych sytuacji i uwarunkowań życiowych jednostka nie jest wobec nich bierna. Każdy człowiek ma pewien wpływ na to jak skonstruowana będzie jego biografia i sam może kierować swoim życiem w pożądanym przez siebie kierunku, pomimo przeciwności losu bądź nieprzewidzianych zdarzeń. Na fakt, że konstruowanie biografii człowieka ma aktywny charakter oraz wiąże się z korzystaniem z dotychczas zdobytych informacji biograficznych wskazywała Elżbieta Dubas: „Konstruowanie biografii nie tylko porządkuje dotychczasową wiedzę biograficzną, lecz także często sprzyja wydobywaniu nieświadomych rezerwuarów pamięci biograficznej. Wiedza utajona, nieświadoma (*tacit knowledge*) od tego momentu staje się wiedzą uświadomioną, wydobytą i przydatną dla dalszej pogłębionej refleksji biograficznej”²⁹¹. Autorka wskazywała dalej: „Konstruowanie biografii to pewna zdolność ‘stała i powtarzalna’, pozwalająca na poszerzanie wiedzy biograficznej. (...) Konstruowanie autobiografii jest umiejętnością, którą można wzbudzić, ćwiczyć i doskonalić. Uczenie się z własnej biografii ukazuje też umiejętność konstruowania biografii jako proces rozłożony w czasie, powiązany z biegiem życia i pojawiającymi się nowymi życiowymi wyzwaniami”²⁹². Konstruowanie indywidualnej biografii wiąże się zatem z przetwarzaniem doświadczeń zdobytych w ciągu życia. Człowiek uczy się także z własnych doświadczeń i korzysta ze zdobytej wiedzy w podejmowaniu dalszych decyzji dotyczących jego biografii. Danuta Lalak wskazała na taki związek przyczynowo-

²⁹⁰ J. Golonka-Legut, Edukacyjny potencjał indywidualnego... op. cit., s. 51-52.

²⁹¹ E. Dubas, Uczenie się z... op. cit., s. 69

²⁹² Ibidem, s. 70-71

skutkowy: „Biografia konstruowana w jakimś momencie życia wpływa na jego dalszy bieg i charakter. Proces ten może być uruchamiany z różnych inspiracji, a jego znaczenie jest nieodwracalne”²⁹³. Również Amelia Krawczyk-Bocian podkreślała fakt, że konstruowanie indywidualnej biografii człowieka odbywa się przy udziale podjętych wcześniej decyzji oraz refleksji nad dotychczasowymi doświadczeniami: „Samowiedza jednostki, rozwijająca się w biegu jej biograficznego życia, pozwala na swobodne kierowanie życiem, jego historią. Autokreacja widziana z perspektywy ‘współformowania się’ sprzyja dalszemu przyrostowi samowiedzy, oddziałuje na zachowania człowieka, na jego przemianę, drogę życia”²⁹⁴. Konstruowanie indywidualnej biografii jest zatem całożyciowym procesem obecnym w życiu każdego człowieka, który na podstawie swoich doświadczeń, refleksji oraz oczekiwań i życiowych pragnień stara się prowadzić swoje życie w pożądanym przez siebie kierunku. Proces ten odbywa się przy jego aktywnym udziale, a istotnymi elementami, które będą wpływały na kształt jego biografii jest nauka się z własnej biografii oraz umiejętność przetwarzania swoich doświadczeń i wyciągania z nich wniosków. „Człowiek formułuje liczne oczekiwania wobec swojego życia, podejmuje ważne decyzje i musi liczyć się z ich skutkami”²⁹⁵. Amelia Bocian-Krawczyk dodała, że konstruowanie biografii stanowi wyzwanie, które człowiek jest w stanie zrealizować dzięki gotowości do refleksji oraz wyciągnięcia istotnych wniosków: „Tworzenie jednostkowej biografii staje się zadaniem, wyzwaniem, przed którym staje człowiek chcący spojrzeć na siebie i swój świat z dystansu, nutą krytycyzmu, być może nostalgią”²⁹⁶.

Podążając dalej w refleksji wokół konstruowania indywidualnej biografii człowieka warto przyjrzeć się elementom, które odgrywają w omawianym procesie istotną rolę. We współczesnym społeczeństwie konstruowanie indywidualnej biografii uwarunkowane jest szeregiem procesów, które zachodzą w sferze psychicznej jednostki oraz zmian społecznych i pozwalają na ukształtowanie się nowych możliwości w zakresie tworzenia własnej biografii przez jednostkę. Podkreślała to między innymi Kamila Lasocińska: „Funkcjonowanie we współczesnym społeczeństwie sprzyja coraz większemu zróżnicowaniu jednostkowych biografii i jednocześnie wymaga działań autokreacyjnych opartych na refleksji, samodzielnego określania własnej drogi życia,

²⁹³ D. Lalak, *Życie jako biografia...* op. cit., s. 81.

²⁹⁴ A. Krawczyk-Bocian, *Homo narrator*, Bydgoszcz 2021, s. 27.

²⁹⁵ D. Lalak, *Życie jako biografia...* op. cit., s. 106.

²⁹⁶ A. Krawczyk-Bocian, *Homo narrator...* op. cit., s. 28.

wybierania aktywności zawodowej i pozostawania elastycznym w sytuacji zmiany. Wybór pojawia się także w sferze własnego 'ja' tego, kim jesteśmy i jacy jesteśmy w relacjach z innymi. Ponadto możliwa wielość i różnorodność relacji dopuszcza wiele sposobów autoekspresji²⁹⁷. Autorka zauważyła także, że wraz z przemianami społeczno-kulturowymi, zmianie uległ stosunek jednostek do konstruowania własnej biografii. Przeobrażenia społeczne pozwoliły jednostkom na wyjście poza dotychczasowe, często sztywno przypisane zadania kulturowo-społeczne, którym musiały sprostać. „Jednym z efektów zachodzących przeobrażeń jest coraz większa różnorodność biograficzna, ale także nowy stosunek człowieka do własnych przeżyć. Znaczące staje się skupianie uwagi na pewnej sferze doświadczeń przy jednoczesnym odrywaniu się i wypieraniu innych, dotyczących ważnych, ale trudnych aspektów egzystencjalnych. Kolejną cechą mającą znaczenie w życiu współczesnego człowieka jest indywidualizacja polegająca na możliwości uwolnienia się jednostek od realizacji własnych biografii zgodnie z wyznaczanymi wzorami kulturowymi i tradycją”²⁹⁸. Do procesów mających wpływ na tworzenie indywidualnej biografii, które wymieniała autorka należą: separacja doświadczenia, indywidualizacja, czysta relacja, możliwość ekspresji własnego „ja”, poszukiwanie wewnętrznej spójności oraz refleksyjność jednostki²⁹⁹.

Separacja jednostki oznacza „to, że nie wszystkie aspekty egzystencjalne są w równym stopniu dostępne w codziennym życiu, choć stanowią ważny aspekt funkcjonowania człowieka w społeczeństwie. (...) Separacja doświadczenia pomaga opanować wiele niepokojów, które w innym razie zachwiałyby bezpieczeństwem ontologicznym jednostki, ale ma to swoje różnorakie konsekwencje. Z jednej strony, jednostka jest chroniona przed problemami, które są trudne i budzą niepokojące pytania. Z drugiej strony, w każdym momencie przełomowym, bądź trudnej sytuacji życiowej, następuje bolesna konfrontacja z tym, od czego człowiek na co dzień ucieka i czego stara się za wszelką cenę uniknąć. Problemy egzystencjalne, przed którymi się chroni, dotyczą fundamentalnych aspektów życia człowieka, nie można ich całkowicie wyeliminować i usunąć”³⁰⁰. Oznacza to zatem, że jednostka może selekcyonować doświadczenia we własnej biografii, lecz zawsze pozostają one w pamięci autobiograficznej jednostki oraz

²⁹⁷ K. Lasocińska, Zróżnicowanie współczesnych biografii a potrzeba refleksyjności w rozwoju osób dorosłych, „Civitas Hominibus: rocznik filozoficzno-społeczny”, 2013, t. 8, s. 55.

²⁹⁸ Ibidem, s. 56.

²⁹⁹ Ibidem, s. 56-64.

³⁰⁰ Ibidem, s. 56.

w sposób nie całkiem uświadomiony jednak mogą one wpływać na konstruowanie jej biografii.

Indywidualizacja to „prowadzący do zróżnicowania położenia życiowych i sposobów życia. Pojawia się różnorodność możliwości życia w obrębie różnych faz życiowych, określająca niejednorodność pojedynczych biografii. Wzrasta również zjawisko indywidualnego myślenia o sukcesie, pracy czy o życiu rodzinnym. Ludzie nie kierują się już tak bardzo w kształtowaniu własnego życia obyczajami, normami czy tradycją, ale raczej poszukują własnych rozwiązań i pomysłów. W związku z tym, że pojawia się wiele opcji postępowania, tym samym trudny staje się ich wybór. Indywidualizacja oznacza, że biografia indywidualnego człowieka staje się otwarta, zostaje wyzwolona od zastanych warunków, uzależniona od własnych decyzji osoby. Znaczący jest fakt pojawiania się nowych możliwości kształtowania własnego życia przez człowieka, poszukiwania nowych dróg spełnienia, pozwalających na ekspresję własnej osobowości. Przyszłość staje się terytorium różnych możliwości, a ‘otwarty’ charakter tego, co ma nadejść, wymaga od człowieka zdolności kształtowania swojego bytu i dalszej przyszłości”³⁰¹. Współcześnie zauważono, że konstruowanie indywidualnej biografii w większym stopniu niż dotychczas wiąże się ze świadomością jednostki, że jest ona w pełni odpowiedzialna za przebieg swojego życia i może z większą swobodą eksplorować świat, poszukując tym samym drogi, która jest dla niej najbardziej atrakcyjna. „Wynika to z coraz większej autonomii człowieka dotyczącej możliwych form i rodzajów kształtowania więzi, komunikowania się z innymi, określania zasad, norm i wartości realizowanych w bliskich relacjach”³⁰². W praktyce oznacza to, że współczesne jednostki, w wyniku obopólnej akceptacji, kształtują ramy swoich relacji. Wpływ ma na to potrzeba jednostki, dotycząca tworzenia relacji z innymi ludźmi odpowiadających ich wzajemnym potrzebom, a nie tylko uwarunkowaniom społeczno-kulturowym. „Współczesne relacje z innymi to zatem wspólnota oparta na refleksyjności, gdzie brak sztywnych zasad i wzorców dotyczących kształtowania więzi stanowi możliwość, aby były one bardziej autentyczne i spełnione. Z drugiej strony, nie istnieją gwarancje stałości relacji czy reguły chroniące człowieka przed wykorzystaniem, samotnością czy odrzuceniem. Rodzina w koncepcji ‘czystej relacji’ może, ale nie musi stanowić oparcia w sytuacjach trudnych i krytycznych. Nastawienie członków rodziny

³⁰¹ Ibidem, s. 57.

³⁰² Ibidem, s. 58.

nie określa bowiem reguła, obyczaj, tradycja, ale raczej 'wypracowane' relacje, które mogą różnie przebiegać i zmieniać się w czasie, są to jednak związki, które zakładają demokrację, rozwój i autonomię³⁰³. Owa zmiana w relacjach wynika z wcześniej wskazanej indywidualizacji oraz konstruowania relacji z innymi w sposób, który przez jednostkę jest najbardziej pożądany, a w konsekwencji pasujący do wykreowanej dotychczas biografii.

Możliwość ekspresji własnego „ja” wiąże się z umiejętnością dostrzegania pozytywów wynikających z nowych form aktywności podejmowanych przez jednostkę, kontaktów z innymi oraz ze zdobywania wiedzy. Oznacza to, że stale poszerza ona swoje doświadczenia i horyzonty myślenia o sobie, a także dostrzega nowe drogi, które mogą być częścią jej biografii. „Jednostki żyją w nieustannym procesie ciągłego konstruowania i rekonstruowania własnego 'ja', a także obrazu świata, w którym wszystko, co się dzieje, może być negocjowane. Wchłaniając różne głosy, odkrywamy, że każda prawda jest relatywizowana przez wielość różnych możliwych interpretacji. Każda prawda o nas samych jest tworem chwili, prawdziwym tylko w określonym czasie i w ramach tylko pewnych relacji z innymi. Wytwarzamy różne wyobrażenia o sobie w zależności od różnych okoliczności życiowych, które są w procesie nieustannej zmiany. Jednolite pojęcie własnego 'ja' we właściwej tradycyjnej kulturze ustępuje miejsca wielorakim i rywalizującym ze sobą możliwościom. Coraz częściej okazujemy się posiadaczami wielu głosów, które niekoniecznie są ze sobą zharmonizowane. W miejsce trwałego i identyfikowalnego 'ja' znajdujemy fragmentację i brak spójności. W związku z tym, wraz ze zmianą koncepcji tego, kim jesteśmy i jacy jesteśmy, przeobrażeniom ulegają pewne wzory życia. W miarę jak coraz bardziej nasycamy się różnorodnymi powiązaniem, pojawia się coraz więcej nowych zachęt do niespójności, stajemy bowiem w obliczu wielu możliwości i wielu możliwych opcji doświadczenia siebie”³⁰⁴. Rozumieć to można inaczej jako liczne możliwości wpływu na własną biografię wynikające niemalże ze wszystkich dostępnych źródeł, które jednostka ma potrzebę poddać weryfikacji i dookreśleniu. Oznacza to zatem, że możliwość konstruowania własnej biografii jest w trakcie trwania życia. Nowe konstrukcje biograficzne mogą powstawać na bazie sprzeczności z dotychczasowymi doświadczeniami, w wyniku interakcji

³⁰³ Ibidem, s. 59.

³⁰⁴ Ibidem, s. 60.

z innymi ludźmi oraz nowych pragnień powstałym dzięki stałemu odkrywaniu siebie na nowo.

Proces związany z osiągnięciem wewnętrznej spójności „ja” wiąże się z doświadczaniem szeregu wewnętrznych konfliktów, które powstają na skutek zdobywania doświadczeń życiowych oraz potrzeby samodzielnego budowania relacji z innymi i wyboru drogi życia. Proces ten wiąże się z trudnościami, które mogą wynikać z wielości oddziaływań, które wpływają na jednostki. Kamila Lasocińska nazywa to zjawisko multifrenią³⁰⁵. Kluczowe dla konstruowania własnej biografii jest osiągnięcie owej spójności „ja”, która pozwala na przetwarzanie nowych informacji o sobie i akceptowanie ich, a tym samym włączenie ich do własnego „ja” bądź ich odrzucenie. „Proces osiągania integracji wewnętrznej nie może już polegać na odwoływaniu się do znanych wzorców zachowań oraz stałych określonych ról. Człowiek doświadczający multifrenii może podejmować wewnętrzny dialog z samym sobą, próbując godzić i przede wszystkim rozumieć wewnętrzne sprzeczności. Może także przyglądać się świadomie własnej historii życia, przyjmując różne perspektywy. Jednocześnie rekonstrukcja biografii wymaga od osoby stworzenia spójnej narracji, akceptowania różnych aspektów analizowania zdarzeń, prowadząc w konsekwencji do lepszego poznania siebie. Jest to proces aktywny, który pozwala na dopasowanie nowych elementów (na przykład aktualnego doświadczenia) do istniejącego systemu przekonań czy wiedzy. Tożsamość jednostki i poczucie wewnętrznej spójności zależy zatem od jej zdolności podtrzymywania ciągłości określonej narracji. Ponadto doświadczenie kryzysu związanego z poczuciem dezintegracji (rozproszenia) może stanowić istotny bodziec rozwojowy. W wyniku jego oddziaływania musi jednak pojawić się proces integracji na wyższym poziomie złożoności”³⁰⁶.

Ostatnim elementem wskazanym przez Kamilę Lasocińską, który odrywa rolę w kształtowaniu własnej biografii, jest refleksyjność biograficzna, która „obejmuje różnorodność doświadczeń, także tych nieprzyjemnych i coraz częściej separowanych, jak: przemijanie, śmierć, choroba. Refleksyjność działa emancypacyjnie, oznacza wyzwolenie ze starych zależności i ograniczeń, które mogą blokować autonomiczny rozwój jednostki. Podejmowanie przez osoby dorosłe aktywności autobiograficznej, dotyczącej zarówno wspomnień, jak i obecnych doświadczeń oraz antycypowanej

³⁰⁵ Ibidem.

³⁰⁶ Ibidem, s. 61.

przyszłości pozwala na rozwijanie refleksyjności odnośnie własnych doświadczeń życiowych i na świadome kształtowanie własnej drogi życiowej oraz relacji z bliskimi. Dzięki aktywności autobiograficznej człowiek uczy się spostrzegać swoje życie jako całość i dzięki podejmowanej refleksji planuje i podejmuje działania na rzecz własnej przyszłości, dokonuje zmian, przekształceń, pozwalających na realizację celów”³⁰⁷. Refleksyjność jest zatem istotną umiejętnością człowieka, który analizując swoje doświadczenia, wyciąga z nich cenne wnioski, które pozwalają mu kierować własną biografią w oczekiwanym przez niego kierunku.

Konstruowanie indywidualnej biografii z pewnością nie może odbywać się również bez uczenia się ze swojej dotychczasowej biografii, wiążącym się z wyciąganiem wniosków i refleksji z doświadczeń jednostki. Zdaniem Joanny Golonka-Legut „refleksja nad własną biografią może być źródłem nie tylko przypominania sobie wydarzeń wyznaczających i dookreślających bieg życia, ale także może być źródłem samopoznania oraz inspiracją do podejmowania nowych wyzwań i działań”³⁰⁸, a co się z tym wiąże „namysł nad biografią jest ponownym przeżywaniem życia, jak i jego (re)interpretacją, poszukiwaniem oraz odczytywaniem przez jednostkę sensu własnej egzystencji. Przy czym często ma on charakter ‘niejawny’ – podmiot nie zawsze jest świadomy, iż narracja autobiograficzna niesie w sobie potencjał edukacyjny, jak i nie zawsze zdaje sobie sprawę, iż indywidualne doświadczenie życiowe może być źródłem wiedzy”³⁰⁹. Elżbieta Dubas doprecyzowała, że uczenie się z własnej biografii jest „uczeniem się w trakcie życia, często incydentalnie, przypadkowo, ale również w sposób planowany i celowy [...]. Jest uczeniem się z doświadczeń bezpośrednio, tj. w trakcie dziania się zdarzeń, w bezpośredniej styczności czasowo-przestrzennej Ja i Innego. Uczenie się z doświadczeń jest uczeniem się we współ/obecności, we współ/udziale i współ/działaniu: w zdarzeniach, w sytuacjach życiowych, poprzez styczności i interakcje w tym samym czasie i przestrzeni, poprzez spotkania, rozmowy, dialog, obserwacje, działanie. Jest uczeniem się w relacjach, w których powstają doświadczenia”³¹⁰. Jednostka zatem ma możliwość takiego uczenia się, a tym samym konstruowania własnej biografii na kanwie swoich wcześniejszych doświadczeń,

³⁰⁷ Ibidem, s. 62.

³⁰⁸ J. Golonka-Legut, Uczenie się w perspektywie biograficzności. Perspektywa andragogiczna, „Rocznik Andragogiczny”, 2023, t.30, s. 339.

³⁰⁹ Ibidem.

³¹⁰ E. Dubas, Uczenie się z (własnej) biografii – wprowadzenie, (w:) E. Dubas, W. Świtalski (red.), Uczenie się z własnej biografii, Łódź 2011, s. 7.

poddanych refleksji, informacji uzyskanych z doświadczeń innych osób, a także informacji otrzymanych o sobie ze świata zewnętrznego oraz wewnętrznych odczuć.

Konstruowanie indywidualnej biografii jest zatem niezwykle złożonym i trwającym całe życie procesem, toczącym się wielotorowo: w określonych uwarunkowaniach społeczno-kulturowych, w relacjach z innymi ludźmi oraz w refleksjach jednostki. Niewątpliwie ważkie znaczenie w procesie tworzenia własnej biografii mają doświadczenia nabyte w środowisku rodzinnym. Biorąc pod uwagę wcześniej omówione uwarunkowania wychowywania się w systemie rodzinnym wraz z rodzicem mierzącym się z chorobą afektywną dwubiegunową, należy zauważyć, że mogą one w istotny sposób wpływać na konstruowanie indywidualnej biografii dziecka chorego rodzica. Dorosłe dziecko może poddawać refleksji doświadczenia, które nabyło w rodzinnym domu w sposób świadomy bądź nieświadomy. Owe refleksje mogą wpływać na jego osobowość, cechy charakteru, podejście do budowania relacji z innymi ludźmi, wchodzenie w relacje interpersonalne, na wybory ścieżki edukacyjnej lub zawodowej czy zachowania ukształtowane w procesie wychowywania się z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi.

ROZDZIAŁ 3.

ROZSTRZYGNĘCIA METODOLOGICZNE WŁASNEGO PROJEKTU BADAŃ

3.1. Przyjęta orientacja badawcza i paradygmat oraz uzasadnienie ich wyboru

Obszar badań związanych z doświadczeniami wpływającymi na kształtowanie się biografii człowieka, zwłaszcza dotyczących problematyki rodzinnej, wymaga od badacza szczególnej wrażliwości oraz refleksyjności w projektowaniu i prowadzeniu badań. Wiąże się to również z wyborem orientacji metodologicznej, która pozwoli zebrać dane zgodnie z przyjętymi założeniami badawczymi. W badaniach prowadzonych przez pedagożki i pedagogów przyjmuje się orientację badawczą ilościową lub jakościową lub ich triangulację. Zdaniem Kazimierza Żegnałka badania ilościowe „polegają na opisie i analizie faktów, zjawisk, zdarzeń, procesów. Ich wyniki są przedstawione w postaci odpowiednich wskaźników i współczynników, tabel, wykresów itp. Ich najważniejszą cechą jest to, że przedmiotem badań ilościowych może być tylko to co da się policzyć lub zmierzyć”³¹¹. Krzysztof Rubacha wskazał następujące cechy i walory badań ilościowych: „dostarczają danych liczbowych i wyników w postaci liczb; pozwalają formułować ogólne prawidłowości odnoszone do populacji; pozwalają budować i sprawdzać (weryfikować) twierdzenia (teorie) i prawa naukowe; przynoszą wiedzę o prawidłowościach regulujących procesy edukacyjne w skali makro”³¹². Także i Tadeusz Pilch podkreślał zalety, jak i wady badań ilościowych. Odnosząc się do ich atutów, stwierdził, że „pozytywistyczny paradygmat badawczy stosowany w badaniach ilościowych pozwala w sposób naukowy i z dużym prawdopodobieństwem odkryć reguły i mechanizmy życia społecznego; procedury badawcze są stałe. Ich powtarzalność dowodzi ich doskonałości; badanie zbiorowości umożliwia opis i ocenę różnic oraz prawdopodobieństw między elementami badanej zbiorowości; trafność i rzetelność są koniecznymi warunkami obiektywizmu badawczego”³¹³. Z kolei dostrzegając wady

³¹¹ K. Żegnałek, *Metody i techniki stosowane w badaniach pedagogicznych*, Warszawa 2008, s. 35.

³¹² K. Rubacha, *Metodologia badań nad edukacją*, Warszawa 2008, s. 20.

³¹³ T. Pilch, *Strategia badań ilościowych*, (w:) S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, Gdańsk 2010, s. 74.

zastosowania ilościowej orientacji badawczej, wskazał: „możliwości poznawcze są zredukowane do zakresu wyznaczonego przez koncepcję badań i przyjęte instrumentarium badawcze; przeprowadzany w badaniach ilościowych proces transformacji danych z pojęciowego i tekstowego na standaryzowane, liczbowe kody odpowiednie do operacji statystycznych grozi deformacją treści i zagubieniem niuansów oraz wątków ubocznych; Badania ilościowe są statyczne – odwzorowują aktualny stan rzeczy, nie ukazują dynamiki i tendencji”³¹⁴.

Badania jakościowe pochodzą natomiast „ze wspólnego korzenia nauk społecznych, humanistycznych, zorientowanych na kulturę i wartości. Akcentują kreatywne, dynamiczne tworzenie świata, nadawanie mu sensów i znaczeń podzielanych we wspólnocie społecznej. W praktyce tworzą mozaikę różnych stanowisk, strategii, procedur badawczych”³¹⁵. W badaniach jakościowych badacze dążą do dogłębnego zrozumienia badanego zjawiska, koncentrując się na pozyskaniu pogłębionych informacji dotyczących przedmiotu badań. „Badacz jakościowy ma szczególną okazję poznać nie tylko fakt, zdarzenia edukacyjne, ale także okoliczności, w których miały one miejsce, skutki, które wywołały oraz znaczenie jakie nadali im ludzie”³¹⁶. Heliodor Muszyński dodał, że badania jakościowe charakteryzują się przede wszystkim tym, że „nie dąży się do objęcia nimi większej liczby obiektów (np. osób), a tym samym do gromadzenia danych, które miałyby podlegać analizie rachunkowej. Oznacza to rezygnację z wnioskowania indukcyjnego, a co za tym idzie – z dążenia do uogólnień dotyczących jakiś wyróżnionych zbiorowości”³¹⁷. Uwe Flick zwrócił uwagę nie tylko na odmienny sposób gromadzenia materiału badawczego w obu tych orientacjach badawczych, ale na odmienne postawy wobec badania rzeczywistości społecznej: „Badania jakościowe używają więc tekstu zamiast liczb jako materiału empirycznego, wychodzą od koncepcji społecznego tworzenia badanych rzeczywistości, skupiają się na punktach widzenia uczestników badań, ich codziennych praktykach oraz wiedzy dotyczącej przedmiotu badań”³¹⁸.

³¹⁴ T. Pilch, *Strategia badań ilościowych...* op. cit., s. 75.

³¹⁵ B. Smolińska-Theiss, W. Theiss, *Badania jakościowe – przewodnik po labiryncie*, (w:) S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań...* op. cit., s. 82.

³¹⁶ K. Rubacha, *Metody zbierania danych w badaniach pedagogicznych*, (w:) Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2003, s. 34.

³¹⁷ H. Muszyński, *Metodologiczne vademecum badacza pedagoga*, Poznań 2018, s. 81.

³¹⁸ U. Flick, *Projektowanie badania jakościowego*, Warszawa 2012, s. 22.

Mając na uwadze charakterystykę obu orientacji badawczych oraz specyfikę podejmowanej problematyki badawczej, w prezentowanych badaniach została wykorzystana strategia jakościowa. Badania jakościowe stwarzają możliwość, by bardziej szczegółowo i głębiej zanalizować oraz zrozumieć w jaki sposób wychowywanie się z rodzicami mierzącymi się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowym może mieć znaczenie w kształtowaniu biografii badanych osób, a ponadto sprawdzić czy badane osoby łączy podobieństwo doświadczeń i wskazywanych przez nie konsekwencji tych doświadczeń, mających podłoże w dorastaniu z rodzicem z ChAD. Norman K. Denzin oraz Yvonna S. Lincoln zwrócili uwagę na wartość interpretacji określonych zjawisk przez badane osoby, pozwalając tym samym na nadanie przez nich własnego sensu przeżytych doświadczeniom: „Badania jakościowe to interpretatywne, naturalistyczne podejście do świata. Oznacza to, że badacze jakościowi badają rzeczy w ich naturalnym środowisku, próbują nadać sens lub interpretować zjawiska przy użyciu terminów, którymi posługują się badani ludzie”³¹⁹. Wybór jakościowej strategii badawczej pozwala zatem wyłonić znaczenia dla własnej biografii, które zostały nadane przez badane osoby ich doświadczeniom, w tym przypadku związanym z wychowywaniem się z rodzicem mierzącym się z chorobą afektywną dwubiegunową.

Jak podkreślają Beata Glinka i Wojciech Czakon: „Powszechnie uznanym wyróżnikiem badań jakościowych jest uzyskanie wglądu w interpretacje uczestników badanych zjawisk. To bardzo ważne dlatego, że obserwator zewnętrzny może dostrzec działania oraz ich efekty, ale nie może dostrzec motywacji, przyczyn czy przeżyć, które tym działaniom towarzyszyły”³²⁰. Oznacza to, że badania jakościowe pozwalają poznać przebieg procesu wychowania w rodzinach z rodzicem mierzącym się z ChAD oraz jego konsekwencje w taki sposób, w jaki postrzegany jest przez osoby badane, które tego doświadczyły. Uzyskanie takiego obrazu sytuacji pozwala na obszerniejszą eksplorację problematyki związanej z określonymi środowiskami rodzinnymi, a także uchwycenia interpretacji tychże doświadczeń przez dorosłe już dzieci takich rodziców. Pogląd ten podzielała również Monika Kostera, która podkreśliła, że „badania jakościowe dążą do jak najwierniejszego opisu niezmacone przez badacza lub badaczkę wycinka rzeczywistości społecznej. Dążą one do zrozumienia, oświecenia i ewentualnej

³¹⁹ N. K. Denzin, Y.S. Lincoln, Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych, (w:) N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), Metody badań jakościowych, tłum. K. Podemski, Warszawa 2009, s. 23

³²⁰ B. Glinka, W. Czakon, Podstawy badań jakościowych, Warszawa 2021, s. 17.

eksploracji wyników na podobne sytuacje. Badania tego typu pozwalają na budowanie wiedzy całościowej, to jest ujmującej zjawiska w ich naturalnym kontekście. Wiedza będąca wynikiem dociekań badaczy jakościowych i bliska perspektywie aktorów społecznych jest próbą reprezentacji tego, w jaki sposób aktorzy społeczni rozumieją rzeczywistość, jakie są motywy i sposoby ich działań³²¹. Orientacja jakościowa w podejmowanym temacie pozwoli zatem lepiej nakreślić i zrozumieć sytuację dzieci wychowujących się z rodzicami mierzącymi się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, przedstawiając ją w sposób, w jaki jest przez nie opisywany.

Badania jakościowe charakteryzuje także rola badacza, odmienna niż w badaniach ilościowych. Nie pozostaje on biernym uczestnikiem procesu gromadzenia materiału badawczego, lecz bierze aktywny udział w poznaniu wybranego przedmiotu badań. „Badacze jakościowi nie działają w terenie jako byty niewidzialne i neutralne, lecz biorą udział w tym, co obserwują (przy metodzie obserwacji uczestniczącej), lub skłaniają badanych do refleksji nad własnym życiem i biografią (w wywiadach biograficznych), co może doprowadzić ich do całkiem nowego oglądu własnej sytuacji oraz otaczającego ich świata³²². Podobny pogląd dotyczący zadań badaczy podzielali Norman K. Denzin oraz Yvonna S. Lincoln: „Badacze jakościowi kładą nacisk na społecznie konstruowaną naturę rzeczywistości, na bliskie stosunki między badaczem a przedmiotem badań, na sytuacyjne ograniczenia wpływające na badanie. Tacy badacze podkreślają naturalne uwikłanie badań w wartości. Poszukują odpowiedzi na pytania o to, jak jest tworzone społeczne doświadczenie i nadawane mu znaczenie³²³. Zatem badacz w orientacji jakościowej staje się uczestnikiem badanego świata poprzez relacje, w jakie wchodzi z jego pozostałymi uczestnikami, stając się jednym z kluczowych elementów prowadzenia badań jakościowych, gdyż nie tylko wpływają na końcowe analizy i opis badanego przedmiotu, ale także pozwalają w odpowiedni sposób zaangażować w badanie jego uczestników. Zastosowanie strategii jakościowej wymaga także od badacza partnerskiego i podmiotowego traktowania badanych osób. „Badania jakościowe charakteryzują się intensywnym i długotrwałym kontaktem z ‘terenem’ lub sytuacją życiową, która zwykle jest normalna, tzn. jest odbiciem codziennego życia ludzi. Badacze próbują w sposób holistyczny ująć dane o spostrzeżeniach lokalnych aktorów

³²¹ M. Kostera, *Antropologia organizacji. Metodologia badań terenowych*, Warszawa 2005, s. 25-27.

³²² U. Flick, *Projektowanie badania...* op. cit., s. 29-30.

³²³ N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka...* op. cit., s. 34.

społecznych niejako ‘od wewnątrz’, poprzez rozpoznanie i zawieszenie z góry przyjmowanych opinii i sądów”³²⁴. W kontekście roli badaczy w omawianej strategii Mieczysław Łobocki podkreślił, że „nie istnieje dla nich jakakolwiek granica demarkacyjna, dzieląca osoby przeprowadzające badania od badanych osób. Zakłada się, że wszyscy mają tu do spełnienia podobną rolę. Dzieje się tak przede wszystkim w fazie gromadzenia materiału badawczego (wyników badań). Wymaga to podmiotowego potraktowania osób badanych, tj. nawiązania z nimi bezpośrednich kontaktów na zasadzie równego z równym, w sposób partnerski, a nie z pozycji osoby lepiej obeznanej czy wszechwiedzącej”³²⁵. Wybór orientacji jakościowej wydaje się być zatem szczególnie uzasadniony w kontekście podejścia badacza do badanych osób, a także zaakcentowania wartości ich wypowiedzi. Opisywanie przeżyć związanych z własnymi doświadczeniami, obejmującymi okres wychowywania się w rodzinie mierzącej się z różnorodnymi problemami, często stanowi wyzwanie dla osoby badanej. Zbudowanie odpowiedniej relacji ‘badacz-badany’, model ich partnerskiej współpracy w procesie badawczym oraz zaangażowanie badacza w świat badanego pozwala nie tylko na lepsze poznanie obranego przedmiotu badań, ale dostarcza też osobom biorącym udział w badaniu większe poczucie komfortu, dzięki któremu możliwa jest większa otwartość badanych we wspólnej eksploracji wybranych fragmentów ich rzeczywistości.

Rola badacza lokującego się w orientacji jakościowej wymaga od niego elastyczności oraz kreatywności, które należą do najważniejszych cech pedagogicznych badań jakościowych zorientowanych humanistycznie³²⁶. Owe umiejętności wydają się być konieczne zwłaszcza w doborze metod, technik oraz narzędzi badawczych. Jak zauważyli Matthew Miles i A. Michael Huberman, opisując analizę danych jakościowych, „badacze od samego początku procesu badawczego posługują się mało standaryzowanymi narzędziami badawczymi, biorąc na siebie aktywną rolę formułowania pytań czy zakresy obserwacji, wywiadów, analiz”³²⁷. Podobny pogląd na sposób wyboru metod oraz konieczność elastyczności wobec sposobów badania wybranej rzeczywistości wyrażał Uwe Flick: „Badania jakościowe pozostają jednak czymś więcej niż tylko korzystaniem z tej czy innej metody w celu udzielenia odpowiedzi

³²⁴ M. B. Miles, A. M. Huberman, *Analiza danych jakościowych*, przeł. S. Zabielski, Białystok 2000, s. 7-8.

³²⁵ M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Warszawa 2010, s. 92.

³²⁶ Więcej na ten temat: B. Smolińska-Theiss, W. Theiss, *Badania jakościowe...* op. cit., s. 86-89.

³²⁷ M. B. Miles, A. M. Huberman, *Analiza danych...*, op. cit., s. 7-8.

na pytanie badawcze. Badania tego rodzaju wymagają szczególnego nastawienia badaczy – otwartości wobec badanych i przedmiotu badania, elastyczności w sposobach ujmowania terenu badawczego i poruszania się po nim, odczytywania struktury badanego obszaru oraz obecnych w nim aktorów zamiast jej narzucania w gotowej postaci itd.”³²⁸. Szerokie możliwości w zakresie zastosowania różnorodnych metod zdobywania materiału badawczego w badaniach jakościowych podkreślali również Norman K. Denzin oraz Yvonna S. Lincoln: „Badania jakościowe obejmują studia nad wykorzystaniem i gromadzeniem różnorodnych materiałów empirycznych – studiów przypadku, osobistego doświadczenia, introspekcji, biografii, wywiadów, wytworów kulturowych, kulturowych tekstów i produktów, materiałów wywodzących się z interakcji, tekstów wizualnych, materiałów, które opisują codzienność i trudne momenty w życiu jednostek. Zgodnie z tym badacze jakościowi stosują wiele wzajemnie powiązanych praktyk, w nadziei, że uda im się dzięki temu lepiej zrozumieć ich przedmiot badań”³²⁹. Niewątpliwie wykorzystanie strategii jakościowej pozwala na wykorzystywanie różnorodnych metod i technik badawczych dostosowanych do podejmowanych problemów badawczych, ale także do specyfiki i wrażliwości wybranego przedmiotu badań. Samodzielne skonstruowanie narzędzia, odpowiadającego zarówno potrzebom badania, jak i osoby, która je prowadzi oraz osób badanych, stwarza im możliwość swobodnego przedstawiania własnej perspektywy. Wykorzystywanie różnorodnych metod i technik badawczych sprzyja także pogłębionej analizie zjawisk interesujących badacza, gdyż stwarza możliwość otrzymywania informacji z różnych źródeł ich pozyskiwania.

Zaangażowanie badacza w proces badawczy oraz kreatywne i skuteczne wykorzystanie możliwości związanych z zastosowaniem różnych metod i technik badawczych pozwalają na realizację nadrzędnego celu badań jakościowych, jakim jest odkrywanie znaczenia i sensu, które zostały nadane konkretnym wydarzeniom przez badane osoby. Badania jakościowe dążą bowiem do „ustalenia znaczenia, sensu jakiegoś zjawiska występującego w przestrzeni społecznej, a nie do pomiaru jego częstotliwości czy siły wpływu na inne zjawiska”³³⁰. Barbara Smolińska-Theiss oraz Wiesław Theiss wskazywali, że „celem badań jakościowych jest interpretacja tych indywidualnych sensów, znaczeń. Są one odczytywane, konstruowane czy dekonstruowane przez

³²⁸ U. Flick, *Projektowanie badania...* op. cit., s. 40.

³²⁹ N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka...* op. cit., s. 23-24.

³³⁰ B. Glinka, W. Czakon, *Podstawy badań jakościowych*, Warszawa 2021, s.16.

badanego i badacza”³³¹. Istotą strategii jakościowej jest zatem koncentracja na znaczeniu jakie jednostki nadały określonym wydarzeniom w ich życiu oraz w jaki sposób wpłynęły na nich. „W badaniach jakościowych dużą wagę przywiązuje się do analizy kontekstu sytuacyjnego poznawanych zjawisk i to w dwojakim wymiarze: jednostkowym i społecznym. Zakłada się tu, iż badane zjawiska nie są na ogół poznawalne poza swym kontekstem sytuacyjnym, czyli faktami, procesami, zjawiskami, zdarzeniami. One dopiero nadają badanym zjawiskom właściwy sens oraz pozwalają na prawdziwe wielostronny opis i interpretację zjawisk interesujących badacza, co pozwala - jak zakłada się - na lepsze ich rozumienie”³³². Odkrycie przez badacza tychże znaczeń nadanych przez badane osoby pozwala stworzyć pogłębioną analizę i opis badanego tematu, co stanowi istotny fundament i wartość badań jakościowych. Zdaniem Mieczysława Łobockiego walory badań w orientacji jakościowej wiążą się z tym, że „umożliwiają one dokonywanie jakościowego opisu i analizy badanych faktów, zjawisk czy procesów. (...) Poza tym badania jakościowe są zazwyczaj opisem i interpretacją pewnego ciągu zdarzeń, w tym także subiektywnych doświadczeń i odczuć zarówno osób badanych, jak i osoby je przeprowadzającej”³³³. W problematyce wychowywania się z rodzicem z chorobą afektywną dwubiegunową, analizowanej z wykorzystaniem jakościowej orientacji badawczej istotny jest nie tyle sam fakt choroby rodzica, co konkretne wydarzenia, ślady pamięciowe, towarzyszące uczucia, a także kontekst relacji wewnątrzrodzinnych i społecznych z tym związany. Przekłada się to wówczas na znaczenie i sens doświadczeń wychowywania się z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowym, który nadały im badane osoby oraz wpływu jaki, w ich opinii, miały one na ich własne biografie.

Mając na uwadze charakterystykę badań jakościowych oraz specyfikę i wrażliwość podejmowanego tematu, który wymaga pogłębionego poznania i zrozumienia doświadczeń wynikających z wychowywania się z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz ich konsekwencji, zasadnym jest wybór tej strategii badawczej. Orientacja jakościowa pozwala w tym przypadku nie tylko na zastosowanie różnych technik i narzędzi badawczych, ale także uzyskanie opisu tychże doświadczeń oraz znaczeń nadanych im przez osoby biorące udział w badaniu. Na koniec

³³¹ B. Smolińska-Theiss, W. Theiss, *Badania jakościowe...*, op. cit., s. 86.

³³² M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii...*, op. cit., s. 90-91.

³³³ *Ibidem*, s. 90.

warto także przytoczyć pogląd Normana K. Denzin oraz Yvonne S. Lincoln dotyczący wartości badań jakościowych, które ich zdaniem „nie są wyłącznie projektem badawczym, ale także moralnym, alegorycznym i terapeutycznym”³³⁴, co oddaje moje przekonanie o potrzebie przeprowadzenia niniejszych badań nie tylko w celu naukowego pogłębienia wiedzy, lecz również poprawy życia osób, które wychowywały i wychowują się z rodzicami z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi.

Poza wyborem orientacji badawczej istotne dla projektowania i realizacji badania naukowego jest osadzenie go w stosownym paradygmacie.

Termin „paradygmat”, w ujęciu twórcy i propagatora tego pojęcia czyli amerykańskiego fizyka i filozofa nauki Thomasa S. Kuhna, ma „wskazywać na to, że pewne akceptowalne wzory faktycznej praktyki naukowej – wzory obejmujące równocześnie prawa, teorie, zastosowania i wyposażenie techniczne – tworzą model, z którego wyłania się jakaś szczególna, zwarta tradycja badań naukowych”³³⁵. Zdaniem Earla Babbiego paradygmaty to „fundamentalne modele czy układy odniesienia, których używamy, by uporządkować nasze obserwacje i rozumowanie”³³⁶. Bartosz Sławecki zauważył, że wybór odpowiedniego paradygmatu przez badacza „wiąże się z określonym, spójnym wewnątrznie zbiorem przekonań filozoficznych, dotyczących natury rzeczywistości społecznej i natury badań naukowych”³³⁷. Odnosząc się do nauk społecznych, Earl Babbie dodał: „Paradygmaty nauk społecznych oferują różne perspektywy. Każda z nich uwzględnia pewne aspekty społecznego życia nieobecne w pozostałych, a jednocześnie pomija wątki ujmowane gdzie indziej”³³⁸. Paradygmaty inaczej można zatem ująć jako sposoby myślenia badacza o rzeczywistości.

Yvonna S. Lincoln i Egon G. Gubay zaproponowali klasyfikację paradygmatów, która „obejmuje pięć podstawowych paradygmatów, z których każdy prezentuje odrębne postrzeganie badanej rzeczywistości społecznej oraz zakłada inne cele jej badania”³³⁹. Do paradygmatów wyróżnionych przez tych autorów należą: pozytywizm, postpozytywizm, teoria krytyczna, konstruktywizm oraz paradygmat nazwany

³³⁴ N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, Przedmowa, (w:) N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), *Metody badań...*, op. cit., s. 13.

³³⁵ T. S. Kuhn, *Struktura rewolucji naukowych*, tłum. H. Ostromęcka, Warszawa 2009, s. 32.

³³⁶ E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, tłum. W. Betkiewicz, M. Bucholc, P. Gadomski, J. Haman, A. Jasiewicz-Betkiewicz, A. Kloskowska-Dudzińska, M. Kowalski, M. Mozga, Warszawa 2005, s. 56.

³³⁷ B. Sławecki, *Znaczenie paradygmatu w badaniach jakościowych*, (w:) D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe. Teoria i podejścia*. tom 1, Warszawa 2012, s. 58.

³³⁸ E. Babbie, *Badania społeczne...*, op. cit., s. 56.

³³⁹ M. Ciechowska, *Podstawy badań jakościowych w pedagogice* (w:) M. Ciechowska, M. Szymańska (red.), *Wybrane metody jakościowe w badaniach pedagogicznych część I*, Kraków 2018, s. 32.

uczestnictwem, dodany przez Johna Herona oraz Petera Reasona. Opisane przez nich sposoby myślenia o rzeczywistości różnią się ontologią, epistemologią, metodologią, a także rolą badacza i naturą wiedzy.

Pierwszy z zaproponowanych przez autorów paradygmatów – pozytywizm – zakłada „istnienie obiektywnego, zewnętrznego wobec osoby badającej świata. Badacz poszukuje w nim praw, reguł i powtarzalnych wzorów działań wyodrębnionych z nieistotnego kontekstu zdarzeń”³⁴⁰. Magdalena Ciechowska, opisując ten paradygmat, zauważyła, że „badacz, odnosząc się do realistycznej koncepcji rzeczywistości społecznej, dąży do uzyskania obiektywnych wyników, które wyjaśnią i pozwolą przewidywać badane zjawiska społeczne. W badaniach stosuje się metody ilościowe, w których weryfikuje się postawione hipotezy. Dąży się do generalizowania uzyskanych danych przy ścisłych wskaźnikach poprawności metodologicznej – wewnętrznej i zewnętrznej trafności, rzetelności i obiektywności. Jakikolwiek naleciałości wartości są tu niewskazane, etykę badawczą charakteryzuje zaś skłonność do utajania. Postawę badacza można ująć jako postawę ‘bezinteresownego naukowca’ niewłączającego się w badany świat, który jednocześnie sprawuje całkowitą kontrolę nad ściśle zaplanowanym badaniem”³⁴¹. Natura wiedzy w omawianym paradygmacie ustanowiona jest przez „zweryfikowane hipotezy ustalone jako fakty lub prawa”³⁴². Paradygmat ten w swoich podstawach zakłada weryfikację hipotez oraz zastosowanie metod i technik metodologicznych charakterystycznych dla strategii ilościowej (co jest sprzeczne z orientacją metodologiczną przyjętą w założeniach mojego badania) oraz zakłada poznanie obiektywnych faktów, które w badaniach poświęconych własnym doświadczeniom jednostki charakteryzują się subiektywnością oraz faktem, iż pomimo zbliżonych doświadczeń, każdy może nadawać im własne znaczenie, co stanowi kolejny argument do odrzucenia powyższego paradygmatu jako sposobu porządkowania wiedzy w niniejszych badaniach.

Postpozytywizm, ujmowany jako osłabiona odmiana pozytywizmu, naturę wiedzy upatruje jako „niesfalsyfikowane hipotezy, które są prawdopodobnymi faktami lub prawami”³⁴³. Poszukując podstaw filozoficznych paradygmatu, Bartosz Sławecki

³⁴⁰ B. Sławecki, Znaczenie paradygmatu..., op. cit., s. 79.

³⁴¹ M. Ciechowska, Podstawy badań jakościowych..., op. cit., s. 33.

³⁴² E. G. Guba, Y.S. Lincoln, Kontrowersje wokół paradygmatów, sprzeczności i wyłaniające się zbieżności, (w:) N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), Metody badań..., op. cit., s. 286.

³⁴³ Ibidem.

wskazywał, że „w obszarze założeń ontologicznych charakteryzuje go krytyczny realizm – uznanie obiektywnego charakteru rzeczywistości przy założeniu, że ze względu na ograniczenia ludzkich zmysłów daje się ona pojąć tylko w sposób niedoskonały i w pewnym przybliżeniu”³⁴⁴. Postawę badacza charakteryzuje tu „krytyczny realizm (istnieje obiektywna rzeczywistość badana, ale ograniczenia ludzkich zmysłów pozwalają na niedoskonałe, probabilistyczne jej poznanie). Na poziomie epistemologii badacz kieruje się – podobnie jak w pozytywizmie – dualizmem i obiektywizmem; jako że zupełne wyeliminowanie wpływu badacza jest niemożliwe, należy dążyć do jego minimalizacji. W badaniach przeważają metody ilościowe, dopuszczane są też metody jakościowe. Badacz dąży do wyjaśnienia, aby móc przewidywać rzeczywistość społeczną. Etyka również jest utajona i może nachylać się nawet do oszustwa, aby uzyskać wyniki badań. Badacz jest niezaangażowany w badaną rzeczywistość i sprawuje ścisłą kontrolę nad zewnętrzną i wewnętrzną trafnością ściśle zaplanowanych badań, w których wszelkie wartości powinny być wyłączone”³⁴⁵. Podobnie jak w przypadku pozytywizmu, podstawowe założenia tego paradygmatu pozostają sprzeczne z założeniami orientacji badawczej określonej w przedstawianych badaniach co wyklucza go z opcji jego przyjęcia.

Teoria krytyczna – kolejny z paradygmatów przedstawiony przez Lincoln i Guby’ego – w przeciwieństwie do dwóch wcześniej opisanych dostrzega istotną rolę przyjętych wartości, przypisując im rolę kształtującą. Charakteryzuje go „założenie, że rzeczywistość jest kształtowana przez wartości społeczne, polityczne, kulturowe, ekonomiczne czy wreszcie płciowo-kulturowe. Celem badania jest tu wyjaśnianie, ale także uświadamianie ludziom pewnego ideologicznego zakorzenienia, z którego możliwe jest wyzwolenie w kierunku ‘prawdziwej niezafałszowanej świadomości’. Zakłada się więc w tym przypadku realność bytów i istnienie pewnej obiektywnej prawdy, jednocześnie uznając, że społeczno-kulturowe zakorzenienie działań ludzkich odgrywa ważną rolę i chcąc je poznać należy odwołać się do doświadczeń ludzi”³⁴⁶. Postawa badacza „zakłada w wymiarze ontologicznym historyczny realizm (rzeczywistość jest ciągle kształtowana przez wartości społeczne, polityczne, kulturowe, ekonomiczne, etniczne i genderowe). Aby dokładnie poznać obiektywną rzeczywistość, trzeba odwołać

³⁴⁴ B. Sławecki, Znaczenie paradygmatu..., op. cit., s. 79.

³⁴⁵ M. Ciechowska, Podstawy badań jakościowych..., op. cit., s. 33.

³⁴⁶ B. Sławecki, Znaczenie paradygmatu..., op. cit., s. 80.

się do wartości, które przez lata ją kształtowały. Metodologia oparta jest na metodach ilościowych i jakościowych, badacz dąży do wyjaśnienia i przewidywania badanej rzeczywistości. Może on kierować się wartościami, które pomogą mu w poznaniu naukowym. Badacz pełni rolę ‘przekształcającego intelektualisty’ występującego w roli rzecznika i działacza, kierującego się wewnętrzną etyką nachyloną w stronę jawności. Do niego też należy kontrola nad badaniami, których kryteriami kontroli są historyczne osadzenie badań, obalenie niewłaściwego rozumienia rzeczywistości oraz bodziec do działania. Natura wiedzy określana jest jako spostrzeżenia strukturalne/historyczne”³⁴⁷. Teoria krytyczna jako paradygmat dąży do szerokiego historyczno-społeczno-kulturowego zrozumienia badanego zjawiska w celu emancypacji, równości i sprawiedliwości społecznej. Paradygmat ten opiera się na doświadczeniach społeczeństw, zaś podejmowany temat badawczy koncentruje się na doświadczeniach indywidualnych jednostki, co wyklucza jego zastosowanie w niniejszym badaniu.

W paradygmacie dodanym przez Johna Herona oraz Petera Reasona, nazwanym uczestnictwem, naturę wiedzy stanowi „rozszerzona epistemologia: pierwszeństwo praktycznego poznawania, krytyczna subiektywność, żywa wiedza”³⁴⁸. W rozumieniu Magdaleny Ciechowskiej „zakłada on istnienie subiektywno-obiektywnej rzeczywistości (subiektywnej, czyli dostępnej tylko w takiej formie, w jakiej przedstawia ją ludzki umysł; jednocześnie obiektywnej, ponieważ ludzkiemu umysłowi jest dostępna również obiektywna, harmonijna rzeczywistość – kosmos). Epistemologiczna warstwa zakłada krytyczną subiektywność w opartych na uczestnictwie relacjach pomiędzy obiektywną a subiektywną rzeczywistością, możliwą dzięki współpracy badacza i badanego, i wymienne role – poznawanego i poznającego. Wyniki takich badań są współtworzone przez badacza i badanych. Metodologicznie uzasadnione jest więc wykorzystywanie metod, które najbardziej przystają do badanej rzeczywistości. Kryterium jakości badania jest zgodność doświadczalnego, prezentacjonistycznego, propozycjonalnego i praktycznego poznawania, która prowadzi do działań zmieniających świat”³⁴⁹. Paradygmat ten zakłada uczestnictwo badacza w badanych procesach, co w przypadku omawianych badań jest niemożliwe. Choć osoby badane w swoisty sposób wprowadzały badaczkę w swoje doświadczenia i refleksje, miało to charakter retrospekcyjny, a nie

³⁴⁷ E. G. Guba, Y. S. Lincoln, *Kontrowersje wokół paradygmatów...*, op. cit., s. 286.

³⁴⁸ *Ibidem*, s. 286

³⁴⁹ M. Ciechowska, *Podstawy badań jakościowych...*, op. cit., s. 34.

aktywnego uczestnictwa w doświadczeniach, które - zgodnie z założeniami badań - odbyły się w perspektywie czasowej obejmującej okres dzieciństwa i/lub adolescencji.

Ostatni paradygmat, wskazany przez autorów, to konstruktywizm, u podstaw którego leży założenie, że „prawda obiektywna nie istnieje, rzeczywistość nie jest ‘zewnątrzna’ i obiektywna, lecz społecznie konstruowana, to ludzie nadają jej znaczenie. Wiedza na temat tej rzeczywistości jest konstrukcją ludzkiego umysłu, składającą się nie tylko z obserwacji faktów, lecz uwzględniającą też uczucia i interpretacje, znaczenie, jakie ludzie nadają doświadczeniu. Wiedza nie jest niezależna od poznającego podmiotu, bowiem on również tworzy znaczenie tej rzeczywistości”³⁵⁰. Joanna Bielecka-Prus, opisując ten paradygmat, wskazała, że zgodnie z jego założeniami „rzeczywistość jest wytwarzana społecznie i mamy do czynienia jednocześnie z jej wieloma wariantami. Jeśli tak, to należy odrzucić istnienie rzeczywistości absolutnej, a wiedza jest działaniem, które tworzone jest w dialogu między uczestnikami procesu badawczego. Rezultatem procesu badawczego jest polisemiczny obraz rzeczywistości, który nie musi być ‘uspójniany’ przez badacza w procesie interpretacji danych. Badacz pełni metaforycznie rolę podróżnika, który dokonuje refleksyjnej rekonstrukcji świata badanych, w dialogu z uczestnikami procesu badawczego”³⁵¹. Zbliżonym tu było stanowisko Magdaleny Ciechowskiej, wskazującej, że paradygmat ten zakłada „w warstwie ontologicznej realnie istniejący badany świat, który jest jednak determinowany przez lokalnie konstruowane i rekonstruowane rzeczywistości. Subiektywne/transakcyjne nastawienie badacza do rzeczywistości implikuje stosowanie wybranych przez niego metod – jakościowych, choć dopuszczone są też ilościowe. Dąży on do zrozumienia i rekonstrukcji rozumienia badanej rzeczywistości i – poprzez swoje zaangażowane działania – jest określany jako ‘namiętny uczestnik’ – mediator wielogłosowej rekonstrukcji. Taka postawa jest możliwa dzięki wiarygodności i autentyczności, które stanowią główny wyznacznik jakości prowadzonych badań. Badacz kieruje się wartościami, które – podobnie jak w przypadku teorii krytycznej – pełnią rolę kształtującą. Etyka badawcza jest również skierowana ku objawieniu, a nawet nachyla się ona nad specjalnymi problemami, które napotyka badacz, dzieląc kontrolę nad procesem badawczym razem z uczestnikami badania”³⁵². Odnosząc

³⁵⁰ B. Brycz, T. Dudycz, Paradygmat jako podstawa metody naukowej w naukach o zarządzaniu, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, 2010, nr 144, s. 58.

³⁵¹ J. Bielecka-Prus, Paradygmat partycypacyjny w naukach społecznych. Wykorzystywanie danych wytworzonych przez badanych w analizie jakościowej, „Rocznik Lubuski”, 2013, t. 39, nr 1, s. 31.

³⁵² M. Ciechowska, Podstawy badań jakościowych..., op. cit., s. 34.

się do metodologii badań charakterystycznej dla konstruktywizmu, Bartosz Sławecki opisywał, że jest ona skoncentrowana na „interpretowaniu znaczeń, mają więc charakter hermeneutyczny i dialektyczny. Chodzi z jednej strony o wydobycie pewnych konstruktów indywidualnych oraz poddanie ich interpretacji, a z drugiej o porównywanie i kontrastowanie jednostkowych znaczeń w celu wygenerowanie jednej lub większej liczby wspólnych konstruktów. Wykorzystywane są różne źródła danych - przede wszystkim metody i dane jakościowe, ale także ilościowe. Ważny jest kontekst zdarzeń”³⁵³. Yvonna S. Lincoln i Egon G. Guba naturę wiedzy w konstruktywizmie upatrywali jako „indywidualne lub zbiorowe rekonstrukcje jednoczące się wokół konsensusu”³⁵⁴, natomiast akumulację wiedzy jako „bardziej świadome i wyrafinowane rekonstrukcje, doświadczenia z drugiej ręki”³⁵⁵. Paradygmat ten koncentruje się na indywidualnych konstruktach jednostek, które powstały w ich świadomości na podstawie zdobytych doświadczeń i własnych refleksji, a badacz skupia się na dialogu z osobami badanymi w celu rekonstrukcji wytworzonych konstruktów. Założenia te wpisują się w jakościową orientację metodologiczną przyjętą w niniejszym badaniu oraz korespondują z przyjętym obszarem badawczym, jakim są doświadczenia związane z procesem wychowywania się w rodzinie pochodzenia oraz ich wpływ na biografie jednostek. Przyjęcie omawianego paradygmatu jako sposobu myślenia o rzeczywistości społecznej, a w dalszej konsekwencji rekonstrukcja doświadczeń badanych osób umożliwia dokładniejsze naukowe poznanie procesu wychowywania się z rodzicem mierzącym się z chorobą afektywną dwubiegunową oraz znaczenia, jakie miały one dla dorosłych dzieci tychże osób.

3.2. Metodologia badań własnych

Problematyka podjętego badania obejmowała kwestie dziecięcych i nastoletnich doświadczeń związanych z wychowywaniem się z rodzicem mierzącym się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz ich znaczenia dla kształtowania się ich indywidualnych biografii, ocenianego z perspektywy dorosłej osoby. Tematyka ta

³⁵³ B. Sławecki, Znaczenie paradygmatu..., op. cit., s. 81.

³⁵⁴ E. G. Guba, Y. S. Lincoln, Kontrowersje wokół paradygmatów..., op. cit., s. 286.

³⁵⁵ Ibidem, s. 286.

koncentrująca się wokół przebiegu procesu wychowania i jego konsekwencji pozwala na osadzenie omawianej pracy w dyscyplinie naukowej, jaką jest pedagogika, a ze względu na analizę procesu wychowania badanych osób w kontekście środowiska rodzinnego uprawnia do umiejscowienia jej w subdyscyplinie pedagogiki, jaką jest pedagogika społeczna.

Pierwszym etapem procedury badawczej jest określenie przedmiotu badania. Jak sygnalizuje Heliodor Muszyński, przedmiotem badań pedagogicznych „jest zawsze rzeczywistość humanistyczna i zarazem społeczna, to znaczy są to ludzie jako istoty obdarzone zdolnością do życia duchowego i uczestniczące lub mające uczestniczyć w kulturze i stosunkach społecznych”³⁵⁶, zaś zgodnie z punktem widzenia Kazimierza Żegnałka przedmiotem badań pedagogicznych mogą być fakty, zjawiska i procesy pedagogiczne wraz z ich uwarunkowaniami oraz osoby, instytucje, placówki i organizacje zajmujące się szeroko rozumianą działalnością wychowawczą, opiekuńczą lub edukacyjną³⁵⁷. Stefan Nowak opisuje przedmiot badań jako „przedmiot zainteresowań tj. interesująca badacza dziedzina zjawisk społecznych (...). Obiekty czy zjawiska, o których w odpowiedzi na postawione pytania, chcemy formułować twierdzenia”³⁵⁸. Przedmiot badań określa zatem wybrany przez badacza obszar tematyczny mogący stanowić zarówno zainteresowanie zjawiskiem, jak i konkretną sytuacją czy wybranym obiektem. Przedmiot prezentowanych badań stanowiły tym samym doświadczenia wychowywania się przez rodziców z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz konsekwencje biograficzne tychże doświadczeń, postrzegane przez ich dorosłe dzieci.

Na potrzeby niniejszych analiz wypracowane zostało autorskie ujęcie rozumienia konsekwencji biograficznych. Konsekwencje biograficzne to pojęcie, które odnosi się do długofalowych skutków, jakie różne wydarzenia, doświadczenia i decyzje życiowe wywierają na bieg życia jednostki, jej rozwój, tożsamość, system wartości, sposób myślenia i postrzegania świata, relacje interpersonalne, funkcjonowanie psychiczne i emocjonalne oraz pełnienie ról społecznych. Warto też zaznaczyć, że konsekwencje biograficzne mogą być bezpośrednie (np. jednoczesna śmierć rodziców powodująca umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej) lub pośrednie (np. długoterminowy wpływ

³⁵⁶ H. Muszyński, *Metodologiczne vademecum badacza...* op. cit., Poznań 2018, s. 81.

³⁵⁷ K. Żegnałek, *Metody i techniki...* op. cit., s. 53-54.

³⁵⁸ S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, Warszawa 2006, s. 30.

traumy na relacje rodzinne i zdrowie psychiczne). Konsekwencje te mogą być ocenione przez osoby postronne jako pozytywne i negatywne, ale cenniejsze badawczo jest to które z nich jednostka włącza w swoją autobiograficzną narrację oraz jakie nadaje im zabarwienie emocjonalne i znaczenie.

W dalszym postępowaniu badawczym konieczne jest określenie celów badawczych. Zdaniem Alberta Maszke ogólnym celem badań „jest poznanie i wykrycie istniejących prawidłowości stanowiących podstawę do wyjaśnienia i zrozumienia zjawisk”³⁵⁹. Heliodor Muszyński proponuje rozumienie celów badawczych, w którym postrzega je jako „sformułowania, za pomocą jakich badacz określa, do ustalenia jakiej wiedzy zamierza dojść dzięki określonym czynnościom badawczym”³⁶⁰. John W. Creswell podpowiadał, że „w sformułowaniu celu powinny się zawierać zamiary, intencje lub główna idea projektu bądź pracy badawczej. Idea ta wyłania się z potrzeby (problem) i konkretyzuje w szczegółowych pytania (pytania badawcze)”³⁶¹. Szczególne znaczenie celu w badaniach pedagogicznych, powiązanego z diagnozowaniem służącym skuteczniejszym działaniom naprawczym, podkreślali Tadeusz Pilch oraz Teresa Bauman, akcentując, że „badania pedagogiczne może w większym stopniu niż gdzie indziej określane są przez cele, jakim służą. Ich zadaniem jest zbadanie warunków niezbędnych do realizacji postulowanych stanów rzeczy. Mówiąc bardziej ogólnie – możemy uznać, że celem badań jest poznanie umożliwiające działanie skuteczne”³⁶².

Jeden z podziałów rodzajów celów badań zaproponowany został przez Earla Babbiego, który wskazał na eksploracyjne, opisowe oraz wyjaśniające cele badań. Pierwszy z nich koncentruje się wokół założenia, że „większość badań społecznych prowadzonych jest po to, aby rzucić światło na jakiś temat bądź też oswoić badacza z jakąś tematyką. Takie podejście zdarza się najczęściej, gdy badacz wchodzi w nową dla siebie dziedzinę zainteresowań lub gdy przedmiot badań sam w sobie jest stosunkowo nowy”³⁶³. Autor wskazywał także na trzy elementy takich badań: „(1) zaspokojenie ciekawości badacza i jego pragnienia lepszego zrozumienia przedmiotu, (2) zbadanie możliwości podjęcia szerszych badań, (3) wypracowanie metod, które zostaną użyte

³⁵⁹ A. W. Maszke, Tok przygotowywania badań, (w:) S. Palka (red.), Podstawy metodologii badań w pedagogice, Gdańsk 2010, s. 157.

³⁶⁰ H. Muszyński, Metodologiczne vademecum ... op. cit., s. 73

³⁶¹ J. W. Creswell Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane, tłum. J. Gilewicz, Kraków 2013, s. 131.

³⁶² T. Pilch, T. Bauman, Zasady badań pedagogicznych, strategie ilościowe i jakościowe, Warszawa 2001, s. 35

³⁶³ E. Babbie, Badania społeczne..., op. cit., s. 111.

w dalszych badaniach”³⁶⁴. Cel opisowy badań koncentruje się wokół „opisu jakiejś sytuacji lub wydarzenia. Badacz obserwuje, a potem opisuje to, co zaobserwował. Ponieważ obserwacja naukowa jest staranna i przemyślana, opis naukowy jest z reguły trafniejszy i dokładniejszy niż zwykły opis”³⁶⁵. Zdaniem autora taki cel badań zazwyczaj nie kończy się na samym opisie, a w dalszym postępowaniu badacz stara się dociec dlaczego „istnieją dane prawidłowości i jakie są ich konsekwencje”³⁶⁶. Ostatni cel badań, wskazany przez Babbiego, dotyczy wyjaśniania tego, co zostało zaobserwowane i opisane. Autor podsumowuje swoje rozważania wnioskiem o wzajemnym przeplataniu się wyróżnionych celów w badaniach naukowych: „Mimo że wyodrębnienie trzech celów badań jest użyteczne, warto podkreślić, iż większość badań zawiera elementy wszystkich trzech celów”³⁶⁷.

Tadeusz Pilch, wyróżniając te same cele naukowego poznania, powoływał się na W. Lawrence’a Neumana, który wskazał na pragmatyczne, operacyjne znaczenie treści uzyskanych w badaniach: „Cele eksploracyjne: dążenie do rozpoznania podstawowych faktów, zbiorowości i kwestii; tworzenie ogólnych intelektualnych obrazów badanych warunków; formułowanie i koncentrowanie się na problemach przyszłych badań; generowanie nowych idei, przypuszczeń i hipotez; odkrywanie wykonalności prowadzonych badań; rozwijanie technik pomiaru i opisu przyszłych badań. Cele opisowe: wytwarzanie szczegółowych, bardzo dokładnych opisów; odnoszenie nowych danych do znanych uprzednio; tworzenie zbiorów kategorii i klasyfikacji typów; przejrzysta kolejność stopni czy stadiów badania; dokumentowanie procesów czy mechanizmów przyczynowych; opisywanie podstaw kontekstu sytuacyjnego badań. Cele wyjaśniające: testowanie przesłanek i założeń teorii; wypracowywanie i wzbogacanie wyjaśnień teoretycznych; poszerzanie teorii nowych kwestii i problemów; wspieranie albo odrzucanie wyjaśnień poszczególnych przesłanek; wiązanie kwestii i tematów z ogólnymi zasadami; określanie które z kilku wyjaśnień jest najlepsze”³⁶⁸.

Heliodor Muszyński zaproponował natomiast następujące rodzaje celów: opisowe, wyjaśniające, praktyczne. Pierwszy z nich związany jest z uzyskaniem wiedzy „mówiącej o tym jak przedstawia się wycinek rzeczywistość, który zamierzasz poddać

³⁶⁴ Ibidem.

³⁶⁵ Ibidem, s.112.

³⁶⁶ Ibidem.

³⁶⁷ E. Babbie, *Badania społeczne...*, op. cit., s. 113.

³⁶⁸ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań ...* op. cit., s. 22-23.

badaniu”³⁶⁹. Drugi z nich służy wyjaśnianiu zależności pomiędzy zjawiskami, gdyż „wyjaśnianie danych zjawisk polega zawsze na ukazaniu ich związku z innymi zjawiskami”³⁷⁰. Cel praktyczny zakłada odkrycie bądź też stworzenie „określonych technik lub procedur czy też metod działania, które skutecznie prowadzą do osiągnięcia pożądanego celu kształcenia, wychowania czy opieki”³⁷¹.

Propozycja Janusza Gniteckiego obejmuje trzy jeszcze nieco inne rodzaje celów badań: poznawczy, teoretyczny oraz praktyczny. „Cel poznawczy jest związany głównie z opisem, wyjaśnianiem i przewidywaniem zjawisk pedagogicznych. (...) Cel teoretyczny związany jest m.in. z opracowywaniem teoretycznego lub empirycznego modelu zajęć dydaktyczno-wychowawczych, który następnie będzie uzasadniany lub weryfikowany w pracy badawczej. (...) Cel praktyczny jest związany m.in. z opracowywaniem odpowiednich dyrektyw pedagogicznych, czyli praktycznych wskazówek kierowanych do nauczycieli”³⁷².

Przyjmując podział na rodzaje celów badawczych według Janusza Gniteckiego, celami badawczymi, odpowiadającymi przyjętemu przedmiotowi badań, były:

- analiza doświadczeń dokonana przez rozmówców, dotycząca przebiegu procesu ich wychowania przez rodziców z chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD);
- określenie stylu wychowawczego rodziców z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi – w odbiorze ich dorosłych dzieci;
- analiza konsekwencji wychowywania się z rodzicem z ChAD oraz ich roli w kształtowaniu biografii tych osób w ich samoocenie;
- zarysowanie obrazu procesu wychowania (w tym zasobów i deficytów) w omawianych rodzinach osób wychowywanych przez co najmniej jednego rodzica z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, służące doskonaleniu form wsparcia dla tych osób, adekwatnych do zgłaszanych przez nie potrzeb.

Cel pierwszy, drugi i trzeci są celami poznawczymi, natomiast ostatni cel ma charakter praktyczny.

Swoistym drogowskazem dla badacza są problemy badawcze. Według Tadeusza Pilcha i Teresy Bauman problem badawczy stanowi „pytanie o miarę natury badanego zjawiska, o istotę związków między zdarzeniami lub istotami i cechami procesów,

³⁶⁹ H. Muszyński, *Metodologiczne vademecum ... op. cit.*, s. 75.

³⁷⁰ *Ibidem*.

³⁷¹ *Ibidem*.

³⁷² J. Gnitecki, *Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej*, Zielona Góra 1993, s. 129.

cechami zjawiska, to mówiąc inaczej uświadomienie sobie trudności z wyjaśnieniem zrozumieniem określonego fragmentu rzeczywistości, to mówiąc jeszcze inaczej deklaracja o naszej niewiedzy zawarta w gramatycznej formie pytania”³⁷³. W ujęciu Kazimierza Żegnałki problem badawczy to „swoista przeszkoda lub trudność związana z poznawaniem otaczającej rzeczywistości. Jest ona odzwierciedleniem i uświadomieniem sobie stanu naszej niewiedzy w określonej dziedzinie”³⁷⁴. Heliodor Muszyński problemy badawcze definiuje natomiast jako „werbalne sformułowania stanu niewiedzy badacza (...). Innymi słowy, za pomocą stawianych sobie pytań badacz uzyskuje jasność co do tego, czego chce się dowiedzieć”³⁷⁵. Odnosząc się bezpośrednio do jakościowej orientacji badawczej, John Creswell wskazywał, że problem główny „jest pytaniem szerokim, wymagającym eksploracji głównego zjawiska lub pojęcia, wokół którego koncentruje się badanie. Pytanie to formułuje się zgodnie z metodologią stosowaną w badaniach jakościowych w postaci jak najogólniejszej, aby nie ograniczać pola zainteresowań badacza”³⁷⁶. Problemy badawcze ująć można zatem jako pytania badawcze określające w jasny sposób zainteresowanie badacza sposobem związku pomiędzy określonymi zjawiskami pozostające w zgodzie z przedmiotem i celami badań. Ponadto są to pytania łączące się ściśle z celami badań, pomagając je dookreślić oraz lepiej zrozumieć i zrealizować dzięki szerszej eksploracji. Zwracają one również uwagę na wiedzę i dane, które badacze chcą uzyskać. Powinny zawierać w sobie również przesłanki do jego rozwiązania.

Zgodnie z przyjętymi celami badawczymi problem główny w niniejszym badaniu stanowiło pytanie: Jak osoby badane opisywały swoje doświadczenia oraz wynikające z nich konsekwencje biograficzne, związane z wychowywaniem się w rodzinach, w których jeden z rodziców borykał się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz jakie przypisywały im znaczenie w kształtowaniu własnych biografii?

Doprecyzowaniu problemu głównego służyło wytyczenie problemów szczegółowych:

- Jakie zasady funkcjonowania ich rodzin w przeszłości zostały wskazane przez rozmówczynie/rozmówców?

³⁷³ T. Pilch, T. Bauman, Zasady badań ... op. cit., s. 43.

³⁷⁴ K. Żegnałek, Metody i techniki... op. cit., s. 58.

³⁷⁵ H. Muszyński, Metodologiczne vademecum ... op. cit., s. 100.

³⁷⁶ J. W. Creswell, Projektowanie badań naukowych... op. cit., s. 147.

- Jakie znaczenie, w ocenie badanych osób, miały zaburzenia afektywne dwubiegunowe rodzica dla relacji pomiędzy członkami rodziny?
- Jakie wspomnienia, obejmujące dorastanie z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, przeważały w wypowiedziach rozmówczyń/ rozmówców?
- Jaki styl wychowania dominował u rodzica z ChAD w odbiorze każdej z badanych osób?
- Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób rozmówczynie/rozmówcy doświadczały/doświadczali parentyfikacji?
- Czy wśród swoich doświadczeń badane osoby wyróżniły jakieś znaczące wydarzenie związane z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi rodzica, mające szczególny wpływ na ich biografie, a jeśli tak, to jakie?
- Jakich określeń używały/używali rozmówczynie/rozmówcy w opisie ich sytuacji wewnątrzrodzinnej, determinowanej chorobą afektywną dwubiegunową ich rodziców?
- Jakiej formy instytucjonalnego i pozainstytucjonalnego wsparcia potrzebowały badane osoby w okresie dzieciństwa i/lub adolescencji w okresach epizodów i remisji ChAD rodzica?
- Jakie obszary funkcjonowania w dorosłym życiu wyróżniły/wyróżnili rozmówczynie/rozmówcy, w których mierzyły/mierzyli się z konsekwencjami wynikającymi z wychowywania się z rodzicem z ChAD?
- Jakie przejawy trudności w codziennym funkcjonowaniu w dorosłości wskazywały badane osoby, dostrzegając ich źródła w doświadczeniach dorastania z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi?

Kolejny etap postępowania badawczego stanowi wybór metody badawczej. Zdaniem Tadeusza Pilcha oraz Teresy Bauman jest nią „zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego”³⁷⁷. Mieczysław Łobocki z kolei uważał, że odnosi się ona do „ogólnych dyrektyw czy norm (reguł) postępowania badawczego, tj. obowiązujących bez względu na cel, jakiemu ma ona służyć, i warunki, w jakich się ją stosuje”³⁷⁸. Autor określił je również „zespołem ogólnych założeń dotyczących celowych czynności i środków

³⁷⁷ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań ... op. cit.*, s. 71.

³⁷⁸ M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii...*, op. cit., s. 225.

przydatnych w rozwiązywaniu określonych problemów badawczych”³⁷⁹. W ujęciu Heliodora Muszyńskiego metoda badawcza jest „opisem toku wykonywania w sposób spójny określonych czynności badawczych prowadzących do pozyskania danego rodzaju danych”³⁸⁰. Zwrócił on również uwagę, że zastosowanie danej metody „polega zawsze na opracowaniu i wykorzystaniu jakiegoś narzędzia badawczego. Sama metoda mówi tylko, według jakich zasad takie narzędzie musi zostać przygotowane. I drugi wniosek: według tych samych zasad, które określa metoda, można opracować nieograniczoną liczbę narzędzi badawczych dostosowanych do danych, jakie należy ustalić, stosując nowe narzędzia”³⁸¹. W kontekście przyjętej orientacji badawczej warto przytoczyć także rozumienie metody badawczej w ujęciu Agaty Stasik oraz Adama Gendźwiłła: „Na metodę badawczą warto patrzeć całościowo – jak na systematyczny zbiór zakorzenionych teoretycznie reguł (technik i ich uzasadnień) zbierania, analizowania i interpretowania danych. Owe reguły ustala się w znacznej mierze na etapie projektowania badania, korzystając przy tym ze sprawdzonych wzorców i powtarzalnych schematów, tworząc jednak unikalny sposób postępowania. Metoda w badaniu jakościowym jest dostosowana do problemu – i do osoby badającej”³⁸².

Wśród metod badawczych stosowanych w orientacji jakościowej wyróżnić można, za Ryszardem Gerlachem: obserwację, wywiady pogłębione, jakościową analizę (tekstów) dokumentów, metodę biograficzną, studium przypadku, analizę wytworów pracy oraz monografię pedagogiczną³⁸³. Tadeusz Pilch oraz Teresa Bauman do badań jakościowych zaliczyli: badania etnograficzne, studium przypadku, badania biograficzne, badania fenomenologiczne, badania w działaniu³⁸⁴. Spośród wyróżnionych metod badawczych charakterystycznych dla jakościowej strategii badawczej w obszarze badań dotyczących doświadczeń wychowywania się z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi szczególnie użyteczne wydają się być dwie: metoda biograficzna oraz studium przypadku.

Pierwsza ze wskazanych metod, tj. metoda biograficzna, to – zdaniem Mieczysława Łobockiego – „metoda odwołująca się nader często do analizy takich

³⁷⁹ M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2011, s. 29.

³⁸⁰ H. Muszyński, *Metodologiczne vademecum ...* op. cit., s. 170.

³⁸¹ Ibidem.

³⁸² A. Stasik, A. Gendźwiłł, *Projektowanie badania jakościowego*, (w:) D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe...* op. cit., s. 10-11.

³⁸³ R. Gerlach, *Badania jakościowe w pedagogice pracy*, „Problemy Profesjologii”, nr 2, 2015, s.15-16.

³⁸⁴ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań ...* op. cit., s. 294-317.

dokumentów, jak: pamiętniki, życiorysy, dzienniki, wspomnienia, listy. Najogólniej określa się ją jako metodę, polegającą na opisie i analizie przebiegu życia ludzkiego rozpatrywanego w kontekście określonego wycinka rzeczywistości społecznej. Ma się tu na uwadze zwykle całościowy lub fragmentaryczny przebieg życia badanych osób, w tym często ściśle określony rodzaj ich działalności z tytułu pracy zawodowej, życia rodzinnego, społecznego, towarzyskiego czy religijnego łącznie z ich dokonaniem i niepowodzeniami”³⁸⁵. Tadeusz Pilch i Teresa Bauman wskazali, że badania biograficzne „związane są ze szczególnymi jednostkami, których historia życia jest na tyle znacząca, że możemy dzięki niej dowiedzieć się czegoś ważnego o człowieku i o świecie, w jakim żyje bądź żył”³⁸⁶.

Studium przypadku, przez niektórych autorów nazywane także metodą indywidualnego przypadku, w rozumieniu Tadeusza Pilcha i Teresy Bauman to „badanie, które zawęży swój przedmiot poznania do pojedynczego, bądź kilku przypadków, gdy chce się je ze sobą porównać. Przedmiotem jego jest pojedyncza osoba lub zjawisko, grupa, organizacja. Obiekt badania jest w jakiś sposób szczególny w swej jednostkowości i badacz pragnie poznać tę szczególność interesującego go zjawiska. Pod pojęciem ‘przypadku’ rozumie się różne społeczne jednostki. Ekstremalność, tj. odbieganie od normy, nie jest traktowana jako wada, ponieważ pojedynczy przypadek badacz osadza w znanej sobie teorii, a opis przypadku, który nie znajduje swego odzwierciedlenia w teorii, może przyczynić się do jej wzbogacenia, a nawet przekształcenia. Każdy przypadek poszerza bowiem dotychczasową wiedzę. Ludzie, zjawiska są do siebie podobne, ale też są od siebie różne i właśnie różnice nadają badanemu zjawisku wymiar szczególny”³⁸⁷. Metoda studium przypadku, jak wskazał Robert K. Yin, umożliwia „głębsze skupienie na samym przypadku przy zachowaniu perspektywy holistycznej oraz kontekstu rzeczywistości, co warto wykorzystać na przykład w badaniach cyklu życia jednostek, zachowań małych grup, procesów organizacji i zarządzania, zmian w środowisku życia jednostek”³⁸⁸.

Na podobieństwo obu metod zwrócił uwagę między innymi Kazimierz Żegnałek, podkreślając przy tym, że studium przypadku jest metodą zbliżoną do metody

³⁸⁵ M. Łobocki, *Metody i techniki ...*, op. cit., s. 300.

³⁸⁶ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań ...* op. cit., s. 300.

³⁸⁷ *Ibidem*, s. 298.

³⁸⁸ R. K. Yin, *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie, metody i zastosowania*, przeł. J. Gilewicz, Kraków 2024, s. 39.

biograficznej, jednak „nie jest z nią tożsama. Dotyczy ona bowiem tylko pewnych zachowań czy zdarzeń związanych z daną jednostką ludzką, a nie jej całego życia. Jest szczególnie przydatna do badań losów ludzkich”³⁸⁹. Wskazana przez autora różnica wydaje się być kluczowa przy badaniu doświadczeń związanych z wychowywaniem się z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, gdyż zastosowanie studium przypadku umożliwi koncentrację na konkretnych doświadczeniach i jego konsekwencjach, a nie całej biografii badanych osób.

Analizując metodę studium przypadku oraz zasadność jej zastosowania w niniejszym badaniu, warto pogłębić jej ujęcie definicyjne. Beata Glinka oraz Wojciech Czakon uważali, że „tym, co wyróżnia studia przypadków, jest użycie słowa ‘przypadek’ w nazwie metody. Oznacza skupienie się na pojedynczym zdarzeniu w jego rzeczywistym kontekście. Zdarzeniem może być: pojedyncza decyzja, konkretne zachowanie człowieka, pojedynczy człowiek, zespół, proces organizacyjny, organizacja, zjawisko ponad organizacyjne, a nawet jednostka terytorialna (klaster, region, kraj)”³⁹⁰. Zdaniem Tadeusza Pilcha oraz Teresy Bauman „studium przypadku umożliwia eksplorację wewnętrznej struktury badanego zjawiska (...), lub też umożliwia dostrzeżenie zewnętrznych uwarunkowań jego funkcjonowania”³⁹¹. Także i Robert K. Yin, definiując tę metodę, zauważył, że jest ono „badaniem empirycznym, które zgłębia współczesne zjawisko (‘przypadek’) w kontekście rzeczywistości, zwłaszcza, gdy granice między zjawiskiem a kontekstem nie są zupełnie oczywiste”³⁹². Zasadność wykorzystania przyjętej metody potwierdza również wskazanie przez Roberta Staka na fakt, że „dla badaczy jakościowych główną zaletą studium przypadku jest optymalizacja możliwości zrozumienia danego zjawiska czy konkretnego przypadku poprzez udzielanie odpowiedzi na pytania badawcze oraz wiarygodność, jaką daje nieustanne triangulowanie opisów i interpretacji przez cały czas realizacji badania. Uwaga badaczy kontekstu (społecznego, politycznego i innych) na jego kształt oraz drobiazgowy opis działań przypadku ułatwia jego zrozumienie pozostałym odbiorcom (niewywodzącym się ze środowiska badawczego)”³⁹³. Dobór omawianej metody badawczej w zrealizowanym przeze mnie badaniu pozwolił zatem na koncentrację na wychowywaniu się z rodzicem

³⁸⁹ K. Żegnałek, *Metody i techniki...* op. cit., s. 162.

³⁹⁰ B. Glinka, W. Czakon, *Podstawy badań...* op. cit., s.54.

³⁹¹ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań ...* op. cit., s. 299.

³⁹² R. K. Yin, *Studium przypadku...* op. cit., s. 49.

³⁹³ R. E. Stake, *Jakościowe studium przypadku*, (w:) N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.) *Metody badań...*, op. cit., s. 624.

z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz jego konsekwencjach dostrzeganych przez osoby badane w okresie dorosłości, ich dogłębną analizę w szerszym kontekście i możliwość ich zrozumienia, a także sformułowanie wniosków przydatnych dla praktyki społecznej.

W wybranej tu metodzie badawczej konieczne jest dokładne określenie owego przypadku lub przypadków. Pojedynczym przypadkiem, zdaniem Roberta Yina, jest „przypadek skrajny lub niezwykły, odstępstwo od teoretycznych norm lub codziennego doświadczenia. Takie przypadki mogą występować na przykład w psychologii klinicznej, gdy jakiś nietypowy uraz czy rzadka choroba stwarza niezwykłą sytuację wartą udokumentowania i analizy”³⁹⁴. Autor dodał dalej, że uzasadnieniem dla wykorzystania pojedynczego studium przypadku może być przypadek odkrywczy. „To sytuacja, w której badacz ma okazję obserwować i analizować zjawisko wcześniej niedostępne badaniom nauk społecznych”³⁹⁵. Robert Yin podkreślał jednak, że „w pojedynczym studium przypadku mogą zawierać się podjednostki tworzące projekt bardziej złożony (zintegrowany). Podjednostki często dostarczają okazję do szerszej analizy, dzięki której można lepiej poznać badany pojedynczy przypadek. Jeśli przywiązuje się zbyt wielką wagę do podjednostek, lekceważąc jego holistyczne aspekty przypadku, badanie zaczyna zmierzać w innym kierunku i zmienia się jego charakter”³⁹⁶. Yin wskazuje jednak, że „we wszystkich przypadkach wielokrotnego studium przypadku należy się kierować logiką replikacji, nie zaś logiką doboru próby, a każdy przypadek musi być starannie dobrany”³⁹⁷. Marek Ćwiklicki oraz Kamila Pilch zauważają przy tym, że „podstawową korzyść wielokrotnego studium przypadku upatruje się w powtarzalności procedury badawczej i możliwości zestawienia wyników z różnych przypadków ze sobą. Z racji swej istoty ta forma badania przynależy do metod badań porównawczych. Jednakże badanie więcej niż jednego przypadku może też – ze względu na przyjęty charakter badania – polegać na badaniu przekrojowym (cross-sectional). Badanie to charakteryzują brak podkreślenia wyjątkowości przypadków, niezestawianie ich ze sobą i koncentracja na pojedynczych z syntezą zbiorczą”³⁹⁸. Robert Yin, podsumowując oba rodzaje studium

³⁹⁴ R. K. Yin, *Studium przypadku...* op. cit., s. 87.

³⁹⁵ Ibidem, s. 88.

³⁹⁶ Ibidem, s. 92.

³⁹⁷ Ibidem, s. 99.

³⁹⁸ M. Ćwiklicki, K. Pilch, Rygor metodologiczny wielokrotnego studium przypadku w badaniach marketingu miejsc, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, nr 376, 2018, s. 25-26.

przypadku, stwierdził, że „pojedyncze może być nieudane przede wszystkim z powodu wrzucania wszystkiego do ‘jednego worka’. Co ważniejsze, z dwóch lub więcej przypadków można uzyskać duże korzyści analityczne. Nawet dwa dają bowiem możliwość bezpośredniej replikacji. Wnioski analityczne wynikające niezależnie z obu przypadków, jak z dwóch eksperymentów, są bardziej przekonujące od tych, które wypływają z jednego przypadku (lub pojedynczego eksperymentu)”³⁹⁹. W odniesieniu do prowadzonych badań warto pokreślić co zostało określone jako przypadek w niniejszych badaniach, tj. doświadczenia wychowywania się z rodzicem z zaburzeniami dwubiegunowymi afektywnymi.

Także i ze względu na cel badań można wyróżnić trzy rodzaje studium przypadku: eksploracyjne, opisowe i wyjaśniające. „Studia przypadków eksploracyjne dotyczą zjawisk mało znanych, słabo zdefiniowanych, znajdujących się na wstępnym etapie rozpoznania albo po prostu nowych – wcześniej niewystępujących, jak np. tożsamość organizacyjna w okresie transformacji cyfrowej. Podporządkowane są one pytaniom ‘jak?’ i ‘dlaczego?’ jakieś zjawisko zachodzi, jak przeżywają je uczestnicy. Studia przypadków opisowe zmierzają do dostarczenia rzetelnego opisu zjawiska lub procesu. Skupione są wokół pytań ‘co?’, ‘gdzie?’, ‘ile?’ i ‘kto?’. Pozwalają więc na uzyskanie uporządkowanego obrazu przy wykorzystaniu danych zarówno jakościowych, jak i ilościowych, pozwalających ocenić natężenie czy skalę badanego zjawiska. Ograniczają się jednak tylko do opisu, bez ambicji wyjaśnienia czy predykcji. Studia przypadków wyjaśniające zmierzają do dostarczenia propozycji prawidłowości prowadzących do danego zjawiska w odpowiedzi na pytania ‘jak?’ i ‘dlaczego?’. Wyjaśnienie polega na ustaleniu związków pomiędzy istotnymi pojęciami, takich jak uwarunkowania, przyczyny oraz skutki. Studia przypadków stwarzają okazję uzyskania głębszej i bogatej wiedzy o pojedynczych zjawiskach, pozwalającej na ustalenie ich przebiegu, przyczyn oraz skutków. Otwierają więc drogę zarówno do wyjaśnień jednostkowych, jak i do formułowania uogólnień, które mogą być dalej testowane”⁴⁰⁰. Wykorzystane w moim badaniu studium przypadku miało charakter wyjaśniający.

Każda z metod badawczych dysponuje możliwością wyboru określonych technik badawczych. Zdaniem Tadeusza Pilcha i Teresy Bauman techniki badań są „czynnościami określonymi przez dobór odpowiedniej metody i przez nią

³⁹⁹ R. K. Yin, *Studium przypadku...* op. cit., s. 99.

⁴⁰⁰ B. Glinka, W. Czakon, *Podstawy badań...* op. cit., s. 56.

uwarunkowanymi. Czynności te w sensie logicznym są pojęciami podrzędnymi w stosunku do metody, a w sensie rzeczowym o znacznie węższym zakresie niż metoda. Technika badawcza ogranicza się do czynności pojedynczych lub pojedynczo jednorodnych⁴⁰¹. Według Mieczysława Łobockiego techniki badawcze są „bliżej skonkretyzowanymi sposobami postępowania badawczego. Podporządkowane są metodom badawczym, pełniąc niejako wobec nich wyraźnie służebną rolę. Stanowią jakby ‘ostatni akord’ danej metody badań, która jest dla nich zawsze istotnym punktem odniesienia i obejmuje kilka ich odmian. Toteż przysługująca im wartość poznawcza zależy w dużej mierze od dobrej znajomości metody badań, której stanowią one część składową⁴⁰². Kazimierz Żegnałek dodał jeszcze, że techniki badań są to „czynności praktyczne wraz z określonymi instrumentami, służące osiągnięciu założonego celu badań⁴⁰³”.

Robert Yin wskazał, że w studium przypadku najczęściej wykorzystuje się sześć rodzajów danych: dokumentacja, materiały archiwalne, wywiady, obserwację bezpośrednią, obserwację uczestniczącą i artefakty fizyczne⁴⁰⁴. Autor podkreślił także, że „główne uzasadnienie wykorzystywania różnych źródeł w studium przypadku ma związek przede wszystkim z najważniejszym motywem wykonywania studium jakim jest dogłębne zbadanie jakiegoś zjawiska w kontekście rzeczywistości⁴⁰⁵. Zgodnie z założeniami przyjętej strategii badawczej oraz paradygmatu, wyznaczonych celów i problemów badawczych, a także podstawowych założeń metody studium przypadku, w niniejszym badaniu wykorzystano trzy techniki pozwalające na zebranie dogłębnych i szczegółowych informacji o doświadczeniach osób wychowujących się z rodzicami z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, wraz ze znaczeniami, jakie nadawały im osoby badane. Stanowiły je: indywidualny pogłębiony wywiad niestandardyzowany, wywiad z użyciem fotografii oraz analiza stylu wychowania w rodzinie pochodzenia.

Podstawową techniką badawczą był indywidualny pogłębiony wywiad niestandardyzowany. Zdaniem Roberta Yina „jednym z najważniejszych źródeł dowodów w studium przypadku jest wywiad. (...) Wywiad może być szczególnie pomocny w dostarczaniu wyjaśnień najważniejszych faktów (odpowiadają na pytania ‘jak’

⁴⁰¹ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań ...* op. cit., s. 71.

⁴⁰² M. Łobocki, *Metody i techniki ...*, op. cit., s. 29.

⁴⁰³ K. Żegnałek, *Metody i techniki...* op. cit., s. 104.

⁴⁰⁴ R. K. Yin, *Studium przypadku...* op. cit., s. 154-155.

⁴⁰⁵ *Ibidem*, s. 168.

i ‘dlaczego’) oraz w przybliżaniu relatywistycznych punktów widzenia uczestników. W studiach przypadku nie ogranicza się on do ustalonego z góry zestawu pytań, lecz przypomina raczej rozmowę ukierunkowaną. Przebiega zgodnie z wytyczoną linią, ale jest ona elastyczna i dopuszcza modyfikacje. Taki rodzaj nazywa się wywiadem intensywnym, pogłębionym lub swobodnym⁴⁰⁶. Charakterystyczną cechą takich wywiadów, zdaniem Beaty Glinki i Wojciecha Czakona, jest fakt, że „takie wywiady są nieustrukturyzowane i najczęściej niestandardyzowane lub częściowo standardyzowane. Ich celem jest uzyskanie najpełniejszych informacji od rozmówców, z założenia takie wywiady trwają relatywnie długo (...), rozmówcy zachęceni są zaś do rozwijania wątków, które sami wskazują jako istotne”⁴⁰⁷. Carolyn Boyce’a oraz Palena Neale’a uważały, że wywiad pogłębiony jest „jakościową techniką polegającą na prowadzeniu intensywnych wywiadów indywidualnych na małej grupie respondentów w celu eksploracji ich osobistych punktów widzenia, uczuć oraz perspektyw wobec określonych rozwiązań, programów lub sytuacji”⁴⁰⁸. Zdaniem Magdaleny Nicińskiej dzięki zastosowaniu tego rodzaju wywiadu „jest możliwie pełne poznanie i zrozumienie postawy konkretnej osoby jako indywidualności. Zadaniem osoby prowadzącej wywiad jest dotarcie do jej motywów zachowania, zrozumienie poglądów oraz emocji związanych z badanym tematem. Istotna w osiągnięciu tego celu jest koncentracja osoby prowadzącej wywiad wyłącznie na doświadczeniach jednej osoby. Poprzez bliski kontakt respondenta z badaczem stwarza się możliwość dociekań pozwalających na tworzenie relatywnie spójnego obrazu osoby (oczywiście w świetle badanego problemu). Decyduje to o przewadze wywiadów indywidualnych w stosunku do innych technik, jeśli chodzi o zrozumienie postaw i motywacji kierujących poczynaniami jednostki”⁴⁰⁹. Wywiad pogłębiony stwarza zatem możliwości swobodnej wypowiedzi osób biorących udział w badaniu. Nie ogranicza się tym samym możliwości dzielenia się szerokimi doświadczeniami indywidualnymi, refleksjami na temat wydarzeń oraz własnych interpretacji. Omawiany rodzaj wywiadu pozwala na zachowanie podmiotowości badanych osób, tym samym podkreślając rolę i zainteresowanie badacza wszystkimi

⁴⁰⁶ R. K. Yin, *Studium przypadku...* op. cit., s. 158.

⁴⁰⁷ B. Glinka, W. Czakon, *Podstawy badań...* op. cit., s. 102.

⁴⁰⁸ R. Miński, Wywiad pogłębiony jako technika badawcza. Możliwości wykorzystania IDI w badaniach ewaluacyjnych, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, XIII, 3, 2017, s. 37 za: C. Boyce, P. Neale, *Conducting In-Depth Interviews for Evaluation Input*, Waszyngton 2006, s. 3.

⁴⁰⁹ M. Nicińska, Indywidualne wywiady pogłębione i zogniskowane wywiady grupowe- analiza porównawcza, *ASK: Research and Methods*, 2000, nr 8, s. 42.

informacjami, którymi chcą się podzielić. Taka forma wywiadu wydaje się być szczególnie użyteczna w badaniach, koncentrujących się wokół doświadczeń oraz ich interpretacji przez rozmówców dla własnej biografii.

W prezentowanym badaniu przyjęto kategorię wywiadu niestandardyzowanego, który wiąże się z tym, że „przeprowadzający wywiad ma swobodę w aranżowaniu sekwencji pytań, a także w sposobie formułowania pytań w zależności od sytuacji wywiadu. Badacz przygotowuje tutaj listę poszukiwanych informacji przed przystąpieniem do wywiadu, ponieważ z jakichś powodów są one dla niego ważne ze względu na badany problem. Jednak w trakcie wywiadu musi on być otwarty na nowe wyłaniające się okoliczności, a także informacje. Przeprowadzający wywiad może zmienić kolejność pytań, a także ich formę i treść dostosowując się do respondenta”⁴¹⁰.

Drugą techniką badawczą, wykorzystaną w prezentowanym badaniu, był wywiad z użyciem fotografii. Za główne założenia wykorzystania owej techniki badawczej przyjmuje się: „uzyskanie danych dotyczących schematów poznawczych badanego, nieosiągalnych innymi sposobami; pobudzanie naturalnej ciekawości ludzi, ich spontanicznych reakcji bez konieczności przełamywania występującego zwykle oporu; łatwość zadania – interpretowanie fotografii w niczym nie przypomina pytań testu czy ankiety, w których trzeba wybierać jakieś odpowiedzi; minimalizacja efektu ankietera (uwaga badanego skupia się na zdjęciach); nieingerujące podejście badacza i sam rodzaj narzędzia sprawia, że zakres skojarzeń badanych jest bardzo szeroki, co ważne jest zwłaszcza na etapie pilotażu, gdyż zmniejsza możliwość pominięcia jakiegoś istotnego problemu”⁴¹¹. Krzysztof Olechnicki i Tomasz Szlendak wskazywali także, że „wywiad wykorzystujący fotografię wychodzi naprzeciw ideałowi przedstawiania ‘tubylczej’ wizji świata. Nie tworzy on może ‘czystej’ perspektywy typu ‘emic’, lecz pozwala na realistyczną rekonstrukcję poszczególnych wydarzeń i elementów rzeczywistości, utrwalonych na zdjęciach z punktu widzenia badanego, który nie jest traktowany instrumentalnie (a przynajmniej tak się nie czuje), lecz wręcz przeciwnie, przejmuje rolę przewodnika badacza po swoim świecie. Im zdjęcia będą cechowały się większym bogactwem jego odwzorowania, większą wiernością i większym potencjałem wywoływania reakcji emocjonalnych, tym ciekawsza będzie reakcja rozmówcy”⁴¹².

⁴¹⁰ K. Konecki *Studia z metodologii badań jakościowych, Teoria ugruntowana*, Warszawa 2000, s. 7.

⁴¹¹ K. Olechnicki, T. Szlendak, *Wywiad z użyciem fotografii w metodologii badań socjologicznych i w praktyce społecznej*, ASK: Research and Methods, 2002, nr 11, s. 14.

⁴¹² *Ibidem*, s. 11-12.

Warto podkreślić także, że ten rodzaj wywiadu oddaje całkowitą podmiotowość osobom badanym oraz wspiera budowanie relacji pomiędzy badaczem i osobą badaną: „Fotografie wykorzystywane w ramach wywiadu uznać można za ‘mosty komunikacyjne’, gdyż stwarzają one wspólną płaszczyznę do rozmowy, stają się jej punktem wyjścia, a poza tym wytwarzają szczególny typ swobody i zaufania w stosunkach pomiędzy zadającym pytania badaczem a indagowanymi”⁴¹³. Podobny pogląd na aktywność osoby badanej w wykorzystywanej technice podzielał Łukasz Rogowski: „Podkreśla się, że wywiady fotograficzne zapewniają wyższy poziom zainteresowania badanych procesem badawczym. Wspólne oglądanie zdjęć jest postrzegane jako czynność ‘swojska’ i codzienna, odróżniając się tym samym od nieco sztucznej sytuacji odpytywania. W ten sposób to również zasugerowanie pewnego stopnia intymności sytuacji interakcyjnej – wszak zazwyczaj zdjęć nie oglądamy z nieznanymi. Niekiedy to wręcz badany przejmuje inicjatywę i zaczyna niejako ‘oprowadzać’ badacza po swoich wspomnieniach i skojarzeniach”⁴¹⁴. Wykorzystanie omawianej techniki pozwala zatem na zaproszenie osoby badanej do roli przewodnika oraz jeszcze silniejsze włączenie jej w proces badawczy, co stanowi podstawowy element strategii jakościowej. Należy podkreślić, że wywiad z użyciem fotografii zakłada różne metody doboru fotografii do badania. „Fotografie, które badacz wykorzystuje podczas wywiadów, nie muszą rzecz jasna koniecznie być jego własnego autorstwa. Można tu wyróżnić cztery typy źródeł, do których badacz może się odwoływać: (1) zdjęcia wykonane przez samego badacza dla potrzeb danego studium; (2) zdjęcia będące w posiadaniu badanego (np. fotografie rodzinne); (3) zdjęcia odnalezione przez badacza w takich miejscach jak muzea, archiwa, katalogi prasowe itp.; (4) zdjęcia wykonane na prośbę badacza przez samych badanych, czyli tzw. fotografia rodzima”⁴¹⁵. Łukasz Rogowski uważa, że mogą to być: zdjęcia zastane, zdjęcia wykonane przez badacza, zdjęcia posiadane przez badanych, zdjęcia autorstwa badanych⁴¹⁶. W prezentowanym badaniu wybór zdjęcia zależał od osoby badanej, tj. zdjęcia będącego w jej posiadaniu. „Mogą się tu znaleźć zarówno zdjęcia autorstwa innych osób, jak i zdjęcia wykonane niegdyś przez badanych, ale niezależnie od badań. Wspólną ich cechą jest to, że z różnych

⁴¹³ Ibidem, s. 10.

⁴¹⁴ Ł. Rogowski, Funkcje zdjęć w wywiadach fotograficznych, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, t. 12, nr 4, s. 81.

⁴¹⁵ K. Olechnicki, T. Szlendak, Wywiad z użyciem... op. cit., s. 12.

⁴¹⁶ Ł. Rogowski, Funkcje zdjęć... op. cit., s. 86-89.

powodów są przechowywane przez badanych. Najbardziej optymalna sytuacja to taka, w której posiadane przez badanych zdjęcia są przechowywane ze względu na związane z nimi emocje, skojarzenia lub wspomnienia”⁴¹⁷.

Ostatnią wykorzystaną techniką (traktowaną jako dopełniającą) była analiza stylu wychowania w rodzinie pochodzenia autorstwa Marii Ryś. Technika ta zakłada, że dzięki skalowaniu odpowiedzi na pytania koncentrujące się wokół stylu wychowania, możliwe jest określenie jaki styl wychowania, tj. demokratyczny, autokratyczny, liberalny kochający, liberalny niekochający, charakteryzował rodziców. Wykorzystanie jej techniki uzupełnia wypowiedzi badanych osób i pozwala skategoryzować je według zaproponowanych przez autorkę stylów, dopełniając zarys i opis przebiegu procesu wychowania w rodzicach, w których rodzic został zdiagnozowany z ChAD. Wykorzystanie tej techniki tworzy możliwość wsparcia rozmówczyń i rozmówców w określeniu stylu wychowawczego obojga rodziców z osobna, co również uzupełnia wiedzę na temat przebiegu procesu ich wychowania.

Kolejnym krokiem badawczym jest wybór i opracowanie narzędzi badawczych. Zdaniem Kaźmierza Żegnałka narzędzie badawcze jest „pojęciem podrzędnym w stosunku do pojęcia techniki badawczej, a tym samym i metody badań. O ile technika oznacza czynności np. obserwowanie, ankietowanie to narzędzie jest instrumentem służącym do technicznego gromadzenia materiału badawczego”⁴¹⁸. Według Tadeusza Pilcha i Teresy Bauman jest „przedmiotem służącym do realizacji wybranej techniki badań”⁴¹⁹.

Stosując wybrane techniki wywiadu, tj. indywidualny pogłębiony wywiad niestandardowy oraz wywiad z użyciem fotografii, należało zrezygnować z typowego dla wywiadu kwestionariusza i zastosować dyspozycje do wywiadu, najważniejszym bowiem warunkiem poprawnego przeprowadzenia wywiadu są właściwie przygotowane dyspozycje. „Zdarza się jednak prowadzenie wywiadu tylko według pewnego planu w postaci dyspozycji do rozmowy nie narzucających ani kolejności, ani ścisłości w zadawaniu poszczególnych pytań”⁴²⁰. Z kolei do analizy stylu wychowania w rodzinie pochodzenia wykorzystano arkusz stylu wychowania w rodzinie pochodzenia autorstwa Marii Ryś. Arkusz ten składa się z dwóch arkuszy zawierających 34 pytania zamknięte

⁴¹⁷ Ibidem, s. 87.

⁴¹⁸ K. Żegnałek, *Metody i techniki...* op. cit., s. 106.

⁴¹⁹ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań...* op. cit., s. 71.

⁴²⁰ Ibidem, s. 82.

i ocenę występowania zachowań, osobno matki i ojca, z zastosowaniem skali od 0 do 3. Na podstawie klasyfikacji stworzonej przez Marię Ryś poszczególne stwierdzenia i wartości punktowe przypisane obojgu rodzicom przez badane osoby, pozwala na ustalenie stylu wychowania charakterystycznego dla ich rodziców.

3.3. Organizacja i przebieg badań

Organizacja i przebieg badań wynikały z przyjętych założeń metodologicznych oraz specyfiki zaprojektowanego badania. W podrozdziale tym mowa jest o działaniach podjętych na etapie planowania oraz o realizacji badania, uwzględniając zarówno wymogi metodologiczne, jak i uwarunkowania praktyczne.

Ze względu na tematykę i specyfikę prowadzonych badań, dobór próby badawczej miał charakter celowy. Jak zauważył Dariusz Kubinowski, opisując metodę studium przypadku, jej cechą charakterystyczną jest „nastawienie na badanie konkretnych, celowo dobranych przypadków”⁴²¹, a adekwatny do niego celowy dobór próby „opiera się na przekonaniu, że badacz pragnie odkryć, rozumieć, uzyskać wgląd i dlatego musi wybierać tylko te osoby czy źródła, które pozwolą mu dowiedzieć się jak najwięcej”⁴²². Podstawowym kryterium doboru do grupy badanych osób było wychowywanie się z co najmniej jednym rodzicem ze zdiagnozowaną chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD).

Rozpoczęcie planowania, a następnie realizacji badania poprzedziły ponowne pogłębione analizy literatury naukowej oraz konsultacje z psychologiem i psychoterapeutą, dotyczące potrzeb oraz możliwości zapewnienia jak największego komfortu psychicznego badanym osobom. Na ich podstawie stworzone zostały kryteria włączenia do badanej grupy osób, którymi były:

- ukończony 21 rok życia,
- wychowywanie się z co najmniej jednym rodzicem ze zdiagnozowanymi zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi,

⁴²¹ D. Kubinowski, *Jakościowe badania pedagogiczne. Filozofia-Metodyka-Ewaluacja*, Lublin 2012, s. 278-279.

⁴²² *Ibidem*, s. 280.

- wyrażenie świadomej i dobrowolnej zgody na udział w badaniu – po zapoznaniu się z celem i sposobem przeprowadzenia badania,
- deklarowana przez osoby wyrażające chęć udziału w badaniu
- brak odczuwania symptomów kryzysu zdrowia psychicznego w momencie rozpoczęcia badania (zabiegając o uzyskanie pełniejszego obrazu konsekwencji biograficznych wynikających z wychowywania się z rodzicami z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz dbając o niewykluczenie z badanej grupy osób z zaburzeniami psychicznymi i niestygmatyzowanie ich, a także ze względu na to, że zaburzenia te są częste wśród dzieci takich osób, do grupy badanej mogły zostać włączone osoby, które w przeszłości doświadczyły choroby psychicznej, jednak pozostawały pod stałą opieką lekarzy psychiatrów oraz w momencie przystąpienia do badania deklarowały ustabilizowany stan zdrowia psychicznego).

Kryteria wyłączenia z badanej grupy osób stanowiły:

- wiek poniżej 21 roku życia,
- niewychowywanie się z rodzicem ze zdiagnozowanymi zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi,
- niewyrażenie świadomej i dobrowolnej zgody na udział w badaniu – po zapoznaniu się z celem i sposobem przeprowadzenia badania,
- deklarowany epizod zaburzeń psychicznych,
- pozostawanie w procesie terapeutycznym lub zakończenie procesu terapeutycznego w okresie krótszym niż 12 miesięcy od momentu ewentualnego rozpoczęcia badania,
- hospitalizacja związana ze zdrowiem psychicznym w ciągu ostatnich 12 miesięcy,
- wątpliwości dotyczące udziału w badaniu.

Początkowym założeniem, stanowiącym kolejne kryterium wyłączenia, był fakt uczestnictwa kiedykolwiek w procesie terapeutycznym, jednak ze względu na obawę dotyczącą możliwych trudności z doбором osób mogących wziąć udział w badaniu, kryterium zostało zawężone do pozostawania w procesie terapeutycznym (wyłączając z tego terapię grupową czy też grupy wsparcia) oraz co najmniej 12 miesięcy od ukończenia procesu terapeutycznego. Potwierdzenie słuszności takiej decyzji pojawiło się w toku badania, a nawet już w początkowej fazie jego realizacji, gdyż na podstawie przeprowadzonych rozmów wstępnych okazało się, że jedynie dwie osoby biorące udział

w badaniu nie korzystały wcześniej z pomocy psychoterapeutycznej. W trosce o dobrostan rozmówczyń i rozmówców zostało zapewnione im wsparcie psychologiczne i terapeutyczne, z którego mogli skorzystać – dobrowolnie i nieodpłatnie – po zakończeniu badania. Założenia dotyczące przebiegu badania zakładały również, że miejsce, czas i forma spotkania zostaną dostosowane do preferencji badanych osób, w celu zapewnienia im komfortowych warunków do rozmowy.

Realizację omawianego badania poprzedziło złożenie wniosku do Komisji Etycznej Wydziału Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im Adama Mickiewicza w Poznaniu ds. badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi w sprawie wyrażenia opinii o projekcie badawczym/badaniu naukowym, zawierającego szczegółowy opis i planowany przebieg realizowania badania naukowego. Po uzyskaniu pozytywnej rekomendacji przystąpiono do jego realizacji.

Właściwą realizację badania poprzedził pilotaż, który odbył się w kwietniu 2025 roku i który potwierdził zasadność wykorzystanej metody, technik oraz narzędzi, a uzyskane z niego wyniki zostały włączone do zgromadzonych wyników, zakwalifikowanych do analizy.

Nawiązywanie kontaktu z potencjalnymi badanymi osobami rozpoczęto w maju 2025 roku od umieszczenia w grupie funkcjonującej na Facebooku pod nazwą *Grupa wsparcia dla rodzin osób chorych na CHAD* informacji o planowanym badaniu oraz poprzez kontakt z osobami biorącymi udział w poprzednim badaniu realizowanym na potrzeby pracy magisterskiej. We wrześniu 2025 roku powtórzono ogłoszenie o badaniu w facebookowej grupie oraz zostało umieszczone na social mediach badaczki (Facebook, Instagram) z prośbą o rozpowszechnienie informacji. Zostały również wysłane wiadomości mailowe z prośbą o udostępnienie informacji o badaniu do fundacji i stowarzyszeń wspierających osoby bliskie osób będących w kryzysie psychicznym. Ostatecznie grupę badaną udało się zebrać jedynie dzięki informacjom w mediach społecznościowych, fundacje i stowarzyszenia nie odpowiedziały na wysłaną informację.

Osoby chętne do udziału w badaniu mogły zgłosić się poprzez specjalnie przygotowany formularz zgłoszeniowy bądź skontaktować się bezpośrednio z badaczką. Po wyrażeniu chęci udziału w badaniu odbywała się rozmowa wstępna w formie telefonicznej lub poprzez wykorzystanie aplikacji Messenger. Podczas niej osoby zainteresowane zostały poinformowane o celu badania, jego przebiegu, a także możliwości wycofania się z badania w dowolnym momencie, bez ponoszenia żadnych

konsekwencji oraz uzyskały odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Badaczka przedstawiła także rozmówczyniom/rozmówcom do wglądu dyspozycje do wywiadu oraz wprowadziła w przebieg wywiadu z wykorzystaniem wybranej fotografii. W czasie rozmowy wstępnej poruszany był również temat bieżącego samopoczucia i stanu zdrowia psychicznego rozmówczyń/rozmówców oraz informacji o możliwych obciążeniach psychicznych wynikających z badania, jednocześnie informując o zapewnieniu rozmówcom bezpłatnej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej po zakończeniu badania. Po odbyciu rozmowy wstępnej dwie osoby odmówiły udziału w badaniu, a dziewięć zostało do niego zakwalifikowanych.

Badanie trwało od maja do listopada 2025 roku. Wybór miejsca i formy spotkania (osobiście bądź zdalnie) każdorazowo należał do rozmówczyń/rozmówców. Cztery wywiady odbyły się z wykorzystaniem platformy MS Teams oraz aplikacji Messenger. Pozostałe pięć wywiadów odbyło się w zaproponowanym przez badane osoby terminie oraz miejscach, którymi były albo ich mieszkania albo kawiarnie na terenie: Gdyni, Gdańska, Łodzi oraz Wrocławia.

Każde badanie rozpoczynało się od ponownego przedstawienia szczegółowych informacji o badaniu oraz podpisania zgody na udział w badaniu i wyrażenia zgody na nagrywanie rozmowy. Właściwą część badania rozpoczynał wywiad z użyciem fotografii, na której rozmówcy znajdowali się ze swoimi rodzicami ze zdiagnozowaną chorobą afektywną dwubiegunową. Wybór zdjęcia należał do rozmówczyń/rozmówców, a badaczka nie zbierała zdjęć ani nie robiła ich kopii. Dalsza część badania koncentrowała się wokół wywiadu indywidualnego, pogłębionego, nieustrukturyzowanego, dotyczącego doświadczeń badanych osób związanych z wychowywaniem się z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz ich konsekwencji w dorosłym życiu. Zwieńczenie badania stanowiło wypełnienie arkusza stylu wychowania w rodzinie pochodzenia autorstwa Marii Ryś. Po zakończeniu badania badaczka pytała o samopoczucie rozmówczyń/rozmówców oraz potrzebę skorzystania z pomocy psychologicznej, ponawiając to pytanie również tydzień po zakończeniu badania.

Wywiady poddane zostały transkrypcji z wykorzystaniem programu Turboscirbe, a do ich analizy zastosowano oprogramowanie MaxQda, w którym wypowiedzi badanych osób zostały oznaczone kodami, odpowiadającymi przedstawionym problemom szczegółowym. Podliczone zostały również odpowiedzi z arkusza stylu wychowania w rodzinie pochodzenia. W trosce o zachowanie poufności i anonimowości badanych

osób przytaczane wypowiedzi rozmówczyń/rozmówców zostały opatrzone wybranymi przez nich imionami, a wykonywane zawody zostały zastąpione branżami. Z wybranych do analizy wypowiedzi zostały też pominięte wszystkie informacje mogące pomóc w identyfikacji tych osób. Materiały zebrane w trakcie realizacji badań, tj. zgody na udział w badaniu, nagrania wywiadów, transkrypcje wywiadów, raporty z programu MaxQda oraz wypełnione arkusze zostały zabezpieczone. Pliki cyfrowe znajdują się w zabezpieczonych folderach na nośnikach cyfrowych, a papierowe wersje narzędzi badawczych zostały zabezpieczone w miejscu niedostępnym dla osób postronnych. Dostęp do materiałów, zarówno w formie cyfrowej, jak i fizycznej posiada jedynie badaczka.

ROZDZIAŁ 4.

DOŚWIADCZENIA WYCHOWANIA PRZEZ RODZICÓW Z ZABURZENIAMI AFEKTYWNYMI DWUBIEGUNOWYMI W ŚWIETLE NARRACJI ICH DOROSŁYCH DZIECI

4.1. Charakterystyka grupy badanej

Badaną grupę stanowiło dziewięć osób. W poniższym zestawieniu umieszczono ich podstawową charakterystykę. W kolumnie oznaczonej jako Okres wystąpienia pierwszych objawów choroby rodzica zastosowane zostało rozróżnienie objawów oraz moment otrzymania diagnozy. Ze względu na specyfikę choroby afektywnej dwubiegunowej, zdarza się, że mimo występujących epizodów, szczególnie maniakalnych, osoby chore nie podejmują leczenia i pozostają w epizodzie aż do jego samoczynnego ustąpienia. Rozróżnienie na okres wystąpienia pierwszych objawów wydaje się zatem być istotny, gdyż mimo późno otrzymanej diagnozy rozmówcy towarzyszyli rodzicowi w chorobie znacznie wcześniej.

Poniżej zebrane zostały najważniejsze informacje o badanych osobach.

| Imię/ pseudonim | Wiek | Wykształcenie/ branża zawodowa | Miejsce zamieszkania | Rodzic z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi | Wiek dziecka a wystąpienie u jego rodzica pierwszych objawów choroby / diagnoza rodzica |
|--------------------|------|--|-------------------------|---|---|
| Archer | 22 | wykształcenie: wyższe; branża zawodowa: handel | duże miasto | matka | Objawy: ok. 8 r.ż. Diagnoza: w okresie nastoletnim |
| Bruno | 24 | Student kierunku z zakresu nauk społecznych | duże miasto | ojczym | Diagnoza: w wieku 15 lat |
| Eliza | 27 | wykształcenie: wyższe; branża zawodowa: usługi | średnie miasto | matka | Diagnoza: w okresie nastoletnim |

| | | | | | |
|----------|----|--|-------------|--------|--|
| Iga | 37 | wykształcenie: wyższe; branża zawodowa: medyczna | duże miasto | ojciec | Diagnoza: ok. 1 roku życia |
| Joanna | 50 | wykształcenie: wyższe; branża zawodowa: brak odpowiedzi | duże miasto | matka | Diagnoza: w wieku 7 lat |
| Julia | 40 | wykształcenie: wyższe; branża zawodowa: artystyczna | duże miasto | ojciec | Objawy: od urodzenia Diagnoza: w okresie nastoletnim |
| Karolina | 37 | wykształcenie: średnie; branża zawodowa: handel | duże miasto | matka | Objawy: od ok. 5 roku życia Diagnoza: w wieku 17 lat |
| Oliwia | 21 | studentka kierunku z zakresu nauk medycznych i o zdrowiu | duże miasto | ojciec | Diagnoza: w wieku 16 lat |
| Zofia | 26 | wykształcenie: wyższe; branża zawodowa: edukacyjna | duże miasto | matka | Diagnoza: w okresie dzieciństwa |

Grupę badaną stanowiło osiem kobiet oraz jeden mężczyzna w przedziale wiekowym: 21-50 lat. Większość rozmówców zamieszkuje obecnie duże miasta i choć miejsce ich wychowania w przypadku sześciu osób było inne niż aktualne, to wszystkie z badanych osób wychowywały się na obszarach miejskich. Z wyjątkiem jednej osoby, pozostałe badane osoby ukończyły studia wyższe bądź są na etapie finalizacji swoich studiów. Zdecydowana większość badanych osób swoją pracę zawodową koncentruje wokół pracy z drugim człowiekiem, w tym form wsparcia i/lub pomocy. W grupie badanej znalazło się pięć osób, których matki zostały zdiagnozowane z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz cztery, których ta choroba dotknęła ojca. Trzy kobiety, których matki doświadczały zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

wychowywały się bez swoich ojców. Struktura pozostałych rodzin była pełna do czasu ukończenia pełnoletności przez badane osoby. Badane osoby jako okres, w którym zaobserwowały zmiany zachowania rodzica bądź zostały powiadomione o zdiagnozowaniu u niego zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wskazywały okres dojrzewania, pomimo, że rodzice części z badanych osób zdiagnozowani zostali wcześniej.

4.2. Obraz funkcjonowania rodzin z rodzicami z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi w perspektywie ich dorosłych dzieci

Funkcjonowanie rodziny jest wieloaspektowe, zawierające w sobie szereg elementów dotyczących codziennego życia, relacji wewnątrzrodziny oraz oddziaływań wychowawczych, a także realizowania podstawowych funkcji rodziny. Istotne elementy, występujące w prawidłowo funkcjonujących rodzinach, można wskazać za Izabelą Krasiejko: kierowanie się dobrem dziecka, zaspokajanie potrzeb i celów rodziny, realizowanie funkcji rodziny, klimat rodzinny, więzi w rodzinie oraz interakcje z innymi systemami, a także postawy i style wychowania w rodzinie⁴²³. Odnosząc się do systemowego rozumienia rodziny, „duże znaczenie ma też sposób osiągania przez rodzinę różnych celów, zmagania się z trudnościami i problemami oraz radzenie sobie przez rodzinę w sytuacjach kryzysowych. Systemowa orientacja w poznawaniu rodziny pozwala uwzględnić, iż inni członkowie rodziny wpływają na daną osobę, na jej zachowanie i sposób funkcjonowania, ale także sposób zachowania tej osoby wpływa na innych i wszystkie pozostałe elementy systemu. W takiej perspektywie dąży się do uchwycenia specyficznych, unikatowych, wielorakich zależności występujących w rodzinie”⁴²⁴. Nakreślając zasady funkcjonowania rodzin, warto przyjrzeć się również wychowywaniu przez codzienność życia w rodzinie (określenie wprowadzone przez Teresę Kukułowicz⁴²⁵) oraz roli osób będących w określonym systemie rodzinnym.

Ze względu na obszerność podejmowanego tematu, omawiana część wynikowa dotycząca zasad rodzinnego funkcjonowania została podzielona na dwie podczęści.

⁴²³ I. Krasiejko, *Rodzina z dziećmi...*, op. cit., s. 32-54

⁴²⁴ M. Gwóźdź, M. Kornaszewska-Polak, L. Szymczyk, M. Wójtowicz, *Kondycja współczesnej rodziny – ujęcie interdyscyplinarne*, Katowice 2021, s.169.

⁴²⁵ T. Kukułowicz, *Rodzina wychowuje*, Stalowa Wola 2001, s. 195-201.

Najpierw zostanie scharakteryzowane funkcjonowanie systemów rodzinnych badanych osób w różnych etapach choroby rodzica: przed jej wystąpieniem, w okresie trwania epizodu choroby oraz w czasie remisji, ze zróżnicowaniem na chorobę matki lub ojca, zakończone ogólną refleksją rozmówczyń/rozmówców, dotyczącą własnej sytuacji rodzinnej wraz ze wskazaniem określeń, które badane osoby używały do opisu wewnątrzrodzinnej sytuacji determinowanej chorobą afektywną dwubiegunową ich rodziców (w odniesieniu do siódmego problemu szczegółowego), a następnie nakreślone zostaną zasady funkcjonowania rodzin badanych osób oraz ich doświadczenia będące częścią wychowania przez codzienność.

W narracjach badanych osób wyraźne rozróżnienie pomiędzy funkcjonowaniem swojej rodziny przed i po zdiagnozowaniu u rodzica zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wskazywał jedynie Bruno. Pozostałe rozmówczynie podkreślały, że nie pamiętały jak funkcjonowały ich rodziny przed pojawianiem się choroby. Eliza tak dzieliła się swoją refleksją na ten temat: „Mając tę całą wiedzę, którą powiedzmy posiadam teraz, wydaje mi się, że... zawsze były po prostu gdzieś te problemy u niej, że nie było takiego momentu, że coś się zaczęło psuć. Wydaje mi się po prostu, że czasem jak stawałam się starsza, bardziej to zauważyłam, ale nie było jakiegoś takiego punktu kulminacyjnego, który to nasilił”. Oliwia, której tata zachorował, gdy była w okresie nastoletnim, wspominając, że przez większość dzieciństwa jej tata pracował poza miejscem zamieszkania, wróciła jednak do swoich wspomnień z tamtego czasu, opowiadając o wybranym przez siebie zdjęciu z rodzicem: „No i wtedy zawsze czekałam na ten moment, aż on przyjedzie z tej pracy. (...) Wtedy było fajnie, tak jak kojarzę, po prostu tak wracam wspomnieniami. To zawsze on zazwyczaj tu się zjeżdżał wieczorami, no to my czekałyśmy specjalnie do wieczora, nie szłyśmy spać, czekałyśmy tutaj. I trochę bawiliśmy i się wygłupialiśmy. No, wtedy głównie to jego tak faworyzowałam jako rodzica, bo go nie było. Więc tak z wyczekiwaniem zawsze czekałam. Później z biegiem lat to już tak, no nie za bardzo chciałyśmy, żeby on przyjeżdżał z tej zagranicy. Więc no, trochę tak chciałabym, żeby nadal było to samo nastawienie, co miałam kiedyś, no nie da się chyba po prostu wrócić do tego”. Bruno, opisując swoją rodzinę przez wystąpieniem choroby swojego ojczyrna, wskazywał na duże zaangażowanie obojga rodziców w jego życie, podejmowanie wspólnych aktywności i otwartość w rozmowach na wszystkie tematy. O zmianie, która nastąpiła w jego ojczyrnie na skutek choroby, tak opowiadał: „Cały czas siedział w pokoju zamknięty, już nie ten sam człowiek. No już wygąsło

uczucie między mamą a ojczymem i też nie był ojcem już dla brata. A brat miał trzy lata w sumie, więc też nie zaznał jakby tego ojca w swoim życiu. No tylko ja do 15 roku życia, a potem moje życie się 180 stopni też obróciło, bo mama została sama i ze mną w wieku dorastania i ojciec chory i dziecko trzyletnie na głowie i praca i dom i wszystko na głowie matki. Więc ja starałem się jak mogłem jakoś jej pomagać, ale wiadomo miałem wtedy okres dojrzewania, więc wołałem uciekać z domu i mama nie miała nade mną takiej kontroli”.

W swoich wypowiedziach badane osoby sporo miejsca poświęcały zmianom w funkcjonowaniu rodziny, które pojawiały się w okresie epizodów choroby. Najczęściej wskazywaną zmianą pojawiającą w funkcjonowaniu rodzinnym były wywoływane przez chorego rodzica konflikty oraz pojawienie się przemocy psychicznej, jak i fizycznej ze strony chorego rodzica. Karolina przywoływała jedną z takich sytuacji: „Pamiętam sytuację, że mój tata ugotował obiad, a moja mama potrafiła wejść i rzucić tym talerzem o ziemię, bo miała, no teraz wiem, że miała manię”. Odniosła się również do przejawów agresji, których doświadczała ze strony mamy w okresie epizodu maniakalnego: „Moja mama się na coś tam zdenerwowała, podeszła do mnie, złapała mnie tak za ramiona, zaczęła szarpać i mówić tak: żebyś ty już w końcu była dorosła, mam już dosyć ciebie jako dziecka”. Julia również wspominała o wybuchach agresji w stronę jej oraz siostry: „Razem czasami się chowałyśmy gdzieś tam w łazience czy coś przed tymi jego wybuchami. (...) Stany maniakalne były zupełnie wrywające całą rodzinę z harmonii i z funkcjonowania. Były po prostu makabryczne”. Oliwia przytoczyła historię, która również uwiadcza wzrost konfliktowości i agresji ze strony jej ojca w czasie epizodu maniakalnego: „Nie dało się po prostu z nim mieszkać, bo wtedy było tak, że... No my mamy trzy pokoje, rodzice zawsze w salonie spali. I zazwyczaj oni, jak byli pokłóceni, to i tak spali w jednym pokoju. Ale się z nim nie dało po prostu, bo on całą noc [mówił do mamy]: pokaż mi to konto, łąził po korytarzu, dosłownie w jedną, w drugą stronę. I pamiętam, że moja siostra też poszła gdzieś na noc i ja zostałam sama z moją mamą i spałyśmy w jednym pokoju. A on całą noc walił nam w drzwi”. Eliza, opowiadając o zmianach w zachowaniu swojej mamy w czasie epizodów choroby, stwierdziła: „Wszystko było takie wyolbrzymione, po prostu. Jakiś najmniejszy problem był po prostu końcem świata. (...) Jak ja zrobiłam coś głupiego, zapomniałam zrobić coś, co zrobiłabym w dwie sekundy, ona po prostu to wyolbrzymiała i przekształcała to w całą awanturę”. Joanna, opowiadając o zmianach, które następowały w jej rodzinie, nie

wskazywała na doświadczenia przemocy, jednak podkreśliła konfliktowość swojej mamy: „Natomiast jak mama miała epizod choroby, no to była agresywna i wszyscy byli jej wrogami”. Wątek związany z konfliktowością oraz wybuchami agresji w czasie epizodów maniakałnych pojawiał się w wypowiedziach większości rozmówczyń i istotnie wpływał na funkcjonowanie w ich systemie rodzinnym.

Drugim elementem, dotyczącym funkcjonowania chorego rodzica w czasie epizodów maniakałnych, który można wyróżnić na podstawie wypowiedzi badanych osób, był wzrost zainteresowania dzieckiem i życiem rodzinnym bądź wycofywanie się lub opuszczanie rodziny. Należy przy tym zaznaczyć, że niektórzy rozmówcy w dzieciństwie doświadczyli ze strony rodzica obu tych sytuacji.

O wzmożonym zainteresowaniu swoją osobą w czasie epizodów maniakałnych swojej mamy opowiadała między innymi Joanna: „No to właśnie takie skupienie na mnie (...), raczej nie miałam zabraniane w czasie choroby. Czasami jakieś takie nieracjonalne rzeczy. I taka kontrola, zwiększona kontrola. Nie wiem, że nie mogłam wychodzić, spotykać się z kimś. Obowiązki to były takie, bo w czasie choroby nagle zawsze było sprzątanie w domu, przez to jakieś takie rzeczy, więc musiałam brać we wszystkim udział. No takie bardziej jakby no wymagania ode mnie”. Zofia wspomniała o tym w następujący sposób: „Kiedy matka była w dobrym humorze, kiedy miała ten właśnie podwyższony dobry humor, no to wtedy wszędzie było jej pełno, wszystko potrafiła załatwić, była dla wszystkich, organizowała jakieś wakacje, jakieś wycieczki, to to sramto. Była superefektywna, bizneswoman. (...) No i tak trochę myślę, że przekładała to na nas, w sensie myślała, że skoro ona ma te wartości pod tytułem: bogactwo, kariera, wycieczki itd., to że jeżeli nam to da, to wtedy będziemy ją kochać”. Karolina wspominała, że kiedy jej mama była w epizodzie maniakałnym, kupowała jej różne prezenty, mimo, że poza nimi zdarzało się to rzadko; przytoczyła tu również jeden z momentów ze swojego dzieciństwa: „I ona, no, chyba też była w manii. To były wakacje i ona... Jedziemy nad morze, nie? Spontanicznie wsadziła mnie do samochodu, malucha i jedziemy nad morze”. Julia opowiadała o jednym z epizodów w następujący sposób: „Tak pamiętam trochę jak przez mgłę. A z drugiej strony to był też fajny dzień, bo ojciec był wesoły. On był niesamowicie wesoły. I ja byłam szczęśliwa wtedy, że on jest taki wesoły. I widział mnie. I mówił coś do mnie, mówił. Ojciec mnie nie widział na ogół. W ogóle do mnie nie zagadywał. Nie czułam się zupełnie, żebym była przedmiotem zainteresowań mojego ojca. Tylko miał zawsze pretensje albo wymierzał jakieś kary,

które moja mama wymyślała. Także to była dla mnie nieprzyjemna postać, której się obawiałam. A w tej manii przyszedł taki wesoły i coś tam kupił”. Podobnymi doświadczeniami wzmożonego zainteresowania i kontaktu z chorym rodzicem w okresie manii dzieliła się również Oliwia: „On wydzwaniał do mnie codziennie. No mówię ci, on ze mną normalnie nie rozmawiał, więc mnie to zachwycało, on do mnie wydzwaniał co chwilę, a co z tą kanapą, a co ten, a kiedy on może przyjechać”.

Z kolei o momentach fizycznego opuszczenia oraz poczuciu bycia opuszczoną przez chorego rodzica opowiadała między innymi Zofia: „Matka rażąco zaniedbała swoje obowiązki, bo po prostu zostawiła mnie samą, w sensie z jej ówczesnym partnerem, no ale to był partner, który był mega przemocowy”. Rozmówczynie wspomniała w swojej narracji, że takie sytuacje, w których jej mama znikwała z jej życia na jakiś czas, zdarzały się niezwykle często. Oliwia dzieliła się podobnymi doświadczeniami, które zdarzały się regularnie, gdy u jej taty występował epizod maniakałny: „Jak on się wyprowadził, no to wiadomo, kontaktu z nim nie było, no bo jak facet zostanie sam, no to wiadomo, nikt nie bręczy mu nic nad uszami, to on ma wywalone. Zero kontaktu, zero kontaktu”. Eliza natomiast przywołała w swoich wspomnieniach sytuację, gdy została bez opieki mamy: „Miałam 11-12 lat. Ona zostawiała mnie wtedy w domu, zostawiała mi pieniądze i zostawałam na trzy dni samą”. Bruno, opisując okres, w którym jego ojczym był w manii, zwracał uwagę na jego brak zainteresowania rodziną: „Po prostu nie miał takiego myślenia. Przestał być odpowiedzialny jakoś. Nie zajmował się w ogóle bratem, nie miał w ogóle poczucia, że jest ojcem”. Rozmówca, odnosząc się do tego okresu, dodawał dalej: „Patrzył na siebie jakby egoistycznie, ale nie wiem, czy to kwestia choroby, czy... on był taki, no nie wiem...”.

Odnosząc się do doświadczeń z okresu epizodów depresyjnych rodzica, Karolina i Eliza stwierdziły, że nie następowały widoczne zmiany w funkcjonowaniu ich rodzin. Karolina, opisując epizody depresyjne mamy, tak o nich opowiadała: „Moja mama jak ma depresję, to ona strasznie umie manipulować tą depresją, powiem ci. Nie ma tak, że ona się położy. Moja mama jest taka harda, wbrew pozorom, że na przykład miała taki moment depresyjny”. Eliza inaczej wspominała swoją mamę z tamtych okresów: „Wydaje mi się, że zawsze była gdzieś zaangażowana, że nigdy... Raczej jeżeli ona miała jakieś, nie wiem, swoje rozterki wewnętrzne, to raczej nie pozwalała mi myśleć, że... nie pozwalała mi czuć się zaniedbaną. Raczej... Była na pewno bardziej przygaszona czy coś”. Zdecydowana większość rozmówczyń nie była w stanie opowiedzieć o okresach

z życia rodzinnego, kiedy ich rodzic znajdował się w epizodzie depresyjnym. Iga, Julia i Oliwia podkreślały, że w ich opinii u ich ojców dominowały manie. Zofia przywoływała w pamięci momenty hospitalizacji jej mamy w dzieciństwie oraz jej próbę samobójczą. Archer wspomniała, że jej mamie zdarzały się momenty obniżonego nastroju, jednak nie zmieniały one rytmu ich życia rodzinnego.

Opowiadając o okresach remisji choroby rodzica, Julia i Joanna podkreślały brak widocznych zmian w funkcjonowaniu ich rodzin. Julia tak o nim opowiadała: „Mój ojciec w okresach pomiędzy manią a depresją, w tym takim konstans, mam wrażenie, że nadal był nieobecny i nadal był w swoim świecie i nadal był agresywny, nadal miał swoje wybuchy, swoje stany”. Joanna z kolei tak je wspominała: „W czasie remisji, no ona zazwyczaj miała albo depresję, albo ona w ogóle mało była, jakby taka zaangażowana w sprawy rodzinne rodzinie najbardziej, no najczęściej pamiętam tak naprawdę wracającą z pracy i leżała na kanapie, oglądała telewizję. No ok, no tam to nie mogło być, że nie dbała o mnie, że się nie interesowała, ale mało. A po prostu w czasie choroby [epizodów maniakalnych] to było takie zwiększone zainteresowanie, takie skupienie na mnie totalne, kontrola, osądzenie. A więc jakby takie nadmierne zainteresowanie na osobę”. Na podobne doświadczenia wskazała Archer, która poza krótkotrwałymi zmianami w nastrojach mamy nie zauważała różnic w ich rodzinnym funkcjonowaniu: „Nawet jak ona miała taki epizod bardziej... Nie wiem, to jest taki żal, że ona jest taka okropna, że jest do nas niemiła, że nas tak krzyczy, że my mamy porąbane życie przez nią, ale potem znaczy dzień czy dwa później znowu były po prostu wywoły”. Jeszcze inaczej to wspominała Iga, która zauważała istotną różnicę w funkcjonowaniu rodzica oraz całej rodziny pomiędzy okresami epizodów maniakalnych a remisją: „Jeśli bym miała go tak ogólnie podsumować, no to to jest genialny człowiek, jest tak skupiony, był przez lata skupiony na nas, na dzieciakach, nie wiem, woził nas do stajni pięć razy dziennie, przywoził, odwoził, marchewki, to tam, jakby totalnie skoncentrowany na nas, taki autentyczny. (...) Więc to są naprawdę takie pozytywne wspomnienia. A z chorym tatą już no to mniej, że tak powiem. Myślę, że to właśnie skala jest taka, bo po prostu strasznie go kocham. I jakby, wiesz, dużo gorzej się odbiera taką chorobę, jak ci na kimś zależy, niż jak, nie wiem, osoba, która nie przykłada w ogóle wagi do relacji”. Uzupełniając swoją wypowiedź rozmówczynie odniosła się do okresów manii: „Jak tato jest w manii, to ewidentnie nie patrzy na emocje. Możesz płakać, możesz mówić, że ci źle. I on w ogóle tego nie widzi. Wtedy jest on i jego przekonanie, natomiast widać ewidentnie, jak wraca,

że on zaczyna się patrzeć na ciebie. Więc to jest w ogóle odcięcie emocjonalne w atakach manii”. Wracając pamięcią do jednego z okresów remisji choroby ojca, Oliwia opowiadała: „On się jakoś pilnował, w ogóle jakoś takie zachowanie było takie w porządku jego. I my na przykład wieczorami siedzieliśmy i jakieś filmy oglądaliśmy. (...) Nawet czasami do restauracji wychodziliśmy, co też dziwne było”.

Podsumowując zatem: do istotnych zmian w funkcjonowaniu rodzin badanych osób, w ich opiniach, dochodziło podczas epizodów maniakalnych. Najczęściej wiązały się one ze wzrostem konfliktów w ich rodzinach, zarówno pomiędzy rodzicami, jak i dzieckiem a rodzicem. Podczas okresów chorobowych część rozmówców doświadczyła przejawów przemocy fizycznej i psychicznej ze strony chorego rodzica. Ważnym czynnikiem z punktu widzenia funkcjonowania rodzin badanych osób, pojawiającym się w epizodach maniakalnych, była również zmiana intensywności zainteresowania dzieckiem – dochodziło wówczas do większej koncentracji na dziecku bądź wycofywania się z obecności w jego życiu. Równie ważne w omawianym epizodzie chorobowym były emocje towarzyszące dzieciom. Badane osoby wskazywały, że był to strach, lęk, wstyd oraz dezorientacja. Część z nich podkreślała, że w okresie remisji choroby rodzica ich rodziny powracały do utrwalonych schematów funkcjonowania, część wskazywała, że nie są w stanie zauważyć w tym funkcjonowaniu wyraźnych zmian pomiędzy okresem choroby a remisją. Dominujące wydają się być wspomnienia badanych osób, które w swojej pamięci odtwarzały wydarzenia związane przede wszystkim z zachowaniami rodziców w okresie manii oraz emocji, które wówczas odczuwały. Część z nich określiła je jako dezorganizujące życie ich rodzin.

Analizując wypowiedzi badanych osób i rozróżniając je ze względu na płeć chorego rodzica, można wskazać na kluczową rolę drugiego – zdrowego rodzica. W wypowiedziach osób, których ojcowie zostali zdiagnozowani jako osoby z ChAD uwidacznia się istotna rola matek, które dążyły do utrzymania rodzinnej homeostazy. Wspominali o tym Bruno, Julia i Oliwia, którzy podkreślili obserwowane wówczas przez nich wycofywanie się ojców z życia rodzinnego oraz Iga, która zaznaczyła, że choć jej tata był bardzo zaangażowany w życie rodzinne, to jednak w czasie epizodów choroby jego emocje i uczucia jego najbliższych były przez niego ignorowane. Julia opowiadała o tym, wspominając, że to mama była główną postacią w jej rodzinie: „To jest może ważne. Ale to też może być kwestia osobowości mojej mamy, która była bardzo inwazyjna i była taką kontrolerką, przewodniczącą, pierwszą uczennicą w klasie. Moja

mama go nawigowała cały czas, co ma robić: to teraz zrób to, to, to. I dosłownie go tak prowadziła trochę za rękę”. Oliwia również podkreślała, że to jej mama podejmowała decyzje w rodzinie: „Ogólnie było tak, że u nas w domu rządziła mama i go nie było, więc on za dużo nie miał do gadania”. Bruno i Iga odnosili się bezpośrednio do roli matek i ich wysiłku wobec zmian, które w ich rodzinach wywoływała choroba. Bruno tak o tym opowiadał: „Mama zawsze była silną kobietą, tylko że miała też wsparcie silnego mężczyzny i to się rozkładało na dwoje. W pewnym momencie, bo jak on zachorował, ona została z tym sama, więc zauważyłem, że jest bardziej nerwowa, na pewno była przemęczona, no i już nie dawała rady”. Iga dzieliła się swoim nieco odmiennym doświadczeniem: „Nasza mama była na tyle zapobiegawcza i na tyle twardo stąpająca po ziemi, że ta choroba nie zawładnęła naszym życiem. Na zasadzie, że tato ma takie stany emocjonalne, to nie wiem, nie ma kto nas odprowadzi do szkoły. Nie, to wszystko bardzo wysoko funkcjonowało. (...) Nasza mama nigdy się nie załamała też nerwowo. Zawsze była twardzielką i nawet, jeśli ten drugi rodzic gdzieś tam w chmurkach latał, to ta mama zawsze była i ona była sprawcza, ona była taka stanowcza”.

W sytuacji choroby matek, które wychowywały dzieci samodzielnie, Joanna, Eliza i Archer nie dostrzegały znaczących zmian w funkcjonowaniu ich rodzin, a jedynie w postawach matek w poszczególnych fazach choroby afektywnej dwubiegunowej wobec swoich dzieci. Joanna opowiadała o poczuciu niesprawiedliwości, które jej towarzyszyło: „Czasami się czułam, że to jest takie niesprawiedliwe, bo mama była zupełnie inna w czasie choroby i właśnie remisji. (...) mam wrażenie, że w czasie remisji mama naprawdę starała się być dobrą matką. Nie wiem, może chciałaby nagrodzić mi te czasy, a może, no trudno powiedzieć, ja do dzisiaj nie potrafię powiedzieć, który jest jej prawdziwy charakter, czy to jest choroba czy nie. Czy ona trzyma w sobie jakieś złości w czasie remisji i wychodzą z niej takie w choroby, nie wiem...”; rozmówczyni dalej dodała, że jej mama nie była jednak dla niej dostępna emocjonalnie. Na podobne odczucia wskazała Archer. Eliza wspominała natomiast o dobrych relacjach ze swoją mamą oraz stwierdziła, że mimo choroby mamy i bycia świadkiem jej zachowań w czasie choroby, nie musiała jej wyręczać w różnych sprawach związanych z domem: „Ja jako córka, jedyne dziecko w domu, nigdy nie miałam tak, że coś robiłam tylko ja, oprócz oczywistym, nie wiem, odrabianiu lekcji czy coś”. Na podstawie wypowiedzi rozmówczyń może wskazać, że pomimo samodzielnego rodzicielstwa realizowanego przez rodzica z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, ich matki dążyły do

zapewnienia swoim córkom potrzeb związanych z opiekuńczo-zabezpieczającą funkcją rodziny. Joanna i Archer zwróciły uwagę na stałą emocjonalną niedostępność matek oraz stały brak wsparcia z ich strony w sferze emocjonalnej i psychicznej.

O istotnej roli ojców w swoim życiu opowiadały Zofia i Karolina, których matki doświadczały zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Obie rozmówczynie wskazały, że ojcowie byli tym rodzicem, z którym odczuwały większą więź. W narracji Zofii dotyczącej funkcjonowania jej rodziny wyłonił się obraz związku jej rodziców jako bardzo niestabilnego, a ze względu na pozostawienie jej bez opieki przez matkę w czasie epizodu maniakalnego rozmówczynie trafiła pod opiekę ojca. Zofia wspominała wielokrotne hospitalizacje swojej mamy. Zwróciła również uwagę na momenty, w których jej rodzice się schodzili oraz na to, że wówczas jej matka starała się pełnić dla rozmówczynie rolę matki i dbać o funkcjonowanie rodziny. Rozmówczynie tak podsumowała ten wątek: „No myślę, że ważną rzeczą jest to, że w którymś momencie ja chyba nie do końca postrzegałam ją jako matkę. Przez to, że właśnie ona była taka niestała i że raz była, raz nie była. Bardziej jako matkę postrzegałam moją ciotkę, czyli siostrę mojego ojca. Bo właśnie w tym okresie, kiedy zabrali mnie matce i wróciłam pod opiekę ojca, no to wtedy mieszkaliśmy z cicią i że przez te kilka lat to ona mnie wychowywała. I nawet później jak zamieszkałam mamą, no to miałam takie silne poczucie, że nie odpowiada mi życie z nią, że lepiej się czułam faktycznie jak mieszkalam z ojcem i z cicią, którą już bardziej postrzegałam jak mamę. Nawet pamiętam, że była jakaś taka giga awantura, bo powiedziałam o tym mojej przyjaciółce. Moja matka często czytała moje rozmowy i przeczytała to. No i właśnie przez tydzień pokarała mnie ciszą i że w takim razie to ona powinna zniknąć i że się powinna zabić, skoro ja jej nie chcę jako mamę i tak dalej. Zamiast, nie wiem, mieć jakąś refleksję o tym, dlaczego moje dziecko woli kogoś innego jako swoją mamę. No i chodzi mi o to, że po prostu ciężko mi o niej mówić i trudno myśleć o niej jako o matce, no bo w którymś momencie ktoś inny wszedł w tę rolę i ktoś inny w tej roli już został”. O roli ojca w swoim życiu opowiadała tak: „Ja się zawsze lepiej dogadywałam z ojcem i to jemu zwierzałam się bardziej z problemów niż matce, gdzie stereotypowo no niby powinnam to bardziej z tymi rzeczami iść do matki”. Karolina również opowiadała o burzliwej relacji jej rodziców. Wskazywała również na dominującą rolę swojej chorej matki w jej rodzinie oraz na częste ataki jej mamy w stronę taty: „W ogóle moje całe dzieciństwo polegało na tym, że moja mama jakby wszystko źle o tacie. Wszystko. Było dużo takich sytuacji”.

Relację ze swoim tatą tak wspominała: „Wiesz, ja dużo aspektów przejęłam po moim tacie, bo to jest automatycznie, że jeśli lepiej czujesz z jednym rodzicem, wchłaniasz bardziej to, co jego. Mój tata nigdy nie był taki, że tak, masz, czy tak, kłócił się z nią na jakieś takie tematy, nie, wręcz w inną stronę. Mój tata mi dawał poznać wszystko”.

Poruszając wątek funkcjonowania swojej rodziny uwarunkowanego chorobą afektywną dwubiegunową rodzica, część z badanych osób dzieliła się ogólnymi refleksjami dotyczącymi własnej sytuacji rodzinnej w okresie dzieciństwa i dorostania. Swoją sytuację rodzinną Iga opisywała w następujący sposób: „Myślę, że to jest kluczowe, że po prostu nasza rodzina była też w ciągle takim spięciu, że mama kontroluje, tato nie może sobie na wszystko pozwolić i my też trochę musiałyśmy w tym wszystkim się odnaleźć, że między mamą, która kontroluje tatę, a tatą, który chciałby coś, czego nie może zrobić, my wiemy, że to odbiega od normy i to tak jest. No, oprócz tego słodkiego obrazka, że jesteśmy super wspierającą się rodziną, było też dużo nerwów o te emocje. O to, że nie ma takiego naturalnego przepływu, że każdy ma prawo, że dzieci to, rodzice to, tylko u nas było to zupełnie wywrócone do góry nogami. Tak, teraz myślę, że bardziej jako rodzice niż dzieci tam funkcjonowałyśmy trochę”. Zofia natomiast podzieliła się takimi przemyśleniami: „Życie z mamą było bardzo niestabilne, bo mama pojawiała się i znikła od samego początku. Jak się urodziłam, to tak naprawdę moi rodzice pobyli ze sobą chwilę. Moja ciocia określa to jako że moi rodzice wiecznie się kłócili, nie? Jakby ja nie znam backgroundu, nie wiem o co tam chodziło w tych kłótniach, ale generalnie moja ciocia wspomina to jako że miałam to swoje takie łóżeczko dziecięce, to to łóżeczko gdzieś tam wędrowało z mieszkania. Moi rodzice nie mieszkali razem, tylko mieszkali właśnie ojciec u swoich rodziców, matka u swoich. To było na przestrzeni jednej dzielnicy, więc po prostu jak co miesiąc się kłócili, to to moje łóżeczko ze mną w środku latało od bloku do bloku, nie? No i tak to mniej więcej wyglądało. (...) No ale tak to nie przypominam sobie żadnych innych rutyn, raczej to wszystko właśnie było takie niestabilne i takie, że nigdy nie było wiadomo czego się spodziewać, o tak”. Eliza swoje dzieciństwo opisała następująco: „Zawsze było taką, wiesz, parabolą spokoju i chaosu, tylko po prostu moje wspomnienia na ten temat są jakby, wiesz, dokładniejsze w latach późniejszych z oczywistych przyczyn, ale wydaje mi się, że zawsze był ten sam chaos jakby, po prostu, że nawet jak byłam małym dzieckiem i nie umiałam czegoś nazwać, to wydaje mi się, że wtedy już też tak było, że było po prostu albo wszystko super, albo było wszystko spokojnie, a z drugiej strony mimo wszystko zawsze się trzymałam tak na

baczności, bo nie wiedziałam po prostu czego się spodziewać po niej. Wydaje mi się, że zawsze tak było”. Julia podzieliła się rozbudowaną refleksją dotyczącą swojej rodziny: „Nie byliśmy taką rodziną, taką kulą. Rodzina mi się kojarzy z taką kulą, z takim drzewem. My byliśmy jakimś takim, takim jakimś tworem. Ja mam czasami wrażenie, że mój ojciec to był taki złośliwy starszy brat. Taki syn mojej mamy, który jest strasznie wkurzający, totalnie obojętny i mnie nie znosi. Ale że to nie jest mój tata, tylko raczej brat. Tak go poczuwałam energetycznie. (...) Kolejną rzeczą specyficzną, o której nie wiem, czy powiedziałam tak, żeby to wybrzmiało, to było to, że mój ojciec miał nieme przyzwolenie na to, żeby zachowywać się tak, jak się zachowywał. Moja mama zawsze mówiła: no wiesz przecież jaki on jest, no przecież to jest ojciec. Uważam, że konieczne takie podstawy do tego, żeby mały człowiek, który przychodzi na świat, dobrze się czuł, to musiały te podstawy być takie solidne, stać prosto z takiej grubej podstawy i się nie chwiać. U mnie te podstawy od samego początku były zachwiane, chygotały się po prostu jak takie niedopasowane nogi do stołka. Cały czas ruszały się. Ja nie pamiętam, żebyśmy mieli kiedykolwiek jakąś podstawę niechybotliwą w naszej rodzinie. Nie pamiętam takiej sytuacji, żeby moi rodzice stali na dwóch nogach. Nie było takiej sytuacji. Nie było. Nigdy nie stali na dwóch nogach”. Karolina opowiadając o swojej rodzinie zwracała uwagę na fakt, że każdy z nich żył osobno: „Ja żyłam w swoim świecie. Ten świat mojej mamy czy mojego taty on zawsze był obok”. Jak wynika z analizy tych wypowiedzi, wspólnym mianownikiem opisywanych sytuacji życiowych rozmówczyń była niestabilność, napięcie oraz obawa o to, co się wydarzy.

Interesujące było to jakie słowa najczęściej pojawiały się w wypowiedziach badanych osób dla opisu ich domu i sytuacji wewnątrzrodzinnej specyficznie uwarunkowanej zaburzeniami afektywnymi jednego z rodziców. Karolina w swojej narracji szczególnie zaakcentowała kilka kwestii: „Uważam, że, wiesz, dziecko potrzebuje stabilizacji i to jest, kurczę, najważniejsza rzecz, którą ono potrzebuje do wychowania. A tutaj stabilizacji u mnie w domu nie było totalnie”; „Przejebane. Tak, to jest dobre słowo. Znaczy, wiesz co? To całe życie masz z tyłu głowy, że coś się wydarzy i nie masz na to wpływu. Wiesz, o co chodzi? Bo nie wiem, czy są tacy ludzie, którzy potrafią się odciąć i wiesz mam to gdzieś, nie? To ciągle jesteś na takim tykającym zegarze”; rozmówczynie często podkreślała, że w jej rodzinie każdy żył osobno. Julia, opisując swoją rodzinę, używała określeń: „stół z niedopasowanymi nogami”; „błędne koło rozpaczy”; „Nie znasz dnia ani godziny, kiedy coś się nie odwali, kiedy nie

wybuchnie, coś nie pierdyknie po prostu”; „U nas bardzo się nie działo dobrze, a wygląda to na obrazku fajnie”. Eliza mówiła o „paraboli spokoju i chaosu” oraz towarzyszącym jej uczuciu niestabilności oraz dodała również: „Chaotycznie. Jest tak, że no w sumie cały czas musisz trzymać w sumie tą gardę, o której ci mówiłam, bo nigdy nie wiesz tak naprawdę czego się spodziewać”; rozmówczyni podsumowała rozmowę stwierdzeniem: „Bardzo chaotycznie, trzymając gardę, ale z dużą dawką miłości. Taki był mój dom, zdecydowanie”. Zofia podkreślała natomiast, że w jej życiu z mamą nigdy nie było stabilnie: „Raczej to wszystko właśnie było takie niestabilne i takie, że nigdy nie było wiadomo czego się spodziewać, o tak”. Joanna opowiadała o życiu w napięciu: „O jest takie oczekiwanie na to, że zaraz coś, nie wiadomo co się wydarzy, ta niepewność ciągnęła. No i nie wiem, mi to się tylko kojarzy ze wstydem i strachem. I nie wiem co gorsze właściwie, czy ten wstyd, czy ten strach, co większe”. Archer swój okres dzieciństwa a chorą mamą określiła jako „przeplatanka”. Bruno często podkreślał, że na skutek choroby afektywnej dwubiegunowej jego rodzina się rozpadła; użył określenia: „przestaliśmy być pełną rodziną”. Iga, opowiadając o swojej rodzinie w kontekście choroby taty, mówiła: „Było więcej strachu, lęku”; „Nasza rodzina była też w ciągu takim napięciu, że mama kontroluje, tato nie może sobie na wszystko pozwolić i my też trochę musiałyśmy w tym wszystkim się odnaleźć”; „Nasz tata wjeżdżał z piłą mechaniczną i robi taką, wiesz, totalną masakrę”; „Oczekiwanie kiedy się coś wydarzy”. Oliwia tak mówiła

o zachowaniu taty w chorobie: „Wybijał nas z naszego rytmu”; „Czekanie nie wiadomo na co”. Zatem wśród określeń, które najczęściej pojawiały się w wypowiedziach badanych osób dla opisu ich wewnątrzrodzinnej sytuacji uwarunkowanej zaburzeniami afektywnymi rodzica, najczęściej wymieniane były te, które są związane z poczuciem niestabilności oraz napięcia w oczekiwaniu na pogorszenie się stanu zdrowia rodzica.

Interesującym poznawczo jest także pytanie o to czy w systemach rodzinnych z rodzicami borykającymi się z zaburzeniami dwubiegunowymi afektywnymi charakterystyczne (a może i powtarzalne) są pewne zasady funkcjonowania tych rodzin oraz doświadczenia socjalizowanych w nich dzieci, będące częścią wspomnianego wcześniej wychowania przez codzienność.

Istotnymi uwarunkowaniami funkcjonowania w rodzinie są: klimat rodzinny i atmosfera wychowawcza. „Klimat rodzinny określa charakter relacji wewnątrzrodzinnych, czyli specyficzne, emocjonalnie zabarwione ustosunkowania

każdego z członków rodziny do najbliższych oraz specyficzne, stabilne wzorce interakcji w rodzinie. Atmosfera rodzinna może cechować się wzajemną życzliwością, współdziałaniem albo też obojętnością, niechęcią lub wręcz wrogością⁴²⁶. O atmosferze wychowawczej Beata Krzesińska-Żach pisała: „Atmosfera wychowawcza – to określenie specyficznych warunków koniecznych dla prawidłowego przebiegu procesu wychowawczego. Ogół warunków materialnych, niematerialnych, ich wzajemne powiązania, stosunki, relacje zachodzące w rodzinie tworzą atmosferę domu rodzinnego. Atmosfera rodzinna wyrasta z naturalnej więzi miłości, która łączy rodziców ze sobą oraz z dziećmi, czy też rodzeństwo pomiędzy sobą. Z tego naturalnego podłoża emocjonalnego, mającego charakter dodatni, rodzi się poczucie odpowiedzialności wśród członków rodziny za jej całość oraz za dobro każdego z nich z osobna. Każda rodzina tworzy swoistą atmosferę, niepowtarzalną w innych rodzinach, w innych środowiskach, organizuje warunki dla rozwoju osobowości, uzyskania dojrzałości emocjonalnej i równowagi psychicznej⁴²⁷”.

Jakie zatem warunki do opieki, wychowania i rozwoju dzieci tworzyły rodziny badanych osób? O klimacie rodzinnym i atmosferze wychowawczej w swoim domu w następujący sposób opowiadała Karolina: „U mnie to też tak było, że każdy żył swoim życiem, u mnie nie było przytulania (...) My nie potrafiliśmy tak rozmawiać, tak jakoś otwarcie”. Rozmówczyni dodała w dalszej części wypowiedzi, że zawsze czuła duże napięcie pomiędzy nią a mamą i duże oczekiwania względem własnego zachowania, którym nie potrafiła sprostać. Swoją wypowiedź na ten temat podsumowała: „Nie umiem określić miłości mojej mamy, moja mama nie ma bezwarunkowej miłości do mnie, ja teraz tak na to patrzę. Ja zawsze żyłam ze świadomością taką, że jakbym coś zrobiła naprawdę złego, co zdarza się dzieciakom w wieku 18 lat, nie wiem, no różne głupoty można zrobić, trafić do poprawczaka, no już tak naprawdę mówię, to moja mama by się mnie wyrzekła”. Rozmówczyni ta zwróciła przy tym uwagę, że tata był dla niej wspierającym rodzicem, jednak ze względu na często pojawiające się konflikty między rodzicami atmosfera w jej domu była nerwowa. Julia również podkreślała istnienie napiętej atmosfery w swoim domu rodzinnym oraz chłód emocjonalny ze strony swojego ojca. Całą sytuację podsumowała: „Wiesz, mi się wydaje, że to było takie zamknięte koło, takie błędne koło trochę rozpaczy naszej i to się wszystko udzielało każdemu. Bo tak

⁴²⁶ I. Krasiejko, *Rodzina z dziećmi...*, op. cit., s. 45.

⁴²⁷ B. Krzesińska-Żach, *Pedagogika rodziny. Przewodnik do ćwiczeń*, Białystok 2007, s. 19.

podejrzewam, że było, że moja mama nie mogła liczyć na ojca, bo ojciec stawał się niezrównoważony, ożywiony, nie było nad nim żadnej kontroli”. Rozmówczyni, dodając refleksję dotyczącą wybranego przez siebie zdjęcia, również wskazywała na panującą w jej domu atmosferę: „To tak sobie myślę, że jak bardzo obraz może być niezgodny z tym, co się dzieje w systemie rodzinnym, jak może przekłamywać sytuacje, jak może pograżać też dzieci niewidzialne w rodzinach zaburzonych i stwarzać wrażenie normalnej, zwykłej, porządnej rodziny. Dlatego, że u nas bardzo się nie działo dobrze, a wygląda to na obrazku fajnie. No ten... głowa rodziny trochę smutna, ale generalnie dzieci zadowolone, dobrze wyglądają, nakarmione. Troszeczkę mogłabym tak powiedzieć, nadać temu tytuł: iluzja”. Opowiadająca o swoim domu Joanna także zwróciła uwagę na chłód emocjonalny i brak zainteresowania mamy jej osobą. Podkreślała, że matka swoje zainteresowanie córką okazywała poprzez kontrolę. Archer dzieliła się podobnymi doświadczeniami, podkreślając przy tym ogromne oczekiwania względem wszystkich jej aktywności, z których sprostaniem rozmówczyni sobie nie radziła. Eliza i Zofia podkreślały obecny w ich domach chaos i brak poczucia stabilności, dodając jednak, że Eliza miała oparcie i akceptację mamy, a Zofia – ojca i cioci. Iga – jako jedyna z badanych osób – opowiadała o wsparciu i miłości odczuwanej ze strony rodziców na każdym etapie ich wspólnego życia. Zaznaczała jednak, że kiedy ojciec był w epizodzie manii, to się wygaszało. Wspominała również o ogromnym napięciu, które jej towarzyszyło, a które wynikało z obawy o stan zdrowia jej ojca i jego zachowań pojawiających się w czasie epizodów manii. Bruno i Oliwia (ojcowie obojga zachorowali, gdy ci byli w okresie nastoletnim) zauważali zmianę w panującej w ich domach atmosferze rodzinnej i wychowawczej odnosząc się do okresu sprzed i po wystąpieniu choroby. Bruno, jak zostało wskazane wcześniej, opowiadał o wycofaniu się ojczyrna z życia rodzinnego, co skutkowało pogorszeniem wewnątrzrodzinnych relacji i pojawieniem się w ich domu konfliktów oraz napięcia. Podobnymi refleksjami dzieliła się Oliwia.

Okazało się zatem, że klimat rodzinny oraz atmosfera wychowawcza, panujące w domach badanych osób, były zróżnicowane, co oddaje ich indywidualny charakter występujący w każdej rodzinie. Do ważnych czynników warunkujących atmosferę rodzinną należą również zasady i obowiązki panujące w domu oraz rytm życia rodzinnego oraz przede wszystkim relacje w rodzinie.

Rozmówczynie, zapytane o ich obowiązki i zasady panujące w ich domach rodzinnych, miały trudności ze wskazaniem konkretnych i jawnych zasad, które były od nich egzekwowane. Trzy osoby – Julia, Joanna i Karolina – nie potrafiły wskazać jakie zasady i obowiązki panowały w ich domach. Joanna tak to ujęła: „Ja tu próbuję w ogóle przypomnieć coś o tych zasadach tak jakoś. Nie tylko zasady, ja nie wiem, może ja nie miałam żadnych zasad w rodzinie, bo w ogóle ja nie mogę nic jakby, nic nie mogę powiedzieć”. Archer wspomniała o dużym nacisku na obowiązki związane ze sprzątaniami i nauką, dodając: „Ogólnie taka presja, żeby spędzać z nią czas. Ona nie powiedziała nigdy z czegoś w stylu, że chodźcie, może sobie ten obejrzymy film, chociaż wiesz, wypijemy herbatkę, coś tam, coś tam. Zawsze to było z pretensją, że wy nigdy ze mną nie chcecie siedzieć, żebyście może przyszli, z matką posiedzieli, gdzie były tutaj na przykład, a inna rodzina robi tak, że się spotykają, a my się nigdy nie widzimy, co my jesteśmy obcy. Zawsze to było z pretensją”. Zofia dzieliła się odmiennymi wspomnieniami: „Nie miałam tych obowiązków, nie miałam powiedzmy takiego przyuczenia i trochę byłam trzymana pod kloszem. Jakies tam rzeczy typu, nie wiem, gotowanie, sprząkanie itd. to tak naprawdę uczyłam się w momencie, w którym matka odeszła i w którym ja zostałam sama z ojcem”. Iga o zasadach i obowiązkach w domu tak opowiadała: „To właśnie tak bipolarnie powiem, bo jakby on w kwestii religii, to co ci mówiłam już, że taki ortodoks i faktycznie zależało mu na tym, żebyśmy tam co niedzielę do kościoła chodziły i duży nacisk na to kładł i często o to dbał. I to jedyne, czego tak naprawdę się czepiał. Bo cała reszta, duże zaufanie do nas nigdy, żadnych tam wracać o tej i o tej. Pełna dowolność jeśli chodzi o alkohol, totalnie zaufanie”. Eliza podkreślała, że jej mama wprowadzała zasady dotyczące jej słowności oraz bezpieczeństwa: „Zasada, że ja zawsze miałam być szczerą, zawsze miałam, zawsze podkreślała to, że mam się nie bać jej coś powiedzieć, ale z drugiej strony, kiedy już faktycznie się zdobywałam na odwagę i ona zapewniała mnie wcześniej, że mam się nie martwić, że ona woli taką trudną prawdę, no to jednak nie zawsze faktycznie była w tym szczerą, bo i tak potrafiłam się jakiegoś, wiesz, ponadwymiarowo oberwać po prostu za to”. (...) uważam, że miałam dużą swobodę, co może być w sumie taką naszą osobistą zasadą, że na przykład, nie wiem, mogłam jako nastolatka jeszcze przed osiemnastką, nie wiem, wychodzić na imprezę, tylko zasada była taka, wyślij mi po prostu adres, jakby nie przyjadę, ale wyślij mi adres, co było akurat dobre, mega na plus, zawsze wspominałam. Zawsze była też taka zasada, że jak wrócę, nie wiem, późno, nie wiem, po 22 czy coś,

zawsze muszą mnie chłopaki odprowadzić pod budynek”. Rozmówczynie wspominała również swój obowiązek dotyczący konieczności utrzymywania porządku w domu.

Głównymi obowiązkami rozmówców były zatem te związane z nauką oraz utrzymywaniem porządku. Co zaś się tyczy zasad panujących w domach badanych osób, nie zostały zapisane w ich pamięci bądź nie były utrwalone. Wiązać się to może ze wskazywanym przez badane osoby chaosem i brakiem stabilności, który charakteryzował ich domy.

Kwestie dotyczące rutyny panującej w domach badanych osób poruszyły Zofia i Oliwia. Zofia opowiadała, że jedyną rutyną, jaką pamięta, były rodzinne obiady, dopowiadając: „No ale tak to nie przypominam sobie żadnych innych rutyn, raczej to wszystko właśnie było takie niestabilne i takie, że nigdy nie było wiadomo czego się spodziewać, o tak”. Oliwia odnosiła się do rutyny jej dnia codziennego w okresie, gdy jej ojciec przez pojawieniem się choroby nie był obecny w domu rodzinnym oraz gdy do niego wracał: „Tak ułożony dzień bardzo, wstajesz rano, jesz, idziesz do szkoły, wracasz, odrabiasz lekcje, my mieliśmy jakieś tam zajęcia dodatkowe, nie wiem, jakieś korepetycje, no to wyjeżdżałyśmy, wracałyśmy, moja siostra tam jeszcze na tańce gdzieś chodziła, wracałyśmy wieczorem, konkretna godzina, umyć się, zjeść i spać. (...) I my cały czas w tym rytmie. On nas wybijał z tego rytmu, więc ciągle awantura była, że psuje rytm w domu”.

O systemie kar i nagród w swoim domu opowiadały Archer i Oliwia. Archer mówiła: „Bardziej kary. Nagród bardzo rzadko, nie wiem, nawet nie kojarzę, żeby było coś takiego. Jedno, co np. nie wiem, jak zdaliśmy klasę, było zakończenie roku, to np. zabrała wszystkich na pizzę. Ale tak, żeby właśnie tak nagrodzić to, że my sprzątam, to po prostu wymóg, bo nie było coś, za co byliśmy nagradzani, tylko jak tego nie było, to byliśmy karani”. Oliwia również wspominała jedynie o karach: „My z moją siostrą byliśmy na takim etapie, że jak on dzwonił, to wiedziałyśmy, że on nie dzwoni, żeby zapytać gdzie jest mama, bo on zawsze dzwonił w jeden określony dzień o określonej godzinie, jak moja mama była na basenie, więc wiedziałam, że nie dzwoni zapytać, tylko on dzwonił i to po prostu było 40 minut po prostu opieprzania nas za cały tydzień, bo mama nzebierała wszystko, co my źle zrobiliśmy i on po prostu w jednej rozmowie nam wszystko wyrzygiwał. Jak wracał, zabierał mi telefon. Najczęściej mówił, że go rozwali o ścianę, albo wywali go przez okno. Większość podstawówki, jeszcze w liceum ja nie

miałam telefonu, miałam taki z klawiaturą. Kary za spóźnienie do domu, no od razu był telefon, że się spóźniłam do domu i kara na telefon”. Joanna zwróciła także uwagę na jeszcze jeden aspekt dotyczący kar: „Jako dziecko też, czy byłam zdrowa, czy chora, zawsze byłam karana za złość”. Odnosząc się bezpośrednio do obecności w jej rodzinie ojca Julia wspominała: „Tylko miał zawsze pretensje albo wymierzał jakieś kary, które moja mama wymyślała”. W wypowiedziach pozostałych osób nie pojawił się wątek kar i nagród, które były obecne w ich domach.

Istotnymi elementami decydującymi o funkcjonowaniu rodzinnym, atmosferze wychowawczej oraz jakości więzi rodzinnych są elementy codzienności. Teresa Kukułowicz ujmowała to jako wychowanie przez codzienność w rodzinie: „Dziecko poznaje świat, siebie, innych, cele życiowe poprzez bezpośrednie spotkanie z nimi w rodzinie. Rodzina jest kształtem rzeczywistości, prawdą o niej. Rodzina, jako wspólnota osób, wyrosła z wzajemnej miłości, wychowuje poprzez obecność swoich członków pozostających ze sobą w relacji miłości, życzliwości. Jej trwanie jako wspólnoty jest uzależnione od spełnienia zadań wobec niej. Realizacja tych zadań tworzy po prostu zwykłe codzienne życie. To właśnie życie codzienne, zachowane w nim proporcje między troską o zaspokojenie potrzeb materialnych, psychicznych i duchowych, stanowi zarazem treść jak i sposób – metody wychowania. Życie codzienne – jego treść, to o co przede wszystkim się zabiega – o jedzenie czy ubranie, o wykonanie zadań czy odpoczynek, o dbałość o siebie, czy służbę innym, o ostatni krzyk mody czy zaspokojenie rzeczywistej potrzeby – informuje o tym, co jest ważne, cenne, czemu należy poświęcić swoje siły”⁴²⁸. Do najważniejszych elementów wychowania przez codzienność zdaniem autorki należą: obecność rodziców, dialog między członkami rodziny, współodpowiedzialność wszystkich, wytworzenie obyczajowości.

Obecność rodziców zdaniem Kukułowicz „to nie jest to problem bycia fizycznego w domu. Chodzi o stałą dyspozycję bycia dla kogoś, dla jego spraw – nawet najbliższych kłopotów, radości, pytań, problemów. Chodzi o bycie do dyspozycji w każdej sytuacji”⁴²⁹.

W wypowiedziach badanych osób odnaleźć można wątki dotyczące obecności ich rodziców, którzy mierzyli się z zaburzeniami afektywnymi. Iga tak opowiadała o swoich pozytywnych doświadczeniach związanych z obecnością obojga rodziców: „My jesteśmy

⁴²⁸ T. Kukułowicz, *Rodzina wychowuje...*, op. cit., s. 197.

⁴²⁹ *Ibidem*, s. 198.

rodziną, która więcej siedzi przy stole i gada ze sobą, niż, nie wiem, niż każdy sam z osobna. (...) Po prostu wszystko lubimy obgadać razem. Więc zawsze tak było. Każdy, jak miał jakiś problem, to mogliśmy się razem pochylić i przedzwonić do siebie. I tutaj dużo takiego wsparcia”. We wcześniej przytaczanych wypowiedziach tej rozmówczynie również odnaleźć można wątki wskazujące na aktywną obecność jej rodziców w dzieciństwie i okresie dojrzewania. O wsparciu i obecności matki mówiła również Eliza, co także odnaleźć można we wcześniej przytoczonych jej wypowiedziach. Pozostali rozmówcy zwracali uwagę na niedostępność emocjonalną swoich chorych rodziców bądź brak fizycznej obecności przy nich. Karolina opowiadała o tym następująco: „Zawsze byłam niewystarczająca, zawsze było coś nie tak i tak dalej, więc wydaje mi się, że ona nie miała tej miłości bezwarunkowej, chociaż nie wiem, bo nigdy no nie dopuszczałam się do takiej sytuacji, żeby jakby to sprawdzić”. Karolina podkreślała także wielokrotnie, że w jej domu każdy żył swoim życiem, jednak zdecydowanie bardziej odczuwała obecność swojego ojca, który wspierał i kochał ją bezwarunkowo. Julia wspominała o obecności swoich rodziców w następujący sposób: „Czułam się taka w tym domu, mimo że bardzo to było ciasne mieszkanie i mieszkaliśmy razem z siostrą, to czułam się strasznie, potwornie samotna, nie miałam z kim porozmawiać, moja mama była nieobecna emocjonalnie, ojciec... znaczy, moja mama była obecna, ale tak... nieobecna. Z jednej strony czułam, że jest, ale ona zawsze była jakby myślami gdzieś odleciała”, a odnosząc swoją wypowiedź do choroby ojca dodała: „Mama była w bezradności takiej i w takiej rozpacz, jak ojciec, jak to ona mówiła, robił się ożywiony i była taka niespokojna, no więc ten kontakt na pewno był z nią utrudniony”. Opowiadając o obecności w swoim życiu ojca Julia stwierdziła: „Mój ojciec nigdy nie przychodził do szkoły. Był zawsze nieobecny. Nie interesowało go moje życie w szkole. (...) Mój ojciec był ojcem nieobecnym. Mój ojciec był bombą, po prostu tykającą bombą. (...) On niekoniecznie był związany z rodziną. On nigdy tak naprawdę w rodzinie nie osadził się. Zawsze był po prostu gdzieś tam za rodziną”. Joanna natomiast o obecności swojej mamy opowiadała: „Znaczy te relacje były u nas takie jakie były, też nie ze względu na chorobę. Nie wiem czy tylko, ale te relacje były takie zimne. Ja też tam sobie zdałam z tego sprawę w dorosłym życiu, że to było takie, że to by nie było jakieś, nie wiem, że to nie byłoby nigdy u nas jakieś rozmowy o miłości, o tym, że mamy kochać, jakoś tak znaczy moja własna miłość okazywała się przez kontrolę, więc jej ściśle zainteresowanie ogranicza się do kontroli. Ale to nie była taka relacja ciepła, tak mi się

wydaje”; rozmówczynie ta podkreślała także, że przez całe dzieciństwo towarzyszyło jej poczucie osamotnienia. Archer zaś odniosła się do tego w takich wspomnieniach: „Była taka nieobecna, zwłaszcza tak emocjonalnie (...) Ja praktycznie w trudnym momencie w ogóle niczego nie mówiłam mamie. Jak coś mi nie pasowało, to ja po prostu się zamykałam w sobie. Ja większość gimnazjum i liceum to spędziłam po prostu u siebie w pokoju, bo ja nie chciałam w ogóle wychodzić z nią, mieć kontaktu najlepiej, bo po prostu miałam wrażenie, że nie wiem, co ja zrobię, to zaraz się jakoś skończy jakimś wywodem na temat tego, co robię źle. Albo właśnie po prostu jakimś narzekaniem, że ja nie staram się wystarczająco”. Rozmówczynie tak dokładniej opisywała zachowanie swojej mamy w trudnych momentach: „Jak jest zła, obrażona, cokolwiek, że ona po prostu nic nie mówi, się odcina i nie próbuje niczego rozwiązać. (...) I no takie zamykanie się w sobie, zawsze po prostu szła do innego pokoju, się zamykała i nie wychodziła”. Oliwia wskazywała na niedostępność emocjonalną swojego ojca: „Moja mama zawsze robiła mu wyrzuty, że on nie podchodzi do nas emocjonalnie, jest taki bezuczuciowy, że często mówiłam mu, no musisz z nim porozmawiać, a po co ja mam z nim rozmawiać? Ze mną nikt nie rozmawiał, to po co ja mam z nim rozmawiać? Jakoś sobie przecież poradzą. Przecież zresztą mają ciebie, no to po co ja mam z nimi gadać, co im to da? No ale tak za dużo emocji tam nie było. No on powiedział, że on nie będzie podchodził do nas emocjonalnie, bo do niego nikt nie podchodził. I on żyje jakoś, to my też sobie poradzimy. No takie ma nastawienie”. Bruno natomiast podkreślał, że przed wystąpieniem choroby afektywnej dwubiegunowej jego ojczym był bardzo obecny w jego życiu, jednak po wystąpieniu choroby odsunął się od niego fizycznie, jak i emocjonalnie. Zofia dzieliła się podobnymi spostrzeżeniami, opowiadając o momentach fizycznego opuszczenia przez matkę, których doświadczała w okresie dzieciństwa i dojrzewania, dodając jednak, że gdy jej matka powracała do domu, starała się być obecna w jej życiu; zdaniem tej rozmówczynie doświadczenia opuszczania, które przeżywała, wpłynęły na jej potrzebę odczuwania obecności jej mamy.

Teresa Kukułowicz opisywała dialog w rodzinie jako „wymianę myśli, dochodzenie do zrozumienia prawdy. Okazją do dialogu jest wspólny posiłek, spacer, a nawet razem wykonywane prace domowe. Dialog wymaga nauczenia się rozmowy. Ona zaś udaje się wtedy, gdy nie jest niczym ograniczona – np. filmem telewizyjnym – gdy nauczymy się słuchać, a nie tylko mówić”⁴³⁰. Wątki dotyczące dialogu w rodzinie

⁴³⁰ Ibidem, s.198.

odnaleźć można w narracjach Karoliny, Julii, Archer, Igi i Oliwii. Karolina opowiadała, że w jej domu nie rozmawiało się między sobą zbyt wiele; uszczegóławiając to w odniesieniu do swojej mamy: „Moja mama nie szanowała w ogóle zdania i uczuć swojego dziecka. Nigdy. Nigdy. To zawsze było na takiej zasadzie, że dzieci i ryby głosu nie mają”. Julia w narracji, która dotyczyła dialogu w jej domu, zauważyła, że był on uwarunkowany bieżącą sytuacją rodzinną i jej aktualnym zachowaniem. O rozmowach ze swoim ojcem tak opowiadała: „A to jakieś wyzwiska też, że jestem jakimś pasożytem i w ogóle bez wartości, bo jemu się nigdy nie podobało. Cokolwiek bym tam nie zrobiła, to on nigdy nie potrafił tego pochwalić. Pamiętam, naprawdę na palcach jednej ręki mogę policzyć momenty, kiedy on się zachował właśnie naprawdę spoko, jak ojciec”. Przynotowała również jedno z wspomnień sytuacji, w której reakcja na jej pytanie wywołała u jej ojca agresję: „Ja tam powiedziałam czy zadałam jakieś pytanie, które mojemu ojcu się nie spodobało, bo może było, nie wiem, może on czuł jakieś narastające ciśnienie, może ktoś go wkurzał, a może po prostu był przebodźcowany i wziął pieluchę, bo składał akurat pieluchę mojej siostry, czyli ja musiałam być mała, moja siostra niemowlakiem i on z całej siły walnął mi w oko tą pieluchą”. W domu Oliwii jej ojciec pozostawał bierny w nawiązywaniu dialogu ze swoimi dziećmi, co nasiliło się po wystąpieniu pierwszych objawów jego choroby. Okres sprzed wystąpienia choroby Oliwia wspominała tak: „No tam było tak, że on dzwonił na przykład codziennie, to się pytał tylko tam gdzie jest mama, to z nią chwilę pogadał i ze mną, z moją siostrą to w ogóle nie rozmawiał. Jak później wyjeżdżał na przykład na dwa tygodnie i wtedy zjeżdżał na weekend, no to tylko w weekend się widzieliśmy, to tyle co gadaliśmy w weekend”. W późniejszych okresach, w których jej ojciec przebywał w domu, jego zaangażowanie malało. Rozmówczyni, przywołując czas, gdy wraz z siostrą pozostały na dwa tygodnie z ojcem, opowiadała: „W ogóle go to interesowało. Mogłyśmy robić wszystko. Jak mówiłam, my mieliśmy zawsze obiad taki, jakiś zdrowy, wszystko było gotowane. Jak mama pojechała, to dwa tygodnie jedzenia na mieście, frytki, wszystko, to my zadowolone byłyśmy. I ten, no możemy wejść, no możecie. Nawet nie dzwonił, nie pytał, gdzie my jesteśmy, jak już ciemno było. No to my zadowolone. W ogóle lekcji nie pilnował, nic”. Oliwia przywoływała również sytuację, która w jej opinii uwidaczniała jakość dialogu z jej ojcem: „On wrócił z pracy wieczorem i ona [siostra] powiedziała: co tam tato, jak było w pracy, a on do niej: a chuj cię to interesuje. I ona się popłakała i my, wiesz, a ja mówię: a w ogóle co ty tu mi mówisz, ona cię tylko zapytała jak w pracy było,

nie, a co ją to interesuje, ona ma swoje życie, to co się do mojego wpięprza. I on takie, no właśnie tak się z nim rozmawia”. Archer zaś, wspominając charakter dialogu w jej domu, opowiadała: „No, na pewno takie po prostu typowe rzeczy, że nic do mamy nie mówić, że jest źle, bo ona by od razu, że prawie wybuchła, jak coś nam nie pasuje”. (...) Mam wrażenie, że przynajmniej raz w tygodniu, bo wysłuchaliśmy tego, że nie jesteśmy wychowani, że nie chcemy pomagać i tak dalej. Moja mama... Dzięki niej nauczyłam się, co znaczy lekceważyć, nie wiedziałam, że jest takie słowo, ale się nauczyłam, że to znaczy, że ignorujemy jej polecenia”. Eliza podkreślała natomiast, że w jej domu nigdy nie było tematów tabu; zaznaczyła jednak, że gdy opowiadała mamie o czymś, co było sprzeczne z jej oczekiwaniami, jej matka reagowała wybuchami złości. Iga (w której domu, jak zostało przytoczone we wcześniejszych wypowiedziach, panowała atmosfera otwartości i gotowości na rozmowę) wspominała: „Ja od zawsze pamiętam, że moja mama kontrolowała wszystko, co powiedział mój tato. To był moderator naszych rozmów. Wiesz, cały czas kręcenie głową, oczy. Tato zawsze mówił nie w punkt. Zawsze mówił jakoś tak na około, na okrągło, kwiecicie. Po prostu on był taki nieprzystosowany i te reakcje na emocje. My zawsze mogliśmy. Miałymy prawo i tupnąć, i zepchnąć, i się zezłościć, i się zasmucić. Wszystko miałyśmy prawo. A tato nie miał takiego prawa. W sensie jego stany były mocno monitorowane przez mamę, czyli kontrolowane”. W kwestii dialogu odnosiła się do sytuacji, w których jej tata była w epizodzie chorobowym: „Jestem cały czas w takiej konfrontacji. Że walka o prawdę, tłumaczenie. Zawsze musieliśmy tłumaczyć mu, jak jest naprawdę. Że on już widzi to zupełnie inaczej, a ty musisz fakty, fakty. No zobacz, jest tak, tak? Więc cały czas musiałaś temu rodzicowi pokazywać, jak jest naprawdę i w ogóle z jakimiś dziwnymi rzeczami w ogóle polemizować”.

Istotnym wątkiem, który pojawiał się w narracjach badanych osób, dotyczącym dialogu rodzinnego, była świadomość choroby rodzica i rozmowy na jej temat w domu rodzinnym. Karolina zaakcentowała, że w jej domu nie mówiło się o chorobie mamy: „Bo szczerze z moim tatą nie wiem, czy z pięć zdań zamieniłam kiedykolwiek na temat choroby mojej mamy”, dalej dodając: „Zresztą bardzo długo nie byłam świadoma i ja jeszcze jestem tym pokoleniem, że nie mówiło się, że w ogóle coś jak istnieje, choroby psychiczne”. Julia, w której domu nigdy nie rozmawiano otwarcie o chorobie taty i często słyszała, że jej ojciec „jest niezrównoważony psychicznie”, dzieliła się taką swoją refleksją na ten temat: „Ta tajemnica, myślę, niszczyła generalnie też nasze relacje, ta

niewiedza tego i też ta nasza rodzina była taka połamana, niestabilna przez to, że my nie wiedzieliśmy. My nie wiedziałyśmy jako dzieci nigdy, ani jako nastolatki, że ojciec jest chory psychicznie. (...) Chcę podkreślić, że moim zdaniem tajemnica wyczerpuje. Tajemnice są niekorzystne dla całego systemu rodzinnego. To był w ogóle temat tabu, nikt mi tego nie powiedział”. Joanna dzieliła się zblizonymi doświadczeniami: „Właśnie z siostrą sobie ostatnio uświadomiłyśmy, że tak naprawdę nigdy o tej chorobie z mamą się nie rozmawiało. Kiedy mama była w remisji, to ja takie miałam przekonanie, że ja już nie chciałam jej denerwować, bo mi się wydawało, że jak ja ją zdenerwuję, to ona z powrotem się rozchoruje, więc lepszy sposób był, jakby mnie to nie obchodziło i nigdy nie była po prostu rozmowa o chorobie. Tak jakby było, więc temat, jak coś mama o tym nawet wspomniała, to ona to zawsze nazywała, że się gorzej czuła, ale nigdy nie było rozwijane, a na ten temat, ja mam do dzisiaj wrażenie, że ona uważa, że w ogóle to nie jest takiego”. Zofia o diagnozie swojej mamy dowiedziała się dopiero na studiach: „Nie było mówione i też tak naprawdę ja się zorientowałam, znaczy zorientowałam się, no już wcześniej było wiadomo, że z mamą jest coś nie tak, no wiedziałam, że mama leżała na oddziałach. Ale głównie no ja raczej rozpatrywałam to bardziej pod kątem depresji, zwłaszcza no właśnie jak był ten taki epizod, ale pamiętam, że jak już byłam na studiach, to trochę wiedziona ciekawością, tym, że akurat się wtedy uczyłam o rozpoznaniach, a dwa, że właśnie byłam ciekawa, bo no właśnie nigdy się nie mówiło wprost o tym, co jest mamie”.

Pozostałe wymienione przez Teresę Kukułowicz elementy wychowywania przez codzienność zostały wskazane we wcześniejszych wypowiedziach rozmówców bądź nie pojawiały się w narracjach badanych osób.

Analizując wypowiedzi badanych osób można wysunąć ostrożną tezę, że występowanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u co najmniej jednego z rodziców przyczynia się do czasowej lub długotrwałej dezorganizacji funkcjonowania systemów rodzinnych. Owa dezorganizacja może przebiegać w różnoraki sposób i zależy w dużej mierze od wcześniejszego funkcjonowania rodziny. Zgodnie z przywołanymi wypowiedziami i odczuciami badanych osób epizod choroby rodzica zawsze wpływał na pozostałych członków rodziny, na rytm życia rodzinnego i szerzej: na ogólne funkcjonowanie systemu rodzinnego. Odnosząc się do atmosfery rodzinnej i podejmując próbę jej scharakteryzowania, można wskazać dwa wiodące elementy: jej zmienność i towarzyszące napięcie, które wywoływane jest chorobą. Wskazać można tym samym,

że może być to atmosfera o charakterze bezładności: „Rodzina o atmosferze bezładnej charakteryzuje się relacjami opartymi na przypadku, chaosie, zamęcie, niezdecydowaniu i niekonsekwencji. W takiej rodzinie nie obowiązują żadne normy i zasady, nie przywiązuje się do nich wagi, bezkarnie się je przekracza. Postępowanie rodziców jest uzależnione od ich kaprysu, nastroju”⁴³¹. Atmosfera o takim charakterze może być traumatyzująca, a za taką uważa się atmosferę napiętą „cechującą się wzajemną nieufnością i poczuciem zagrożenia, atmosferę hałaśliwą, cechującą się częstymi kłótniami, pełną nieporozumień, atmosferę depresyjną zdominowaną przez emocje negatywne, takie jak przygnębienie i smutek oraz atmosferę nadmiaru emocji (czułości)”⁴³². W czasie choroby bądź na skutek choroby następują też zmiany w realizacji podstawowych funkcji rodziny, szczególnie tych związanych z funkcją opiekuńczo-zabezpieczającą oraz socjalizacyjno-wychowawczą i emocjonalną. Zmiany można dostrzec także w codzienności życia rodzinnego, w tym dotyczące obecności chorego rodzica i dialogu wewnątrzrodzinnego. Warto przytoczyć w tym miejscu jeszcze dwie wypowiedzi opisujące funkcjonowanie rodziny, uwarunkowane rodzicielskimi zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Julia tak opowiadała o wpływie choroby ojca na funkcjonalnie jej rodziny: „Szczерze mówiąc to wtedy w ogóle nie funkcjonowaliśmy”. Joanna natomiast wątek dotyczący funkcjonowania jej rodziny podsumowała tak: „A to, co u mnie się działo, no to mi się wydawało totalnie nienormalne i było to wstydem”.

Relacje wewnątrzrodzinne są istotnym elementem funkcjonowania rodzinnego, stanowiącym uzupełnienie elementów wskazanych wcześniej. Drugi z problemów szczegółowych dotyczył owych relacji i znaczenia jakie – w ocenie badanych osób – miały zaburzenia afektywne dwubiegunowe rodzica dla relacji pomiędzy członkami rodziny. Odnosząc się do teorii systemowej i relacji wewnątrzrodzinnych, Maria Ryś zauważyła: „Rodzina jako system jest złożoną strukturą składającą się ze wzajemnie od siebie zależnych grup osób, które dzielą historię, przeżywają jakiś stopień emocjonalnej więzi i wprowadzają strategie interakcji potrzebne indywidualnym członkom rodziny i grupie jako całości”⁴³³. Za Barbarą Harwas-Napierałą można dodać, że kluczem do

⁴³¹ A. Błasiak, Znaczenie więzi i atmosfery rodzinnej dla funkcjonowania rodziny, (w:) A. Błasiak, E. Dybowska (red.), Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny, Kraków 2010, s.140.

⁴³² H. Liberska, Orientacja przyszłościowa młodzieży a jej środowisko rodzinne, „Roczniki Socjologii Rodziny”, 2006, tom 17, s. 70.

⁴³³ M. Ryś, Kształtowanie się poczucia własnej wartości i relacji z innymi w różnych systemach rodzinnych, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, 2011, t. 2, nr 6, s. 65.

budowania relacji w rodzinie jest komunikacja interpersonalna, która „w rodzinie zwłaszcza, dokonuje się na szerszym tle relacji między członkami rodziny, będąc zarówno wskaźnikiem, jak i współtwórcą tych relacji. (...) Komunikację w rodzinie wyróżnia to, że dokonuje się ona na tle szczególnie intensywnie zachodzących wspomnianych interakcji osobowych, ze względu na dużą częstotliwość, trwałość i swoistość kontaktów między członkami rodziny”⁴³⁴.

W pierwszej kolejności badane osoby w swoich narracjach koncentrowały się wokół relacji z rodzicem ze zdiagnozowanymi zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Pierwsza spośród rozmówczyń, których rodzicem z ChAD była matka, to Karolina, która tak o nich opowiadała: „Relacje z moją mamą zawsze były trudne”; „Było, że na przykład, nie wiem, była gdzieś w rodzinie i każda matka swoje dziecku bardziej głaskała. A moja nie. Moja bardziej głaskała te wszystkie obce dzieci, nie?”. Swoją wypowiedź rozmówczynie podsumowała: „Ja z moją mamą miałam zawsze ciężkie relacje, ale myślę, że to jest po prostu brak zrozumienia z każdej ze stron”. Karolina, dopytana czy choroba jej mamy wpłynęła na ich wzajemne relacje, odpowiedziała: „Jasne, że tak. Myślę, że nigdy nie traktowałam jej serio. W sensie, że jako dziecko nawet ją postrzegałam po prostu jak, przepraszam, może tak to nazwę, bardzo prostą, ale głupszą od siebie. Myślę, że do tej pory tak o niej myślę. Naprawdę”. Rozmówczynie podzieliła się również refleksją dotyczącą aktualnego postrzegania relacji ze swoją mamą, które w jej opinii są silnie naznaczone wcześniejszymi doświadczeniami: „Nigdy nie potrafiłybyśmy być takimi, wiesz, przyjaciółkami czy koleżankami. Nie, to się nie uda. My mamy zupełnie inne spostrzeżenie na świat. Myślę, że to się nigdy nie zmieni. Ja mam za dużo żalu...”. Kolejna z rozmówczyń – Julia opisywała relacje ze swoim tatą jako trudne i chłodne: „On był dla mnie nieistotny po prostu, jakby taki, ja nie musiałam o nic go pytać, czy mogę to, czy mogę to. Po prostu wiedziałam, że ze wszystkim, z czymkolwiek miałam jakiś problem, to mam się zgłosić do mamy albo do babci. Bo od niego nie dostanę wsparcia jako dziecko” i dalej: „Mój tata to jest relacja nieobecna, bądź przeciwieństwo bezpieczeństwa”. Zapytana o znaczenie choroby taty dla relacji wewnątrzrodzinnych, zwróciła uwagę na brak stabilności nie tylko w ich życiu rodzinnym, ale również relacjach. Opisała to w następujący sposób: „Także relacje były od samego początku po

⁴³⁴ B. Harwas-Napierała, Komunikacja w rodzinie ujmowanej jako system w relacji rodzice – dzieci, „Roczniki Socjologii Rodziny”, 2006, tom 17, s. 221-222.

prostu, nie wiem jak to określić, jakby pomieszane, bo muszę włączyć do tego wszystkiego moją babcię. Ona była ewidentnie moim tatą”. Wracając wspomnieniami do okresu dzieciństwa i podsumowując relacje ze swoim tatą w tym okresie, opowiadała: „Ja sobie nie wyobrażałam życia z moim ojcem, po prostu to się równało moja śmierć, także tak to wyglądało”. Dodała również kilkakrotnie, że w swoim tacie widziała bardziej brata niż rodzica: „Taki starszy brat, to jest taki starszy brat wkurzający, którego się boję, przed którym muszę uciekać i zawsze muszę pilnować, wiedzieć gdzie on się znajduje, bo może mi grozić jakieś niebezpieczeństwo z jego strony”. Zaskakująco inny charakter relacji z chorą mamą dotyczył Elizy: „Nasza relacja zawsze była dobra, mimo tego, co opowiadam. Zawsze rozmawialiśmy ze sobą często i tak dalej. Ale jakby uważam, że już teraz, gdy nie mieszkamy w jednym kraju, nie wiem, rozmawiamy czasami raz na tydzień, czasami częściej, czasami rzadziej, to mimo wszystko te relacje są jeszcze lepsze”. O znaczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych dla ich wzajemnej relacji tak mówiła: „Strasznie bałam się jej wybuchowości w takich sytuacjach i przez to właśnie nie było tego zaufania w stu procentach”. Rozmówczyni wyraźnie podkreślała, że od czasu, gdy opuściła dom rodzinny, jej mama zaczęła zmieniać swoje zachowania. Wątek relacji ze swoją chorą mamą tak skonkludowała: „Już teraz, jak jestem dorosła, bardziej doceniam ją. Moja ocena jej [teraz], jest lepsza niż była jako nastolatki”. Zofia natomiast w taki sposób określiła relacje z matką w okresie dzieciństwa i dorastania: „Na przestrzeni lat gdzieś tam na początku na pewno bardzo kochałam mamę i chciałam kontaktu z nią. Nawet jak był ten okres, że mieszkaliśmy już z ojcem i z ciotką, to gdzieś tam dopytywałam się ojca o to, żeby ten kontakt z mamą był i chciałam się z nią widywać, ale w którymś momencie to coraz słabiej”. Zwróciła również uwagę na podział jej oczekiwań względem każdego z rodziców z osobna: „Mama bardzo lubiła wkradać się w nasze łaski jakimś drogimi prezentami, wycieczkami, takimi rzeczami, no to faktycznie w którymś momencie ja też się uwarunkowałam na to, że jak dostaję takie fajne rzeczy, no to wtedy znaczy, że mama jest fajna, spoko i tak dalej. No ale mimo wszystko zawsze gdzieś tam tę większą więź czułam z ojcem. I trochę chyba w którymś momencie traktowałam to tak, że jak chcę pogadać albo czymś się podzielić, idę do ojca, a jak chcę coś nowego, coś sobie kupić, chcę hajs, to wtedy idę do matki. Tak bym to nazwała”. Rozmówczyni podzieliła się również swoim spostrzeżeniem dotyczącym znaczenia zaburzeń afektywnych jej matki dla ich wzajemnej relacji, wskazując, że w jej opinii istotne było doświadczanie opuszczenia przez matkę w okresach choroby, co wpłynęło na jej poczucie

braku bezpieczeństwa i stabilności w relacji z mamą oraz konsekwencje jej zachowań w epizodach choroby, z którymi musiała się mierzyć: „W okresie nastoletnim właśnie kiedy wyszły na jaw te wszystkie rzeczy, które matka robiła w stanie manii i jej późniejsze zachowania względem mojej młodszej siostry, no to ja już kompletnie przekreśliłam tę relację. Miałam też taki okres jako nastolatka, młoda osoba dorosła, jak już poszłam na studia, że gdzieś tam jeszcze miałam w sobie taką, nie wiem czy to litość, czy jakieś resztki przywiązania, ale no moja matka strasznie zaniedbała też właśnie moją młodszą siostrę w tym momencie, jak moi rodzice się rozdzielili i myślę, że to, jakich zaniedbań dopuściła się wobec niej, to już było dla mnie takie przelanie czary goryczy”.

Kolejna

z rozmówczyń – Joanna swoją relację z mamą określiła jako trudną i raczej negatywną, a dzieliła się tym mówiąc: „Znaczący, powiem tak, z mojej strony zawsze były złe, bardzo negatywny miałam emocjonalny stosunek, ale udawałam, że jest dobrze, bo zawsze mi było jej szkoda. I chyba po prostu z litości udawałam, że jest wszystko dobrze. I myślę, że mama do dzisiaj jest pewna, że było świetnie”. Zapytana o rolę choroby jej mamy w kształtowaniu się ich relacji opowiadała: „Te relacje były u nas takie jakie były, też nie tylko ze względu na chorobę. Nie wiem czy tylko, ale te relacje były takie zimne”. Rozmówczyni dodała: „A moje relacje, nie wiem, czy moje relacje... No, jak byłam małym dzieckiem, to ja nie bardzo miałam wpływ na cokolwiek, a później jakby byłam trochę taka większa, że mogłam coś zrobić ze sobą, no to wiadomo, że bywało tak, że tam nie wiem, się na jakiś okres przeprowadzałam do ciotki, jak nie mogłam z nią wytrzymać”. Archer, opowiadając o relacji ze swoją mamą, zaakcentowała, że były one chłodne i naznaczone krytykowaniem przez matkę wszystkiego co robiła. Tak o tym powiadała: „Nie chciałam w ogóle prawie z nią gadać, nie chciałam z niczego się zwierzać do niej, bo wiedziałam, że to na przykład będzie, że... a, to moja wina”; „Ja nie chciałam w ogóle wychodzić z nią, mieć kontaktu najlepiej, bo po prostu miałam wrażenie, że nie wiem, co ja zrobię, to zaraz się skończy jakimś wywodem na temat tego, co robię źle. Albo właśnie po prostu jakimś narzekaniem, że ja się nie staram wystarczająco”; „Te relacje z mamą to szczególnie właśnie w tym okresie, tym dorastającym, w gimnazjum, liceum, no to praktycznie mówię, ja byłam zamknięta w pokoju, ja z nią nie chciałam gadać, bo każda rozmowa była negatywna wtedy. Bo ona cały czas właśnie na mnie narzekała, że ja na przykład nie wychodzę z pokoju, że cały dzień w łóżku leżę z jakiegoś powodu, że nie mam na nic siły i tak dalej. Więc to było

tak trochę trudno”. Wspomniała również sytuacje, w których mama nie akceptowała jej indywidualności, bądź nie mogła na nią liczyć i spotykała się z jej odrzuceniem. Rozmówczyni nie potrafiła jednoznacznie określić czy ChAD miał wpływ na ich relacje, a wracając wspomnieniami do okresu sprzed choroby, podkreślała, że mama była wtedy bardziej dostępna i wyrozumiała. Obraz relacji ojca i syna zarysował się w wypowiedzi Bruna, który relacje ze swoim ojczymem przed diagnozą ChAD tak opisywał: „No to z nim miałem bardzo dobry kontakt. On mnie wychował, mnie przysposobił jako dziecko, no pokazał mi dużo i dał mi dużo, więc jakby ja go cały czas pamiętam z tego okresu od szóstego do piętnastego roku życia, cały czas. (...) Ja nawet czasem chodziłem do ojca, bo chciałem z nim porozmawiać, a nie z mamą i on czasem mnie bronił przed mamą w taki sposób, no nie, że jakieś argumenty swoje podawał, żeby wyszło na moje. Mieliśmy dobrą relację”. Rozmówca podkreślał, że była to bardzo ciepła relacja, w której zawsze mógł liczyć na swojego ojca i był on dla niego ogromnym wsparciem. Wracając jednak pamięcią do okresu po wystąpieniu choroby, opowiadał, że ich relacja została zerwana: „Ja mało z nim rozmawiałem wtedy, bo on się zamykał w pokoju, on nie był do rozmowy kompletnie”. Wiązało się to z wycofaniem ojczyma z życia rodzinnego, co zostało przytoczone we wcześniejszych wypowiedziach Bruna oraz miało wiele konsekwencji dla rodziny rozmówcy w późniejszym czasie. W swojej narracji badany wielokrotnie podkreślał, że jest swojemu ojczymowi wdzięczny za okres sprzed choroby i pomimo, że jego rodzice nie są już razem i mieszka daleko od niego, ma z nim sporadyczny kontakt i określił go „jako porządnego człowieka”. Iga, której także tata był chorym rodzicem, tak go opisywała: „Taka bardzo ciepła osoba, nie narzucająca zupełnie jakichś właśnie takich zasad, czy twardo trzymająca rękę na wychowaniu dzieci”. Podkreślała istotną rolę, jaką jej tata stanowił w jej życiu, dając jej wsparcie, zrozumienie i akceptację. O znaczeniu choroby w ich relacjach tak opowiadała; „Z tatą jest, no właśnie, z tatą jest tak, że czuć dobrze kiedy jest dobrze, a czuć kiedy jest źle, bo on jest tępy emocjonalnie, jak jest w stanach swoich, a jak jest obecny, to powracają takie normalne zachowania, (...) więc ta relacja bardzo się zmienia, bo ta relacja jest wspierająca, najczęściej, ona się ochładza wraz z atakami. Potem mieliśmy taką zdolność przez lata, że wracaliśmy do normalności bardzo szybko i to też potem, jak się dowiedziałam, trochę no, duży koszt dla mnie, że ja tak próbowałam, no przecież fajna jest rodzina, super, lubimy razem wyjeżdżać, tato ma złe chwile, ale nie martwmy się, to jest choroba, zaraz będzie dobrze i tak, wiesz, na takiej sinusoidzie, no a to są gigantyczne

koszty dla nas, nie? No więc z tatą jest różnie. Dzisiaj północ, potem południe”. Ostatnia z rozmówczyń – Oliwia w swojej narracji wyróżniła kilka etapów relacji ze swoim ojcem, dzieląc je na te przed wystąpieniem choroby i po jej wystąpieniu. Rozmówczynie, w swojej opinii (co zostało wspomniane wcześniej), w okresie dzieciństwa faworyzowała swojego ojca jako rodzica, choć, jak zauważała, nie był on rodzicem wykazującym nadmierne zainteresowanie swoją córką, co mogło wiązać się z charakterem jego pracy. W okresie dojrzewania wzajemne relacje córki z ojcem uległy pogorszeniu, na skutek większej konfliktowości w rodzinie rozmówczynie. Oliwia wspomniała, że wielokrotnie w sytuacjach konfliktowych stawała po stronie swojego taty: „Jak on się pokłócił z mamą, to on tam nam mówił, no że my to jesteśmy takie czarne owce w rodzinie i my musimy się razem trzymać, więc oni jak się kłócili, no to ja stałam po jego stronie, więc jak była wojna domowa, to było dwa na dwa, moja siostra z moją mamą, ja z moim tatą i wojna często się przedłużała”. Po wystąpieniu pierwszych objawów choroby ojca ich relacja uległa całkowitemu ochłodzeniu, jednak w momentach remisji zdarzały się czasowe poprawy ich wzajemnej relacji. Rozmówczynie zwróciła uwagę na brak zainteresowania swoją osobą ze strony ojca w czasie epizodów jego choroby. Tak o tym opowiadała: „Ilekcóż ja, wiesz, próbuję coś tam z nim gadać, no przysięgam ci, on nawet jak przyjdzie do nas, bo teraz nam remont na przykład robił, nie, to on przyjdzie tu na 8 godzin, on powie cześć na wstępie i cześć na wychodnie i to jest tyle co on z nami rozmawia. Ostatnio się zapytał jak się mieszka. I to na tyle, mówię spoko. I to była cała nasza rozmowa”. Oliwia miała trudności z określeniem swojej relacji z ojcem, stwierdziła, że nie lubi z nim rozmawiać i robi to tylko wtedy kiedy musi.

W wypowiedziach badanych osób dostrzec można, że ich relacje z chorym rodzicem były zróżnicowane i uwarunkowane wieloma czynnikami. Choroba rodzica czasowo bądź długotrwale wpływała na relacje pomiędzy rozmówcami a ich rodzicami z ChAD. Część z nich wskazała, że na skutek zachowania rodziców w czasie trwania choroby ich relacje ulegały pogorszeniu, jednak jeśli wcześniejsze fundamenty wzajemnych relacji były odpowiednio trwałe, relacje powracały do stanu poprzedzającego epizody choroby. W przypadku pozostałej części badanych relacje te ulegały stałemu pogorszeniu. Inną część stanowili badani, którzy od samego początku doświadczali trudnych relacji z rodzicem, a ponadto, w ich opinii, podczas epizodów choroby napięcie w tych relacjach eskalowało. Należy jednak dodać, że ocena relacji z chorym rodzicem nie jest zależna jedynie od choroby afektywnej rodzica. Stosunek

rodzica do dziecka może wynikać z osobowości rodzica, jego doświadczeń z własnymi rodzicami czy świadomości rodzicielskiej. Występowanie ChAD u rodzica może natomiast przyczyniać się do poczucia niestabilności w relacji z rodzicem, w zależności od aktualnego jego stanu zdrowia.

Osoby biorące udział w badaniu zostały zapytane także o relacje ze zdrowym rodzicem (o ile był obecny w ich życiu) oraz znaczenie zaburzeń afektywnych występujących w ich systemie rodzinnym dla tychże relacji. Karolina wspominała relację ze swoim ojcem jako ciepłą i pełną akceptacji. Podkreślała, że był on dla niej niezwykle ważną osobą, pomimo, iż ich relację określiła jako cichą. Zapytana o wpływ choroby mamy na jej relacje z ojcem opowiadała: „Wiesz, może że widział, że nie ma akceptacji ze strony mamy, to może on chciał tak to nadrobić. Nie wiem, on po prostu mnie kochał taką, jaka jestem i cokolwiek bym nie zrobiła...”. Julia o relacjach ze swoją mamą tak opowiadała: „Jeżeli chodzi o moją mamę, to była taka miłość zależna, moja mama mnie kochała, ale to była taka miłość podyktowana moim zachowaniem, więc byłam akceptowana, jeżeli spełniałam oczekiwania, jeżeli nie, to byłam odrzucana. Więc gdzieś tam wtedy siedziałam sobie sama w swoim pokoiku i przeczekiwałam humor mojej mamy i odrzucenie mnie”. Rozmówczyni przywołała tu takie wspomnienia: „Pamiętam, że jakieś rozmowy ze mną prowadziła albo się po prostu darła, ale ona była niedostępna emocjonalnie. Od zawsze pamiętam to, że po prostu była taka warunkowo obecna i jak ona chciała się tam jakoś do mnie zbliżyć, to po prostu przychodziła i tam coś gadała, ale to nie była taka bliskość, że ja mogłam zawsze do niej przyjść, mamusiu, tak bardzo cię potrzebuję, teraz się przytulisz, nie wiem, coś ci poopowiadać. Nie, nie, ja pamiętam, że to był jakiś mur między nami”. Julia zaznaczyła, że jej mama była dominującą osobą w ich życiu rodzinnym i jak zostało przytoczone wcześniej, w opinii rozmówczyni wszystkie relacje w jej domu uwarunkowane były chorobą jej taty, co szczególnie wpływało na jej relacje z mamą. Zofia, która swoje relacje z tatą określiła jak bardzo dobre, wskazywała, że w jej opinii choroba jej mamy nie wpłynęła na relacje ‘córka-ojciec’. Podzieliła się natomiast refleksją dotyczącą własnych odczuć: „Z ojcem pod takim względem, że, no tak jak mówię, ja się zawsze lepiej dogadywałam z ojcem i to jemu zwierzałam się bardziej z problemów niż matce, gdzie stereotypowo no niby powinnam to bardziej z tymi rzeczami iść do matki. Więc na pewno matka zasiała we mnie trochę takie poczucie winy co do tego, że z tym ojcem dogaduję się tak dobrze”. Jedynym z mężczyzn w grupie badanych osób – Bruno – o wpływie choroby ojczyrna na

relacje z mamą tak mówił: „My zawsze mieliśmy dobrą relację, ale wpłynęła bardziej na nią, tak, że ona wpłynęła na mnie swoim zmęczeniem, nerwowością, wyczerpaniem psychicznym, w ten sposób wpłynął na naszą relację jej stan zdrowia”. Rozmówca dodał, że w okresie dojrzewania, który pokrywał się z diagnozą ojczyma, jego relacje z mamą uległy znacznemu pogorszeniu, co wiązało się z napięciem w domu oraz trybem życia rozmówcy, który został przez niego określony jako ucieczkowy. Wracając pamięcią do tego okresu, Bruno podsumowywał: „Mama nie miała wtedy ze mną łatwo”. Kolejna z rozmówczyń – Iga przyznała, że jej relacja z mamą na każdym etapie była bardzo dobra. Zapytana o znaczenie choroby taty dla jej relacji z mamą, podzieliła się taką refleksją: „Jestem wściekła na mamę, że wciągnęła nas w to, że tak jak ja teraz to widzę, na przykład tato pisze jakiegoś niepokojącego smsa do mojego dziecka, ja od razu reaguję. Jakby wiesz, pakujesz dzieci, wyprowadzasz je z domu, jedziesz gdziekolwiek i dzieci nie mają prawa widzieć swojej ukochanej osoby w takich stanach i to jest nasza rola. I nasza mama totalnie ją zaprzepaściła. Jakby w ogóle nie było sygnału, że chroni dzieci. Moja mama chroniła tatę. I o to mam teraz żal, że widzę, że choroba zmieniła to tak, że moja mama zawsze była dla mnie takim fighterem, bohaterem, że ona super, że ona scaliła to wszystko, że jednak nie puściła, że nie mieliśmy rozwodu, że nie przechodziłyśmy przez rozwaloną rodzinę, ale też widzę koszty teraz tego, że i tak finalnie mam duży żal o to, że nie pokazała nam, że jest pewna granica udźwigu tego wszystkiego i myślę, że na przyszłe wybory na pewno mnie to w jakiś tam sposób [wpłynęło], a z drugiej strony wiem, że przez to, że nie poznałam granicy, to dawałam sobie dużo dziwnych rzeczy robić, niekoniecznie wiedząc, że nie muszę się na to godzić. To nam zaburzyła choroba, ten ogląd tego, że tobie też ma być dobrze i niekoniecznie kosztem ciebie muszą mi się takie rzeczy w rodzinie dziać i uczyć się tego powoli i to w kontekście relacji z mamą na pewno się zmieniło, ale widzisz znowu, ja jestem w stanie pójść i powiedzieć jej o tym. To nie jest tak, że wiesz, my jesteśmy w stanie o tym pogadać, moja mama tak samo”. Oliwia swoją relację z mamą określiła jako skomplikowaną i tak mówiła o niej w kontekście choroby ojca: „Najgorsze jest to, że jak ja się z moją mamą dużo kłóczę, bo my nigdy nie miałyśmy jakiegoś tam dobrego kontaktu. Ja też mam tak, chociaż wydaje mi się, że to bardziej jest mój charakter. Ja właśnie tak emocjonalnie podchodzę, ja też szybko się denerwuję. Wiesz, jak ona widzi moją zmianę zachowania, że mnie tak szybko idzie wyprowadzić z równowagi, to ona jakby jest na mnie zła, to ona też mi mówi, że ja jestem chora. I ona doszukuje się mojego jakiegoś zachowania. Ja się

wyprowadziłam z domu we wrześniu, bo już miałam dosyć słuchania tego, że ja się zachowuję jak ojciec”. Dodała tu również: „Ogólnie zazwyczaj było tak, że jak on się wyprowadzał, to nam się relacje poprawiały, bo my jakoś tak nagle się zbliżyłyśmy do siebie. Zazwyczaj pomagało”. Eliza, której rodzice rozwiedli się, gdy była dzieckiem, ze swoim ojcem utrzymywała sporadyczny kontakt, jednak w jej opinii nie jest to związane z ChAD. Archer nie utrzymywała kontaktów z ojcem od 6 roku życia i wynikało to z problemu alkoholowego, z którym się mierzył. Rozmówczyni wspominała, że po odejściu od ojca u jej mamy zaczęły występować pierwsze objawy choroby. Około 16 roku życia jej tata zmarł, o czym mama nie poinformowała jej ani braci. Joanna również nie miała stałego kontaktu ze swoim ojcem, a opowiadała o tym następująco: „Z ojcem to w ogóle, no moja relacja z ojcem, ale to chyba niezależnie od choroby, czy nie choroby, zawsze jakby czułam, że nie są mile widziane moje kontakty z ojcem”. Jak widać zatem, rozmówcy dzielili się różnymi doświadczeniami związanymi z relacją ze swoim zdrowym rodzicem. Były to relacje albo wypełnione miłością, akceptacją i wsparciem albo obarczone frustracją i zmęczeniem, wynikającymi z sytuacji rodzinnej.

W wypowiedziach badanych osób dotyczących ich relacji z rodzeństwem często pojawiały się wątki dotyczące opieki nad nim i wzajemnego wspierania się w sytuacji rodzinnej. Julia, która ma młodszą siostrę, o ich relacji w okresie dzieciństwa opowiadała: „Te nasze relacje były takie trochę na początku niezdrowe, pod tytułem: jestem twoją siostrą, a nie mamą, a ja byłam jej mamą. A później zaczęło być bardzo fajnie”. Rozmówczyni wskazywała, że starała się opiekować swoją siostrą i dbać o jej bezpieczeństwo. Narracja dotycząca siostry i bycia dla niej mamą stanowi odbicie wcześniejszych wypowiedzi rozmówczyni, w których podkreślała, że choroba ojca wpłynęła na pomieszenie relacji wewnątrzrodzinnych. Eliza o swojej starszej siostrze tak opowiadała: „Zawsze była moim wzorem, zawsze, nawet teraz sobie powtarzamy, że jesteś moją ulubioną osobą na świecie, więc jakby zawsze ten kontakt był. Nawet jak wyjechała, im byłam starsza, ten kontakt był coraz, coraz lepszy, wiadomo. No teraz jest po prostu perfekcyjnie, już jest jak moja najlepsza przyjaciółka”. W jej opinii choroba mamy nie miała znaczenia dla ich relacji, istotny może być jednak fakt, że siostra wyjechała wraz z ojcem za granicę, gdy rozmówczyni miała 6 lat. Zofia, analizując relację ze swoją siostrą na przestrzeni lat oraz znaczenie jakie dla tej relacji miały zaburzenia afektywne ich mamy, stwierdziła: „Myślę, że jednak silniejszy wpływ miała moja mama na moją relację z siostrą, bo właśnie jak widzimy sobie na tym zdjęciu, ja,

jak siostra się urodziła, byłam mega zafascynowana, byłam bardzo w roli starszej siostry i bardzo się cieszyłam. No ale z biegiem czasu te moje relacje z moją siostrą nie były fajne, no i wiadomo, że w rodzeństwie bywa różnie, często się kłóci, ale w którymś momencie to była taka bardzo niechęć między mną a moją młodszą siostrą i wiem, że ta niechęć była podsycana przez moją matkę, ponieważ moja matka, właśnie nie wiem czy nazwać to faworyzowaniem, ale chyba tak. (...) No i w którymś momencie moja relacja z siostrą była właśnie trudna przez to, że matka szczyła nas na siebie, no bo chyba inaczej tego nie mogę nazwać, szczyła nas na siebie i też pozwalała siostrze na wszystko, co by chciała. Ja się na to nie godziłam i moje relacje tak naprawdę z siostrą poprawiły się w momencie, kiedy matki zabrakło. To był hardkorowy przypadek, bo w momencie, w którym matki zabrakło, ja byłam jedyną na tamten moment osobą, która mogła zacząć sprawować opiekę nad nią, więc to było hardkorowe, że trzeba się zająć siostrą, z którą się nienawidziło pół życia tak naprawdę. No ale odkąd matki nie ma, to faktycznie te relacje z siostrą są inne, w sensie no wiadomo, że to na pewno nie tylko przez to, że jej nie ma, tak, bo dorosłyśmy, ona jest już teraz dorosłą kobietą, ja tak samo i po prostu dużo przeszłyśmy razem, ale myślę o tym w kontekście, że przeszłyśmy razem przez to, co matka zrobiła”. Archer, która ma dwóch braci (starszego i młodszego) podkreślała, że zawsze byli w dobrych relacjach i że trudne doświadczenia z mamą tylko je umocniły: „Jeśli chodzi o braci, to u mnie spoko. My nawet mieliśmy taki bonding, jeśli chodzi o wiesz wspólną traumę taką, że z braćmi często sobie żartowaliśmy nawet z tego, że mama teraz to i to wypowiedziała, o, mama to i to. Więc to wiesz, to u mnie z braćmi mam dobrą relację. Znaczą normalnie, regularnie żartujemy, gadamy ze sobą, spędzamy czas”. Bruno, który ma brata młodszego o ponad 10 lat, wskazywał, że choroba ich ojca wpłynęła na fakt, że w opinii rozmówcy jest on dla swojego brata bardziej ojcem niż starszym rodzeństwem (wątek ten zostanie szczerzej omówiony w części poświęconej parentyfikacji). Iga o relacji ze swoją siostrą bliźniaczką i znaczeniu choroby ich taty dla wzajemnej relacji siostr tak opowiadała: „Naprawdę taką wspierającą relację z siostrą zawsze miałam, dobrą i tak no wiadomo w okresie dojrzewania może jakieś tam były lekkie rywalizacje czy coś takiego, ale ja jestem też dominującym bliźniakiem, więc ona chyba ma większy problem ze mną niż ja z nią, bo ona za mną idzie w życiu, ale dobrą mamy relację i to się nie zmieniło w kontekście choroby, no pewnie się wzmocniło, no bo gdzieś tam więcej tych telefonów, sprawdzania, czy wszystko ok jest u nas”. Oliwia w narracji o swojej sytuacji rodzinnej w kontekście relacji z siostrą zaznaczała, że

kluczowe jest dla niej zapewnienie jej wsparcia: „Staram się skupić tak na mojej siostrze, bo po prostu mam wrażenie, że bardziej ona traci na tym wszystkim, bo ona nie dość, że młodsza była, ja już byłam starsza i inaczej do tego podchodziłam. To zaczęło się jak ona miała tam 11 czy tam 10 lat, no to z nią gorzej”. Wracając do okresu dzieciństwa i okresu sprzed choroby ich ojca, rozmówczynie wspominała: „Głównie przez większość życia miałam do niej problem, bo moi rodzice po prostu stwierdzili, że ja już jestem duża i oni tak jakby zostawili mnie samej sobie i zajmowali się tylko nią przez większość czasu”. Oliwia podkreśliła, że w stresujących dla jej siostry sytuacjach związanych z ich tatą bądź sytuacją w ich domu rodzinnym starała i nadal stara się pomóc siostrze rozładować napięcie. Przywoływała przykład jednego z ich rytuału: „Jak mieliśmy jakąś traumę z dzieciństwa, to my jadłyśmy tego McDonalda i się śmiałyśmy z tego, co my robiłyśmy”. Przedstawione wypowiedzi badanych osób dotyczące znaczenia zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodzica dla ich relacji z rodzeństwem pozwalają stwierdzić, że między rodzeństwem może kształtować się postawa opiekuna (chęć ochrony rodzeństwa, zapewnienie mu bezpieczeństwa fizycznego, wsparcie psychiczne) bądź umacnianie relacji na skutek wzajemnego wspierania się w trudnej sytuacji.

Znaczenie wspomnień i pamięci autobiograficznej zostało obszernie omówione w części teoretycznej dysertacji, aczkolwiek warto w tym miejscu przypomnieć, że zachowane przez człowieka ślady pamięciowe są stale przetwarzane i przyczyniają się do analizowania doświadczeń jednostki, wpływając na jego teraźniejsze zachowania i postawy. Kolejny z problemów szczegółowych koncentrował się wokół wspomnień obejmujących dorastanie z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Ze względu na retrospektywny charakter prezentowanych wyników badań oraz to, że wspomnienia i doświadczenia rozmówców z okresu dzieciństwa i dojrzenia dominują w przytaczanych wypowiedziach, w tym miejscu nastąpi synteza najważniejszych wspomnień badanych osób oraz zostaną przytoczone te, które badane osoby uznały za najistotniejsze. Do najczęściej przywoływanych wspomnień przez badane osoby należały te, które dotyczyły: zachowań rodziców w czasie epizodów choroby oraz powtarzalności pewnych zachowań rodziców w tym okresie, doświadczania przemocy ze strony chorych rodziców, zawstydzania czy rozczarowywania w związku z zachowaniem rodzica, hospitalizacji tego rodzica, ale także wspomnień pozytywnych. W pamięci Karoliny zarysowało się wyraźne wspomnienie z okresu dzieciństwa, kiedy jej mama w epizodzie maniackalnym zabrała ją nad morze, nie informując o tym jej taty. Opowiadała o tym

następująco: „I pamiętam ten moment, gdzie ja nie byłam świadoma, bo nie było telefonów, że mój tata nic nie wie, a mój tata nic nie wiedział. I pamiętam ten moment, jak siedząc sobie na plaży jako dziecko i nagle widzę mojego tatę, rozumiesz? Takiej sceny, w której wyobrażasz sobie z filmu, nie? Gościu w garniturze, z podtegowanymi spodniami. I marynarka narzucona, bo upał, i on po prostu mnie zobaczył, upadł na kolana, bo w końcu mnie znalazł. Ja się potem dowiedziałam, że on przeszedł całe wybrzeże, bo nie zdawał sobie sprawy, że mojej mamie coś tam było, nie nazywał tego, bo on nie potrafił. No nie ma dziecka, nie? I wiesz i mnie po prostu szukał? I ten moment, że upadł na tych kolanach i potem udawanie moich rodziców, że jest wszystko dobrze”. Eliza z kolei wracała wspomnieniami do okresu choroby jej mamy, w którym mama podjęła szybką decyzję o zawarciu nowego związku małżeńskiego z mężczyzną, którego Eliza nie знаła, a co wiązało się ze zmianą miejsca zamieszkania. W pamięci rozmówczyni zapisał się moment szybkiego zakończenia tego związku i droga powrotna do domu: „Poznali się tam właśnie i bardzo szybko się przeprowadziłyśmy do niego. To było bardzo szybko, ja go prawie nie znałam. Bo po prostu pamiętam, że on drugi raz w życiu zobaczył mnie jak się przeprowadziłyśmy do Warszawy. Pamiętam, że raz mama mnie obudziła w nocy. Ja w końcu miałam, nie wiem, 7-10 lat i poszłyśmy na autostradę łapać stopa do domu, bo oni się pokłócili. Wiesz, teraz myślę, ja pierdziele nie? Wydaje mi się, że ja nigdy nie zrobiłabym tak ze swoją córką, bo to jest skrajnie niebezpieczne i nieodpowiedzialne. Kiedyś jako dziecko nie pomyślałam o tym. Pomyślałam sobie, o, ale mam fajną mamę, nie? Przygoda w ogóle”. Joanna również wróciła pamięcią do przeszłości, gdy jako 6-letnie dziecko była zabierana przez matkę na nocne spotkania. Rozmówczyni opowiadała o towarzyszącym jej wówczas poczuciu osamotnienia i braku reakcji otoczenia na nietypowe zachowania jej mamy: „Ja pamiętam, że ona mnie gdzieś tam zabierała po nocach, no bo to oczywiście takie życie nocne, tak? Też wiele takich pamiętam, noce nieprzespane, ona w nocy była bardzo aktywna. Zabierała mnie na przykład do tych swoich znajomych, do których jeździła po nocy i ja pamiętam, że jakaś taka koleżanka, ja nie wiedziałam już jak mam powiedzieć jej, że potrzebuję pomocy, że coś jest z mamą nie tak, bo też nawet nie wiedziałam. No bo to też wiadomo, że znajomi, którzy znają taką osobę, no to wiedzą, że inaczej się zachowują, prawda, niż normalnie. I ja wiem, że płakałam, bo ja liczyłam, że jak zacznę płakać, to ta koleżanka się zorientuje, że ja potrzebuję tej pomocy (...). Pamiętam, że tam mnie sąsiadka zaczęła i zapytała, czy mama przypadkiem się nie powinna leczyć. No ale to małemu dziecku to powiedziała,

ale co ja miałam zrobić z tą wiedzą?”. W pamięci Julii również szczególnie zachował się jeden z epizodów maniakalnych jej taty: „I pamiętam po prostu tą noc, całkowicie nieprzespaną. Bo mój ojciec... I to się zbiegło z tym, że on dostał jakąś premię w pracy. Och, to było ciężkie. On zamówił jakieś wieńce właśnie na tą okazję. I w ogóle dostał tą premię też tego dnia, więc wszystko bez sensu. I miał kasę na te wieńce. Wieńców nie odebrał. Całą kasę mam wrażenie, że gdzieś stracił. Kupił sobie jakiś zegarek, który mu skradli. To jest takie typowe dla manii, prawda? To też ciekawe, że taki nie za bardzo moment na kupowanie zegarka, ale dobra. I pamiętam, że on tej samej nocy stracił ten zegarek. (...) A w tej manii przyszedł taki wesoły i coś nam kupił. Jakieś słodczyce chyba, jakieś wspaniałości, których nie mieliśmy na ogół w domu. Generalnie wydał mnóstwo kasy z tej premii. I moja mama stwierdziła, że on jest pijany. Tylko, że on był wtedy w tej manii. Ona tego nie wiedziała, że on tam chyba nawet niewiele wypił. (...) A z drugiej strony on popatrzył na moją mamę, która po prostu wpadła w amok. Zamiast go wziąć i jakoś, nie wiem, się nim zaopiekować. A wiem, że też dorosłym mężczyzną trudno byłoby się opiekować. No ale też nie wiedziała, co się z nim dzieje. Mam wrażenie, że widziała go w takim stanie pierwszy raz. I ona po prostu tak na niego nawrzeszczała, że on się spłoszył. I tak jak stał, tak wyszedł. Po prostu zostawił te wszystkie siaty. I ja byłam taka zawiedziona, że on wyszedł. Bo był taki fajny, taki wesoły, taki miły. I taki z tymi wszystkimi darami. Nie wiedziałam o co tej mojej matce chodzi. Że wyrzuciła takiego fajnego mojego tatę. Byłam w ogóle na nią zła. Ale z drugiej strony też chciałam ją ratować, wspierać. Patrzyłam na niego później już innym jednak wzrokiem. Uważałam, że to jest jakiś rzeczywiście problem tutaj. Skoro mama tak mówi, no to jest jakiś problem. I trzeba wspierać mamę. Generalnie mama płacze, ja muszę ją wspierać. Muszę po prostu się zachowywać. No i mój ojciec wtedy wyszedł i nie wrócił. I nie było go całą noc. Po prostu nie było go. Także to na pewno ja się strasznie zdenerwowałam. Byłam w sumie zła na moją mamę, że na niego tak nawrzeszczała”. Rozmówczyni dodała, że to wspomnienie jest dla niej niezwykle wyraźne ze względu na pewien dualizm, którego wówczas doświadczyła: z jednej strony była szczęśliwa, bo jak określiła „tata był wtedy taki fajny i wesoły”, z drugiej jednak oddziaływały na nią negatywne emocje jej mamy. Archer natomiast przywołała wspomnienie, które było związane z obniżeniem nastroju jej mamy: „Pamiętam raz, bo sobie przypominałam, że jak raz jechaliśmy: ja, bracia i mama na Mazury, na działkę, to ogólnie my byliśmy niezadowoleni, bo mama cały czas przedłużała z pakowaniem się, zamiast wyjechać tam

o 10, wyjechaliśmy chyba o 19, bo ona tak właśnie bardzo przedłużała, i my byliśmy na nią źli, i mówimy, że no kurde, przyjedziemy tam w środku nocy. Mama powiedziała, że dobra, nie chcecie ze mną mieć tyle czasu, nie chcecie ze mną być i po prostu zawróciła samochód

i wróciliśmy do domu. Bo uznała, że my jej nie lubimy, że my jej nie kochamy, że mamy wywalone, że nie chcemy mieć tyle czasu i najlepiej, żeby ona w ogóle siedziała tylko w pokoju. Ona tak często mówiła, że niech każdy sobie sam siedzi i wszyscy będą zadowoleni”. Odnosząc się do powtarzalności zachowań rodziców w czasie epizodów choroby, Iga i Oliwia podkreślały, że epizody maniakalne powtarzały się w określonych miesiącach. Oliwia przytoczyła wspomnienie pierwszego epizodu choroby jej taty: „Po prostu odwała w określonych miesiącach. Tak, u nas zawsze kwiecień. Właśnie zaczęło się w kwietniu, bo mój dziadek zmarł na początku kwietnia. I on się zaczął dziwnie zachowywać i oni wtedy właśnie się kłócili i on po prostu coś tam powiedział, że no to weźmiemy rozwód. No moja mama takie, że może dłaczego, że co się stało. No nie potrafimy razem żyć, to weźmiemy rozwód. I tam on powiedział, no papiery jutro złożę. I moja mama była w takim szoku, ale następnego dnia: ja już o rozwodzie nie mówiłam, i mu przeszło. Pamiętam, że oni się cały czas kłócili i on zaczął gadać jakieś dziwne rzeczy o mojej babci. Zaczął gadać do mnie, że on w ogóle ma dowody na to, że moja matka całe życie nas okradała i on mi pokaże te dowody, bo to jest złodziejka”. Oliwia dodała, że od tamtej pory u jej ojca cyklicznie występują epizody maniakalne, w których odchodzi od jej mamy i oskarża ją o różne kradzieże. Archer wskazała na powtarzające się zachowania jej mamy w okresie choroby, które zapamiętała z dzieciństwa: „Często mama mówiła, że pewnie do ojca chcemy wrócić, że tam na pewno możemy sobie żyć z nim w tym brudzie, bo ona nas już nie potrzebuje, jak my tylko przeszkadzamy. No i takie właśnie... Tego było dużo”. Rozmówczyni wspominała, że wraz z braćmi była oskarżana o różne rzeczy, których, zdaniem matki, nie dopilnowali oraz że atmosfera w domu była niezwykle napięta. Także Joanna wspominała różne zachowania jej mamy, które powtarzały się w okresach manii: „Wiem, że na pewno mama biegała w chorobie w szkole, pamiętam, że jakieś karteczki pisała, jak byłam w liceum”; „No jakieś, na przykład jak już tam byłam nastolatką, jakieś dzwonenie po moich znajomych i tam opowiadanie o mnie rzeczy. Czy nawet później już pracowałam, to też wydzwaniała do moich pracodawców i też tam jakieś rzeczy o mnie wygadywała”. Wracając do dzieciństwa wspomniała: „Jakieś święta, takie właśnie spędzone w domu z nią. Właśnie

na przykład jak przyjeżdżała babcia, jeszcze byłam mniejsza i chciała babcia coś pomóc, jakoś namówić mamę do leczenia i ona tam tę babcię biedną wyrzucała i jakieś niecenzuralne słowa na to używała, gdy normalnie mama jest bardzo inteligentna, kulturalna i nie używa takich słów”. Karolina opowiadała o tym jak pierwszy raz mama oddała jej wymarzoną lalkę, którą dostała w dzieciństwie, wyjaśniając: „No rozdawanie moich rzeczy. No, tak było. Nawet wręcz do takiego stopnia, że wszyscy, pamiętam, zawsze w rodzinie powtarzali, że Boże, ty to nie tak jak jedynaczka, nie? A ja przez to, że moja mama gdzieś tak automatycznie rozdawała te moje rzeczy, no bo będą prezenty, a ja nie mam swoich prezentów z komunii, bo moja mama je po prostu rozdała”. Podsumowując, zachowane i przywołane wyżej wspomnienia rozmówców związane ze wskazanymi epizodami chorobowymi mają charakter negatywny. Wiązały się dla nich ze stresem, dezorientacją oraz uczuciami smutku i przykrości.

Drugą grupą wspomnień wyraźnie zachowanych w pamięci rozmówców były te powiązane z doświadczaniem przez nich różnych form przemocy. O ile przemoc fizyczna jest pojęciem powszechnie rozumianym i dotyczy naruszania nietykalności cielesnej, o tyle przemoc psychiczna, nazywana również emocjonalną, wymaga doprecyzowania, zwłaszcza w odniesieniu do jej licznych, możliwych form. Małgorzata Ciesielska tak ją wyjaśnia: „Przemoc psychiczna – to działania wykorzystujące świadome wpływanie jednej osoby na drugą, w szczególności na tok myślowy, postępowanie, sposób życia drugiej osoby bez jej przyzwolenia za pomocą takich narzędzi jak np. wyśmiewanie, wyzywanie, poniżanie, stosowanie gróźb, kontrolowanie, izolowanie, wmawianie choroby psychicznej, ciągłe niepokojenie, straszenie zrobieniem sobie krzywdy (samobójstwo) czy zrobieniem krzywdy ofierze, zawstydzanie, ograniczanie snu czy pożywienia, przeszukiwanie osobistych rzeczy partnera, kontrolowanie rozmów telefonicznych, sms-ów, odrzucenie emocjonalne, nadmierne oczekiwania, chorobliwa nadopiekuńczość, deprecjonowanie osiągnięć, obrażanie, wyzywanie, osądzanie, ocenianie, krytykowanie, straszenie, szantażowanie, grożenie, nieliczenie się z uczuciami, krzyczenie, oskarżanie, obwinianie, oczernianie, krzywdzenie zwierząt, czytanie osobistej korespondencji, ujawnianie tajemnic, sekretów, wyśmiewanie, lekceważenie”⁴³⁵. Przyglądając się temu rozumieniu przemocy emocjonalnej oraz wcześniej przytoczonym wypowiedziom badanych osób, dostrzec można, że niemalże

⁴³⁵ M. Ciesielska, Rodzaje, formy i cykl przemocy w rodzinie, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy”, 2014, nr 12(3), s. 10.

wszystkie one – w różnorakim stopniu – doświadczały przemocy psychicznej ze strony chorego rodzica. Owe doświadczenia można odnaleźć także w niektórych wspomnieniach przytaczanych przez rozmówców. Między innymi Oliwia wspominała dwie takie sytuacje. Pierwsza dotyczyła wspólnego wyjazdu w góry: „Rano szliśmy na Gubałówkę, ja się z nim o coś pokłóciłam, ale właśnie nie pamiętam o co, nie wiem, czy po prostu to był tak zły wyjazd, że już chciałam o tym zapomnieć, o co my się pokłóciliśmy, ale on zamknął mnie. Poszli na tą Gubałówkę z moją siostrą, on mnie zamknął bez telefonu, z całą książką, bo lekturę miałam tam ze szkoły, na klucz, w pokoju, nawet nie miałam jak wyjść do łazienki. Ja tam się szybko denerwuję, więc ja od razu jak się kłócę, to ja płaczę i krzyczę, a on jeszcze bardziej mnie denerwuje, bo on w ogóle nie krzyczy, to czasami mu się zdarzy, wyzywa od idiotek i to jest jego ulubione: ty kretynko, ty jesteś taka jak ten, od debilki, jak możesz tego nie ogarnąć, jak to nie ten, więc ja się tam poryczałam. On mnie zamknął w tym pokoju, oni chyba wrócili z 5 albo 6 godzin później, moja siostra też z płaczem wróciła z tej Gubałówki, no bo przecież została z nim sama, też się o coś pokłócili po drodze, więc obie miałyśmy szlaban”. Rozmówczyni przywołała jeszcze jedno wspomnienie, które uwidacznia nie tylko doświadczenie przemocy, ale i brak reakcji na nią ze strony najbliższego otoczenia rozmówczyni: „Pamiętam, poszedł do kuchni zapalić, ja poszłam też do kuchni i on zaczął do mnie gadać, ja się tak wkurzyłam, bo no wiadomo, ja nie umiem tak do końca przyjąć krytyki do siebie. I on po prostu walnął mi takim tekstem, że on pali tego papierosa i on mówi do mnie: a ty co, taka mądra myślisz, że jesteś, że co, ty potrafisz być dla kogoś miła tylko jak czegoś potrzebujesz, nie. I on jeszcze takim wzrokiem patrzy się na ciebie, takim głupim uśmiechem, z taką pogardą nad tym. Ja się tak patrzę na niego i nie wiem o co mu chodzi. A on mówi: co, prawko zdałaś, to już wszystko w dupie, ale jak wsparcie było ci potrzebne przed prawkiem, bo udawałaś, że się źle czujesz, to wszystko dla ciebie było, tak. To jesteś udana manipulatorka, nie, mamusia cię nauczyła jak się manipuluje emocjami. I na tym się tak wkurzyłam, była taka awantura w tej kuchni. Ja zaczęłam go wyzywać, moja babcia się popłakała w tej kuchni, że ja tak mówię do ojca, że ja nie powinnam tak mówić, a ja mówię do niej: a on jak do ciebie mówił? Ja mówię, tak mnie nauczył jak się rozmawia z rodzicami, to tak będzie miał. I mówię do niego: słuchaj, szklanki wody to ci na pewno na starość nie podam, tyle ci powiem. Tak się pokłóciliśmy, ja zadzwoniłam do mamy, bo to było w trakcie zajęć. Ja takiej hysterii dostałam, bo mnie zabolalo to. Poryczałam się, zadzwoniłam do mojej mamy, a ona powiedziała, że ja na

pewno sobie dodałam to do historii. I miałam takie: aha, no okej, fajnie. A później wyszłam sobie z domu, byłam z koleżanką i moja siostra do mnie dzwoni, nie pamiętam czy to było tego samego dnia wieczorem czy parę dni później. Dzwoni do mnie moja siostra z płaczem i ona mówi, żebym szybko przyjechała do domu, bo do ojca jedzie tam karetka i policja, i straż pożarna, co jest grane, nie, ale już byłam blisko domu, no to po prostu szybciej poszłam. I wiesz, ja wchodzę, jeszcze nikogo nie było i moja siostra mówi, że on się dziwnie zachowuje, że on się wszystkich rzuca, wyzywa wszystkich i że nie wiadomo o co chodzi”. Także Archer wróciła wspomnieniami do pewnej sytuacji, która w jej opinii ma na nią wpływ do teraz: „I troszkę pamiętam, że raz ona mnie trzymała w kuchni godzinę, w sensie nie tak, żebym fizycznie, ale po prostu do mnie mówiła, że ja zrobiłam źle, bo coś tam ciocię zapytałam, niefajnie, ja tak nie powinnam, tak nie wypada, tak przez godzinę mi ‘tłumaczyła’ w cudzysłowie. Ja cały czas mówiłam do mamy, że do łazienki, bo ja dosłownie musiałam walczyć ze sobą, żeby po prostu się tam nie zsiakać. Mama powiedziała, że nie mogę wyjść do pokoju, aż ona nie skończy mi tłumaczyć. Mówiła podniesionym głosem przez godzinę, że ja tam ciocię coś źle zapytałam. To to mi tak właśnie bardzo wchodzi w pamięć i ja przez to przez wiele lat po prostu bałam się w ogóle pytać ludzi o cokolwiek. Nadal tak mam, że ktoś mi coś mówi, a ja jestem w sumie ciekawa czegoś tam, ale nie pytam, po prostu się boję reakcji wtedy, że coś właśnie ja powiem źle i ktoś będzie dla mnie zły”. Z kolei Zofia przywołała w swoich wspomnieniach jedną z sytuacji, w której jej matka zawstydziała jej brak umiejętności zrobienia czegoś, mimo, że wcześniej nie było to od niej wymagane: „Pamiętam też jedną taką sytuację, że moja matka do późnego czasu myła mi włosy i to już byłam naprawdę dużą dziewczyną, miałam z 12 czy 13 lat, jak ona mi jeszcze te włosy myła i to było normą. Nic nie wskazywało na to, żeby któregoś dnia mi powiedziała: ej, dzisiaj ci pokażę itd., teraz będziesz to robić sama. Któregoś dnia po prostu matka jak zawołałam ją, że czas, żeby umyć mi włosy, wpadła w tantrum, że jesteś taka duża itd., już powinnaś to robić, to jest wstyd, że takiej dużej dziewczynie trzeba umyć włosy itd., i właśnie, boże, jak to się mówi, unweaponed incompetence, wyuczona bezradność. Tak, wpędzała mnie w taką wyuczoną bezradność, ale w momencie, w którym coś jej się odkleiło, no to wtedy było, że ja się wcale tego nie chcę nauczyć, to była przerzucona odpowiedzialność na mnie, że ona musi chodzić tutaj do mnie i myć te włosy, no bo ja tego nie potrafię”. Rozmówczyni w dalszej części rozmowy sygnalizowała, że taka postawa mamy nie była jednorazowa.

Przytoczone przez rozmówczynie sytuacje stanowią swojego rodzaju tło wobec innych doświadczeń związanych z przemocą. Można je odnaleźć w retrospekcjach dotyczących wzajemnych relacji z chorym rodzicem czy ogólnym funkcjonowaniu rodziny. Mając na uwadze konfliktowość rodziców w czasie choroby, ich chłód emocjonalny, przejawy agresji czy słowa kierowane w stronę dziecka, można wskazać, że wspomnienia dotyczące przemocy emocjonalnej pojawiały się u wszystkich badanych osób.

Wspomnieniami związanymi z przemocą fizyczną dzieliły się: Oliwia, Julia, Karolina i Archer. Bruno z kolei przytoczył sytuację, w której to on stanął w obronie swojej mamy, tak o tym opowiadając: „Raz była taka sytuacja, w sensie ja zastosowałem przemoc wobec mojego właśnie taty, jak on zaczął być agresywny do mamy, ale nie uderzył jej ani nic, tylko zaczął się brzydsko zachowywać, krzyczeć, no i pamiętam, że wtedy się z nim szarpałem i go powaliłem na podłogę. I byłem z siebie dumny. No i wezwałem policję, żeby go przestraszyć, no bo się wkurzyłem. Stwierdziłem, że tak być nie może, no bo może dojść do czegoś innego, a o mamę się zawsze bałem”. Także Oliwia przytoczyła jedną z sytuacji, których doświadczyła: „Pamiętam też, że z tym moim epizodem z jedzenia to raz znaleźli kanapki przed świętami. To też przez cały korytarz rzucał we mnie tymi kanapkami. To po prostu była taka jazda. Tak na mnie krzyczał i szarpał mnie tak za ramiona”. W pamięci Julii zachowało się bardzo wczesne wspomnienie dotyczące jej ojca: „Jak miałam półtora roku, mój ojciec wziął stół i ja miałam półtora roku. Byłam takim mikro człowiekiem, który uczy się chodzić. Zrzuciłam herbatę przez przypadek. Półtoraroczne dziecko, tak? Wyobraź sobie. I mój ojciec wziął ten stolik, zamachnął się i moja mama w ostatniej chwili mnie wydarła mu spod tego stolika. On by mnie po prostu tym stolikiem zabił. [głęboki wdech]”. W swojej narracji kilkakrotnie przytaczała zachowania jej ojca związane z przemocą fizyczną. Karolina o swojej mamie tak mówiła: „Moja mama była tą osobą, która potrafiła na mnie podnieść rękę”, a w jej pamięci zapisało się jedno z wspomnień dotyczące przemocy jej mamy wobec niej: „Ona mnie uderzyła w twarz, że się jakby jej postawiłam. Jak ona mnie uderzyła w twarz, to ja jej oddałam. Tak jej oddałam, żeby ją powstrzymać. Ona nie zdawała sobie z tego sprawy, że może dostać. Dla niej było to takie proste, że dziecko jest tak jakby posłuszne i nie ma prawa w ogóle. To cały czas ta jakby jej filozofia: dzieci i ryby głosu nie mają. Pamiętam wtedy mojego tatę, który gdzieś tam, wiesz, to wszystko usłyszał w pokoju, czyli jak zwykle taki nieobecny, nie?”. Archer kilkakrotnie dzieliła

się wspomnieniami związanymi z przemocą: „Raz zmywałam i według mojej mamy ja źle umyłam garnki, po prostu mnie uderzyła w tył głowy. I mój starszy brat też mówił, ja nie byłam przy tym, ale on powiedział, że mama też kiedyś, jak on miał 11-12 lat, że też po prostu go z liścia uderzyła, bo on źle poodkurzał”; „Ja też mam takie wspomnienie, że ja sobie raz robiłam pierogi. Robię, przewracam je i usiadłam i z telefonem siedzę, no bo co, będę się patrzeć jak się gotują. I ona przyszła do kuchni i od razu mnie uderzyła w tył głowy, że mam obrócić pierogi. Ja mówię: ale one są obrócone. I ona: a okej. Jakby po prostu, wiesz, nagle wszystko jest ok, super, nawet nie przeprosiła ani nic. Ona po prostu założyła, że siedzę na telefonie, to wiesz, to nic nie robię”.

W przytoczonych przez rozmówców wspomnieniach dotyczących przemocy fizycznej, zauważyć można, że tło poprzedzające sytuację wiązało się z niezadowoleniem rodzica w związku z tym, co zrobiło jego dziecko. Rozmówcy nie wskazywali na fakt, że ich rodzic był wówczas w epizodzie choroby, jednak takie zachowanie mogło wiązać się z trudnościami z regulacją emocjonalną i nieadekwatnymi reakcjami, które często pojawiają się u osób chorych na ChAD.

Kolejną grupą wspomnień zachowanych w pamięci rozmówców były negatywne wspomnienia związane z zawstydzaniem, rozczarowaniem czy poczuciem krzywdy wyrządzonej przez chorych rodziców. Karolina opowiadała o sytuacji związanej z obcinaniem włosów: „Mam takie szybkie wspomnienie. Po komunii podejrzewam, że ona też była w manii, nie? Bo to tak jest w jednym z tych ciągów, kiedy wszystkie dziewczynki ścinały włosy. No i z tych długich włosów chciałam takie włosy do ramion. Wszystkie tak wtedy ścinały. Ja miałam wtedy takie gęste włosy. No i mama oczywiście chciała pożydzić, nie? Jak to ten... I ona mi obetnie włosy. [rozmówczyni opowiadała, że mama obcięła ją na tzw. grzybka]. No to poczułam się, że ktoś mnie tak naprawdę skrzywdził. I mnie to tak wtedy uraziło. I pamiętam to jak dzisiaj jak ja mówię, że przecież nie tak miało być, a ona oczywiście z granatem, bo ty się wierzysz”. Dodała dalej o bardzo zbliżonej sytuacji z dentystą i niespodziewanym wyrwaniu jej zęba, podczas której czuła się skrzywdzona i oszukana przez swoją mamę. Julia także przywołała wspomnienie z dzieciństwa, gdy zachowanie jej ojca wywołało u niej wiele negatywnych emocji: „Pamiętam taki jeden epizod, taką wściekłość ogromną ojca, bo mama mu kazała posprzątać, a najpewniej coś mu leżało pod nogami, jakieś moje zabawki i pamiętam, że on moją ukochaną lalę, taką, którą dostałam od babci właśnie, taka śliczna ona była, wywalił ją przez okno na chodnik i wypadło jej oko i to już było po prostu nie do

naprawienia. Byłam wtedy przestraszenie smutna i okropnie się czułam, po prostu zrozpaczona, kompletnie nieważna dla mojego ojca i nieistotna, po prostu tak naprawdę czułam, jakby on mnie wyrzucił przez to okno”. Eliza wskazywała na wydarzenia, w których była świadkiem wzmożonych konfliktów pomiędzy jej mamą a jej życiowym partnerem. Jedno z nich wspomniała szczególnie: „Ja widziałam w jakiś kłótniach jak potrafiła rzucić szklanką w niego, albo widziałam, nigdy nie zapomnę, jak raz widziałam to, jak mu napluła w twarz po prostu. Nie wiem, jak to było. Też miałam takie przez te jej zachowania, nie wiem, jak to określić, ale czułam też niesmak, strasznie. Miałam, wiesz, ja na pewno nie chcę jakichś takich związków w życiu, że nie chciałabym być, wiesz, taką partnerką dla kogoś po prostu. Moim zdaniem te jej zachowania na pewno był to jakiś taki efekt zaburzenia, które posiada”. Trzy spośród rozmówczyń, tj. Zofia, Iga i Archer dzieliły się swoimi wspomnieniami, które wiązały się z poczuciem rozczarowania zachowaniem swojego rodzica. Zofia tak opowiadała o jednym z nich: „Inne takie moje wspomnienie właśnie też, no to była, nie wiem, różnica kilku miesięcy chyba, po tym epizodzie, no po tym jak matka tam próbowała popełnić samobójstwo, próbowała popełnić samobójstwo [pokazuje dłońmi znak cudzysłowia], a dlaczego robię to w cudzysłowie, no dlatego, że matka doskonale wiedziała, że jak wyrzuci te opakowania po lekach, które wzięła pod balkonem, to ojciec zwiędzony już po prostu latami praktyki z nią pójdzie i tam [pod balkon] ich szukać. Dla mnie to było to, że ona po prostu chciała trafić do szpitala, żeby uniknąć odpowiedzialności za to, co zrobiła, no bo w sumie taki był schemat poniekąd, no przez większość ich życia. Jak sobie nie radziła, że jak naodwalała właśnie w trakcie manii, no to kładła się do szpitala z epizodem depresyjnym, no więc tak było i tym razem. Mama wtedy siedziała w szpitalu, no to jest dla mnie bardzo wyraźne wspomnienie właśnie dlatego, że wtedy dopiero poczułam takim obuchem w żołądek, że matka zarzeka mi się na śmierć i życie i patrzy mi prosto w oczy, że ona nie wzięła [leków] i ojciec tutaj jej robi tak pod górkę, on jest taki przemocowy, a przecież ona nic i proszę uwierz mi. Taka postawa ojca, którą jakby w sekundzie zrozumiałam, że aha, czyli to jest po prostu nie pierwszy raz, dlatego tak zareagował i poczułam się wtedy mega oszukana, mega samotna w tym wszystkim”. Również Iga przywołała wspomnienie związane z poczuciem wstydu i rozczarowaniem: „W szkole właśnie to też było w ataku, jak to takie parcie na szkło, taki wiesz, aktor, że tam tato oczywiście znał zasady, jakie były przechodzenia z gimnazjum do liceum, ale wiesz, w auli się zgromadziliśmy, my tam byliśmy jako klasy, które było wcześniej

w gimnazjum, przechodziliśmy automatycznie do liceum i on wszystko wiedział, my mu tłumaczyliśmy, ale mówiliśmy mu, tato, że nie odzywaj się, a on oczywiście, wiesz, ręka do góry i on będzie pytał, ale proszę mi tu ..., i to był taki wiesz, wstyd, że hej, no umawialiśmy się na coś i to takie zawiedzenie też zaufania, że jakby wiedział, że nam zależy, żeby się nie odzywał, a jednak te jego emocje wzięły górę. Wiem, że moja siostra też to zawsze bardzo wspomina, takie typowe zawiedzenie się na nim wtedy, że jego jest ważniejsze niż nasze”. Niezwykle smutnym wspomnieniem związanym z postawą jej mamy wobec jej kryzysu zdrowia psychicznego dzieliła się Archer: „Jak dosłownie to był jeden z gorszych okresów w moim życiu, jak ja miałam bardzo mocną depresję. Wtedy też nie wiedziałam co to depresja, ale podejrzewałam, ale no właśnie tak miałam. Na przykład ona do mnie mówiła, że gdzie jest ta wesoła dziewczynka i co się z tobą stało, co nie? Ja mam takie, no... Życie jest trudne. Tak, nie miałam tego wsparcia od niej. Pamiętam, jak chciałam jej raz powiedzieć, że w końcu się zebrałam w sobie i chciałam powiedzieć, że mam, chyba mam depresję, czy mnie zapiszesz do psychologa, to ją poprosiłam, żeby do mnie przyszła do pokoju porozmawiać, bo tu była jej koleżanka. Ona mówi, że zaraz, w końcu nie przyszła w ogóle, tylko gdzieś tam właśnie poszła ze swoją koleżanką. Mimo tego, że ja powiedziałam, że coś ważnego jej chcę powiedzieć, ona powiedziała, że przyjdzie, a właśnie nie przyszła”. Joanna przywołała nieco inne wspomnienie – nie wiązało się ono z konkretnym wydarzeniem, a z jej stanem emocjonalnym wywołanym sytuacją w domu: „Bardzo nieprzyjemne takie, że budzę się rano i jeszcze jakby po śnie sobie nie zdaję sprawy z tego, że mama jest chora, że jest taka sytuacja w domu, jaka była, jaka jest i dopiero do mnie to dochodzi i to jest takie bardzo nieprzyjemne”. Zofia, Iga, Karolina i Joanna opowiadały o swoich wspomnieniach związanych z hospitalizacją ich chorych rodziców. Zofia wskazała na pewną cykliczność związaną z hospitalizacją mamy i odwiedzania jej na oddziałach psychiatrycznych: „Tak naprawdę matka wpadała w te epizody co jakiś czas i ja pamiętam, że jeszcze jako dziecko odwiedzałam ją bardzo często w szpitalach psychiatrycznych i wtedy nie czytałam o co chodzi. Nie czytałam, że mama jest chora i tak dalej. Pamiętam po prostu te przebitki, że gdzieś tam odwiedzałam ją jakoś za kratami, bo to chyba było tak, że dzieci nie mogły wtedy wchodzić na oddział, więc się chodziło jakoś tak od okien, w sensie od ogródka i po prostu przez okna z kratami z nią rozmawiałam, bo nie mogłam wejść na oddział, ale piguły tam robiły właśnie taką przysługę, że mogłam przez ogródek z mamą porozmawiać, nie? No jakby ja dopiero po

latach zaczęłam czaić, że to były właśnie momenty, w którym matka była hospitalizowana na oddziale psychiatrycznym. Najbardziej w pamięci mi zapadł ten, który miałam jako nastolatka, bo też ja wtedy dopiero zaczęłam się orientować, że coś jest nie tak”. Iga przywołała jedno dokładne wspomnienie leczenia jej taty oraz jego obrazu jaki wtedy zapamiętała: „Pamiętam, jak byliśmy... Nasz tato został wywieziony z domu do naszej cioci, która jest psychologiem. To też pamiętam takie doświadczenie, że właśnie nas mama tam wiozła, bo była fatalnym kierowcą nocnym, a musiała nas tam wieczorem zawieźć i też była taka, pamiętam, zestresowana. No ale myśmy się chciały spotkać z tatą. No normalne, wiesz, dzieci siedzą na kolanach, on taki naćpany tymi wszystkimi litami”. Wspomnienia Karoliny i Joanny związane z hospitalizacją rodzica dotyczą okresu u progu ich pełnoletności, kiedy to rozmówczynie na skutek zachowania rodzica zdecydowały się wezwać karetkę lub zawieźć matkę na oddział psychiatryczny. Karolina opowiadała o tym z dużą szczegółowością. „Mówię ci, ja sama mając dopiero 18 lat, no stwierdzając, że jasna cholera, no coś jest nie tak, moja mama biega po osiedlu, rozdaje kwiaty. Moja mama pracowała w banku, dzwoni do mnie jej dyrektor, i mówi tak, no też człowieka znałam, bo moja mama pracowała w banku na osiedlu, więc jakby, no ja prawie pół dzieciństwa spędziłam też w ogóle w tej placówce i mówi: tu trzeba coś zrobić, no chodź coś pomóż, nie? No i ja wtedy jako ta jeszcze nie osiemnastolatka, bo dosłownie wtedy miałam miesiąc chyba do urodzin, no zobaczyłam mamę biegającą i podziałałam chyba wtedy jak najbardziej dorosły człowiek, po prostu ją załapałam i zabrałam do szpitala, gdzie dzwoniąc najpierw po drodze do jej rodzeństwa i do kogoś, kto myślałam, że mi pomoże. Wszyscy mówili: zostaw, przytrzymaj ją w domu i to było takie, wiesz, taka pomoc, nie? No mi się wydawało, że co oni gadają, jest ktoś chory, to trzeba mu pomóc. Ja wtedy miałam bardzo dużo złości na moją mamę i to było na takiej zasadzie, że ja nie wiem do końca czy ja chciałam jej pomóc, czy chciałam się jej pozbyć. Wiesz o co chodzi, w tym momencie, żeby po prostu mieć święty spokój, bo zbliżały się wakacje, miałam mieć zaraz osiemnastkę, którą sobie też zaplanowałam, więc no i tak po prostu było. Wsadziłam ją w taksówkę, pojechałam taksówką do szpitala, akurat wtedy był jakiś protest pielęgniarek czy czegoś, grali na tamburynach, moja mama wypadła z tej taksówki, zadowolona, że jest impreza, naprawdę tak to wyglądało, no i po prostu weszła do tego szpitala i potem jak lekarze zaczęli jej zadawać pytania, ona już poczuła, że jest jakoś tam zaatakowana, więc zaczęła ich tam atakować fizycznie. To oni ją związali i pamiętam mój ten widok jej, związana, no na pewno wtedy mnie to ruszyło.

Tak bardzo. Moment, kiedy ja sobie zdałam sprawę, że coś jest nie tak? Znaczący nie tak, no, że chyba to jest większy problem niż mi się wydawało”. Joanna, która dzieliła się podobnym doświadczeniem, opowiadała o ogromnym stresie jaki wywołała u niej podobna sytuacja: „Jak musiałam załatwić umieszczenie w szpitalu bez jej zgody, tak, że przyjechała karetka, no, to były takie bardzo stresogenne jak to sobie przypominam”.

Część z rozmówców w swoich narracjach dzieliła się pozytywnymi wspomnieniami związanymi ze swoim rodzicem chorym na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Bruno deklarował, że pomimo choroby ma ze swoim ojczymem dużo ciepłych i pozytywnych wspomnień, jednak dotyczą one okresu sprzed wystąpienia choroby. Również Iga dzieliła się refleksją, iż mimo trudów, które pojawiały się w czasie choroby, jej wspomnienia są zdecydowanie pozytywne. O wydarzeniach, które w pamięci rozmówczyń zapisały się jako pozytywne opowiadały Oliwia i Julia. Pierwsza z nich wspomniała stresujący dla niej okres matur, w którym dostała od swojego taty wsparcie: „Ja się bardzo stresowałam tą maturą, a on powiedział, że dlaczego ty się stresujesz, przecież i tak to zdasz, tylko debil by tego nie zdał. Ale poczułam takie wsparcie, no dzięki, może nie jestem debilem, skoro mówisz, że zdam na pewno. Później jeszcze, bo ja prawko robiłam od razu po maturach, a z prawkiem było jeszcze gorzej niż z maturami i pamiętam, że on ze mną gadał, ja w ogóle cały tydzień nie mogłam spać przed tym prawkiem, aż tak, że ja wymiotowałam. I jak szłam pierwszy raz na to prawko, to z nim gadałam, on powiedział, że dam sobie radę, że on zdał za trzecim, matka tam też za trzecim, że idę dopiero pierwszy raz. Aż tak dziwnie mi się z nim gadało, bo tak bardzo dorosłe było to co mi powiedział”. Julia przytoczyła dwa pozytywne wspomnienia związane z postawą jej taty wobec niej. Pierwsze dotyczyło wspólnego wakacyjnego wyjazdu z okresu dzieciństwa: „Pojechałam z nim na wakacje. I pamiętam, że on głównie siedział w domku i tam sobie czytał te swoje różne książki, prasę. A ja generalnie całymi dniami się bawiłam, ale że byłam też takim dzieckiem bardzo towarzyskim i bardzo otwartym na świat, to w ogóle dla mnie to luz i w ogóle nie ma problemu, bardzo się cieszyłam nawet, że mam tyle wolności. Pamiętam też takie fajne chwile. Teraz mi się nawet wyświetliło, jak idziemy, jak jest rzeka Liwiec i ja się trzymam łydki mojego taty i on tak idzie do przodu i tak mnie ciągnie za sobą, bo to były takie mielizny. I pamiętam tą rzekę, idziemy długo, długo, idziemy przez ten Liwiec, a ja go trzymam za tą nogę i on mnie tak ciągnie. Po prostu, że tak sobie płynę, trochę brodząc i to chyba jest moje najmilsze wspomnienie z moim tatą, szczerze mówiąc, z dzieciństwa. Więc

pamiętam, że to też były miłe chwile”. Drugie jej wspomnienie sięgało okresu nastoletniego i wiązało się z zainteresowaniem ojca jej osobą i bezpieczeństwem: „Pamiętam też coś takiego bardzo fajnego z mojego dzieciństwa, teraz mi przyszło do głowy, to chyba wtedy pierwszy i ostatni raz. Miałam wtedy piętnaście lat i pracowałam. (...) właśnie ta budka telefoniczna gdzieś tam była i zadzwoniłam do mamy i powiedziałam, że no już skończyłam właśnie pracę, ale dostałam tyle świetnych ofert. I w ogóle tutaj jeszcze jakiś pan chyba chce ze mną porozmawiać, bo już jest taki, chyba będzie chciał mnie zatrudnić do jakiejś reklamy w lipcu, mam, chyba z nim pójde i jeszcze coś omówimy. Moja mama po prostu pamiętam, że wpadła w amok, powiedziała nigdzie się nie ruszaj, poczekaj, zaraz po ciebie tata przyjedzie. I ja tak yyy, co jest, jak to przyjedzie po mnie tata, o czym ty mówisz w ogóle, serio? Tak, tak, tata ci pomoże ze wszystkim, zostań tam, poczekaj. Ja byłam w szoku, jak to usłyszałam. (...) mama mi powiedziała, że tata po mnie przyjedzie autobusem i ja taka byłam po prostu w szoku totalnie, ale niesamowicie było mi miło. Naprawdę to było takie wtedy, wow, mój tata po mnie przyjedzie. Niepokoi się o mnie, na pewno się niepokoi, że po prostu grozi mi tutaj jakieś niebezpieczeństwo, no bo zdałam sobie sprawę, że moja mama go wysyła tylko w tym celu, żeby po prostu nie zrobiła jakichś głupot, nie wiadomo gdzie z jakimiś nieznajomymi. (...) i rzeczywiście on dosyć szybko przyjechał po mnie, wziął ode mnie jakieś siaty i pamiętam, że spadłam, bo byłam tak zmęczona, że spadłam ze schodów, jakoś tata też mnie zbierał z tych schodów. No i naprawdę strasznie byłam zmęczona, byłam cały czas na jakichś obcasach, więc to była taka męcząca praca, no ale pamiętam, że naprawdę to był taki moment, kiedy naprawdę tak, to było coś ewidentnie coś dobrego, miłe wspomnienie z dzieciństwa”. Niektóre z badanych osób podjęły się ogólnej oceny swoich wspomnień z dzieciństwa. Iga, która jak wspomniano wcześniej, wskazywała, że dominują u niej pozytywne wspomnienia, mówiła o tym w następujący sposób: „Dobre. Ogólnie dobre. Tak, w ogóle to, że tato nawala emocjonalnie, to nas bardzo dużo kosztuje i nie przekreśla tego, że jest wspaniałym tatą. Naprawdę. I to bym była nieuczciwa, gdybym powiedziała, że te wspomnienia są złe. Tato jest wspierający, jest słuchający, a potem, wiesz, tłumaczysz to sobie, mówisz i jak mogłaś powiedzieć, że jest wspierający, skoro tak cię potem opuszcza. No ale jednak, no tak jest po prostu. Kiedy on jest w formie, to jest autentycznie najlepszym tatą na świecie”. Karolina natomiast tak opowiadała o swoich wspomnieniach z mamą z okresu dzieciństwa: „Nie mam jakichś pozytywnych z samą mamą, nie? Ale to jest masakra. Bo jak ty teraz tak o tym mówisz, to zaczęłam

analizować, a nic z tego tak nie analizowałam. To jakieś tam były takie, no nie mogę powiedzieć, nic się tak jakby nie działo, nic się fajnego między nami nie działo, nie? Ale z tą mam dużo więcej. Dużo. Ale raczej dominują te przykre, smutne. Tak, tak. No myślę, że to jest też z powodu, że ona się nie leczyła”. Archer dzieliła się podobną refleksją: „No, jednak bardziej te negatywne, no bo jednak one też mi bardziej zapadały w pamięć. No i ogólnie dużo jakby miałam stresu przez mamę i to też z różnych powodów, do tego stopnia, że ja na przykład jeszcze mam koszmary”. Bardzo ciekawej refleksji dokonała Zofia, nie tylko nad rodzajem jej wspomnień, ale również nad przyczyną tego dlaczego to właśnie one dominują: „No tak, raczej trudno mi jest przywołać jakieś pozytywne wspomnienia, może to jeszcze nie jest taki mój okres w życiu, w którym jestem w stanie sobie pozwolić na to, że było coś spoko, no bo na pewno było coś spoko, nie? W sensie to nie jest tak, że przez te ileś tam lat mieszkania z matką było tylko źle, źle i źle, no ale w tym momencie, w którym jestem, że właśnie z nią nie rozmawiam już od tych kilku lat, jestem tak naprawdę dopiero teraz w procesie uświadamiania sobie krzywdy, którą zrobiła nam wszystkim. No to w tym momencie nie potrafię sobie przywołać pozytywnych rzeczy. Trochę czuję, że jestem już w tych negatywnych emocjach i po prostu teraz wszystko co będę myśleć będzie mnie wieść do tego negatywnego”. Joanna, zapytana o swoje wspomnienia obejmujące okres dorastania z mamą z ChAD, podsumowywała: „Jakie wspomnienie jest takie największe? Samotność, samotność. To ja byłam sama z tym wszystkim. Rodzina się od razu jakby usunęła, bo się mamy bała i ja po prostu byłam bardzo samotna. Nie miałam kogo poprosić o pomoc i czułam, że sama z tym wszystkim jestem. To jest takie najważniejsze chyba wspomnienie”.

Wśród przywoływanych przez rozmówców wspomnień dominowały zatem te o zabarwieniu negatywnym, związane z przemocą, rozczarowaniem czy smutkiem. Pojawia się w nich wątek pozostawania samemu sobie czy niezrozumienia, jak również nadmiernych reakcji emocjonalnych rodzica na zachowanie dzieci. Część rozmówców wskazywała jednak także na pozytywne wspomnienia, dokonując ich ogólnej oceny, a część dopowiadała, że w ich wspomnieniach nie wszystkie są złe, choć dominują te negatywne.

Czwarty z wyznaczonych problemów szczegółowych dotyczył stylu wychowania dominującego u rodzica z ChAD – w odbiorze każdej z badanych osób. Problem ten został zbadany za pomocą narzędzia arkusza stylu wychowania w rodzinie pochodzenia

autorstwa Marii Ryś⁴³⁶. Za autorką narzędzia należy zdefiniować styl wychowania, przez który rozumie „dobór i zastosowanie zespołu środków wychowawczych lub też wypadkową sposobów i metod oddziaływania na dziecko w rodzinie. Najczęściej wymienia się trzy podstawowe style wychowania: demokratyczny, autokratyczny i liberalny. Każdy z nich może cechować się różnym natężeniem, co w zasadniczy sposób wpływa na określone zachowania dziecka. Styl liberalny może przybierać dwie skrajne formy. Inaczej będzie wyglądał styl liberalny rodziców kochających, inaczej odrzucających. Stąd zaproponowałam dwa style wychowania liberalnego – kochający i niekochający”⁴³⁷. Definicję tę rozwinęły Barbara Ostafińska-Molik i Ewa Wysocka, wskazując, że styl wychowania „obejmuje zawsze sposób kontrolowania, jakość i typ udzielanego wsparcia rozwojowego, stosowane kary i nagrody w celu osiągnięcia założonych efektów wychowawczych, ilość czasu poświęcanego dziecku, a także sposób podejmowania decyzji dotyczących dziecka, czy też specyfiki norm i zasad rodzinnych związanych z podziałem obowiązków członków rodziny względem siebie oraz określaniem ról rodzinnych. Ostatecznie zatem, styl wychowania wyznacza określony, względnie trwały stosunek rodziców do dziecka (wychowawcy do wychowanka), stosowane przez rodziców metody wychowania (ich postępowanie, zachowania) oraz wyraża się w sposobie egzekwowania nałożonych na dziecko obowiązków i jednocześnie w poziomie respektowania jego praw. Jest to swoista koncepcja wychowania, pochodna poglądów dotyczących natury rozwoju człowieka, sprawdzana i zwykle świadomie realizowana w praktyce wychowawczej”⁴³⁸.

Maria Ryś w swojej pracy wyróżniła cztery style wychowawcze. I tak: styl demokratyczny „cechuje: poszanowanie praw i uczuć każdego członka rodziny; wzajemne zaufanie, sympatia życzliwość; troska o rozwój wszystkich osób w rodzinie; wspólne planowanie działań i rozwiązywanie problemów; luźne sposoby kontroli; nienarzucanie zadań; niestosowanie surowej represji, raczej posługiwanie się perswazją, przedstawianiem argumentów. W rodzinie wychowującej dzieci w stylu autokratycznym: dziecko zna swoje obowiązki, prawa, wie co to jest konsekwencja; rodzice sądzą, że

⁴³⁶ Narzędzie to jest ogólnodostępne. Pomimo tego badaczka wystosowała prośbę do jego autorki o możliwość wykorzystania go w prezentowanym i uzyskała zgodę.

⁴³⁷ M. Ryś, *Systemy rodzinne: metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*, Warszawa 2001, s.17.

⁴³⁸ B. Ostafińska-Molik, E. Wysocka, *Style wychowania w rodzinie pochodzenia w percepcji młodzieży gimnazjalnej i ich znaczenie rozwojowe – próba teoretycznej i empirycznej egzemplifikacji*, „Przegląd Pedagogiczny”, 2014, nr 2, s. 214-215.

okazywanie dzieciom uczuć psuje je; w rodzinie ważniejsze są dobrze wypełniane przez każdego obowiązki niż troska o zaspokajanie potrzeb i relacje międzyludzkie; sukcesy i postępy dziecka rodzice traktują jako rzecz oczywistą, uważając, że chwalenie i podkreślanie osiągnięć szkodzi w wychowaniu dziecka; rodzice wychwytyją i krytykują każdy błąd dziecka, nie stosują nagród, w wychowaniu najważniejszą rolę ogrywa kara; rodzice ściśle kontrolują relacje pozarodzinne swoich dzieci.

Styl liberalny cechują następujące zachowania rodziców: pozostawienie dziecku całkowitej swobody; niehamowanie aktywności i spontanicznego rozwoju; interweniowanie tylko w wyjątkowych przypadkach; brak stawiania wymagań, odwoływania się do autorytetu; okazywanie zainteresowania sprawami dziecka tylko wtedy, gdy samo tego zażąda. W liberalnym stylu kochającym rodzice otaczają dziecko czułością i miłością, są z dzieckiem związani, zostawiają mu swobodę działań i wybór postaw, uważając, że dziecko jak dorośnie samo dokona właściwych wyborów. Natomiast w stylu niekochającym rodzice okazują dziecku obojętność, chłód emocjonalny, nie interesują się jego życiem⁴³⁹. Autorka podkreśliła przy tym, że każdy z wyróżnionych przez nią stylów wychowania „pociąga za sobą określone skutki wychowawcze. Są one jednak zależne od natężenia zachowań należących do danego stylu (inne skutki będą w przypadku stylu autokratycznego łagodnego, inne zaś przy zdecydowanie nasilonym autokratyzmie), od wieku dziecka (łagodny styl autokratyczny w stosunku do małych dzieci będzie miał inne skutki niż w przypadku młodzieży dorastającej), a przede wszystkim od całej struktury środowiska rodzinnego⁴⁴⁰.

Na podstawie odpowiedzi badanych osób, uzyskanych z arkusza stylu wychowania w rodzinie pochodzenia, dostrzec można, że dominującym stylem wychowania dla rodziców z ChAD był styl liberalny (po równo: kochający i niekochający) i autokratyczny, co jest spójne z wypowiedziami badanych osób, które pojawiły się w trakcie wywiadów. Należy dodać, że cechowały się one bardzo małym i małym natężeniem cech danego stylu i nie były zależne od płci rodzica. Wyjątkiem były wyniki uzyskane przez Igę, która określiła styl wychowania swojego taty jako demokratyczny o bardzo wysokim natężeniu. Może to świadczyć o tym, że pomimo choroby rodzica, styl jego wychowania wiąże się z jego charakterem, postawą wobec rodzicielstwa i relacjami ze swoimi dziećmi. Można dodać w tym miejscu, że style

⁴³⁹ M. Ryś, *Systemy rodzinne...* op. cit., s.17-18.

⁴⁴⁰ *Ibidem*, s.18.

wychowania zdrowych rodziców oraz rodziców chorych (w danej rodzinie) najczęściej charakteryzowały się dużą rozbieżnością. Jedyne u jednej z badanych osób style wychowawcze rodziców charakteryzowały się dużą zgodnością i był to typ demokratyczny.

Kolejny problem szczegółowy koncentrował się wokół pojęcia parentyfikacji (które zostało szczegółowo wyjaśnione w rozdziale 1.5). Warto przywołać w tym miejscu rozumienie parentyfikacji w ujęciu Iwony Grzegorzewskiej, gdyż jej zdaniem definiowana jest ona najczęściej jako „subiektywne zakłócenie relacji, gdy dziecko staje się rodzicem lub partnerem lub jako oczekiwanie od dziecka rodzicielskiej postawy i wypełniania przez nie zadań rodzica w ramach systemu rodzinnego. Opisywana bywa również jako zamiana ról w rodzinie, w ramach której dziecko poświęca własne potrzeby na rzecz przystosowania się i troszczenia o instrumentalne lub emocjonalne potrzeby rodzica”⁴⁴¹. Barbara Chojnacka, przywołując Małgorzatę Kościelską, zwróciła uwagę, na fakt, że „w sytuacji choroby psychicznej lub fizycznej rodzica kierowany jest przekaz *Bądź moim oparciem*”. Odpowiadając na to swoiste wezwanie, dziecko przejmuje odpowiedzialność za rodzica, rodzinę i staje się samodzielne. Jeżeli sytuacja jest czasowa, a dziecko czuje się doceniane za realizowane obowiązki, nie musi mieć to mieć dla niego negatywnych konsekwencji. Jeżeli odwrócenie ról jest chroniczne, trwa latami, istnieje zagrożenie doświadczenia parentyfikacji emocjonalnej, jak i instrumentalnej. Powoduje to u młodych opiekunów osób chorych przeżywanie i pogłębianie poczucia odpowiedzialności, określanej jako *brzemie rodziny*⁴⁴². W wypowiedziach badanych osób także można odnaleźć nawiązania do zaistnienia w ich życiu parentyfikacji, którą można zdefiniować jako „wpływ i ogół następstw emocjonalnych, psychologicznych, fizycznych oraz materialnych wynikających z choroby psychicznej jednego z członków rodziny i wpływających na całą rodzinę”⁴⁴³.

W trosce o prawidłowe rozumienie pojęcia parentyfikacja w czasie trwania wywiadów, zostało ono dokładnie wyjaśnione badanym osobom, z rozróżnieniem na parentyfikację instrumentalną, jak i emocjonalną (choć okazało się, że niemalże wszystkie one znały to pojęcia). Kilka z nich udzieliło odpowiedzi potwierdzających, że jej doświadczyły, kilka jednoznacznie nie odpowiedziało na to pytanie twierdząco, choć

⁴⁴¹ I. Grzegorzewska, Parentyfikacja w rodzinach... op. cit., s. 30.

⁴⁴² B. Chojnacka, Doświadczenie parentyfikacji... op. cit., s. 24.

⁴⁴³ J. E. Borowiecka-Kluza, M. Miernik-Jaeschke, R. Jaeschke, M. Siwek, D. Dudek, Brzemie rodziny chorych z zaburzeniami afektywnymi – zarys problemu, „Psychiatria Polska”, 2013, t. 47, nr 4, s. 636.

w ich późniejszych wypowiedziach odnaleźć można wątki, które wskazują na jej przeżycie. Wskazuje to na fakt, że zatem wszystkie badane osoby doświadczyły parentyfikacji, a znaczna część z nich nadal odczuwa jej skutki, co pozwala określić doświadczoną przez nie parentyfikację jako parentyfikację destrukcyjną.

Wypowiedzi rozmówczyń i rozmówców, wskazujących na parentyfikację instrumentalną, najczęściej dotyczyły opieki nad rodzeństwem. Barbara Chojnacka ten rodzaj parentyfikacji określiła kategorią ‘wychowanie rodzeństwa’, opisując ją jako „wychowanie w rozumieniu zaspokajania potrzeb, instrumentalnych, materialnych rodzeństwa. Podejmowanie takich działań jak: opieka, troska o bezpieczeństwo, karmienie, przewijanie, kąpiel, odbieranie z przedszkola lub szkoły”⁴⁴⁴. Julia opisała to wprost: „Ja miałam po prostu tę rolę opiekunki [młodszej siostry], przez nią [matkę] też narzuconą” (...). No dynamika u nas była taka, że ja tak jakby i moją siostrę wspierałam emocjonalnie i ją jakby gdzieś chroniłam. Pamiętam, że na basenie to ja zawsze byłam tą osobą, która tam ją chroni i żeby była bezpieczna”. O narzuceniu roli opiekuna względem rodzeństwa, co zdaniem rozmówczynie wynika nie tylko z choroby matki, ale również uwarunkowań kulturowych związanych z płcią, mówiła Archer: „Ja też myślę, że ja byłam tą osobą, co miała się, wiesz, zajmować moimi braćmi, że to ja mam ich pilnować, że ja mam tam ich upominać, w sumie po prostu też mama mówi do mnie, że idź, powiedz mu, żeby on to zrobił, a ja mówię, mama, czemu ty tego nie robisz? No bo ciebie się posłuchają. Do tego właśnie czasem stopnia, że ja byłam większym autorytetem dla moich braci niż mama. (...) Szczególnie, że ja jako, wiesz, kobieta, no to ja muszę ogarnąć wszystko. Przecież jak oni nie posprzątają, mimo tego, że ten jest starszy ode mnie, to i tak jest moja wina, bo ja go nie dopilnowałam”. Także i Bruno wskazał, że na skutek choroby ojczyrna realizował część obowiązków związanych z opieką nad bratem, zarówno w okresie jego adolescencji, jak i w dorosłości: „Musiałem, znaczy musiałem, nic nie musiałem, ale więcej pomagałem mamie przed usypianiem brata, zaprowadzałem go do przedszkola, do szkoły, odbierałem, tego typu rzeczy, że jakby mój brat mnie potrzebował wtedy, ale ja wtedy też nie widziałem tego w taki sposób, jaki teraz zauważyłem. (...) Znaczy ja teraz, w wieku 24 lat czuję po prostu, ale nie to, że jestem obarczany, ale że po części zastępuję ojca. Albo pokazuję przykład ojca i faceta w domu. A tego nie robi ojciec dziecka, więc tak na to patrzę, że jakby znam taki etap dojrzewania

⁴⁴⁴ B. Chojnacka, Doświadczenie parentyfikacji... op. cit., s. 162.

tego małego dziecka od trzeciego roku życia w górę. I czuję się w jakiś sposób teraz odpowiedzialny za to, kim będzie mój brat i tak dalej, że mam na to duży wpływ. Ale nie wiem, czy ja to ściągam właśnie do roli ojca, czy może też na tym polega rola starszego brata, no bo też może tak być”. Kolejna z rozmówczyń – Zofia wprost wskazała na konieczność przejęcia, niedługo po ukończeniu pełnoletności, opieki nad młodszą siostrą, w konsekwencji zachowań matki w czasie epizodu maniakalnego: „No to też musiałam na jakiś czas przejąć opiekę nad moją młodszą siostrą. I mimo tego, że byłam wtedy już osobą dorosłą, pełnoletnią, no to też uważam to za moment parentyfikacji, no bo jakby nie ja jestem od wychowywania mojego młodszego rodzeństwa”.

Także i doświadczenia parentyfikacji emocjonalnej pojawiły się w wypowiedziach wszystkich badanych osób. Dotyczyły one: emocjonalnego wsparcia chorego rodzica, emocjonalnego angażowania w sprawy „dorosłych”, współtowarzyszenia zdrowemu rodzicowi w doświadczeniu choroby męża/żony/partnera oraz pełnienia roli mediatora i rodzica dla samego siebie.

Szczególnie często wyróżniający się wątek emocjonalnego wsparcia chorego rodzica pojawiał się u Igi: „Ja od pierwszego ataku się czuję za tatę odpowiedzialna w stu procentach. Za to, co powie, za to, co zrobi, czy śpi, jak sobie radzi. To wszystko, czym powinien się zajmować rodzic w kontekście dziecka, tutaj zostało odwrócone, więc od pierwszego ataku, od uzyskania świadomości, że coś jest nie tak”. Rozmówczyni dodała dalej, że poczucie odpowiedzialności za rodzica towarzyszyło jej nie tylko w dzieciństwie, ale odczuwa je do teraz: „Czy jest dobrze, czy jest źle, to gdzieś z tyłu głowy jest, czy śpi na przykład. Bo jak widzę właśnie takie rozmowy w smsach, że treści są troszkę bardziej rozwinięte, to już telefon do mamy, czy wszystko jest w porządku, czy zauważyła już pierwsze symptomy, że coś jest nie tak, bo ja czuję, że już jest inaczej. Więc jakby to chyba bardziej w kontekście takiego monitoringu” i dalej: „Bardzo mi właśnie zależało, żeby on był dobrze odebrany. Zawsze bardzo o to dbałam, żeby wszyscy widzieli, że on jest fajny, że oni muszą zrozumieć, że on jest fajny. Mimo, że ma tam gorsze chwile, to jest bardzo fajnym facetem”. Z kolei Joanna wskazała, że jej matka wprost angażowała ją emocjonalnie w swoje problemy i stany wynikające z choroby: „Pamiętam właśnie takie obciążenie mnie tymi swoimi jakimiś problemami. Takimi nawet, jak to mam powiedzieć, no bo tak, to z jednej strony tam ja mam jakieś tam, nie wiem, normalne jakieś problemy, tylko że ktoś ją tam śledzi czy coś tam, no to jest jedna rzecz, a druga to było obciążenie mnie jakimiś swoimi emocjonalnymi problemami, czyli

że życie jest straszne, że ciężkie jest życie, że ja popłaczę, no tak, to ja pamiętam bardzo, jak wspominam to, że mama płakała, to dla mnie jakby taki koniec świata, że nawet to jest jakby, no tak, więc jakby pod tym względem, jakby ja, tak, to jest ważne, że to jest akurat jakiś aspekt tej parentyfikacji, że czułam się, no tak jej wewnętrznym stanem przygnieciona”.

Na podobne doświadczenia zwróciła uwagę również Archer: „Ona, wiesz, na przykład mi mówiła, że a to jest to okropne, a to, wiesz, no to myślę, że typu, że nikt jej nie lubi. Ona to mówiła, żeby nie żyła, ona też tak mówiła, że na przykład żeby się coś, żeby się stało, żeby ona umarła, my będziemy zadowoleni, a ja byłam tą osobą, która chciała mówić: nie, mama, nie, nie, nie zabijaj się, proszę, w takim młodym wieku”. Również w wypowiedzi Karoliny wybrzmiały podobne doświadczenia: „Wszystkie, wiesz, jak to jej jest źle z tatą i w ogóle świat jest zły i tak dalej. Tak, słuchałam tego”. Niezwykle dużo miejsca w swojej wypowiedzi dotyczącej parentyfikacji, a szczególnie angażowaniu rozmówczyni w sprawy dorosłych, poświęciła Julia: „One cały czas, i babcia, i mama wykorzystywały to po prostu, bo opowiadały mi rzeczy, których ja nie powinnam słyszeć, miałam takie zadania, których nie powinnam dostawać. Tak, no po prostu tak było. A w tym momencie, kiedy powinnam dostać tą opiekę, nie dostawałam opieki, tylko zostawałam sama. I to raczej ja troszeczkę się opiekowałam, no to po prostu w drugą stronę to nie szło. (...) Ja się nie skupiałam na swoich rzeczach, na swoich jakichś tematach, tylko ja wiedziałam, byłam wtajemniczona w te ogromne, duże sprawy dorosłych, które były za duże dla mnie na tamtą miarę, na siedmiolatki czy sześciolatki czy pięciolatki za duże”. Swoją wypowiedź rozmówczyni podsumowała tu niezwykle poruszającym wyznaniem: „Byłam ich taką totalnie nie na swoje lata, jakąś taką, nie wiem jak to powiedzieć, jakąś kolumną rodziny, jako że to może to chodzi o to, że wiesz, ta rodzina była po prostu kulawa, ona się chybotwała na wszystkie strony, nie było tam jakichś takich twardych nóg, które to wszystko będą trzymać. Ja się też garbiłam, tak jakbym niosła po prostu mnóstwo rzeczy na swoich plecach, które nie należały do mnie i nie były przeznaczone na te lata, na tą dojrzałość emocjonalną, umysłową, bo ja też nie miałam wtedy przestrzeni, żeby zająć się swoimi sprawami, które były ważniejsze tak naprawdę dla mnie na tamten czas. Także tak, byłam bardzo obciążona przez sprawy dorosłych”.

Oliwia przywołała sytuację, w której bezpośrednio musiała interweniować w sprawie bezpieczeństwa matki, siostry i własnego. Zdaniem rozmówczyni ta sytuacja

spowodowała zaangażowanie jej w sprawy związane z rodzicami, które trwa do teraz: „Wtedy moja mama zaczęła myśleć, że ja jednak już jestem dorosła i wtedy zaczęła jednak przerzucać te rzeczy na mnie, bo jak nie wiedziała, co zrobić, to ona pisze do mnie, co ona ma zrobić, wiesz, w tej sytuacji. Ona mówi na przykład, że ja mam zwrócić uwagę mojemu ojcu, bo on też ma inne nastawienie do mnie”. Bruno, choć nigdy wprost nie zostało do niego skierowane oczekiwanie, aby otoczyć opieką matkę oraz brata, silnie współodczuwał sytuację w domu wywołaną chorobą ojczyrna oraz stanami emocjonalnymi matki, które z niej wynikały: „Była zmęczona sytuacją i to na mnie wpływało jako na dziecko. Ja to widziałem i czułem, bo zawsze mieliśmy dobrą relację i po części czułem się obciążony jej życiem i sprawami, jej zmęczeniem i psychicznym, i fizycznym, to na mnie wpływało, na moje życie i nadal wpływa”.

W wypowiedziach badanych osób związanych z doświadczaniem parentyfikacji pojawiały się również wypowiedzi wskazujące na pełnienie przez rozmówców roli mediatora w rodzinie. Iga określiła to wprost: „Zdecydowanie, cały czas obmawianie stanów emocjonalnych taty, ich problemów małżeńskich na przykład, nie? (..). Wciąganie takich dzieci w swoje problemy. No nie zasłużyliśmy na to, nie powinniśmy tego wysłuchiwać, niejednokrotnie byliśmy gdzieś tam mediatorami, jakimiś takimi albo żonami. No tak, to było akurat, dużo tego było”. Eliza tak wspomniała zachowania swoich rodziców: „Oni bardzo często mnie mieszały w swoje kłótnie, nie? Chociaż ja trochę chciałam, bo jakby też na przykład, nie wiem, pokłócili się i moja mama płacze, no to idę i pytam o co chodzi, wiadomo, nie? Jeżeli pytam, no to chcę znać odpowiedź. Ale mam wrażenie z perspektywy osoby dorosłej, że czasami za bardzo mi dawali niektóre szczegóły, które powinni zachowywać do siebie, a ja na przykład nie wiem, czy powinnam o tym słyszeć. I wtedy o tym nie myślałam, ale jak osoba dorosła już może faktycznie przyznam, że czasami za bardzo byłam po prostu involved w te kłótnie, nie? Na przykład między sobą. I ja musiałam na przykład się starać, żeby, nie wiem, żeby się pogodzili czy coś takiego”. Z kolei Karolina przywoływała sytuację, w której ojciec poprosił ją wprost o spełnienie żądania matki, aby uniknąć eskalacji konfliktu pomiędzy rodzicami: „I mówi tak: córuś, błagam cię, idź, bo to nie ciebie zniszczy ta matka, tylko mnie. Że to będzie przeze mnie, nie? I on to wtedy powiedział. I jak doszło do mnie, że faktycznie, ona to wykorzysta przeciwko niemu. Chciałam go chronić”. Podobną sytuację przywoływała również Julia: „Byłam w sumie zła na moją mamę, że na niego tak nawrzeszczała. Bo po prostu potem całą noc nie spała. I mnie

oczywiście w to zaangażowała. Po prostu dziecko. Żebym ją ratowała i wspierała. Więc szalenie mi się to nie podobało”.

Eliza i Oliwa wprost wskazywały, że w pewnych momentach swojego życia stawały się rodzicem dla siebie samej. Eliza określiła to w następujący sposób: „Bardziej musiałam stawać się rodzicem dla samej siebie niż dla niej, kiedy ja nie czułam jakiejś takiej odpowiedniej opieki emocjonalnej z jej strony albo właśnie jak zostawałam sama i musiałam szybko stać się samodzielna”. Oliwia z kolei tak to ujęła: „No jedyne takie poczucie mam z tym związane z jego chorobą, że i tak muszę wszystko ja robić. I mam takie, że ja już mu nieraz powiedziałam, że ja muszę odwalać nie dość że jego robotę, to jeszcze matki, jeszcze muszę być córką jednocześnie. Więc ja mówię: wy sobie nie radzicie w jednej roli, a ja muszę sobie w trzech radzić”. Karolina wspomniała, że kiedy jako dziecko udała się z rodzicami do psychologa, zapamiętała z tej wizyty stwierdzenie skierowane do rodziców: „że co wy robicie dziecku, że to dziecko jest bardziej dorosłe niż wy”. Rozmówczynie tak podsumowała to wspomnienie: „Myślę, że to całe życie tak było”. Wątek stawania się rodzicem dla siebie samych pojawił się w wypowiedziach wszystkich badanych osób. Rozmówcy wiązali go bezpośrednio z momentem zachorowania rodzica na chorobę afektywną dwubiegunową. Wskazywali na konieczność szybszego usamodzielnienia się, zbyt dużej dojrzałości jak na swój wiek, a także poczucia osamotnienia z własnymi problemami i obciążenie psychiczne.

Z wypowiedzi badanych osób wynika, że każda z nich w różnym zakresie doświadczyła parentyfikacji, będącej wynikiem choroby afektywnej dwubiegunowej jednego z rodziców bądź jedyne rodzica. Analizując wypowiedzi badanych osób, dostrzec można interesującą zależność pomiędzy strukturą rodziny a rodzicem parentyfikującym. Rozmówczynie, które wychowywały się jedynie z chorym rodzicem (Joanna, Eliza, Archer) doświadczały parentyfikacji ze strony chorego rodzica (najczęściej emocjonalnej, jedynie Archer doświadczyła parentyfikacji instrumentalnej). W przypadku rodzin z pełną strukturą, tj. gdy badane osoby wychowały się z obojgiem rodziców bądź partnerami rodziców towarzyszącym im od wczesnego dzieciństwa, byli oni parentyfikowani przez rodzica zdrowego.

Jednym z istotnych elementów narracji o własnych doświadczenia jednostki są wydarzenia znaczące w jej życiu, które w opinii narratorek/narratorów wywarły szczególny wpływ na bieg ich dalszego życia. Anna Izabela Brzezińska, Radosław Kaczan i Ludmiła Rycielska podkreślali, że „często dopiero po wielu latach na skutek

aktualnie emocjonalnie znaczącego wydarzenia powracają wspomnienia i wtedy człowiek uświadamia sobie dokładniej nie tylko to, co kiedyś przeżył, lecz także to, że niektóre osoby, sytuacje czy wydarzenia wywarły na niego szczególny wpływ – pozytywny lub wysoce negatywny. Zdarza się, że trudno jednoznacznie ocenić wagę jakiegoś zdarzenia, w czymś odczuciu miało ono bowiem zarówno znacząco pozytywny, jak i negatywny wpływ na jej życie”⁴⁴⁵. Znaczące wydarzenia życiowe w literaturze przedmiotu bywają określane jako punkty zwrotne i za ich cechę uważa się to, że „koncentrują się na unikatowości i ważności jednostkowej danego zdarzenia, innymi słowy – bierze pod uwagę to, co osoba uznaje za ważne wydarzenie życiowe i sama określa jako punkt zwrotny w swoim życiu”⁴⁴⁶.

O znaczącym wydarzeniu mającym wpływ na własną biografię opowiedziało kilka spośród badanych osób: Zofia, Joanna, Karolina, Eliza, Bruno oraz Oliwia. Julia oraz Archer nie potrafiły wyróżnić konkretnych wydarzeń, choć Archer dodała, że dla niej punktem zwrotnym było uświadomienie sobie swojej sytuacji rodzinnej i podjęcie działań mających na celu poprawę jej dobrostanu psychicznego. Eliza, zapytana o znaczące wydarzenia w swoim życiu, przywoływała wspomnienie z okresu szkoły podstawowej: „Mam wspomnienie, które jakby jasno mi pokazuje, że coś zaczęło się złego dziać, no kiedy... Możliwe, że jak po którejś z kolei w jakiejś tam przeprowadzce miałam, wiesz, rozmawiałam ze swoimi koleżankami z klasy, jakimiś przyjaciółkami ze szkoły i miałam takie, że ej, że niektórzy żyją w jednym domu odkąd się urodzili, albo że nie musieli zmieniać co chwilę szkoły. Ja miałam takie przeświadczenie, że raczej nie chcę szukać swoich przyjaciół, bo zaraz się będą przeprowadzać, będzie mi trudno. Więc jakby ja nie chcę zapraszać do siebie przyjaciół ze szkoły, do swojego domu, bo mój jest zawsze taki chaotyczny, że nie jest taki troskliwy i to dało mi jakąś, wiesz, jakiś wyraźny sygnał, że jest inaczej, że jest trochę skomplikowany”. Znaczące wydarzenie, które pojawiło się w okresie dojrzewania, wymieniła między innymi Zofia, przywołując ze swoich wspomnień sytuację z matką w czasie epizodu jej choroby, gdy ta podjęła próbę samobójczą: „Ja najbardziej pamiętam, to był ten okres, kiedy się położyła w ten swój epizod depresyjny (...). To jest dla mnie bardzo wyraźne wspomnienie właśnie dlatego, że wtedy dopiero poczułam takim obuchem w żołądek, że matka zarzeka mi się na śmierć

⁴⁴⁵ A. I. Brzezińska, R. Kaczan, L. Rycielska, *Przekonania o swoim życiu. Spostrzeganie historii życia przez osoby z ograniczeniami sprawności*, Warszawa 2010, s. 95.

⁴⁴⁶ *Ibidem*, s. 97.

i życie i patrzy mi prosto w oczy, że ona nic nie wzięła i to ojciec jej robi tak pod górkę, jest taki przemocowy, a przecież ona nic nie wzięła, proszę uwierz mi – no to taka postawa ojca, którą jakby w sekundzie zrozumiałam, że aha, czyli to po prostu nie jest pierwszy raz, dlatego tak zareagował i poczułam się wtedy mega oszukana, mega samotna w tym wszystkim” i dalej dodała, że był to moment, w którym straciła zaufanie do matki i stopniowo zaczęła się od niej odsuwać. Mimo późniejszych prób podejmowania relacji, nigdy nie powróciła do stanu sprzed wystąpienia omawianego wydarzenia. Natomiast Bruno wskazał, że diagnoza ojczyzna i szereg zmian, które wywołała w jego rodzinie, były znaczącym wydarzeniem dla jego dalszej biografii: „Myślę, że na to składa się ogół całej sytuacji. Nie byłbym takim człowiekiem, jak teraz jestem, gdyby to się nie stało. (...) Myślę, że to by nie było w takim stopniu, gdybym miał pełną rodzinę. Bo bym wtedy nie miał po co uciekać z domu właśnie do używek, do tych ludzi. I nawet na terapii to przerabialiśmy, że te używki to jest moja ucieczka, która została do teraz. A kiedy jest źle i tak dalej, no to uciekałem w alkohol, w dragi. I kiedy było za ciężko, to uciekałem w alkohol, dragi. A wtedy zaczęło się robić ciężko, więc za szybko zacząłem uciekać i w ogóle zobaczyłem, że można w to uciekać. Więc przypisałbym moje uzależnienie, myślę, że do tej sytuacji”. O znaczących wydarzeniach pojawiających się na progu dorosłości mówiły Joanna i Karolina, które zmuszone zostały do doprowadzenia do hospitalizacji swoich matek. Wątek ten tak rozwinęła Joanna: „Umieściłam mamę w szpitalu i powiedziała mi to pielęgniarka, jak byłam tam, nie wiem, odwiedzić mamę i powiedziała mi, żebym się nie przejmowała tym, co mama mówi, bo to jest tylko choroba, a mama tak naprawdę nie myśli. Więc ja sobie uświadomiłam, że nikt mi do tej pory tego nie powiedział i tak naprawdę ja już byłam dorosłą osobą, a gdy mama zachorowała ja miałam 7 lat. Ja przez całe życie po prostu brałam dla siebie wszystko, co mama mi mówiła, a mówiła czasami bardzo nieprzyjemne rzeczy. Więc jakoś to tak zapamiętałam, że było takie ważne dla mnie. I myślę, że mi to trochę, no nie wiem, zdjęło trochę ciężaru. Pewnie prędzej czy później bym do tego doszła sama, ale... nie wiem”. Znaczące wydarzenie z okresu wczesnej dorosłości przywołała Zofia, która dowiedziała się o wzięciu na jej nazwisko przez jej matkę kredytów oraz konieczności podjęcia opieki nad siostrą: „No po prostu zdałam sobie sprawę, że to wszystko to był pic na wodę i po prostu jedno wielkie mącenie po to, żeby wysłużyć się mną, żeby mieć znowu ten przyływ gotówki. (...) W momencie, kiedy nawet w tej sytuacji, w której ktoś umiera, dziecko zostaje samo bez opieki, ja stoję w obliczu, że kurde, być może będę musiała

zrezygnować ze studiów, żeby zająć się siostrą i w momencie, w którym nawet w tym momencie matka do mnie dzwoni i pyta się mnie, czy mogę jej przelać pięć dych na konto więzienne, to miałam takie, nie, I'm done. W tym momencie decyzja została podjęta i napisałam list do zakładu, w którym mówię jej, żeby się już nigdy nie kontaktowała. No i się nigdy już nie skontaktowała. Ten list to też punkt kulminacyjny, bo to nie był miły list”. Oliwia wskazała, że znaczącym wydarzeniem w jej życiu było wspomniana wcześniej sytuacja związana ze spakowaniem swojego ojca i wyprowadzeniem go z domu. Iga zapytana o znaczące wydarzenia wskazywała na wydarzenia z okresu dorosłości. Jednym z nich było poznanie i przebywanie z rodziną swojego męża: „Jak zobaczyłam właśnie, że w tamtej rodzinie też jest dużo takich sytuacji, to po prostu jakoś mi tak zeszło. To był taki moment zwrotny, że już nie musiałam się martwić tą chorobą. I to było fajne uczucie, bo ja w tym liceum, w gimnazjum się czułam bardzo obciążona tą chorobą, tym stresem”. Drugim było podjęcie przez nią terapii: „No to na pewno rozpoczęcie terapii i jakby uświadomienie tego, że to dorośli są dorosłymi, a dzieci są dziećmi i wciąż te role się nie zmieniają, mimo nawet choroby afektywnej dwubiegunowej, to gdzieś powinna być równowaga w tym. To na pewno i to się zmieniło w kontekście w ogóle postrzegania choroby, bo ja zawsze czułam, że ja muszę być. W ogóle nigdy nie rozpatrywałam tego na zasadzie, że ja po prostu mogę powiedzieć, że nie chcę, że nie zgadzam się na takie traktowanie, że nie jestem odpowiedzialna za szukanie psychiatrów, za szukanie ośrodków, za negocjacje, za rozmowy, za namawianie, za tłumaczenie”.

Wśród wydarzeń znaczących wskazanych przez badane osoby wyróżnić można te, które były bezpośrednio spowodowane zachowaniem rodziców w czasie epizodu choroby czy też jego konsekwencjami, jak i te, które były wynikiem uwolnienia się z brzemienia choroby rodzica. Znaczące wydarzenia obejmujące okres u progu dorosłości bądź dorosłości, wymienione przez rozmówców, z wyjątkiem Bruna (uzależnienie) oraz Zofii (zerwanie kontaktu z matką), miało charakter wewnętrznego przeżycia, a zatem konsekwencje wspomnianych przez rozmówczynie wydarzeń w odniesieniu do ich dalszej biografii miały charakter psychiczno-emocjonalny. Dziecięce wspomnienie Elizy, dotyczące momentu uświadomienia sobie odmienności swojej rodziny na tle rodzin z jej najbliższego otoczenia, wskazane przez nią jako znaczące wydarzenie, uwidacznia dostrzeganie przez dzieci różnic pomiędzy funkcjonowaniem ich rodzin a innych rodzin. Wskazywać to może na dziecięcą świadomość inności ich środowiska rodzinnego, jednak

ze względu na stadium rozwojowe dzieci nie są w stanie jej określić i zrozumieć, to na każdym etapie ich życia mierzą się z jej konsekwencjami.

4.3. Obszary doświadczanych konsekwencji w dorosłym życiu wynikających z wychowywania się z rodzicem z ChAD

Do najważniejszych obszarów funkcjonowania człowieka w dorosłości można zaliczyć następujące obszary: emocjonalny, społeczny, rodzinny, zawodowy, materialno-bytowy oraz zdrowotny⁴⁴⁷. Każdy ze wskazanych obszarów wiąże się z realizacją konkretnych zadań przypisanym okresowi wczesnej i środkowej dorosłości (późna dorosłość została pominięta ze względu na brak w próbie badawczej jej reprezentantów w tym etapie rozwojowym), które szczegółowo zostały omówione w podrozdziale 2.4. W prezentowanej części wynikowej badania połączone zostanie odniesienie do problemów szczegółowych, związanych z określonymi obszarami, w których badane osoby odczuwały konsekwencje wynikające z wychowywania się z rodzicem z ChAD oraz przejawy wskazanych i omawianych trudności.

Obszarem, w którym wszyscy rozmówcy wskazywali trudności, był obszar emocji. Najczęstszą trudnością wskazywaną przez badane osoby było odczuwanie i wyrażanie emocji. Joanna zwracała uwagę na trudności z ujawnianiem przez nią emocji, czego przyczyny bezpośrednio powiązała z chorobą swojej mamy: „Na pewno mam problem z okazywaniem emocji, bo zawsze, pamiętam, bałam się złość okazywać, czy w ogóle zbyt intensywnie okazywać emocje, bo nie chciałam, żeby ktoś pomyślał, że może jestem też chora, tak jak [mama]”. Dalej w kontekście odczuwania złości Joanna zauważyła, że „jako dziecko też, czy byłam zdrowa, czy chora, zawsze byłam karana za złość, więc chyba też z tego powodu”. Podobnymi doświadczeniami dzieliła się Archer: „Teraz trochę jest lepiej, ale takie tłumienie emocji bardzo było wcześniej, otworzyłam się bardziej, już nie miałam tej presji, że mama mi stoi za ramieniem i wszystko sprawdza”. Iga, dzieląc się swoimi spostrzeżeniami dotyczącymi trudności w sferze emocjonalnej, zwróciła uwagę na odczuwanie przez siebie emocji, szczególnie

⁴⁴⁷ W oparciu: K. Appelt, A. Brzezińska, B. Ziółkowska, Psychologia rozwoju człowieka Sopot 2016; J. Havighurst, Developmental tasks and education, New York 1972; A. Brzezińska (red.), Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa, Gdańsk 2005; H. Bee, Psychologia rozwoju człowieka, tłum. A. Wojciechowski, Poznań 2004.

negatywnych: „W sensie, czy okazywaniem emocji nie, ale dopuszczaniem bardziej. Bo ja na przykład nie potrafię się tak smucić, wiesz, tylko płaczę sobie i tak dalej, ale jakby nie wiem czy potrafię się tak zatrzymać i powiedzieć: kurde, to faktycznie beznadziejnie masz w tym życiu, albo że to musiało cię dużo kosztować i tak, wiesz, popłakać nad swoim losem. No jest mi źle, jest mi przykro, ale jestem jakaś taka sztucznie napędzona do działania”. Swoją myśl uzupełniła dalej, nawiązując do sytuacji rodzinnej uwarunkowanej zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi taty i jego zachowaniami wynikającymi z tych zaburzeń: „Ta choroba taty na pewno mnie trochę zamroziła emocjonalnie, że nie czułam, że... Nie wiem, my tak naprawdę nauczyliśmy się z takiej beznadziei i piachu po prostu, jak to moja siostra czasem mówi, nasz tata wjeżdża z piłą mechaniczną, robi taką, wiesz, odcina przez niego głowę i totalną masakrę, a potem my wszyscy nagle jak sfinksy. I wiesz, i heja nad morze, i bawimy się w ‘krowa daje mleko’ i wszyscy są szczęśliwi. I to jest straszne, bo osoba przed chwilą wyrzuciła straszną krzywdę emocjonalną, a ty, jak on wraca do siebie, musisz, no albo chyba bardziej chcesz, nie musisz dalej grać w tą fajną rodzinę. I to jest takie... Więc ten mechanizm jest mi teraz znany też w życiu prywatnym, wiesz, w relacji z mężem, że tak potrafię, jak guma z majtek, z jednego stanu w drugi, że nie ma nic pomiędzy, tylko jest albo bardzo źle, albo bardzo dobrze”. Oliwia, zapytana o jej emocje w różnych sytuacjach, odpowiedziała: „Ja w ogóle nie umiem rozmawiać o swoich emocjach”, a w kontekście choroby ojca dodała: „Już minie zaraz 5 lat od tego. Tak ogólnie staram się emocjonalnie nie podchodzić, no bo jak emocje wchodzi w grę, to jakoś ciężiej jest, po prostu lepiej mieć chyba taką kamienną twarz i nastawienie”. Zofia zauważyła u siebie kumulację wszystkich swoich negatywnych emocji w złości: „No ja na pewno z emocjami mam taki problem, że wszystkie moje negatywne emocje wkładam w złość, we wkurwienie, że ja nie mówię o tym, że jestem smutna, że jestem rozczarowana, że jestem nie wiem, przybita, tylko wszystko kwituję, że ja jestem wkurwiona. To jest taki trochę mój mechanizm obronny, że lepiej się złościć niż się smucić, no gdzieś tam to smucenie się, no myślę, że podświadomie kojarzy mi się ze słabością i że to jest moment, w którym można mnie wykorzystać”. Bruno z kolei wskazywał na porywczosć, która towarzyszyła mu u progu dojrzałości: „No wiesz, bo to emocjonalnie no to byłem porywczy przez jakiś okres, jak miałem 18-19 lat, no to miałem w sobie agresję i tak dalej. I nie wiem, czy to wychodziło moje to wczesne dojrzewanie, czy ogólnie się wszystko uzbierało, no ale byłem jakiś tam słownie, ja nie mówię, że używałem

przemocy, ale bardziej słownie”. Eliza, zapytana o emocje, wskazała, że towarzyszy jej duża wybuchowość w trudnych dla niej sytuacjach, a wspominając o tym, zwróciła uwagę na podobne zachowanie, które pojawiało się u jej mamy: „Jak zdarzy się coś złego, to ja szybko się hiperwentyluję i ja się bardzo nakręcam. Bardzo nakręcam i chyba zauważyłam, że to jest moja mama dokładnie. Bardzo szybko zaczynam właśnie panikować, albo nie wiem, pokłóć się z kimś, z kim się spotykam i mam taki już ok, czyli to do śmieci, to już w ogóle jest nie do pomyślenia dla mnie, że ktoś mnie na przykład przeprosi czy coś, tylko ja mam: ok, no nienawidzisz mnie, już muszę się pogodzić z tym, że już cię nie będzie w moim życiu. Więc ja się bardzo szybko nakręcam i przez to się staję taka defensywna, bo wolę się zamknąć na przykład, niż usłyszeć coś, krytykę jakąś”. Z wypowiedzi badanych osób wynika, że najczęściej mierzą się one z trudnościami z wyrażaniem emocji związanymi z odczuwaniem, wyrażaniem oraz kontrolowaniem własnych emocji. Swoiste podsumowanie ukazuje wypowiedź Julii, która opowiadając o trudnościach w sferze emocjonalnej odniosła się bezpośrednio do doświadczeń z domu rodzinnego: „Decyzje z takiego labilnego, nie do końca stojącego na dwóch nogach człowieka, labilnego emocjonalnie, mogą być różne w skutkach, ale też uważam, że takie zamrożenie i zawieszanie się, taka skłonność do zawieszania się jest właśnie dla mnie takim ewidentnym skutkiem. Pokłosem tego wychowania bez tego filara, bez tego fundamentu”.

Kolejnym przejawem trudności, związanych z obszarem emocjonalnym wskazanym przez badane osoby, były trudności z mówieniem innym o swoich emocjach. Bruno wskazywał na omijanie trudnych dla niego tematów i emocji w obawie przed konfliktami z bliskimi osobami: „No ogólnie to często miałem tak, że trochę kłamałem, ale nie tak, że po prostu wolałem czegoś nie mówić, zwłaszcza osobie, z którą jestem, żeby nie doprowadzać do jakichś kłótni, nieporozumień i tak dalej. Wolałem ukrywać coś dla siebie”. Także Eliza dzieliła się podobnymi doświadczeniami: „No, ciężko mi się rozmawia o moich emocjach, nawet jeśli dzieje się bardzo coś złego, jakby jeżeli ktoś mnie nie zapyta, nie zauważy, że coś jest nie tak, raczej ja mu nie powiem, bo myślę sobie a nie, bo co jak kogoś zdenerwuję, albo ktoś powie mi coś, czego nie chcę usłyszeć i to przemilczę”, dalej dodając: „Mam takie, dobra, nie będę jej martwić, ona musi, nie wiem, wstać rano do pracy czy coś takiego i wolę to przemilczeć, bo chyba ja się boję zdenerwować. Albo na przykład jak zrobię coś złego i to na przykład wiem, że siostrze się to nie spodoba no to bardzo się boję, że ich rozzłoszczę i się na mnie denerwują i ja

bardzo nie chcę tego, nie?”. Karolina wspomniała o dzieleniu się swoimi przeżyciami z najbliższymi, ale dopiero po uporaniu się przez nią z problemami: „Jestem taka, że moi znajomi się dowiadują o wszystkim, po tym jak już się to wydarzyło, jak ja już sobie z tym poradziłam, nie? Bo nie mam czasu ich tam, wiesz, informować czy coś, ale jak już wiedzą, że ja już im coś mówię, czy coś, to już jest taki moment, że o nie, to trzeba faktycznie pomóc. Ale raczej jest to rzadko”. Zofia z kolei zauważyła, że chociaż sprawia wrażenie otwartej w kwestii rozmów na trudne tematy, stanowi to dla niej trudność: „Jeżeli chodzi o emocje, to też myślę, że właśnie mam trudność w mówieniu o emocjach, chociaż ludziom się wydaje, że nie, że na przykład jak teraz sobie siedzimy i rozmawiamy o takich rzeczach, które są trudne, które są traumatyczne, no to jakby ja mam yapping time i mówię o tym i teoretycznie nie jest mi z tym trudno”.

Kolejną trudnością, pojawiającą się w wypowiedziach badanych osób, mieszczącą się w obszarze sfery emocjonalnej, jest stawianie granic. Julia źródło własnych problemów ze stawianiem własnych granic umieściła bezpośrednio w dzieciństwie i funkcjonowaniu jej rodziny: „Brak, absolutny brak polegania na sobie, wielki lęk przed światem, przed wychodzeniem do świata z równoczesną ciekawością, bo też mama mnie nauczyła tej ciekawości i pokazywała mi też czym są relacje i czym jest komunikacja. Natomiast też mi sprzedała mnóstwo lęku, razem z tym. I brak ojca, ojciec też uczy stawiania granic. Do tej pory stawianie granic jest dla mnie niesamowicie trudne. (...) Wspólnym mianownikiem też dla mnie jest brak umiejętności stawiania granic, zawalczenie o siebie, pójścia za głosem serca, znaczy to mi się czasem udawało, ale zadbania o siebie”. Także i Joanna zwróciła uwagę na znaczenie wychowania przez matkę z ChAD w jej problemach z dbałością o własne granice: „Na pewno to niestawianie granic, ponieważ zawsze wydawało mi się, że to jest moja wina, że mama jest chora. Zresztą ona mnie obwinała o różne jej stany, a więc ja też myślę, że to jest to, staram się strasznie, bo boję się, że kogoś skrzywdzę i jestem po prostu taka, no dobra, no ale to ma związek z tym niestawianiem granic”. Rozmówczyni dodała dalej: „Moja terapeutka zawsze na mnie krzyczała, że powinnam zacząć myśleć o sobie, kiedy będę żyła, jak nie teraz, że może muszę kiedyś zacząć żyć swoim życiem, a ja jestem gdzieś tam jestem taka, że ona i tylko ona [matka]”. Również Iga wspominała o trudnościach ze stawianiem granic i dbaniem o siebie, nawiązując do doświadczeń z chorym tatą: „Jestem w stanie więcej dźwignąć niż... No taka zdrowa osoba powinna się odwrócić na pięcie

i powiedzieć: spadam, za dużo mnie to kosztuje. A tutaj człowiek trwa i trwa i jest jeszcze, wiesz, dumny, że daje radę. (...). Na pewno nie palą mi się czerwone lampki, czyli nie szanuję w ogóle swoich granic. Widzę, że coś mi nie leży, ale co z tego, że tyle rzeczy mi nie leżało w życiu, a i tak jestem szczęśliwa”. Bruno i Archer wspominali o trudnościach ze stawianiem granic, które towarzyszyły im w przeszłości. Archer zauważyła, że w przeszłości często stawiała innych ponad siebie: „Wcześniej miałam tak, że w ogóle chciałam po prostu robić tak, że nawet jak mi było źle, nawet nie to, żeby było nie po mojej myśli, po prostu to mi robiło w jakiś sposób krzywdę czy emocjonalnie, czy po prostu źle się z tym czułam, że i tak się zgadzałam na to”. Bruno w swojej narracji zwracał uwagę na rolę terapii w poradzeniu sobie ze stawianiem granic innym: „Im starszy jestem, tym mam mniejszy problem z asertywnością, ze stawianiem granic. Teraz już praktycznie widzę, że nie mam, a kiedyś miałem, jeszcze rok temu, półtora roku temu miałem. Bo chciałem... Jakby dałem się... No... Ciężko mi było być asertywnym. A teraz już nie, już kompletnie nie. Nie mam. Ale to chyba ze względu na to, że się podbudowałem i sam spędziłem ze sobą dużo czasu. Dużo terapii i tak dalej”.

Obszarem, który może bezpośrednio wiązać się z trudnościami w stawianiu granic, jest poczucie własnej wartości i pewności siebie. O niskim poczuciu własnej wartości, które w jej opinii mogło ukształtować się w konsekwencji wstydu związanego z chorobą mamy, tak opowiadała Joanna: „Bo takie poczucie wartości mam bardzo niskie. Czasami jest lepiej, czasami gorzej, ale generalnie przyznaję, że to jest takie niskie. Ale to właśnie, no nie wiem, czy to jest w zasadzie z tego, że jest się starszym, bo ja się zawsze wstydziłam tej choroby. I chyba to z tego wynika, że zawsze czułam się gorsza”. Eliza, opowiadając o poczuciu własnej wartości, nawiązywała do relacji z innymi ludźmi: „No jeżeli ktoś nie jest ze mną, czy jakiś, nie wiem, chłopak, czy jakieś relacje koleżeńskie, nie jest, nie powie mi od razu, np. czuję się z tobą tak i tak, to ja jakby analizuję za bardzo, zakładam, że mnie nienawidzą, że kłamią wszyscy. Ale nie wiem, czy to jest mój po prostu jakiś taki, wiesz, moje złe zachowanie, czy wyniknęło to jakby z jej wychowania. Jakby też... Nie wiem. Myślę. Zastanawiam się, że ciężko mi jakby dopuścić do siebie myśl, że ktoś może mnie nie wiem, lubić za to kim jestem, że nie ma w tym jakiegoś celu, czy coś”. W narracji o braku pewności siebie Julia zwracała uwagę na nieobecność taty, o której mówiła też we wcześniej przytaczanych wypowiedziach: „I z jednej strony byłam niepewna, a z drugiej strony byłam bardzo pewna siebie i nie bałam się porażki. Ale później, każdy następny rok mnie konfrontował z tymi ocenami

czasami negatywnymi i zaczęłam się wycofywać. I pamiętam, że jak już poszłam do szkoły średniej, to już byłam mocno wycofana i bałam się. (...) w sumie każdy rok przybliżał mnie do wycofywania się ze swojej pewności siebie”. Archer, opowiadając o poczuciu własnej wartości, również nawiązała do doświadczeń szkolnych oraz związanych z nimi reakcjami mamy: „Niskie. Znaczy teraz jest coraz lepiej, ale właśnie zawsze byłam porównywana, że co mogę robić lepiej, bo nigdy to, co ja robiłam nie było wystarczające. Właśnie było to, że dostałam pięć z referatu, a czemu nie sześć, że dostałam sześć, a czemu na przykład nie jeszcze dodatkowego plusa czy coś takiego. Więc ja zawsze się czułam po prostu gorsza od innych, że jeśli ja się na przykład nie wybiję akademicko z wyników, to ja w sumie nie jestem nic warta”. Również i Karolina zauważyła, że wychowywanie się z chorą mamą wpłynęło na jej poczucie własnej wartości; wskazywała, że nie jest one zbyt wysokie, jednak dodała dalej: „Znaczy nigdy nie czułam się gorsza. Nie, nie miałam tak. To mój tata tak działał dosyć silnie na to, że ty jesteś taka fajna”, wskazując na akceptację ze strony ojca.

Część badanych osób, które opowiadały o problemach ze swoim poczuciem własnej wartości, zwracało uwagę także na towarzyszący im lęk o utratę stabilności. Joanna, opowiadając o tym, łączyła to z poczuciem bycia gorszą od innych: „Ja bardziej zawsze myślę, przez całe życie jestem w takim przekonaniu, że ja po prostu nie zasługuję na nic lepszego, że nawet jak mi się coś udaje w życiu, jak mam fajną pracę, fajny związek, rodzinę, to mi się wydaje, że przecież to niemożliwe, że zaraz to się rypnie. I tak nie myślę racjonalnie, dlaczego mi się tak wydaje? Dlaczego ja mam być gorsza od innych? Ja to gdzieś mam tak głęboko zakorzenione, że jestem gorsza, że jestem zła, że to jest strasznie zakorzenione, silnie. I trzy psychoterapie nie zdołały wypłenić tego myślenia z głowy, bo mi już tak zostanie”. Julia zwróciła uwagę na bezpośrednie powiązanie tego lęku i poczucia niestabilności z doświadczeniami wychowywania się w domu z rodzicem chorym na ChAD, ale także o próbach radzenia sobie z nimi: „Dlatego chcę powiedzieć, że ja nie mam pojęcia jak funkcjonuje rodzina bez ChADu, więc jak wpłynęła na moją rodzinę? Tak, że nie znasz dnia ani godziny, kiedy coś się nie odwali, kiedy nie wybuchnie, coś nie pierdyknie po prostu. No, zagrożenie życia czułam mocno związane z tym. Na wszystkich terapiach i jakichś rzeczach po prostu mam taki czarny, wielki lęk. Jakiś nieświadomy, czyli widzisz jeszcze z tego okresu takiego nieświadomego. (...) [W domu rodzinnym] było to na bombie, ale to było oswojone. Ja powiem ci szczerze, że nie byłam w ogóle stabilna, nie stałam na dwóch nogach, byłam

jak liść na wietrze. I szczerze mówiąc, wcale to się jakoś bardzo nie zmieniło, chociaż jestem po wielu terapiach i różnych warsztatach, czytam miliardy książek takich rozwojowych, takich właśnie uzdrawiających i wchodzących w te schematy i gdzieś tam uczę się tego sama”. Karolina, opowiadając o swoich obawach o utrzymanie stabilności, odnosiła się sfery zawodowej: „Boję i mam takie, że boję się, że jakiś grunt pod nogami stracę. Moja teraz stabilizacja, właśnie praca i boję się, że się posypie, nie?”.

Każda z badanych osób poruszyła temat trudności związanych z obszarem emocjonalnym. Najczęściej wiążą się one z odczuwaniem i rozpoznawaniem własnych emocji oraz regulacją emocjonalną. Równie często u badanych osób występują trudności ze stawianiem granic i tylko jedna z badanych osób wskazała, że zdecydowanie nie miała z tym trudności. Szczególną uwagę warto zwrócić na wypowiedzi Julii i Joanny, które, pomimo kilkukrotnego udziału w terapii, wciąż wskazują obszar emocjonalny jako ten, w którym odczuwają trudności i – zgodnie z ich wypowiedziami – jest on bezpośrednio powiązany w wychowywaniu się z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi.

Drugim z obszarów, w którym badane osoby najczęściej wskazywały na pojawiające się trudności towarzyszące im w dorosłości, był obszar zdrowotny, szczególnie dotyczący sfery psychicznej. Istotny wydaje się być fakt, że z dziewięciu osób biorących udział w badaniu jedynie dwie nie uczestniczyły nigdy w procesie terapeutycznym oraz nie zostały im postawione diagnozy związane z zaburzeniami psychicznymi. O wczesnych problemach ze swoim zdrowiem psychicznym tak mówiła Julia: „Zaliczyłam potężny epizod depresyjny właśnie w wieku 19 lat. Chociaż zdarzało mi się już, po pierwsze to były... Najpierw to pamiętam tak mocno, bo jak mój brat umarł w 5 roku życia, można powiedzieć, to pamiętam, że pierwszy raz tak się wtedy zderzyłam z taką czarną ścianą. Pamiętam dosłownie te stany. A później to były takie... Trochę takie spadki nastroju troszeczkę mi się przydarzały. Jakieś ataki paniki w wieku nastoletnim. Ale to nie był taki okres, który trwał longiem”. Karolina zwróciła natomiast uwagę na możliwe zaburzenia odżywiania w okresie dziecięcym związane z sytuacją rodzinną: „Na pewno, wiesz, no jeżeli ja przez całe życie od mojego domu słyszałam, że jestem gruba, brzydka, nie jedz, nie tamto, nie sramto, ja myślę, że w ogóle to jest też spowodowane jakimś zadaniem emocji i tego wszystkiego. Myślę, że po dzień dzisiejszy”. Na swoje problemy ze zdrowiem psychicznym w okresie nastoletnim wskazywała także Archer: „Dosłownie to był jeden z gorszych okresów w życiu, jak ja miałam bardzo mocną

depresję. Wtedy też nie wiedziałam co to depresja, ale podejrzewałam, ale no właśnie tak miałam”. Problemy ze zdrowiem psychicznym w okresie nastoletnim wskazywała również Zofia: „Jeżeli chodzi o moje zdrowie, to myślę, że pokłosiem też było to, że miałam trochę epizodów depresyjnych, właśnie były gdzieś tam związane z zaburzeniami osobowości (...). W którymś momencie życia też dostałam diagnozę osobowości borderline, aczkolwiek z tą diagnozą nie uważam, żeby była wydana prawidłowo, bo została mi postawiona w bardzo młodym wieku, w którym tak naprawdę byłam w silnym epizodzie [depresji]”. Bruno wskazał zaś na uzależnienie od alkoholu i substancji psychoaktywnych, które zaczęło się na skutek sytuacji rodzinnej i również przypadało na okres nastoletni. Eliza wspominała o momencie, w którym postanowiła poszukać pomocy specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym ze względu na jej pogarszające się zdrowie psychiczne: „Jeszcze jak chodziłam na terapię w Polsce i jeszcze brałam leki, no to diagnozy nie dostałam, ale terapeutka mi właśnie zasugerowała ChAD i powiedziałam o tym psychiatrze. Po prostu leki jakieś antydepresyjne na mnie nie działały, bo ja nigdy nie czułam, żebym miała depresję. Zaczęła mi wprowadzać leki właśnie na to i one zaczęły działać, więc diagnozy nie dostałam, ale leki na to mi pomogły, więc jakby no albo przekazała mi w genach albo po prostu przez swoje zachowanie jakby mi się, wiesz, wytworzyły też takie zaburzenia. W sumie mamy tutaj to samo, po prostu, tylko nie wiem, czy się taka urodziłam, czy mi tak po prostu wyszło z wychowania jej, więc tak naprawdę całe moje takie toksyczne zachowania myślę, że mogą wynikać przez to, że po prostu patrzyłam na moją mamę, jak ona na to reaguje i chcąc, nie chcąc też je zaadoptowałam do swojego życia”. Archer wskazała, że pomimo podjęcia psychoterapii zdarza jej się odczuwać u siebie zespół lękowy, który w jej opinii jest pokłosiem wychowania przez matkę z ChAD: „Właśnie rozumiem ten zespół lękowy, te zaburzenia wszystkie, problemy, czy właśnie to dzwonienie, pytania do ludzi po prostu, cały czas, wiesz, overthinking, czy ja coś robię źle, że wszyscy już na pewno myślą, że jestem okropna. Czasem słyszę dosłownie jakby głos mamy z tyłu głowy i nawet sama sobie mówię, że na przykład mam takie sytuacje, że np. właśnie wiesz, trącąc kubek, on spadnie, nawet nie to, że się zbije, po prostu spadnie, a ja mam od razu w głowie: a jeszcze od razu zepsuj to, jeszcze ten, dosłownie jak moja mama mówiła, że najlepiej żebyś jeszcze nasrała w pokoju”. Iga, która kilkakrotnie była w procesie terapeutycznym, jednak nie korzystała z farmakoterapii, dodała: „Ja jednak się staram tak też pozytywnie, więc wydaje się, że nie musiałam jeszcze nigdy [brać leków]. Jeszcze nie zaległam, ale mówią, że może

przyjdzie też taki moment, że będzie mi ciężko. Bronię się rękami i nogami”. Także Joanna zauważyła zbieżność pomiędzy pogorszeniem się stanu jej zdrowia psychicznego a epizodami chorobowymi jej mamy. Rozmówczyni została zdiagnozowana na depresję i korzystała z farmakoterapii. Wskazywała również na doświadczane przez nią objawy fizyczne: „Zresztą ja między każdym razem, jak moja mama miała powrót choroby, to ja też musiałam od razu brać jakieś antydepresanty, bo nie byłam w stanie funkcjonować przez stres. No i takie fizyczne objawy mi doszły. (...) Wszystkie objawy chronicznego stresu. Właśnie objawy psychiczne i też takie fizyczne jakieś, nie wiem, mięśniowe albo stawowe objawy. Pomimo tego, że naprawdę ja się staram zdrowo żyć i ruszać się i w ogóle”.

W trakcie trwania rozmów chęć ponownego podjęcia terapii w najbliższej przyszłości wskazywały Julia, Zofia oraz Joanna. Iga uczestniczyła w terapii grupowej, a Bruno kontynuował terapię uzależnień. Karolina, która nigdy nie uczestniczyła w procesie terapeutycznym i nie korzystała z pomocy psychiatrycznej, w czasie rozmowy mówiła: „Teraz na przykład jestem w takim momencie życia, gdzie właśnie podjęłam decyzję, że się muszę do psychiatry zapisać i wiesz, i jakoś to wszystko sobie naprostować. (...) może jakbym to przepracowała jakimiś terapiami i tak dalej. Myślę, że by była [matka] świetnym elementem tej terapii, ale nie wiem, czy potrafiłabym tak zaufać i oddać do końca, żeby tak mi to wyprostował, nie? Nie wiem. Myślę też, że jestem ciężkim tematem na takie rzeczy”. Oliwia, która także nie korzystała z żadnej formy profesjonalnego wsparcia, wykazywała chęć skorzystania z terapii w późniejszym czasie: „I wiesz, na przykład ja często wiem, że ja źle robię, ale nie umiem, na przykład jestem świadoma tego, że ja też muszę iść na terapię, ale po prostu na ten moment nie mam na to czasu”.

Badane osoby wskazywały zatem trudności związane ze zdrowiem psychicznym związane z zaburzeniami nastroju bądź zaburzeniami lękowymi. Należy zauważyć, że wszystkie z badanych osób wykazywały się dużą uważnością na własne stany psychiczne i chęcią skorzystania z pomocy psychoterapeutycznej i/lub psychiatrycznej. W wypowiedziach części badanych osób pojawiała się uzasadnienie wspomnianej uważności silną obawą o zachorowanie na ChAD. Mówiła o tym między innymi Oliwia: „Wiesz co, ogólnie jedną z rzeczy jest taka, no ogólnie obawa przy tym, że ja muszę się pilnować, bo nie wiadomo, czy ja tego nie będę miała”. Obawa przed dziedziczeniem

choroby pojawiła się też w wypowiedzi Karoliny: „No tak, sam fakt, że się broniłam przed byciem matką. To było tym spowodowane, bałam się też dziedziczenia choroby”.

Kolejna grupa to trudności w obszarze społecznym – koncentrowały się wokół nawiązywania, budowania i podtrzymywania relacji z innymi osobami oraz zaufania innym osobom. Julia i Joanna wiązały te trudności bezpośrednio z poczuciem własnej wartości. Julia wspomniała o tym w następujący sposób: „Obniżona samocena, wchodzenie w relacje z osobą, która będzie dominować, która będzie mi mówić trochę, co mam robić. Może nie wprost, ale mam też łatwość wchodzenia w relacje z manipulacjami. I to jest i rodzaj żeński, i męski. Dużo takich kobiet silnych do mnie gdzieś tam lgnęło, takich mocnych, silnych osobowości, które gdzieś czuły we mnie, wyczuwały taką podatność na manipulację osobę”. Joanna natomiast zwróciła uwagę na „brak zespolenia ze sobą”, a w konsekwencji trudności z wchodzeniem w relacje z innymi ludźmi: „Raz jest tak, a raz jest tak, no to tak zupełnie jest bez ładu, bez składu to też wskazuje, że tak czasami jestem lękowa, czasami bardzo często uciekam, uciekam po prostu, boję się. Właśnie to jest to, co bardzo mi przeszkadza często, bo to ze wszystkimi tak mam, że boję się, że ktoś, brakuje mi takiego zespolenia, że nie będę ze sobą, no bo jestem w jakimś związku z mężczyzną, że on mi wybierze moje życie, że ja nie będę miała swojej części, że ktoś mi coś odbierze, że ja nie będę sobą, nie wiem jak to wytłumaczyć, że mi ktoś zabierze jakąś tam część mnie”. Bruno i Oliwia w swoich narracjach zwrócili uwagę na poczucie konieczności radzenia sobie samemu, co wycofywało ich z relacji z innymi osobami. Bruno tak o tym mówił: „W pewnym momencie przestałem, nie wiem. Jeszcze bardziej się zamknąłem na ludzi w takim stopniu, że i tak nie pomogłem. Może w tę stronę to poszło. Zawsze sobie ja radziłem sam, więc sobie będę radził”. Oliwia natomiast tak to ujęła: „To jest chyba mój największy problem, że ja po prostu wiem, że ja muszę sobie poradzić sama i ja po prostu nie uważam, że potrzebuję kogoś ani rad, żeby mi ktoś dawał. Po prostu uważam, że w mojej sytuacji jest tak, że nie wiadomo co by zrobił, więc po co mi daje rady, skoro ja jakoś pociągnę to sama, ja będę decydowała o tym, co ja będę robić”. Również i Zofia, i Bruno podkreślali trudności w zaufaniu innym ludziom. Bruno odnosił się tu do swojej sytuacji rodzinnej: „Mam problem z zaufaniem, też to poruszałem na terapii i nie wiem dlaczego. Nie wiem czy mogę to wiązać też z... No być może po części, że byłem wtedy sam, uciekłem. Zostałem sam, jak miałem 15 lat. Więc byłem zdany sam na siebie, zacząłem zarabiać w wieku 16 lat, pracować weekendami. I... myślę, że to jakiś taki

pancerz we mnie przesuwają i tylko, że ja mam w sobie obronę taką, jakąś. Nie uciekam, ja się coraz bardziej angażuję. Ale mimo wszystko nie ufam”. W narracji Zofii pojawiło się nawiązanie do obawy przed byciem okłamywaną, czego często doświadczała ze strony matki: „Ja nie potrafię rozpoznać kiedy ktoś kłamie. Jestem w tym mega zła, a co dopiero jak ktoś umie kłamać, to nie jestem w stanie tego rozpoznać i przez to też, że tyle lat żyłam z kimś, kto tak świetnie umiał kłamać i ktoś, po kim sparzyłam się wiele razy, że właśnie zarzekał mi się na coś i później się okazało, że kłamie. Na pewno są u mnie takie problemy z zaufaniem, że jakby jednocześnie ufam na słowo wszystkim, ale z drugiej strony mam takiego chochlika w głowie, że ej, a co jeśli cię oszukuje? No i jest mi trudno, bo bardzo, bardzo ciężko mi to odgraniczyć”. Kolejna z rozmówczyń – Archer – wskazywała na obawy przed zadawaniem ludziom pytań czy nawiązywaniem kontaktów, wynikające z jej doświadczeń w dzieciństwie: „Pytanie ludzi, po prostu takie zwykłe pytanie, o ich... o czyjeś, na przykład, zainteresowania, żeby jakoś rozszerzyli temat, po prostu się właśnie boję tej reakcji, że ja o to źle zapytam i będą na mnie źli. To właśnie dzwonienie przez telefon to mnie nadal bardzo przeraża, po części chodzenie do lekarza, bo jakby też to zawsze było, tak jakby traktowane przez mamę, że to ja powinnam wszystko sama, że jak ja czegoś, nie wiem, to jest źle, że w ogóle nie powinnam chorować najlepiej”. Oliwia podzieliła się swoimi spostrzeżeniami związanymi ze swoimi relacjami damsko-męskimi, które w jej opinii uwarunkowane są doświadczeniami związanymi z tatą: „Ja w ogóle nie mam żadnych relacji damsko-męskich, żadnych takich. Ja po prostu unikam tego jak ognia, bo mój jedyny problem jest taki, że ja zaczynam widzieć jak jakiś chłopak się zachowuje identycznie po prostu jak mój tata. A najczęściej to w ogóle, bo mój ojciec zawsze był takim śmieszkiem i takim królem imprezy, wiadomo, ja po prostu jak widzę taki typ chłopaka, to ja w ogóle przestaję z nim rozmawiać. (...) Ja na przykład tak z zachowania i z charakteru to ja nie mogę poczuć się nad kimś wyższa na przykład, bo ja się pastwię nad tą osobą, zwłaszcza nad chłopakami. Jak ja poczuję na przykład, że w jakimś temacie znam się więcej na tym, to ja ciągnę tak długo temat, aż on się wywali na tym, żeby pokazać, że ja jestem wyżej inteligencją nad nim”.

Ostatnim obszarem wskazywanym w narracjach badanych osób, w którym pojawiały się dostrzegane przez nich trudności, był obszar rodzinny. Zofia ujęła to w następujący sposób, nawiązując do rodziny pochodzenia: „Na pewno się czuję trochę mimo wszystko pomiędzy tymi dwoma systemami rodzinnymi, bo jakby z jednej strony to jest tak, że ktoś pełnił mi tę rolę rodzica i czuję się tam mile widziana, ale z drugiej

strony mam tę świadomość, że nie jestem tym biologicznym dzieckiem i że to nigdy nie było do końca tak, że jestem w tym systemie. I z jednej strony bardzo się odcinam od tego systemu rodzinnego, w którym żyłam z matką, że właśnie nie postrzegam jej jako rodziny, że mam same te negatywne wspomnienia, że właśnie odcinam się tak kategorycznie, że od sześciu lat nie mam z nią kontaktu i tak dalej, ale mimo wszystko to jest taki system rodzinny”. Joanna i Karolina poruszyły natomiast kwestie związane z własnym macierzyństwem. Karolina wskazywała na obawy związane z byciem matką na początku okresu ciąży: „Dlatego pamiętam, jak ja zeszłam w ciążę i była pierwsza myśl, w ogóle nigdy nie chciałam mieć dzieci, może z aspektu tego, że właśnie ja nie wiedziałam, co to znaczy wychowywać dziecko, albo jak wygląda rodzina”. Joanna natomiast tak oceniła swoje macierzyństwo z perspektywy czasu: „Uważam, że byłam okropną matką, no byłam właśnie też taka niestety. No tak myślę teraz, że żałuję, bo wiem, że inaczej bym jakoś zrobiła, ale nie wiem, nie okazywałam jakoś za bardzo uczuć i bardzo byłam taka no surowa. Zresztą ona [córka] już jest na tyle wyrozumiała, że ona wie, że to jest przez babcię. No tak, już teraz mam lepsze relacje, jak się wyprowadziła, także trochę rozmawiamy o tym”. Z kolei Julia i Joanna dzieliły się swoimi trudnościami dotyczącymi zakotwiczenia się w rodzinach, które same stworzyły i tendencji do ciągłego powrotu do schematów znanych z domu rodzinnego. Julia tak o tym opowiadała: „Tak jak wtedy, jak wyszłam za męża i ja nie mogłam się poczuć bezpiecznie w tym spokojnym domu, bo czułam niepokój, ogromny niepokój. Brakowało mi tego mojego niestabilnego domu. Tak jakbym była przyzwyczajona do środka swojego piekielka i tam potrafiła się poruszać. Ale w tym nowym miejscu ja ciągle uciekałam do domu swojego starego, do rodziców”. Druga z rozmówczyń owej trudności doświadcza nieustannie: „Ale tak, moje życie jest właściwie sfokusowane na mamie. Żyję jakby cały czas, wszystko jest uzależnione od niej”.

Obszary i trudności pojawiające się w wypowiedziach badanych osób koncentrują się przede wszystkim wokół sfery emocjonalnej. Wiążą się one bezpośrednio z odczuwanymi przez badane osoby emocjami, rozumieniem ich i wyrażaniem, ale też z emocjonalnym ciężarem doświadczeń, które badane osoby nabyły w dzieciństwie i okresie dojrzewania.

Ostatni z problemów szczegółowych koncentrował się wokół wsparcia, którego badane osoby potrzebowały w okresie dzieciństwa i adolescencji. Ewa Włodarczyk, zebrawszy ujmowane przez różnych autorów rozumienie wsparcia oraz jego rodzaje,

wskazywała, że: „Zależnie od treści wymiany społecznej w toku interakcji wspierającej, wyodrębnia się różne rodzaje wsparcia. I tak wsparcie społeczne może przyjąć jedną z wymienionych poniżej postaci lub łączyć kilka rodzajów wsparcia:

- wsparcie emocjonalne, związane z przekazywaniem emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, z dawaniem werbalnych i niewerbalnych komunikatów o pozytywnych uczuciach wobec osoby, okazywaniem jej akceptacji, przychylności, empatii i solidarności, a także wzmacnianiem jej poczucia bezpieczeństwa i zaspokajaniem potrzeby afiliacji, dla wyzwolenia poczucia nadziei, dla rozładowania napięcia i podtrzymania nastroju; wsparcie wartościujące, zogniskowane wokół dawania komunikatów służących wzmacnianiu poczucia własnej wartości, dostarczające również zapewnień o ważności partnerów relacji, wzajemnym szacunku oraz poczuciu znaczenia i godności,
- wsparcie instrumentalne, związane z wymianą instrumentów jakimi są sposoby postępowania, zdobywania informacji i dóbr materialnych,
- wsparcie rzeczowe, związane z konkretną pomocą materialną, rzeczową i finansową,
- wsparcie informacyjne, nazywane niekiedy poznawczym, związane z wymianą takich informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu swojej sytuacji i problemu, z reinterpretacją zdarzeń w kierunku ich zrozumienia, z edukowaniem, rozwiewaniem wątpliwości, z dawaniem osobie informacji, rad pomocnych w rozwiązywaniu jej problemów, z dzieleniem się własnym doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne trudności,
- wsparcie duchowe (psychiczno – rozwojowe), zwłaszcza w sytuacjach bez wyjścia, gdy osoba pogrążona jest w stanie apatii i rezygnacji”⁴⁴⁸.

Okazało się, że badane osoby miały trudności z odpowiedzią na pytanie o oczekiwane wsparcie w ówczesnej sytuacji rodzinnej, gdyż często ich pierwszą odpowiedzią było stwierdzenie, że chyba nic by im nie pomogło. W dalszej części rozmowy dzielili się jednak swoimi potrzebami w tym zakresie, rozróżniając oczekiwane wsparcie na instytucjonalne i pozainstytucjonalne.

⁴⁴⁸ E. Włodarczyk, Zakończenie: O wsparciu społecznym i jego znaczeniu (w:) J. Spętana, D. Krzysztofiak, E. Włodarczyk (red.), *Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych*, Kraków 2016, s. 192.

Przykładem połączenia form wsparcia instytucjonalnego i pozainstytucjonalnego jest psychoedukacja, która pojawiła się w wypowiedziach kilku badanych osób. Zofia wymieniła ją jako pierwszą: „Nie wiem, ciężko mi jest cokolwiek powiedzieć, w sensie myślę, że na pewno warto stawiać na jakąś psychoedukację w tym zakresie. Myślę, że też dzieci osób z chorobą afektywną dwubiegunową mają prawo wiedzieć po prostu o tym, że ich rodzic ma diagnozę i o tym, że zachowania rodzica mogą być właśnie jakieś inne w związku z tym. Oczywiście w wieku i w treści dostosowanej do dziecka”. Joanna, mówiąc o potrzebie psychoedukacji w zakresie choroby rodzica, odniosła się do własnych doświadczeń, które wcześniej określiła jako znaczące wydarzenie w jej życiu: „W dzieciństwie to było inaczej, no teraz pewnie jest więcej literatury, jakiejś fachowej, tak mówi się dużo [na temat zdrowia psychicznego]. Też można znaleźć dużo w Internecie informacji, także już teraz jak ktoś próbuje, tylko pod warunkiem, że jest diagnoza, tak, to pewnie jest łatwiej, ale no to właśnie, żeby ktoś taki wziął jak mnie ta pielęgniarka po prostu i powiedział, tak, no to jest bardzo ważne”. Karolina wskazała na podobną potrzebę, szczególnie w kontekście silnie doświadczonego przez nią braku wsparcia ze strony dalszej rodziny: „Żeby automatycznie, kiedy zaczyna się leczyć rodzic, zaczyna być w tym wszystkim ktoś, który mówi temu dziecku, że to nie jest, wiesz, że to nie jest jego wina, bo ja na przykład miałam przed rodziną mojej mamy też wmawiane, że to jest moja wina, nie? Szczególnie, że ja byłam butna”. Archer zwróciła natomiast uwagę na konieczność psychoedukacji nie tylko członków rodziny, ale także osoby chorej: „Mówienie, że to zachowanie to jest po prostu symptom choroby. (...) Według mnie, właśnie, ja teraz to próbuję właśnie z mamą przerobić, że to nie jest tak, że ona ma humorki, tylko ona ma mocny problem, który nie wpływa tylko na nią, ale na ludzi dookoła”. Julia wskazywała na istotną rolę wiedzy dzieci o chorobie rodzica: „Gdyby była normalnie przeprowadzona rozmowa, tak, ojciec jest chory, musi brać leki, jest tak, tak i tak, to myślę, że wszystkim nam by się lepiej funkcjonowało”, dodając dalej: „To jest bardzo ważne, żeby mówić o rodzinach nie tylko alkoholowych, ale również dotkniętych chorobą w ogóle psychiczną. To jest bardzo ważne, żeby ludzie też wiedzieli, że cudownie by było, gdyby można było też rozszerzyć te kręgi, żeby nie było tylko AA, ale również, żeby były właśnie jakieś kręgi dla ludzi. (...) I myślę, że tutaj też absolutnie nikt o tym nie mówi, tylko edukacja jak najbardziej, wszystko co mądre, wszystko co przynosi ulgę, co pozwala zmieniać życie jest dobre i co powoduje, że te dzieci mają szansę nadrobić te straty i po prostu również wybudować swoje mocne skrzydła”. Dwie

z rozmówczyń, które zostały poinformowane o chorobie rodzica oraz zostało im wyjaśnione funkcjonowanie człowieka w epizodach choroby afektywnej dwubiegunowej, wskazały na istotne znaczenie, jakie ta wiedza odegrała w ich funkcjonowaniu z chorym rodzicem. Iga tak to wspomniała: „Wydaje mi się, że nazwanie tego, że są takie stany, jest bardzo istotne, ale też duży nacisk na to, że po prostu trzeba dbać o swój stan emocjonalny. Że jak tylko się czuje, że coś jest nie tak, to że warto się udać po pomoc. (...) Mama od razu nam powiedziała, jak tylko byliśmy świadkami pierwszego ataku, od razu powiedziała, że to jest taka choroba, że tata właśnie ma problemy z emocjami. I to było kluczowe, że my od razu wiedzieliśmy przed sobą. Nie było tak, że Jezu, co mu się stało, tylko od razu było powiedziane. To jest choroba afektywno-dwubiegunowa, a ona wiąże się z tym, że tata będzie miał różne stany emocjonalne”. Oliwia wskazała natomiast na zmianę własnego nastawienia do ojca po zrozumieniu natury choroby swojego rodzica i płynące z tego zyski: „Zauważyłam, że jak się dowiedziałam, że on faktycznie ma zdiagnozowaną tą chorobę, to trochę zmiękkłam. Ogólnie wydaje mi się, że już większość rzeczy mu wybaczyłam, bo po prostu usprawiedliwiłam sobie, że może on po prostu to nie jest on, tylko ktoś wyżej nad nim panuje, więc wydaje mi się, że to na pewno zmienia. Wcześniej miałam więcej wybuchów, bo ja nie wiedziałam co się dzieje, więc od razu reagowałam agresją, a teraz mam takie: dobra, znowu mu odwala, to nie można go jeszcze bardziej pobudzić. Moja mama też z nim rozmawiała spokojnie, ani na niego nie krzyczy, a wcześniej to awantura była od razu, więc on też był bardziej pobudzony. Teraz ani na niego nie krzyczymy, ani nic, więc on też nie ma takiego dodatkowego bodźca, że on musi na nas nakrzyczeć. Jak się dowiadujesz, że ktoś jest chory, to zmienia dużo”. Także i Bruno wskazywał, że jego wiedza na temat zaburzeń psychicznych pomogła mu zrozumieć zachowania ojczyma, wspominając przy tym wartość psychoedukacji na przykładzie swojej mamy: „Moja mama, dopóki ojciec nie zachorował, nie wiedziała o istnieniu takiej choroby. I dopiero zaczęła czytać i mi mówić: zobacz, a tu jest mania, depresja. Ja mówię: mama, ja to wiem. No bo jakby ja siedziałem w temacie, mama nie. I dla mojej mamy to było w ogóle zupełnie coś niesamowitego, gdzie dla mnie to... Ja to rozumiałem i ja jej tłumaczę do dzisiaj często”.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że psychoedukacja może odbywać się zarówno w formach prowadzonych przez różnego rodzaju instytucje, np. poradnie zdrowia psychicznego, placówki medyczne oraz osoby posiadające specjalistyczną wiedzę w tym

zakresie, jak: psychologowie, psychiatry lub edukatorzy z zakresu zdrowia psychicznego. Natomiast psychoedukacja w formie pozainstytucjonalnej może odbyć się przy udziale rodzica czy innych osób dorosłych, które posiadają wiedzę na temat tej choroby. Może być to również psychoedukacja wynikająca z własnej potrzeby poszukiwania rzetelnych informacji na temat zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.

Drugim rodzajem oczekiwanego wsparcia, które może mieć charakter pozainstytucjonalny, wyróżnionym przez badane osoby, było wsparcie najbliższego otoczenia. Mówiła o tym między innymi Joanna: „Znaczy mi zabrakło, już nie mówiąc o jakimś wsparciu psychologa, bo to nawet nie przyszło mi do głowy, tylko mi zabrakło tego, żeby ktoś, ktokolwiek się tym zainteresował”. Rozmówczynie w swoich wspomnieniach odnosiła się do wielokrotnych sytuacji, w których znajomi mamy oraz sąsiedzi pozostawali bierni wobec niepokojących zachowań mamy i pozostawiali rozmówczynię samą sobie. Julia zaś wspomniała o swojej potrzebie odnalezienia przyjaznego dorosłego w swoim otoczeniu, który byłby dla niej wsparciem: „Powiedziałabym tej dziewczynce, dziewczynie, żeby nie bała się dorosłych i innych spoza kręgu i żeby nie bała się mówić o swoich problemach, żeby nie ukrywała tego wszystkiego co się dzieje w domu, tylko żeby spróbowała sobie znaleźć jakiegoś mądrego dorosłego, aby dostać jakieś wsparcie”. W wypowiedziach Archer, Igi oraz Oliwii pojawiały się wątki dotyczące braku wsparcia ze strony rodziny chorego rodzica, które w ich odczuciu mogłyby stanowić oparcie zarówno dla nich, jak i (w przypadku Igi i Oliwii) dla zdrowego rodzica pozostającego w systemie rodzinnym.

Koncentrując się na pozostałych rodzajach oczekiwanego wsparcia, wymienionych przez badane osoby, zauważyć można ich instytucjonalny charakter. Najczęściej wskazywanym przez nie było wsparcie ze strony psychologa lub psychiatry czy też zapewnienie systemowi rodzinnej terapii rodzinnej. Opieka psychologiczna była pierwszą formą wsparcia wymienioną przez Bruna: „No wsparcie psychologa. To na pewno”. Oliwia ponadto zwróciła uwagę na konieczność udzielania wsparcia psychologicznego w okresie hospitalizacji rodzica. Odnosząc się również do opieki zdrowotnej, Joanna wskazała na potrzebę wsparcia ze strony poradni zdrowia psychicznego: „Na pewno jak ktoś jest pod opieką psychiatry, ktoś chory, no to też powinna być cała rodzina objęta opieką”. Na potrzebę terapii rodzinnej wskazała Iga: „Marzy mi się coś takiego, że jest terapia rodzinna po prostu dla osób dotkniętych, żebyśmy tam wszyscy przy stole za pomocą terapeuty usiedli, porozmawiali, ustalili

pewne zasady”. Podobnymi przemyśleniami dzieliła się Archer: „No to są takie rozmowy o tym, że takie konkretnie, wiesz, nakierowane na to, jak sobie radzić, jak pozbyć się tych złych po prostu myśli i tej paranoi w głowie i według mnie zależy to od rodzica, takie właśnie sesje robić z dzieckiem, żeby sobie to przegadać, żeby ten rodzic po prostu próbował posłuchać, co on tak naprawdę robił i jakie skutki mają jego działania”. Eliza z kolei zwróciła uwagę na potrzebę opieki psychologicznej dla niej oraz terapii dla chorego rodzica, które jej zdaniem wpłynęłyby na poprawę jej sytuacji: „Myślę, że to by bardzo pomogło i obowiązkowe terapie dla rodziców niezależne od sytuacji emocjonalnej”. Spoivem łączącym oczekiwane wsparcie ze strony specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego z innym rodzajem wsparcia instytucjonalnego, pojawiającym w wypowiedziach badanych osób, może być wypowiedź Karoliny: „Uważam, że jeżeli rodzic trafia do psychiatry, to automatycznie powinno dziecko trafić, i to tak automatycznie. Może nie do psychiatry, bo nie chodzi o to, że dziecko ma być leczone, ale do jakiegoś systemu wsparcia tego dziecka”. O potrzebie wsparcia przez system pomocy społecznej wspomniały Zofia, Julia oraz Joanna. Pierwsza z nich odniosła się do swoich doświadczeń z dzieciństwa: „To, czego mi też zabrakło właśnie jako dziecku, to takiego zwyczajnego sprawdzania, czy nie ma zaniedbania. (...) Więc mam takie poczucie, że może to też nie chodzi o to, żeby teraz każdy rodzic z chorobą afektywną dwubiegunową miał na barkach kuratora, pracownika socjalnego i tak dalej, ale żeby był jakiś wgląd w te sytuacje rodzinne. Bo tak jak mówię, nie każdy dzieciak ma takie szczęście, żeby mieć chociaż drugiego rodzica wydolnego wychowawczo”. Joanna również dzieliła się swoimi doświadczeniami z dzieciństwa, podkreślając przy tym żal do instytucji państwowych o pozostawianie ją bez wsparcia: „Nie wiem, ktoś z jakiegoś ośrodka pomocy społecznej, no dokładnie no nie wiem, jak to tam działa, no ale ktoś, kto po prostu się zainteresował tym tam, czy nie dzieje się krzywda. Ja czuję bardzo w sobie taką krzywdę, pielęgnowuję może niepotrzebnie, myślę, że mi to szkodzi, no ale ja mam żal do państwa, jako do instytucji, że tak to zrobili, że zostawili mnie po prostu z mamą bez żadnego zainteresowania”. Julia z dużym zaangażowaniem wspomniała o tej formie wsparcia, upatrując w niej pomoc nie tylko dla siebie, ale i całej swojej rodziny: „Chciałabym takiego, żeby po prostu ktoś był wysyłany do takiej rodziny, która ma problem z tym, żeby stać prosto na dwóch nogach, bo jest zaburzona, żeby to był taki empatyczny w naszym przypadku facet, mężczyzna, który jest bardzo świadomym człowiekiem, jest już w terapii własnej i nie ma tych wszystkich nakładek, tych swoich

ograniczeń schematu myślowego, który będzie potrafił na nas patrzeć z taką życzliwością, potrafiłby operować językiem NVC bez przemocy, widziałby wszystkich uczestników naszej rodziny i każdego potrafiłby wesprzeć. Widziałby problem, który w każdym miejscu gdzieś tam się pojawia i potrafiłby znaleźć rozwiązania dla każdego”.

W wypowiedziach badanych osób dostrzec można zatem ich potrzeby koncentrujące się na wsparciu emocjonalnym, informacyjnym, instrumentalnym oraz duchowym, których upatrywali najczęściej w różnego rodzaju instytucjach pomocowych. Potrzeba wsparcia pozainstytucjonalnego wiązana była z osobami z najbliższego otoczenia, tj. bliższej i dalszej rodziny, sąsiadów, przyjaciół i znajomych rodziców oraz własnych, współpracowników i pracodawców.

4.4. Wnioski z badań

Doświadczenia dzieci wychowujących się z rodzicami ze zdiagnozowanymi zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi są złożone i wielowymiarowe. Poniżej dokonana została analiza i interpretacja prezentowanych wyników badania, pozwalająca na próbę zarysowania doświadczeń badanych osób, wskazania konsekwencji biograficznych tych doświadczeń oraz scharakteryzowania cech wspólnych, dotyczących funkcjonowania rodzin osób z ChAD, obecnych w wypowiedziach rozmówców.

Wybrane przez badane osoby fotografie ze swoich rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi wywoływały u nich pozytywne emocje i przywoływały pozytywne wspomnienia. Interesującym wydaje się być fakt, że z wyjątkiem jednej osoby, pozostałe wybrały zdjęcia, które zostały wykonane w okresie, w którym nie mieli oni świadomości choroby rodzica bądź było ono wykonane przed otrzymaniem przez rodzica diagnozy ChAD. Pięć z badanych osób nie pamiętało również momentu wykonania fotografii. Rozmówcy najczęściej argumentowali wybór zdjęcia miłymi wspomnieniami, chęcią powrotu do tamtych chwil i ówczesnych relacji w ich rodzinach. Dwie z badanych osób wskazały na iluzoryczny wymiar wybranych przez nich zdjęć i fakt, iż obraz rodziny często nie był zgodny z rzeczywistością. Część osób opowiadała, że wybrane przez nich zdjęcia pokazują szczęście ich rodzica, które nie było widoczne na co dzień. Jedna z rozmówczyń nie dokonała wyboru fotografii, wskazując na aktualny stan zdrowia rodzica oraz emocje, jakie to w niej wzbudza. Bazując na zdjęciach

wybranych przez badane osoby oraz ich wypowiedziach dotyczących tych fotografii, można zauważyć, że pomimo trudnych doświadczeń i wspomnień związanych z wychowywaniem się z rodzicem z chorobą afektywną dwubiegunową, poszukiwali oni zdjęć wywołujących w nich pozytywne emocje. Wskazywać to może na potrzebę odnajdywania i utrwalania w pamięci dobrych momentów z rodzicem, czy – jak zostało zaznaczone przez niektóre z badanych osób – chęci poprawy relacji ze swoim rodzicem. Powrót do okresu sprzed świadomości choroby rodzica bądź jego diagnozy może wiązać się również z potrzebą zdjęcia z siebie brzemia choroby rodzica, redukcji własnego napięcia czy wzmocnienia poczucia stabilności, które zostało zachwiane na skutek choroby rodzica.

Odnosząc się do zasad funkcjonowania rodzin w przeszłości badanych osób, wskazanych przez nie same, warto zarysować jak funkcjonują rodziny osób z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Cechą wspólną pojawiającą się w wypowiedziach badanych osób był odczuwany przez nich brak poczucia stabilności oraz stała niepewność, dotycząca tego w jakim stanie zdrowia znajduje się ich rodzic. Wiązało się to z towarzyszącym im monitorowaniem zachowań rodziców w obawie przed pojawieniem się symptomów epizodu choroby. Wspólnym mianownikiem dla rodzin badanych osób było również wycofywanie się z życia rodzinnego rodzica, który mierzył się z epizodem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych lub wzmożone zainteresowanie dzieckiem w czasie ich trwania. Funkcjonowanie rodzin badanych osób w czasie trwania epizodów choroby, zwłaszcza maniakalnym, wiązało się również z doświadczaniem przez dzieci przemocy fizycznej lub psychicznej. Pojawiała się również nasilona konfliktowość, która była wywoływana przez chorego rodzica. Równie istotną kwestią pojawiającą się w wypowiedziach badanych osób dotyczących funkcjonowania ich rodzin była obecność lub jej brak drugiego rodzica. W rodzinach, w których obecny był drugi rodzic, dostrzec można jego znaczącą rolę w utrzymywaniu rodzinnej homeostazy, starając się jednocześnie zminimalizować negatywny wpływ doświadczenia zaburzeń afektywnych dwubiegunowych drugiego rodzica przez dziecko. Znaczącą rolę odgrywały tu zdrowe matki, które przejmowały na siebie całą odpowiedzialność, związaną z realizacją podstawowych funkcji rodziny. Zdrowi ojcowie pełnili dla swoich dzieci rolę wsparcia duchowego i emocjonalnego wobec trudności, których doświadczali. W rodzinach, w których dzieci wychowywały się tylko z chorą matką, badane osoby

wskazywały, że nie dostrzegały znaczących zmian w funkcjonowaniu ich rodzin, a jedynie w postawach matek wobec nich w czasie epizodów choroby.

Odnosząc się bezpośrednio do funkcjonowania rodzin badanych osób, można dostrzec, że dzieci wychowujące się z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi odczuwają brzemień rodziny pojawiające się zarówno w czasie epizodów choroby, jak i remisji i utrzymuje się ono u nich nawet po rozpoczęciu samodzielnego życia. Brzemień rodziny, które pojawiało się w wypowiedziach badanych osób, dotyczyło sfery emocjonalnej i koncentrowało się wokół przeżyć z chorym rodzicem oraz obaw i lęków dotyczących pogorszenia się stanu jego zdrowia. W tym miejscu warto zaznaczyć, że pojęcie to może odnosić się do sytuacji, które są obserwowalne, ale również do wewnętrznych przeżyć związanych z chorobą rodzica: „Pojęcie brzemienia obiektywnego odnosi się do wymiernych, obserwowalnych problemów (jak np. kłopotliwe zachowania chorego), a brzemienia subiektywnego – do emocji i przeżyć opiekuna pojawiających się w reakcji na te problemy”⁴⁴⁹. W przedstawionym rozumieniu pojęcia zwrot „opiekun” dotyczy bezpośrednio osoby, która sprawuje opiekę nad chorym członkiem rodziny, jednak mając na uwadze systemowe rozumienie rodziny oraz rolę rodzica w procesie wychowywania dziecka, należy uwzględnić również jego emocje i przeżycia pojawiające się wskutek zachowań chorego rodzica, jak i samego faktu, wystąpienia choroby psychicznej. Niniejszy wniosek jest spójny z wynikami badania przeprowadzonego w 2015 roku przez Ritę Bauer, Hermanna Spiessla oraz Marinę Helmbrecht, którzy wskazali, że wszystkie badane przez nich dorosłe dzieci osób z depresją i chorobą afektywną dwubiegunową odczuwały emocjonalne brzemień związane z chorobą rodzica⁴⁵⁰.

Analizując opisywane przez badane osoby funkcjonowanie ich rodzin, uwarunkowane zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi jednego z rodziców, zauważyć można, że istnieje uzasadniona obawa o wystąpienie czasowej lub długotrwałej dysfunkcji systemu rodzinnego. W związku z tym o rodzinach, w których rodzic mierzy się z ChAD zasadnie jest myśleć jako o rodzinach zagrożonych dysfunkcyjnością. Ewa Kantowicz zwracała uwagę na fakt, że rodzina dysfunkcyjna „nie spełnia całkowicie lub tylko częściowo przypisanych jej przez społeczeństwo funkcji: kontrolno-

⁴⁴⁹ J. E. Borowiecka-Kluza, M. Miernik-Jaeschke, R. Jaeschke, M. Siwek, D. Dudek, Brzemień rodziny chorych..., op. cit., s. 636.

⁴⁵⁰ R. Bauer, H. Spiessl, M.J. Helmbrecht, Burden, reward, and coping of adult offspring of patients with depression and bipolar disorder, „International Journal of Bipolar Disorders”, 2015, t. 3, nr 2.

zabezpieczających, opiekuńczo-wychowawczych, socjalizacyjnych, emocjonalnych – na skutek ubóstwa, choroby, dezorganizacji lub innej przyczyny, świadczącej o kryzysie lub patologii systemu rodzinnego”⁴⁵¹. W przypadku omawianych rodzin dostrzec można trudności pojawiające się w realizacji podstawowych funkcji rodziny, występujące w okresach epizodów choroby, pojawiającą się przemoc psychiczną i niekiedy fizyczną oraz zjawisko odwrócenia ról w rodzinie. Wymienione przykłady wskazują na istnienie realnych przesłanek dotyczących zagrożenia dysfunkcyjnością w rodzinach, w których rodzic mierzy się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Należy podkreślić, że postrzeganie omawianych rodzin jako rodzin zagrożonych dysfunkcyjnością, nie ma na celu stygmatyzacji zarówno osób z ChAD, jak i ich najbliższych, a jedynie zwrócenie uwagi na trudności, które mogą się w nich pojawić na skutek choroby oraz otoczenie ich wsparciem adekwatnym do aktualnej sytuacji rodziny. Biorąc pod uwagę konsekwencje wychowywania się w rodzinach dysfunkcyjnych, zaproponowane przez Darię Becker-Pestkę, Małgorzatę Dubis oraz Sandrę Różyńską tj. „rozwijanie w sobie dysfunkcyjnych cech samowychowawczych pozwalających na przetrwanie w takiej rodzinie, m.in. niskie poczucie wartości, utworzenie się fałszywego Ja (maska obronna), lęk przed odrzuceniem skutkujący nietrwałymi relacjami z innymi ludźmi, neurotyczna potrzeba miłości, nieumiejętność funkcjonowania w życiu dorosłym w rolach małżeńskich i rodzicielskich oraz częstokroć problemy z uzależnieniami”⁴⁵² oraz wypowiedzi badanych osób, dostrzec można zbieżność w kontekście konsekwencji odczuwanych w dorosłym życiu, co również stanowi uzasadnienie zaproponowanego postrzegania rodzin jako rodzin ryzyka, w których rodzic mierzy się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi.

Odnosząc się do cech klimatu rodzinnego oraz atmosfery wychowawczej, wskazanych w wypowiedziach badanych, dostrzec można jej różnorodność uzależnioną od bieżącego stanu zdrowia chorego rodzica. U wszystkich badanych osób pojawiały się wątki świadczące o atmosferze o charakterze bezładnym lub napiętym, które negatywnie wpływają zarówno na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, jak i każdego z jego członków. Omawiając kwestie zasad i obowiązków panujących w swoich rodzinach, badane osoby zwracały uwagę na fakt, że albo takich zasad nie było albo nie zostały one odpowiednio utrwalone. Wśród zasad, które wymieniali rozmówcy, znalazły się

⁴⁵¹ E. Kantowicz, Perspektywa transwersalna w badaniu rodziny ryzyka i wsparciu społecznym m rzecz dziecka i rodziny, „Roczniki Socjologii Rodziny”, 2010, t. 20, s. 212.

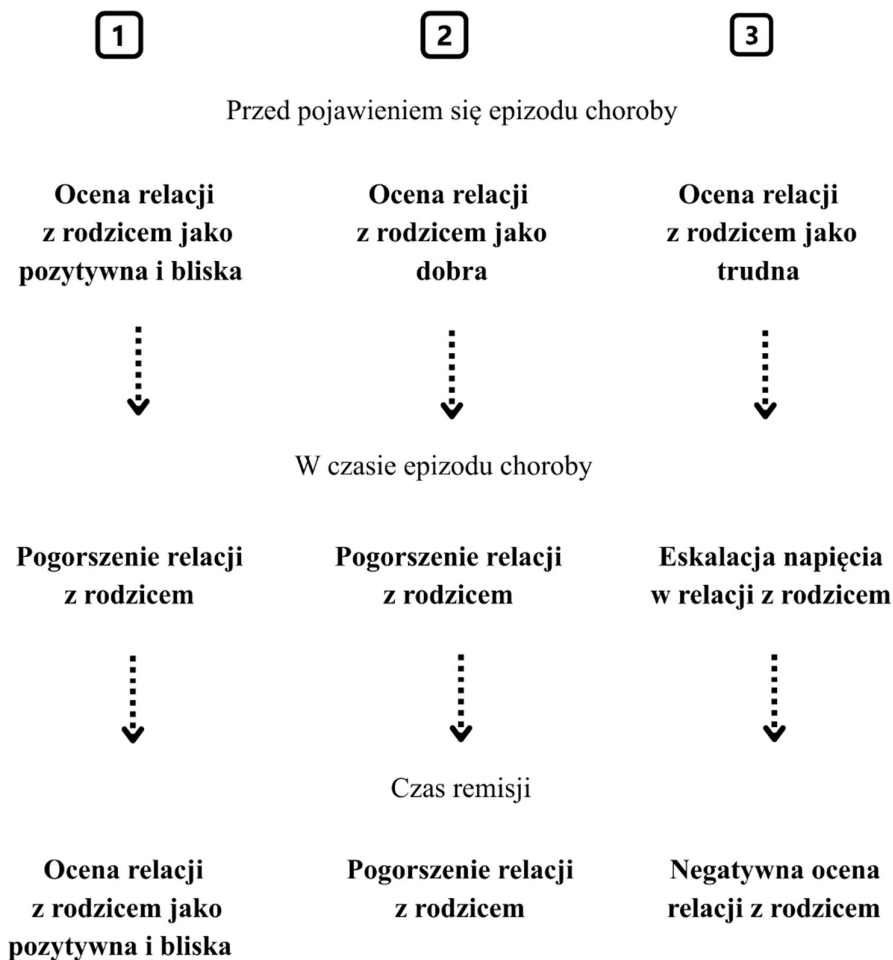
⁴⁵² D. Becker-Pestka, M. Dubis, S. Różyńska, Rodzina dysfunkcyjna i patologiczna w przestrzeni życiowej młodych dorastających, Wrocław 2018, s. 23.

dotyczące zadań, wynikających z realizowania przez nich roli ucznia oraz dotyczące utrzymywania porządku. W narracjach badanych osób dotyczących wychowania przez codzienność w rodzinie, w odniesieniu do obecności rodzica, dwie osoby wskazały, że ich rodzic, pomimo choroby, był obecny i zaangażowany w ich życie. Pozostałe osoby wspomniały jedynie o fizycznej obecności, oceniając swoich rodziców jako nieobecnych emocjonalnie (w czasie epizodu choroby maniakalnego niekiedy również fizycznie) oraz niezainteresowanych ich osobą. Dialog w rodzinie, zdaniem badanych osób, był utrudniony szczególnie w okresach remisji choroby. Część z badanych osób podkreślała, że zwykle nie czuła wtedy potrzeby rozmowy ze swoim chorym rodzicem, co wynikało z ich wzajemnych relacji, stanu zdrowia rodzica oraz poczucia braku zainteresowania ich problemami, czy też obawy przed reakcjami rodzica na owe problemy. Zwracającym uwagę w wypowiedziach większości badanych osób był brak otwartej komunikacji, brak rozmów na temat zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodzica, co zdaniem rozmówców pogłębiało istniejące w rodzinie problemy oraz ich zdezorientowanie.

Podsumowując przedstawione wątki poruszone przez badane osoby dotyczące zasad funkcjonowania ich rodzin w przeszłości uwarunkowanych ChAD jednego z rodziców należy zauważyć, że są to rodziny stosunkowo zróżnicowane w swoim funkcjonowaniu. Pomimo tego można zarysować pewne zasady wspólne:

- poczucie braku stabilności, wywołane doświadczeniami wcześniej pojawiających się epizodów choroby,
- towarzyszący niepokój związany z obawą o wystąpienie epizodu choroby,
- odczuwanie brzemienia rodziny,
- bezładna lub napięta atmosfera wychowawcza,
- niespójność dotycząca wprowadzanych zasad w rodzinie,
- pojawiająca się w epizodach choroby przemoc psychiczna względem dzieci oraz wzmożona konfliktowość,
- rytm funkcjonowania rodziny uwarunkowany stanem zdrowia rodzica,
- dezorganizacja ról w rodzinie,
- czasowa (w zależności od wystąpienia epizodu choroby) lub długotrwała niedostępność emocjonalna chorego rodzica,
- trudności w nawiązywaniu dialogu z chorym rodzicem w czasie epizodów zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.

Przyglądając się relacjom rodzinnym w rodzinach badanych osób oraz znaczenia jakie w ocenie badanych osób, miały zaburzenia afektywne dwubiegunowe rodzica dla relacji z poszczególnymi członkami rodziny można dostrzec ich wpływ szczególnie w relacji dziecko-chory rodzic. W ramach owego wpływu można wskazać trzy trajektorie:



Można zatem stwierdzić, że wystąpienie epizodu choroby afektywnej dwubiegunowej, zarówno depresyjnego, jak i maniakalnego, ma negatywny wpływ na relacje pomiędzy chorym rodzicem a jego dzieckiem, jednak długotrwałe konsekwencje zależą od wcześniej zbudowanych fundamentów tejże relacji, postawy rodzica, podjęcia przez niego leczenia oraz świadomości dzieci dotyczącej specyfiki zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Potwierdzenie tego znaczenia można odnaleźć w wypowiedziach badanych osób. Ci z nich, którzy deklarowali, że ich relacja z rodzicem była pozytywna, a rodzica charakteryzowała obecność

i zaangażowanie w życie dziecka, oceniali ją pozytywnie również po ustąpieniu epizodu choroby. Osoby, które deklarowały, że ich relacje były dobre lub trudne, wskazywały na pogorszenie dotychczasowej relacji. Ponadto osoby, które swoją relację z rodzicem z ChAD oceniały jako trudną, dostrzegały eskalację konfliktów. Powracając do zaproponowanych trajektorii, należy dodać, że może zdarzyć się ich wymienne występowanie w zakresie wariantu 2 i 3, a charakteryzować się będą wówczas małymi poprawami w zakresie oceny (z trudnej na dobrą) relacji z rodzicem w czasie remisji choroby i ponownym pogorszeniem lub eskalacją w czasie epizodu choroby. Za główne predykatory pogorszenia się relacji z chorym rodzicem w czasie epizodu choroby uznają: konfliktowość, niespójność oczekiwań względem dziecka, przemoc ze strony chorego rodzica, wycofanie się chorego rodzica z relacji, inne zachowania rodzica w czasie epizodu choroby wzbudzające w dzieciach poczucie wstydu, zawodu rodzicem czy zdezorientowaniem. Warto podkreślić, że pomimo ostatecznie trudnej lub negatywnej oceny relacji ze swoim rodzicem, badane osoby dodawały, że świadomość, iż niektóre zachowania ich rodziców podyktowane były chorobą, są oni w stanie je zaakceptować, wytłumaczyć, a niekiedy wybaczyć.

W relacjach badanych osób ze zdrowym rodzicem można również dostrzec wpływ zaburzeń afektywnych dwubiegunowych chorego rodzica, jednak nie ma on tak negatywnego charakteru, jak w przypadku relacji z chorym rodzicem. Niemalże wszystkie z badanych osób podkreślały, że relacje z drugim rodzicem były dobre lub bardzo dobre i to on dbał o ich różnorakie potrzeby rodziny w czasie choroby. Próbując określić wpływ zaburzeń afektywnych dwubiegunowych na ich relacje ze zdrowym rodzicem, badane osoby dostrzegały pojawiające się w okresach chorobowych: nadmierną nerwowość drugiego rodzica, a także skupienia się przez niego na osobie chorej oraz występowanie konfliktów w rodzinie częściej niż przed wystąpieniem epizodu choroby drugiego rodzica. Badane osoby zauważały, że po ustąpieniu epizodu choroby relacje z drugim rodzicem wracały do poprzedniej formy bądź ulegały poprawie. Podkreśla to systemowy charakter rodziny oraz oddziaływanie, jakie wywołuje w nim doświadczanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych jednego z jej członków.

Omawiając relacje ze swoim rodzeństwem, rozmówcy wskazywali na kształtowanie się w nich opiekuńczej postawy, a wpływ zaburzeń afektywnych dwubiegunowych na wzajemne relacje określały jak umacniający je. W ich opinii

wspólne doświadczenie choroby rodzica pozwoliło na zbliżenie się ich do siebie i poprawę bądź zacieśnienie relacji z rodzeństwem. Głównym powodem wskazywanym przez rozmówców, przyczyniającym się do poprawy tych relacji, było wspieranie się w obliczu trudnego doświadczenia.

Wspomnienia badanych osób dostarczają niezwykle cennej wiedzy, pozwalającej zarysować obraz życia rodzinnego w rodzinach, w których jeden z rodziców doświadcza zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, znacznie rozbudowując obraz kliniczny tych zaburzeń, tworzony na podstawie klasyfikacji medycznych. We wspomnieniach przytaczanych przez rozmówców znalazły się te dotyczące przebiegu epizodów ChAD w przestrzeni rodzinnej oraz ich wpływu na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, pojawiały się także specyficzne zachowania osób chorych oraz mechanizmy radzenia sobie z nim przez członków rodziny. Wiązały się one nie tylko z zachowaniami charakterystycznymi dla tej choroby, ale przede wszystkim z ich odbiorem przez dzieci. Wśród wspomnień przejawiały się te, które dotyczyły przemocy psychicznej i jej różnych form stosowanych względem dziecka (obrażanie słowne, zawstydzanie czy ignorowanie potrzeb dziecka) oraz przemocy fizycznej. W narracjach rozmówców znalazły się również te, którym przypisywali pozytywne zabarwienie, a dotyczyły one najczęściej czasu sprzed wystąpienia choroby bądź okresu remisji i koncentrowały się wokół wspólnych aktywności oraz wykazywania zainteresowania dzieckiem. Analizując ocenę wspomnień dotyczących wychowywania się z rodzicem z ChAD, dokonaną przez badane osoby, dostrzec można ich negatywy charakter, który ujawniał się pomimo podkreślania przez badane osoby, że nie wszystko w ich rodzinach było złe. Pozwala to uwidocznić destrukcyjny wpływ zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodzica na postrzeganie ich doświadczeń z domu rodzinnego. Uwarunkowane omawianą chorobą rodzica dzieciństwo i adolescencję można określić jako nacechowane trudnymi wspomnieniami, dotyczącymi stresogennych sytuacji i wyzwań życia codziennego z osobą z chorobą psychiczną, które zapisały się w śladach pamięciowych badanych osób, na tyle trwale, że są one przytaczane przez nich w pierwszej kolejności.

Analiza stylu wychowania w rodzinie pochodzenia wykazała, że nie można wskazać jednego stylu wychowania charakterystycznego dla rodziców z chorobą afektywną dwubiegunową. Dostrzec można natomiast tendencję do występowaniu u nich stylu liberalnego (zarówno kochającego, jak i niekochającego) oraz

autokratycznego. Zestawiając wyniki uzyskane poprzez zastosowanie arkusza stylu wychowania w rodzinie pochodzenia Marii Ryś z wypowiedziami poszczególnych osób można dostrzec ich spójność. Istotne jest podkreślenie, że cechowały się one bardzo małym natężeniem cech danego stylu i nie były zależne od płci rodzica. Specyfika ChAD może pozwalać stwierdzić, że jest to konsekwencja czasowych lub długotrwałych zmian w możliwościach realizowania roli rodzica, które wywołuje choroba rodzica oraz koncentracji na własnych stanach wewnętrznych rodzica w czasie epizodów choroby, kosztem wpływów wychowawczych na dziecko.

W zakresie występowania parentyfikacji w rodzinach badanych osób można stwierdzić, że w rodzinach osób, w których rodzic mierzy się z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowym, istnieje uzasadniona obawa o doświadczanie przez dzieci odwrócenia ról o charakterze emocjonalnym. Potwierdza się to w występowaniu tego rodzaju parentyfikacji w wypowiedziach wszystkich badanych osób. Kluczowe wydaje się być dodanie, że w rodzinach, w których była pełna struktura, rodzicem parentyfikującym był rodzic zdrowy, a rodzic chory parentyfikował swoje dzieci wówczas, gdy był on samodzielnym rodzicem. Odwrócenie ról w rodzinie o charakterze emocjonalnym cechowało poczucie przeciążenia, przekraczające możliwości wspierania przez dzieci zarówno rodzica chorego, jak i zdrowego, konieczność monitorowania zachowania chorego rodzica oraz poczucie „wychowywania się samemu”. Komunikat dotyczący oczekiwanego wsparcia wobec rodzica najczęściej nie był kierowany wprost, a raczej wywoływany obserwacją zachowań rodziców oraz innych komunikatów wysyłanych przez rodzica. Parentyfikacja o charakterze instrumentalnym koncentrowała się wokół konieczności opieki nad rodzeństwem. Częściowo było to wyrażane wprost poprzez oczekiwania ze strony rodzica, częściowo wynikało z chęci ochrony swojego rodzeństwa, co znajduje swoje odzwierciedlenie w wypowiedziach dotyczących relacji pomiędzy rodzeństwem. Odnosząc się do anglojęzycznej literatury naukowej, dostrzec można podobne wnioski, które dotyczyły ogólnie dzieci rodziców z chorobą psychiczną. Autorzy dostrzegali, że w takich rodzinach dziecko pozostaje zależne od swojego rodzica, jednocześnie czując się zobowiązane do opieki i ochrony rodzica. Proces ten autorzy wiązali z lojalnością wobec rodziny, który w konsekwencji nakładał nadmierny ciężar odpowiedzialności na dziecko, co kształtowało jego tożsamość i poczucie własnej wartości. U takich dzieci często pojawiają się: stres, zmartwienie

i wewnętrzny konflikt, gdy próbują one pogodzić opiekuńcze obowiązki z własnymi potrzebami. Badacze zwracali uwagę na konsekwencje parentyfikacji, które mogą wpływać na rozwój psychospołeczny, strategie radzenia sobie oraz relacje interpersonalne w późniejszym życiu⁴⁵³. Wnioski przedstawione przez autorów, dotyczące charakterystyki parentyfikacji oraz jej konsekwencji w rodzinach osób z chorobą psychiczną, pokrywają się z wypowiedziami badanych osób, zarówno w obszarze samego doświadczenia parentyfikacji, jak i konsekwencji, jakie badane osoby odczuwają w dorosłym życiu.

Przyglądając się znaczącym wydarzeniom wskazywanym przez sześcioro z badanych osób, można wyróżnić następujący zarys nadawaniu znaczenia tym wydarzeniom: w pierwszej fazie wiązał się z konkretną sytuacją bądź jej konsekwencjami, która koncentrowała się wokół epizodu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodzica, w drugiej – z refleksją własną badanych osób wobec tej sytuacji. We wskazanych wydarzeniach wyraźnie wybrzmiewał wątek dotyczący „uwolnienia się z ciężaru”, wynikającego z choroby rodzica; w przypadku niektórych rozmówców było to zrozumienie istoty choroby rodzica, które pozwoliło im uwolnić się od poczucia winy; u innych skonfrontowanie się z doświadczeniami trudności pojawiającymi się w rodzinach innych osób; jedna z badanych osób wskazała, że było to definitywne zakończenie relacji z chorym rodzicem. We wszystkich przypadkach wiązało się to z odzyskaniem jakiejś części własnej niezależności i poczucia kontroli nad własnym życiem. Interesującym wydaje się być fakt, że wskazane przez badane osoby znaczące wydarzenia nie były wydarzeniami, które w sposób szczególny zmieniły ich życie i dla większości osób mogłyby nie być poruszające. Wynikać to może z charakterystyki funkcjonowania rodzin, w których jeden z rodziców mierzy się z ChAD, która została nakreślona wcześniej. Dzieci wychowujące się w takich rodzinach przyzwyczajone są do dużej dynamiki zmian, problemowych i nieoczywistych doświadczeń, które pojawiają się w ich rodzinach w czasie epizodów choroby oraz długotrwałego napięcia. Odnalezienie wewnętrznej równowagi, akceptacji własnej sytuacji rodzinnej i koncentracja na własnych refleksjach i potrzebach okazuje się mieć dominujące znaczenie dla takich dzieci. Warto zwrócić uwagę na wypowiedzi

⁴⁵³ T. Aurel, Life strategies of parentified children of parents with mental illness in the transition to adulthood: between self-sacrifice and disengagement, „International Journal of Adolescence and Youth”, 2025, t. 30, nr 1, s. 3.

jedynego z badanych mężczyzn, w kwestii znaczącego wydarzenia, który wskazał na całość sytuacji oraz dynamikę jej zmian, która w konsekwencji w jego opinii wpłynęła na poszukiwanie przez niego drogi ucieczki w uzależnieniu. Wypowiedź badanego koresponduje z wynikami badań, wskazujących na stosowanie przez mężczyzn częściej niż kobiety strategii radzenia sobie ze stresem opartej na unikaniu⁴⁵⁴, która „ma na celu zmniejszenie skutków działania sytuacji stresowej i przejawia się w próbach ‘ucieczki’ od stresora, np. przez zaprzeczanie, zajmowanie się czymś innym, poszukiwanie kontaktów towarzyskich”⁴⁵⁵.

Do obszarów funkcjonowania, w których badane osoby mierzyły się z konsekwencjami wynikającymi z wychowywania się z rodzicem z ChAD, należały obszary: emocjonalny, zdrowotny, społeczny oraz rodzinny. Można także wskazać wymienione przez rozmówców konkretne przejawy trudności w tych obszarach.

W zakresie obszaru dotyczącego emocji, który wskazywany był przez wszystkie badane osoby, szczególne trudności pojawiały się z odczuwaniem i wyrażaniem emocji oraz dzieleniem się nimi z innymi osobami, stawianiem i ochroną własnych granic, obniżonym poczuciem własnej wartości i pewności siebie (u części osób), towarzyszeniem nieuzasadnionego lęku o utratę stabilności życiowej (u części osób). Trudności w zakresie odczuwania i wyrażania emocji wskazywane przez badane osoby odnaleźć można również w badaniach naukowych, dotyczących wpływu postawy matek z depresją na regulację emocjonalną ich dzieci⁴⁵⁶. Trudności ze stawianiem granic można powiązać bezpośrednio z doświadczaniem parentyfikacji, gdyż podłoże tego zjawiska wiąże się z nadmiernym obciążaniem dzieci i zmusza je do podjęcia nieadekwatnej dla nich roli. Przyczyną obniżonego poczucia własnej wartości i pewności siebie u dorosłych dzieci rodziców z ChAD mogą być doświadczenia przemocy psychicznej, pojawiające się w czasie epizodów choroby, szczególnie pejoratywne komunikaty dotyczące dziecka, kierowane przez chorego rodzica. Nieuzasadniony lęk o utratę stabilności życiowej z kolei może być wynikiem

⁴⁵⁴ Więcej na ten temat: A. Stańko-Kaczmarek, Mindfulness and coping strategies: Gender differences in adults, „Coping & Health”, 2023, t. 55, nr 8, s. 1–15; A. Kornaszewska-Polak, Gender differences in stress coping strategies, „Forum of Psychology”, 2024, t. 61, nr 2, s. 45–60; R. Cholankeril, E. Xiang, H. Badr, Gender Differences in Coping and Psychological Adaptation during the COVID-19 Pandemic, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, 2023, t. 20, nr 2, s. 993–1010.

⁴⁵⁵ J. Piekarska, Zdolności emocjonalne kobiet i mężczyzn a stosowane strategie radzenia sobie ze stresem, „Studia Psychologica”, 2015, t. 15, nr 1, s. 7.

⁴⁵⁶ A. Morris, Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., Robinson, L. R., The role of family context in the development of emotion regulation, „Social Development”, 2007, t.16, nr 2, s. 376.

specyficznego funkcjonowania rodzin osób z chorobą afektywną dwubiegunową, której rytm wyznaczają epizody choroby.

W obszarze zdrowotnym główne trudności dotyczyły zdrowia psychicznego badanych osób. Rozmówcy wskazywali na pojawiające się u nich w różnych etapach życia epizody depresyjne, zaburzenia afektywne dwubiegunowe oraz zaburzenia osobowości typu borderline. Uzasadnioną obawę o wpływ zaburzeń afektywnych rodzica na dobrostan psychiczny dzieci wskazywali Manja A. Koenders, Esther Mesman, Bernet M. Elzinga, Manon H. J. Hillegers oraz Erik J. Giltay zauważając, że u dzieci osób chorych na chorobę afektywną dwubiegunową istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju w ciągu całego życia, a także urazy emocjonalne, powstałe w wyniku wychowywania się z chorym rodzicem, zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń nastroju u dzieci rodziców z chorobą afektywną dwubiegunową⁴⁵⁷. Należy dodać również, że jedynie dwie z badanych osób nigdy nie korzystały z profesjonalnej pomocy psychiatrycznej i/lub psychoterapeutycznej, jednak deklarowały, że chciałyby w przyszłości skorzystać z takiej pomocy. Osoby, które uczestniczyły w procesie terapeutycznym, zaznaczały, że omówienie ich sytuacji rodzinnej oraz wątków dotyczących doświadczeń wychowywania się z chorym rodzicem było istotnym elementem tego procesu.

Trudności pojawiające się w obszarze społecznym koncentrowały się wokół problemów z nawiązywaniem, budowaniem i podtrzymywaniem relacji z innymi osobami oraz z zaufaniem innym osobom. Część z badanych osób wiązała to z obniżonym poczuciem własnej wartości oraz trudnościami ze stawianiem granic, inni ich wyniku upatrywali w zachowaniu rodzica względem ich samych lub ogółem swojej sytuacji rodzinnej, w której zdani byli tylko na siebie.

W obszarze rodzinnym część z badanych osób wskazała trudności wynikające z emocjonalnego oddzieleniem się od rodziny pochodzenia, co również może wiązać się z pojawiającymi się trudnościami ze stawianiem granic oraz konsekwencją parentyfikacji. Dość interesujący wątek poruszyły dwie z badanych kobiet, które same są matkami. Jedna z nich poddała własne macierzyństwo surowej ocenie i podkreśliła, że widzi w nim wpływ macierzyństwa własnej matki. Druga długo wzbraniała się

⁴⁵⁷ M. A. Koenders, E. Mesman, E. J. Giltay, B. M. Elzinga, M. H. J. Hillegers, Traumatic experiences, family functioning, and mood disorder development in bipolar offspring, „Br J Clin Psychol”, 2020, t. 59, nr 3, s. 278.

przed podjęciem roli matki ze względu na obawę o dziedziczenie choroby przez nią lub dziecko oraz przekonanie, że nie wie jak powinna wyglądać rodzina.

Przyglądając się przejawom trudności w dorosłym życiu dzieci osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, można dostrzec, że chociaż oddziałują na różne obszary funkcjonowania człowieka, to ich podłoże ma charakter emocjonalny. Wynika on z trudnych doświadczeń z okresu dzieciństwa i/lub adolescencji, które były uwarunkowane epizodami ChAD – związane z nimi poczucie niestabilności, doświadczenia przemocy psychicznej, niekiedy długotrwała niedostępność emocjonalna rodzica i napięcie panujące w rodzinie znacząco wpłynęły na obszar związany z emocjami badanych dzieci.

Koncentrując się na wątku dotyczącym wsparciu w okresie wychowywania się z rodzicem z chorobą afektywną dwubiegunową, oczekiwanym przez badane osoby, rozmówcy dość precyzyjnie określali swoje oczekiwania, które koncentrowały się wokół wsparcia instytucjonalnego. Należały do niego: wsparcie ze strony psychologa lub psychiatry czy też zapewnienie rodzinnej terapii lub wsparcia ze strony ośrodków pomocy rodzinie w postaci asystenta rodziny. Znaczącym wsparciem dla badanych osób byłoby udzielenie im informacji na temat choroby rodzica oraz jej specyfiki (zadanie to badane osoby przypisywały pracownikom systemów opieki medycznej lub innej osobie dorosłej z jej najbliższego otoczenia). Oczekiwanym wsparciem pozainstytucjonalnym była pomoc ze strony osób z najbliższego otoczenia, tj. bliższej i dalszej rodziny, sąsiadów, przyjaciół i znajomych rodziców oraz własnych, współpracowników i pracodawców. Charakter oczekiwanego wsparcia można określić jako: emocjonalny, informacyjny, instrumentalny oraz duchowy.

Na podstawie zebranych wniosków z przeprowadzonego badania dostrzec można konieczność szczególnego zainteresowania się i zatroszczenia o rodziny, w których co najmniej jeden z rodziców doświadcza zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Rodziny te w sytuacji wystąpienia epizodu choroby lub innego kryzysu z nimi związanego mogą wymagać wsparcia nawet w podstawowych potrzebach niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania. Mając na uwadze dzieci wychowujące się w takich rodzinach, wysiłkiem całego systemu, składającym się z różnych ogniw (o których będzie mowa w zakończeniu) powinno być ich wspieranie.

ZAMIAST ZAKOŃCZENIA CZYLI WSKAZÓWKI DLA PRAKTYKI

Na podstawie przeprowadzonych rozmów z badanymi osobami oraz wniosków, które z nich płyną, wskazać należy na konieczną i pilną potrzebę objęcia interdyscyplinarnym wsparciem dzieci osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Cel praktyczny niniejszego badania wiązał się ze stworzeniem rekomendacji w celu doskonaleniu wsparcia dla dzieci osób z ChAD, jednak badania wykazały, że takowy system wsparcia nie istnieje. W związku z tym proponuje się podjęcie trójtorowych działań dotyczących: wspierania dzieci osób z chorobą afektywną dwubiegunową, wspierania całego systemu rodzinnego, w którym rodzic otrzymał diagnozę ChAD oraz edukacji społeczeństwa. Propozycje te zostaną opisane poniżej wraz ze wskazaniem proponowanych form działań.

Rekomendowane działania, dotyczące wspierania dzieci wychowujących się w rodzinach, w których co najmniej jeden z rodziców otrzymał diagnozę zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, zostały wytypowane na bazie: analizy wypowiedzi badanych osób, dotyczących oczekiwanego przez nich wsparcia w czasie dzieciństwa i dorastania w domu rodzinnym, przeglądu literatury naukowej oraz przemyśleń i sugestii badaczki.

Najistotniejsze znaczenie we wspieraniu dzieci, których rodzice doświadczają zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, powinien mieć drugi rodzic obecny w systemie rodzinnym lub inna osoba dorosła znacząca dla dziecka, jeśli chory rodzic jest rodzicem samodzielnym. Wsparcie to może wydawać się trudne w realizacji ze względu na zmiany, jakie wywołuje choroba afektywna dwubiegunowa w całej rodzinie oraz wskazywanej przez badane osoby koncentracji drugiego rodzica na swoim chorym małżonku/małżonce/partnerze/partnerce. Równie ważna w sytuacji wystąpienia epizodu ChAD chorego rodzica jest wrażliwość i uwaga na potrzeby, emocje i uczucia dziecka. Zdrowy rodzic powinien być gotowy na otwartą rozmowę z dzieckiem na temat sytuacji, w której znalazła się rodzina na skutek ChAD, wytłumaczenie mu specyfiki tejże choroby oraz przede wszystkim na potrzebach, które w związku z jej wystąpieniem ma dziecko.

Wskazaniem, które pojawiało się zarówno w wypowiedziach badanych osób, jak i w literaturze naukowej, jest konieczność psychoedukacji dzieci, dotycząca zaburzeń

afektywnych dwubiegunowych, ich charakterystyki oraz przebiegu – dostosowanej do możliwości poznawczych i emocjonalnych dziecka.

W części rodzin badanych osób stosowana była „ochronna strategia milczenia” dotycząca choroby rodzica. Dzieci nie były świadome natury zaburzeń nastroju rodzica, często nie wiedziały, że ich rodzic jest chory. Sytuacja ta negatywnie wpływała na relacje wewnątrzrodzinne oraz potęgowała napięcie, które wynikało z niezrozumienia przyczyn zachowania swojego rodzica z ChAD. Korzyści z wczesnej psychoedukacji dzieci w zakresie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych podkreślali również autorzy badań dotyczących komunikacji z dziećmi na temat zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u rodziców, wskazując, że „skuteczna komunikacja dotycząca diagnoz zaburzeń psychicznych u rodzica sprzyja lepszemu zrozumieniu, poprawie relacji oraz wzmacnianiu dobrostanu psychicznego dzieci”⁴⁵⁸. Uzupełnieniem uargumentowania zasadności psychoedukacji dzieci, już przy pojawieniu się pierwszego epizodu choroby, są wyniki badania przeprowadzonego przez Clare Backer, Rebecce Murphy, Johna R. E. Fox, Fione Ulph oraz Rachel Calam, którzy przeprowadzali wywiady z dziećmi w wieku od 4-10 lat, dotyczące doświadczeń związanych z chorobą afektywną dwubiegunową rodzica⁴⁵⁹. Wskazywali oni, że nawet najmłodsze dzieci są w stanie zaobserwować zmiany zachowania rodzica wywołane chorobą oraz zwiększającą się ich świadomością zaburzeń afektywnych rodzica wraz z ich wiekiem. Należy przy tym zaznaczyć, że rozmowę na temat specyfiki zaburzeń afektywnych może przeprowadzić chory rodzic, rodzic zdrowy, psycholog, psychiatra lub też inna osoba, która posiada wiedzę dotyczącą specyfiki zaburzeń afektywnych dwubiegunowych oraz możliwości intelektualnych i stanów emocjonalnych dziecka.

Inną z propozycji do wykorzystania w ramach psychoedukacji najmłodszych może być skorzystanie z literatury dziecięcej. Dotyczyć ona może rozumienia nastroju i emocji w odniesieniu do choroby rodzica, np. seria książek pt. *Mr Men*, autorstwa Rogera Hargreaves. Na polskim rynku wydawniczym dostępna jest również książka pt. *Włosy mamy*, autorstwa Gro Dahle, opisująca epizod depresyjny mamy głównej bohaterki. W języku angielskim wydano także książkę dotyczącą zaburzeń afektywnych

⁴⁵⁸ T. En-Nien, K. Saunders, L. Rashid, L. Dalton, C. Creswell, Communication with children about parental bipolar disorder: A qualitative interview study, „International Journal of Bipolar Disorders”, 2025, t. 13, nr 1, 19, s. 13.

⁴⁵⁹ C. Backer, R. Murphy, J. R. E. Fox, F. Ulph, R. Calam, Young children’s experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child’s perspective, „Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice”, 2017, t. 90, nr 2, s. 212–228.

dwubiegunowych rodzica, skierowaną dla dzieci pt. *My Happy Sad Mummy*, autorstwa Michelle Vasiliu, mogącą stanowić inspirację do rozmów z dziećmi na jej temat.

Od 2025 roku w polskich szkołach realizowany jest przedmiot „edukacja zdrowotna”, w ramach którego poruszane są tematy dotyczące zdrowia psychicznego, których analiza może pomóc w lepszym rozumieniu oraz rozpoznawaniu zaburzeń psychicznych. Zdaniem Ewy Syrek edukacja zdrowotna „pozwała ludziom odzyskać i/lub zwiększyć kontrolę nad własnymi wyborami/zachowaniami, nad własnym życiem, aby osiągnąć zdrowie/dobrostan i polepszać jakość życia”⁴⁶⁰. Rekomendowane jest jednak przeprowadzenie psychoedukacji przy udziale psychologa dziecięcego lub psychiatry.

Kluczowym aspektem wspierania dzieci osób z chorobą afektywną dwubiegunową jest objęcie ich szeroko rozumianą pomocą psychologiczną i/lub psychiatryczną. W wypowiedziach badanych osób znalazły się wątki świadczące o potrzebie objęcia tego rodzaju wsparciem i to nie tylko osoby chorej, ale również jej najbliższych, w tym szczególnie dzieci. Zasadne wydaje się być zatem stworzenie dla dzieci osób z ChAD specjalnego pakietu działań wspierających, obejmującego konsultacje psychologiczne i/lub proces psychoterapeutyczny, rozpoczynający się od uzyskania diagnozy zaburzeń afektywnych dwubiegunowych przez rodzica. Działania te powinny koncentrować się na wzmacnianiu i monitorowaniu dobrostanu psychicznego dzieci, szczególnie w czasie wystąpienia epizodu choroby afektywnej dwubiegunowej u rodzica. W ramach wspomnianych konsultacji psycholog mógłby prowadzić psychoedukację, dotyczącą choroby rodzica, ale przede wszystkim skupić się na emocjach, obawach i lękach towarzyszących dzieciom. Należałoby włączyć do niego również specjalistów z dziedziny psychiatrii, mając na uwadze uzyskane wyniki badań świadczące o doświadczaniu przez badane osoby kryzysów z własnym zdrowiem psychicznym oraz zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń nastroju u dzieci rodziców, u których zostały zdiagnozowane zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Wczesna interwencja psychiatryczna przyczyniałaby się do uzyskania właściwej diagnozy oraz leczenia przez dzieci. Mając jednak na uwadze kryzys obecny w psychiatrii dziecięcej oraz trudności z dostępem do specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego, propozycja ta wydaje się być planem dalekosiężnym. Niemniej, jak podkreślała Ewa

⁴⁶⁰ E. Syrek, ks. G. Polok, *Codziennosc w perspektywie doświadczeń dorosłych dzieci alkoholików. Zarządzanie rozwojem osobistym*, Katowice 2023, s. 98.

Syrek, warto zadbać o zdrowie psychiczne przyszłych pokoleń, gdyż jest ono „nieocenionym zasobem rozwoju społecznego, ekonomicznego i kulturowego każdego społeczeństwa”⁴⁶¹

Rozwiązaniem w tej sytuacji może być szkoła, w której dzieci osób z ChAD mogą brać udział w bezpłatnych konsultacjach psychologicznych. W polskich szkołach zagwarantowane jest (Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej 9.08.2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach) objęcie dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną. Specjaliści pracujący w placówkach oświatowych mogą posiadać ogólną wiedzę na temat zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, jednak dysponują również wiedzą i umiejętnościami przydatnymi we wspieraniu dzieci, które wychowują się z takimi rodzicami. W ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej w placówkach oświatowych dzieci mogą uczęszczać na zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne, w tym w obszarze nazywania i wyrażania własnych emocji. Gabinet psychologa lub pedagoga szkolnego stanowić może dla takich dzieci miejsce swobodnej rozmowy o towarzyszących im uczuciach, lękach i wątpliwościach. Szkoły dysponują również procedurami i narzędziami, które w sytuacji uzasadnionej obawy o niezaspokajanie podstawowych potrzeb dziecka oraz jego bezpieczeństwa powinny zostać uruchomione w celu ochrony swoich uczniów.

Mając na uwadze systemowy charakter rodziny, cenne byłoby również wsparcie udzielane całej rodzinie, które w konsekwencji przyczyniłoby się do poprawy sytuacji samego dziecka. Przykładem skuteczności takiego rozwiązania może być program *Family-Focused Treatment–Health Promoting Intervention* (FFT-HPI), opracowany przez Deborah A. Perlick, Davida J. Mikłowitza, Normę Lopez, Jamesa Chou, Carlę Kalwin, Victorię Adzhishvili oraz Andrew Aronsona, obejmujący „krótką (12–15 sesji), ustandaryzowaną, psychoedukacyjną interwencję dla członków rodziny osób z chorobą afektywną dwubiegunową. Celem FFT-HPI jest wyposażenie opiekuna w zaawansowane umiejętności zarządzania chorobą bliskiego, definiowania celów dotyczących własnej opieki i rozwiązywania barier w opiece nad pacjentem oraz w dbaniu o siebie, poprzez edukację, analizę kluczowych przekonań podtrzymujących dysfunkcyjne wzorce

⁴⁶¹ E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie...*, op. cit., s. 99.

interakcji oraz rozwiązywanie problemów”⁴⁶². Autorzy przeprowadzili następnie badania, które wykazały, że „rodziny radzące sobie z chorobą afektywną dwubiegunową mogą odnieść korzyści z interwencji rodzinnych dzięki poprawie zdolności do zarządzania stresem i regulacji nastroju, nawet gdy pacjent nie uczestniczy bezpośrednio w leczeniu”⁴⁶³.

Odnosząc się do dostępnych w Polsce form wspierania rodziny, wskazać można możliwość objęcia takich rodzin poradnictwem rodzinnym. Zgodnie z art. 46.4 Ustawy o z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej poradnictwo rodzinne „obejmuje problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną”⁴⁶⁴. Zdaniem Teresy Marcinów prowadzenie poradnictwa rodzinnego „ma na celu poprawę relacji w rodzinie, zmniejszenie liczby rozwodów i rozpadów rodziny, zminimalizowanie skutków uzależnień w rodzinie, wykształcenie umiejętności podejmowania decyzji, poprawę komunikacji w rodzinie, podjęcie aktywności zawodowej. Aby uzyskać szeroko rozumiane efekty poprawy kondycji rodziny, podejmuje się najczęściej następujące działania: udzielanie porad psychologicznych, prawnych, pedagogicznych, doradztwa zawodowego, doradztwa życia rodzinnego, a także prowadzenie terapii indywidualnej, grupowej oraz systemowej terapii rodzin”⁴⁶⁵. Poradnictwo rodzinne wydaje się być więc odpowiedzią na problemy mogące wystąpić w systemie rodzinnym na skutek zaburzeń afektywnych dwubiegunowych rodzica. Takie przekonanie w kontekście roli poradnictwa w odpowiedzi na aktualne problemy rodziny podziela także Urszula Gałęska: „poradnictwo rodzinne ma być wsparciem i pomocą w jej trudnej aktualnie sytuacji życiowej, ma doprowadzić do pozytywnego rozwiązania aktualnego problemu, a tym samym przywrócić rodzinną homeostazę”⁴⁶⁶. Należy podkreślić również, że poradnictwo rodzinne ma charakter wielowymiarowy i korzysta z istniejących już form pomocy, co pozwala na zapewnienie szerokiego wsparcia zarówno dla dzieci wychowujących się z rodzicem z ChAD, jak i całej rodziny osoby chorej. Na wielowymiarowość poradnictwa rodzinnego uwagę zwracała także Elżbieta Sujak, która jako najważniejsze zadania

⁴⁶² D. Perlick, D. J. Miklowitz, N. Lopez, J. Chou, C. Kalvin, V. Adzhiashvili, A. Aronson, Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder, „Bipolar Disorders”, 2010, t.12, nr 6, s. 629.

⁴⁶³ Ibidem, s. 627.

⁴⁶⁴ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593.

⁴⁶⁵ T. Marcinów, Etyczny wymiar poradnictwa rodzinnego w świetle programów pomocowych. Wybrane zagadnienia, „Family Forum”, 2014, t. 4, s. 229.

⁴⁶⁶ U. Gałęska, Poradnictwo rodzinne jako pomoc w rozwiązywaniu życiowych problemów rodziny, „Wychowanie w Rodzinie”, 2011, t. 4, s. 200.

poradnictwa rodzinnego wskazała: „pomoc rodzinie w zachowaniu i rozwoju więzi emocjonalnych – świadczona indywidualnie w konkretnych trudnościach pozwoli przekroczyć pozornie piętzące się progi i zażegnać niejedną stan zagrożenia. Jest w stanie nauczyć prawidłowego kontaktu i wyrażania własnych uczuć w sposób, który nie raniłby drugiego; pomoc w sytuacjach konfliktowych i kryzysowych. Istota tej pomocy polega nie tylko na uczeniu akceptowania nieuniknionych sytuacji konfliktowych, ale także umiejętnego ich ‘rozplątywania’ i rozwiązywania; pomoc w zadaniach wychowawczych, szczególnie w trudnościach, jakie przynoszą indywidualność dziecka i jego przemiany rozwojowe; pomoc indywidualna w osobistych problemach, zarówno człowieka młodego, jak i dojrzałego, dotyczących ważnych węzłowych decyzji życiowych”⁴⁶⁷. Zakres zadań wypełnianych w ramach poradnictwa rodzinnego stwarza zatem szerokie możliwości wspierania rodziny w kryzysie oraz umożliwia doprowadzenie do równowagi w systemie rodzinnym po jego wystąpieniu.

Inną z form wspierania rodzin osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi może być obecność w życiu rodzin osoby spoza systemu rodzinnego, posiadającej odpowiednie kompetencje i kwalifikacje do wspierania rodzin mierzących się z różnymi trudnościami. Na potrzebę obecności takich osób wskazały również osoby biorące udział w badaniu. Taką osobą może asystent rodziny, którego rola koncentruje się na „udzielaniu okresowego wsparcia rodzinie, która z różnych przyczyn (np. niezaradność życiowa, niepełnosprawność, patologia) ma problemy z wypełnianiem funkcji rodzinnych. Wsparcie udzielane rodzinie polega na stosowaniu takich form i metod pracy, które docelowo mają doprowadzić do zmiany jej aktualnej sytuacji oraz osiągnięcia podstawowego poziomu stabilności życiowej. Asystent rodziny udziela przede wszystkim wsparcia emocjonalnego, informacyjnego oraz instrumentalnego. Warto dodać, że te poszczególne rodzaje wsparcia z reguły są świadczone równoległe”⁴⁶⁸. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w art. 15, szczegółowo wskazuje zadania asystenta rodziny, wśród których odnaleźć można te, które będą szczególnie istotne dla rodzin, w których rodzice chorują na zaburzenia afektywne dwubiegunowe: „udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów psychologicznych, wspieranie aktywności społecznej rodzin, motywowanie

⁴⁶⁷ E. Sujak *Poradnictwo małżeńskie i rodzinne*, Katowice 1995, s. 20-21.

⁴⁶⁸ A. Zawada, *Asystent rodziny – współczesna forma wsparcia rodzin wieloproblemowych*, „Praca Socjalna”, 2024, t. 39, nr 3, s. 100.

do udziału w zajęciach grupowych dla rodziców, mających na celu kształtowanie prawidłowych wzorców rodzicielskich i umiejętności psychospołecznych, udzielanie wsparcia dzieciom, w szczególności poprzez udział w zajęciach psychoedukacyjnych, podejmowanie działań interwencyjnych i zaradczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dzieci i rodzin”⁴⁶⁹. Obecność asystenta rodzin w omawianych rodzinach mogłaby nieść ze sobą szerokie korzyści dla zdrowego rodzica, które otrzymałby niezbędne wsparcie oraz poczucie niepozostawienia samemu sobie z trudnościami, mogące pomóc mu zredukować stres, a także napięcie, co w dalszej perspektywie mogłoby stanowić korzyści dla jego relacji z dzieckiem. Należałoby jednak podjąć działania mające na celu uświadomienie społeczeństwa, że korzystanie ze wsparcia asystenta rodziny ma za zadanie wspomaganie rodziny wobec pojawiających się różnorodnych trudności i nie wiąże się to faktem, że dana rodzina jest niewydolna wychowawczo lub całkowicie dysfunkcyjna. Służyłoby to zapobieganiu stygmatyzacji takich rodzin, na którą podwójnie narażone mogą być rodziny osób z ChaD.

Inną możliwością wspierania rodziny poprzez osoby spoza systemu rodzinnego, a posiadające do tego odpowiednie kompetencje, jest wspieranie rodziny przez asystenta zdrowienia. Tym mianem „określane są osoby, które aktywnie doświadczyły choroby, niepełnosprawności i/lub problemów ze zdrowiem psychicznym, w konsekwencji czego zyskały pogłębioną wiedzę i znajomość kontekstów społeczno-kulturowo-instytucjonalnych, w których trudności w ww. zakresie nabierają szczególnego znaczenia. Asystenci zdrowienia potrafią wykorzystać własne doświadczenia kryzysu psychicznego we wspieraniu innych osób, które borykają się z podobnymi trudnościami”⁴⁷⁰. Odnosząc się do rodzin chorych osób, Mateusz Glinowiecki zauważył, że asystenci zdrowienia mogą stanowić ważne wsparcie informacyjne dla rodzin, gdyż są to osoby „które znają specyfikę chorób psychicznych, rozumieją, co dzieje się z chorym, potrafią doradzić, jak zachowywać się w konkretnych sytuacjach”⁴⁷¹. Ponadto asystenci zdrowienia „dają siłę oraz nadzieję rodzinom i bliskim tych osób poprzez pokazanie, że nawet choroba może stanowić zasób, w oparciu o który można budować dalsze życie,

⁴⁶⁹ Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, art. 15, Dz. U. z 2011 r., nr 149, poz. 887.

⁴⁷⁰ M. Bartosiewicz-Niziołek, S. Kaczmarczyk-Partyka, B. Olszewski, M. Ostrowska, Rola i funkcjonowanie Asystentów Zdrowienia (Ex-In) w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej, „Studia Psychologica: Theoria et Praxis”, 2021, t.21, nr 2, s. 8.

⁴⁷¹ M. Glinowiecki, Asystent zdrowienia – nowy zawód pomocowy w obszarze zdrowia psychicznego, „Polityka Społeczna”, 2025, t. 52, nr 3, s. 26.

a jednocześnie pomagać innym”⁴⁷². Obecność asystenta zdrowienia w procesie leczenia osoby z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi stanowić może zatem korzyść nie tylko dla osoby chorej, ale również jej najbliższych, w tym dzieci, dzięki dostarczaniu rodzinom wiedzy na temat choroby, mechanizmów jej działania oraz nadziei na powrót do stabilności. Asystenci zdrowienia mogą wesprzeć rodziny w zaplanowaniu konkretnych rozwiązań i planu działań w czasie trwania epizodów choroby, co może ograniczyć dezorganizację funkcjonowania systemu rodzinnego.

Warto także wspomnieć o możliwościach wsparcia ze strony terapeutów środowiskowych, których zadaniem jest wspieranie nie tylko osoby chorej, ale również jego rodziny. Zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności, „celem pracy terapeuty środowiskowego jest udzielanie wsparcia i terapii pacjentowi/podopiecznemu, jego rodzinie oraz społeczności lokalnej. Świadczy on czynną opiekę wobec pacjentów/podopiecznych z zaburzeniami psychicznymi i emocjonalnymi w ramach środowiskowych form opieki. Nawiązuje kontakt z pacjentem/podopiecznym oraz rozpoznaje jego potrzeby i możliwości, planuje działania terapeutyczne oraz opracowuje indywidualny i społeczny plan wsparcia, podejmuje interwencje środowiskowe, realizuje działania terapeutyczne w wymiarze indywidualnym i społecznym dotyczące pacjentów/podopiecznych, ich rodzin oraz społeczności lokalnej. Terapeuta środowiskowy realizuje zadania poprzez oddziaływania indywidualne, a także współpracując z wielospecjalistycznym zespołem terapeutycznym”⁴⁷³. Choć jest to zawód stosunkowo nowy i brak jest jeszcze rzetelnych opracowań naukowych dotyczących efektów współpracy terapeutów środowiskowych z rodzinami osób z zaburzeniami psychicznymi, to dostrzec można potencjał we wspieraniu rodzin osób z ChAD.

Ostatnim aspektem, o którym należy wspomnieć w rekomendacjach dotyczących wspierania dzieci wychowujących się w rodzinach z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, jest stałe uzupełnianie wiedzy i rozwijanie wrażliwości społeczeństwa w związku z zaburzeniami psychicznymi. Choć rekomendacja ta nie jest niczym odkrywczym, to należy podkreślić, że przysłużyć się może zmniejszeniu stygmatyzacji osób z chorobami psychicznymi oraz ich rodzin. Powszechna wiedza

⁴⁷² M. Bartosiewicz-Niziołek, S. Kaczmarczyk-Partyka, B. Olszewski, M. Ostrowska, Rola i funkcjonowanie..., op. cit., s. 10-11.

⁴⁷³ <https://www.pkd.com.pl/wyszukiwarka/zawod/zus/325201.html> [dostęp: 23.01.2026]

o chorobach psychicznych oraz empatia społeczna mogą przyczynić się do korzystania z wskazanych wcześniej form wsparcia, a także zminimalizować poczucie wstydu występujące u dzieci z powodu choroby psychicznej rodzica.

BIBLIOGRAFIA

1. Adamski F., Rodzina: wymiar społeczno-kulturowy, Kraków 2002.
2. American Psychiatric Association, DSM-5® Desk Reference. Kryteria diagnostyczne, tłum. P. S. Krawczyk, Wrocław 2015.
3. Appelt K., Brzezińska A., Ziółkowska B., Psychologia rozwoju człowieka, Sopot 2016.
4. Appelt K., Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych?, (w:) A. Brzezińska (red.), Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa, Gdańsk 2005, s. 503-552.
5. Aurel T., Life strategies of parentified children of parents with mental illness in the transition to adulthood: between self-sacrifice and disengagement, „International Journal of Adolescence and Youth”, 2025, t. 30, nr 1, s. 1-19.
6. Babbie E., Badania społeczne w praktyce, tłum. W. Betkiewicz, M. Bucholc, P. Gadomski, J. Haman, A. Jasiewicz-Betkiewicz, A. Kloskowska-Dudzińska, M. Kowalski, M. Mozga, Warszawa 2005.
7. Backer C., Murphy R., Fox J. R. E., Ulph F., Calam R., Young children’s experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child’s perspective, „Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice”, 2017, t. 90, nr 2, s. 212–228.
8. Bajor A., K. Cyrkun, Wieloaspektowe definiowanie rodziny w odniesieniu do typów rodzin dysfunkcyjnych, (w:) J. Kawa (red.), Wyzwania współczesnego świata, t. XIV, Łódź 2021, s. 65-78.
9. Bartosiewicz-Niziołek M., Kaczmarczyk-Partyka S., Olszewski B., Ostrowska M., Rola i funkcjonowanie Asystentów Zdrowienia (Ex-In) w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej, „Studia Psychologica: Theoria et Praxis”, 2021, t. 21, nr 2, s. 5-18.
10. Bauer R., Spiessl H., Helmbrecht M. J., Burden, reward, and coping of adult offspring of patients with depression and bipolar disorder, „International Journal of Bipolar Disorders”, 2015, t. 3, nr 2, s. 1-7.
11. Becker-Pestka D., Dubis M., Różyńska S., Rodzina dysfunkcyjna i patologiczna w przestrzeni życiowej młodych dorastających, Wrocław 2018.
12. Bereźnicka M., Wychowanie dziecka we współczesnej rodzinie, Kraków 2014.
13. Bielecka-Prus J., Paradygmat partycypacyjny w naukach społecznych. Wykorzystywanie danych wytworzonych przez badanych w analizie jakościowej, „Rocznik Lubuski”, 2013, t. 39, nr 1, s. 29-51.
14. Błasiak A., Dybowska E., Rodzicielstwo i jego znaczenie dla procesu wychowania dziecka (w:) A. Błasiak, E. Dybowska (red.), Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny, Kraków 2010, s. 105-127.
15. Błasiak A., Funkcje rodziny w zmieniającej się rzeczywistości, (w:) A. Błasiak, E. Dybowska (red.), Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny, Kraków 2010, s. 73-103.

16. Błasiak A., Znaczenie więzi i atmosfery rodzinnej dla funkcjonowania rodziny, (w:) A. Błasiak, E. Dybowska (red.), Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny, Kraków 2010, s.129-142.
17. Borowiecka-Kluza J. E., Miernik-Jaeschke M., Jaeschke R., Siwek M., Dudek D., Brzemie rodziny chorych z zaburzeniami afektywnymi – zarys problemu, *Psychiatria Polska*, 2013, t. 47, nr 4, s. 635-644.
18. Bradshaw J., Zrozumieć rodzinę: rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie, tłum. Hanna Szczepańska, Warszawa 1994.
19. Brycz B., Dudycz T., Paradygmat jako podstawa metody naukowej w naukach o zarządzaniu, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, 2010, nr 144, s. 52-62.
20. Brzezińska A. I., Kaczan R., Rycielska L., Przekonania o swoim życiu. Spostrzeganie historii życia przez osoby z ograniczeniami sprawności, Warszawa 2010.
21. Brzezińska A., Czub T., Hejmanowski S., Rękosiewicz M., Kaczan R., Piotrowski K., Uwarunkowania procesu kształtowania się tożsamości w okresie przejścia z adolescencji do dorosłości, „Kultura i Edukacja”, 2012, nr 3(89), s. 23–50.
22. Chase N. D., Parentification: An Overview of Theory, Research, and Societal Issues, (w:) Nancy D. Chase (red.), Burdened children: Theory, research, and treatment of parentification, Thousand Oaks, London, New Delhi, 1999, s. 3-33.
23. Chojnacka B., Doświadczenie parentyfikacji. Perspektywa biograficzna, Kraków 2021.
24. Chojnacka B., Parentyfikacja – identyfikacja i analiza środowisk wychowawczych. Perspektywa biograficzna, "Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze", 2022, nr 2, s. 53-63.
25. Cholankeril R., Xiang E., Badr H., Gender Differences in Coping and Psychological Adaptation during the COVID-19 Pandemic, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, 2023, t. 20, nr 2, s. 993–1010.
26. Cichosz M., Pedagogika społeczna. Zarys problematyki, Kraków 2014.
27. Ciechowska M., Podstawy badań jakościowych w pedagogice, (w:) M. Ciechowska, M. Szymańska (red.), Wybrane metody jakościowe w badaniach pedagogicznych Część I, Kraków 2018, s. 25-100.
28. Cierpka A., Systemowe rozumienie funkcjonowania rodziny, (w:) A. Jurkowski (red.), Z zagadnień współczesnej psychologii wychowawczej, Warszawa 2003, s. 107-129.
29. Cierpka A., Tożsamość i narracje w relacjach rodzinnych, Warszawa 2013.
30. Ciesielska M., Rodzaje, formy i cykl przemocy w rodzinie, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy”, 2014, nr 12(3), s. 7-16.
31. Conway M. A., Autobiographical knowledge and autobiographical memories, (w:) D. C. Rubin (red.), Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory, Cambridge 1996, s. 67–93.

32. Creswell J. W., Projektowanie badań naukowych Metody jakościowe, ilościowe i mieszane, tłum. J. Gilewicz, Kraków 2013.
33. Cudak H., Cudak S., Znaczenie rodziny w procesie wychowawczym dzieci i młodzieży, „Studia Pedagogiczne. Problemy społeczne, edukacyjne i artystyczne”, 2020, t. 35, s. 37-51.
34. Cudak H., Dysfunkcje rodziny i jej zagrożenia opiekuńczo-wychowawcze, „Pedagogika Rodziny”, 2011, t.1(2), s. 7-14.
35. Ćwiklicki M., Pilch K., Rygor metodologiczny wielokrotnego studium przypadku w badaniach marketingu miejsc, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, 2018, nr 376, s. 23-35.
36. Daniliewicz W., Sytuacja życiowa dzieci w rodzinach migracyjnych, Białystok 2006.
37. Denzin N.K., Lincoln Y.S., Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych, (w:) N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), Metody badań jakościowych, tłum. K. Podemski, Warszawa 2009, s. 19-76.
38. Dołęga Z., Płachetka J., Rozpoznanie przewlekłej choroby somatycznej jako źródło kryzysu w okresie wczesnej dorosłości, (w:) K. Popiołek, A. Bańka, K. Zalewska-Łunkiewicz (red.), Kryzysy osobiste i systemowe, Poznań – Katowice 2017, s. 63-68.
39. Drożdżowicz L., Ogólna teoria systemów, (w:), B. de Barbaro (red.), Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny, Kraków 1999, s. 9-17.
40. Dubas E., Uczenie się z (własnej) biografii – wprowadzenie”, (w:) E. Dubas, W. Świtalski (red.), Uczenie się z własnej biografii, Łódź 201, s. 5-9.
41. Dubas E., Uczenie się z własnej biografii jako egzemplifikacja biograficznego uczenia się, „Nauki o wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne”, 2017, t. 4, nr 1, s. 63-87.
42. En-Nien, T., Saunders K., Rashid L., Dalton L., Creswell, C., Communication with children about parental bipolar disorder: A qualitative interview study, „International Journal of Bipolar Disorders”, 2025, t. 13, nr 1, 19, s. 1-15.
43. Erikson E. H, Dzieciństwo i społeczeństwo, tłum. P. Hejmej, Poznań 2000.
44. Erikson E. H., Erikson J. M., Dopełniony cykl życia, tłum. C. Matkowski, Gliwice 2011.
45. Flick U., Projektowanie badania jakościowego, tłum. P. Tomanek, Warszawa 2012.
46. Frączek Z., Dysfunkcjonalność i problemy współczesnej polskiej rodziny w świetle danych statystycznych i wspierających działań państwa, „Kultura – Przemiany – Edukacja”, 2021, t. 9, s. 149–169.
47. Gajek K., Doświadczenie przemocy w rodzinie. Autobiograficzne narracje kobiet, Łódź 2018.
48. Gałęcki P., Szulc A., Psychiatria, Wrocław 2018.
49. Gałęska U., Poradnictwo rodzinne jako pomoc w rozwiązywaniu życiowych problemów rodziny, „Wychowanie w Rodzinie”, 2011, t. 4, s. 199-208.

50. Gerlach R., Badania jakościowe w pedagogice pracy, „Problemy Profesjologii”, 2015, nr 2, s. 13-20.
51. Glinka B., Czakon W., Podstawy badań jakościowych, Warszawa 2021.
52. Glinowiecki M., „Asystent zdrowienia – nowy zawód pomocowy w obszarze zdrowia psychicznego”, „Polityka Społeczna”, 2025, t. 52, nr 3, s. 23 - 30.
53. Gnitecki J., Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej, Zielona Góra 1993.
54. Golonka-Legut J., Edukacyjny potencjał indywidualnego doświadczenia życiowego, Wrocław 2019.
55. Golonka-Legut J., Uczenie się w perspektywie biograficzności. Perspektywa andragogiczna, „Rocznik Andragogiczny”, 2023, t.30, s. 331–349.
56. Grzegorzewska I., Parentyfikacja w rodzinach z problemem alkoholowym, „Alcoholism and Drug Addiction”, 2016, t. 29, nr 1, s. 27-38.
57. Guba E.G., Y.S. Lincoln, Kontrowersje wokół paradygmatów, sprzeczności i wyłaniające się zbieżności, tłum. M. Bobako, (w:) N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), Metody badań jakościowych, Warszawa 2009, s. 281-314.
58. Gulla B., System rodzinny w obliczu doświadczenia choroby somatycznej, (w:) G. Makiełło-Jarża (red.) Wymiary przestrzeni życiowej współczesnej rodziny, Kraków 2008, s. 117-130.
59. Gwóźdź M., Kornaszewska-Polak M., Szymczyk L., Wójtowicz M., Kondycja współczesnej rodziny - ujęcie interdyscyplinarne, Katowice 2021.
60. Harwas-Napierała B., Komunikacja w rodzinie ujmowanej jako system w relacji rodzice - dzieci, „Roczniki Socjologii Rodziny”, 2006, t. 17, s. 221-233.
61. Havighurst R. J., Developmental tasks and education, New York 1972.
62. <https://www.pkd.com.pl/wyszukiwarka/zawod/zus/325201.html> [dostęp: 23.01.2026]
63. Janke A. W., Kawula S., Polimorficzność i komplementarność badań nad współczesną rodziną, (w:) J. Brągiel, A. W. Janke, S. Kawula, Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki, Toruń 1997, s. 19-44.
64. Jankowska M., Sposoby rozwiązywania kryzysów w teorii psychospołecznego rozwoju E. H. Eriksona w aspekcie rozwoju człowieka i zdrowia psychicznego oraz zaburzeń w rozwoju, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, 2017, t. 32, nr 4, s. 45-64.
65. Jankowska M., Wychowanie jako system wzajemnych oddziaływań rodziców i dzieci, „Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio”, 2015, t. 21, nr 1, s. 5-33.
66. Jarczyńska J., Kryzysy psychospołeczne, oddziaływania rodzicielskie a osiągnięcie tożsamości w świetle teorii rozwoju psychospołecznego E. Eriksona, (w:) M. Deptuła (red.), Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej, Bydgoszcz 2005, s. 138-157.
67. Kamiński A., Środowisko wychowawcze — kłopoty definicyjne, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 1975, t. 36, z. 4, s. 15-28.

68. Kantowicz E., Perspektywa transwersalna w badaniu rodziny ryzyka i wsparciu społecznym m rzecz dziecka i rodziny, *Roczniki Socjologii Rodziny*, 2010, t. 20, s. 209-223.
69. Kawula S., Rodzina jako grupa o instytucja opiekuńczo-wychowawcza, (w:) J. Brągiel, A. W. Janke, S. Kawula, *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń 1997, s. 45-79.
70. Kawula S., Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych, (w:) J. Brągiel, A. W. Janke, S. Kawula, *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń 1997, s. 115-152.
71. Kawula S., Rodzina społecznego i indywidualnego ryzyka, (w:) S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania–aktualność–perspektywy*, Toruń 2009, s. 481-514.
72. Koenders M. A., Mesman E., Giltay E. J., Elzinga B. M., Hillegers M. H. J., Traumatic experiences, family functioning, and mood disorder development in bipolar offspring, *„Br J Clin Psychol”*, 2020, t. 59, nr 3, s. 277-289.
73. Konecki K., *Studia z metodologii badań jakościowych, Teoria ugruntowana*, Warszawa 2000.
74. Kornaszewska-Polak A., Gender differences in stress coping strategies, *„Forum of Psychology”*, 2024, t. 61, nr 2, s. 45–60.
75. Kostera M., *Antropologia organizacji. Metodologia badań terenowych*, Warszawa 2005.
76. Kotlarska-Michalska A., Zakres funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej rodziny, *„Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”*, 1985, t. 47, z. 1, s. 243-253.
77. Krasiejko I., *Rodzina z dziećmi. Rodzina dysfunkcyjna. Pedagogika, praca socjalna, terapia*, Warszawa 2019.
78. Krawczyk-Bocian A., *Homo narrator*, Bydgoszcz 2021.
79. Krzesińska-Żach B., *Pedagogika rodziny. Przewodnik do ćwiczeń*, Białystok 2007.
80. Kubinowski D., *Jakościowe badania pedagogiczne. Filozofia-metodyka-ewaluacja*, Lublin 2012.
81. Kuhn T. S., *Struktura rewolucji naukowych*, tłum. H. Ostromęcka, Warszawa 2009.
82. Kukułowicz T., *Rodzina wychowuje*, Stalowa Wola 2001, s. 195-201.
83. Kuleta-Krzyszowskiak M., Wasilewska M., *Parentyfikacja jako konsekwencja kryzysów w rodzinie: implikacje dla interwencji kryzysowej i psychoterapii*, (w:) M. Kuleta-Krzyszowskiak, M. Wasilewska (red.), *Od psychologii kryzysu do interwencji kryzysowej i środowiskowej: pamięci Marii Einhorn-Susułowskiej*, Toruń 2021, s. 338–339.
84. Lalak D., *Życie jako biografia. Podejście biograficzne w perspektywie pedagogicznej*, Warszawa 2010.
85. Lasocińska K., Zróżnicowanie współczesnych biografii a potrzeba refleksyjności w rozwoju osób dorosłych, *„Civitas Hominibus: rocznik filozoficzno-społeczny”*, 2013, t. 8, s. 55–66.

86. Liberska H., Orientacja przyszłościowa młodzieży a jej środowisko rodzinne, „Roczniki Socjologii Rodziny”, 2006, tom 17, s. 65-82.
87. Lindyberg I., Świat(y) „upośledzonego” macierzyństwa, Kraków 2012.
88. Łobocki M., Metody i techniki badań pedagogicznych, Kraków 2011.
89. Łobocki M., Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych, Warszawa 2010.
90. Majewska-Kafarowska A., Narracja, tożsamość, historia życia – wokół pojęć i zjawisk, „Edukacja Dorosłych”, 2016, nr 1, s. 87-98.
91. Marcinów T., Etyczny wymiar poradnictwa rodzinnego w świetle programów pomocowych. Wybrane zagadnienia, „Family Forum”, 2014, t. 4, s. 223-233.
92. Maruszewski T., Pamięć autobiograficzna i tożsamość, „Czasopismo Psychologiczne”, 2010, t. 16, nr 1, s. 21-30.
93. Maruszewski T., Pamięć autobiograficzna, Gdańsk 2005.
94. Maszke A. W., Tok przygotowywania badań, (w:) S. Palka (red.), Podstawy metodologii badań w pedagogice, Gdańsk 2010, s. 153-176.
95. Matyjas B., Pedagogika rodziny. Aktualna problematyka i nowe obszary badawcze, „Studia z Teorii Wychowania”, 2020, t. XI, nr 2(31), s. 81-98.
96. Mellibruda J. Poszukiwanie samego siebie, Warszawa 1977.
97. Michałowska E., Funkcjonowanie rodziny z chorymi na zespół psychozy dwubiegunowej afektywnej, (w:) A. Łaska-Formejster, M. Synowiec-Piłat (red.), Społeczne konteksty chorób przewlekłych. Wybrane zagadnienia, Łódź 2013, s. 105-122.
98. Miles M. B., Huberman A. M., Analiza danych jakościowych, tłum. S. Zabielski, Białystok 2000.
99. Minuchin S., Families & family therapy, Cambridge 1974.
100. Miński R., Wywiad pogłębiony jako technika badawcza. Możliwości wykorzystania IDI w badaniach ewaluacyjnych, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 2017, t. 13, nr 3, s. 30-51.
101. Moczka K., Wsparcie pedagogiczne dziecka w zmaganiu się z chorobą przewlekłą, „Chowanna”, 2016, t. 2, nr 47, s. 125-139.
102. Morris A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., Robinson, L. R., The role of family context in the development of emotion regulation, „Social Development”, 2007, t.16, nr 2, s. 361–388.
103. Muszyński H., Metodologiczne vademecum badacza pedagoga, Poznań 2018.
104. Nicińska M., Indywidualne wywiady pogłębione i zogniskowane wywiady grupowe- analiza porównawcza, ASK: Research and Methods, 2000, nr 8, s. 39-50.
105. Niedźwieńska A., Pamięć autobiograficzna, (w:) A. Gałdowa (red.), Tożsamość człowieka, Kraków 2000, s. 111-126.
106. Nowak S., Metodologia badań społecznych, Warszawa 2006.
107. Okoń W., Nowy słownik pedagogiczny, Warszawa 2001.
108. Olechnicki K., Szlendak T., Wywiad zużyciem fotografii w metodologii badań socjologicznych i w praktyce społecznej, ASK: Research and Methods, 2002, nr 11, s. 7-26.

109. Ostafińska-Molik B., Wysocka E., Style wychowania w rodzinie pochodzenia w percepcji młodzieży gimnazjalnej i ich znaczenie rozwojowe – próba teoretycznej i empirycznej egzemplifikacji, „Przegląd Pedagogiczny”, 2014, nr 2, s. 213-234.
110. Perlick D. A., Miklowitz D. J., Lopez N., Chou J., Calvin C., Adzhishvili V., Aronson A., Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder, „Bipolar Disorders”, 2010, t. 12, nr 6, s. 627-637.
111. Piekarska J., Zdolności emocjonalne kobiet i mężczyzn a stosowane strategie radzenia sobie ze stresem, „Studia Psychologica”, 2015, t. 15, nr 1, s. 5-18.
112. Pietrański Z., Rozwój człowieka dorosłego, Warszawa 1990.
113. Pilch T., Bauman T., Zasady badań pedagogicznych, strategie ilościowe i jakościowe, Warszawa 2001.
114. Pilch T., Strategia badań ilościowych, (w:) S. Palka (red.), Podstawy metodologii badań w pedagogice, Gdańsk 2010, s. 63-78.
115. Pokrzywnicka O., Wpływ środowiska rodzinnego na rozwój psychiczny i społeczny dziecka, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, 2011, t. 2, nr 6, s. 40-53.
116. Poremska M., Realizacja zadań rozwojowych przez młodzież nieprzystosowaną społecznie, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, 2019, t. 584, nr 9, s. 63–75.
117. Radlińska H., Pedagogika społeczna, Wrocław-Warszawa-Kraków 1961.
118. Radochoński M., Wybrane zagadnienia psychopatologii w ujęciu systemowej koncepcji rodziny, „Roczniki Socjologii Rodziny”, 1998, t. 10, s. 91-109.
119. Radziewicz-Winnicki A., Pedagogika społeczna, Warszawa 2008.
120. Rembowski J., Więzy uczuciowe w rodzinie: studium psychologiczne, Warszawa 1972.
121. Rogowski Ł., Funkcje zdjęć w wywiadach fotograficznych, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 2016, t. 12, nr 4, s. 78-99.
122. Rostowska T., Borchet J., Proces parentyfikacji w kontekście teorii systemowej, „Roczniki Pedagogiczne”, 2016, t. 8(44), nr 3, s. 5-21.
123. Rubacha K., Metodologia badań nad edukacją, Warszawa 2008.
124. Rubacha K., Metody zbierania danych w badaniach pedagogicznych, (w:) Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.), Pedagogika. Podręcznik akademicki, Warszawa 2003, s. 34-58.
125. Rybak-Korneluk, A., Wichowicz H.M., Żuk K., Dziurkowski M., Pamięć autobiograficzna i jej znaczenie w wybranych zaburzeniach psychicznych, „Psychiatria Polska”, 2016, t. 50, nr 5, s. 959–972.
126. Ryś M., Kształtowanie się poczucia własnej wartości i relacji z innymi w różnych systemach rodzinnych, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, 2011, t. 2, nr 6, s. 64-83.
127. Ryś M., Systemy rodzinne: metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej, Warszawa 2001.

128. Rzepa T., Jakie wspomnienia i w jaki sposób przywołuje najczęściej nasza pamięć autobiograficzna?, „Przegląd Psychologiczny”, 2007, t. 50, nr 4, s. 385–400.
129. Schier K., Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie, Warszawa 2015.
130. Seweryńska M., Uczeń z rodziny dysfunkcyjnej. Przewodnik dla wychowawców i nauczycieli, Warszawa 2004.
131. Sigda K., R. Matusiak, Dysfunkcjonalność współczesnej rodziny skutkiem różnego rodzaju uzależnień, „Społeczeństwo i Rodzina”, 2016, nr 46(1), s. 143–154.
132. Sławecki B., Znaczenie paradygmatu w badaniach jakościowych, (w:) D. Jemielniak (red.), Badania jakościowe. Teoria i podejścia. Tom 1, Warszawa 2012, s. 57–87.
133. Smolińska-Theiss B., Rodzina dysfunkcyjna, (w:) T. Pilch (red.), Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku, Tom V, Warszawa 2006, s. 330-332.
134. Smolińska-Theiss B., Theiss W., Badania jakościowe – przewodnik po labiryncie, (w:) S. Palka (red.), Podstawy metodologii badań w pedagogice, Gdańsk 2010, s. 79-102.
135. Smykowski, Błażej. Psychologia kryzysów w kulturowym rozwoju dzieci i młodzieży, Poznań 2012.
136. Stake R. E., Jakościowe studium przypadku, tłum. M. Sałkowska, (w:) N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), Metody badań jakościowych, Warszawa 2009, s. 623-654.
137. Stańko-Kaczmarek A., Mindfulness and coping strategies: Gender differences in adults, „Coping & Health”, 2023, t. 55, nr 8, s. 1–15.
138. Stasik A., Gendźwił A., Projektowanie badania jakościowego, (w:) D. Jemielniak (red.), Badania jakościowe. Teoria i podejścia. Tom 1, Warszawa 2012, s. 18-39.
139. Stokłosa B., Struktura rodziny a wzorce poznawcze ról społecznych, Rzeszów 1987.
140. Sujak E., Poradnictwo małżeńskie i rodzinne, Katowice 1995.
141. Syrek E., Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze, Katowice 2008.
142. Syrek E., Polok G. ks., Codziennosc w perspektywie doświadczeń dorosłych dzieci alkoholików. Zarządzanie rozwojem osobistym, Katowice 2023.
143. Szczurek-Boruta A., Zadania rozwojowe młodzieży i edukacyjne warunki ich wypełniania w środowiskach zróżnicowanych kulturowo i gospodarczo: studium pedagogiczne, Katowice 2007.
144. Świącicki Ł., Choroba afektywna dwubiegunowa w okresie ciąży, „Psychiatria po Dyplomie. Medical Tribune”, 2013, nr 6, s.14-20.
145. Świętochowski W., Rodzina w ujęciu systemowym, (w:) I. Janicka i H. Liberska (red.), Psychologia rodziny, Warszawa 2014, s. 21-45.
146. T. Szlendak, Socjologia rodziny: ewolucja, historia, zróżnicowanie, Warszawa 2011.

147. Taranowicz I., Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przewlekle chorym, „Roczniki Socjologii Rodziny”, 2001, t. XIII.
148. Teusz G., Poradnictwo biograficzne w aspekcie krytycznych wydarzeń życiowych, (w:) A. Kargulowa (red.), Poradnictwo – kontynuacja dyskursu, Warszawa 2009, s. 85-102.
149. Tylikowska A., Obraz doświadczenia indywidualnego w koncepcji Antoniego Kępińskiego, (w:) K. Krzyżewski (red.), Doświadczenie indywidualne: szczególny rodzaj poznania i wyróżniona postać pamięci, Kraków 2003, s. 241-272.
150. Tyra T. L., Depresyjni rodzice i ich dzieci, „Przegląd Psychologiczny”, 2000, t. 43, nr 3, s. 323-337.
151. Tyszka Z., Socjologia rodziny w Polsce, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 1990, t. 52, z. 3-4, s. 233-248.
152. Tyszka Z., Socjologia rodziny, Warszawa 1979.
153. Tyszka Z., System metodologiczny poznańskiej szkoły socjologicznych badań nad rodziną: stan aktualny, Poznań 1997.
154. Tyszkowa M., Rozwój jednostki w cyklu życia: teoria i metodologia badań, Poznań 2010.
155. Uchnast Z., Psychologiczna jakościowa analiza zdarzeń życiowych osoby ludzkiej: podstawowej założenia podejścia personalistycznego, (w:) J. Iskra, M. Artymiak (red.), Doświadczenia człowieka, Kraków 2013, s. 11-26.
156. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593.
157. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, art. 15, Dz. U. z 2011 r., nr 149, poz. 887.
158. Walczak A., Wiśniewska B., Pamięć autobiograficzna, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 2011, t.11, nr 1, s. 51–54.
159. Walden-Gałuszko de K., Problemy psychoonkologiczne rodziny, (w:) K. de Walden-Gałuszko (red.), Psychoonkologia, Kraków 2000.
160. WHO, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja Tom II, 2008.
161. Winiarski M., W kręgu pedagogiki społecznej. Studia-szkice-refleksje, Łódź 2017.
162. Włoka A., Rodzina dysfunkcyjna w perspektywie psychologiczno-socjologicznej, (w:) M. Duda, K. Kutek-Sładek (red.), Kiedy myślimy rodzina..., Praca socjalna w teorii i działaniu, Kraków 2016, s. 129-139.
163. Włodarczyk E., Zakończenie: O wsparciu społecznym i jego znaczeniu (w:) J. Spętanej, D. Krzysztofiak, E. Włodarczyk (red.), Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych, Kraków 2016, s. 191-195.
164. Włodarski Z., Rozwój i kształtowanie doświadczenia indywidualnego, Warszawa 1983.
165. Wroczyński R., Pedagogika społeczna, Warszawa 1985.

166. Yin R. K., Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie, metody i zastosowania, tłum. J. Gilewicz, Kraków 2024.
167. Zawada A., Asystent rodziny – współczesna forma wsparcia rodzin wieloproblemowych, „Praca Socjalna”, 2024, t. 39, nr 3, s. 95-117.
168. Ziemska M., Rodzina a osobowość, Warszawa 1979.
169. Ziółkowska B., Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych?, (w:) A. Brzezińska (red.), Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa, Gdańsk 2005, s. 423–468.
170. Ziółkowska B., Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?, (w:) A. Brzezińska (red.), Psychologiczne portrety człowieka Praktyczna psychologia rozwojowa, Gdańsk 2005, s. 553-590.
171. Znaniecki F., Socjologia wychowania, t. 1, Warszawa 2001.
172. Żegnałek K., Metody i techniki stosowane w badaniach pedagogicznych, Warszawa 2008.

ANEKS

Narzędzie badawcze 1: dyspozycje do wywiadu z użyciem fotografii

Kwestie

1. Uzasadnienie wyboru zdjęcia
2. Kontekst sytuacyjny dotyczący wykonania zdjęcia
3. Wspomnienie powiązane z wybraną fotografią

Narzędzie badawcze 2: dyspozycje do wywiadu pogłębionego niestandardyzowanego

Diagnozowane obszary

1. Zasady, które dominowały w funkcjonowaniu systemu rodzinnego w różnych okresach: przed i po uzyskaniu diagnozy; w okresie epizodów chorobowych i remisji choroby rodziców z ChAD badanych osób
2. Relacje pomiędzy badanymi osobami a pozostałymi członkami systemu rodzinnego oraz znaczenie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych dla kształtu tychże relacji
3. Wspomnienia obejmujące dorastanie z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, które pojawiały się w wypowiedziach badanych osób jako pierwsze oraz które zostały wskazane przez nie jako najważniejsze
4. Doświadczenie parentyfikacji lub jego brak
5. Znaczące wydarzenia z okresu dorastania z rodzicem z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi zachowane w pamięci badanych osób lub jego brak. Znaczenie tego wydarzenia dla kształtu biografii badanych osób
6. Obszary funkcjonowania w dorosłości, w których odczuwane są konsekwencje oraz przejawy dostrzeganych trudności będące skutkiem wychowywania się z rodzicem z ChAD
7. Oczekiwane wsparcie instytucjonalne i pozainstytucjonalne w okresie dzieciństwa i/lub adolescencji w okresach epizodów i remisji ChAD rodzica.

**Narzędzie badawcze 3: arkusz stylu wychowania w rodzinie pochodzenia
autorstwa Marii Rys**

PROFIL

| | | | | | |
|---------|------------|--------|------------|--------------------|----------|
| 55 – 60 | | | | | |
| 47 – 54 | | | | | |
| 41 – 46 | | | | | |
| 21 – 40 | | | | | |
| 0 – 20 | | | | | |
| | Chaotyczna | Władzy | Prawidłowa | Nadopie- kuńcza | Uwikłana |

III. Style wychowania w rodzinie

1. Rodzina pochodzenia

METODA

**ANALIZA STYLU WYCHOWANIA W RODZINIE
RODZINA POCHODZENIA (RP)**

Poniżej przedstawione zostały zestawy twierdzeń charakteryzujące różne postawy w rodzinie. Według nich proszę ocenić zachowania matki i ojca w stosunku do Pani (Pana) w okresie dzieciństwa (do ok. 12 roku życia).

Punkcja zawsze jest taka sama:

3 - zdecydowanie tak

2 - raczej tak

1 - raczej nie

0 - zupełnie nie

x - nie potrafię określić

MOJA MATKA

| Twierdzenie | Odp |
|---|-----|
| 1. Jako dziecko miałem poczucie, że życie składa się z nieskończonej listy obowiązków wyznaczanych mi przez matkę | |
| 2. Jako dziecko traktowałem matkę bardziej jak osobę stojącą wyżej w hierarchii, niż jak troskliwego i życzliwego mi człowieka | |
| 3. Jako dziecko wiedziałem dokładnie, czego ode mnie matka oczekuje, ale nie słyszałem nigdy od niej, że jestem przez nią kochany | |
| 4. Kary i nagrody były nieadekwatne do zachowań, nigdy nie było wiadomo, co będzie się matce podobało, a co nie | |
| 5. Dzięki matce w mojej rodzinie każdy otwarcie i szczerze mógł wypowiedzieć swoje zdanie | |
| 6. Moja matka bardzo mnie kochała i zawsze chętnie okazywała mi to | |
| 7. Moja matka cieszyła się moim szacunkiem, miała u mnie prawdziwy autorytet | |
| 8. Nagrody i kary stosowane przez matkę były słuszne i sprawiedliwe | |
| 9. Moje relacje pozarodzinne mało matkę interesowały | |

| | |
|---|--|
| 10. Moje dobre zachowanie nigdy nie było dla matki wystarczająco dobre; matka moje sukcesy i postępy przyjmowała jako rzecz oczywistą, nie chwaliła mnie za osiągnięcia | |
| 11. Pomiędzy matką a mną w zasadzie nie było szczerzej komunikacji | |
| 12. Matka – nawet jeśli mnie kochała, nie okazywała tego | |
| 13. Matka akceptowała i szanowała moje relacje pozarodzinne (przyjaciół, kolegów), zachęcała mnie do tego typu kontaktów | |
| 14. Atmosferę w moim domu rodzinnym, dzięki matce, cechowała miłość, łagodność i nie stawianie wymagań, które by mnie stresowały | |
| 15. Matka dawała mi jako dziecku właściwą swobodę, dostosowaną do mojego wieku | |
| 16. Matka ściśle kontrolowała moje relacje pozarodzinne i ograniczała je | |
| 17. Matka nie miała u mnie autorytetu | |
| 18. Matka nie myślała o tym, aby mnie przygotować do samodzielnego życia | |
| 19. Moja matka raczej mnie prosiła o wykonanie poleceń i tłumaczyła racje, niż odwoływała się do autorytetu | |
| 20. Matka starała się przygotować mnie do samodzielnego życia | |
| 21. Matka szanowała prawa i uczucia każdego członka rodziny | |
| 22. Matka wychwytywała i krytykowała każdy, nawet najmniejszy mój błąd | |
| 23. Matka zajęta była własnymi sprawami, o zaspokojenie swoich potrzeb jako dziecko musiałem się troszczyć sam | |
| 24. Mojej matce nie zależało ani na rozwoju własnym, ani moim | |
| 25. Matce zależało na rozwoju, na realizacji możliwości, odkrywaniu uzdolnień i talentów każdego członka rodziny | |
| 26. Matki nie interesowało przygotowanie mnie do samodzielnego życia | |
| 27. W domu matka nie stosowała nagród, tylko kary, które służyły także ośmieszeniu mnie; karała surowo | |
| 28. W mojej rodzinie liczyło się tylko zdanie matki | |
| 29. W mojej rodzinie nie istniały bliższe związki między matką a mną, jako dzieckiem | |
| 30. Dla matki ważniejsze było wypełnianie obowiązków niż zaspokajanie potrzeb i budowanie relacji w rodzinie | |
| 31. W mojej rodzinie matka starała się – w miarę możliwości – o zaspokojenie potrzeb wszystkich członków rodziny | |
| 32. W rodzinie matka wprowadzała chaos, nawet ważne sprawy były rozwiązywane przypadkowo | |
| 33. W moim wychowaniu zdecydowanie przeważały nagrody, matka straszła karami, ale ich najczęściej nie stosowała | |
| 34. Dzisiaj czuję, że z matką nie łączę mnie pozytywne uczucia | |

50

MÓJ OJCIEC

| Twierdzenie | Odp |
|---|-----|
| 1. Jako dziecko miałem poczucie, że życie składa się z nieskończonej listy obowiązków wyznaczonych mi przez ojca | |
| 2. Jako dziecko traktowałem ojca bardziej jak osobę stojącą wyżej w hierarchii, niż jak troskliwego i życzliwego mi człowieka | |
| 3. Jako dziecko wiedziałem dokładnie, czego ode mnie ojciec oczekuje, ale nie słyszałem nigdy od niego, że jestem przez niego kochany | |
| 4. Kary i nagrody były nieadekwatne do zachowań, nigdy nie było wiadomo, co będzie się ojcu podobało, a co nie | |
| 5. Dzięki ojcu w mojej rodzinie każdy otwarcie i szczerze mógł wypowiedzieć swoje zdanie | |
| 6. Mój ojciec bardzo mnie kochał i zawsze chętnie okazywał mi to | |
| 7. Mój ojciec cieszył się moim szacunkiem, miał u mnie prawdziwy autorytet | |
| 8. Nagrody i kary stosowane przez ojca były słuszne i sprawiedliwe | |
| 9. Moje relacje pozarodzinne mało ojca interesowały | |
| 10. Moje dobre zachowanie nigdy nie było dla ojca wystarczająco dobre; ojciec moje sukcesy i postępy przyjmował jako rzecz oczywistą, nie chwalił mnie za osiągnięcia | |
| 11. Pomiędzy ojcem a mną w zasadzie nie było szczerzej komunikacji | |
| 12. Ojciec – nawet jeśli mnie kochał, nie okazywał tego | |
| 13. Ojciec akceptował i szanował moje relacje pozarodzinne (przyjaciół, kolegów), zachęcał mnie do tego typu kontaktów | |
| 14. Atmosferę w moim domu rodzinnym, dzięki ojcu, cechowała miłość, łagodność i nie stawianie wymagań, które by mnie stresowały | |
| 15. Ojciec dawał mi jako dziecku właściwą swobodę, dostosowaną do mojego wieku | |
| 16. Ojciec ściśle kontrolował moje relacje pozarodzinne i ograniczał je | |
| 17. Ojciec nie miał u mnie autorytetu | |
| 18. Ojciec nie myślał o tym, aby mnie przygotować do samodzielnego życia | |
| 19. Mój ojciec raczej mnie prosił o wykonanie poleceń i tłumaczył racje, niż odwoływał się do autorytetu | |
| 20. Ojciec starał się przygotować mnie do samodzielnego życia | |
| 21. Ojciec szanował prawa i uczucia każdego członka rodziny | |
| 22. Ojciec wychwytywał i krytykował każdy, nawet najmniejszy mój błąd | |
| 23. Ojciec zajęty był własnymi sprawami, o zaspokojenie swoich potrzeb jako dziecko musiałem się troszczyć sam | |

5

| | |
|--|--|
| 24. Mojemu ojcu nie zależało ani na rozwoju własnym, ani moim | |
| 25. Ojcu zależało na rozwoju, na realizacji możliwości, odkrywaniu uzdolnień i talentów każdego członka rodziny | |
| 26. Ojca nie interesowało przygotowanie mnie do samodzielnego życia | |
| 27. W domu ojciec nie stosował nagród, tylko kary, które służyły także ośmieszeniu mnie; karał surowo | |
| 28. W mojej rodzinie liczyło się tylko zdanie ojca | |
| 29. W mojej rodzinie nie istniały bliższe związki między ojcem a mną, jako dzieckiem | |
| 30. Dla ojca ważniejsze było wypełnianie obowiązków niż zaspokajanie potrzeb i budowanie relacji w rodzinie | |
| 31. W mojej rodzinie ojciec starał się – w miarę możliwości – o zaspokojenie potrzeb wszystkich członków rodziny | |
| 32. W rodzinie ojciec wprowadzał chaos, nawet ważne sprawy były rozwiązywane przypadkowo | |
| 33. W moim wychowaniu zdecydowanie przeważały nagrody, ojciec straszył karami, ale ich najczęściej nie stosował | |
| 34. Dzisiaj czuję, że z ojcem nie łączę mnie pozytywne uczucia | |

KLUCZ

Wszystkie punkty zachowują swoją wartość, jedynie x ma wartość 1,5 punktu

MATKA

| Demokratyczny | | | Autokratyczny | | | Liberalny kochający | | Liberalny niekochający | |
|---------------|----|-------|---------------|----|-------|---------------------|----|------------------------|----|
| Lp. | Nr | P-pty | Lp. | Nr | P-pty | Lp. | Nr | Lp. | Nr |
| 1. | 5 | | 1. | 1 | | 1. | 5 | 1. | 4 |
| 2. | 6 | | 2. | 2 | | 2. | 6 | 2. | 9 |
| 3. | 7 | | 3. | 3 | | 3. | 9 | 3. | 11 |
| 4. | 8 | | 4. | 10 | | 4. | 14 | 4. | 17 |
| 5. | 13 | | 5. | 12 | | 5. | 18 | 5. | 23 |
| 6. | 15 | | 6. | 16 | | 6. | 19 | 6. | 24 |
| 7. | 20 | | 7. | 22 | | 7. | 21 | 7. | 26 |
| 8. | 21 | | 8. | 27 | | 8. | 25 | 8. | 29 |
| 9. | 25 | | 9. | 28 | | 9. | 31 | 9. | 32 |
| 10. | 31 | | 10. | 30 | | 10. | 33 | 10. | 34 |
| RAZEM | | | RAZEM | | | RAZEM | | RAZEM | |

52

OJCIEC

| Demokratyczny | | | Autokratyczny | | | Liberalny kochający | | Liberalny niekochający | |
|---------------|----|-------|---------------|----|-------|---------------------|----|------------------------|----|
| Lp. | Nr | P-pty | Lp. | Nr | P-pty | Lp. | Nr | Lp. | Nr |
| 1. | 5 | | 1. | 1 | | 1. | 5 | 1. | 4 |
| 2. | 6 | | 2. | 2 | | 2. | 6 | 2. | 9 |
| 3. | 7 | | 3. | 3 | | 3. | 9 | 3. | 11 |
| 4. | 8 | | 4. | 10 | | 4. | 14 | 4. | 17 |
| 5. | 13 | | 5. | 12 | | 5. | 18 | 5. | 23 |
| 6. | 15 | | 6. | 16 | | 6. | 19 | 6. | 24 |
| 7. | 20 | | 7. | 22 | | 7. | 21 | 7. | 26 |
| 8. | 21 | | 8. | 27 | | 8. | 25 | 8. | 29 |
| 9. | 25 | | 9. | 28 | | 9. | 31 | 9. | 32 |
| 10. | 31 | | 10. | 30 | | 10. | 33 | 10. | 34 |
| RAZEM | | | RAZEM | | | RAZEM | | RAZEM | |

PROFILE

| | Demokratyczny | Autokratyczny | Liberalny kochający | Liberalny niekochający |
|----------------|---------------|---------------|---------------------|------------------------|
| Bardzo wysokie | 27 – 30 | | | |
| Wysokie | 24 – 26 | | | |
| Średnie | 21 – 23 | | | |
| Niskie | 11 – 20 | | | |
| Bardzo niskie | 0 – 10 | | | |

MATKA

| | Demokratyczny | Autokratyczny | Liberalny kochający | Liberalny niekochający |
|----------------|---------------|---------------|---------------------|------------------------|
| Bardzo wysokie | 27 – 30 | | | |
| Wysokie | 24 – 26 | | | |
| Średnie | 21 – 23 | | | |
| Niskie | 11 – 20 | | | |
| Bardzo niskie | 0 – 10 | | | |

53