

PSYCHOTERAPIA 1 (156) 2011

strony: 5–11

Irena Namysłowska

TRANSFORMACJA RODZINY — PRZEJAWY I IMPLIKACJE DLA PSYCHOTERAPII

FAMILY TRANSFORMATION — ITS MANIFESTATIONS AND IMPLICATIONS FOR PSYCHOTHERAPY

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPIŃ w Warszawie

„Dom jest punktem wyjścia”

D.W. Winnicott, Gdańsk: Wyd. Imago; 2010

W artykule przedstawione są modele rodziny funkcjonalnej i dysfunkcyjnej oraz zmiany w zakresie problematyki klinicznej młodzieży leczonej w oddziale psychiatrycznym w powiązaniu ze zmianami w funkcjonowaniu współczesnych rodzin. Autorka, w oparciu o własne doświadczenia z pracy w oddziale psychiatrii młodzieżowej, przedstawia trudności leżące zarówno po stronie pacjenta, jego rodziny, jak i instytucji psychiatrycznej w stworzeniu adekwatnej oferty terapeutycznej.

**family therapy
adolescent psychiatry ward
dysfunctional family**

Summary: In the context of experience in the functioning of an adolescent psychiatric unit as well as that of family therapy in the recent years, the author discusses what type of changes have taken place in Polish families. Two types of families are presented together with corresponding clinical problems of their identified patients.

Difficulties in creating an adequate therapeutic offer are presented from the side of the patient, his family as well as the psychiatric institution.

Rozważania zawarte w artykule mają wyraźnie charakter kliniczny, szersza bowiem — socjologiczna — analiza zmian, jakie zaszły ostatnio w polskich rodzinach, przekraczałaby znacznie kompetencje autorki. Tak więc próba odpowiedzi na zadane poniżej pytania wynika głównie z analizy funkcjonowania psychiatrycznego oddziału młodzieżowego oraz refleksji nad procesem terapii rodzin w ostatnich kilku latach. W konsekwencji tych ograniczeń przedmiotem rozważań będzie raczej młodzież z poważną problematyką emocjonalną niż młodzież zdrowa oraz ich rodziny.

Spróbuję odpowiedzieć na następujące pytania: Czy na ostatnio obserwowaną zmianę klinicznego profilu pacjentów przyjmowanych na psychiatryczny oddział młodzieżowy ma wpływ zmiana w funkcjonowaniu ich rodzin, a jeśli tak — to jaki? Jak te zmiany przekładają się na praktykę psychoterapii?

Próba diagnozy i oceny funkcjonowania rodziny nieuniknienie konfrontuje badaczy z dylematem, czy pojęcia „rodzina funkcjonalna” i „dysfunkcyjna” mają rację bytu w kontekście teorii systemów. Dylemat ten wynika przede wszystkim z założeń konstruktywizmu i konstrukcjonizmu społecznego, kwestionujących niezależną pozycję

obserwatora wobec przedmiotu poznania, uwarunkowanie poznania naszą strukturą, a nie odzwierciedleniem obiektywnej rzeczywistości [1], zdolnością „jedynie do konstruowania obrazu świata” [2, s. 85] czy wreszcie tym, że poznanie i wiedza są wytworem określonej kultury i języka [3, 4], czy też jak uważa Barbaro [5], że aktywnie współkonstruujemy obraz systemu, próbując postawić jego diagnozę, którą trudno uznać za obiektywną, bo z pewnością jest także kulturowo uwarunkowaną konstrukcją społeczną — nie opisuje rzeczywistości, a jedynie psychiatryczny sposób rozmawiania o niej. Zdając sobie sprawę z tych zastrzeżeń, spróbuję jednak przedstawić, uproszczone wprawdzie, modele rodziny funkcjonalnej i dysfunkcjonalnej.

Rodzinę funkcjonalną charakteryzują:

- poczucie przywiązania, zaangażowania, bliskości
- szacunek dla różnic indywidualnych i odrębnych potrzeb
- stabilność organizacyjna-przejrzystość, spójność oraz przewidywalność wzorców reakcji
- adaptacyjność i elastyczność w razie zmiany
- otwarta, prawidłowa komunikacja
- skuteczne rodzicielskie przywództwo i autorytet
- skuteczność w radzeniu sobie z sytuacjami kryzysowymi

Można więc w odniesieniu do niej posłużyć się metaforą, że jest ona jak orkiestra symfoniczna — każdy gra na innym instrumencie, razem tworząc układ harmonii, dający poczucie spełnienia.

Rodziny dysfunkcjonalne: chociaż każda jest inna, mają wspólną cechę:

- brak wewnętrznych zasobów, zwłaszcza możliwości zmiany.

I znów odwołując się do metafory, panujące w niej relacje można porównać z grą w pokera — każdy ma swoje karty, które trzyma w ręku, ale ich nie wyklada na stół. Nikt nie ryzykuje przegranej lub zwycięstwa, używając nowych kart — gra staje się więc bezcelowym ćwiczeniem.

W ostatnich 20 latach obserwujemy wyraźną zmianę profilu przyjmowanych pacjentów. Na początku funkcjonowania oddziałów młodzieżowych przyjmowani byli na nie głównie pacjenci z zaburzeniami internalizacyjnymi, w postaci zaburzeń lękowych, depresyjnych i sporadycznie cierpiący na zaburzenia odżywiania się oraz pacjenci psychotyczni. Ich poziom agresji określić można było jako niski. W ostatnich latach coraz częściej trafiają na oddział pacjenci z poważnymi zaburzeniami zachowania i emocji, deklarujący niechęć do życia, brak celu i myśli samobójcze, dość często są to pacjenci kierowani do oddziału z różnego typu ośrodków, po ostrym konflikcie z ich personelem. Na oddziale absorbują uwagę personelu, często kosztem innych, chorych psychicznie osób, równocześnie jednak nie chcą oddziału opuścić. Ich rodziny są zwykle dysfunkcyjne, charakteryzuje je wczesna deprivacja potrzeb dziecka, znaczny poziom agresji, uzależnienie od alkoholu lub wręcz wykorzystywanie seksualne. Wzrosła więc liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń eksternalizacyjnych — zaburzeń zachowania, emocji, a przede wszystkim zaburzeń osobowości z pogranicza, także tych współistniejących z coraz częstszymi zaburzeniami odżywiania się. Niezwykle wzrósł także poziom agresji na oddziale, liczba samouszkodzeń

i prób samobójczych o charakterze impulsywnym. Nasuwa się pytanie, czy zmiana profilu przyjmowanych pacjentów jest odzwierciedleniem zmian dotyczących współczesnej młodzieży. Odpowiedź na to pytanie nie jest jednoznaczna. Polskie badania monitorujące zmiany w zachowaniach ryzykownych młodzieży, prowadzone od 1988 r., raczej wskazują na pewną tendencję do zmniejszania się tych zachowań [6], które do pewnego stopnia są wykładnikiem zdrowia psychicznego młodzieży.

W tabeli 1 podano najważniejsze wyniki badań nad populacją 1244 15-latków ze szkół gimnazjalnych Wilanowa, Ursynowa i Mokotowa, a więc obszaru miasta, z którego najczęściej pacjenci trafiali do oddziału.

Tabela nr 1. **Wyniki monitoringu zachowań ryzykownych u młodzieży. Badania Mokotowskie 1988–2008**

Rodzaj substancji psychoaktywnych	1988	2004	2008
Używanie narkotyków — raz w roku	2,2%	17,4%	16,0%
Palenie — codziennie	6,6%	12%	8,4%
Odsetek abstynentów	47,8%	19,3%	28,2%

Wyniki badań wskazują, że:

- trend wzrostowy używania narkotyków uległ zahamowaniu
- zmniejsza się liczba młodzieży palącej codziennie
- wzrasta odsetek abstynentów
- dziewczęta wyprzedziły chłopców w paleniu ogółem, częstości picia alkoholu w ostatnich 30 dniach (tych danych brak w tabeli, wynikają one z bardziej szczegółowych analiz).

Jedynie dane dotyczące wzrostu agresji u chłopców w postaci współwystępowania przemocy, zachowań sprzecznych z prawem (drobne kradzieże, wandalizm w domu) — z 39% w 1998 do 45% w 2008 r., co stanowi zmianę istotną statystycznie — potwierdzają obserwacje kliniczne. Również dane pojawiające się w doniesieniach prasowych opartych na raportach policji wskazują na wyraźny wzrost agresji wśród młodzieży.

Mimo że socjologiczna analiza procesu transformacji rodzin nie jest przedmiotem niniejszego artykułu, wymienię, jakie zmiany obserwuje się w polskich rodzinach w ostatnich latach.

Zmiany w polskich rodzinach:

- wzrastająca liczba rozwodów
- zwiększająca się liczba rodzin z jednym z rodziców — głównie matką
- więcej czasu poświęcanego pracy — brak dostępności emocjonalnej rodziców
- emigracja za „chlebem” jednego, a czasami obojga rodziców
- bezrobocie — obniżenie się morale rodziny
- rola internetu jako środka komunikacji w rodzinie, komunikacja wirtualna, ułatwienie zdrady
- relacje nie są ograniczone barierami geograficznymi
- łatwość nawiązywania i trudność utrzymywania więzi

- nowe konfiguracje rodzinne i wzorce relacyjne
- zmiana z modelu matriarchalnego lub patriarchalnego na bardziej partnerski.

Na tle tych zmian, po części typowych dla większości rodzin kultury zachodniej, przedstawię zmiany w profilu pacjentów przyjmowanych na psychiatryczny oddział młodzieżowy, a następnie dwa typy rodzin. Omówię poniżej typowe sylwetki pacjentów przyjmowanych ostatnio szczególnie często. Dane o pacjentach są próbą stworzenia ich sylwetek na podstawie wiedzy o rzeczywistych pacjentach, nie stanowiąc opisu jednego, konkretnego pacjenta.

PACJENT A

Lat 17, ojciec nadużywał alkoholu, stosował przemoc fizyczną wobec żony i syna. Pacjent wielokrotnie próbował bronić matki. W dzieciństwie trudno adaptował się do grupy rówieśniczej, miał trudności szkolne, mimo wysokiego ilorazu inteligencji, lęki nocne, tiki. Od 1,5 roku — zmiana zachowania, wycofanie się z relacji z rodzicami, samookaleczenie, impulsy agresywne, głodówki, myśli i tendencje samobójcze. Z powodu nasilonych tendencji samobójczych został przyjęty na oddział.

Diagnoza: nieprawidłowy rozwój osobowości.

Na oddziale szybko nawiązał relacje z rówieśnikami, okresowo był napięty i rozdrażniony. Początkowo brał udział w zajęciach psychoterapeutycznych, po pewnym czasie zrezygnował. Starał się dominować w grupie.

Leczenie: carbamazepina i risperidon, terapia rodzinna, indywidualna, grupowa. Wypisany w stanie poprawy z realistycznymi planami dotyczącymi nauki.

II hospitalizacja

Ponownie przyjęty po miesiącu po próbie samobójczej (?). Nie podjął nauki w szkole. W momencie przyjęcia zdemolował oddział, następnego dnia matka i pacjent zażądali wypisu. Został wypisany z oddziału.

III hospitalizacja

Przyjęty następnego dnia, mówił matce o myślach samobójczych. W oddziale miał świetne relacje z rówieśnikami, był w wyrównanym nastroju. Zaproponowano pacjentowi dłuższy pobyt, kontynuowanie terapii rodzinnej, indywidualnej, jednak pod warunkiem przestrzegania regulaminu i uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych. Nie wywiązał się z kontraktu, został wypisany pod opiekę ambulatoryjną, terapię rodzinną kontynuowano na oddziale.

PACJENTKA B

Lat 14, III hospitalizacja. Przyjęta z powodu utraty wagi, w związku z anoreksją, i obniżonym nastrojem. Zawsze „dobra córka”, bardzo dobra uczennica. Poprzednie próby leczenia bez rezultatu. Dwa razy podejmowała próby samobójcze, dokonywała samouszkodzeń. Po wyrównaniu wagi utrzymywały się objawy przewlekłej depresji, stałe myśli i groźby samobójcze, sporadyczne samouszkodzenia.

Diagnoza: zaburzenia odżywiania się, przewlekły zespół depresyjny.

Wyraźna dysfunkcja rodziny, z przejęciem przez pacjentkę „opieki” nad rodzicami. Ojciec zdradza matkę, pacjentka pomaga jej w „śledzeniu kontaktów ojca z kobietami w internecie”, matka decyzję rozwodu pozostawia córce. Pacjentka wypisana po półrocznym pobycie. Terapia rodzin oraz indywidualna nie przyniosły zasadniczych zmian. Zalecono kontynuowanie terapii indywidualnej, a przede wszystkim terapii rodzinnej.

Powstaje pytanie, czy tym dwom „sylwetkom” pacjentów odpowiadają dwa „typy” rodzin. Odpowiedź na to pytanie wydaje się twierdząca. Uogólnienie obserwacji z terapii rodzin pozwoliło na wyodrębnienie dwóch typów rodzin: rodziny „przemocowej” oraz rodziny „bezzradnej”.

Rodzina „przemocowa”

- Zaburzenia więzi — rodzice emocjonalnie niedostępni
- Deprywacja „dobrego obiektu”
- Deprywacja „dobrej struktury” rodzinnej
- Wzmacnianie wrodzonych tendencji do dysregulacji emocji
- Uczenie się agresji jako sposobu regulowania interakcji
- Przemoc w szkole, status kozła ofiarnego lub agresora.

Oczekiwać można, że w takiej rodzinie dochodzi do powoli kształtującej się obniżonej samooceny, narastających zaburzeń zachowania, na które rodzice nie reagują lub reagują niekonsekwentnie (chaotycznie), do samouszkodzeń, prób samobójczych. Młodzi ludzie podejmują nieskuteczne próby radzenia sobie poprzez dominację w grupie szkolnej, wiązanie się z grupami subkulturowymi, alkohol lub substancje psychoaktywne. Ich trudności w szkole, nasilające zaburzenia emocjonalne w związku z porażką, często mogą wynikać z nieredukowanych specyficznych zaburzeń umiejętności szkolnych. Coraz częściej pojawiają się akty agresji, wreszcie wyraźne zaburzenia zachowania i emocji doprowadzające do hospitalizacji psychiatrycznej.

Wyrazem tego typu dysfunkcji rodziny są najczęściej zaburzenia eksternalizacyjne.

Rodzina „bezzradna” — skrajnie partnerska

- Abdykacja władzy rodzicielskiej
- Słaba, często skłócona diada małżeńska
- Obciążanie dziecka rolą któregoś z rodziców, tzw. zjawisko „parentyfikacji”
- Zmuszanie dziecka do zajmowania strony jednego z rodziców, co budzi lęk z powodu konfliktu lojalności.

W tego typu rodzinach dochodzi do tworzenia się „fałszywej tożsamości” nastolatka, niemożności realizowania zadań adolescencji, przede wszystkim separacji, z powodu braku obiektu silnego rodzica, przeciw któremu można się buntować. Często bunt ten prowadzi do autodestrukcji, pod postacią samouszkodzeń, prób samobójczych.

Bardzo dobrze opisuje ten typ rodzin Winnicott [7]. Mówi o tym, że nieświadome fantazje nastolatka to fantazje dotyczące morderstwa, gdyż dorastanie jest z gruntu aktem agresywnym i oznacza zajmowanie miejsca któregoś z rodziców. Wątek ten może ujawniać się w postaci impulsów samobójczych lub rzeczywistego samobójstwa. Jest to trudne zarówno dla samych nastolatków, jak i ich najbliższych.

Rodzice mogą dziecku niewiele pomóc — mogą jedynie przeżyć, pozostając w stanie nienaruszonym? Ważne, żeby nie „abdykowali”, przekazując władzę i odpowiedzialność swoim dzieciom, gdyż skłoni ich to tylko do zyskania fałszywej tożsamości. W rodzinach podobnych do rodziny opisanej powyżej pacjentki oczekiwać możemy występowania głównie zaburzeń internalizacyjnych.

Analiza sukcesów, choć także częstych klęsk w udzielaniu pomocy tym obu typom pacjentów skłania do zastanowienia się, czy proponowana oferta terapeutyczna oddziału psychiatrycznego dla młodzieży, szczególnie w zaburzeniach eksternalizacyjnych, jest wystarczająca, a jeśli nie, to jakie są trudności w stworzeniu adekwatnego programu terapeutycznego, wydaje się bowiem, że drugi typ pacjentów z rodzin „bezzradnych”, zdradzający zaburzenia internalizacyjne, otrzymuje na oddziałach bardziej adekwatną pomoc, mieszczącą się w tradycyjnym pojmowaniu leczenia — głównie opartego na długoterminowej terapii rodzinnej. Trudności te zostaną przedstawione od strony pacjenta, rodziny i wreszcie oddziału psychiatrycznego.

Trudności w stworzeniu programu terapeutycznego:

po stronie pacjenta

- deficyty emocjonalne związane z zaburzeniem więzi i /albo przemocą
- deficyty społeczne związane z niedostatkami umiejętności wychowawczych rodziców i nieprawidłowymi sposobami radzenia sobie
- długotrwałość zaburzeń (początek w dzieciństwie)
- prawie zawsze istotnie dysfunkcyjna rodzina

po stronie rodziny

- uczucie bezradności i braku kompetencji rodzicielskich
- trudności w diadzie małżeńskiej wpływające na niespójne postawy wobec dziecka
- delegowanie nastolatka do ośrodka psychiatrycznego jako sposób radzenia sobie z jego problemami

po stronie oddziału psychiatrycznego

- zbyt krótki, limitowany pobyt
- realne (czasami nie) obawy przed dezorganizującym wpływem „trudnych” pacjentów na funkcjonowanie oddziału
- niechęć do współpracy ze strony tej grupy pacjentów
- tendencja do szybkiego wypisywania pacjenta z oddziału, reaktywująca jego traumę — racjonalizowana przekonaniem „nic nie da się zrobić”
- stosunkowo mała przydatność systemowej terapii rodzinnej, mała motywacja rodzin, które już podjęły rozwiązanie — delegowanie pacjenta do ośrodka psychiatrycznego
- przeciwprzeniesieniowe reakcje personelu związane z bezradnością oraz ze stereotypowym obrazem adolescenta jako „złego okrutnego przestępcy wyrażającego agresywne i seksualne impulsy tłumione przez dorosłych”.

Do trudności „po stronie rodziny”, zaliczyć też można tradycyjnie pojmowaną rolę lekarza, która nie pasuje do opisanych w artykule pacjentów, zwłaszcza że trudno ich

leczyć, choć często podejmowane są heroiczne, ale najczęściej mało skuteczne próby farmakoterapii.

Wydaje się, że na bardziej adekwatną ofertę terapeutyczną, ale wymagającą znacznej reorganizacji w systemie opieki nad dziećmi i młodzieżą i przesunięcia nacisku na działania środowiskowe, składać się mogą następujące elementy:

- interwencje w naturalnym środowisku rodzinnym i w szkole chroniące przed delegowaniem do ośrodków psychiatrycznych
- wczesna interwencja dotycząca rodzin i dzieci „ryzyka”
- trening umiejętności rodzicielskich
- w ostateczności długotrwałe pobyty w ośrodkach leczniczo-wychowawczych opartych na społeczności leczniczej, współpracy z psychiatrami, psychoterapeutami, terapii rodzin.

Nasuwa się pytanie, czy tradycyjny system pomocy psychoterapeutycznej jest adekwatny w systemie pomocy młodym pacjentom, czy powinien on zawierać więcej elementów socjoterapii, a przede wszystkim społeczności terapeutycznej, a także — czy systemowa terapia rodzin może im pomóc, czy wymaga jakiejś modyfikacji. I wreszcie kluczowe pytanie, czy psychiatryczny oddział młodzieżowy jest odpowiednim miejscem, czy nie wzmacnia tendencji rodziny do rozwiązywania trudności kryzysu adolescencji dziecka poprzez delegowanie pacjenta do ośrodka psychiatrycznego. Podobnie jak rodzina „bezzadna” przekazuje kompetencje rodzicielskie dziecku, tak rodzina „przemocowa” przekazuje swoje kompetencje oddziałowi psychiatrycznemu.

A na koniec trochę optymizmu:

„Pozwólmy, by młodzi zmieniali społeczeństwo i uczyli dorosłych świeżego spojrzenia na świat, ale tam, gdzie dorastający chłopak lub dziewczyna stawiają wyzwania, dorośli niech na nie odpowiadają. I nie musi być to wcale przyjemne” [7, s. 158].

Piśmiennictwo

1. Maturana HR. *Biology of language: The epistemology of reality*. W: Miller G, Lenneberg E, red. *Psychology and biology of language and thought*. Riverport MI. Academic Press; 1978, s. 27–63.
2. Glaserfeld E, von. *The reluctance to change the way of thinking*. *Irish J. Psychol.* 1988; 9, 1: 83–90.
3. Berger PL, Luckmann T. *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1983.
4. Gergen M, Gergen KJ. *Social construction. A reader*. London: Sage; 2003.
5. Barbaro Z. Między rozpoznaniem psychiatrycznym a „rozpoznaniem rodzinnym”. *Psychiatr. Pol.* 2004; 138, 5: 771–782.
6. Ostaszewski K, Bobrowski K, Borecka A, Cybulska M i in. *Monitorowanie zachowań ryzykownych młodzieży — badania mokatowskie 1988–2008*. Warszawa: IPiN; 2010.
7. Winnicott D. *Dom jest punktem wyjścia*. Gdańsk: Wyd. Imago; 2010, s. 158.

Adres: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN
al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

PSYCHIATRIA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO
ZAŁOŻONY W 1923 R. PRZEZ RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA
POD NAZWĄ „ROCZNIK PSYCHIATRYCZNY”

ROK 2011 MAJ-CZERWIEC XLV NR 3

SPIS TREŚCI

Asocjacyjne badania rodzinne polimorfizmu -1562C>T genu MMP-9 w schizofrenii	
Agata Groszewska, Paweł Kapelski, Maria Skibińska, Joanna Hauser.....	317
Badania asocjacyjne wybranych polimorfizmów genów DRD2, 5HTT, GRIK3, ADH4 u pacjentów z zespołem zależności alkoholowej	
Elżbieta Grochans, Anna Grzywacz, Iwona Małecka, Agnieszka Samochowiec, Beata Karakiewicz, Jerzy Samochowiec	325
Wpływ cech osobowości i polimorfizmów genów DRD4 i 5HTT rodziców na predyspozycje ich synów do uzależnienia się od alkoholu	
Agnieszka Samochowiec, Jan M. Horodnicki, Jerzy Samochowiec	337
Gen ANKK1 w psychiatrii	
Aleksandra Suchanecka, Anna Grzywacz, Jerzy Samochowiec.....	349
Zespół lamliwego chromosomu X – problem dziecka i rodziców	
Małgorzata Z. Lisik, Małgorzata Janas-Kozik, Irena Krupka-Matuszczyk, Aleksander L. Sierońl	357
Funkcje wzrokowo-przestrzenne i organizacja czynności grafomotorycznych u dzieci z ADHD	
Aneta R. Borkowska, Agnieszka Słopeń, Natalia Pytlińska, Andrzej Rajewski, Monika Dmitrzak-Węglarz, Aleksandra Szczepankiewicz, Tomasz Wolańczyk	367
Deklarowane przez polskich psychiatrów sposoby postępowania wobec osób z grupy wysokiego ryzyka rozwoju psychozy: wyniki ogólnopolskiego badania sondażowego	
Tomasz Pawełczyk, Agnieszka Pawełczyk, Jolanta Rabe-Jabłońska	379
Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako instrument kompensowania sieci społecznych osób chorych psychicznie	
Paweł Bronowski, Maryla Sawicka	391
Przeznaczkowe badanie dopplerowskie w schizofrenii – przegląd piśmiennictwa	
Wojciech Pawlak, Tomasz Szafrąński.....	405
Specyfika oskarżenia o zbrodnię komunistyczną a zdolność do uczestniczenia w postępowaniu sądowym	
Janusz Heitzman, Alfreda Ruzikowska, Krystyna Tarczyńska, Lucyna Bury, Anna Walczyna-Leško	419
Zaburzenia psychotyczne związane z przewlekłym przyjmowaniem mefedronu. Opis przypadku	
Małgorzata Urban, Tomasz Rudecki, Dariusz Wróblewski Jolanta Rabe-Jabłońska	431