

Między lękiem a nadzieją

Between anxiety and hope

Józef Jan Makselon

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Psychoonkologia 2018, 22 (1): 18–22

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2018.81161>

Adres do korespondencji:

ks. prof. dr hab. Józef Jan Makselon
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II
w Krakowie
ul. Kanonicza 20
31-002 Kraków
e-mail: jozef.makselon@upjp2.edu.pl

Streszczenie

Lęk i nadzieja stanowią kontekst ludzkiej egzystencji jako wielowymiarowa rzeczywistość, która jest trudno opisywalna, ale stanowi egzystencjalne doświadczenie w chorobie i przemijaniu. W opisie fenomenu nadziei warto zwrócić uwagę na tzw. nadzieję błędu, która jest też podstawowym problemem terapeutycznym. W analizie tego zjawiska autor wskazuje na znaczenie wątpliwości jako dynamizmu rozwojowego, źródła i typy nadziei, znaczenie religijności w chorobie, jak również potrzebę realistycznej oceny ludzkiego przemijania. Autor przeprowadza wielodyscyplinarną analizę teoretyczną, odnosząc się głównie do literatury psychologicznej, filozoficznej oraz religioznawczej. Wskazuje też na potrzebę, a zarazem możliwość empirycznej weryfikacji sugerowanych hipotez. Wydaje się, że jest to konieczne, aby poszerzyć pole zainteresowań psychoonkologów.

Abstract

Anxiety and hope are the context of human life, they create dynamism and the value of human existence. They are multidimensional and difficult to uniquely identify. They are, however, essential in the experience of illness and passing. In the description of hope it is worth paying attention to the hope as an error, which is a kind of fundamental therapeutic problem. In describing this issue, the author analyses the importance of doubt in the dynamism of personal development, the main sources and types of human anxiety, the existential value of hope, and the role of religion in sickness and proposes a realistic assessment of the human transitoriness.

Słowa kluczowe: terapia, nadzieja, lęk, choroba, religia.

Key words: therapy, hope, anxiety, illness, religion.

Wstęp

Ludzka egzystencja rozgrywa się między pewnymi biegunami. Zdroworozsądkowa refleksja prowadzi bowiem do wniosku, że zawsze znajdujemy się między urodzeniem i śmiercią, zdrowiem i chorobą, niewiedzą i mądrością, miłością i nienawiścią, sukcesem i porażką, tym czego chcemy i nieosiągalnym. Po głębszym zastanowieniu można stwierdzić, że żyjemy między lękiem a nadzieją, jakby rozpięci w czasie z powodu nienazwanej i często niezrozumiałej przeszłości, skomplikowanej teraźniejszości i enigmatycznej, niekiedy mgli-

stej perspektywy przyszłości. Na wspomniane napięcie między lękiem a nadzieją niezbyt często zwraca się uwagę w opracowaniach teoretycznych i praktyce terapeutycznej, choć wydaje się to wskazane, szczególnie w kontekście choroby terminalnej. Nawiązując do poprzednich opracowań, w prezentowanym artykule próbuję przedstawić kilka ważnych kwestii w poszukiwaniach psychoonkologicznych. Lęk i nadzieja stanowią jakby podsumowanie czy usprawiedliwienie całej gamy doświadczeń terminalnych, w których z różną intensywnością zaznaczają się m.in.: stres, bezrad-

ność, utrata kontroli, wstyd, samotność, poczucie winy, utrata wiary, depresja. Kontekst emocjonalny ma także duże znaczenie w poznawczej reprezentacji choroby, bowiem „pełni ważne funkcje regulacyjne, mimo że oceniana w świetle wiedzy medycznej często okazuje się niepełna i nie w pełni poprawna” [1, s. 232].

Lęk

Towarzyszący człowiekowi lęk ma różne odstony i poziomy, co precyzyjnie opisał krakowski psychiatra Kępiński [2]. Wspólnie z bólem lęk czasem zapowiada poważny problem organiczny. Ból bowiem „sygnalizuje zagrożenie w strukturach somatycznych poprzez zaburzenie równowagi metabolizmu energetycznego związanego ze strukturami fizjologicznymi, lęk zaś jest wskaźnikiem zagrożenia w strukturach poznawczych, wynikającego z naruszenia równowagi metabolizmu informacyjnego. Tak rozumiany lęk pełni funkcję regulacyjną” [3, s. 47-48]. Krótko można powiedzieć, że lęk zawęża pole percepcyjne i dlatego pod jego wpływem nie dostrzega się pozytywnych alternatyw. Powoduje także dewastację pamięci, co jest szczególnie widoczne w niektórych chorobach i próbach uporania się czy skonfrontowania z własną historią, losem, przemijaniem. Oprócz wielu rodzajów lęku osobowościowego bądź społecznego w psychoonkologii ważne jest rozeznanie tzw. lęku egzystencjalnego. Ma on charakter ontologiczny i nie sposób go zlikwidować, ale trzeba go włączyć w odwagę istnienia, gdyż przypomina nam o skończoności istnienia w kontekście cielesno-kulturowym, pozwala uniknąć pozornych zabezpieczeń.

W rozmaitych rozważaniach podkreśla się, że najważniejszym rodzajem lęku jest lęk przed śmiercią, który jako tło ludzkiej egzystencji jest rzeczywistością wielowymiarową [4]. Wiąże się on z naturą ludzką, a „doświadczenie tego normalnego niepokoju skończoności i śmierci może być nawet najbardziej skutecznym bodźcem działającym przez większość miesięcy czy lat życia ludzkiego, zanim przyjdzie śmierć” [5, s. 93]. Niepokój i lęk przed śmiercią jest uważany za podstawową emocję, o której mówią osoby doświadczające w jakiejś formie śmierci. Pojawia się on głównie dlatego, że w rozumowym ustosunkowaniu się do śmierci człowieka konfrontujemy się z tajemnicą, jaką jest bliżej czasowo nieokreślona śmierć, której tak naprawdę nigdy nie doświadczą się wprost i bezpośrednio. Dlatego ten lęk zawsze opiera się nie na rzeczywistym przeżyciu własnej śmierci, lecz na jej prawdopodobieństwie. U Kępińskiego czytamy, że „śmierć jest końcem wszystkiego, kończy

się nasze życie, a z nim nasz świat. Dlatego słusznie uważa się, że lęk w swej istocie – mimo różnych postaci, jakie przybiera – jest zawsze lękiem przed śmiercią” [2, s. 226]. Lęk wobec śmierci wyzwala naturalną gotowość do obrony i zachowania własnego życia, zachowania gatunku. Jest stymulowany przez obawę przed samotnością, rozliczeniem z własnym życiem i perspektywą zepchnięcia chorych oraz starszych na margines społeczny. Dołącza się do tego ból i z troskanie o godne zachowanie się w obliczu własnej śmierci, niekiedy kojarzone z poczuciem winy.

W celu „oswojenia się” z lękiem przed śmiercią wielu powołuje się na religijność bądź bliżej niedefiniowalną duchowość. Wiadomo przecież, że religia określa podstawowe cele życia człowieka i jego przeznaczenie, hierarchizuje cele i wartości. Dzięki temu w religii odnajduje się swoiste remedium na egzystencjalną pustkę. Wydaje się również, że pogłębiona analiza wzajemnych relacji między religijnością i lękiem przed śmiercią może pomóc w dojrzałym przeżywaniu zarówno zagrożenia śmiercią, jak i fascynacji tym, co jest „po”. Warto najpierw uwzględnić różne poziomy lęku wobec śmierci, w czym nieodzowną pomocą jest ewangeliczny opis zachowania się Jezusa w Ogrójcu. W relacji św. Łukasza (22,44) czytamy: „Pogrążony w udręce, jeszcze usilniej się modlił, a Jego pot był jak gęste krople krwi, sączące się na ziemię”. Św. Marek (14,34) zauważa, że Chrystus wypowiada słowa: „Smutna jest moja dusza aż do śmierci”. Przyniesione opisy sugerują, że można mówić o fizjologicznym komponencie lęku przed śmiercią (krwawy pot) oraz poziomie psychicznym (smutek, opuszczenie, udręka). Chrystus ujawnia jeszcze duchowy (noetyczny) wymiar lęku przed śmiercią. Objawia się on w Jego słowach: „Wszakże nie moja wola, lecz Twoja niech się stanie” (Łk 22,42). Lęk towarzyszył również śmierci Jezusa na krzyżu. Doszedł on do głosu w przerażającym doświadczeniu, doświadczeniu najgłębszego opuszczenia. Jezus wydał wtedy krzyk: „Boże mój, Boże mój, czemuś Mnie opuścił?” (Mt 27,46). Dowodzi to, że zmagał się On ze swym lękiem i pokonał go najpóźniej w tym momencie, w którym przechodził do Boga, swego Ojca. Dramatyczne opisy z Ogrójca „wskazują na to, że można się lękać śmierci i być religijnym. Do tego jednak nieodzowny jest dojrzały system przekonań, wartości oraz określonych preferencji w zakresie funkcji religijności w osobowości człowieka. W świetle badań psychologicznych okazuje się, że religijność, zaspokajająca przede wszystkim potrzeby poznawcze (pytanie o sens życia, celowość istnienia świata, kryteria wyborów moralnych), zmniejsza główny lęk przed śmiercią, tj. lęk przed nieznanym, co wią-

że się z faktem, że ta forma religijności jest dojrzała, autonomiczna i centralnie zlokalizowana w systemie motywacyjnym jednostki” [6, s. 29].

Oferując zaspokojenie potrzeby sensu istnienia, religia wpisuje się w duchowy poziom lęku. Dojrzała religijność nie jest przecież wynikiem determinacji biologicznej bądź psychicznej, lecz wyborem więzi z osobowym Bogiem. Jest to możliwe mimo ograniczeń ludzkiej biologii i psychicznego zaniepokojenia, gdyż związana z ludzką naturą lękowa reaktywność ciała i psychiki nie przekreśliła religijności. Wszystko zależy od tego, z kim lub czym powiąże się ten lęk, w imię jakiej wartości będzie on podjęty. Badania empiryczne w jakimś stopniu pomagają zrozumieć wspomniane zależności. Między innymi w badaniach amerykańskich zauważono, że nie tyle samo uczestnictwo we wspólnocie religijnej wpływa na obniżenie lęku przed śmiercią, ile specyficzne formy religijności. Zwrócono też wagę na fakt, że zmienną pośredniczącą między religijnym zaangażowaniem i lękiem przed śmiercią jest przekonanie o przebaczeniu przez Boga [7]. W interesujących badaniach przeprowadzonych w Danii ustalono, że wyższa jakość życia jest silniej związana z religijnymi strategiami radzenia sobie w chorobie. Owe strategie mają większe znaczenie w porównaniu z bliżej niesprecyzowaną tzw. siłą duchową [8]. W analizie uwarunkowań lęku należy zwrócić uwagę także na konkretne formy aktywności religijnej. Na podstawie wieloaspektowych badań pacjentów onkologicznych stwierdzono, że „modlitwa ma duże znaczenie w redukcji napięcia psychicznego, zmniejsza poczucie bezradności i braku wiary we własne siły. Spotkanie z Bogiem na modlitwie i w sakramentach pomnaża nadzieję wierzącego. Te wewnętrzne zmiany mogą zmniejszać podatność na chorobę i przyspieszać proces leczenia. Duże znaczenie w trudnych sytuacjach ma również postawa cierpiącego. Kiedy człowiek podejmuje aktywne działania ochronne i transgresyjne, aby zwalczyć chorobę, to pomnażane są owoce modlitwy i sakramentów” [9, s. 75].

Nadzieja

Powszechnie uważa się, że nadzieja jest podstawowym motywem sensownego istnienia i podejmuje się rozmaite próby jej opisanie. Ma to służyć przede wszystkim uświadomieniu sobie związanych z nią celów i wartości. Najogólniej można powiedzieć, że oznacza ona spodziewanie się czegoś lepszego, rozsądnego, upragnionego choć niekiedy trudno osiągalnego.

W języku psychologicznym nadzieję określa się jako „wielowymiarową strukturę poznawczą, któ-

rej centralnym składnikiem jest przekonanie, że w przyszłości człowiek otrzyma dobro (osiągnięcie ważny cel) z określonym stopniem pewności, czyli z określonym prawdopodobieństwem” [10, s. 37]. Wyróżnia się też rozmaite jej rodzaje, np.: bierna, aktywna, dojrzała, fałszywa, partykularna i generalna. Ta klasyfikacja może być poszerzona przez bardziej ogólne ujęcie, które w swojej encyklice o nadziei „*Spe salvi*” zaproponował Benedykt XVI, pisząc: „I jeszcze: potrzebujemy małych i większych nadziei, które dzień po dniu podtrzymują nas w drodze. Jednak bez wielkiej nadziei, która musi przewyższać pozostałe, są one niewystarczające. Tą wielką nadzieją może być jedynie Bóg, który ogarnia wszechświat i który nam może zaproponować i dać to, czego sami nie możemy osiągnąć. Właśnie otrzymanie daru należy do nadziei” [11, s. 31]. W nawiązaniu do ostatniego zdania papieża można powiedzieć, że u podstaw nadziei leży to, co zostało nam zaofiarowane. To zaś, co zaofiarowane rozświetla horyzont. Zatem uprawnione jest porównanie nadziei do światła, które zaproponował Tischner, podkreślając zarazem, że losem człowieka jest dać się pokonać nadziei umożliwiającej każde celowe skierowanie się ku przyszłości [12]. Współbrzmi z tym inna, szersza definicja nadziei, jaką przedstawił Kowalczyk, stwierdzając najpierw, że utrata nadziei oznacza wewnętrzną śmierć człowieka. Jego zdaniem „nadzieja nie jest jednak tylko oczekiwaniem pasywnym, lecz działaniem na rzecz realizacji cennych i upragnionych wartości. Nadzieja nie jest również płytkim sentymentalizmem czy naiwnością, lecz konkretyzacją hartu ducha. Nadzieja nie jest wreszcie ucieczką od siebie czy pełnionych obowiązków życiowych, ale wytrwałym, długofalowym zaangażowaniem” [13, s. 344].

Realizacji nadziei przeszkadza pesymizm, relatywizm, niechęć do spokojnej refleksji i swoisty paradoks funkcjonowania współczesnego człowieka, który nie zawsze potrafi odnaleźć się w społeczeństwie technologicznym. A kiedy pozostanie w nim „bierny i znudzony, pozbawiony uczuć, z jednostronnie rozwiniętym intelektem, wówczas ogarnięty niepokojem i przygnębieniem, cierpiący z powodu braku osobowości i obojętny wobec życia, rozwinię w sobie skłonność do przemocy” [14, s. 125-126].

W refleksji nad fenomenem nadziei zazwyczaj pojawia się pytanie o jej przeciwieństwo, czyli beznadziejność lub rozpacz. W związku z tym jeden ze znanych filozofów sformułował następujące stanowisko: „Skądinąd prawdą jest, że o nadziei można mówić tylko tam, gdzie wchodzi w grę pokusa rozpacz; nadzieja jest aktem, dzięki któremu pokusę tę aktywnie czy zwycięsko zwalczamy,

choć zwycięstwu temu może nie zawsze towarzyszyć uczucie wysiłku; chętnie bym nawet powiedział, że uczucie to nie da się pogodzić z nadzieją występującą w czystej formie” [15]. Zdaniem Marcela rozpacz zamyka czas, który kojarzy się z więzieniem. Nadzieja natomiast niejako przenika przez czas. Utrata nadziei wiąże się z tragedią, pogrążeniem się w pesymizmie, a nawet jego gloryfikacją, co rodzi rozpacz. Rozpacza się dlatego, że zostały zabsolutyzowane względne wartości. Rozpacz może się rodzić z uświadomienia sobie niemożności zaspokojenia potrzeb czy pragnień, także tych najważniejszych, doświadczenia osamotnienia czy poczucia osamotnienia. Bardziej ogólnie rozpacz łączy się z utratą sensu (smaku) życia rozumianego jako absurdalne zdarzenie zdominowane przez zło, bowiem „tajemnica zła jest wielką pokusą przeciwko nadziei, jest także jej próbą” [16, s. 17].

W ujęciu religijnym rozpacz „jest jakąś formą zdrady, zdrady swego człowieczeństwa przez zamknięcie się w sobie, oraz zdrady Boga – przez odrzucenie Jego wezwania” [17, s. 109]. W chrześcijaństwie jest przekonanie, że obietnica, którą znamy na podstawie wiary, zostanie spełniona. Jako wyraz funkcji religijnej nadzieja jest „czymś więcej niż metafizyczną zasadą, więcej niż zaufaniem. Nadzieja jest w swej istocie transcendentnym oczekiwaniem wybawienia. Człowiek nie może żyć bez nadziei, jest ona bowiem elementem składowym człowieczeństwa, a jej ostateczne wymiary mają charakter ponadczasowy i ponadprzestrzenny” [18, s. 90].

Nadzieja łączy się z wiarą i miłością. Każda z nich w inny, ale komplementarny sposób ujawnia wyjątkowość człowieka i jego możliwości. Dzięki nadziei patrzy się dalej, dzięki miłości patrzy się głębiej, a wiara pozwala zobaczyć wszystko w innym świetle.

Od lęku do nadziei

Powyższe rozważania sugerują, że pomagając ludziom przezwyciężać rozmaite niepokoje, w tym lęk przed śmiercią, należy przede wszystkim dawać nadzieję, próbować ukazywać sens przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Dotyczy to zarówno specjalistycznej pomocy psychiatrycznej, jak i zwyczajnych rozmów z tymi, dla których życie straciło sens. Nie jest to łatwe w ogóle, a szczególnie w sytuacji onkologicznej, między innymi z tego powodu, że zarówno lęki zwyczajne, jak i egzystencjalne oraz nadzieja zmieniają swoją treść i dynamikę. Zazwyczaj jest tak, że „w początkowym okresie stanu terminalnego jest to wprawdzie nadzieja *dużego formatu*, oznaczająca wiarę w cud, w skuteczność nowego leku, w siłę własnej woli,

przezwyciężającej słabość ciała itp. Następnie przeradza się w sposób widzenia w skróconej perspektywie, w której chory spodziewa się, że jutro ustąpią dolegliwości, że wstanie z łóżka, wyjdzie na balkon itp. *nadzieja mała*” [19, s. 31]. Aby właściwie odczytać „wewnętrzny świat” chorego, trzeba dysponować określonymi predyspozycjami osobowościowymi. Nie bez znaczenia są także wskazania, sformułowane jako procedury czy powinności. Jeden z autorów pisze: „Przeznaczyć odpowiednią ilość czasu dla chorego i siebie. Zapewnić choremu prywatność. Uszanować poufny charakter rozmowy. Pozwolić choremu mówić. Słuchać tego, co chory mówi. Być wrażliwym na niewerbalne sposoby wyrażania uczuć, np. na ekspresję twarzy. Dostosować zakres informacji do indywidualnego poziomu pacjenta. Pozwolić na poruszanie bolesnych tematów. Pozwolić na ciszę. Nie sądzić, że wiemy, co jest największym problemem pacjenta. Nie dawaj choremu fałszywej nadziei. Nie przeciążaj pacjenta informacjami. Nie czujmy się zobowiązani do podtrzymywania rozmowy przez cały czas. Nie odmawiajmy im informacji. Nie kłamać. Nie krytykować ani nie osądzać. Nie dawać gotowych rad na rozwiązanie problemów psychicznych. Nie ma reguł co do tego, jakich słów używać oraz jaka mimika twarzy i ton głosu są właściwe” [20, s. 122].

Terapeuta czy każdy człowiek, który staje się powiernikiem w terminalnej chorobie, nie jest też wolny od pewnych dylematów. Wiązą się one na przykład z pytaniem, na ile i jak przekazywać prawdę, w jaki sposób zachować intymność i poufność w kontaktach, w jaki sposób komunikować współczucie i co w ogóle oferować osobie, która czasami jest już w innym świecie. Jakość odpowiedzi na te pytania jest konkretnym sposobem (wyrazem) budowania nadziei. Uniwersalna perspektywa sprowadza się do postawy miłości, którą najprościej da się wyrazić w prostym zdaniu: „Dobrze, że jesteś!”. Jej terapeutycznego znaczenia nie można przecenić, na co wskazuje wielu wybitnych praktyków. Kępiński pisze m.in., że miłość jest jednym z najsilniejszych antidotów na uczucie lęku, a „wiara, nadzieja i miłość idą zawsze razem” [21, s. 113].

Zakończenie

Powyższe analizy w jakiejś mierze pozwalają poszerzyć lub skonkretyzować tezę Kępińskiego, że tłem ludzkiej egzystencji jest lęk przed śmiercią. Uprawniona wydaje się bowiem obserwacja wskazująca na równie istotne znaczenie nadziei pozostającej w swoistej interakcji z różnymi lękami. Kozielecki pisze wprost: „Te dwie siły, jasna i ciemna, mogą być do pewnego stopnia kontrolo-

wane przez człowieka. Kto rozpala nadzieję, wygasza lęk. I w ten sposób często służy ona jednostce i społeczeństwu” [22, s. 73]. Z tego faktu wynika potrzeba usilnej pracy nad nadzieją, choć nie jest to zadanie proste, głównie z powodu zmian mentalnościowych i medykalizacji opieki zdrowotnej. Jeżeli jednak troska o pacjentów onkologicznych oraz promocja zdrowia mają mieć sens, to „potrzeba uważnego, pokornego i interdyscyplinarnego zatroskania o jej zachowanie, rozwój i wzmocnienie” [23, s. 121].

Piśmiennictwo

1. Sęk H. Psychologia kliniczna. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2005.
2. Kępiński A. Lęk. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1977.
3. Wrona-Polańska H. Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
4. Makselon J. Lęk wobec śmierci. Wybrane teorie i badania psychologiczne. Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków 1988.
5. May R. Psychologia i dylemat ludzki. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1973.
6. Makselon J. Paradoks śmierci – analiza psychologiczna. *Communio* 2012; 3: 23-24.
7. Krause N, Hayward RD. Religious involvement and death anxiety. *Omega* 2014; 1: 59-78.
8. Pedersen HF, Pargament KI, Pedersen CG, Zachariae R. Religious coping and quality of life among severely ill lung patients in a secular society. *The International Journal for the Psychology of Religion* 2013; 23: 188-203.
9. Wandrasz M. Religijność a postawa wobec choroby. Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1998.
10. Kozielecki J. Psychologia nadziei. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006.
11. Benedykt XVI. Encyklika *Spe salvi*. Wydawnictwo Znak, Kraków 2007.
12. Tischner J. Świat ludzkiej nadziei. Wydawnictwo Znak, Kraków 1975.
13. Kowalczyk S. Odmowa nadziei – rozpacz. W: *Nadzieja w postawie ludzkiej*. Słomka W (red.). Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1992; 331-345.
14. Fromm E. Rewolucja nadziei. Ku ucztowiecznej technologii. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2000.
15. Marcel G. *Homo viator*. Wstęp do metafizyki nadziei. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1984; 37.
16. Galilea S. *Spirituality of hope*. Orbis Books, Maryland NY 1989.
17. Góralczyk P. Rozpacz, obawa, depresja... Choroba czy grzech? *Communio* 1997; 5: 96-109.
18. Nowak AJ. Psychologiczny aspekt nadziei. W: *Nadzieja w postawie ludzkiej*. Słomka W (red.). Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1992; 79-94.
19. De Walden-Gatuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.
20. Barraclough J. Rak i emocje. Wydawnictwo Sanmedica, Warszawa 1997.
21. Kępiński A. Autoportret człowieka. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1992.
22. Kozielecki J. Psychologia nadziei. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006.
23. Makselon J. Nadzieja w promocji zdrowia. W: *Psychologia w promowaniu zdrowia*. Wrona-Polańska H, Skotnicki AB (red.). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2018; 117-122.