

Dorota Lizak<sup>1</sup>, Jagoda Drag<sup>2</sup>, Anna Goździalska<sup>2</sup>, Renata Satora<sup>2</sup>,  
Jerzy Jaśkiewicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia  
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

<sup>2</sup> Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia  
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

## Depresja jako przykład destrukcyjnego wpływu obniżonego nastroju na sferę bio-psycho-społeczną człowieka

**Abstract:** Loneliness, reduced self-esteem and overall weakness associated with depression, can cause self-destruction. Human destruction may occur as a result of various factors. One of such factors may be dysthymia, the long-term depressed mood, which may finally leading to endogenous depression. Man functioning holistically, i.e. at the level of biological (well-being), psychological (emotional), social (interpersonal relationships,) and spiritual (beliefs, religious practices) is at influencing a variety of factors and endogenous and exogenous incentives, which could result in internal experiences, properly direct the subsequent behavior and actions. Loneliness, reduced self-esteem and overall weakness associated with depression, can cause self-destruction. Skillful observation, a willingness to engage in dialogue, to offer support and assistance to the people from the nearest environment are the actions, which in this case may even save the life of a person suffering from depression. For depression may become ill each, regardless of social status, profession or origin. This condition requires outside help, often specialized medical care, and above all the support coming. In a state of depression the reality is sometimes very difficult, and the problems of everyday life, they seem to be impossible to resolve. This situation raises certain emotions, usually negative. If the condition persists for a certain period of time and does not change under the influence of positive incentives may mean that slowly and insidiously begins to develop a depression.

**Key words:** emotion, human, depression, spheres of life

### Wprowadzenie

Przyspieszone w ostatnim czasie zmiany cywilizacyjne zainicjowały proces kształtowania się specyficznej osobowości współczesnego człowieka – istoty, niezależnej, która w procesie życia podlega progresowi permanentnego rozwoju i kształcenia. Takie założenie, choć słuszne i mające charakter ewolucyjny, może jednak implikować wiele wyrzeczeń i stanowić przyczynę ambiwalencji uczuć i zachowań. Sfera psyche powinna być traktowana holistycznie, tj. na równi ze sferą somatyczną, społeczną i duchową, gdyż tylko wtedy człowiek jest w stanie osiągnąć dobrostan. Stan ludzkich emocji określanych jako nastrój, stanowi podstawę funkcjonowania zarówno na płaszczyźnie biologicznej, jak i psychospołecznej. Istotne jest przy tym

wsparcie osób bliskich, zaufanych i ważnych dla danej osoby, które swoją obecnością, chęcią dialogu czy nawet aktywnego słuchania, pomogą rozwiązać problem i ujrzeć go z nieco innej perspektywy, a zarazem wzmocnią poczucie wartości „osobowości dysforycznej”.

Współcześnie pojawia się coraz więcej problemów i dolegliwości natury psychicznej, które są spowodowane tempem życia, rywalizacją, chęcią awansu zawodowego czy realizacji własnych ambicji. Dane europejskie [3] wskazują na znaczne rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, co pociąga za sobą narastające koszty społeczne i gospodarcze. Według Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 [11], najczęściej występujące problemy zdrowia psychicznego to zaburzenia lękowe i depresje. Przewiduje się, że do 2020 r. depresja będzie najpowszechniej występującym zaburzeniem psychicznym. Grupą szczególnie wymagającą pomocy jest młodzież, ze względu na jej pogarszające się samopoczucie psychospołeczne (wynikające ze stresu, braku odpowiednich wzorców kulturowych i wychowawczych, narastającej przemocy, dostępności alkoholu i narkotyków).

## Cel pracy

Celem pracy jest ukazanie wpływu obniżonego nastroju, będącego wynikiem depresji, na funkcjonowanie bio-psycho-społeczne człowieka.

## Depresja jako problem

Człowiekowi w ciągu życia towarzyszą różne emocje związane z określonymi przeżyciami, wydarzeniami czy sytuacją życiową. Emocja definiowana jest jako pobudzenie psychiczne, uczuciowe i nerwowe, które człowiek przeżywa pod wpływem czegoś [10]. Bycie istotą społeczną w odniesieniu do jednostki, implikuje przeżywanie określonych stanów emocjonalnych, na skutek interakcji z innymi ludźmi. W psychologii znane są określone typy osobowości, które ujawniają pewne cechy czy predyspozycje, ułatwiające bądź utrudniające wchodzenie w interakcje z otoczeniem czy wypełnianie ról społecznych. Nie ulega wątpliwości, że każdy człowiek jest indywidualnością i wymaga indywidualnego podejścia. Pomimo istnienia pewnych „książkowych wzorców”, nie zawsze można komuś przyporządkować grupę cech, określić czy zinterpretować pewne zachowania w odniesieniu do ogólnie przyjętych norm i przekonań. Na precyzyjne zdiagnozowanie problemu ma wpływ wiele czynników, jak na przykład określona sytuacja życiowa, która nie zawsze da się opisać za pomocą schematu czy standardu. Człowiek jest istotą w znacznym stopniu poznaną, ale wciąż nieodkrytą, w związku z tym wymaga ciągłej eksploracji i internalizacji.

Rozróżnia się szereg pozytywnych emocji, które mają dodatni wpływ na człowieka i jego funkcjonowanie w społeczeństwie, ale istnieją również stany emocjonalne prowadzące do jego degradacji w różnych sferach jego życia. Zdarza się również, że na jakiś czas całkowicie eliminują go z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Philippot i Feldman określają procesy emocjonalne jako procesy psychiczne, które poznaniu i czynnościom podmiotu nadają jakość oraz określają znaczenie, jakie mają dla niego będące źródłem emocji przedmioty, zjawiska, inni ludzie, a także własna osoba, czyli wartościują stymulację [14]. Dzięki rozwojowi nauki człowiek zdobył prawie pełną władzę nad światem nieożywionym i częściowo nad ożywionym, ale władza nad drugim człowiekiem wciąż jeszcze wymyka mu się z rąk. Wprawdzie od początku historii ludzkości właśnie o nią najsilniej i najuporczywiej walczy: chęć podporządkowania sobie drugiego człowieka wyzwala w nim nieobliczalną bezwzględność i okrucieństwo może właśnie dlatego, że na tym polu czuje się bezsilny [7].

Mając na uwadze życie społeczne, należy uwzględnić relacje intra- i interpersonalne. Człowiek jako „podmiot składowy” społeczności, w której żyje, a następnie będący częścią społeczeństwa, podlega szeregowi wpływów, na skutek których jego sposób postrzegania świata i wchodzenie w określone relacje i role społeczne jest w pewnym stopniu dyktowany powszechnie przyjętymi normami czy oczekiwaniami innych. Dopóki udaje się realizować swoje zamierzenia przy wsparciu osób bliskich, wywiązywać z ról, związanych z życiem i dodatkowo czerpać satysfakcję z kolejno osiągniętych celów, komponentem towarzyszącym temu będą pozytywne emocje. Motywacja i szereg wzmocnień pozytywnych czerpanych ze swoich małych sukcesów, ambicji czy przy wsparciu najbliższych osób, będą motorem napędowym dalszego działania. Jednym z przejawów zdrowia psychicznego jest umiejętność wytyczania celów i dążenia do nich, pokonywanie przeciwności losu, które pojawiają się na drodze. Poprawne relacje z otoczeniem, umiejętność wchodzenia w interakcje to zdolności, które nabywa człowiek w procesie socjalizacji. Dokonywanie świadomych wyborów, umiejętność odnalezienia się w otaczającej rzeczywistości czy efektywne przeżywanie życia to cechy, które powinien przejawiać człowiek zdrowy.

Wiele osób przeżywa smutek i okresowe obniżenie nastroju spowodowane codziennymi niepowodzeniami, kryzysami lub problemami. W języku potocznym takie stany czasem nazywane są depresją. Jednak nie należy tego mylić z chorobą. Łagodne stany obniżonego nastroju są normalną częścią ludzkiego życia i zwykle szybko przemijają. Depresja jest chorobą, w której objawy smutku, przygnębienia i rezygnacji występują bez wyraźnej przyczyny i utrzymują się przez wiele tygodni. Może też być reakcją na trudne doświadczenia życiowe i związany z nimi uraz psychiczny [13]. Słowo „depresja” jest pojęciem niejednoznacznym. W języku potocznym oznacza stan chwilowego przygnębienia, chandry, obniżenia nastroju. Stwierdzenie „jestem w depresji” bywa używane zamiast bardziej adekwatnego „jest

mi smutno”[15]. Długotrwałe, stale utrzymującym się przygnębieniu towarzyszy obniżenie zdolności przeżywania przyjemności, negatywny wzorzec myślenia (pesymizm), obniżenie aktywności życiowej, zaburzenie życia popędowego i czynności wegetatywnych. Występowanie tych różnych (oraz jeszcze innych) objawów w odpowiednim nasileniu i przez odpowiednio długi czas, pozwala na rozpoznanie zespołu (zaburzenia) depresyjnego [9]. Obniżony nastrój może być wywołany różnymi czynnikami: niepowodzenie w pracy, zawód miłosny, utrata bliskiej osoby, pogorszenie stanu zdrowia czy długotrwała frustracja. Tego typu doświadczenia wywołują zmianę warunków wewnętrznych, powodujących spadek bądź utratę zdolności radzenia sobie z problemami, co w efekcie przejawia się ogólną apatią i obojętnością. Z doświadczeń Dressler wynika, że najczęstszą przyczyną depresji są nieprawidłowe relacje interpersonalne i będąca ich skutkiem bezradność. Stan ten pojawia się również wówczas, gdy aspiracje pozostają niezrealizowane, a każde niepowodzenie wywołuje pewnego rodzaju cierpienie [2].

Istnieje cały wachlarz emocji, który człowiek ma do dyspozycji dla odzwierciedlenia swoich przeżyć. Obniżony nastrój, dysforia to stany, które na pozór można racjonalnie wytłumaczyć lub stosuje się mechanizm wyparcia, odsuwający na dalszy plan myślenie o tym, że dzieje się coś niepokojącego. Zwykle traktuje się chwilową niedyspozycję jako „gorszy dzień”, który czasami trwa tygodniami bądź miesiącami, nie zdając sobie sprawy, że jest to już stan przewlekły i poważny. Jak podaje Heitzman, powołując się na dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zaburzenia depresyjne stanowią czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie. Depresja jest najczęstszym zaburzeniem, z jakim spotyka się lekarz rodzinny. Występuje u ok. 1/5 pacjentów zgłaszających się do lekarzy pierwszego kontaktu. Część z tych osób (8–10%) ma objawy o łagodnym nasileniu, w tym objawy depresji maskowanej [5, 11].

Z powodu swej apatii i obniżonej motywacji osoby w depresji często wycofują się z aktywności społecznej i ograniczają swoje typowe zachowania. Doświadczając ciężkiej depresji, chory może przez długie okresy pozostawać w łóżku. Niejednokrotnie unika interakcji społecznych, głównie z powodu utraty motywacji i zainteresowania światem, ale także dlatego, że ludzie w takim stanie dostrzegają, nie bez racji, że przebywanie z nimi może być przykre dla innych [4]. W praktyce nie powinno się wymagać od pacjenta, żeby „wziął się w garść”, bo depresja właśnie polega na niemożności „wzięcia się w garść”. Należy także unikać krytykowania lub obwiniania osoby chorej za jej depresyjne zachowanie, bo już sam chory jest dla siebie aż nadto surowym krytykiem [6].

Według obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10, będącej od 1996 r. w Polsce klasyfikacją urzędową, objawy depresji dzieli się na podstawowe i dodatkowe. W oparciu o klasyfikację ICD-10, wyróżnia się następujące objawy depresji [1, 8, 9]: Podstawowe:

1. nastrój obniżony w stopniu wyraźnie nieprawidłowym dla danej osoby, utrzymujący się przez większość dnia i prawie każdego dnia, w zasadzie niepodlegający wpływowi wydarzeń zewnętrznych i utrzymujący się co najmniej przez 2 tygodnie;
2. utrata zainteresowań lub zadowolenia w zakresie aktywności, które zwykle sprawiają przyjemność;
3. zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość.

Dodatkowe:

1. utrata wiary w siebie i poczucia własnej wartości;
2. nieracjonalne poczucie winy;
3. nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie;
4. skargi na problemy z pamięcią i koncentracją uwagi;
5. zmiana w zakresie aktywności psychoruchowej w postaci pobudzenia lub zahamowania;
6. zaburzenia snu;
7. zmiany łaknienia wraz z odpowiednią zmianą masy ciała.

Do rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie minimum dwóch objawów podstawowych oraz dwóch dodatkowych, które powinny się utrzymywać przez okres co najmniej dwóch tygodni.

Istotne znaczenie ma odpowiednio wczesne rozpoznanie nieprawidłowości w celu wczesnego podjęcia działań interwencyjnych z wdrożeniem leczenia i/lub psychoterapii łącznie. Nie należy być obojętnym na problem drugiej osoby i przynajmniej zaproponować pomoc, mając nadzieję, że zostanie ona przyjęta. Problem depresji i jej postrzegania przez otoczenie, bardzo trafnie i obrazowo opisują słowa Wurtzel: „Pragnienie zanegowania depresji własnej i cudzej jest w naszym społeczeństwie tak silne, że wielu ludzi uzna, że dana osoba ma problem, dopiero w chwili, gdy frunie z okna dziesiątego piętra” [16].

Rozpatrując depresję z punktu widzenia jej biologicznych następstw, podstawowe objawy depresji w płaszczyźnie fizycznej to: zaburzenia rytmu snu (bezsenna lub spanie zbyt długo), zmiany apetytu prowadzące do utraty masy ciała lub do tycia, zmiany psychoruchowe oraz poczucie zmęczenia, ociężałości lub braku energii. Depresja jest zaburzeniem, którego następstwa mogą być tak negatywne, że prowadzą do stanu przedłużającego chorobę lub zwiększającego prawdopodobieństwo jej powrotu. Może także pociągać za sobą śmiertelne konsekwencje nie tylko w postaci samobójstwa, ale również zwiększonej śmiertelności z powodu schorzeń medycznych oraz wypadków. Depresja utrudnia rozpoczęcie leczenia lub stosowanie się do zaleceń lekarskich, może osłabiać funkcjonowanie systemu odpornościowego organizmu, co potwierdzają badania w dziedzinie psychoneuroimmunologii [4].

Emocje w znacznym stopniu decydują o dobrostanie fizycznym i psychicznym. Wpływ obniżonego nastroju może powodować poważne konsekwencje dla zdrowia

człowieka niemal w każdym jego aspekcie. Holistyczna koncepcja zdrowia zakłada ścisły związek poszczególnych jego płaszczyzn i wpływ na ogólne funkcjonowanie, zatem nie sposób prawidłowo funkcjonować na płaszczyźnie somatycznej, gdy problem pojawia się w sferze psychicznej i odwrotnie. Depresja rozwijając się podstępnie, już od początku sieje spustoszenie w organizmie.

Depresja ściśle wiąże się ze sferą emocjonalną, toteż jej wpływ na funkcjonowanie w aspekcie psychicznym ujawnia się w największym stopniu (spośród innych jest dominujący). Niezadowolenie z życia, nieadekwatne reakcje emocjonalne, płacliwość czy utrata sensu życia, to tylko niektóre z przeżywanych emocji. Płeć również warunkuje określony sposób przeżywania emocji. Kobiety niejednokrotnie posługują się szczególnymi sposobami radzenia sobie z depresją, które jednak intensyfikują dysfориę [4]. Doświadczając emocjonalnego cierpienia, kobiety przejawiają styl reakcji, który charakteryzuje się rozpamiętywaniem, koncentracją na sobie i nadmiernym analizowaniem problemów i własnych uczuć. Rozpamiętywanie często nasila negatywne myślenie i koncentrację na samym sobie i utrudnia aktywne rozwiązywanie problemów, a w ten sposób pogłębia i przedłuża objawy depresji. W przypadku mężczyzn natomiast walka z depresją polega na dystansowaniu się od problemów lub ich rozwiązywaniu [12].

Uwzględniając wpływ depresji na funkcjonowanie człowieka i jego relacje interpersonalne w społeczeństwie, należy zaznaczyć, że również na tej płaszczyźnie nie jest ona bez znaczenia. Zarówno w rodzinie, miejscu pracy, jak i grupie rówieśniczej można zaobserwować negatywne skutki depresji. Izolacja społeczna, samotność, podejrzliwość oraz obniżenie aktywności zawodowej to zachowania, jakie może ujawniać bądź ujawnia osoba w stanie depresji. Ludzie cierpiący na depresję mogą przejawiać pewne nieprzystosowawcze zachowania i cechy osobowości, które wpływają na interpersonalne związki tych ludzi, nawet kiedy nie przechodzą epizodu choroby. Są to na przykład: zależność, introwersja i być może dysfunkcjonalne umiejętności społeczne i procesy poznawcze [4]. Niepewność w stosunkach między ludźmi powoduje, że człowiek staje się podejrzliwy; zawsze przeczuwa, że coś złego ze strony drugiego człowieka może go spotkać, ma się na baczności, gdyż nigdy nie wie, co pod maską drugiej osoby się kryje i jakie jest jej prawdziwe oblicze [7].

## Podsumowanie

Człowiek chory na depresję jest w niepełnej dyspozycji do wykonywania określonych zadań w określonym czasie i, oby, krótkotrwałej niedyspozycji. W naukach medycznych podkreśla się znaczenie empatii i wsparcia w odniesieniu do drugiego człowieka, co nadal wymaga rozpowszechniania. Trudno jednak nazwać empatią i wsparciem marginalizowanie osoby dotkniętej depresją czy powierzchowne

jej traktowanie tylko dlatego, że w jej życiu zaistniała sytuacja bądź traumatyczne wydarzenie, które spowodowało, iż zachowuje się inaczej niż dotychczas. Taka jednostka niejednokrotnie jest izolowana, jej problemy są niezauważane lub bagatelizowane przez otoczenie. Faktem jest, że trudno czasem o obiektywną ocenę sytuacji i znalezienie się w czyimś położeniu, jednak uwrażliwienie na problemy innych i zaferowanie pomocy może przynieść podwójną korzyść: osobę pomagającą uszlachetnia, zaś osobie wymagającej pomocy, daje wsparcie a czasem nawet ratuje życie. Komunikowanie się jest jednym z podstawowych sposobów przekazywania informacji, ich nadawania i odbioru. Osoby, które przeżywają określone emocje, wysyłają pewne sygnały, które można rozpoznać dzięki umiejętnej obserwacji. Nie wystarczy jednak obserwować i stworzyć sobie pewnego rodzaju obraz drugiej osoby. Należy sięgnąć „do jej wnętrza”, jeśli obraz budzi niepokój. Aktywne słuchanie bywa umiejętnością, która przy stosunkowo niewielkim wysiłku, potrafi przynieść ogromne korzyści człowiekowi cierpiącemu. Potrzeba dialogu, zrozumienia, obecności drugiego człowieka w sytuacji kryzysowej, są przejawem zdroworozsądkowego podejścia osoby dotkniętej problemem. Nie alienacja, nie introwersja, ale próba interakcji z bliskimi, otwarte mówienie o swoich emocjach, umożliwia przerehabilitację naszego punktu widzenia przez aktywnego słuchacza, co z kolei daje szansę spojrzenia na swój problem z zupełnie innej perspektywy.

Człowiek patrzący na świat z humorem i dystansem zdaje sobie sprawę z przemijalności wszystkiego, co go otacza: w jego hierarchii wartości na pierwszym miejscu znajduje się podstawowa cecha życiowa, mianowicie zmienność, wszystko musi umrzeć, by na nowo się odrodzić, odczuwa więc ten zmienny rytm, charakterystyczny dla wszystkiego, co żyje [7]. Słuszne i w pełni uzasadnione wydaje się więc przyjęcie postawy zaproponowanej przez Dressler, traktującej o tym, że „Każdy człowiek jest wyjątkowy i nikt nie bardziej, ani mniej, niż ja” [2]. Postrzeganie siebie na tle ogółu jest niezwykle istotne dla poczucia własnej wartości, umiejętności dostosowania się do otaczających warunków i wymagań otoczenia, czyli, innymi słowy, bycia elastycznym. Umiejętność życia we własnym świecie to jedno, ale życie w świecie pełnym bliźnich i fakt, że nie jest się samotną wyspą i wokół są inni ludzie, jednakowo ważni, narzuca pewien sposób myślenia i postępowania. Proces socjalizacji, któremu człowiek podlega od najmłodszych lat, trwa przez całe życie i choćby ze względu na fakt, iż jest się człowiekiem, należy *a priori* starać się zrozumieć tego rodzaju powiązania.

## Wnioski

1. Człowiek w stanie depresji staje się dysfunkcyjny niemal w każdej ze sfer życia.
2. Depresja jest jednym z problemów zdrowotnych, którego prognozy i skutki są perspektywicznie niekorzystne.

3. Umiejętność obserwacji i chęć komunikowania się z drugim człowiekiem może przyczynić się do złagodzenia bądź wyeliminowania problemu.
4. Depresja jest chorobą, a nie stanem przejściowym, dlatego nieleczona może prowadzić do samobójstwa.

## Bibliografia

1. Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłłowicz P., *Psychiatria repetytorium*, PZWL, Warszawa 2008.
2. Dressler J., *Depressionen, Die Möglichkeiten der psychologischen Therapie durch die gezielte Beeinflussung der Steuermechanismen des Bewusstseins*, 2004, [http://www.dressler-consciousness.de/fileadmin/user\\_upload/Depressionen\\_mit\\_Verlinkung.pdf](http://www.dressler-consciousness.de/fileadmin/user_upload/Depressionen_mit_Verlinkung.pdf) [dostęp 15.04.2013].
3. Green Paper, *Improving the Mental Health of The Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union Brussels*, 14.10.2005, European Commission.
4. Hammen C., *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2004.
5. Heitzman J., *Psychiatria podręcznik dla studiów medycznych*, PZWL, Warszawa 2007.
6. Heitzman J., Wojnar N., *Zaburzenia i choroby afektywne*, [w:] *Psychiatria*, red. J. Heitzman, PZWL, Warszawa 2007.
7. Kępiński A., *Poznaj siebie. Samotność, lęk, depresja*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2004.
8. Kucia K., *Zaburzenia nastroju*, [w:] *Psychiatria podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*, red. I. Krupka-Matuszczyk, M. Matuszczyk, Wydawnictwo Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Katowice 2007.
9. Landowski J., *Zespoły depresyjne*, [w:] *Psychiatria repetytorium*, red. A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłłowicz, PZWL, Warszawa 2008.
10. Markowski A., Pawelec R., *Słownik wyrazów obcych i trudnych*, Wydawnictwo Wilga, Warszawa 2004.
11. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z 15 maja 2007 r.
12. Nolen-Hoeksema S., *Responses to Depression and Their Effects on The Duration of Depressive Episodes*, *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, No. 100, s. 569–582.
13. Ostaszewski K., *Chorzy psychicznie w społeczeństwie*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, PWN, Warszawa 2008.
14. Philippot P., Feldman R.S., *The Regulation of Emotion*, Routledge, Lawrence Erlbaum 2004.
15. Wilczek-Rużyczka E., *Profilaktyka depresji*, [w:] *Promocja zdrowia*, t. 2: *Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej*, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiwicz, PZWL, Warszawa 2010.
16. Wurtzel E., *Kraina prozaca*, Wydawnictwo Amber, Warszawa 1997.