

7
2018



Innowacje Psychologiczne

Studenckie Czasopismo Naukowe

ISSN: 2299-0275

7/2018

Innowacje Psychologiczne – Studenckie Czasopismo Naukowe



INNOWACJE PSYCHOLOGICZNE

Opieka naukowa:

dr Jacek Łukasiewicz SCJ (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie; Wydział Administracji i Nauk Społecznych) - przewodniczący

prof. Lidia Łysiuk (Katedra psychologii rozwoju na Brzeskim Uniwersytecie Państwowym im. Aleksandra Puszkina)

prof. dr hab. Jana Moricová (Katedra religioznawstwa i nauczania religii, Wydział Filozofii, Katolicki Uniwersytet w Ruzomberoku)

dr Marta Pawelec (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie; Wydział Administracji i Nauk Społecznych),

dr Petra Lajčiaková (Katedra psychologii, Wydział Filozofii, Katolicki Uniwersytet w Ruzomberoku)

dr Anna Jarmołowska (Uniwersytet Gdański, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Zakład Badań nad Rodziną i Jakością Życia)

dr Katarzyna Nowak (Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Puławskiego w Radomiu, Katedra Pedagogiki i Psychologii)

Komitet redakcyjny:

Rafał Zieliński (zielinskiir@gmail.com)

Grzegorz Grochecki (grochecki.g@gmail.com)

Adrianna Prasał (adrianna.prasal@gmail.com)

Lista recenzentów:

dr Bernadeta Lelonek-Kuleta,

dr Marta Pawelec,

dr Anna Stachyra-Sokulska,

dr Franciszek Kozaczuk,

dr Katarzyna Hartfil,

dr Manika Baryła-Matejczuk

dr Katarzyna Nowak

Redaktorzy językowi:

Anna Koper

Spis treści

ANNA SZCZUKIEWICZ (KUL) - Oczekiwania od pomocy psychologicznej – percepcja zawodu psychologa

DOMINIKA STACHYRA (KUL) - Terapia i formy pomocy dla osób współuzależnionych od alkoholu

ELŻBIETA KLIMA (UJK) - Postrzeganie sensu życia przez młodych ludzi a uzależnienie od substancji psychoaktywnych

JOANNA WACHNICKA - Adaptacja młodzieży nieprzystosowanej społecznie do procesu socjoterapii

GRZEGORZ GROCHECKI, RAFAŁ ZIELIŃSKI (WSEI) - Niewidomi i niedowidzący – charakterystyka niepełnosprawności

GRZEGORZ GROCHECKI, RAFAŁ ZIELIŃSKI (WSEI) - Preferowane wartości wczesnych adolescentów a układ ich relacji inter- i intrapersonalnych

KAROLINA KĘPOWICZ, MARTA KACZYŃSKA (WSEI) - Poziom i rodzaje kompetencji społecznych a style radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych u młodzieży ponadgimnazjalnej

KAROLINA KĘPOWICZ - (WSEI) - Poczucie jakości życia a wyznawany system wartości młodzieży ponadgimnazjalnej

PAULA PRUDACZUK (KUL) Wpływ problemów alkoholowych na rodzinę

MICHAŁ SULEJ – (WSEI) Dynamika zmian koncepcji psychopatii na przestrzeni lat

KATARZYNA MARIA ŻEBROWSKA - Inteligencja emocjonalna a radzenie sobie ze stresem wśród uczniów gimnazjum

Anna Szczukiewicz

Oczekiwania od pomocy psychologicznej – percepcja zawodu psychologa

S t r e s z c z e n i e

Od profesjonalistów takich jak psycholodzy czy psychoterapeuci wymagane jest posiadanie pewnych cech, które umożliwiają umiejętne udzielanie pomocy innym. Z tą dziedziną ludzkiej działalności związane są oczekiwania jakie mają pacjenci wobec osoby niosącej im pomoc psychologiczną. Niniejszy artykuł koncentruje się na tematyce relacji między pacjentem, a terapeutą, przedstawia badania własne, dotyczące percepcji zawodu psychologa oraz omówienie ich wyników.

S u m m a r y

Psychologists and psychotherapists are required to have adequate abilities and characteristics that are necessary to properly help other people. Patients have certain expectations toward this profession and toward specialists who may provide them professional help. The paper discusses relation between patient and psychologist, presents research about expectations toward psychologists and discussion of the results.

S ł o w a k l u c z o w e

kontakt terapeutyczny, percepcja psychologa, pomoc psychologiczna, psychoterapia

CZYM JEST POMOC PSYCHOLOGICZNA

Niesienie pomocy drugiemu człowiekowi jest czymś co dotyczy praktycznie każdego z nas, temat ten wyrażany jest w literaturze od wielu dziesiątek lat. Wiele osób odczuwa chęć pomagania innym, przez z nią jest w stanie wyrażać siebie, czerpać z tego satysfakcję, a nawet upatrywać w niej życiowego spełnienia. Pomoc często wiążemy z bezinteresownością czy altruizmem oraz autentycznym zainteresowaniem bytem drugiego człowieka. Istnieje wiele zawodów w które wpisana jest pomoc innym, a poprzez potrzebę pomagania mogą oni realizować swoje życie zawodowe. Taka rola zawodowa wymaga silnego zaangażowania emocjonalnego w życie drugiego człowieka oraz jego problemy.

Pomoc drugiemu człowiekowi może nieść każdy z nas, może mieć ona charakter naturalny, każdy z nas posiadając dobrą więź z drugą osobą, może w sposób naturalny pomagać na przykład podczas spotkania z kimś bliskim, w sytuacji problemowej może okazywać zrozumienie, pocieszenie, a osoba która otrzymała wsparcie może odczuwać ulgę dzięki możliwości podzielenia się swoimi rozterkami z drugą osobą, bądź nadzieję na konstruktywne ich rozwiązanie. Możemy to nazwać nieprofesjonalną pomocą psychologiczną, która nie odwołuje się do umiejętności, ani posiadanej wiedzy zawodowej, oraz z reguły nie odbywa się w sposób ustrukturyzowany (Szczukiewicz P., 2005). Tym co rozróżnia sytuację pomagania nieprofesjonalnego od profesjonalnej pomocy psychologicznej, jest jej sformalizowanie. Profesjonalna pomoc psychologiczna zazwyczaj dokonuje się w sposób formalny, na określonych zasad ustalonych wspólnie między pacjentem, a terapeutą, oraz odbywa się w sposób ustrukturyzowany. Pomaganie osobie w sposób profesjonalny wymagania konkretnych umiejętności, wykształcenia oraz wiedzy o tym jak rozmawiać z osobą, która potrzebuje pomocy (Szczukiewicz P., 2005).

Kontaktem terapeutycznym możemy nazwać umowę między pacjentem, a terapeutą określającą warunki ich współpracy oraz obejmującą specyficzną relację terapeuta-pacjent. Colin Feltham (2013) proponuje następującą definicję poradnictwa oraz psychoterapii „Poradnictwo i psychoterapia są przede wszystkim – choć nie wyłącznie – opartymi na rozmowie (słuchaniu i mówieniu) metodami odniesienia się do psychologicznych i psychosomatycznych problemów do zmiany, takich jak głębokie i przedłużające się ludzkie cierpienie, dylematy sytuacyjne, kryzysy i potrzeby rozwojowe, a także dążenia w kierunku realizacji potencjału jednostki (...)” (Feltham, Horton, 2013).

WARUNKI RELACJI POMAGANIA

Carl Rogers (1991) wyróżnia trzy warunki relacji pomagania, które umożliwiają zaistnienie specyficznej relacji między pacjentem, a terapeutą. Taka relacja może być zbudowana jeśli terapeuta spełnia pewne warunki. Po pierwsze istotna jest autentyczność w kontakcie z drugą osobą, kiedy terapeuta jest szczerze zainteresowany problemem, nie manipuluje pacjentem i autentycznie angażuje się w relacje z nim. Drugim warunkiem, jest akceptacja rozumiana jako bezwarunkowe, prawdziwie pozytywne nastawienie i brak osądzania pacjenta. Ostatnim, trzecim warunkiem relacji pomagania, jest empatia, czyli terapeuta, który stara się wrażliwie i precyzyjnie zrozumieć to co przeżywa pacjent, potrafi uwzględnić jego rzeczywistość.

Postawa i cechy osobiste osoby wspierającej oraz zbudowanie odpowiedniej jakościowo relacji z osobą potrzebującą wsparcia, to kluczowe elementy wpływające na wynik rozmowy (Szczukiewicz A., w druku). Terapia jest najskuteczniejsza wtedy gdy terapeuta posiada wszystkie te cechy, jest w stanie empatycznie zrozumieć drugiego człowieka, autentycznie angażować się w jego problemy oraz bezwarunkowo akceptować rzeczywistość jego przeżyć.

OCZEKIWANIA WOBEC POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Nasze oczekiwania w stosunku do kontaktu z psychologiem często są wyznacznikiem tego jaką postawę przyjmujemy w relacji z nim, a także mogą wskazywać na przewidywaną motywację do terapii. Z tego względu oczekiwania, jeśli są względnie trwałe i sprecyzowane, można traktować jako antycypowaną postawę (Kozielecki 1987). Zarówno osoby nie planujące podejmowania kontaktu ze specjalistą, jak i Ci którzy mieli okazję korzystać z pomocy psychologa, wszyscy posiadają pewne oczekiwania co do zawodu psychologa oraz co do jego roli w społeczeństwie. Oczekiwania osób mających stały kontakt z psychologiem, można uznać zarówno jako czynnik wskazujący na postawę wobec ich relacji, stosunek do działalności zawodowej psychologa, jak i mogą one warunkować motywację jaką pacjent będzie posiadał w stosunku do terapii (Aleksandrowicz 1994).

Zaborowski uważa, że w zakresie relacji międzyludzkich oczekiwania to „mniej lub bardziej uświadomione sądy i poczucia dotyczące wystąpienia bądź przebiegu określonych zjawisk lub zachowań” (1976, s. 56). Oczekiwania mogą wynikać z indywidualnych doświadczeń jednostki, która na przestrzeni swojego życia wypracowała sobie konkretne oczekiwania, poprzez które wykazuje ona adekwatne do nich postawy. Jednak część z nich może być wyniesiona z rodziny. Oznacza to, że niektóre oczekiwania mogą być

nieuświadomione i nieco zniekształcone, ponieważ jednostka może nieświadomie wydawać pewne postawy, które są nie tyle co odbiciem jej własnych oczekiwań, ale raczej czymś automatycznym i znanym co zostało wyniesione z rodziny i przyjęte do jej obrazu i postawy wobec różnych zjawisk, warunkujące ich spostrzeganie.

PROBLEM BADAWCZY

Celem przeprowadzenia badań było poznanie oczekiwań badanych wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej oraz zweryfikowanie jak różnicuje badanych ich doświadczenie kontaktu z psychologiem. Zasadnicze problemy badawcze i hipotezy można sformułować następująco:

Jaki stosunek mają ludzie do profesjonalnej pomocy psychologicznej?

Czy istnieją różnice w postawie wobec psychologa pomiędzy osobami potencjalnie zdrowymi, a tymi którzy korzystali z pomocy psychologa?

CHARAKTERYSTYKA GRUP BADANYCH

Grupę badaną stanowiło 117 osób w wieku od 16 do 60 lat – 30 mężczyzn i 87 kobiet, Wśród nich wyodrębniono dwie grupy: 50 osób które miały w przeszłości kontakt z psychologiem (pacjenci), w tym 42 kobiety i 8 mężczyzn, oraz 67 osób które nigdy nie korzystały z pomocy psychologicznej (niepacjenci): 35 kobiet i 22 mężczyzn. Badanie przeprowadzone zostało w formie ankiety internetowej, a udział w nim był anonimowy i dobrowolny. Poniższa tabela prezentuje zróżnicowanie badanych ze względu na płeć.

Tabela 1. Zróżnicowanie grup ze względu na płeć

	Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%
Pacjenci (n = 50)	42	84 %	8	16 %
Niepacjenci (n = 67)	45	67 %	22	33 %

Ze względu na znaczącą przewagę kobiet wypełniających internetową ankietę zrezygnowano z analiz ze względu na płeć uznając, że badana grupa nie jest reprezentatywna.

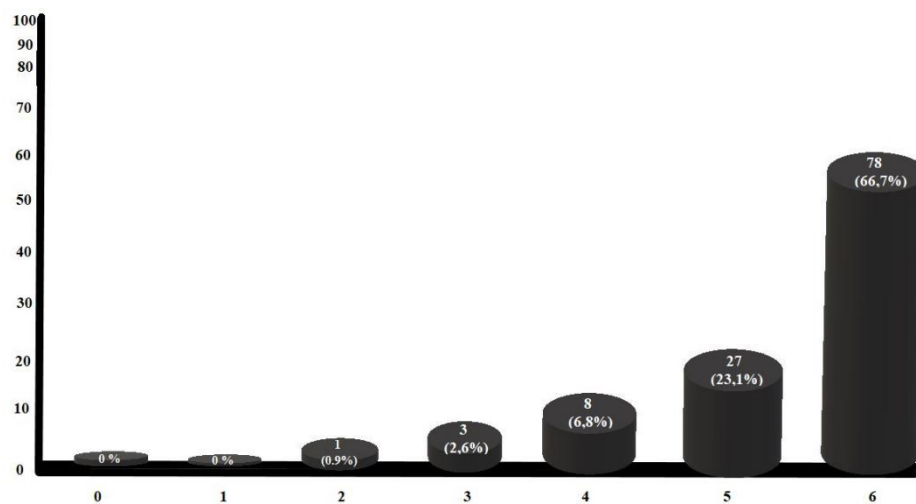
METODA POMIARU

Badani mieli za zadanie ustosunkować się do 6 pytań. Początkowo byli zapytani o to „*Jakimi cechami powinien charakteryzować się psycholog, abyś mógł/mogła poruszać z nimi problemy osobiste?*”, a następnie musieli odnieść się do 10 cech odnoszących się do psychologa. Lista cech powstała w oparciu o literaturę opisującą cechy i postawy potrzebne psychoterapeucie (Szczukiewicz P., 2005). Wyboru dokonywano na 7-stopniowej skali - czy według badanych psycholog powinien posiadać cechy takie jak: empatia, silne ego, otwartość, pozytywny stosunek, samoświadomość, wiedza i umiejętności zawodowe, doświadczenie osobiste, wysokie walory ogólnoludzkie, wygląd zewnętrzny, odpowiedzialność zawodowa. Skala obejmująca 10 cech zawierała również opisy do każdej cechy:

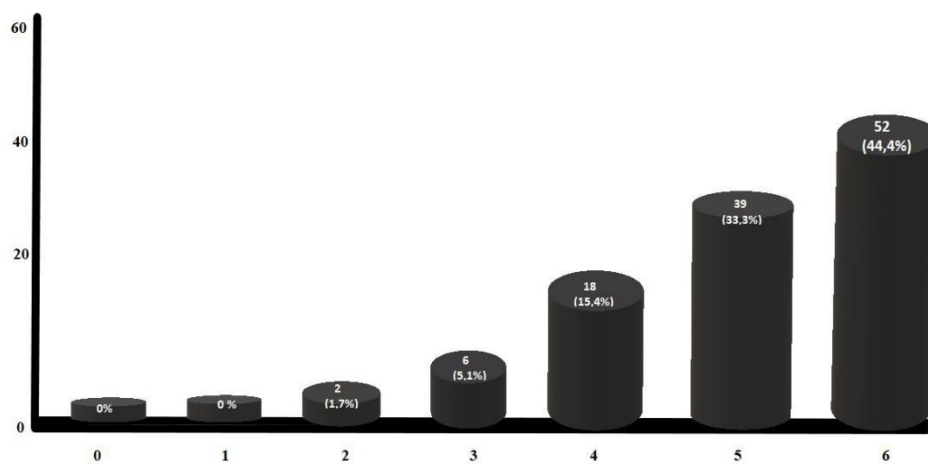
1. Empatia – zdolność okazywania zrozumienia, wrażliwość, wczuwanie się w problemy drugiej osoby, umiejętność słuchania.
2. Silnego ego – dojrzałość, cierpliwość, odporność na frustrację, opanowanie, spokój, zrównoważenie, stanowczość.
3. Otwartość – autentyczność, szczerowość, komunikatywność, łatwość nawiązywania kontaktu, mający podejście do ludzi.
4. Pozytywny stosunek – akceptacja, szacunek, ciepło, życzliwość, taktowny, kulturalny, uprzejmy, nie oceniający, nie osądzający.
5. Samoświadomość – dobrze zna siebie, refleksyjny, myślący, świadomy swoich ograniczeń i emocji, dobrze rozpoznający swoje uczucia.
6. Wiedza i umiejętności zawodowe – wykształcenie, profesjonalizm, doświadczony zawodowo, kompetencja, inteligencja, umie wyjaśnić, umie wytłumaczyć
7. Doświadczenie zawodowe – zna się na życiu, dużo przeżył, ma uporządkowane życie prywatne, radzi sobie ze swoimi problemami.
8. Wysokie walory ogólnoludzkie – zaangażowanie w sprawy ludzi, altruizm, duża kultura osobista, ma moralne autorytety, wysoka etyka zawodowa, uznaje uniwersalne wartości, jest wierzący itd.
9. Wygląd zewnętrzny – dobra aparycja, elegancja, dbałość o wygląd zewnętrzny
10. Odpowiedzialność zawodowa – jest dyskretny, dochowuje tajemnicy zawodowej, jest godny zaufania.

Odpowiedzi udzielane przez badanych przedstawiają wykresy nr 1-10.

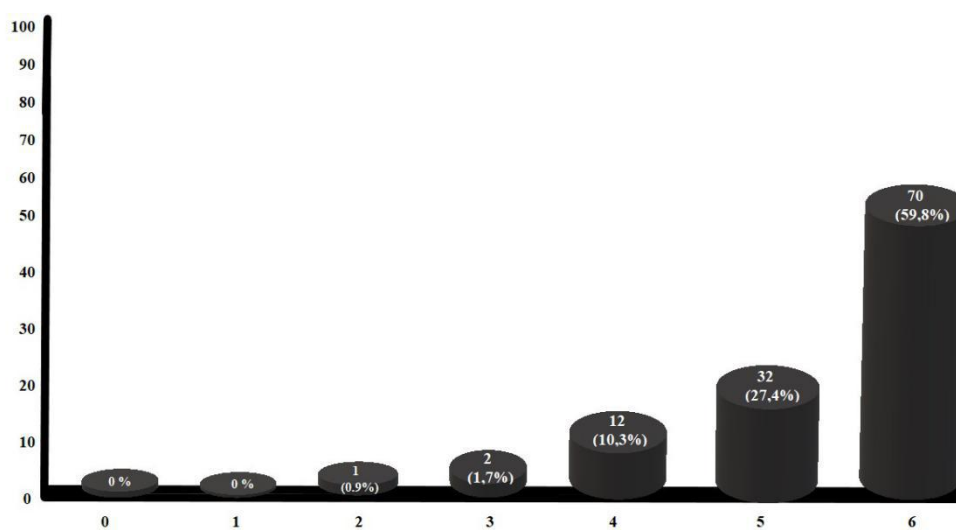
Wykres 1. Stosunek badanych do posiadanych cech terapeuty – empatia.



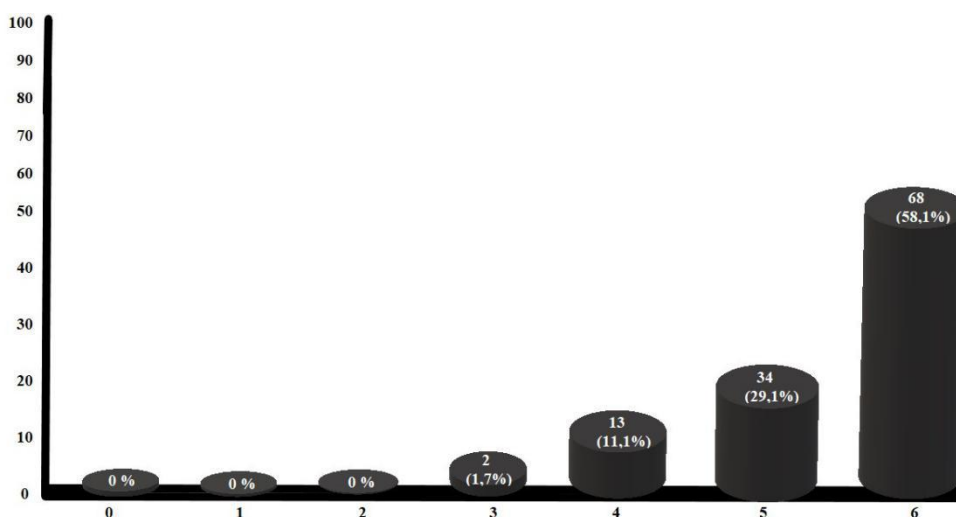
Wykres 2. Stosunek badanych do posiadanych cech terapeuty – silne ego.



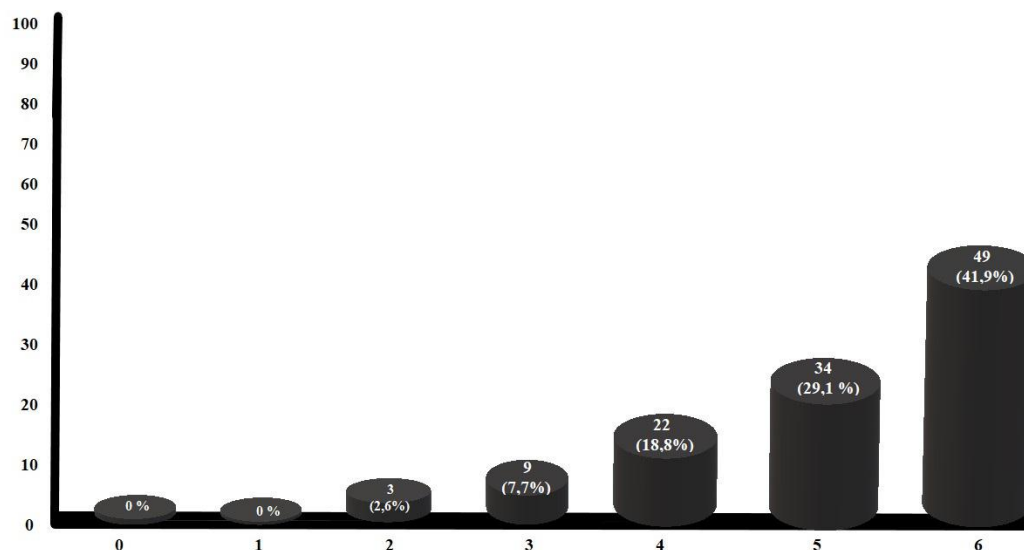
Wykres 3. Stosunek badanych do posiadanych cech terapeuty – otwartość



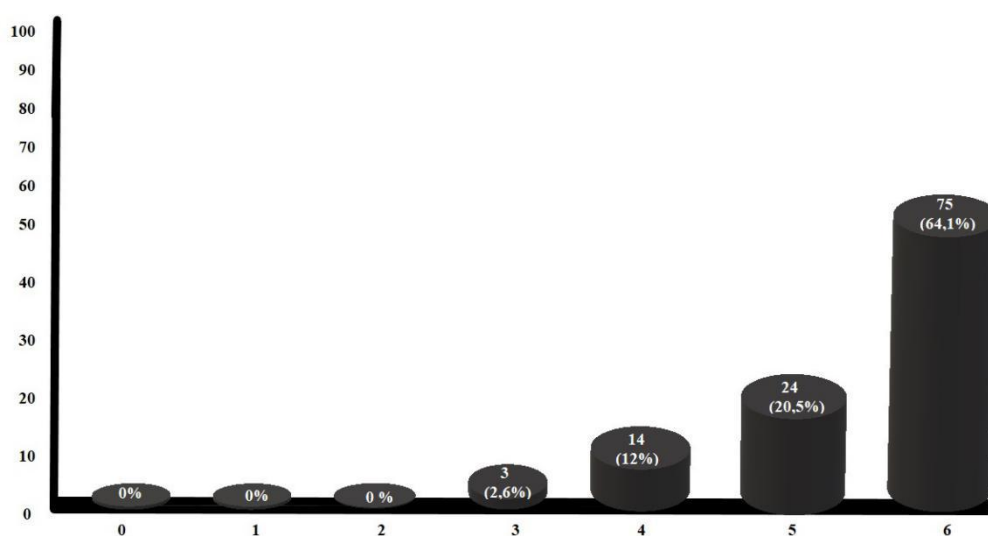
Wykres 4. Stosunek badanych do posiadanych cech terapeuty – pozytywny stosunek



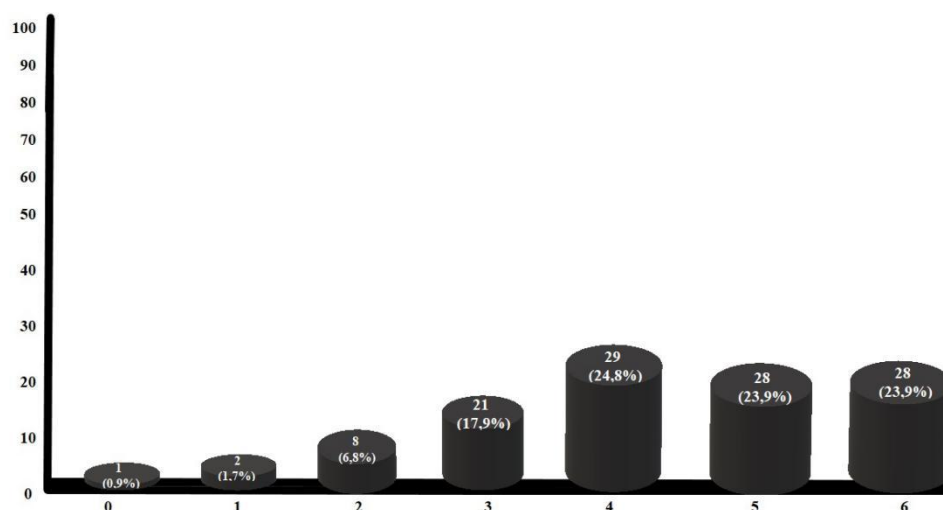
Wykres 5. Stosunek badanych do posiadanych cech terapeuty – samoświadomość



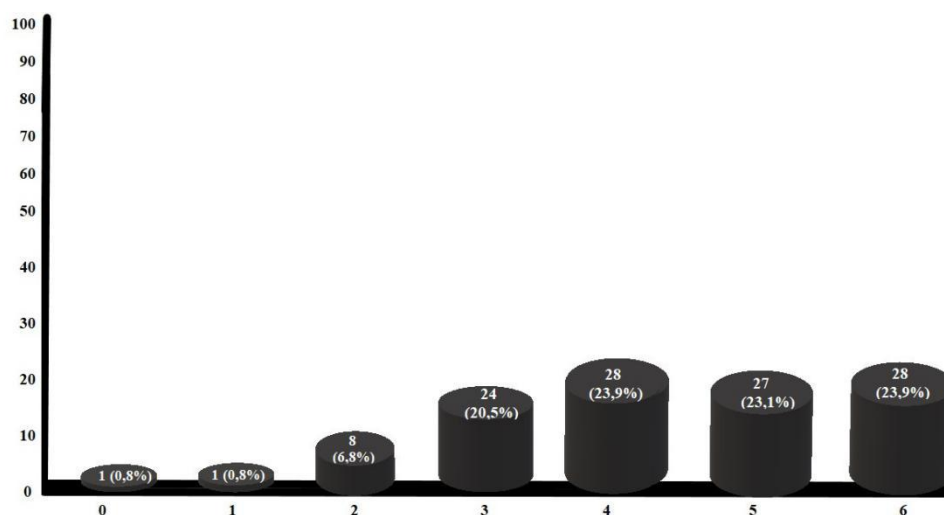
Wykres 6. Stosunek badanych do posiadanych cech terapeuty – wiedza i umiejętności zawodowe



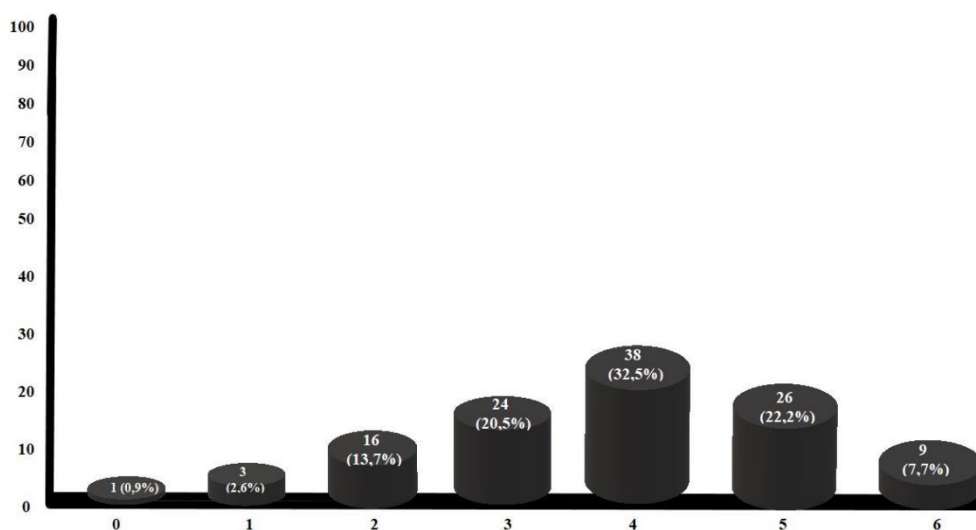
Wykres 7. Stosunek badanych do posiadanych cech terapeuty – doświadczenie osobiste



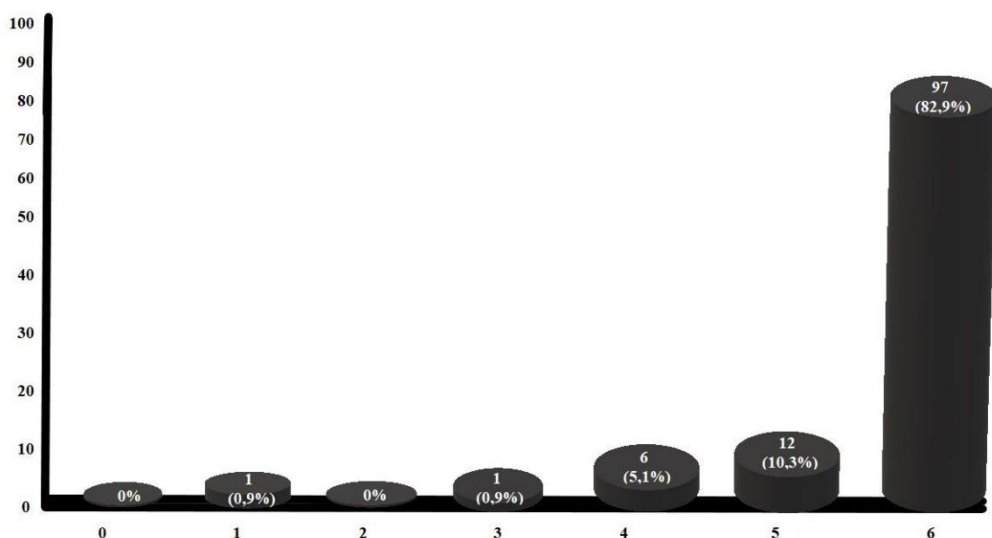
Wykres 8. Stosunek badanych do posiadanych cech terapeuty – wysokie walory ogólnoludzkie



Wykres 9. Stosunek badanych do posiadanych cech terapeuty – wygląd zewnętrzny



Wykres 10. Stosunek badanych do posiadanych cech terapeuty – odpowiedzialność zawodowa

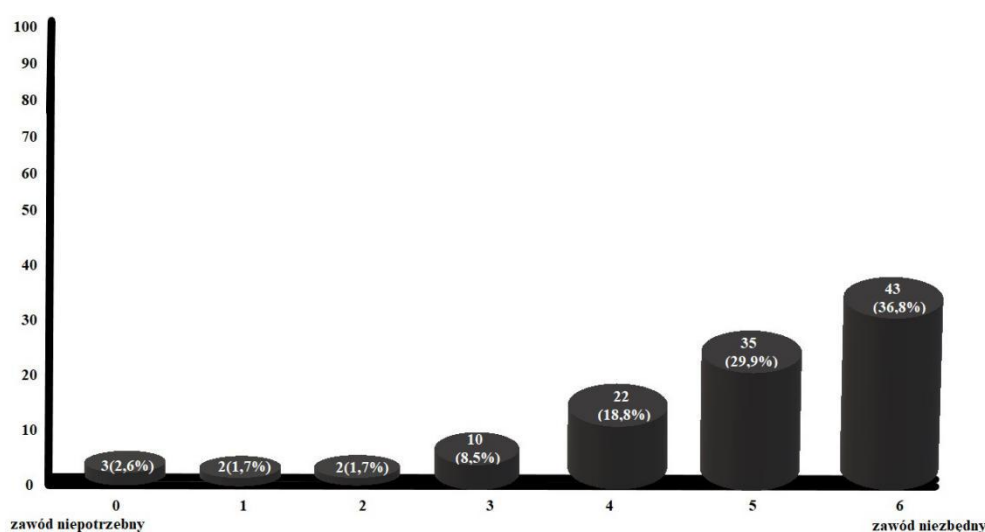


Z danych wynika, iż spośród cech psychologa, które postrzegane są jako konieczne, aby badani mogli z nim poruszać problemy osobiste najwyższych wskazań miały takie określenia jak: odpowiedzialność zawodowa, wiedza i umiejętności zawodowe oraz empatia. Po przeanalizowaniu różnic między grupowymi można zauważyć, iż badanych w ocenie walorów terapeuty, różnicuje doświadczenie kontaktu z psychologiem. Osoby, które w przeszłości korzystały z usług psychologa poprzez poradnictwo psychologiczne, doradztwo zawodowe, diagnozę psychologiczną bądź terapię psychologiczną, za najważniejsze cechy terapeuty uznali odpowiedzialność zawodową, empatię oraz pozytywny stosunek. Biorąc pod

uwagę jedynie osoby, które w przeszłości uczęszczały na terapię, za najistotniejsze walory psychologa uznali oni odpowiedzialność zawodową, pozytywny stosunek oraz samoświadomość. Pokazuje to jak bardzo osobiste doświadczenie kontaktu z psychologiem, wpływa na postawę wobec tego zawodu.

Następnie badani zostali zapytani „*Jaki jest Twój stosunek do zawodu psychologa?*” i ponownie za zadanie mieli ustosunkowanie się do tego pytania na 7-stopniowej skali zaznaczając od 0 – „zawód niepotrzebny” do 6 – „zawód niezbędny”. Informacje na temat odpowiedzi udzielanych przez badanych zawiera Wykres 11.

Wykres 11. Zestawienie ustosunkowania badanych co do zawodu psychologa



Z danych wynika, iż aż 85,5 % badanych zaznaczało odpowiedzi z zakresu 4-6 określając zawód psychologa jako „zawód niezbędny”. Jedynie 6 % badanych uznaje zawód psychologa za działalność niepotrzebną.

Badani którzy mieli w przeszłości kontakt z psychologiem stanowili 43 % grupy badawczej. Z tej grupy, określanej jako „pacjenci”, aż 88 % uznaje ten zawód za potrzebny (odpowiedzi 4-6), natomiast z grupy „niepacjentów” tak odpowiada 83,5 %. Różnica ta nie jest duża, a wynik może świadczyć o stosunkowo powszechnej akceptacji dla zawodu psychologa.

Następnie badani zostali zapytani „*Jaki obszar pracy psychologa kojarzy Ci się z tym zawodem?*”. 58,1 % badanych utożsamia zawód psychologa z terapią psychologiczną, 25,6 % z poradnictwem psychologicznym, 13,7 % z diagnozą psychologiczną i wydawaniem opinii, natomiast jedynie 2,6 % z profilaktyką i psychoedukacją.

Na kolejne pytanie „*Czy korzystałeś kiedyś z pomocy psychologa/psychoterapeuty?*” 42,7 % badanych odpowiedziało twierdząco, co pozwoliło zróżnicować grupy badanych na

pacjentów i niepacjentów. Odpowiedzi respondentów zapytanych o to „*Jaka była to forma pomocy?*” zawiera Tabela 2.

Tabela 2. Zestawienie form pomocy z jakich korzystali respondenci

	Liczba osób	Kobiety	Mężczyźni	% pacjentów	% wszystkich badanych
Terapia psychologiczna	22	16	6	44 %	18,8 %
Doradztwo zawodowe	6	6	0	12 %	5,1 %
Poradnictwo psychologiczne	16	16	0	32 %	13,7 %
Diagnoza psychologiczna	6	4	2	12 %	5,1 %

Ostatnim pytaniem w ankiecie internetowej było pytanie o to na ile kontakt z psychologiem spełnił oczekiwania badanych. Z danych wynika, iż z 50 osób badanych, które korzystały z pomocy psychologa, 26 z nich to znaczy, aż 52 % badanych odpowiadało, iż kontakt z psychologiem spełnił ich oczekiwania w stopniu dobrym bądź bardzo dobrym, natomiast oczekiwania 32 % badanych zostały spełnione w stopniu umiarkowanym. Jedynie 16% badanych było niezadowolonych z kontaktu z psychologiem. Dane te mogą świadczyć o tym, iż kontakt z psychologiem oraz jakość tej relacji istnieje na wysokim poziomie.

WNIOSKI

Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że badani bardzo wysoko oceniają przydatność zawodu psychologa. Zdecydowana większość badanych (ponad $\frac{3}{4}$) kojarzy psychologa z poradnictwem i psychoterapią, dużo mniej z diagnozą psychologiczną. Spośród walorów psychologa, które postrzegane są jako konieczne, aby badani mogli z nim poruszać problemy osobiste najwięcej wysokich wskazań miały takie określenia jak: odpowiedzialność zawodowa, wiedza i umiejętności zawodowe oraz empatia. Jednak w tej sprawie zaznaczyły się różnice między osobami, które miały osobisty kontakt z psychologiem, a które nie korzystały z pomocy psychologicznej. Osoby, które w przeszłości korzystały z usług

psychologa poprzez poradnictwo psychologiczne, doradztwo zawodowe, diagnozę psychologiczną bądź terapię psychologiczną, za najważniejsze cechy terapeuty uznali odpowiedzialność zawodową, empatię oraz pozytywny stosunek. Jednak wyróżniając z grupy pacjentów jedynie osoby które w przeszłości uczęszczały na terapię psychologiczną, podkreślali oni istotę odpowiedzialności zawodowej, pozytywnego stosunku, ale również samoświadomości. Jest to wniosek, który może pokazywać jak postawa wobec psychologa zmienia się w momencie podejmowania z nim innego rodzaju kontaktu, a oczekiwania wobec niego zaczynają być konkretyzowane i pełniejsze.

W badanej grupie zaznaczyła się przewaga osób w przedziale wiekowym 18-25, ponadto ankietę wypełniło znacznie więcej kobiet, niż mężczyzn. Z tego względu uzyskane rezultaty można traktować jedynie jako badanie pilotażowe. Obecne wyniki badań nie są reprezentatywne dla całej populacji. Dostarczają jednak interesujących obserwacji jak postrzegany jest zawód psychologa.

BIBLIOGRAFIA

Aleksandrowicz J. (1994), *Psychoterapia medyczna*, Warszawa: PZWL.

Feltham C., Horton I. (2013), *Psychoterapia i poradnictwo*, Sopot: GWP, s. 43

Kozielecki J. (1987), *Transgresyjna koncepcja człowieka*, Warszawa: PWN.

Rogers C. (1991), *Terapia nastawiona na klienta*. Thesarus-Press, Wrocław.

Szczukiewicz A. (w druku), *Kryzysy psychiczne a funkcjonowanie nastolatka*. [W:] Walc W. (red.) *Wychowanie, opieka, pomoc, wsparcie w szkolnej rzeczywistości*, Rzeszów: WUR

Szczukiewicz P. (2005), *O pomaganiu i psychoterapeutach. Kształtowanie się postaw wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej*, Lublin: Wydawnictwo UMCS

Torret E.F. (1981), *Czarownicy i psychiatrzy*, Warszawa: PIW.

Zaborowski Z. (1976), *Stosunki międzyludzkie*, Wrocław: Ossolineum

Dominika Stachyra

Terapia i formy pomocy dla osób współuzależnionych od alkoholu

S t r e s z c z e n i e

Niniejszy artykuł koncentruje się na zjawisku współuzależnienia i charakterystyce aktualnie dostępnych form pomocy i terapii dla osób dotkniętych tym problemem. Odkąd zostało dostrzeżone, że uzależnienie wywiera destrukcyjny wpływ na życie nie tylko chorego, ale także jego najbliższych, powodując szereg nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu rodzinnego, oferta pomocowa dla osób współuzależnionych znacznie się poszerzyła. Do końca lat osiemdziesiątych niemal jedyną formą pomocy dla rodziny uzależnionego było udzielanie porad dotyczących tego co robić, aby członek rodziny przestał zażywać daną substancję (Mellibruda, Sobolewska, 1997). W artykule przedstawiona została między innymi specyfika terapii osób współuzależnionych, działanie grup samopomocowych i terapeutycznych oraz dostępna pomoc socjalna.

S u m m a r y

The paper presents the phenomenon of codependence and discusses current accessibility of help and therapy for people who struggle with this problem. It was discovered that addiction have impact not only on the addict but also on his loved ones, causing lots of abnormalities in functioning of the whole family. Since this time accessibility of help for the people codependened was significantly extended. To the end of the eighties nearly only help for the family of the addict was giving advices about how the member of the family can stop drug abuse. Later the help was concentrated not only on the addict but also on his family. The paper presents among others, specificity of the codepended therapy, shows the actions of self-help groups, therapeutic groups and social assistance.

S ł o w a k l u c z o w e

współuzależnienie, system rodzinny, choroba alkoholowa

WPROWADZENIE

Współuzależnienie jest zjawiskiem złożonym i niosącym wiele destrukcyjnych konsekwencji dla systemu rodzinnego. Długotrwałe współżycie z osobą uzależnioną powoduje odczuwanie napięcia, przeciążenia emocjonalnego, cierpienia, a także negatywnie wpływa na stan zdrowia somatycznego. Jak wynika z zestawień statystycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych szacunkowa liczba osób uzależnionych od alkoholu w Polsce to ok. 2% populacji. Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika to 4% populacji, jeżeli natomiast chodzi o ilość dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholowych jest to ok. 4% populacji (PARPA, 2014). Statystyki te obrazują jak dużym problemem społecznym jest uzależnienie od alkoholu. Jest to poważna sprawa, która stale wymaga monitorowania oraz zainteresowania specjalistów, organów rządowych, pozarządowych, instytucji publicznych, placówek edukacyjnych między innymi poprzez tworzenie i wdrażanie kompleksowych programów profilaktycznych, zapewnienie terapii, poradnictwa psychologicznego, tworzenie grup edukacyjnych oraz rozbudowywanie sieci wsparcia i innych działań pomocowych. Warto jest podkreślić, iż formy pomocy powinny być dostępne nie tylko dla osoby uzależnionej, ale także dla jej najbliższego otoczenia. Jest to kluczowe, aby cały system rodzinny mógł powrócić do prawidłowego funkcjonowania.

CZYM JEST WSPÓLUZALEŻNIENIE?

Według Iclan i Hernandez (1992) samo pojęcie współuzależnienia zaczęło być stosowane już w latach 70. XX wieku. Nie oznacza to jednak, że dopiero wtedy dostrzeżono oddziaływanie osoby uzależnionej na system rodzinny. Od tamtej pory zaczęto posługiwać się tym określeniem w publikacjach co doprowadziło do ich dalszej popularyzacji. Sprawilo to, że wykorzystywanie tego terminu bywa nadużywane i wykracza poza swoje pierwotne znaczenie. Szczukiewicz (2008) w literaturze polskiej podaje, iż termin współuzależnienia jest pochodną określenia „ko-alkoholik”, którym nazywano bliskich osoby uzależnionej od alkoholu. Ta nazwa była popularna w ruchach samopomocowych takich jak Al-Anon. Zwracano wtedy uwagę na emocje towarzyszące osobie i charakterystyczne zachowania, które były pewnego rodzaju odpowiedzią na sposób w jaki funkcjonował uzależniony.

Na wstępie warto zaznaczyć, iż istnieją różnice w sposobie definiowania „współuzależnienia”. Niektórzy badacze współuzależnienie określają jako chorobę, inni natomiast definiują je w kontekście zaburzeń osobowości, ale również jako odpowiedź na reakcję stresową (Margasiński, 2000). Jednym z pierwszych zwolenników ujęcia współuzależnienia jako choroby jest Timmen Ceremak, który utworzył kryteria diagnostyczne tego zjawiska odpowiadające standardom klasyfikacji DSM (Cermak, 1986). Za tym stanowiskiem opowiada się także Janet Woititz, która współuzależnienie uznaje za chorobę żon alkoholików. Według Woititz (1989) osoba współuzależniona charakteryzuje się podobnymi cechami do uzależnionego, a główny mechanizm psychologiczny, który stosuje to zaprzeczenie. Kobiety te charakteryzuje „opiekuńczość, pełne litości skoncentrowanie się na alkoholiku; zakłopotanie; unikanie okazji do picia; przesunięcie we wzajemnych kontaktach; poczucie winy; obsesje; stałe zamartwianie się; niepokój; kłamstwa; fałszywe nadzieje; rozczarowania; euforię, zamęt; problemy seksualne; złość; letarg; poczucie beznadziejności; poczucie krzywdy; rozpacz” (Woititz, 1989). Pia Mellody proponuje natomiast ujęcie współuzależnienia jako choroby, której początek jest związany z dorastaniem w rodzinie dysfunkcyjnej, które może mieć znaczący wpływ na uszkodzenie osobowości (Mellody, 1993).

Pomimo popularności traktowania współuzależnienia jako zjawiska chorobowego nie doszło nigdy do zaklasyfikowania go jako jednostki chorobowej w oficjalnych klasyfikacjach. (ICD czy DSM). Mimo to nie brak definicji współuzależnienia, które traktują je jako postawę z obszaru psychopatologii. Na przykład: „Współuzależnienie jest emocjonalnym, psychicznym i behawioralnym stanem, który jest wynikiem działania na jednostkę zbioru wprowadzanych w życie przez inne osoby przykrych i uciążliwych reguł, reguł, które uniemożliwiają otwarte demonstrowanie uczuć oraz bezpośrednią wymianę poglądów na temat problemów osobistych i interpersonalnych” (Subby, 1984). Bardziej współczesna definicja mówi, że „centralnym aspektem życia osób współuzależnionych jest sprawowanie kontroli. W międzyosobowej relacji uwikłanej w drugą osobę powoduje ograniczenie albo zatracenie własnej tożsamości, poprzez zaangażowanie tożsamością i problemami drugiej osoby” (Hemflet, Minirth, Meier, 2004).

Współcześnie przeważa podejście do współuzależnienia jako zjawiska o charakterze przystosowawczym, a nie chorobowym. Mellibruda i Sobolewska (1997)

podkreślają, że istotą współuzależnienia są podejmowane przez rodziny różnorodne działania, w celu zapanowania nad piciem alkoholika, zachowania te często stają się automatycznymi reakcjami. Wspomnieni badacze opowiadają się za rozumieniem współuzależnienia w kategoriach adaptacyjnych, określając współuzależnienie jako uczestniczenie w trudnej, wyniszczającej sytuacji życiowej, ograniczającej swobodę wyboru działania, które prowadzi do pogorszenia własnego stanu i powoduje utrudnienie zmiany swojej obecnej sytuacji na lepszą (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Szczukiewicz (2008) uważa, że rozumienie współuzależnienia w pierwszej kolejności jako niewłaściwego przystosowania, jest bardziej bezpieczne dla pacjentek. Bowiernie nie etykietuje kobiety żyjącej w związku z alkoholikiem jako „chora” czy „zaburzona”, na pierwszym etapie pomocy terapeutycznej, a jednocześnie nie wyklucza konieczności dalszej diagnozy uwarunkowań współuzależnienia na dalszych etapach terapii. Wspomniany autor definiuje współuzależnienie jako „dysfunkcyjny sposób przystosowania do sytuacji uzależnienia kogoś bliskiego” (Szczukiewicz, 2008, s. 50). Proponuje rozpoznawanie dysfunkcyjności poprzez stwierdzenie trzech problemów: nie psychicznego cierpienia, pogłębienie uwikłania w relacje z uzależnionym oraz patologizację systemu rodzinnego.

TERAPIA

Leczenie współuzależnienia przynosi największe efekty wtedy, gdy jest połączone z terapią osoby uzależnionej. Większość programów terapeutycznych nastawiona jest na naprawę systemu rodzinnego, a udział w nim całej rodziny uważa się za predyktor w znacznym stopniu zwiększający szansę powodzenia terapii uzależnionego (Hędzielek, Wnuk, Marcinkowski, 2009)

Proces terapeutyczny zachodzący podczas uczestnictwa w terapii indywidualnej lub grupowej (w grupach samopomocy: Al.-Anon, Al.-Ateen, DDA, DDRD) jest jedną z form pomocy polegającej na przezwyciężaniu współuzależnienia poprzez przepracowanie destrukcyjnych mechanizmów oraz symptomów chorobowych. Strategie terapeutyczne powinny zakładać etapowość terapii i poruszanie się coraz głębiej w celu wydobycia mechanizmów współuzależnienia. Według Mellibrudy i Sobolewskiej w początkowej fazie terapii powinno się znaleźć miejsce na umożliwienie

pacjentowi poznania sytuacji w jakiej się znajduje, mechanizmów obronnych jakie stosuje, schematów zachowania oraz nazwanie towarzyszących emocji. Obowiązkowy jest także opis sytuacji rodzinnej: struktury, ról, relacji, obowiązków, zależności. Jedną z najważniejszych kwestii w pierwszym etapie jest uchwycenie reakcji, które przejawiają się w sztywnych, nieefektywnych schematach zachowań. Mellibruda i Sobolewska (1997) wymieniają 3 grupy schematów zachowań, których wykrycie jest niezbędne do ich zmiany oraz nauki konstruktywnych sposobów radzenia sobie:

1) Nieudane próby zmiany sytuacji:

- zachowania kontrolujące picie alkoholu przez partnera,
- zachowania mające na celu uzyskanie wpływu na zachowanie pijanego partnera
- zachowania nadopiekuńcze wobec partnera
- wciąganie innych członków rodziny w kontrolowanie osoby pijącej

2) Nieudane próby wycofania się z sytuacji:

- zachowania demonstracyjne
- zachowania ucieczkowe
- zachowania wzmacniające poczucie bezradności
- brak zachowań zmierzających do usamodzielnienia się

3) Negatywne, szkodliwe sposoby przystosowania się do sytuacji

- izolowanie się od osób spoza najbliższej rodziny
- branie na siebie całej odpowiedzialności za rodzinę
- dbanie o zachowanie pozorów idealnej rodziny za wszelką cenę
- branie na siebie konsekwencji picia partnera
- brak skutecznej samoobrony w przypadkach przemocy
- zaniedbywanie własnych potrzeb na rzecz partnera

Drugi etap terapii powinien przede wszystkim być skupiony na poznaniu źródła braku dystansu do osoby współzależnionej. W tej fazie możliwe jest dotarcie do prawdziwego obrazu siebie i odkrycie własnej tożsamości. Działania terapeuty powinny być skoncentrowane na wspieraniu pacjenta w tworzeniu nowej wizji życia i zmianie dotychczasowych schematów funkcjonowania. Trzeci etap terapii, który jest potrzebny dla niektórych pacjentów, to psychoterapia problemów osobistych, które źródła mają zazwyczaj w wychowaniu się w rodzinach dysfunkcyjnych.

Strategia terapeutyczna proponowana przez Mirosławę Kisiel (2001) również zakłada etapowość pracy. Terapeutka zwraca szczególną uwagę na to jak ważny jest pierwszy kontakt z osobą współuzależnioną, bardzo często to właśnie od jego przebiegu zależy, czy pacjent podejmie dalsze działania terapeutyczne. Kolejnymi etapami jest poznanie oczekiwań pacjenta, emocjonalne wsparcie, podanie informacji jakie osoba ma możliwości, co może zrobić i od czego zacząć, aby osiągnąć swój cel, postawienie diagnozy i motywowanie do podjęcia terapii.

GRUPY SAMOPOMOCOWE

Szczególnym rodzajem wsparcia społecznego są często niedoceniane grupy samopomocowe oraz grupy wsparcia, bądź terapeutyczne prowadzone najczęściej przez terapeutów uzależnień. Grupy samopomocowe skupiają osoby o podobnych doświadczeniach życiowych. Istnieje bardzo wiele definicji grup samopomocowych. Katz i Bender podkreślają, że grupy samopomocowe są tworzone do realizacji konkretnego celu (Katz, Bender, 1987). Według Levy'ego (1987) najważniejszymi celami grup samopomocowych jest zapewnienie pomocy i wsparcia dla członków danej grupy między innymi w radzeniu sobie z problemami, pomocy w poprawieniu dobrostanu psychicznego oraz zwiększeniu skuteczności własnych działań, a podstawowym źródłem pomocy jest wiedza, wysiłek, umiejętności i troska jej członków. Beattie (1986) uważa natomiast, że grupy samopomocowe uczą osoby uczestniczące w programach żyć szczęśliwie, odnosić sukcesy a także przynoszą im spokój i zachęcają do leczenia.

Pierwsze grupy samopomocowe Anonimowych Alkoholików zaczęły działać na terenie Stanów Zjednoczonych w latach 30. XX w. Po powstaniu ruchu AA członkowie ich rodzin uczestniczyli razem z nimi w spotkaniach. Szybko jednak zauważono potrzebę osobnych spotkań dla współuzależnionych. Inicjatorkami założenia rozłącznej grupy były żony alkoholików, które dostrzegły dobroczynny wpływ stosowania programu 12 kroków. Poprzez zainspirowanie się działaniem grupy AA, w połowie lat 40. ubiegłego stulecia została utworzona w Stanach Zjednoczonych pierwsza grupa Al-Anon skierowana do wszystkich, którzy czują emocjonalną więź z osobami uzależnionymi od alkoholu. W Polsce grupy Al-Anon funkcjonują od 1980 roku.

Większość grup samopomocowych opiera swoje działania na „Programie 12 Kroków”, który wyznacza osobom potrzebującym wsparcia kolejne cele we własnym duchowym rozwoju, których osiągnięcie ma pomóc w uwolnieniu się od nałogu lub wpływu uzależnionej bliskiej osoby. Beattie (1986) wymienia w swojej książce każdy z kroków:

1. „Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu, że przestaliśmy kierować własnym życiem”
2. „Uwierzyliśmy, że Siła Wyższa od nas samych może przywrócić nam zdrowie”
3. „Postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, jakkolwiek go rozumiemy”
4. „Zrobiliśmy gruntowny i odważny rachunek sumienia”
5. „Wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów”
6. „Staliśmy się całkowicie gotowi na to, aby Bóg uwolnił nas od wszystkich wad charakteru”
7. „Zwróciliśmy się do niego w pokorze, aby usunął nasze braki”
8. „Zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim”
9. „Zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem przypadków, w których zraniłoby to ich lub innych.
10. „Prowadziliśmy nadal rachunek sumienia, z miejsca przyznając się do popełnionych błędów”
11. „Dążyliśmy przez modlitwę i medytację do coraz doskonalszej więzi z Bogiem, jakkolwiek Go pojmujemy, prosząc jednocześnie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia”
12. „Przebudzeni duchowo w rezultacie tych Kroków, staraliśmy się nieść posłanie wszystkim innym alkoholikom (współuzależnionym) i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach.

Na dzień dzisiejszy system wsparcia grup samopomocowych rozwija się coraz prężniej. Powstają grupy skupiające nie tylko osoby współuzależnione od alkoholu, ale także od innych substancji na przykład grupa Nar-Anon, która jest kierowana do rodzin osób uzależnionych od narkotyków. Osoby współuzależnione mogą szukać wsparcia w następujących grupach samopomocowych:

- Al-Anon – grupa skierowana do wszystkich odczuwających więź emocjonalną z osobą uzależnioną od alkoholu, potrzebujących wsparcia, motywacji do rozpoczęcia terapii, porady.
- A-Teen – grupa przeznaczona dla nastolatków, dla dzieci i młodzieży do lat 18.
- Al-Atot – grupa skupiająca dzieci alkoholików
- Dorosłe Dzieci Alkoholików (DDA) – grupa wsparcia dla osób, które ukończyły 18 rok życia i są dziećmi alkoholików.
- Dorosłe Dzieci z Rodzin Dysfunkcyjnych (DDRD) – grupa wsparcia dla osób, które ukończyły 18 rok życia i wychowywały się w rodzinach dysfunkcyjnych

POMOC SPOŁECZNA

Osoba współuzależniona nie jest pozostawiona sama sobie, może liczyć na pomoc państwa, która jest zagwarantowana ustawą. Pomoc ta ma na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenia trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Dz.U. 2018, poz. 1509 art. 2 ust.1). Za organizację pomocy odpowiadają organy administracji rządowej i samorządowej we współpracy z innymi organizacjami społecznymi, pozarządowymi, Kościołem Katolickim, innymi związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Dz.U. 2018, poz. 1509, art. 2 ust.1). Podstawą do jej udzielenia jest między innymi alkoholizm i narkomania (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Dz.U. 2017, poz. 1509, art. 7 ust.1)

Ważnym instrumentem pomocy społecznej jest kontrakt socjalny, czyli pisemna umowa zawarta między osobą ubiegającą się o pomoc, określająca uprawnienia i zobowiązania stron umowy, w ramach wspólnie podejmowanych działań zmierzających do przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej osoby lub rodziny (Ustawa o pomocy społecznej art. 6 pkt 6). Kolejnym instrumentem pomocy jest praca socjalna obejmująca działalność zawodową skierowaną do osób lub rodzin mającą na celu pomoc we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez

pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz warunków sprzyjających temu celowi (Ustawa o pomocy społecznej art. 6 pkt 12).

Bardzo często rodziny osób uzależnionych borykają się również z problemami prawnymi takimi jak przemoc w rodzinie, ubóstwo, długi spowodowane uzależnieniem członka rodziny. Osoby takie mogą skorzystać z nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej, jeśli w okresie roku poprzedzającego zostało im przyznane świadczenie z pomocy społecznej na podstawie ustawy o pomocy społecznej. Na terenie całego kraju pomoc świadczy ponad 1500 punktów nieodpłatnej pomocy prawnej określanych przez jednostki samorządu terytorialnego i usytuowanych w gminnych lub powiatowych lokalach (materiały informacyjne ms.gov.pl).

PODSUMOWANIE

W literaturze przedmiotu można zauważyć tendencję do zwracania uwagi na wzajemny wpływ osoby uzależnionej i systemu rodzinnego. Coraz większa liczba opracowań przyczynia się do wzrostu zainteresowania niezwykle ważnym zagadnieniem – współuzależnienia. Jest to ważne zwłaszcza w krajach, gdzie uzależnienia są poważnym problemem społecznym. Co więcej współuzależnienie dotyczy sporej części osób utrzymujących bliskie stosunki emocjonalne z osobą uzależnioną od alkoholu (Hędzielek, Wnuk, Marcinkowski, 2009). Budujący jest fakt, że rodziny osób uzależnionych na dzień dzisiejszy mają dostępną dość szeroką ofertę pomocową, a zainteresowanie badaczy przekłada się na zwiększenie świadomości społecznej. Najistotniejsze jest jednak to, aby osoby współuzależnione dostrzegły u siebie potrzebę pomocy i nie obawiały się o nią zabiegać.

BIBLIOGRAFIA

- Cermak, T. L. (1986). *Diagnostic criteria for codependency*. Journal of Psychoactive Drugs, 18, 15-20.
- Beattie M. (1986) *Koniec współuzależnienia. Jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*.
- Hemflet, R., Minirth, F., Meier, P. (2004). *Miłość to wybór*. Poznań: Wydawnictwo W drodze

- Hernandez, M., Inclan, J., (1992) *Cross-cultural perspectives and codependence: The case of poor Hispanics*. American Journal of Orthopsychiatry, t. 62.
- Hędzalej M., Wnuk M., Marcinkowski J., (2009) *Choroba współuzależnienia od alkoholu – diagnoza, konsekwencje, leczenie*. Probl Hig Emidemiol 2009, 90(3); 309-315\
- Kisiel M., (2001). *Zajęcia psychoedukacyjne dla współuzależnionych*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, PTP.
- Katz A., Bender E. (1987) *Grupy samopomocy w społeczeństwie zachodnim. Historia i perspektywy*, [w:] *Pomoc nieprofesjonalna i grupy wzajemnej pomocy*. Warszawa: Studium Pomocy Psychologicznej PTP,
- Levy L. (1987) *Grupy samopomocy w społeczeństwie zachodnim. Historia i perspektywy*, [w:] *Pomocy nieprofesjonalna i grupy wzajemnej pomocy*. Warszawa: Studium Pomocy Psychologicznej. PTP.
- Margasiński A. (2000). *Syndrom współuzależnienia*. W: *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 5.
- Mellibruda J., Sobolewska Z. (1997), *Koncepcje i terapia współuzależnienia* (w:) „*Alkoholizm i narkomania*” nr 3, Warszawa.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. (2006) *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Mellody, P., (1993). *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współuzależnienia*. Warszawa: Agencja Wydawnicza J. Santorski.
- Szczukiewicz P. (2008), *Współuzależnienie-koncepcje, definicje, kontrowersje* (w:) „*Świat problemów*” nr 11, Warszawa 2008.
- Subby R., Friel J., (1984) „*Co-Dependency*”. *An Emerging Issue*. Hollywood: Health Communications
- Woititz J., (1989) *Małżeństwo na lodzie, psychologiczne problemy żon alkoholików*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa

Akty prawne:

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Dz.U. 2018, poz. 1509

Źródła internetowe:

Kamila Jarosławska, podmiot udostępniający: Ministerstwo Sprawiedliwości, 2018.

Dostęp <https://www.darmowapomocprawna.ms.gov.pl/pl/o-ustawie/> [09.08.2018]

PARPA, Dostęp <http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/132-statystyki> [09.08.2018]

Postrzeganie sensu życia przez młodych ludzi a uzależnienie od substancji psychoaktywnych

STRESZCZENIE

Postrzeganie sensu życia jest szerokim i wielowątkowym tematem, na którego kształtowanie i sposób odczuwania składa się wiele czynników oddziałujących na jednostkę w dłuższym czasie. Postrzeganie sensu życia przez młodych ludzi będących na etapie kształtowania własnej tożsamości, własnego poglądu na świat i wyboru własnej drogi życiowej często jest zaburzone. Młodzi ludzie często gubią się w życiu, nie potrafią sprostać wielu zadaniom życiowym, nie wiedzą jaką drogę wybrać, oceniają oni swoje życie jako mało satysfakcjonujące, niosące frustrację, niepewność, negatywne emocje i brak poczucia sensu własnej egzystencji. Brak umiejętności konstruktywnego rozwiązywania problemów i zapanowania nad uciążliwymi stanami emocjonalnymi wywołuje u młodych ludzi chęć ucieczki od częstych życiowych problemów i zaburzonych własnych stanów uczuć i emocji – ucieczką tą i odreagowaniem są często środki psychoaktywne zmieniające postrzeganie i świadomość. Niniejszy artykuł zawiera rozważania teoretyczne dotyczące zjawiska uzależnienia od substancji psychoaktywnych, funkcjonowania osób uzależnionych, a także dywagacje nad zagadnieniem sensu życia, oraz związkiem pomiędzy uzależnieniem a zaburzeniami w funkcjonowaniu i odczuwaniu sensu własnej egzystencji przez młodych ludzi.

Słowa kluczowe: substancje psychoaktywne, uzależnienie, mechanizmy uzależnienia, sens życia.

SUMMARY

Perceiving the meaning of life is a broad and multithreaded subject, on which the formation and way of feeling consists of many factors affecting the individual in the long term. The perception of the meaning of life by young people at the stage of shaping their own identity, their own view of the world and choosing their own way of life is often disturbed. Young people often get lost in life, they can not cope with many life tasks, they do not know which

way to go, they assess their lives as unattractive, bringing frustration, uncertainty, negative emotions and lack of sense of their own existence. Lack of constructive problem solving skills and control over troublesome emotional states causes in young people the desire to escape from frequent life problems and disturbed their own states of feelings and emotions - this escape and recovery are often psychoactive drugs that change the perception and awareness. This article contains theoretical considerations on the phenomenon of addiction to psychoactive substances, the functioning of addicts, as well as on the issue of the meaning of life, and the relationship between addiction and disorders in the functioning and sense of existence of young people.

Keywords: psychoactive substances, addiction, mechanisms of addiction, meaning of life.

UZALEŻNIENIE OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Jednym z najczęściej spotykanych problemów współczesnego świata jest gwałtowne rozprzestrzenianie się zjawiska nadużywania i uzależnienia od różnych substancji psychoaktywnych (psychotropowych). Współcześnie człowiek może uzależnić się od wielu środków – zarówno psychoaktywnych takich jak: alkohol, narkotyki, dopalacze, leki psychotropowe, jak również od czynności typu: dokonywanie zakupów, jedzenie, surfowanie po Internecie, gier komputerowych, uprawiania seksu, i wielu innych (Cierpiałkowska, 2008, s. 157).

Człowiek od zarania wykorzystywał różne substancje (środki) psychoaktywne w celu osiągnięcia pożądanego i oczekiwanego stanu psychicznego lub fizycznego. Środki te stosował również w celach leczniczych i obrzędowych. Początkowo były one pochodzenia naturalnego (otrzymywane z roślin), a w okresie późniejszym zaczęto wytwarzać je również syntetycznie. Substancjami psychoaktywnymi nazywane są *wszelkie naturalne i syntetyczne środki powodujące pożądane i niepożądane zmiany funkcjonowania organizmu człowieka, szczególnie układu nerwowego* (Cierpiałkowska, 2008, s. 158). O pożądanym efekcie można mówić np. w przypadku używania środka psychoaktywnego w celach terapeutycznych (zalecenie lekarza), a także w sytuacji zażywania środka psychoaktywnego przez osobę uzależnioną, która spodziewa się uzyskać określone zmiany w samopoczuciu i nastroju. Efekty niepożądane to dolegliwości somatyczne i psychiczne, których doświadcza jednostka przyjmująca dany środek psychoaktywny, i których pragnęłaby uniknąć (Cierpiałkowska, 2008, s. 158).

Zażywanie substancji psychoaktywnych niesie ze sobą wiele poważnych szkód natury zdrowotnej dla jednostki zażywającej, w postaci różnych dolegliwości fizycznych i psychicznych, oraz różnego rodzaju problemów w funkcjonowaniu społecznym. Nadużywanie substancji psychoaktywnych bardzo często i szybko prowadzi do uzależnienia – czyli stanu polegającego na przymusowym i systematycznym przyjmowaniu substancji (Cierpiałkowska, 2008, s. 160).

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest diagnozowane na podstawie objawów swoistych i nieswoistych. Objawy swoiste to zmieniająca się tolerancja i reaktywność, a także specyficzne zaburzenia osobowości, zaburzenia psychiczne oraz choroby fizyczne spowodowane przyjmowaniem danej substancji. Objawy nieswoiste natomiast to uzależnienie psychiczne i fizyczne, które objawia się w podobny sposób niezależnie od rodzaju zażywanego środka psychoaktywnego. Zależność psychiczna polega na obsesyjnym dążeniu do zażycia środka w celu osiągnięcia oczekiwanych doznań – stanów emocjonalnych i umysłowych. Zależność fizyczna objawia się przymusowym czyli kompulsywnym dążeniem do zażycia substancji psychoaktywnej, a także utratą kontroli nad jej przyjmowaniem, jak również na pojawianiu się zespołów abstynencyjnych czyli odstawiennych w postaci różnorodnych dolegliwości psychicznych i fizycznych, w sytuacjach gdy następuje zmniejszenie w organizmie poziomu systematycznie zażywanej substancji psychoaktywnej (Cierpiałkowska, 2008, s. 160-161).

Substancje psychoaktywne niezależnie od sposobu przyjmowania (doustne, wziewne, dożylnie) docierają do mózgu wywołując zmiany stanu świadomości i odczuwania. Wszystkie one pokonują barierę krew-mózg, zależnie jednak od rodzaju zażytej substancji – czyli jej składu chemicznego, jedne przepuszczane są szybciej i w większym stopniu – a poprzez to silniej działają, a inne wolniej i w mniejszym stopniu. Po pokonaniu bariery i wnikięciu do mózgu działają na układ neuroprzekazników w różny sposób – co w efekcie prowadzi do zmiany nastroju, percepcji i sposobu doświadczania odbieranej rzeczywistości, a czasem też do zaburzeń myślenia i w konsekwencji zachowania jednostki. Większość substancji psychoaktywnych pobudza ośrodek nagradzania mieszczący się w mózgu w okolicy jądra przegrody, a zwłaszcza miejsce połączenia z układem limbicznym, traktowanym jako siedziba emocji wpływając w ten sposób na wszystkie procesy psychiczne i fizyczne w organizmie człowieka (Cierpiałkowska, 2008, s. 164-165) zniekształcając myślenie, postrzeganie i odczuwanie.

Sila oddziaływania narkotyków na psychikę ludzką wynika stąd, że stanowią one bodziec dla okolic mózgu reagujących na różne informacje biologiczne, np. dotyczące

odżywiania lub zachowań seksualnych (Formański 2004, s. 162). Substancje otrzymywane sztucznie dają silniejsze bodźce od bodźców naturalnych. Wzmocnienia sztuczne nie wynikają bowiem z żadnych istotnych potrzeb człowieka, ale poprzez swoją siłę oddziaływania skutecznie z nimi konkurują (Formański 2004, s. 162-163) stanowiąc poważne zagrożenie dla zdrowia i funkcjonowania społecznego jednostki uzależnionej.

PSYCHOLOGICZNE KONCEPCJE UZALEŻNIENIA

Koncepcje uzależnienia z punktu psychologicznego można podzielić na dwie grupy:

(a) wywodzące się z ogólnych założeń jednego z paradygmatów psychologii: egzystencjalno-humanistycznego, psychoanalitycznego, behawioralno-poznawczego – modele te próbują wyjaśniać zjawisko uzależnienia (uwarunkowania i mechanizm powstawania) na podstawie ogólnych założeń psychologicznych natury człowieka odwołując się przy tym do jednego zjawiska np. do osobowości jednostki, sposobu radzenia sobie ze stresem, libido),

(b) wynikające z połączenia wielu projektów badawczych dotyczących obszaru paradygmatu biopsychospołecznego – model ten uwzględnia i łączy wiele różnych czynników podmiotowych – jednostki i społecznych tworząc złożone koncepcje interakcyjne (Cierpiałkowska, 2008, s. 164-165). Szczególnego uwzględnienia wymagają modele rozwoju psychopatologii u dzieci i młodzieży z rodzin w których występowało lub występuje uzależnienie. Podstawą powyższych modeli jest założenie, że nadużywanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest wynikiem:

1. zmieniających się w sposób dynamiczny w cyklu życia jednostki interakcji pomiędzy jej wrodzonymi predyspozycjami a wydarzeniami stresowymi, umiejscowionymi w środowisku;
2. powstawania i powtarzania się na różnych etapach życia dziecka i młodego człowieka mechanizmu tzw. „błędne koło”, który wzmacnia czynniki ryzyka, a osłabia zasoby jednostki, a to prowadzi do podtrzymywania i utrwalania dezadaptacyjnych wzorów zachowania;
3. ukształtowanie się dezadaptacyjnych wzorów zachowania, które polegają na eksternalizacji (uzewnętrznieniu) lub internalizacji (uwewnętrznieniu) problemów psychicznych jednostki, a poprzez to ba ujawnieniu się innych problemów natury zdrowotnej (Cierpiałkowska, 2008, s. 170).

Zgodnie ze stwierdzeniami pewnych koncepcji psychoanalitycznych substancje psychoaktywne pozwalają przezwyciężyć uczucie rozbicia własnego „ja”, a poprzez to odtworzyć spójny obraz własnej osoby, czyli zintegrować psychikę jednostki. Idąc za tym

podejściem środki odurzające stanowią jeden ze sposobów radzenia sobie z kryzysami tożsamości. Inni psychologowie za przyczynę uzależnienia od narkotyków podają podejmowane przez człowieka próby leczenia różnego rodzaju zaburzeń emocjonalnych. Mechanizm nałogowego regulowania emocji dotyczy głównie osób z zaburzeniami osobowości. Jak wykazało wiele naukowych badań większość osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych posiada pewne nieprawidłowości w obszarze osobowości. Szczególnie podatne na uzależnienie są cztery typy osób: osoby niedojrzałe, psychopatyczne, neurotyczne, oraz osoby na pograniczu psychozy (Formański 2004, s. 163). W naukach psychologicznych można spotkać stwierdzenie, iż istnieje pewien specjalny typ osobowości podatnej na uzależnienie (przednałogowej), który charakteryzuje: (a) słaba wola oraz niski próg odporności na frustrację, (b) wygórowane potrzeby psychiczne i towarzysząca im niestałość i brak wytrwałości w dążeniach, (c) niedojrzałość intelektualna i emocjonalna (Formański 2004, s. 163-164).

ROZWAŻANIA NAD SENSEM ŻYCIA

Poczucie sensu życia jest zagadnieniem, które dotyczy każdego człowieka już z samej tylko uwagi na jego życie, czyli zaistnienie na ziemi. Pytanie o sens życia i refleksja nad życiem pojawia się w różnych sytuacjach życiowych, dochodzi do tego najczęściej w chwilach wewnętrznych rozterek, rozpacz, cierpienia, poczucia winy, dużej straty, silnego żalu, ale także w sytuacjach odczuwania szczęścia – zachwyty nad światem, jego pięknem, złożonością, nieskończonością czy też w chwilach zadumy nad skończonością życia (Środa 2010, s. 245).

Człowiek próbuje intelektualnie poznać i uchwycić rzeczywistość, opanować ją, uporządkować, zobaczyć w niej jakiś ład i porządek, tymczasem ciągle spotyka nie z nieprzewidywalnością i chaosem, co rodzi w nim poczucie bezsensu i zagubienie, które wynika z rozdźwięku pomiędzy próbą zrozumienia świata i uporządkowaniem go a rozczarowaniem, które ten świat niesie (Środa 2010, s. 245). Każdy człowiek inaczej odczuwa i postrzega swoje istnienie i nadaje swojemu życiu nadaje znaczenie. Inaczej zatem sens swojego życia będą postrzegać osoby szczęśliwe, spełnione, odnoszące sukcesy w życiu, mające wsparcie w rodzinie, a inaczej jednostki doświadczające w swoim życiu szeregu krzywd i niepowodzeń, braku bezpieczeństwa, akceptacji i wsparcia, czyli jednostki o niezaspokojonych potrzebach psychicznych.

„Poczucie” to *sposób przeżywania przez podmiot różnego rodzaju aspektów jego egzystencji, jak np. „sens” czy „wartość”* (Suchańska 1998, s. 124). Termin „poczucie”

(sense of) bywa używany zamiennie z terminem „przekonanie” (belief). Jak podaje Popielski jest to aktualny stan własnego wielowymiarowego i wewnętrznie uśrednionego doświadczenia, który oddaje idee jedności emocji i rozumowania, uczucia i znaczenia. Oznacza zatem taką postawę umysłu, w której myślenie logiczne łączy się z emocją (Popielski 1994, s. 169). Poczucie sensu znajduje odzwierciedlenie w doświadczeniu jednostki, które jest dostępne w jej bezpośredniej relacji z otoczeniem. *Psychologiczne rozumienie „sensu życia” łączy się z istnieniem z jednej strony zadań, celów i wartości, z drugiej zaś, z brakiem stanów rezygnacji, nudy, depresji, agresji itp.* (Suchańska 1998, s. 124). Zgodnie z psychologią humanistyczno-egzystencjonalną *poczucie sensu życia związane jest bezpośrednio z osobistym zaangażowaniem jednostki w świat wartości, z odkrywaniem ich znaczenia dla egzystencji* (Suchańska 1998, s. 125). Słowo „sens” w języku francuskim oznacza „znaczenie”, „kierunek”. Dwuznaczność tego pojęcia oddaje jego motywujący i ukierunkowujący charakter. Sens życia wiąże się z wolą życia, która jest stanem psychicznym obejmującym elementy poznawcze, emocjonalne i motywacyjne, jako pochodne doświadczeń jednostki, Wola życia i sens życia łączą się poprzez wartościowanie życia i przekonania. Czynniki psychologiczne oddziałujące na wolę życia to takie aspekty „Ja”, które obejmują cały system akceptowalnych wartości, temperament, oraz zgromadzone doświadczenia życiowe. Ta złożoność czynników psychologicznych zostaje utrwalona w świadomym zapisie doświadczeń podmiotu i wpływa na motywacje pierwszoplanowe jednostki związane ściśle z jej wartościami osobistymi, celami życiowymi i zadaniami do osiągnięcia (Suchańska 1998, s. 125).

Czyżewski uważa, iż nie wystarczy subiektywne odczuwanie sensu własnego życia, aby miało ono ludzki sens – konieczne jest podporządkowanie życia jakimś wartościom, którymi człowiek będzie kierował się w życiu w sposób konsekwentny. Mogą to być np. wartości społeczne: praca zawodowa, rodzina, pomoc innym ludziom, troska o rodziców, ludzi starszych, poświęcenie dla innego człowieka, nauka, sztuka, obrona idei, polityka. Mogą to być również wartości indywidualne lecz społecznie uznawane: pasja zawodowa, doskonalenie siebie, perfekcja w wykonywaniu czynności, doskonałość moralna. Sens życiu nadaje nie tyle sama wartość co przyjęcie określonego światopoglądu (Środa 2010, s. 246-247).

Poszukiwanie sensu własnego istnienia jest wbudowane w istotę człowieczeństwa – w jego życie duchowe. To właśnie skłonności człowieka do autorefleksji, odkrycie przez niego metafory, symbolu, analogii i abstrakcji, oraz nieustanne pragnienie i poszukiwanie, które charakteryzuje naturę człowieka są wyrazem tęsknoty za sensem życia i jego

nieustannym poszukiwaniem. Silne i głębokie pragnienie sensu i udręka doświadczana w obliczu jego utraty, świadczą o głębokich potrzebach duszy człowieka (Hollis 2008, s. 19).

Jak podaje Viktor Frankl – twórca logoterapii – terapii poprzez odnajdywanie sensu życia. Zgodnie z logoterapią sens życia można odnajdywać trzema sposobami:

- 1) poprzez wykonywanie twórczej pracy lub działanie,
- 2) poprzez doświadczanie czegoś lub poprzez kontakty z innymi osobami (doświadczanie np. dobroci, piękna, prawdy, poprzez kontakt z przyrodą, kulturą lub poprzez bezpośredni kontakt z innym człowiekiem),
- 3) poprzez to w jaki sposób jednostka znosi cierpienie (Frankl 2009, s. 167).

Człowiek nie powinien poszukiwać w życiu wyabstrahowanego sensu. Sens życia powinien odnajdywać w codziennym życiu i działaniu w relacjach z innymi ludźmi i ze samym sobą. Sens życia nie jest stały, lecz podlega wahaniom. Podobnie jak wahaniom podlegają nastroje i samopoczucie człowieka. W życiu człowieka istotny jest nie tyle jakiś ogólnie pojęty sens, lecz to co w danym momencie ma znaczenie dla jednostki (Frankl 2009, s. 164) istotny jest tutaj sposób w jaki nadaje on znaczenie zdarzeniom i działaniom. Każdy człowiek jest wyjątkowy i ma do spełnienia na ziemi określone zadanie zgodnie z jego powołaniem. Sztuką jest odnaleźć to powołanie, wypełniać je dla dobra własnego i innych. Każda sytuacja stawia przed jednostką pewne wyzwanie lub problem do rozwiązania i każdy ponosi odpowiedzialność za swoje życie, za to w jaki sposób je przeżył. W przejściu tej odpowiedzialności można zobaczyć istotę egzystencji człowieka (Frankl 2009, s. 164). Poprzez uświadomienie drugiemu człowiekowi, kim może i kim powinien być można spowodować, że jego potencjał zostanie urzeczywistniony w jego życiu (Frankl 2009, s. 168) nadając sens jego egzystencji. Frankl odkrył, iż jednostki odczuwające sens swojego życia są bardziej w nie zaangażowane, mają większe szanse na przeżycie i przetrwanie w trudnych i ciężkich momentach życia (Vedfelt 2001, s. 93).

Poszukiwanie sensu życia wiąże się z odczuwaniem różnych potrzeb, a ich zaspokajanie daje poczucie sensowności własnego życia. Do potrzeb odczuwanych przez człowieka i nadających sens jego istnieniu należą takie potrzeby jak np. potrzeba bezpieczeństwa, akceptacji społecznej, potrzeba osiągnięć, poznania, satysfakcjonujących kontaktów interpersonalnych, potrzeba założenia rodziny i funkcjonowania w rolach rodzinnych. Zaspokojenie ważnych dla jednostki potrzeb daje poczucie zadowolenia z życia. Samo poczucie sensu życia może podlegać wahaniom, zależnie od odczuwanej satysfakcji w różnych obszarach życia jednostki (Plopa 2007, s. 173).

POSTRZEGANIE RZECZYWISTOŚCI A UZALEŻNIENIE

Jedną z teorii wyjaśniających powstawanie uzależnień jest teoria samoleczenia, która ujmuje uzależnienie jako mechanizm radzenia sobie z wewnętrznymi problemami. Analizując zagadnienie uzależnienia w świetle przytoczonych w artykule teorii można stwierdzić, że uzależnienie stanowi wyraz trudności związanych z radzeniem sobie z różnymi sytuacjami i zadaniami życiowymi. Trudności powyższe wynikają z określonych właściwości jednostki ukształtowanych w procesie jej rozwoju (Czabała 2012, s. 173).

Sposób nadawania znaczenia doświadczeniom i sytuacjom z życia u jednostek uzależnionych z reguły jest zaburzony. Osoby te czynią otoczenie, rodzinę i innych ludzi odpowiedzialnymi za swoje samopoczucie, cechuje ich całkowity brak odpowiedzialności za własne życie i życie swoich bliskich. Ich sposób postrzegania i interpretacji świata jest wypatrzony, emocje i nastroje rozregulowane, podejmują zatem próby uregulowania swojego samopoczucia, wyciszenia emocji poprzez spożywanie substancji znacznie zawężających świadomość, tłumiących emocje i uczucia i zmieniających postrzeganie. Odczuwanie sensu własnego życia również podlega u nich zniekształceniu, często pojawia się pustka egzystencjonalna i brak poczucia sensu, koncentracja na poszukiwaniu powodów do napicia się, poszukiwaniu substancji, a następnie jej spożywaniu – w konsekwencji czego człowiek sięga coraz częściej po coraz większe dawki substancji (zwiększenie tolerancji).

Głównym celem leczenia uzależnienia u jednostki jest zmiana u niej tych właściwości, które zostaną zidentyfikowane w procesie diagnostycznym jako związane z rozwojem i trwaniem uzależnienia. Dokonywanie się przemian w jednostce jest procesem, który przebiega przez określone stadia. James O. Prochaska i John C. Norcross powołując się na wyniki wielu badań traktują zmianę jako proces złożony z następujących po sobie sekwencji, zwanych stadiami, takich jak:

- stadium przedrefleksyjne
- stadium refleksyjne
- stadium przygotowania
- stadium działania
- stadium utrwalania (Czabała 2012, s. 173).

Jan Czesław Czabała modyfikuje powyższe stadia i wskazuje na następujące etapy zmiany:

- etap motywowania do zmiany i angażowania się w nią. Na tym etapie stwarzane są warunki w celu umożliwienia jednostce dostrzeżenia jej problemu, oraz do zauważenia przez nią wartości (plusów) możliwych do osiągnięcia w wyniku dokonania zmiany.

- etap refleksji, namysłu i wglądu. Etap ten pozwala jednostce na zrozumienie przyczyn istnienia jej problemów.
- kolejny etap przygotowuje jednostkę do wprowadzenia nowych sposobów jej funkcjonowania, a następnie polega na stopniowym wprowadzaniu tych sposobów.
- etap końcowy polega na utrwalaniu nowoprzyswojonych wzorów zachowań i odzyskiwaniu wpływu na realizację swoich potrzeb i zadań życiowych. (Czabała 2012, s. 173).

KRYZYSY ROZWOJOWE A ZDROWIE PSYCHICZNE MŁODYCH LUDZI W ŚWIETLE BADAŃ

Młodzi ludzie doświadczają różnego rodzaju wyzwań społeczno-rozwojowych. Do nich należy np. zdobywanie wykształcenia, nowa praca, zmiana miejsca zamieszkania, budowanie romantycznych związków, samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego, zmiana jakości relacji z rodzicami, z osobami bliskimi. Wszystkie te sytuacje wywołują stres, a przy braku wsparcia mogą stanowić zagrożenia i trudności w rozwoju młodego człowieka. Naturalny kryzys rozwojowy może przerodzić się w kryzys psychologiczny o dużym nasileniu, z którym młody człowiek nie będzie potrafił sobie poradzić (Zabłocka-Żytka 2015, s. 40). Konsekwencją tego często bywa rezygnacja ze stojących przed nimi zadań, zobowiązań życiowych, a także doświadczanie trudności w obszarze zdrowia psychicznego (zaburzenia psychiczne, emocjonalne). Młodzi ludzie nie są w stanie podjąć i wykonywać zobowiązań (Zabłocka-Żytka 2015, s. 40), w efekcie czego gubią się w życiu, nie wykorzystują swoich potencjałów i zdolności i zatracają sens własnego życia. Jak wskazują badania w Polsce i na całym świecie u młodych ludzi do 29 roku życia można zaobserwować tendencję wzrostową zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń psychicznych oraz wynikających z tego trudności w relacjach interpersonalnych, w podejmowaniu wyzwań i zadań życiowych. Jak wynika z Raportu „Młodzi 2011” w Polsce prawie co drugi młody człowiek doświadcza zaburzeń związanych ze stanami depresyjnymi i nerwicowymi, a 21% spośród badanych doznaje zaburzeń psychicznych wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych. 70% badanych doświadcza zmęczenia, 50% napięcia, a 35% przygnębienia (Zabłocka-Żytka 2015 za K. Szafraniec 2011). Charakter zdrowia psychicznego młodych ludzi ulega w ostatnich latach znacznym zmianom co wzbudza niepokój wśród specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym jak również wśród osób monitorujących dane epidemiologiczne. Na znaczne zwiększenie się odczuwanego dyskomfortu psychicznego u młodych ludzi wskazują zarówno badacze jak i praktycy. Odnotowuje się coraz więcej przypadków ludzi młodych

korzystających z psychoterapii, pomocy psychologów, psychiatrów, farmakologii. W Polsce opracowano Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego – gdzie przyczyną podjęcia badań były raporty WHO wskazujące na konieczność podjęcia działań w tym obszarze. Według przeprowadzonych badań zaburzenia psychiczne w Europie plasują się na czwartym miejscu pod względem chorób i obciążeń po chorobach układu krążenia, nowotworach i urazach. Zaburzenia takie i doświadczane przez młodych ludzi destrukcyjne stany odczuwania wpływają na zniekształcenia w postrzeganiu sensu własnego życia (Zabłocka-Żytka 2015 za K. Szafraniec 2011).

KONCEPCJA OSOBY LUDZKIEJ A SENS ŻYCIA – PODEJŚCIE POZNAWCZE

Człowiek nieustannie odbiera, przechowuje, interpretuje i formułuje informacje wymieniane ze światem zewnętrznym. Człowiek poznający świat jest aktywny. Poprzez swoje myśli, plany, postawy, sądy o rzeczywistości i zdarzeniach za pomocą aparatu poznawczego odczytuje informacje nadawane przez świat. Umysł dokonuje obróbki napływających informacji. Cały ten proces jest złożony – w jego konsekwencji człowiek buduje całą swoją wiedzę o sobie i rzeczywistości, która pozwala mu rozumieć otaczający świat, nadawać mu sens i odpowiednio na niego reagować. W podejściu poznawczym nie chodzi o to jaki jest obiektywny stan rzeczy, otaczająca rzeczywistość, ale o to w jaki sposób został on odebrany, zinterpretowany, zapamiętany przez umysł człowieka, a następnie w kolejnych zdarzeniach przypominany. Informacjom napływającym z zewnątrz informacjom przypisywany jest sens (Majchrzyk 2011, s. 91).

W postrzeganiu sensu życia ważne jest co jednostka myśli o otaczającej rzeczywistości i zdarzeniach i co w związku z nimi odczuwa. Jak podaje Kozielecki psychika konkretnego człowieka to jego osobisty sposób widzenia świata. Ludzie różnią się pomiędzy sobą tym w jaki sposób przetwarzają napływające do nich informacje i jakie nadają im znaczenie. To co dla jednych jest nieważne, bez znaczenia, dla innych będzie przerażające, to co dla jednych jest wyzwaniem, dla innych stanowi zagrożenie lub stratę (Majchrzyk 2011, s. 91). Według egzystencjalistów człowiek przez cały czas próbuje nadać znaczenie swoim przeżyciom wewnętrznym, swoim działaniom w interakcji ze światem zewnętrznym, a zwłaszcza z innymi ludźmi, a gdy mu się to nie udaje w zadowalający dla niego sposób popada we frustrację (Vedfelt 2001, s. 91-92).

Poznawcza wizja człowieka wskazuje na ludzką potrzebę poznawania i rozumienia świata i siebie, wskazuje iż najważniejszym motywem, który kieruje działaniem człowieka.

Chodzi tutaj o nadawaniu sensu swojemu życiu i lokalizowaniu go w rzeczywistości, której jest elementem. Człowiek na podstawie napływających do niego informacji buduje obrazy, które są poznawczymi reprezentacjami rzeczywistości. Obrazy te powinny być funkcjonalne z punktu widzenia zaspokojenia najważniejszych ludzkich potrzeb: przetrwania, bezpieczeństwa i rozwoju. Rzeczywistość w psychice zdrowych i dobrze przystosowanych jednostek jest uporządkowana, podlega pewnym regułom, których przestrzeganie daje gwarancję powodzenia i satysfakcję z życia (Majchrzyk 2011, s. 92).

Przedstawiany i postrzegany obraz samego siebie stanowi istotny element obrazu świata odzwierciedlonego w psychice ludzkiej. Aparat poznawczy człowieka funkcjonuje w taki sposób, aby utrzymać poczucie własnej tożsamości, kontroli, sprawstwa, oraz dobre mniemanie o sobie. Zgodnie z psychologią poznawczą system schematów odpowiedzialnych za postrzeganie rzeczywistości i sposób myślenia może on podlegać modyfikacji – co może następować w procesie terapii. U ludzi otwartych, o skłonnościach do autorefleksji podlega on rozwojowi. Rozwój definiowany jest *jako wzrost złożoności treści i procedur, co umożliwia dostrzeganie wielu wymiarów rzeczywistości i wychodzenie poza własny punkt widzenia. Człowiek, postrzegając świat w wielowymiarowej przestrzeni i umiejący wyjść poza osobistą perspektywę, jest istotą autonomiczną i zdolną do przyjęcia odpowiedzialności za własne życie, a także umiejącą się troszczyć o innych* (Majchrzyk 2002, s. 92). Rozwój psychiczny dokonujący się u jednostki powoduje u niej zmianę postrzegania, percepcji, umożliwia wgląd w siebie, poszerza samoświadomość i świadomość świata – tym samym powodując zmianę w postrzeganiu i pojmowaniu przez jednostkę sensu swojego istnienia. Przetwarzanie informacji jest jednym z najważniejszych procesów psychiki. Czyni jednostkę ludzką istotą racjonalną kierującą się w dokonywanych przez siebie wyborach wiedzą. Popędy, emocje, naciski środowiska to czynniki mające zdecydowanie mniejsze znaczenie dla psychiki jednostki zdrowej, dobrze przystosowanej (Majchrzyk 2011, s. 92). Procesy psychiczne wyglądają inaczej u jednostek uzależnionych, z zaburzeniami zachowania, u których emocje, popędy i wpływy środowiskowe odgrywają najważniejszą rolę i u których postrzeganie rzeczywistości jest wypaczone. Dlatego też proces wychowawczy i terapeutyczny powinien koncentrować się na takiej organizacji środowiska, która sprzyja rozwojowi struktur poznawczych. U jednostki zdrowej aparat poznawczy jest złożony i wrażliwy, a przez to zdolny do rozwijania i modyfikowania swoich struktur i przyswajania nowych informacji. Człowiek zdrowy jest otwarty na świat, odczuwa sens swego istnienia i działania i jest zdolny do autorefleksji (Majchrzyk 2011, s. 92-93).

Jeżeli jednostka ma zmienić swój obecny stan musi zmienić swoją świadomość i swoje rozumienie na dotyczące postrzegania siebie i rzeczywistości, To w wyniku utartych schematów myślowych – dodatkowo podtrzymywanych przyjmowaniem substancji uformowany został w jednostce określony stan świadomości – utrzymujący i eksponujący pewne obszary przeżywania, a ograniczający lub wykluczający inne (Vedfelt 2001, s. 19) - deformacja w postrzeganiu siebie i rzeczywistości.

PODSUMOWANIE

Zasadniczo bezpośredni cel stosowania różnego rodzaju substancji psychoaktywnych łączy się z wcześniej doświadczanymi już efektami związanymi ze zmianami stanu psychofizycznego oraz z innymi czynnikami natury społecznej. Bardzo często w sytuacjach podwyższonego progu wrażliwości sensorycznej i wynikających z niego stanów nudy substancje psychoaktywne dostarczają dodatkowej stymulacji, a w sytuacjach odczuwania silnego napięcia działają rozhamowująco. Ponadto przy nadmiernej negatywnej koncentracji na sobie poprzez ograniczenie samoświadomości zmniejszają nasilenie i odczuwanie przykrych negatywnych emocji. Wszystkie negatywne stany samoświadomości prowadzą do zwiększenia spożycia alkoholu czy substancji psychoaktywnej (Suchańska za Baumeister 1998, s. 63-64). W relacjach społecznych stanowią środek na pozyskanie akceptacji i zwiększenie odczucia integracyjności z innymi. Ponadto używki mogą być przejawem zamyślenia buntu czy też mogą przynosić pewne korzyści społeczne wynikające z przynależności do pewnej grupy – w tej sytuacji stanowią rodzaj podporządkowania się normie grupowej (Suchańska za Frączek, Stępień 1998, s. 64). Zgodnie z zasadami społecznego uczenia się – im wyższa wartość powyższych korzyści, tym silniejsze i bardziej prawdopodobne powstanie a następnie utrwalenie preferencji – jako określonego sposobu reagowania i przekształcenie się tej preferencji w uzależnienie. Napięcie powstające w sytuacjach trudnych, jest redukowane za pomocą psychologicznych strategii samooszukiwania się, gdzie wiedza o szkodliwości używki wydaje się pozostawać bez wyraźnego wpływu na zachowanie jednostki. Używanie może u jednostek sięgających po dany środek pełnić funkcje adaptacyjne (Suchańska za Baumeister 1998, s. 63-64).

Analiza literatury przedmiotu wykazała, iż zachodzi konieczność prowadzenia dalszych badań w obszarze podjętej tematyki, propagowania wśród młodych ludzi wiedzy związanej z postrzeganiem sensu własnego życia i elementów które się na niego składają. Zachodzi konieczność powszechnego prowadzenia działań profilaktycznych i terapeutycznych umożliwiającej młodym ludziom korzystanie z pomocy specjalistów

w sytuacjach odczuwania frustracji, zagubienia, pustki życiowej, przy braku wsparcia ze strony rodziny. Ponadto niezbędne staje się wprowadzenie zadań edukacyjnych do szkół dotyczących funkcjonowania i kształtowania się psychiki człowieka w relacjach społecznych i wzajemnych interakcjach, oraz zgubnych konsekwencji uzależnienia.

BIBLIOGRAFIA

- Cierpiałkowska L. (2008), *Psychologia uzależnień*, [w:] H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, Tom 2, s. 156 – 182, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czabała J. Cz. (2012), *Psychologiczne metody w leczeniu uzależnień*, [w:] P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Cz. Czabała, *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Łódź: Łódzkie Zakłady Graficzne.
- Formański J. (2004), *Psychologia środowiskowa*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Frankl V. E. (2009), *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, przełożyła: A. Wolnicka, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Hollis J. (2008), *Odnaleźć sens w drugiej połowie życia. Jak wreszcie naprawdę dorosnąć*, przekład: A. Owsiak, Warszawa: MT Biznes.
- Środa M. (2010), *Etyka dla myślących*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Majchrzyk Z. (2011), *Osobowe i patologiczne wyznaczniki tożsamości – prawo do odmienności w społeczeństwie postmodernistycznym*, [w:] A. Kieszkowska (red. nauk.), *Tożsamość osobowa dewiantów a ich reintegracja społeczna*, s. 83-100, Kraków: Wyd. Impuls.
- Plopa M. (2007), *Psychologia rodziny*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Popielski K. (1994), *Noetyczny wymiar osobowości*, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Suchańska A. (1998), *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Vedfelt O. (2001), *Poziomy świadomości*, tłumaczenie: P. Billig. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury.

Zabłocka-Żytka L. (2015), *Zdrowie psychiczne studentów*, [w:] E. Sokołowska, L. Zabłocka-Żytka, S. Kluczyńska, J. Wojda-Kornacka, s. 40-49, Warszawa: Difin SA.

Adaptacja młodzieży nieprzystosowanej społecznie do procesu socjoterapii

Streszczenie

Niniejszy artykuł odnosi się do adaptacji młodzieży nieprzystosowanej społecznie do procesu socjoterapii. Z uwagi na specyfikę młodzieżowego ośrodka socjoterapii, w którym prowadzono badania zdecydowano się wyznaczyć trzy podstawowe obszary adaptacji do procesu socjoterapii: przystosowanie się do reguł obowiązujących w ośrodku, udział w programach socjoterapeutycznych oraz sferę komunikacji społecznej pomiędzy wychowankami. Badania ankietowe przeprowadzono wśród próby 34 respondentów. Badania wykazały, iż młodzież adaptuje się do procesu socjoterapii, na co wskazuje tendencja wychowanków do zainteresowania zarówno udziałem w terapii indywidualnej jak i grupowej. Wyniki ukazują, iż młodzi ludzie miewają konflikty z rówieśnikami przebywającymi w ośrodku, jednakże potrafią je rozwiązywać. Analiza wyników sugeruje, iż młodzież pobyt w ośrodku uważa za pozytywny, na co wskazuje utrzymywanie pozytywnych relacji w kontakcie z wychowawcami zatrudnionymi w placówce.

Słowa kluczowe: adaptacja, młodzież, nieprzystosowanie społeczne, socjoterapia.

Summary

This article refers to the adaptation of socially maladjusted youth to the sociotherapy process. Due to the specificity of the youth sociotherapy center where the research was conducted, it was decided to designate three basic areas of adaptation to the sociotherapy process: adaptation to the rules in the center, participation in sociotherapeutic programs and the sphere of social communication between foster children. The survey was conducted among a sample of 34 respondents. Research has shown that adolescents are adapting to the sociotherapy process, as evidenced by the tendency of the pupils to be interested in both participation in individual and group therapy. The results show that young people have conflicts with their peers who are in the center, but they can solve them. The analysis of the results suggests that young people stay at the center as positive, as evidenced by maintaining positive relationships in contact with educators employed in the facility.

Keywords: adaptation, youth, social maladjustment, sociotherapy.

WPROWADZENIE

W naukach społecznych pojęcie *młodzież* rozumiane jest jako grupa społeczna bądź kategoria społeczno–demograficzna, która dzięki swojej młodości oraz dynamice może stanowić bodziec do zmiany społecznej jak również „wywierać wpływ na przemianę całego społeczeństwa” (T. Pilch, 2004, s. 327). J. Saryusz–Wolski (2000, s. 7) uważa, że młodzież to grupa społeczna, której członkowie stale się wymieniają. Podstawowym kryterium przynależności do tej grupy jest wiek, dlatego też czas trwania owej przynależności jest stosunkowo krótki. Młodzi ludzie to grupa, która przeszła „socjalizację pierwotną i wkroczyła w socjalizację wtórną” (Tamże, s. 7). Do pierwszej połowy lat 50 XX wieku nie wyróżniano właściwie pojęcia młodzieży jako odrębnej kategorii socjologicznej, która podlegałaby analizie podobnie do pozostałych kategorii społecznych. Rozważania na temat młodzieży prowadzono zasadniczo w kategoriach demograficznych, a jeśli już problematyką młodzieży zajmowali się psychologowie i socjologowie, mówiąc o niej jako o swego rodzaju zbiorowości, to czynili to w zasadzie jedynie w związku z przestępczością, patologią i nieprzystosowaniem społecznym (B. Hoffman, 1999, s. 27).

Współczesna młodzież coraz częściej narażona jest na negatywne oddziaływanie środowiska zewnętrznego, ale także przeżywa osobiste rozterki związane z kreowaniem własnej tożsamości oraz poszukiwaniem drogi życiowej. Nierzadko wśród młodzieży obecna jest tendencja do przejawiania zachowań antagonistycznych, odbiegających od powszechnie uznawanej normy. Zachowania owe mogą się objawiać najczęściej nie wypełnianiem przez młodych ludzi ról społecznych, zaniedbywaniem obowiązku szkolnego, eksperymentowaniem z substancjami psychoaktywnymi czy łamaniem prawa. Grupa wyżej przytoczonych zachowań składać się może na obraz niedostosowania społecznego młodzieży. Termin nieprzystosowanie społeczne do nauk pedagogicznych wprowadziła prekursorka polskiej pedagogiki specjalnej, Maria Grzegorzewska (A. Makowski, 1994 s 21). Jan Leszek Franczyk (2015, s. 12) podkreśla, że wśród licznych autorów zdania na temat definicji nieprzystosowania oraz niedostosowania społecznego są podzielone. Niektórzy badacze zwykli uważać, iż definicja niedostosowanie społeczne jest nieco węższa i stosowana winna być jedynie z pedagogice resocjalizacyjnej, natomiast inni autorzy używają obu tych terminów zamiennie (P. Gindrich, 2007, s. 11).

Występowanie różnic w formułowaniu obu tych definicji dostrzega również Marek Konopczyński (2014, s. 16), który zauważa, iż termin „niedostosowanie społeczne” jest dorobkiem szkoły krakowskiej, natomiast pojęcie „nieprzystosowanie społeczne” to domena

szkoły warszawskiej. Jego zdaniem niedostosowanie społeczne "sugeruje nieumiejętność lub niechęć jednostki do dostosowania własnych zachowań oraz reakcji do oczekiwań środowiska mierzonych stopniem postrzegania przez jednostkę obowiązujących norm prawnych oraz obyczajowych" (Tamże). Termin nieprzystosowanie społeczne sugeruje, zdaniem autora, "nieumiejętność funkcjonowania w rolach społecznych oraz życiowych, jak również przyjmowania aprobowanych sposobów zaspakajania osobistych potrzeb mierzonych poziomem przyswojenia lub akceptacji owych ról" (Tamże, s. 15-16). W podobny sposób termin nieprzystosowanie społeczne definiuje Ewa Wysocka (2006, s. 27), która podkreśla, że jest ono „skutkiem antagonizmu występującego w sferze ról społecznych oraz postaw a ukazującego się w warunkach skumulowania się negatywnych czynników biopsychicznych oraz socjokulturowych, które to utrudniają jednostce prawidłowy rozwój psychospołeczny” (Tamże, s. 27). Warto zauważyć, iż na pełnienie ról społecznych ma wpływ proces socjalizacji, otoczenie społeczne, jak również osobowościowe blokady rozwojowe (M. Konopczyński, 2014, s. 16).

Nieprawidłowe pełnienie przez młodzież niedostosowaną społecznie ról życiowych oraz zaniedbanie obowiązku szkolnego, łamanie prawa czy spożywanie substancji psychoaktywnych nierzadko generuje konieczność zastosowania wobec tych jednostek specyficznych oddziaływań. Młodzież najczęściej pozostaje pod dozorem kuratora bądź jest kierowana do specjalistycznych placówek o charakterze korekcyjno-kompensacyjnym, do których należą m. in. Młodzieżowe Ośrodki Socjoterapii. W takich miejscach młodzi ludzie mogą uczestniczyć w codziennym życiu placówki, poprawić wyniki w nauce oraz być częścią grupy, w której odbywają się zajęcia socjoterapeutyczne mające na celu korektę nieprawidłowych zachowań jednostki oraz kształtowanie u niej umiejętności społecznych. Nierzadko natomiast w toku zajęć socjoterapeutycznych niedostosowanie społeczne młodzieży objawiać się może poprzez antytetyczne postawy. Katarzyna Sawicka (2006a, s. 54) przyznaje, że do najpopularniejszych zachowań problemowych uczestników socjoterapii należy: brak motywacji, odczuwanie negatywnych emocji (strach, lęk, niepewność), stosowanie wyzwisk, gadatliwość, wygłupianie się, czy zbędne komentowanie. W innym artykule autorka nazywa te zachowania opornymi, ponieważ wiążą się one z nieszanowaniem norm i zasad spotkań terapeutycznych, prezentowaniem niechęci i sprzeciwu. Kolejnym nieakceptowanym zjawiskiem jest utrudnianie prowadzenia zajęć, niewykonywanie poleceń, o które prosi wychowawca, a wręcz odwrotne ich wypełnianie. Spóźnianie się, opuszczanie spotkań czy wychodzenie w trakcie ich przebiegu to również

naturalne postępowanie podopiecznych. Młodzież często sugeruje, iż podczas zajęć socjoterapeutycznych nic się nie dzieje, jest nudno lub wyraźnie odmawia udziału w spotkaniach. Niepokojącym zachowaniem jest również tendencja uczestników do wyśmiewania się z innych, ponadto ujawnianie takich zachowań problemowych, jak: naśladowanie innych, szczekanie, opowiadanie żartów oraz ogólne rozpraszanie i odwracanie uwagi od przedmiotu zajęć. Karygodnym zachowaniem jest pojawianie się agresji, nie tylko słownej, ale także niewerbalnej, przybierającej postać na przykład podkładania nogi, bójki, czy też nękania i grożenia. Czyny te prowadzą nie tylko do pogłębiania się poczucia niebezpieczeństwa, ale także psują atmosferę w grupie (K. Sawicka, 2006b, s. 28).

Grupa uczestników oraz atmosfera ich spotkań terapeutycznych odgrywają istotną rolę w procesie socjoterapii, który zdaniem K. Sawickiej (1999, s. 9) stanowi „pośrednią metodę pomiędzy psychoterapią a treningiem interpersonalnym skierowaną do dzieci z kłopotliwymi zachowaniami oraz przyjmującą formę ustrukturalizowanych spotkań grupowych, które sprzyjają realizacji celów terapeutycznych, edukacyjnych i rozwojowych” (Tamże, s. 9). W ujęciu psychologicznym socjoterapią nazywamy „organizowanie środowiska społecznego pacjenta w taki sposób, aby w możliwie dużym stopniu wpływało to na proces wyzdrowienia i utrzymania zdrowia chorego. Socjoterapia akcentuje także znaczenie kontaktów interpersonalnych chorego z osobami z jego społecznego otoczenia – inni chorzy, personel medyczny, najbliżsi członkowie rodziny” (A. S. Reber, 2000, s. 686).

Na skuteczność oddziaływań socjoterapeutycznych ma wpływ odpowiednia postawa młodego człowieka, która wiąże się z adaptacją do uczestnictwa w oddziaływaniach socjoterapeutycznych. Słowo adaptacja pochodzi z łac. określenia *adaptatio*, które można przetłumaczyć jako **przystosowanie**. Pojęcie to należy rozpatrywać w wielu aspektach: psychologicznym, socjologicznym, biologicznym, czy jako adaptację społeczną. To ostatnie twierdzenie rozumiane jest jako: „proces lub wynik procesu pozyskiwania równowagi pomiędzy potrzebami jednostki a warunkami otoczenia społecznego” (W. Okoń, 2007, s. 16). Do czynników, które warunkują proces adaptacji można zaliczyć: inteligencję, uspołecznienie jednostki, które kreuje jej wrażliwość w stosunku do innych osób bądź też znajomość własnych ograniczeń. W przystosowaniu się najważniejsze cechy to: samodzielność, wychowalność oraz samopoznanie, odpowiedzialność, czy przynależność do danych grup. Umożliwią one lepsze przygotowanie do zdrowego, pełnego, spokojnego życia (Tamże, s. 16). Proces adaptacji często wiąże się z procesami asymilacji oraz akomodacji. Zatem omawiana w niniejszym artykule tematyka adaptacji do procesu socjoterapii będzie się opierała na przystosowaniu się jednostki, u której wykryto zaburzenia w zachowaniu, do

postępującego naprzód procesu z wykorzystaniem różnorodnych form i metod oddziaływań. Ukierunkowane będą one na likwidację problemów tej jednostki skupiające się nie tylko na niej samej, ale także jej środowisku.

METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ

W niniejszym artykule przedmiotem badań jest przystosowanie młodzieży do procesu socjoterapii. Celem głównym badań jest wykazanie pozytywnej lub negatywnej adaptacji młodzieży do procesu socjoterapii. Do celów szczegółowych zaliczają się:

1. Pogłębienie wiedzy na temat procesu socjoterapii.
2. Pozyskanie informacji dotyczących poziomu adaptacji młodzieży do procesu socjoterapii.
3. Sformułowanie autorskiej definicji adaptacji do procesu socjoterapii.

Główny problem badawczy odnosi się do pytania czy młodzież przebywająca w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii adaptuje się do prowadzonych w nim oddziaływań socjoterapeutycznych ? Problem główny został uzupełniony o następujące problemy szczegółowe:

1. W jakim zakresie wychowankowie MOS przestrzegają ustalony w ośrodku regulamin?
2. Czy wychowankowie chętnie biorą udział w prowadzonej w ośrodku terapii indywidualnej oraz grupowej?
3. Jaka jest komunikacja między wychowankami a wychowawcami zatrudnionymi w ośrodku?

Tym samym hipotezę główną sformułowano następująco: młodzież niedostosowana społecznie pozytywnie adaptuje się do procesu socjoterapii. Natomiast hipotezy szczegółowe brzmią:

1. Większość młodych ludzi przebywających w ośrodku respektuje regulamin, dobrze wykonując przydzielone im obowiązki oraz nie stosuje agresji.
2. Młodzież chętnie uczestniczy w zajęciach indywidualnych i grupowych o charakterze terapeutycznym.
3. Kontakt wychowawców z podopiecznymi ma pozytywny charakter.

Badania przeprowadzono w maju 2016 roku w Ośrodku Socjoterapeutycznym *Wspólny Dom* w Wildze. Został on utworzony w 1993 roku przez wykwalifikowaną kadrę pedagogów, socjologów i psychologów, którzy wcześniej współpracowali z osobami

borykającymi się z problemami psychicznymi. Na przestrzeni kilkunastu lat w ośrodku pomoc odnalazło ponad sześciuset nieletnich przejawiających zaburzenia w zachowaniu (A. Karpińska, K. Zieliński, 2005, s. 20-21). Warto podkreślić, iż ośrodek jest położony w oddali od aglomeracji miejskiej co może zapewniać wyciszenie oraz komfort pracy socjoterapeutycznej. W prowadzonych w badaniach wzięło udział 34 respondentów, z których 35% stanowiły dziewczęta, natomiast 65% - chłopcy. Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły osoby w wieku od 13 do 15 lat. Są to podopieczni ośrodka, którzy przebywają w nim oraz uczestniczą w procesie socjoterapii. W badaniu ankietowym respondenci za najczęstszą przyczynę przebywania w placówce wskazali wagary oraz przejawy agresji.

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

W niniejszych badaniach przyjęto trzy obszary adaptacji do procesu socjoterapii, które obejmują: 1. przystosowanie się do regulaminu obowiązującego w placówce, 2. udział w prowadzonym w nim programie socjoterapeutycznym oraz 3. obszar związany z komunikacją interpersonalną wychowanków.

W obszarze adaptacji do zasad obowiązujących w ośrodku mieści się pytanie o przestrzeganie regulaminu ustanowionego przez kadrę ośrodka. Ankietowani w równej części (20%) wskazali na odpowiedzi „tak” oraz „nie” w odniesieniu do pytania czy zdarza im się łamać zasady regulaminu panującego w ośrodku. Najliczniejsza grupa badanych uznała, iż nie ma zdania na ten temat. Wskazuje to na występowanie trudności adaptacyjnych w odniesieniu do norm ustalonych w placówce. Jednakże należy pamiętać, iż podopieczni to uczestnicy spotkań socjoterapeutycznych, którzy poddawani są oddziaływaniom korekcyjno-kompensacyjnym i potrzebują większej ilości czasu na zrozumienie oraz zastosowanie się do norm. Odpowiedzi ankietowanych przedstawia tabela nr 1.

Tabela nr 1. Nieprzestrzeganie, przez młodzież, ustalonego w placówce regulaminu

Lp.	Rodzaj odpowiedzi	Grupa (N = 34)	
		$\Sigma = 34$	N = 100 %
1.	Tak	7	20
2.	Raczej tak	4	12
3.	Nie mam zdania	13	39
4.	Raczej nie	3	9
5.	Nie	7	20

Źródło: opracowanie własne.

Jednym z punktów obowiązującego w ośrodku regulaminu jest zakaz stosowania agresji. Zapytano respondentów czy zdarza im się być agresywnym (tabela nr 2). Najliczniej wybieraną odpowiedzią było twierdzenie „nie”. Oznacza to, że młodzież przestrzega tego punktu regulaminu oraz adaptuje się do zasad panujących w placówce. Warto podkreślić, iż podczas zajęć socjoterapeutycznych negatywne zachowania związane z przejawami agresji są dokładnie omawiane oraz poruszane są kwestie związane z zastępowaniem agresji werbalnej przeciwnymi metodami komunikacji (aktywne słuchanie, parafrazowanie, odzwierciedlanie), które pozwalają wychowankom na bycie asertywnym a co za tym idzie stawianie granic osobistych.

Tabela nr 2. Stosowanie agresji badanego wobec innych wychowanków

Lp.	Rodzaj odpowiedzi	Grupa (N = 34)	
		$\Sigma = 34$	N = 100 %
1.	Tak	5	15
2.	Raczej tak	7	20
3.	Nie mam zdania	5	15
4.	Raczej nie	6	18
5.	Nie	11	32

Źródło: opracowanie własne.

Badani poproszeni byli także o wypowiedź na temat prawidłowego wypełniania przydzielonych im w ośrodku obowiązków (tabela nr 3). Uznali w większości (82%), iż

dobrze je wypełniają. Jest to ważna informacja sugerująca pozytywne adaptowanie się wychowanków do norm obowiązujących w placówce.

Tabela nr 3. Prawidłowe wykonywanie, zdaniem ankietowanych, przydzielonych im w ośrodku obowiązków

Lp.	Rodzaj odpowiedzi	Grupa (N = 34)	
		$\Sigma = 34$	N = 100 %
1.	Tak	14	41
2.	Raczej tak	14	41
3.	Nie mam zdania	5	15
4.	Raczej nie	1	3
5.	Nie	0	0

Źródło: opracowanie własne.

W obszarze udziału wychowanków w programach socjoterapeutycznych, które w ośrodku obejmują terapię indywidualną, grupową oraz codzienne aktywności i zajęcia tematyczne, młodzież zapytana została o chęć uczestnictwa w terapii indywidualnej oraz grupowej (tabela nr 4). W odniesieniu do oddziaływań indywidualnych młodzi ludzie w 79% są zainteresowani udziałem w tego typu spotkaniach. Oznacza to, iż wychowankowie są świadomi swoich słabości oraz problemów, które chętnie chcieliby omówić ze swoim indywidualnym wychowawcą. Mają oni potrzebę skorzystania z fachowej pomocy specjalisty, który pozwoli im na pełniejsze zrozumienie swojej dotychczasowej, zazwyczaj negatywnej, postawy.

Tabela nr 4. Chęć udziału wychowanków w terapii indywidualnej

Lp.	Rodzaj odpowiedzi	Grupa (N = 34)	
		$\Sigma = 34$	N = 100 %
1.	Tak	27	79
2.	Raczej tak	5	15
3.	Nie mam zdania	1	3
4.	Raczej nie	0	0
5.	Nie	1	3

Źródło: opracowanie własne.

W pytaniu o chęć udziału w terapii grupowej (tabela nr 5), podobnie jak w pytaniu o oddziaływania o charakterze indywidualnym, znaczna większość badanych (94%) wykazuje wolę udziału w tego typu zajęciach. Jest to sygnał, iż młodzież potrzebuje także być częścią grupy, razem z nią uczestniczyć w oddziaływaniach socjoterapeutycznych a co najważniejsze wspólnie konfrontować się z trudnymi zagadnieniami poruszonymi podczas tego typu zajęć. Przebywając w grupie młodzi ludzie mogą sobie nawzajem dostarczać informacji zwrotnej na własny temat oraz dzielić się swoimi opiniami dotyczącymi danej postawy życiowej. W procesie socjoterapii niekiedy rola grupy odgrywa większe znaczenie niż terapia indywidualna, ponieważ młodzi ludzie są na takim etapie życia, na którym poszukują własnej drogi, budują swoją tożsamość niekiedy przeglądając się w oczach swoich rówieśników. Warto także podkreślić znaczenie grupy w budowaniu poczucia bezpieczeństwa jednostki. Zadaniem ośrodków socjoterapeutycznych jest kompensacja oraz korekcja negatywnych zachowań podopiecznych, które w pierwszej kolejności ujawniają się właśnie w grupie. Grupa jest niejako naocznym świadkiem „przemiany” wychowanka.

Tabela nr 5. Chęć uczestniczenia przez młodzież w terapii grupowej

Lp.	Rodzaj odpowiedzi	Grupa (N = 34)	
		$\Sigma = 34$	N = 100 %
1.	Tak	25	74
2.	Raczej tak	7	20
3.	Nie mam zdania	1	3
4.	Raczej nie	1	3
5.	Nie	0	0

Źródło: opracowanie własne.

W związku z ostatnią sferą obejmującą komunikację społeczną zapytano uczestników czy pomiędzy nimi a innymi podopiecznymi zdarzają się konflikty (tabela nr 6). Zdecydowana większość respondentów wskazała na odpowiedzi „tak” i „raczej tak”, które sugerują, iż podczas procesu socjoterapii występują problemy w komunikacji wśród uczestników. Może to oznaczać, iż w ośrodku istnieje potrzeba zwiększenia integracji pomiędzy wychowankami oraz przeprowadzania częstszych rozmów na forum o tematyce rozwiązywania konfliktów.

Tabela nr 6. Występowanie konfliktów badanego z rówieśnikami

Lp.	Rodzaj odpowiedzi	Grupa (N = 34)	
		$\Sigma = 34$	N = 100 %
1.	Tak	14	41
2.	Raczej tak	8	24
3.	Nie mam zdania	3	9
4.	Raczej nie	5	15
5.	Nie	4	11

Źródło: opracowanie własne.

Pozyskawszy odpowiedzi na temat występowania konfliktów wśród wychowanków, zapytano badanych czy ich zdaniem potrafią je rozwiązywać (tabela nr 7). Znaczna część ankietowanych udzieliła odpowiedzi „raczej tak”. Taka tendencja respondentów oznacza, że mimo, iż w każdej grupie konflikty są nieuniknione, młodzi ludzie dążą do ich rozwiązywania chcąc tym samym jak najpełniej uczestniczyć w procesie socjoterapii organizowanym w ośrodku.

Tabela nr 7. Umiejętność rozwiązywania konfliktów respondenta z rówieśnikami

Lp.	Rodzaj odpowiedzi	Grupa (N = 34)	
		$\Sigma = 34$	N = 100 %
1.	Tak	10	29
2.	Raczej tak	16	47
3.	Nie mam zdania	3	9
4.	Raczej nie	4	12
5.	Nie	1	3

Źródło: opracowanie własne.

Konflikty z rówieśnikami to nieunikniony element pracy w grupie, dlatego też zdecydowano się zapytać o utrzymywanie pozytywnych relacji podopiecznych z zatrudnionymi w placówce wychowawcami (tabela nr 8). Młodzież w 73% potwierdza, iż relacji z wychowawcami towarzyszy pozytywny kontakt. Warto podkreślić, iż w niniejszym pytaniu nikt nie wskazał na odpowiedzi zaprzeczające. Sugeruje to, że podopieczni mają zaufanie do wychowawców, którzy prowadzą oddziaływania socjoterapeutyczne. Jest to bardzo ważny filar w toku spotkań indywidualnych i grupowych, który w przyszłości zaowocuje zwiększeniem efektywności oddziaływań socjoterapeutycznych. Prawidłowe relacje wychowanków z kadrą ośrodka z pewnością zwiększają szansę na pozytywną adaptację młodych osób do procesu socjoterapii.

Tabela nr 8. Pozytywny kontakt młodych ludzi z zatrudnionymi w placówce wychowawcami.

Lp.	Rodzaj odpowiedzi	Grupa (N = 34)	
		$\Sigma = 34$	N = 100 %
1.	Tak	25	73
2.	Raczej tak	6	18
3.	Nie mam zdania	3	9
4.	Raczej nie	0	0
5.	Nie	0	0

Źródło: opracowanie własne.

Pytanie podsumowujące badania ankietowe wśród wychowanków dotyczyło opinii młodzieży na temat pobytu w ośrodku. Znaczna część ankietowanych (88%) uznała, iż pobyt w placówce jest dla nich korzystny. Wskazuje to na dojrzałą postawę wychowanków, którzy wiedzą z jakich przyczyn znaleźli się w ośrodku oraz zdają sobie sprawę z konieczności zmiany swojej postawy. Mimo, iż jest to instytucja obligująca ich do przestrzegania norm i zasad w niej ustalonych, młodzi ludzie chętnie biora udział zarówno w terapii indywidualnej jak i grupowej. Jest to najważniejszy filar adaptacji do procesu socjoterapii.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W toku przygotowania badań ankietowych zostały postawione główne oraz szczegółowe problemy badawcze odnoszące się do procesu adaptacji młodzieży do oddziaływań socjoterapeutycznych.

Hipoteza główna zakładająca, iż młodzież niedostosowana społecznie pozytywnie adaptuje się do procesu socjoterapii została potwierdzona, ponieważ wychowankowie w znacznej liczbie przyznali, iż są zainteresowani udziałem w programie socjoterapeutycznym, który obejmuje terapię grupową i indywidualną oraz codzienne aktywności. Pierwsza hipoteza szczegółowa, która brzmiała następująco: „Większość młodych ludzi przebywających w ośrodku respektuje regulamin, dobrze wykonując przydzielone im obowiązki oraz nie stosuje agresji” została potwierdzona częściowo, ponieważ młodzi ludzie w badaniach ankietowych w większości uznali, że nie mają zdania na temat stosowania się przez nich do regulaminu panującego w ośrodku. Potwierdzono również pozostałe hipotezy szczegółowe brzmiące następująco:

2. Młodzież chętnie uczestniczy w zajęciach indywidualnych i grupowych o charakterze terapeutycznym.
3. Kontakt wychowawców z podopiecznymi ma charakter pozytywny.

Wyniki powyższej analizy badań ankietowych sugerują, iż młodzież adaptuje się do procesu socjoterapii w ośrodku. Ponadto wychowankowie starają się respektować ustalony w placówce regulamin prawidłowo wykonując przydzielone im obowiązki oraz nie stosując agresji. Młodzież również chętnie uczestniczy w zajęciach terapeutycznych indywidualnych i grupowych. Pomiedzy wychowankami zdarzają się konflikty jednakże młodzież wskazuje, iż radzi sobie w ich rozwiązywaniu. Relacje pomiędzy wychowawcami a podopiecznymi mają charakter pozytywny. Na co wskazuje także chęć udziału w terapii indywidualnej przejawiana przez wychowanków. Autorka badań ma jednak świadomość, iż ich wyniki odnoszą się jedynie do specyfiki funkcjonowania placówki socjoterapeutycznej w Wildzie i nie mogą stanowić powszechnie uznawanej tendencji związanej z adaptacją wychowanków do procesu socjoterapii. Instytucja, która została opisana w niniejszym artykule realizuje autorski program oddziaływań socjoterapeutycznych oraz funkcjonuje na określonych zasadach, które są ściśle respektowane zarówno przez kadrę ośrodka jak i podopiecznych.

BIBLIOGRAFIA

- Gindrich P. (2007) *Psychospołeczne komponenty nieprzystosowania. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Hoffman B. (1999) *Młodzież a przemiany kulturowe*, Uniwersytet Opolski, Opole.
- Karpińska H., Zieliński K. (2005) *Ośrodek Socjoterapeutyczny Wspólny Dom*, „Remedium” nr 2.
- Konopczyński M. (2014) *Pedagogika resocjalizacyjna. W stronę działań kreujących*, Impuls, Kraków.
- Makowski A. (1994) *Niedostosowanie społeczne młodzieży i jej resocjalizacja*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Lasota A., Franczyk J. L. (2015) *Socjoterapia dzieci i młodzieży. Diagnoza i metody pracy*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
- Okoń W. (2007) *Nowy słownik pedagogiczny*, Żak, Warszawa.

- Pilch T. (2004) *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. Tom III*, Żak, Warszawa.
- Reber A. S. (2000) *Słownik Psychologii*, Scholar, Warszawa.
- Saryusz-Wolski J. (2000) *Co się studentowi w Unii należy*, „Puls studenta” nr 23.
- Sawicka K. (red.) (1999) *Socjoterapia*, MPPP, Warszawa.
- Sawicka K. (2006a) *Trudne zachowania uczestników socjoterapii*, „Remedium” nr 3.
- Sawicka K. (2006b) *Praca z trudnymi zachowaniami*, „Remedium” nr 7/8.
- Wysocka E. (2006) *Wybrane problemy diagnozowania niedostosowania społecznego – obszary, modele, zasady i sposoby rozwiązywania zjawiska*, Chowanna.

Niewidomi i niedowidzący – charakterystyka niepełnosprawności.

Streszczenie: Poniższy artykuł przedstawia charakterystykę i rozróżnienie pomiędzy pojęciem "niewidomy", "niedowidzący". Przedstawione zostały sposoby utraty wzroku z medycznego punktu widzenia. Autorzy prezentują wyniki eksperymentu Wandy Lasockiej, w którym to okazało się, że: dziewczęta niewidome ujawniły tendencje do niestabilności emocjonalnej, natomiast chłopcy mający problemy ze wzrokiem wykazali występowanie wrażliwości dużo większej niż u widzących. Kolejne paragrafy zawierają także wyniki eksperymentu badającego postrzeganie ludzi widzących i niewidomych. Artykuł prezentuje pewien fenomen, który wykształcił się u ludzi niewidomych - tak zwany zmysł przeszkód, objawiający się na czterech płaszczyznach: zmysłowym, intelektualnym, emocjonalnym i reakcji ruchowej. Autorzy na zakończenie wymieniają inne zaburzenia widzenia: krótkowzroczność, hyperopia, astygmatyzm, zmętnienie w ośrodkach przeziernych oczu, zaburzenie widzenia stereoskopowego.

Słowa kluczowe: niewidomi, niedowidzący, ociemniaли, PZN, tyflogia

Abstract: The following article contains descriptions and draws up the distinction between terms "blind" and "visually impaired". It also presents sources of loss of sight from medical point of view. Authors present the results of an experiment ran by Wanda Lasocka that provided following information: blind girls shown proclivity for emotional instability, boys deficient in sight, on the other hand, proved to be way more sensitive than those having correct vision. Further paragraphs contain the results regarding an experiment which compared the sight capabilities of those who display an impairment with those who are healthy in such manner. The article highlights a certain phenomenon developed by blind people - so called perception of obstacles, that covers four facets: sensuous, intellectual, emotional and reactional. Authors to conclude this theoretical article name few other visual impairments and visual disturbances including: nearsightedness, hyperopia, astigmatism, opacification of the optical media of the eye, stereoblindness.

Key words: sightless, visually impaired, blind, Polish Association of the Blind, tyflogia

WSTĘP

Wzrok w życiu człowieka pełni fundamentalną rolę. Opierają się na nim procesy poznawcze

- możliwość tworzenia w świadomości subiektywnych obrazów obiektywnie istniejących w rzeczywistości. Dostarczają one człowiekowi informacje o przedmiotach i ich związkach ze zjawiskami. Orientacja przestrzeni to kolejna cecha w której człowiek wykorzystuje zmysł wzroku - należy tu podkreślić jak wielkie znaczenie mają bodźce wizualne dla swobodnego poruszania się w przestrzeni życiowej. Ma to związek z tym, że wzrok jest teleanalizatorem reagującym na zewnętrzne bodźce znajdujące się w różnej odległości.

Niemalý związek ma wzrok i sfera emocjonalna, gdyż psychologia traktuje o powstawaniu emocji pod wpływem bodźców zmysłowych. Są następstwem wrażeń i spostrzeżeń. Każdy bodziec wizualny ma określoną wartość emocjonalną. Dlatego zobaczenie zjawisk przyrody, wydarzeń kulturalnych i sportowych może nieść dodatni lub ujemny ładunek emocjonalny. Wzrok jest również potrzebny do komunikacji jednostki z otoczeniem.

Mimo, iż najpowszechniejszą formą komunikacji jest mowa dźwiękowa nie należy zapominać o tym, że dla słuchającego ma też naczenie wyraz twarzy, postawa czy gesty. Te elementy dodają pełnego znaczenia przekazywanym słowom.

Co się dzieje gdy ludzie tracą fundamentalny zmysł? Jakie są przyczyny utraty wzroku? Jak ludzie niewidomi i niedowidzący radzą sobie w codziennym życiu? Poniżej autory pragną przedstawić problem i odpowiedzieć na te pytania.

CHARAKTERYSTYKA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Rezolucja Światowej Organizacji do Spraw Osób Upośledzonych w ONZ uznaje ślepotę za:

- Zupełny brak wzroku
- Ostrość wzroku nie przekraczającą 1/20 normalnej ostrości widzenia w lepszym oku przy zastosowaniu szkieł wyrównujących wadę wzroku
- Ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w 20°

Ludzi, którzy są ogarnięci tymi kategoriami nazywamy niewidomymi. Kolejnym kryterium do nazywania ludzi niewidomymi jest fakt, że urodzili się tacy bądź stracili wzrok we wczesnym dzieciństwie i nic z tego okresu nie pamiętają. Ludzie o tym schorzeniu cierpią na "ślepotę medyczną" inaczej zwaną "ślepotą czarną" gdyż nie występuje nawet najmniejsze poczucie światła. Człowiek przeżywa wtedy najgłębsze praktyczne i psychiczne skutki ślepoty. Nie jest w stanie nawet odróżnić dnia od nocy.

Kolejną grupą ludzi o zaburzonym widzeniu są ociemniałi. Są to wszyscy Ci co posługiwali się wzrokiem ale go utracili. Przyczyny mogą być różne:

- Nagła utrata wzroku np. W czasie działań wojennych, nieszczęśliwym wypadku przy pracy,

zatruciu czy operacji.

- Stopniowa utrata wzroku może się pogłębiać w wyniku chorób przewlekłych.

Ostatnią grupą ludzi znajdujących się w tej kategorii są szczątkowo widzący. Zalicza się do nich ludzi, którzy mają bardzo dużą lecz nie całkowitą utratę wzroku. Rozpatrywać należy to w kategoriach ludzi:

- Odróżniających tylko światło od ciemności
- Nie mogących poprawić widzenia szklami
- Tych którzy potrafią rozpoznać zarys słupa, drzewa czy człowieka z odległości 1 m.

Mówiąc o przyczynach utraty wzroku możemy je podzielić na kilka grup:

- Czynniki genetyczne
- Wady wrodzone analizatora wzrokowego
- Uszkodzenia okołoporodowe
- Choroby zakaźne przebiegające z wysoką temperaturą oraz nowotwory.
- Zatrucia
- Urazy mechaniczne, termiczne i chemiczne
- Awitaminoza
- Zmiany starcze

Natomiast Ludwik Rostkowski wyróżnił następujące przyczyny wrodzonej ślepoty:

- Zapalenie głębokie rogówki spowodowane kiłą wrodzoną
- Ubytek wrodzony tęczówki, naczyńki soczewki, nerwu wzrokowego
- Zaćma wrodzona powstająca w życiu płodowym wskutek zaburzeń rozwojowych soczewki lub jej otoczenia
- Zapalenie rzeźączkowe
- Stany degeneracyjne siatkówki, soczewki, rogówki
- Zwrodnienie barwnikowe siatkówki
- Wady refrakcji

Brak wzroku niesie za sobą wielkie różnice w rozwoju człowieka. Dziecko zdrowe mając już kilka miesięcy stara się chwycić, popchnąć czy przyciągnąć przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu. Czynności te nie występują u dziecka niewidomego. Poczynając od siedzącej, stojącej jak również chodzącej dziecko niewidome te aktywności podejmuje dużo później (chodzenie odbywa się pod koniec pierwszego roku życia).

Brak bodźców wizualnych i możliwości naśladowstwa utrudnia naukę jedzenia, higieny i

koordynacji ruchów. W konsekwencji pojawiają się zaburzenia snu i łaknienia spowodowane małą aktywnością ruchową i małym współczynnikiem doświadczanych wrażeń.

Otoczenie dziecka niewidomego zdaje się być nieruchome, ponieważ oczy niczego nie są w stanie zarejestrować. Dostępne są tylko te zjawiska, które znajdują się w zasięgu dotyku lub słuchu.

Wanda Lasocka przeprowadziła badania u wczesnych niewidomych adolescentów. Okazało się, że dziewczęta niewidome ujawniły tendencje do niestałości emocjonalnej. Czego dowodem jest zmienność postaw, nastrojów i zainteresowań oraz brak tolerancji na frustracje.

Chłopcy natomiast ukazali występowanie wrażliwości dużo większej niż u chłopców widzących. Badanie wykazało, że skłonność do zniecierpliwienia, subiektywnego oceniania spraw i hipochondrii są cechami rozwijającej się młodzieży męskiej. Wspólną cechą u młodzieży niewidomej była tendencja do obniżonego samopoczucia, niestałość emocjonalna, napięcie nerwowe i wrażliwość.

Kolejnym eksperymentem jakiemu poddano osoby niewidome było porównanie ich postrzegania z postrzeganiem wzrokowym osób widzących. Przedmiotem postrzegany był śliwka. Wyniki przedstawiam w tabeli:

Stwierdzono wzrokiem	Stwierdzono bez wzroku
Kolor	Wielkość powierzchni górnej
Połysk	Kształt
Gra światła na wgłębieniach	Gładkość skóry
Kształt	Miękkość
Wielkość	Chłód
	Suchość
	Wielkość
	Wagę
	Zapach
	Smak
	Szmer dotykowy przy dotykaniu owocu
	Głuchy szmer przy opadaniu owocu

SPOSODY KOMPENSACJI BRAKU WZROKU U NIEWIDOMYCH

Osoby które utraciły wzrok mają możliwość poznawania otaczającego je świata dzięki kompensacji. To zjawisko polega na zastępowaniu utraconych narządów przez inne zapasowe ośrodki. U niewidomych organizm kompensuje brak wzroku przez te elementy, które są

najprzedniejsze w korelacji. Im ściślejsza korelacja tym głębsze i prawdziwsze będzie wyobrażenie świata i porozumienie się z nim. Kompensacja odbywa się poprzez analizatory dotykowe, słuchowe, smakowe i węchowe.

Zastępcza rola dotyku składa się głównie z percypowania figur przestrzennych. Niewidomy poprzez odczytanie treści figury dociera do jej znaczenia. Percepcja dotykowa wymaga skupienia i uwagi. Przebiega znacznie wolniej i jest bardziej męcząca niż percepcja wzrokowa. Do spostrzegania małych przedmiotów ludzie niewidzący wykorzystują ruchy dotykowe rąk (najczęściej zawsze dwa palce), do większych przedmiotów potrzeba już ruchów całego ciała.

Rozwój dotykowych wyobrażeń przestrzennych jest budowany na zasadzie współdziałania dotyku syntetyzującego i analitycznego. Dokładne poznawanie przestrzeni możliwe jest tylko w tych przypadkach gdy niewidomy jest w stanie dojść do psychicznej syntezy dotykiem analitycznym, który odpowiada za przeżycia ruchowe, przestrzenne i czasowe i syntetyzującym, który wytwarza wyobrażenia przestrzenne.

Prawidłowa synteza dotyku analitycznego i syntetyzującego, ma w założeniu poznawanie świata poprzez dłonie której jeden z palców stanowi punkt odniesienia względem palców będących w ruchu.

Różnice między niewidomymi a widzącymi polega na nastawieniu. Wzrok ogarnia jednorazowo całość obrazu. Dotyk natomiast wytwarza pojęcie całości kształtu, poszczególne spostrzeżenia scalają się i tak z poszczególnych elementów percypowanych człowiek uzyskuje całkowity obraz przedmiotu.

Przejdźmy do kompensacyjnej roli słuchu u ludzi niewidomych. Jak napisała M. Ziemcowa "To nie wzrok warunkuje istotną spoinę między ludźmi, lecz mowa i słuch, wszelkie wykształcenie zdobywa się za pośrednictwem mowy i brak wzroku jest pod tym względem o wiele mniej dotkliwy oraz wywiera mniejszy wpływ na inteligencję niż brak słuchu i mowy". Niewidomy bez większych problemów rozpoznaje nastrój po głosie rozmówcy.

Fenomenem jest "zmysł przeszkód", który wykształtował się u niewidomych. Jest on zlokalizowany w okolicy czoła, skroni i policzków. Przejawia się poprzez uczucie lekkiego ucisku zanim niewidomy zetknie się z przeszkodą.

Struktura zmysłu przeszkód składa się z czterech członów:

- Zmysłowego – powstaje na tle wrażeń dotykowo-słuchowych, które są wywołane obecnością przeszkody
- Intelektualnego – polega on na zrozumieniu grożącego niebezpieczeństwa.
- Emocjonalnego – przejawia się on poprzez objawy niepokoju wobec grożącego

niebezpieczeństwa

- Reakcji ruchowej jednostki mającej na celu uniknięcie niepożądanego zetknięcia: Zatrzymanie się, zmiana kierunku, cofnięcie się czy odskoczenie w bok.

Niewidomi wykształcili także techniki radzenia sobie wykorzystując swój potencjał są to techniki ochraniające ciało czy odnajdywania przedmiotów. Należą do nich:

- Technika ochraniająca górną część ciała – Niewidomy wyciąga rękę przed siebie na wysokość barku, a przedramię trzyma pod kątem około 100-120 stopni do ramienia, dłoń winna być odwrócona na zewnątrz, tak, aby wystawała 2 cm za przeciwległy bark. Mięśnie palców i przedramienne należy rozluźnić.
- Technika ochraniająca środkowe części ciała - Niewidomy trzyma rękę opuszczoną w dół na ukos, tak aby dochodziła do płaszczyzny strzałkowej ciała. Dłoń powinna być oddalona o 20 cm od tułowia. Technika ta ma zastosowanie w znanym pomieszczeniu przy podchodzeniu do krzeseł, stołów, mebli.

Odnajdywanie upuszczonych przedmiotów odbywa się za pomocą:

- Techniki spirali- niewidomy wykonuje klęknięcie lub przysiad. Stosuje barkową technikę ochronną. Potem dłonią lekko opartą opodłogę zacząć bardzo systematycznie wykonywać ruchy spiralne, stopniowo zwiększa ich zasięg.
- Metoda siatki - Początek poszukiwania jest taki sam jak w technice spirali, lecz zamiast wykonywania spiralnego ruchu dłonią, wykonuje się ruchy na wzór siatki, tzn. najpierw prostopadle, zaczynając jak najbliżej siebie, aż do wyprostowania ręki, potem równolegle.
-

CHARAKTERYSTYKA ZABURZEŃ WIDZENIA

Z punktu widzenia okulistycznego niedowidzących można podzielić na kilka zasadniczych grup:

- Niepełnosprawni o różnym rodzaju i stopniu refrakcji : krótkowzroczność, dalekowzroczność, nieźorność krótkowzroczna, dalekowzroczna i mieszana.
- Niepełnosprawni z oczami bezsoczewkowymi po operacji zaćmy
- Niepełnosprawni ze zmętnieniem w ośrodkach przeziernych oczu : zmętnienia rogówek, soczewek i mętami w ciałku szklistym
- Niepełnosprawni ze zmianami patologicznymi w układzie nerwowym narządu wzroku .
- Niepełnosprawni z różnego rodzaju wrodzonymi niedorozwojami narządu wzroku: małoocza, szczeliny tęczówek, podwichnięcie soczewek. (Sękowska 1985)

Krótkowzroczność to jedno z zaburzeń widzenia. Zachodzi ono gdy promienie świetlne

ogniskują się przed siatkówką. Jest ono spowodowane nadmierną łamliwością rogówki lub soczewki. Kolejnym powodem zaburzenia może być wydłużenie gałki ocznej.

Krótkowzroczność soczewkowa jest spowodowana poprzez zbyt wielką kulistość soczewki. Wyróżnia się trzy stopnie krótkowzroczności: małą do 2,5D, średnią 3,0D–6,0D, dużą ponad 6,0D. Wada powiększa się do około 21. roku życia, tzn. do czasu ukończenia wzrostu oka. Mała krótkowzroczność rozpoczynająca się około 10.–12. roku życia.

Powodem wyżej wymienionego zaburzenia mogą być czynniki genetyczne i czynniki środowiskowe polegające na wielogodzinnej bliskiej pracy wzrokowej.

Dalekowzroczność zwana jest również hyperopią. Wada refrakcji oka objawia się poprzez niewyraźne widzenie obiektów znacznie oddalonych i złym widzeniem obiektów znajdujących się blisko.

Hyperopia może być spowodowana zbyt słabą mocą łamiącą układu optycznego w której skład wchodzi rogówka i soczewki lub zbyt krótką gałką oczną. W zależności od wielkości wady wyróżnia się nadwzroczność małą (do +2,5D), średnią (+2,5D do +6,0D) lub dużą (ponad +6,0D)

Astygmatyzm inaczej niezbiorność jest kolejną wadą wzroku utrudniającą prawidłowe funkcjonowanie człowieka. Polega na różnej sile załamывania równoległych promieni świetlnych w poziomej i pionowej płaszczyźnie oka. Co jest przyczyną braku prawidłowego zogniskowania obrazu przez co obraz ciągle jest nieostry.

Astygmatyzm ma charakter:

- Złożony – na obu płaszczyznach istnieje nadwzroczność lub krótkowzroczność, natomiast jest on różnej wielkości
- Niezłożony- gdy tylko w jednej płaszczyźnie oko jest nadwzroczne lub krótkowzroczne,
- Mieszany- objawia się, gdy w jednej płaszczyźnie oko jest nadwzroczne, a w drugiej krótkowzroczne

Zmętnienie w ośrodkach przeziernych oczu polega na zaburzeniu przejrzystości rogówki a w konsekwencji objawia się pogorszeniem ostrości wzroku: od minimalnego zaburzenia i zamglenia widzenia, do prawie całkowitej jego utraty.

We wczesnych okresach choroby widzenie może się zmieniać (pogarszać lub poprawiać). W późnych okresach utrwalonego zmętnienia rogówki (bielma) widzenie stabilizuje się na różnym poziomie.

Zmętnienie soczewki nazywa się także zaćmą. Najczęściej występuje zaćma związana z wiekiem. Przyczyny jej powstawania nie są do końca poznane. Ogólnie najczęstszą przyczyną zmętnienia soczewki jest starzenie się organizmu i towarzyszące temu zaburzenia metaboliczne.

Ostatnią wadą nad którym autorzy chcieliby się pochylić jest zaburzenie widzenia stereoskopowego (zez). Widzenie odbywa się za pomocą obu oczu jco zapewnia człowiekowi widzenie trójwymiarowe, ale nie jest to obraz jednakowy, wpływający z zespolenia widzenia- obraz jest widziany z dwóch różnych punktów. Przy zaburzeniu widzenia stereoskopowego występują trudności w prawidłowej ocenie wielkości i kształtu przedmiotu. Trudności te dotyczą także odległości i głębi.

Przyczyną schorzenia mogą być zmiany w rozwoju ośrodków kojarzeniowych kory mózgowej. Zez można niwelować chirurgicznie, lub za pomocą specjalistycznych okularów.

POMOC NIEWIDOMYM W POLSCE

Ludzie z niepełnosprawnością jaką jest brak korzystania ze zmysłu wzroku nie zostali zostawieni sami sobie. Pierwsze szkoły dla młodzieży niewidomej i słabo widzącej w Polsce powstały w XIXw. , a ich rozwój nastąpił na początku XX w.

Dziś niewidomych zrzesza Polski Związek Niewidomych (PZN). Jest on samorządową organizacją działającą na rzecz osób słabowidzących i niewidomych. Placówki PZN są dostępne wkażdym powiecie w Polsce. Przez sześćdziesiąt lat, aż do dziś Polski Związek Niewidomych zapobiega etykietowaniu i wykluczeniu zawodowemu ludzi niepełnosprawnych wzrokowo. Poprzez profesjonalną pomoc psychologiczną, rehabilitację i integrację PZN zapewnia wsparcie i opiekę ludziom niewidomym. Jednak jedną z najważniejszych misji związku jest zmiana postrzegania niedowidzących i niewidomych poprzez edukację społeczeństwa i bycia aktywnym rzecznikiem na rzecz podopiecznych.

BIBLIOGRAFIA

Sękowska Z, (1985), *Pedagogika specjalna* , Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1985

Majewski T, (1983), *Psychologia niewidomych i niedowidzących*, Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe

Korczyński M, (2006), *Zeszyty naukowe*, Lublin, Wydawnictwo Akademickie WSSP

Wołoszynowa L, (1996), *Materiały do nauczania psychologii*, Warszawa : Państwowe
Wydawnictwo Naukowe

Preferowane wartości wczesnych adolescentów a układ ich relacji inter- i intrapersonalnych.

Streszczenie: W prezentowanym artykule autorzy przybliżają wartości, które wyznają młodzi adolescenti, relacje do świata i innych ludzi, a także relacje do samego siebie. W badaniu kwestionariuszami SWS i KNIIS wzięło udział 23 wczesnych adolescentów, 12 chłopców i 13 dziewczynek będący w wieku 10 – 15 lat. Do obliczenia rozkładu grupy został wykorzystany test U Manna-Whitney'a. Za zmienną niezależną autorzy przyjęli płeć. Kwestionariusz Skali Wartości Schelerowskich wykazał, że wszystkie wartości są na przeciętnym poziomie stenowym. Tendencje statystyczną różnicą między chłopcami, a dziewczynami odnotowano w wyznawanych wartościach: Święte, Świętości świeckie. Wyniki Kwestionariusza Nastawień Intra- i Interpersonalnych oraz Nastawień do Świata ukazały niskie wyniki stenowe w zmiennych: Samoocena w sferze poznawczo-intelektualnej, Samoocena w sferze charakterologicznej, Wsparcie, Brak poczucia zagrożenia, Inni wobec mnie, Ja wobec innych, Prospołeczność, Funkcjonowanie Interpersonalne, Przychylność świata, Brak poczucia bezradności, Obraz życia. Istotnością statystyczną w układzie ogólnie pojętych relacji między dziewczynami, a chłopcami w teście KNIIS wykazały się: Sfera charakterologiczna, Sfera Inni wobec mnie. Związek między wartościami, a relacjami inter-, intrapsychicznymi oraz nastawieniami do świata na poziomie silnym odnotowano na polu: Brak Agresywności i wartościami wskazującymi na prawdę; Postawie Ja wobec innych, a wartościami związanymi z prawdą.

Słowa kluczowe: Wartości, adolescenti, adolescencja, psychologia rozwojowa, dorastanie.

Abstract: In the following article authors address values significant for young adolescents, their relations with the world, other people and their approach to themselves. During study 23 early adolescents, from which composed of 12 boys and 13 girls aged 10-15 years old, were tested with SWS and KNIIS inquiry forms. For calculating group distribution authors used U Mann-Whitney test. Gender was chosen as independent variable. Results of SWS test allowed to conclude that all of the values have reached average sten scores. Statistical tendency of average absolute deviation between boys and girls occurred regarding: Values of Holy, Disvalues of Unholy. Results of KNIIS test allowed to conclude low sten scores established for variables: Self-Assessment regarding Cognitive-Intellectual Sphere, Self-Assessment regarding Characterological Sphere, Succour, Lack

of Threat Sense, Others versus Me, Me versus Others, Prosociality, Interpersonal Performance, Kind Disposition of the World, Lack of Helplessness, Image of Life. Statistical significance in generally arranged relations between boys and girls, relating to KNIIS test, procured in: Characterological Sphere, Others versus Me. Correlation between values and inter-, intrapsychics plus attitude towards the World appeared strong in relations: Lack of Aggressiveness and Truth value; Me versus Others and Truth Value.

Key words: Values, adolescents, adolescence, developmental psychology, growing up.

WSTĘP

Wczesna adolescencja jest niezwykle burzliwym i jednym z najważniejszych okresów rozwojowych człowieka. Wraz z próbą jej analizy pojawiają się liczne pytania. Jakie procesy psychologiczne zachodzą w tych młodych ludziach? Czy i jakie cele sobie obierają? Skąd czerpią wzorce zachowań? Czy może sami ustalają własną drogę życia? Pytania te są niezwykle istotne, szczególnie ze względu na newralgiczny etap rozwoju człowieka jakim jest wczesna adolescencja.

Niniejszy artykuł pokrótce wskaże na cechy charakterystyczne omawianego wieku rozwojowego oraz specyficzne dla niego zadania rozwojowe.

W trakcie badania zwrócono także uwagę na rozwój postaw, wartości i ról społecznych oraz szeroko pojętych wzorców. Istotną pozycję w analizie tego obszaru zajmowała przynależność do grupy, która właśnie w tym okresie rozwojowym pełni niemałą rolę w życiu młodego człowieka i niesie za sobą daleko idące konsekwencje.

DEFINIOWANIE WCZESNEJ ADOLESCENCJI

Okres adolescencji to czas intensywnych przemian, które nastają po relatywnie stabilnym dzieciństwie. Objawia się w wieku 10 lat i trwa do lat 15. Następnie przeradza się w okres późnego dojrzewania, który trwa aż do 22 lat. W tej pracy autorzy skupili się na pierwszym z tych okresów.

Rolf Oerter przedstawia okres adlescencji z dwóch płaszczyzn: Pozycję między dzieciństwem, a dorosłością określaną przez K.Lewina jako marginalną (Lewin 1963) i jako dążenie do ukształtowania się stabilnej struktury osobowości oraz mocnej tożsamości (Erickson 1968).

Lewin zakłada, że z marginalnej pozycji młodzieży wynikają cztery rodzaje konsekwencji:

1. Nieśmiałość, wrażliwość, agresywność

2. Konflikty między wartościami, ideologiami i stylami życia
3. Afektywne napięcie spowodowane wyżej wymienionymi konfliktami
4. Skłonność do ekstermizmu, radykalizmu, rygoryzmu w działaniu oraz nagła zmiana statusu.

Erickson natomiast uważa, że „moratorium psychologiczne”, inaczej przestrzeń między dzieciństwem, a dorosłością, jest wypełnione poszukiwaniem tożsamości.

Samo „moratorium” Erickson ujmuje jako okres zwłoki, opóźnienia, odroczenia i zahamowania, przyznany temu, kto nie jest gotów stawić czoła obowiązkom.

Początki okresu dojrzewania mają miejsce w mózgu gdzie z podwzgórza wychodzą sygnały do szyszynki, która za ich pomocą uwalnia hormony zwane gonadotropinami. Te z kolei pobudzają gonady do wzrostu estrogenu u dziewczynek i testosteronu u chłopców.

Kolejnym charakterystycznym zjawiskiem dla okresu wczesnej adolescencji jest skok pokwitaniowy. Jest to „szybki wzrost ciała, który u chłopców występuje przeciętnie między 12 i 15 rokiem życia i powoduje przyrost wagi ciała nawet do 20 kg.” (Tanner 1963)

Niedługo po zakończeniu skoku pokwitania organizm jest dojrzały płciowo. U dziewczynek pojawiają się cykle menstruacyjne, a chłopcy stają się płodni. W tych latach następuje rozwój drugorzędowych cech płciowych.

CHARAKTERYSTYKA ZADAŃ ROZWOJOWYCH

Procesy neurohormonalne wpływają również na emocje. Dziecko zaczyna doświadczać silnego pobudzenia emocji oraz labilności emocjonalnej. Charakterystyczna dla młodych adolescentów jest ambiwalencja. Jak uważał Nielsen „jest to równoczesne przeżywanie uczuć przeciwstawnych takich jak miłość i nienawiść. Do częstego występowania u dorastających poczucia niepewności siebie oraz zakłopotania przyczyniają się też zjawiska takie jak nagle pojawiający się rumieniec na twarzy a u chłopców zmazy nocne oraz mimowolne erekcje prącia, która może pojawić się niezależnie od pobudzenia seksualnego.” (Nielsen, 1996).

Na tym etapie często ma miejsce tzw. „beprzedmiotowość przeżyć”. Polega ona na doznawaniu uczuć bez konkretnego bodźca, który mógłby je wzbudzić. Stąd też niejednokrotnie nastolatek nie wie dlaczego jest mu smutno lub dlaczego jest radosny.

Do określenia emocji ważny w tym okresie jest bagaż doświadczenia adolescenta. Jeżeli nastolatek jest doceniany, rozumiany i akceptowany przez najbliższe otoczenie to przeważa emocje dodatnie. Niestety emocje pozytywne są rzadziej opisywane przez młodzież. Spowodowane jest to ich małym zróżnicowaniem i słabszą intensywnością w porównaniu do emocji negatywnych.

W okresie adolescencji rozwijają się także procesy poznawcze. Możemy je ujmować za pomocą koncepcji J. Piageta i koncepcji procesów, od których zależy zdobywanie, magazynowanie i przetwarzanie informacji.

Jean Piaget twierdzi, że dzieci w okresie 10 -15 lat przechodzą z operacji konkretnych do stadium operacji formalnych, które charakteryzują się myśleniem abstrakcyjnym, logicznym i mniej egocentrycznym.

Zmiany z punktu widzenia procesów informacyjnych dotyczą percepcji, uwagi i pamięci, co zostało potwierdzone w badaniach (Hale za: Nielsen 1996). W zakresie percepcji stwierdzono, że spostrzeżenia u młodych adolescentów są bardziej dokładne, wielostronne i ukierunkowane.

Spowodowane jest to największą w ciągu życia wrażliwością zmysłów (Przetacznik, 1978 Szuman 1985). Rozwija się też uwaga, staje się dowolna, która jest przeciwna do uwagi mimowolnej – tej którą posiadali w dzieciństwie. Pamięć natomiast staje się logiczna i dowolna.

Dorastający potrafią też lepiej obserwować i analizować aktywność własnego umysłu. To zjawisko w psychologii nazywane jest „monitoringiem kognitywnym”. Ujmuje krytycznie swoje właściwości i potrafi je modyfikować, co sprzyja tworzeniu koncepcji samego siebie. (Nielsen 1996)

W okresie adolescencji jedną z najważniejszych ról odgrywają miłość i przyjaźń. Przyjacielem to dla dziecka wybrany, lubiany rówieśnik, z którym spędza coraz więcej czasu ucząc się zaangażowania, intymności i lojalności w relacji. Dorastający coraz więcej czasu spędzają ze znajomymi a coraz mniej z rodzicami

Okres dojrzewania to okres skrajności należy w tym miejscu powiedzieć, że dominuje również zazdrość i zawiść.

Wszystkie te emocje i stany można odnaleźć w grupie rówieśniczej, która się w tym okresie kształtuje. D.C Dunphy wyróżnił cztery fazy kształtowania się grupy:

1. Faza poprzedzająca tworzenie się grupy właściwej. Powstają odizolowane od siebie jednopłciowe paczki, które często cechuje tajemnicza obrzędowość.
2. Początek paczek heteroseksualnych. Kontakty z innymi paczkami podejmowane są sporadycznie i tylko zespołowo. Nastawienie do innych paczek jest antagonistyczne.
3. Członkowie paczki o wysokim statusie nawiązują indywidualne kontakty z członkami innych paczek. Można przynależeć do więcej niż jednej paczki, w ten sposób tworzy się luźniejsza grupa rówieśnicza.
4. Potrzeba przynależenia do grupy słabnie, wyodrębniają się w niej pary przyjaciół.

Nie można pominąć faktu, że okres wczesnej adolescencji to początki kształtowania się i rozeznawania własnej tożsamości. Dziecko zaczyna rozumieć swoją niepowtarzalność, wyjątkowość. Kształtuje swoje plany, docenia umiejętności i kształtuje zdolności. Nie jest to jednak okres łatwy, młodzi adolescenti niejednokrotnie nie czują się na siłach, by podejmować ważne decyzje zwłaszcza, gdy w nim samym panuje biologiczny i psychiczny chaos. Niebezpieczeństwem jakie może spotkać dojrzewające dziecko jest wytworzenie „negatywnej tożsamości” - osoba ma wtedy poczucie posiadania wielu bezwartościowych i negatywnych cech.

W poszukiwaniu własnej tożsamości Obuchowski wyróżnia fazy (K. Obuchowski 1983, 2000) :

- Identyfikacji – kiedy dorastający utożsamia się z zewnętrznymi wzorami
- Kosmiczną – oderwanie od rzeczywistości, chaos w poszukiwaniu celu i sensu życia
- Dojrzałego sensu życia – przypadający na okres później adolescencji.

CHARAKTERYSTYKA PRZEPROWADZONYCH BADAŃ

Grupą badaną byli młodzi adolescenti (10-15 lat) przebywający w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych. Przeprowadzone zostały na 12 chłopcach oraz 11 dziewczynkach, łącznie 23 wczesnych adolescentów.

Autorzy podczas studium przypadku posłużyli się w trakcie badania dwoma narzędziami: Skalą Wartości Schelerowskich (SWS), Kwestionariuszem Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i nastawień do Świata (KNIIS)

SKALA WARTOŚCI SCHELEROWSKICH

Pierwsze z narzędzi pozwoliło na zdiagnozowanie procesu wartościowania wśród młodych adolescentów oraz określenie związku ich nastawienia do poszczególnych wartości z różnymi aspektami postaw związanych z funkcjonowaniem w ośrodku opiekuńczo-wychowawczym i jako jednostka.

Wspomniana już SWS opracowana została przez Piotra Brzozowskiego i opiera się na obiektywnej teorii hierarchii wartości Maxa Schelera i wpisuje się w nurt pozytywistyczny.

Zadaniem wszystkich badanych osób było ocenienie w skali 0–100 punktów, jak ważne są dla nich wartości wymienione w teście, które to były właśnie jednym z przedmiotów aktywności badawczej autorów.

Uczestnicy mieli na wypełnienie formularza nieograniczoną ilość czasu. Dokonali tego podzieleni na dwie grupy wiekowe 10-13 oraz 14-15 lat, w aulach ośrodków opiekuńczo wychowawczych.

Każda z grup wiekowych nadzorowana była przez jednego z badaczy, którzy stosowali się specyficznej procedury przeprowadzania testu.

KWESTIONARIUSZ NASTAWIEŃ INTRAPERSONALNYCH, INTERPERSONALNYCH I NASTAWIEŃ DO ŚWIATA

Drugie z wykorzystanych narzędzi - KNIIS - pozwolił badaczom na sprawdzenie kolejnego z wyłonionych podczas wstępnej procedury obszaru mającego znaczący wpływ na kształtujące się i istniejące czynniki rozwojowe.

Kwestionariusz jest narzędziem badającym nastawienia intrapersonalne, interpersonalne, nastawienia wobec świata i własnego życia i opiera się na koncepcjach oraz badaniach wielu wybitnych psychologów jak Higgins, Epstein, Bandura i wielu innych.

Nastawienia intrapersonalne ujmowane są jako obraz siebie i samoocena globalna (system przekonań na temat własnego „ja”), na którą składają się samoocena ogólna (niespecyficzna) i samooceny cząstkowe (specyficzne – sfera poznawczo-intelektualna, sfera fizyczna, sfera społeczno-moralna i sfera charakterologiczna).

Nastawienia interpersonalne, ujmowane są jako obraz innych ludzi i relacji z nimi (przekonania na temat funkcjonowania w relacjach interpersonalnych: „inni wobec mnie” – wsparcie ze strony innych i docenianie vs obojętność innych i niedocenianie, zagrożenie ze strony innych vs poczucie bezpieczeństwa w relacjach; „ja wobec innych” – działanie na rzecz innych, prospołeczność, altruizm, towarzyskość vs egocentryzm, izolowanie się; agresywność vs brak agresji).

Nastawienia wobec świata, ujmowane są jako obraz świata (przekonania na temat jego sensowności i przychylności ludziom).

Nastawienia wobec własnego życia, ujmowane są jako obraz (wizja) życia (przekonania na temat własnej skuteczności działania i możliwości kontrolowania lub wyuczonej bezradności).

Przedstawienie wyników badań testem SWS

W opracowaniu wyników wymieniono jedną zmienną niezależną : płeć, a do pomiaru rozkładu grupy wykorzystano test U Manna-Whitneya.

Analiza rang w teście U Manna-Whitneya wykazuje sześć różnic w średnich wynikach pomiędzy chłopcami, a dziewczynkami, jednak żadna z powyższych wartości nie uzyskała poziomu istotności statystycznej.

Tendencję statystyczną uzyskały takie wartości jak:

- Święte
- Świętości świeckie

Tylko w przypadku tych dwóch wartości możemy dopatrywać się różnicy pomiędzy chłopcami, a dziewczynkami.

Tabela 1. Porównanie wartości wyznawanych przez młodych adolescentów

Wartości	Mężczyźni	Kobiety	Porównanie	
	Średnia ranga	Średnia ranga	U	p
Hedonistyczne	8,72	10,28	33,5	0,55
Prawdy	9,39	9,61	39,5	0,93
Moralne	7,44	11,56	22	0,1
Witalne	9,22	9,78	38	0,83
Estetyczne	7,83	11,17	25,5	0,19
Święte	11,72	7,28	20,5	0,08
Sprawność i siła fizyczna	9,44	9,56	40	0,97
Wytrzymałość	9,22	9,78	38	0,83
Świętości świeckie	11,67	7,33	21	0,09
Świętości religijne	10,44	8,56	32	0,43

Tabela 2. Średnie wyniki stenowe wartości wyznawanych przez młodzież

Wartość	m	Mo	SD
Hedonistyczne	5,17	6	2,43
Prawdy	5,33	6	1,75
Moralne	5,67	4	2,14
Witalne	6,22	5	1,4
Estetyczne	5,61	7	1,75
Święte	5,72	4	1,87
Sprawność i siła fizyczna	6,5	6	1,89
Wytrzymałość	6,11	7	1,41
Świętości świeckie	6	5	1,82
Świętości religijne	5,11	4	2,06

Powyższa tabela wskazuje na częstości odnoszące się do wartości wyznawanych przez młodych adolescentów.

Wyniki poszczególnych skal nie wykazywały skrajności, a zmienne testowe przyjmują wartości średnie (5-6 sten).

W grupie badanej tendencje do osiągnięcia stenu wysokiego ma wartość „sprawność i siła”.

Wyniki stenowe poszczególnych skal osiągały, co do zasady, skrajne wyniki.

PRZDSTAWIENIE WYNIKÓW BADAŃ TESTEM KNIIS

W opracowaniu wyników wymieniono, podobnie jak w przypadku testu SWS, jedną zmienną niezależną : płeć, a do pomiaru rozkładu grupy wykorzystano test U Manna-Whitneya.

W teście KNIIS istotnością statystyczną wykazały się :

- Sfera charakterologiczna
- Inni wobec mnie

Na tych dwóch płaszczyznach występuje istotna różnica pomiędzy dziewczynkami, a chłopcami.

Tendencje do istotności statystycznej wykazują takie zmienne:

- Sfera fizyczna
- Funkcjonowanie interpersonalne
- Sensowność
- Obraz świata

Poniższa tabela prezentuje uzyskane wyniki:

Tabela 3. Porównanie wczesnych adolescentów względem ich nastawień inter- intrapersonalnych i nastawień do świata

Wartości	Mężczyźni	Kobiety	Porównanie	
	Średnia ranga	Średnia ranga	U	p
Sfera poznawczo – intelektualna	7	7	21	1
Sfera fizyczna	8,93	4,75	7,5	0,49
Sfera społeczno-moralna	7,5	6,42	17,5	0,61
Sfera charakterologiczna	4,86	9,5	6	0,03
Samoooceny szczegółowe – specyficzne	7,21	6,75	19,5	0,83
Wsparcie	5,64	8,58	11,5	0,17
Brak zagrożenia	4,43	8,83	10	0,11
Inni wobec mnie	4,71	9,67	5	0,19
Prospołeczność	6,93	7,08	20,5	0,94
Brak agresywności	7,14	8,83	20	0,89
Ja wobec innych	7,5	6,42	17,5	0,61
Funkcjonowanie	5,14	9,17	8	0,06

interpersonalne				
Sensowność	9	4,67	7	0,04
Przychylność świata	7,93	5,92	14,5	0,35
Obraz świata	8,86	4,83	8	0,06
Poczucie skuteczności	7,64	6,25	16,5	0,51
Brak poczucia bezzadności	8,21	5,58	12,5	0,22
Obraz życia	8,07	5,75	13,5	0,2

W zakresie analizy częstości pięć zmiennych wyróżnionych testem KNIIS zawiera się w przedziale wyniku przeciętnego (5-6 sten).

Jedenaście zmiennych znajduje się na niskim poziomie stenowym (1-4 sten) i są nimi:

- Samoocena w sferze poznawczo-intelektualnej
- Samoocena w sferze charakterologicznej
- Wsparcie
- Brak poczucia zagrożenia
- Inni wobec mnie
- Ja wobec innych
- Prospołeczność
- Funkcjonowanie interpersonalne
- Przychylność świata
- Brak poczucia bezzadności
- Obraz życia

W przeciwieństwie do testu SWS, wysokie wyniki stenowe osiągnęli badani jedynie w jednej skali: sferze społeczno-moralnej.

Tabela 4. Średnie wyniki Nastawień inter i intrapsychicznych i nastawień do świata młodych adolescentów

Wartość	M	Mo	SD
Sfera poznawczo – intelektualna	4,69	4	1,11
Sfera fizyczna	5,38	6	1,5
Sfera społeczno-moralna	6,46		1,9
Sfera charakterologiczna	4,46	4	1,9
Samoooceny szczegółowe – specyficzne	5,23	5	0,93
Wsparcie	4	4	1,47
Brak zagrożenia	2,62	1	1,61
Inni wobec mnie	2,92	3	1,19
Prospołeczność	2,54	1	1,81
Brak agresywności	5,62	6	1,76
Ja wobec innych	3,77	3	1,74
Funkcjonowanie interpersonalne	2,77	3	1,17
Sensowność	5,31	6	2,18
Przychylność świata	4,31	3	1,8
Obraz świata	4,69	5	1,97
Poczucie skuteczności	4,85	5	1,46
Brak poczucia bezradności	4,62		2,6
Obraz życia	4,54	5	1,94

PRZEDSTAWIENIE KORELACJI TESTÓW SWS I KNIIS

Celem sprawdzenia, które zmienne testowe są ze sobą powiązane, w sposób dodatni lub ujemny, przeprowadzono badanie korelacyjne testu SWS i KNIIS.

Wyniki zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 5. Związek między systemem wartości a nastawienia inter – intrapersonalne młodych adolescentów

Wartości	Hedonistyczne	Prawdy	Moralne	Witalne	Estetyczne	Sprawność i siła fizyczna	Świętości świeckie	Świętości religijne
Sfera poznawczo - intelektualna	-0,32	-0,7**	-0,24	-0,03	-0,19	-0,21	-0,32	0,29
Sfera społeczno - moralna	-0,17	0,57*	0,31	0,46	0,05	0,69*	0,38	0,58*
Brak zagrożenia	0,39	-0,38	0,17	-0,05	0,55*	-0,4	-0,03	-0,3
Prospołeczność	0,31	0,3	-0,11	0,21	-0,01	0,09	0,58*	-0,08
Brak agresywności	0,41	0,7**	0,32	0,05	0,4	0,17	0,17	-0,27
Ja wobec innych	0,31	0,74**	0,17	0,16	0,17	0,29	0,581*	0,04
Funkcje interpersonalne	0,6*	0,15	0,18	-0,23	0,44	-0,23	-0,08	-0,38

alne								
Przychyln ość świata	0,13	0,16	-0,57**	0,58*	-0,46	0,39	0,24	-0,15
Obraz świata	0,18	0,19	-0,57*	0,53	-0,26	0,33	0,28	-0,26
Poczucie skutecznoś ci	0,47	0,54	0	0,47	0,16	0,25	0,68*	-0,04
Brak poczucia bezzadnoś ci	-0,03	0,11	-0,73**	0,23	-0,38	0,05	0,23	-0,08

*- Korelacja na poziomie 0.05 (dwustronnie)

** - Korelacja na poziomie 0.01 (dwustronnie)

Związek silny na poziomie dodatnim ukazujący wzrost jednej i drugiej zmiennej zarejestrowano pomiędzy:

- Brakiem agresywności, a wartościami wskazującymi na prawdę (wyniki poziom: średni)
- Ja wobec innych, a wartościami związanymi z prawdą (wyniki poziom: niski vs średni)

Związek silny na poziomie ujemnym charakteryzujący się zależnym wzrostem jednej zmiennej, przy spadku występowania drugiej zmiennej odnotowano między:

- Samooceną w sferze poznawczo-intelektualnej, a wartościami prawdy (wyniki poziom: niski vs wynik średni)
- Brakiem poczucia bezzadności, a wartościami wskazującymi na moralność (wyniki poziom: niski vs wynik średni)

W związku dodatnim pozostawały ponadto takie wyniki jak:

- Sfera społeczno-moralna, a prawda
- Funkcje interpersonalne, a hedonizm
- Przychylność świata, a wartości witalne
- Brak poczucia zagrożenia, a wartości estetyczne

- Sfera społeczno-moralna, a sprawność i siła fizyczna
- Poczucie skuteczności, świętości świeckie
- Ja wobec innych, świętości świeckie
- Prospołeczność, świętości świeckie

Korelacje ujemne zachodziły dodatkowo pomiędzy obszarami:

- Przychylność świata, a wartości moralne
- Obraz świata, a wartości moralne
- Brak poczucia bezradności, a wartości moralne

WNIOSKI

W kwestii wyznawanych wartości młodzi adolescenti wychowujący się w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych charakteryzują się popadaniem w skrajności. Większość wyników oscyluje wokół skrajnych wartości, czego nie można jednoznacznie uznać za nieprawidłowość rozwojową, gdyż biorąc pod uwagę tendencje dla tej grupy wiekowej, jest to zjawisko specyficzne dla rozpoczynającej dojrzewanie psychiki młodego człowieka.

Niemniej jednak fakt, iż jedynie pojedyncze wyniki zbliżały się do wartości średnich, może wskazywać na silnie stymulujące oddziaływanie pobytu w ośrodku na kształtujący się system wartości młodocianych.

Zaznaczona w poprzednim rozdziale tendencja dążenia do istotności wartości "siła i sprawność fizyczna" wskazuje na prawidłowy rozwój badanych w tym zakresie w kontekście ich okresu rozwojowego. Wczesna adolescencja charakteryzuje się wzmożoną aktywnością motoryczną, pomagającą ukształtować sprawność, wytrzymałość, a także dostarczyć rozrywki młodym ludziom.

W zakresie nastawień intra- i interpersonalnych istotnym zdaje się fakt bardzo niskich wyników badanych w aż jedenastu pozycjach kwestionariusza. Wspomniane w rozdziale trzecim sfery skłaniają do wielu wniosków w kontekście niskich wyników stenowych.

Niska samoocena w sferze ponawczo-intelektualnej świadczy o wyraźnych problemach w zakresie samooceny własnych możliwości poznawczo-intelektualnych, które stanowią istotną blokadę rozwoju. Może ona powodować wycofywanie się z podejmowania jakiejkolwiek aktywności, gdyż dziecko czuje się zagrożone. Adolescent postrzega siebie jako osobę mało zdolną, nieinteligentną, nieradzącą sobie w rozwiązywaniu różnych problemów i zadań wymagających

zaangażowania procesów myślenia. Zazwyczaj stosuje „porównania w górę”, co świadczy o tym, że czuje się gorszy od innych.

Niska samoocena w sferze charakterologicznej świadczy o negatywnej ocenie własnych cech charakteru, które jednak mogą być przez jednostkę akceptowane, ze względu na to, że są społecznie pozytywnie oceniane. Adolescent ocenia siebie jako osobę mało konsekwentną, mało ambitną, nierozważną w podejmowaniu decyzji; Odczuwa, że brak mu odwagi, by bronić swoich poglądów, będąc zależnym od oceny społecznej. Nie potrafi patrzeć z dystansem na siebie (brak poczucia humoru), jest nieśmiały w relacjach z innymi.

W sferze wsparcia można mówić o poczuciu braku otrzymywania takowego ze strony innych w sytuacjach dla jednostki trudnych. Deficyty są tu wyraźne i dotyczą wielu sfer funkcjonowania: wsparcia emocjonalnego (adolescent czuje się nielubiany i niekochany), wartościującego (adolescent czuje się niedoceniany) i informacyjnego (adolescent nie uzyskuje ważnych dla siebie informacji). Młody człowiek ma poczucie, że jest osobą mało znaczącą dla innych oraz nie doświadcza pozytywnych emocji z ich strony. W sytuacjach zagrożenia dominuje poczucie opuszczenia.

Brak poczucia zagrożenia świadczy o doświadczaniu ze strony innych ludzi „sytuacji” i komunikatów skoncentrowanych na : ośmieszaniu, krytykowaniu, doświadczaniu zdarzeń nieprzyjemnych, przykrych (drwiny, zaczepki), niemożnością otwartego formułowania własnego zdania ze względu na negatywną reakcję innych. Może to spowodować lęki i obawy oraz uogólnione poczucie braku bezpieczeństwa w relacjach z innymi ludźmi

Niski wynik w sferze "Inni wobec mnie" świadczy o negatywnych przekonaniach związanych z postrzeganiem postaw innych ludzi wobec własnej osoby. Adolescent nie czuje się wspierany społecznie w charakterze emocjonalnym, informacyjnym w sytuacji trudnej. Czuje się przez innych niedoceniany, co wiąże się z brakiem wsparcia emocjonalnego i intelektualnego.

W kwestii prospołeczności zauważyć się da dominację egocentryzmu, co związane jest z dążeniem do maksymalizowania własnego dobra, nawet kosztem dobra innych ludzi. Może to wynikać z wrogości związanej z rywalizacją o osiągnięcie ograniczonej puli dóbr. Osoba taka jest skoncentrowana na sobie, ma tendencję do izolowania się.

Niski wynik w sferze "Ja wobec innych" świadczy o negatywnych postawach adolescenta wobec innych ludzi. Osoba taka jest nastawiona egocentrycznie, charakteryzuje ją niska chęć działania dla dobra innych ludzi, czyli postawa „od ludzi” – wysoka koncentracja na sobie, tendencja do izolowania się, tendencja do manipulowania innymi i umniejsza ich wartości, w celu maksymalizacji własnych zysków. Adolescent reaguje agresją w sytuacjach trudnych społecznie i zadaniowo, nie potrafi rozwiązywać konfliktów i problemów konstruktywnie.

W zakresie funkcjonowania interpersonalnego badani wykazali skłonności do niskiego poziomu przystosowania społecznego, czyli brak zaspokajania potrzeb i realizacji celów jednostki w warunkach danego środowiska, co wiąże się z brakiem poszanowania czy przestrzegania norm i wartości obowiązujących w danym środowisku społecznym. Zagrożone jest zaspokojenie potrzeb o charakterze społecznym: potrzeby bezpieczeństwa; potrzeby afiliacji; potrzeby przywiązania.

Podczas analizy wyników da się wywnioskować o negatywnym obrazie świata badanych, a także o występującym deficycie poznawczym, motywacyjnym i emocjonalnym bezradności, czyli przeświadczeniu jednostki o niezdolności do kontrolowania zdarzeń w jej życiu.

W zakresie korelacji newralgicznymi zdają się być te cechujące się silnym związkiem.

Związek pomiędzy doświadczaną prawdą i brakiem agresji ze strony badanych jednoznacznie wskazuje na poczucie i potrzebę sprawiedliwości badanych. Jednocześnie brak zadośćuczynienia temu poczuciu może skutkować wystąpieniem zachowania dysfunkcjonalnego w postaci intencjonalnych zachowań mających na celu spowodowanie szkód.

Podobnie silnie koreluje z prawdą nastawienie badanych względem innych osób. Im intensywniej, w ich osobistym odczuciu, pogwałcone jest ich poczucie "prawdy" tym bardziej skłonni są oni do przejawiania dysfunkcjonalnych rozwiązań w ramach interakcji społecznych.

Ujemne korelacje natomiast zachodzące pomiędzy samooceną w sferze poznawczo-intelektualnej, a wartościami prawdy wskazywać mogą na konflikt dotyczący akceptowania tak własnej sytuacji, jak i okoliczności oraz zasad społecznych obowiązujących badanego. Im więcej dziecko doświadcza prawdy, tym trudniej jest mu zastosować czy przyswoić odpowiednie schematy poznawcze oraz strategie intelektualne.

Ostatnią silną korelacją ujemną występującą w ramach porównania wyników testów SWS oraz KNIIS jest relacja braku poczucia bezradności z wartościami moralnymi. Im silniej zarysowują się wartości moralne tym poczucie bezradności wzrasta. Wskazywać by to mogło na konflikt zachodzący pomiędzy wypracowanymi przez młodych adolescentów zasadami moralnymi, a ich autodeskryptywnym poczuciem zaradności. Obawiać się on może w sytuacjach, gdy jedną ze swoistych sił wypadkowych działania jest osobisty kodeks postępowania danej osoby. Im mniej rygorystyczne zasady moralne i etyczne tym sprawniej w osobistym odczuciu badanych są oni w stanie sobie poradzić na okoliczność potrzeby działania czy podejmowania decyzji.

BIBLIOGRAFIA

Borowski, H. (1992). Wartość jako przeżycie. Wprowadzenie do aksjologii. Lublin: Wyd. UMCS.

- Brzozowski, P. (1995). Skala Wartości Schelerowskich — SWS. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Ciecuch, J. (2013). Kształtowanie się systemu wartości. Od dzieciństwa do wczesnej dorosłości. [Stare Kościeliska]: Liberi Libri.
- Jaworowska, A. (1995). Skala Wartości Schelerowskich — SWS. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Szkołak, A. (2015). Rola nauczyciela akademickiego w nauczaniu studentów pedagogiki. W: J. Stanek (red.), *Elizjum czy Tartar? Szkoła — uczniowie — nauczyciele. Rzec o współczesnej, (nie)amorficznej przestrzeni edukacyjnej*. Łódź: Wyd AHE.
- Wolfgang, W. (2001) *Przygoda z komunikacją*
- Ostaszewski K, Rustecka- Krawczyk A, Wójcik M, (2009) Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów : klasy I – II
- Harwas- Napierała B. Trempała J. *Psychologia rozwoju człowieka t.2* , Warszawa 2000,Wyd. Naukowe PWN SA,

Poziom i rodzaje kompetencji społecznych a style radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych u młodzieży ponadgimnazjalnej

Abstrakt

Badania dotyczą związku wybranych wymiarów kompetencji społecznych ze stylem radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych. Celem badań było sprawdzenie czy występuje związek pomiędzy poziomem i rodzajem kompetencji społecznych, a stylem reagowania w sytuacjach konfliktowych. Narzędzia które zostały użyte w badaniach to Kwestionariusz KKS(M) - Anny Matczak i Kwestionariusz Stylów Radzenia Sobie z Konfliktem – Karoliny Kępowicz, Marty Kaczyńskiej. Grupą badawczą byli uczniowie klas 1-3 XIV Liceum Ogólnokształcącego im. Zbigniewa Herberta w Lublinie. Badania potwierdziły postawioną hipotezę badawczą - występuje związek pomiędzy poziomem i rodzajem kompetencji społecznych, a stylem reagowania w sytuacjach konfliktowych.

Słowa kluczowe: style reakcji na konflikt, konflikt, kompetencje społeczne, młodzież

Abstract

The study relates to the relationship between chosen dimensions of social competency and the style of coping with conflict situations. The aim of the study was to test if there is a relationship between the type of social competencies and the style of reacting in situations of conflict. The tools which were used in the study were a Questionnaire KKS(M) – by Anna Matczak and a Questionnaire of the Styles of Dealing with Conflict – by Karolina Kępowicz and Marta Kaczynska. The group which was studied consisted of pupils from classes 1-3 XIV of Liceum Ogólnokształcące im. Zbigniewa Herberta in Lublin. The study proved the proposed hypothesis – there is a relationship between the level and type of social competencies and the style of reacting in conflict situations.

Key words: styles of reaction in conflict, conflict, social competencies, adolescents

WPROWADZENIE TEORETYCZNE

Zjawisko konfliktu zdaje się być nieodzownym elementem życia człowieka, szczególnie, że dotyczy ono sfery stosunków międzyludzkich. Konflikt powstaje na bazie koegzystencji ludzi na jednym obszarze, ich podobieństw w dążeniu do określonego celu, oraz różnic w sposobach jego osiągania. Przyczyną konfliktów mogą być również indywidualne różnice w postrzeganiu świata, niezgodność charakterów czy też sprzeczność interesów.

W przypadku konfliktów ujmowanych w kontekście stosunków międzyludzkich, można powiedzieć, iż są one swoistą interakcją między podmiotami. Jednostki skonfliktowane dostrzegają rozbieżność w interesach, potrzebach czy wzajemnych dążeniach, przystępują więc do działań, mających na celu uzyskanie osobistych korzyści, kosztem usunięcia celu drugiej, skonfliktowanej strony. Powszechnie pojęcie konfliktu rozumiane jest jako starcie, związane z wzajemnym wyrządzaniem przykrości, któremu towarzyszą uczucia negatywne, wrogie postawy, kłótnie. Konflikt pojmowany jest także jako stosunek między dwoma lub większą ilością osób, które podejmują dane czynności z rozbieżnych, niedających się ze sobą pogodzić powodów. Działania te najczęściej prowadzą do celów przeciwnych i osiągnięcie jednego uniemożliwia osiągnięcie drugiego (Chełpa, Witkowski, 1999).

W niniejszej pracy skupiono się na stylach reakcji na konflikt adolescentów i ich kompetencjach społecznych. Jednym z najważniejszych momentów w życiu człowieka jest okres dojrzewania, będący trudnym etapem rozwoju, stanowi on bowiem okres przejściowy młodego człowieka, między dzieciństwem a dorosłością. W okresie dojrzewania dochodzi do licznych zmian rozwojowych, obejmujących zmiany w fizjonomii, związane z dojrzewaniem biologicznym (12-16 rż), jak również przekształceniom ulegają struktury procesów psychicznych i osobowościowych jednostki.

Zjawisko konfliktu w tej fazie rozwojowej jest niezwykle częste. Do nieporozumień dochodzi bowiem nie tylko na płaszczyźnie rodzic-dziecko, a problem konfliktów dotyczy adolescenta niemal w każdej sferze życia. Sytuacje konfliktowe pojawiają się w relacjach rówieśniczych, będąc tym samym trudnym do rozwiązania problemem psychologiczno-społecznym.

W niniejszej pracy podjęto próbę wyjaśnienia, jakimi stylami reakcji na konflikt charakteryzują się adolescenty o określonych kompetencjach społecznych.

POJĘCIE, PRZYCZYNY I RODZAJE KONFLIKTÓW

Konflikt od lat jest źródłem zainteresowania badaczy różnych dziedzin nauki, w szczególności psychologii i pedagogiki. Niestety, na ten moment jest niewiele badań dotyczących problematyki uwarunkowań konfliktu i stylów radzenia sobie z nim. Podejmując rozważania na temat konfliktu, warto rozpocząć od podania definicji tegoż zjawiska.

W słowniku psychologii Arthur'a S. Reber'a (2000) pojęcie konfliktu ujęto jako *„bardzo szeroki termin używany w celu określenia każdej sytuacji, w której istnieją obustronne sprzeczne motyw, cele, zachowania, impulsy”*(s.310). Natomiast w interpretacji G. Bartkowiaka konflikt interpersonalny, zaliczany do konfliktów zbiorowych, *„ma miejsce między dwoma osobami lub większą ich liczbą. Każda ze stron konfliktu działa we własnym imieniu, prezentuje swoje własne interesy i swoje stanowisko z aprobatą lub bez aprobaty innych,,* (1997, s. 70).

Stosunki międzyludzkie są niezwykle złożone, a sytuacje, przed którymi staje młody człowiek w szkole i klasie niejednokrotnie wymagają od niego określonych umiejętności życiowych. Na właściwe funkcjonowanie społeczne wpływ mają takie czynniki jak: zdolności interpersonalne, asertywność, umiejętność konstruktywnego wychodzenia z sytuacji konfliktowych (wykluczających przemoc), umiejętność radzenia sobie ze stresem, umiejętność podejmowania decyzji czy nawiązywania relacji z dorosłymi. Omówione czynniki zostały przedstawione w biuletynie informacyjnym Polskiego Centrum Mediacji – „Rozwiązywanie sporów bez przemocy” (2004). Konflikt szkolny ujmowany jest jako konfrontacja sprzecznych dążeń bądź zachowań uczniów i nauczycieli, a także uczniów między sobą. Konflikty tego typu determinowane są poprzez proces nauczania i wychowania (Tyszkowa, 1977) .

Jeśli spojrzeć na przyczyny konfliktów rówieśniczych, mają one zazwyczaj charakter zachowań destruktywnych, przejawiających się zarówno w sposób werbalny jak i niewerbalny. Genezą konfliktów rówieśniczych są: zaczepki, wyśmiewanie, obmowa, zdrada, niedyskrecja, niekulturalne zachowanie, rywalizacja zarówno o powodzenie u płci przeciwnej jak i o stopnie, a także o władzę i prestiż sportowy (Borecka-Biernat, 2014). Konflikty adolescentów są przeważnie krótkotrwałe, cechuje je jednak duży ładunek emocjonalny i silna eskalacja uczuć (Plewicka, 1977).

Przyczyn konfliktów (nie tylko szkolnych i rówieśniczych) może być wiele i pojawiają się one niemal w każdej sferze działalności człowieka. Według Isenhart'a i Spangle'a przyczynami powstania konfliktów są:

- 1) rozbieżność zdań i poglądów na określony temat
- 2) niezgodność co do ustalonych wymogów lub odczuwanych potrzeb,
- 3) nieporozumienie co do stosowanych metod rozwiązywania problemu, podjęcia decyzji lub zakończenia sytuacji konfliktowej,
- 4) niezgodność opinii na temat pierwszoplanowości danych rozwiązań bądź kierunków działania,
- 5) brak zaufania do innych, brak szacunku ze strony innych, brak wiary w uczciwość drugiej osoby lub poczucie, że nie zwraca ona uwagi na to, co się do niej mówi,
- 6) odmienne oczekiwania co do pełnionych ról zawodowych, społecznych czy rodzinnych,
- 7) sposób wyrażania swoich myśli oraz niewłaściwa interpretacja komunikatów werbalnych bądź niewerbalnych (Isenhart, Spangle, 2000; za: Schoeder, 2015, s. 131-132).

Konflikt jest zjawiskiem, którego genezę stanowi sieć przyczyn i skutków, nie jest zjawiskiem jednowymiarowym. M. Szczepański wyróżnił:

Konflikt relacji, który postrzega jako negatywne podejście do przeciwnej strony sporu, na poziomie personalnym i instytucjonalnym. W konflikcie relacji charakterystyczne jest występowanie silnych negatywnych emocji, niezrozumienia, pojawia się stereotypowe postrzeganie drugiej osoby, będącą stroną w konflikcie. Te negatywne postawy i emocje mogą eskalować i dotyczyć również osób bliskich stron skonfliktowanych. Mogą również pojawić się tzw. zachowania odwetowe. Ten typ konfliktu jest nierzadko przyczyną wzmagania i rozszerzania sporu, nawet jeśli nie ma do tego obiektywnych powodów.

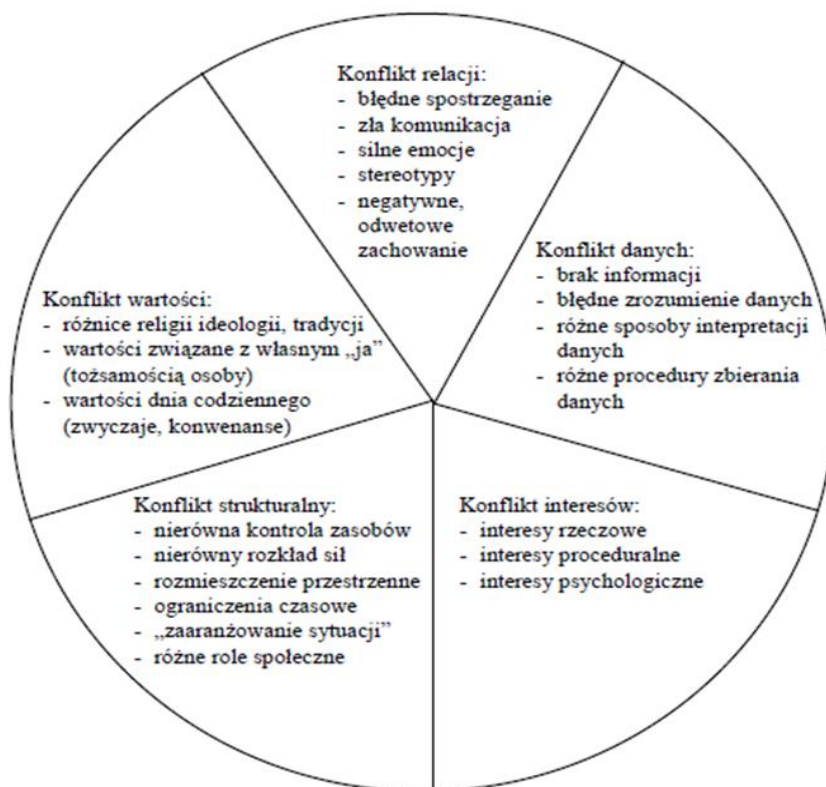
Konflikt na płaszczyźnie danych dotyczy deficytów informacyjnych. Pojawia się, gdy dane są niewystarczające (lub ich brakuje) oraz kiedy poszczególne strony posiadają różne, niejednolite informacje bądź też interpretują je w różny sposób. Okoliczności tego typu nierzadko prowadzą do eskalacji konfliktu. Skonfliktowane strony mogą bowiem oskarżać się wzajemnie o tuszowanie danych, manipulowanie informacjami bądź umyślne wprowadzanie w błąd..

Konflikt wartości jest konfliktem najtrudniejszym do pokonania. Jego źródłem są odmienne systemy wartości stron zaangażowanych w daną sprawę. Genezą konfliktu wartością mogą być odmienne interpretacje idei dobra i zła, uznawanie i stosowanie innych reguł sprawiedliwości, nietolerancyjność, brak szacunku do wartości honorowanych przez

innych, warunkuje niechęć do poszukiwania możliwości, które będą zaaprobowane przez każdą ze stron, bez względu na wyznawany system wartości.

Konflikt strukturalny – jest efektem struktury sytuacji w, której znajdują się skonfliktowane strony. Najczęściej jest skutkiem rywalizacji, do której dochodzi między osobami będącymi stronami w zaistniałym konflikcie. Konkurować mogą one ze sobą o zasoby, pozycję, status. Konflikt strukturalny może wynikać również z pełnionych ról społecznych czy zawodowych np. obrońca-oskarżyciel w sądzie. Genezą powstania konfliktu strukturalnego mogą być również różnego rodzaju ograniczenia czasowe czy przeciążenie ilością zadań, jakie muszą być wykonane.

Konflikt interesów – najczęstsza przyczyna powstania konfliktu interesu jest zablokowanie realizacji celu lub potrzeb przez skonfliktowane strony. Konflikt ten powstaje, gdy jedna ze stron chce zaspokoić swoje potrzeby, kosztem drugiej strony (Szczepański, 2005).



Rys. 1. Struktura konfliktu

Źródło: Ch. W. Moore, *The Mediation process. Practical Strategies for Resolving Conflict*, Jossey-Bass Publ., San Francisco 1996, s. 60-61.

(rys. Moore, 1996, za: Szczepański, 2015, s. 342)

R. Blake'a i J. Moutona wymieniali pięć stylów (ogólnych wzorców zachowania się) reakcji na konflikt. Fundamentem tej klasyfikacji jest schemat reakcji człowieka na konflikt, biorący pod uwagę jego kontakty interpersonalne i aspekt pragnienia osiągnięcia określonych, indywidualnych celów życiowych.

Powiązanie wyżej wymienionych wymiarów tworzy style reagowania na konflikt:

- kooperacja (współpraca; zaspokojenie celów wszystkich stron konfliktu),
- łagodzenie (uleganie: postępowanie zgodne z interesem strony przeciwnej),
- dominacja (zaspokojenie własnych celów kosztem innych),
- unikanie (wycofywanie się z sytuacji konfliktowej, odstąpienie od współpracy z osobą konfliktową),
- kompromis (zrezygnowanie z czegoś przez każdą ze stron konfliktu) (Croucher, 2011, za: Schroeder, 2015, s. 134)

Przyjmuje się, iż efektywnymi stylami reakcji są kooperacja oraz kompromis, natomiast mniej efektywnymi łagodzenie, dominacja i unikanie.

POJĘCIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH

Sukcesem prawidłowego obcowania z innymi ludźmi jest umiejętność rozumienia ich uczuć oraz wpływania na nie. Umożliwia to opanowanie dwóch kompetencji jakimi są: empatia oraz kontrola własnych emocji. Wyżej wymienione umiejętności społeczne są konieczne do prawidłowego funkcjonowania wśród ludzi tj. do nawiązywania oraz podtrzymywania relacji interpersonalnych. Brak takich umiejętności powoduje niezaadaptowanie się w społeczeństwie bądź niepowodzenia w kontaktach z innymi ludźmi (Goleman, 1997).

Kompetencje społeczne wg. Matczak A. to „*złożone umiejętności warunkujące efektywność radzenia sobie w określonego typu sytuacjach społecznych, nabywane przez jednostkę w toku treningu społecznego*” (Matczak, 2007, s.7). Z kolei M. Argyle przez kompetencje społeczne rozumie „*zdolność, posiadanie niezbędnych umiejętności do tego, by wywrzeć pożądany wpływ na innych ludzi w sytuacjach społecznych. Te pożądane wpływy mogą polegać na skłonieniu innych do kupna, do nauki*” (Argyle, 1999, s. 133).

Według J. Borkowskiego w skład kompetencji społecznych wchodzi poniższe elementy:

- *wiedza społeczna tj. regularne uczenie i doszkalanie,*
- *wiedza o własnej osobie,*

- *społeczne doświadczenie jako suma doświadczeń życiowych ma tutaj na myśli np. rodzinę, przyjaciół, pracę,*
- *wiedza o regułach funkcjonowania niewielkich grup społecznych i dużych zbiorowości,*
- *osobowość społeczna jako umiejętność odczytywania a także rozumienia własnych stanów emocjonalnych oraz innych ludzi, czyli tzw. inteligencja emocjonalna,*
- *inteligencja społeczna czyli zdolność rozwiązywania konfliktów oraz czynione starania współpracy i współżycia z innymi ludźmi,*
- *dojrzałość moralna,*
- *autorytet społeczny,*
- *inne zdolności oraz umiejętności (Borkowski, 2003, s. 117).*

Natomiast zdaniem M. Argyle w kompetencjach społecznych można wyróżnić takie elementy, jak:

- *empatia,*
- *nagradzanie jako zdolność do motywowania innych do kooperacji oraz przekazywania wzmocnień społecznych innym podmiotom,*
- *asertywność czyli zdolność do obrony własnych poglądów bez stosowania agresji,*
- *rozumienie kontekstu społecznego tj. sprawność rozwiązywania konfliktów,*
- *komunikacja werbalna oraz niewerbalna,*
- *umiejętność autoprezentacji (Argyle 2002, s. 212).*

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Problematyka i cel badań

Przedmiotem zainteresowania badaczy było określenie stylów reakcji na konflikt adolescentów oraz poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czy występuje związek pomiędzy poziomem i rodzajem kompetencji społecznych, a stylem reagowania w sytuacjach konfliktowych? Na tej podstawie założono, że występuje związek pomiędzy poziomem i rodzajem kompetencji społecznych, a stylem reagowania w sytuacjach konfliktowych.

Charakterystyka próby badawczej

Badania przeprowadzono na 70 uczniach liceum ogólnokształcącego.

7

kwestionariuszy nie zostało zakwalifikowanych do analizy badawczej, analizie poddano odpowiedzi 63 osób.

Ponad połowę badanych stanowiły osoby w wieku 17 lat (55,6%). Odsetek uczniów w wieku lat 16 wyniósł 27%. Co 7 badany był w wieku lat 18, natomiast dziesiętnastolatków było zaledwie 3,2%.

Rozkład grupy ze względu na płeć ułożył się niemal równomiernie, odsetek badanych kobiet wyniósł 47,6%, natomiast mężczyzn 52,4%.

Ponad połowa badanych jako miejsce pochodzenia podała miasto. Z miasta powyżej 100 tys. mieszkańców pochodzi 30,2% badanych, natomiast z miast do 100 tys. mieszkańców 27%. Nieco mniej uczniów jako miejsce pochodzenia wymieniło wieś (42,9%).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Kryterium	Wiek				Płeć		Miejsce zamieszkania		
	16	17	18	19	K	M	wieś	Miasto do 100 tys. osób	Miasto powyżej 100 tys. osób
Ilość osób	17	35	9	2	30	33	27	17	19
Procent osób	27	55,6	14,3	3,2	47,6	52,4	42,9	27	30,2

Źródło: opracowanie własne

Zastosowane metody badawcze

Zastosowanymi metodami badawczymi był: Kwestionariusz KKS(M) - Anny Matczak i Kwestionariusz Stylów Radzenia Sobie z Konfliktem – Karoliny Kępowicz, Marty Kaczyńskiej.

Kwestionariusz KKS(M) służy do oceny kompetencji społecznych rozumianych, jako nabyte umiejętności warunkujące efektywność funkcjonowania człowieka w różnych sytuacjach społecznych. Kwestionariusz mierzy zachowania ludzi w:

- sytuacjach ekspozycji społecznej
- sytuacjach wymagających
- sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego

Kwestionariusz Style Radzenia Sobie z Konfliktem składa się z 25 twierdzeń opisujących relacje na konflikt. Badany wybiera na skali pięciostopniowej twierdzenia, które charakteryzują jego zachowanie w sytuacji konfliktowej. Badanie to pozwala określić jaki styl preferuje badana osoba.

Kwestionariusz wyróżnia 5 stylów radzenia sobie z konfliktem (Croucher, 2011, za: Schroeder, 2015, s. 134):

- unikanie
- rywalizacja
- kompromis
- współpraca
- uleganie

Procedura badawcza

Badania miały charakter grupowy, dobrowolny i anonimowy. Zostały przeprowadzone przez studentki psychologii w XIV Liceum Ogólnokształcącego im. Zbigniewa Herberta w Lublinie. Badani otrzymali zestawy testów zawierające pisemne instrukcje. Czas udzielania odpowiedzi nie był ograniczony, w praktyce wynosił 45 minut.

Analiza i interpretacja wyników badań własnych

Badania dowiodły, że styl rywalizacji koreluje z ekspozycją społeczną. W sytuacji ekspozycji społecznej jednostka wystawiona jest na tzw. „widok publiczny”, kiedy to dochodzi do ewentualnej oceny ze strony osób postronnych. Styl rywalizacji związany jest z dążeniem do zaspokojenia własnych potrzeb, a spór wystawiony na widok publiczny może prowadzić do powstania zachowań mających cechy współzawodnictwa i dążenia do ukazania się obserwatorom w jak najlepszym świetle, nawet kosztem innych. Istotnie statystycznie okazała się również korelacja stylu współpracy z ekspozycją społeczną. Współpraca podobnie jak rywalizacja, związana jest z kontaktem z innymi ludźmi, osoby charakteryzujące się stylem współpracy mogą odczuwać potrzebę efektywnej ekspozycji społecznej i odwrotnie –

wystawienie na widok publiczny może być determinantem preferowania stylu współpracy charakteryzującego się dążeniem zaspokojenia celów wszystkich stron konfliktu

Tabela 2. Style reakcji na konflikt badanych adolescentów a wymiar kompetencji społecznych

	Unikanie	Rywalizacja	Kompromis	Współpraca	Uleganie
I (bliski kontakt emocjonalny)	,006	-,231	,126	,187	,026
ES (ekspozycja społeczna)	-,147	-,337**	,141	,297*	-,056
A (asertywność)	-,069	-,137	,035	,161	-,038

*Źródło: opracowanie własne Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).** Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).**

Najczęstszym wybieranym przez badanych uczniów stylem reakcji na konflikt była współpraca. Wynik ten może związany być z wiekiem rozwojowym badanych - silne relacje emocjonalne adolescentów z rówieśnikami są charakterystyczne dla tego etapu rozwoju. Młodzi ludzie chętnie współpracują z grupą, szczególnie jeśli grupa ta jest zgrana i związana wzajemnymi zależnościami np. uczuciowymi. Na drugiej pozycji ułożył się kompromis, na dalszych pozycjach rywalizacja, uleganie i unikanie.

Tabela 3. Najbardziej preferowany styl reakcji na konflikt badanych adolescentów

	Unikanie	Rywalizacja	Kompromis	Współpraca	Uleganie
Dominanta	10	11	15	17	11

Źródło: opracowanie własne

Badania dowiodły, że styl unikania koreluje ze stylem ulegania. Unikanie będące formą ucieczki od sytuacji konfliktowych, charakteryzuje się niechęcią do prezentowania określonego stanowiska wobec zaistniałego konfliktu oraz stronieniem od wszelkiego rodzaju sporów, powiązane jest z postawą uległości. Uleganie jako styl reakcji na sytuacje konfliktowe, opiera się na chodzeniu na ustępstwa, nawet w sytuacji możliwości utraty dóbr osobistych (materialnych bądź psychologicznych). Osoby charakteryzujące się stylem

ulegania będą skore do poświęceń oraz skłonne do przyjmowania warunków dla nich niekorzystnych. Dlatego też oba te style reakcji na spór są ze sobą powiązane.

Ze stylem współpracy koreluje rywalizacja, ściśle powiązana ze współzawodnictwem i pragnieniem wygranej. Współpraca w kontekście działań wspólnych klasy szkolnej może być powiązana z rywalizacją i pragnieniem zaprezentowania się z jak najlepszej strony grupie klasowej czy też pozaklasowej. Współpraca może być też widoczna w sytuacji o charakterze rywalizacji między dwoma klasami, gdzie stosunki wewnątrzgrupowe jednej i drugiej strony będą skierowana na współpracę, podczas gdy zewnątrzgrupowe strice na rywalizację.

Kompromis korelujący z uleganiem dowodzi, iż są to style mające ze sobą pewne cechy wspólne. Kompromis jest rozwiązaniem, które osiągane jest dzięki pewnym ustępstwom jednej i drugiej strony konfliktu, przy jednoczesnym bronienu wypracowanego stanowiska dotyczącego danego tematu.

Tabela 4. Korelujące ze sobą style reakcji na konflikt

	Unikanie	Rywalizacja	Kompromis	Współpraca	Uleganie
Unikanie	1	,236	,239	-,160	,552**
Rywalizacja	,236	1	-,198	,297*	,011
Kompromis	,239	-,198	1	,470**	452**
Współpraca	-,160	,297*	,470**	1	,016
Uleganie	,552**	,011	452**	,016	1

*Źródło: opracowanie własne Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).** Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).**

Badani uczniowie uzyskiwali najwyższy wynik w skali asertywności. Wynik ten może wynikać z potrzeby autonomii i niezależności adolescentów, którzy pragną wyrażać siebie, swoje zdanie i emocje w sposób efektywny.

Tabela 5. Wymiar kompetencji społecznych

	Bliski kontakt emocjonalny	Ekspozycja społeczne	Asertywność
Średnia arytmetyczna	45,27	52,38	51,00
Dominanta	39	56	58

Źródło: opracowanie własne

PODSUMOWANIE

Badania przeprowadzone w klasach 1-3 liceum ukazały, że uczniowie najczęściej wybierają styl współpracy, na drugim miejscu ułożył się styl kompromisu. Może świadczyć to o tym, iż uczniowie w większości preferują konstruktywne style reakcji na sytuacje konfliktowe.

Badania dowiodły, że rywalizacja koreluje z ekspozycją społeczną. W sytuacji ekspozycji społecznej jednostka wystawiona jest na tzw. „widok publiczny”, kiedy to dochodzi do ewentualnej oceny ze strony osób postronnych. Styl rywalizacji związany jest z dążeniem do zaspokojenia własnych potrzeb, a spór wystawiony na widok publiczny może prowadzić do powstania zachowań mających cechy współzawodnictwa i dążenia do ukazania się obserwatorom w jak najlepszym świetle, nawet kosztem innych.

Istotnie statystycznie okazała się również korelacja stylu współpracy z ekspozycją społeczną. Współpraca podobnie jak rywalizacja, związana jest z kontaktem z innymi ludźmi, osoby charakteryzujące się stylem współpracy mogą odczuwać potrzebę efektywnej ekspozycji społecznej i odwrotnie – wystawienie na widok publiczny może być determinantem preferowania stylu współpracy charakteryzującego się dążeniem do zaspokojenia celów wszystkich stron konfliktu.

LITERATURA CYTOWANA

1. Argyle M. (2002). *Umiejętności społeczne*. W: N.J. Mackintosh, A.M. Colman (red.), *Zdolności a procesy uczenia się*. Poznań: Wyd. „Zys i S-ka
2. Argyle M. (1999). *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: PWN
3. Bartkowiak G. (1997). *Psychologia zarządzania*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej
4. Borecka-Biernat D. (2014). Wewnątrzrodzinne predyktory obronnych strategii radzenia sobie młodzieży gimnazjalnej w sytuacji konfliktu społecznego. *Psychologia rozwojowa*, tom 19, nr. 1, str. 68
5. Borkowski J. (2003). *Podstawy psychologii społecznej*. Warszawa: Dom Wydawniczy „Elipsa”
6. Chęłpa S., Witkowski T. (1995). *Psychologia konfliktów*. Wydanie trzecie. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne
7. Goleman D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina

8. Matczak, A. (2007). *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik (wyd. 2 uzupełnione)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych
9. Plewicka Z. (1977). Sytuacje konfliktowe uczniów w szkole. W: M. Tyszkowa (red.), *Zachowanie się młodzieży w sytuacjach trudnych i rozwój osobowości*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
10. Reber A. S. (2000). *Słownik Psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar
11. Schroeder J. (2015). Zarządzanie konfliktem w organizacji działającej w międzynarodowym otoczeniu – wpływ kultury narodowej. *Zeszyty naukowe Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie*, nr. 10 (946), 129-140
12. Szczepański M. (2005). Propedeutyka konfliktu. *Ekonomia i zarządzanie*, nr. 10, str. 341-343
13. Tyszkowa M. (1977). Zachowanie się dzieci i młodzieży w sytuacjach trudnych. Teoretyczno- metodologiczne podstawy badań. W: M. Tyszkowa (red.), *Zachowanie się młodzieży w sytuacjach trudnych i rozwój osobowości*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
14. Rozwiązywanie sporów bez przemocy- biuletyn informacyjny. (2004). Warszawa: Polskie Centrum Mediacji

Karolina Kępowicz

Poczucie jakości życia a wyznawany system wartości młodzieży ponadgimnazjalnej

Abstrakt

Badania dotyczą związku pomiędzy poczuciem jakości życia, a wyznawanym systemem wartości młodzieży ponadgimnazjalnej. Celem badań było sprawdzenie czy występuje związek pomiędzy poczuciem jakości życia w wyznawany systemem wartości.. Narzędzia które zostały użyte w badaniach to Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia Maria Straś - Romanowska, Anna Oleszkowicz, Tomasz Frąckowiak oraz Skala Wartości Schelerowskich – SWS Piotr Brzozowski wersja D. Grupą badawczą byli uczniowie klas 1-3 XIV Liceum Ogólnokształcącego im. Zbigniewa Herberta w Lublinie. Badania potwierdziły częściowo postawioną hipotezę badawczą - analiza statystyczna testem rho Spearmana wykazała związek pomiędzy strefą metafizyczną a wartościami moralnymi, wartościami świętymi oraz wartościami świętości religijnej.

Słowa kluczowe: poczucie jakości życia, wartości, adolescenci

Abstract

The research concerns the relationship between the sense of quality of life and the professed system of values of upper secondary . The aim of the research was to check whether there is a relationship between the sense of quality of life and the value system. Tools that were used in the research are: Maria Straś's Life Quality Questionnaire - Romanowska, Anna Oleszkowicz, Tomasz Frąckowiak and Scheler Value Scale - SWS Piotr Brzozowski version D. Group The research was carried out by students from grades 1-3 XIV High School Zbigniew Herbert in Lublin. The research partially confirmed the research hypothesis - statistical analysis by the Spearman rho test showed the relationship between the metaphysical zone and moral values, sacred values and values of religious sacredness.

Key words; a sense of quality of life, values, adolescences

WPROWADZENIE TEORETYCZNE

Poczucie jakości życia jest wymiarem subiektywnym, dotyczy oceny kształtowanej przez emocje i uczucia, związane jest z subiektywnym ustosunkowaniem do rzeczywistości. B. Poskrobko (2007) wskazuje, że jakość życia, powiązana ze szczęściem i zadowoleniem, powinna być ujmowana w kontekście relacji między wartościami, stylami, potrzebami i warunkami życia. J. Campbell (1976) przyjmuje, że jakość życia zależy od stopnia zaspokojenia w określonych z góry dziedzinach życia: małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedzi, znajomi, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, czas wolny, warunki mieszkaniowe, posiadane wykształcenie i standard życia. W poniższej pracy szczególne miejsce zajmują model poczucia jakości życia autorstwa M. Straś-Romanowskiej (2005). Zgodnie z tym modelem na poziom poczucia jakości życia składają się nie tylko zjawiska biologiczne i społeczne, ale także podmiotowe i duchowe. Jest to ujęcie holistyczne, które obejmuje różne aspekty funkcjonowania człowieka i odnosi się do subiektywnej oceny jakości życia przez jednostkę.

Wartość w psychologii to „własność bądź jakość rzeczy czyniąca ją użyteczną, pożądaną bądź wysoko ocenianą” (Reber, 2000, s. 810) lub „ogólna, abstrakcyjna zasada wyznaczająca wzorce zachowania w danej kulturze lub społeczeństwie, którą (...) członkowie danego społeczeństwa skłonni są wysoko cenić” (tamże). Dla każdego człowieka wartością będzie coś innego, dla jednych będzie to honor, miłość, ojczyzna, a dla innych pieniądze i sława. K. Ostrowska (1998, s. 93) definiuje system wartości jako hierarchicznie uporządkowany zbiór ustosunkowań wobec wartości, które są istotne, ważne, konieczne i pożądane, ze względu na to, że mają one swój znaczny udział w realizacji osobowej egzystencji. Ostrowska przyjmuje, że głównym systemem sterującym jest system wartości moralnych. Dzięki niemu bowiem, człowiek dąży do celu ogólnego, jakim jest „stanie się bardziej Człowiekiem” (tamże, s. 94). K. Ostrowska (1998, s. 5) wskazuje, że „jednostkowy system wartości, jako osobisty zestaw odniesień do świata wartości wyższych, motywuje, ukierunkowuje, organizuje i modyfikuje ludzkie wybory i działania”. Można więc uznać, że uznane przez jednostkę konkretne osobowe lub społeczne zjawiska, przez to, że stają się szczególnie ważne wyznaczają kierunek jego wyborów życiowych i są fundamentem jakości jego relacji ze sobą i z innymi. Wartości są zaliczane do struktury osobowości (Siek, 1986).

Stanowią w związku z tym jeden z fundamentalnych przejawów funkcjonowania jednostki. Wiążą się one z uaktywnianiem procesów poznawczych i emocjonalnych, ukierunkowujących motywację do działania, a w ich wyniku zachodzą procesy wolitywne, warunkujące podejmowanie konkretnych zachowań.

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Problematyka i cel badań

Przedmiotem zainteresowania badaczy było określenie wyznawanego systemu wartości adolescentów związanego z poczuciem jakości życia oraz poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czy występuje związek pomiędzy poczuciem jakości życia a wyznawanym systemem wartości. Założono, że występuje związek pomiędzy poczuciem jakości życia a wyznawanym systemem wartości młodzieży ponadgimnazjalnej.

Material i metoda

W badaniu wzięło udział 70 uczniów liceum ogólnokształcącego, z czego do próby zakwalifikowano 60 uczniów. Uczniowie mieścili się w przedziale wiekowym od 16 do 19 lat. Rozkład grupy ze względu na płeć ułożył się następująco, odsetek badanych kobiet wyniósł 33,3%, natomiast mężczyzn 66,7%. Ponad połowa badanych jako miejsce pochodzenia podała miasto 53,3 %.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Kryterium	Wiek				Płeć		Miejsce zamieszkania	
	16	17	18	19	K	M	wieś	miasto
Liczba	5	27	24	4	20	40	28	32
Procent	8,3	45,0	40,0	6,7	33,3	66,7	46,7	53,3

Źródło: opracowanie własne

Zastosowane metody badawcze

Zastosowanymi metodami badawczymi był: Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia Maria Straś - Romanowska, Anna Oleszkowicz, Tomasz Frąckowiak oraz Skala Wartości Schelerowskich – SWS Piotr Brzozowski wersja D.

Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia Maria Straś - Romanowska, Anna Oleszkowicz, Tomasz Frąckowiak składa się z 60 twierdzeń na 4 stopniowej skali (1- zdecydowanie nie zgadzam się, 2- raczej nie zgadzam się, 3- raczej zgadzam się, 4- zdecydowanie zgadzam się). Narzędzie służy do pomiaru ogólnego i rozbitego na obszary poczucia jakości życia. Wyróżnia 4 obszary (sfery funkcjonowania człowieka): psychofizyczna, psychospołeczna, podmiotowa i metafizyczna.

Strefa psychofizyczna – bada przede wszystkim postrzeganie przez jednostkę swojego funkcjonowania w obszarze biologicznym, swojego wyglądu zewnętrznego, temperamentu i witalności. Sfera psychospołeczna – dotyczy przede wszystkim postrzegania przez osoby badane swoich relacji społecznych, więzi emocjonalnych, czynników adaptacyjnych, oczekiwań ze strony innych ludzi, a także wartości i poczucia akceptacji. Strefa podmiotowa – dotyczy przede wszystkim poziomu realizacji potrzeb niezależności i niepowtarzalności oraz prawa wyboru i możliwości decydowania o sobie. Strefa metafizyczna – bada przede wszystkim funkcjonowanie duchowe jednostki, dotyczy ona wyznawanej religii oraz systemu wartości, a także poczucia sensu własnej egzystencji (Mróz, 2011).

Skala Wartości Schelerowskich – SWS Piotr Brzozowski wersja D składa się z listy 50 wartości. Osoba badana ma za zadanie ocenić każdą z 50 wartości na skali od 0 do 100, przy czym wartość 0 i 100 można wykorzystać tylko raz. 6 podskal wartości: hedonistyczne, witalne, estetyczne, prawdy, moralne, święte. 4 podskale czynnikowe: sprawności i siła fizyczna, wytrzymałość (witalne) oraz świętość świecka i świętość religijna (święte).

Procedura badawcza i zastosowane narzędzie statystyczne

Badania miały charakter grupowy, dobrowolny i anonimowy. Zostały przeprowadzone przez studentki psychologii w XIV Liceum Ogólnokształcącego im. Zbigniewa Herberta w Lublinie. Badani otrzymali zestawy testów zawierające pisemne instrukcje. Czas udzielania odpowiedzi nie był ograniczony, w praktyce wynosił 45 minut.

Do przeprowadzenia analiz korelacyjnych zastosowano współczynnik korelacji testem rho Spearmana. Obliczenia wykonano za pomocą programu SPSS.

Analiza i interpretacja wyników badań własnych

W celu weryfikacji hipotezy badawczej dokonano badania związku pomiędzy obszarami poczucia jakości życia i poszczególnymi obszarami wartości. Analiza statystyczna testem rho Spearmana wykazała związek pomiędzy strefą metafizyczną a wartościami moralnymi (,386**) ,wartościami świętymi (,464**) oraz wartościami świętości religijnej (,480**). W przypadku pozostałych obszarów poczucia jakości życia związek nie wystąpił. Hipoteza została potwierdzona częściowo.

Tabela 1. Wyniki badań

	Sfera psychofizyczna	Sfera psychospołeczna	Sfera metafizyczna	Sfera podmiotowa
Wartości hedonistyczne	,088	,190	,055	,184
Wartości prawdy	-,024	,036	,053	,026
Wartości moralne	-,010	,235	,386*	,085
Wartości witalne	,226	,131	-0,84	,070
Wartości estetyczne	-,020	,012	,042	-,089
Wartości święte	,140	,165	,464*	,109
Sprawność	,217	,179	-,048	,173

fizyczna				
Wytrzymałość	,132	,073	-,084	-,078
Wartości świętości świeckie	,130	,007	,146	-,034
Wartości świętości religijne	,010	,194	,480*	,127

Źródło: opracowanie własne

Sfery metafizyczna koreluje z wartościami moralnymi. Sfera metafizyczna dotyczy funkcjonowania duchowego jednostki, związana jest z wyznawaną religią oraz system wartości, a także poczuciem sensu własnej egzystencji. Z analizy wynika, że im wyższy poziom funkcjonowania duchowego badanych tym większe jest ich poczucie moralności – honoru, prawdomówności, rzetelności, dobroci, pomagania innym uczciwości, życzliwości. Sfera metafizyczna koreluje również z wartościami Świętymi. Im wyższy poziom duchowości, tym wyższy poziom wyznawanych wartości dotyczących kraju, narodu, niepodległości, ojczyzny, państwa, patriotyzmu, może dotyczyć także wiary w Boga i życia wiecznego. Sfera metafizyczna koreluje ze Świętościami Religijnymi (m.in. wiarą, zbawieniem). Im wyższy poziom duchowego funkcjonowania, poczucia sensu życia, tym wyższy poziom wyznawanych wartości religijnych takich jak wiara, zbawienie, życie wieczne.

LITERATURA CYTOWANA

- Brzozowski, P. (2005). Uniwersalna hierarchia wartości – fakt czy fikcja?, *Przegląd Psychologiczny*, 2005, 3 (48), s. 261-276.
- Grodzicka, R. (2002). *Poczucie jakości życia młodzieży w internacie*. Toruń: Instytut Pedagogiki UMK.
- Ostrowska, K. (1998). *Wokół rozwoju osobowości i systemu wartości*. Warszawa: CMPPP MEN.
- Poskrobko, B. (2007). *Ku ekonomii zrównoważonego rozwoju*. W: Obszary badań nad trwałym i zrównoważonym rozwojem, *Ekonomia i Środowisko*, Białystok, 13

Reber, A. S. (2000). Słownik psychologii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Siek, S. (1986). Struktura osobowości. Warszawa: ATK.

Straś-Romanowska, M. (2005). Jakość życia w świetle psychologii zorientowanej na osobę. *Kolokwia Psychologiczne* 13, s. 262-274.

Paula Prudaczuk

Wpływ problemów alkoholowych na rodzinę

S t r e s z c z e n i e

Niniejsze opracowanie zawiera krótką charakterystykę rodzin borykających się z chorobą alkoholową. Porusza kwestię rozpoznawania uzależnienia od alkoholu skierowanej do wszystkich członków rodziny, a także najbliższego środowiska.

S u m m a r y

The paper presents brief characteristic of families dealing with alcoholism, discusses the issue of recognizing addiction and concentrate on what kind of problems alcoholism is causing and how does it impact on functioning of the whole family.

S ł o w a k l u c z o w e

choroba alkoholowa, system rodzinny, uzależnienie

CZYM JEST ALKOHOLIZM?

Alkohol zażywany w małych ilościach może powodować poprawę samopoczucia pijącego, spowalniać reakcje na bodźce. W którym momencie wiemy czy ktoś jest w nałogu alkoholowym? Jak rozpoznajemy objawy i zachowania osób nadużywających alkoholu? Ustalenie takiego rozpoznania wymaga wnikliwej analizy i rozpoznania objawów. Istnieje szereg kryteriów wskazujących na uzależnienie od alkoholu (F10.2), powołując się na Międzynarodową Klasyfikację Chorób ICD- 10 przedstawiają się one następująco:

Aby rozpoznać uzależnienie muszą wystąpić minimum trzy spośród wymienionych niżej objawów w sposób powtarzający się na przestrzeni co najmniej jednego roku.

1. Silna potrzeba lub przymus picia alkoholu.
2. Trudności w kontrolowaniu rozpoczęcia lub zakończenia picia lub ilości wypijanego alkoholu.
3. Wystąpienie zespołu abstynencyjnego po odstawieniu lub zmniejszeniu dawki alkoholu, przejawiające się charakterystycznymi objawami alkoholowego zespołu

abstynencyjnego lub przyjmowaniem tej samej lub bardzo podobnej substancji w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów zespołu abstynencyjnego.

4. Objawy tolerancji, takiej jak zwiększanie dawki alkoholu w celu uzyskania efektów, które początkowo były wywołane przez dawki niższe

5. Narastające zaniedbywanie innych przyjemności lub zainteresowań z powodu picia alkoholu; zwiększona ilość czasu poświęcona zdobywaniu alkoholu, jego picciu lub odzyskiwaniu równowagi po wypiciu alkoholu.

6. Kontynuowanie picia pomimo oczywistych dowodów na występowanie szkodliwych następstw. (za: ICD- 10)

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) (1951) definiuje alkoholizm następująco: „Każda forma picia, która przekracza tradycyjne i zwyczajowe stosowanie alkoholu, wykraczająca poza istniejące w danej wspólnocie normy społeczne dotyczące picia, niezależnie od czynników etiologicznych prowadzących do tego rodzaju zachowań, niezależnie również od tego, w jakim stopniu te czynniki etiologiczne związane są z dziedzicznością, konstytucją czy nabytymi wpływami patofizjologicznymi i metabolicznymi”. (op. Cit. Kinney, Leaton, 1996, str 63- 64).

ALKOHOLIZM JAKO „CHOROBA RODZINY”

Uzależnienie od alkoholu przez jedną osobę nie dotyczy tylko jej samej, ale obejmuje całą rodzinę. W przypadku wystąpienia takiego problemu rodzina przyjmuje sztywne role, zmienia swoje zachowania w sposób dopasowany do alkoholika, używa wielu mechanizmów obronnych, ponosi somatyczne konsekwencje, a także zaczyna wycofywać się z życia społecznego w celu ukrycia problemu przed resztą społeczeństwa. Jest to dowodem na to, iż rodzina także jest dotknięta uzależnieniem co skutkuje tym, że życie pozostałych członków rodziny jest zaburzone. Zachowania alkoholika są często niemożliwe do przewidzenia, a chaos i brak konsekwencji popełnianych czynów, sprawiają, że w rodzinie tworzą się więzy krzywdy, winy i agresji. Poprzez narastanie zachowań dysfunkcyjnych oraz brak harmonii w rodzinie zaczyna zanikać poczucie bezpieczeństwa (Cichła, 2008). Alkoholizm odbija się również na dzieciach budując u nich niepewność, frustrację i bezsilność, a także lęk i nieufność wobec otoczenia. Uzależnienie przez jednego z rodziców powoduje u dziecka zaburzenia emocjonalne, społeczne, tożsamościowe oraz interpersonalne, które przenosi się na jego życie dorosłe. Chociażby jedna osoba nadużywająca alkoholu, przysparza reszcie różnych problemów na wielu płaszczyznach (m.in. uczuciowej,

finansowej) (Sztander, 1993, str 29). Tabela 1. przedstawia dane szacunkowe populacji osób, w których występuje uzależnienie od alkoholu, uwzględniając szacunkową liczbę dzieci żyjących w rodzinach alkoholowych, a także współmałżonków czy rodziców.

Tab. 1 – Populacje osób, u których występuje uzależnienie od alkoholu (dane szacunkowe)

		W Polsce 38,6 mln	W mieście 100 tys. mieszk.	W mieście 25 tys. mieszk.	W gminie 10 tys. mieszk.
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	ok. 800 tys.	ok. 2000 osób	ok. 500 osób	ok. 200 osób
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonk owie, rodzice)	ok. 4% populacji	ok. 1,5 mln	ok. 4000 osób	ok. 1000 osób	ok. 400 osób
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	ok. 1,5 mln	ok. 4000 osób	ok. 1000 osób	ok. 400 osób

Źródło: PARPA 2014

SKUTKI PONOSZONE PRZEZ RODZINĘ

Rodzina jest to grupa ludzi, która jest od siebie zależna w zaspokajaniu różnorodnych potrzeb - uczuciowych, społecznych i duchowych (Sztander, 1993, str 29). Co się dzieje w sytuacji, kiedy któryś z członków rodziny nadużywa alkoholu? W takim przypadku dana osoba nie jest w stanie prawidłowo zaspokajać swoje potrzeby, wykonywać funkcje społeczne ani zawodowe, a jej sposób działania jest zaburzony. Nie pozostaje to również bez odbicia na sposobie funkcjonowania całości rodziny jako systemu.

Najbliżsi ponoszą różnorodne skutki:

- Psychologiczne – rodzina nie łączy istniejących problemów z uzależnieniem od alkoholu przez jednego z członków, tylko poszukuje jego źródła w innych sprawach. Niektóre rodziny aby sobie poradzić z tym stosują różne mechanizmy obronne, inne udają, że problem nie istnieje, jeszcze inne upatrują problemu w sobie lub oskarżają siebie nawzajem za zaistniałe trudności.
- Fizyczne – chroniczne odczuwanie przez członków rodziny: stresu, lęku, niepokoju i poczucia winy odbija się na ich zdrowiu fizycznym. Przeżywane choroby uważają za uwarunkowania genetyczne, dlatego przeciwdziałają im tylko poprzez leczenie objawów, nie rozpoznając ich prawdziwego źródła. Częste dolegliwości sprawiają, że istniejące problemy się nawarstwiają i powodują pogorszenie relacji rodzinnych.
- Behawioralne – zachowania rodziny są dostosowane do alkoholika, członkowie zaczynają myśleć, że dana osoba pije przez nie i modyfikują przez to swoje zachowania próbując usunąć rzekome przyczyny picia
- Społeczne – następstwem nadużywania alkoholu jest konieczność zmiany pełnionych przez poszczególne osoby ról i panujących zasad. Relacje stają się coraz gorsze, co jest skutkiem wzajemnego obwiniania się. W efekcie rodzina zaczyna zamykać się na siebie nawzajem, a także na resztę społeczeństwa.

(Miller, Gorski, 1996, s. 23 – 28).

ROLE W RODZINIE

W rodzinie borykającej się z chorobą alkoholową często są sztywnie określone role. Dana osoba zaczyna się zachowywać i postrzegać otaczający ją świat z perspektywy przypisanej roli. Sytuacja taka nie ma miejsca tylko w obecności osoby uzależnionej, ale zaczyna ona żyć w taki sposób także poza miejscem zamieszkania. Następstwa tej sytuacji są zauważalne, kiedy dziecko dorasta i nawet wtedy przejawia wyuczone, obronne reakcje. Rzutuje to na wszystkie sfery życia- sposób nawiązywania relacji interpersonalnych, także z płcią przeciwną, stosunek do pracy i poczucie swojej wartości.

Wyróżnia się sześć kategorii przyjmowania przez poszczególnych członków rodziny z problemem alkoholowym ról: (przykład dotyczy uzależnionego ojca)

1. Alkoholik, który zaczyna coraz bardziej wszystko zaniedbywać

2. Koalkoholik, czyli żona, która staje się nadopiekuńcza, wyręcza męża we wszystkim i broni go, ukrywając przed innymi ludźmi problem
3. Bohater, czyli najstarsze dziecko, które musi szybko dorosnąć i przejąć obowiązki ojca
4. Kozioł ofiarny, jest to kolejne dziecko, które swoim zachowaniem przysparza wielu kłopotów wychowawczych, szkolnych, ale także prawnych, dzieci te zaczynają wcześniej sięgać po alkohol
5. Aniołek/ Niewidzialne dziecko, jest to dziecko, które ucieka od problemów domowych w inny świat- samotności lub fantazji
6. Maskotka, najczęściej najmłodsze dziecko z rodzeństwa, które wszystko obraca w żart

(Woydyło, 1998, s. 67).

JAK POMAGAĆ DZIECIOM WYCHOWYWANYM W RODZINACH ALKOHOLOWYCH

Dom rodzinny kształtuje w nas wartości na których bazujemy w dorosłym życiu, dla dziecka powinien być ostoją bezpieczeństwa oraz środowiskiem zapewniającym harmonijny rozwój dziecka. Choroba alkoholowa, któregoś z członków rodziny zaburza funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Nadużywanie alkoholu wpływa na to jaka atmosfera panuje w domu, może odbijać się na rozwoju fizycznym oraz emocjonalnym dziecka, a nieraz prowadzi nawet do zniszczenia rodziny jako środowiska wychowawczego (Cichla, 2008). Mając to na uwadze istotnym jest, aby wypracować odpowiednie sposoby pomocy dzieciom wychowującym się w rodzinach alkoholowych, ponieważ inne środki pomocy są kierowane w stosunku do samych uzależnionych, a inna pomoc proponowana jest osobom uwikłanym w relacje z uzależnionym.

W odpowiedzi na problemy jakie napotykają rodziny osób z uzależnieniem podejmowane mogą być różne formy pomocy i interwencji szczególnie wobec dzieci pochodzących z rodzin alkoholowych. Potrzebują one objęcia szczególną opieką i troską. Ważne jest, aby wytłumaczyć im istotę choroby rodzica, to na czym polega, a przede wszystkim zapewnić i uświadomić, iż nie ponoszą one żadnej odpowiedzialności za picie rodzica (Cichla, 2008). Celem profilaktyki jest przede wszystkim edukacja na temat uzależnienia od alkoholu oraz jego wpływu na funkcjonowanie rodziny jako systemu oraz jej poszczególnych członków, wzrost

świadomości emocjonalnej, nauka identyfikacji i wyrażania uczuć, formowanie zdrowych relacji z rówieśnikami oraz rozwijanie skutecznych sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych i problemowych (Bingham, Bargar, 1985; Emshoff, Price, 1999).

Jak podaje Cichła (2008) istnieją różnego rodzaju formy zorganizowanych oddziaływań mających na celu wspierać dzieci z rodzin alkoholowych:

1. Profilaktyczne programy edukacyjne – mające na celu poszerzanie wiedzy i świadomości na temat tego czym jest choroba alkoholowa, kształtują odpowiednie postawy wobec rówieśników, uczą samodzielnego podejmowania decyzji - wszystko w celu uniknięcia w przyszłości uzależnienia dziecka, te programy najczęściej realizowane są poprzez szkoły.
2. Programy terapeutyczne – uczęszczanie na terapię grupową umożliwia dzieciom stworzenie bezpiecznego miejsca dla ich emocji i uczuć, pozwala doświadczyć życia w wspólnocie, a także pokazać, iż problemy z jakimi się borykają, nie są nietypowe
3. Zajęcia socjoterapeutyczne – przeznaczone dla dzieci w najmłodszym wieku, mające na celu korygowanie ujemnych następstw urazowych przeżyć jakich doświadczyło dziecko. Mogą poprawiać funkcjonowanie dzieci w otoczeniu społecznym.
4. Grupy Al-Aten – młodzieżowe grupy samopomocowe

PODSUMOWANIE

Zauważenie przez rodzinę problemu, jakim jest uzależnienie od alkoholu jednej z osób wymaga leczenia całej rodziny, gdyż każdy z członków został dotknięty pośrednio chorobą alkoholową, która powoduje negatywne skutki w funkcjonowaniu każdego z nich na wielu płaszczyznach życia. Proces diagnozowania alkoholizmu i pomoc osobie nim dotkniętej wymaga wiedzy, zrozumienia i indywidualnego, podmiotowego podejścia, ale oprócz tego intensywnej pracy z najbliższymi uzależnionego.

BIBLIOGRAFIA

Bingha, A., Bargar J. (1985). Children of alcoholic families: A group treatment approach for latency age children, *Journal of Psychosocial Nursing*, 23, 13-15.

Cichła J. (2008). Krzywdzenie dziecka w rodzinie z problemem alkoholowym. [W:] Lisowska E. (red.). *Zagrożenia współczesnej rodziny* (s.135-140). Kielce:

Emshoff J.G., Price A.W. (1999). *Prevention and intervention strategies with children alcoholics*, Pediatrics, 103: 1112-1121.

Kinney G., Leaton G. (1996). *Zrozumieć alkohol*, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Miller M., Gorski T. (1996). *Rodzina Uzdrawiona*, Warszawa: AKURACIK.

Sztander W. (1993). *Poza kontrolą*, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Woydyłło E. (1998). *Początek drogi*, Warszawa: AKURACIK.

Źródła internetowe:

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – Statystyki.
Pobrane z: <http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/132-statystyki> Dostęp: 10.08.2018 r.

Michał Sulej

Dynamika zmian koncepcji psychopatii na przestrzeni lat

Streszczenie

Celem artykułu jest ukazanie skali problemu jakim aktualnie jest psychopatia, jak i ukazanie koncepcji zmian na przestrzeni lat wśród najważniejszych z teorii. Dla większości psychopatia kojarzy się z czymś abstrakcyjnym i odległym, jednak statystyki mówią co innego. Temat pomimo stuletnich badań dalej pozostaje na etapie teorii i szukania najlepszych rodzajów terapii.

Słowa kluczowe: psychopatia, teorie, wprowadzenie do psychopatii.

Abstract

The purpose of this article is to show a range of the problem which psychopathy is and to show a conception of changes over the years among the most important theories. For the most people psychopathy connotes with something abstract and distant, although statistics shows something different. Despite hundred years of research it still stays on the stage of theories and searching the best types of therapy.

Keywords: psychopathy, theories, introduction to psychopathy.

Dlaczego? To jest najczęstsze pytanie rodzin ofiar, które próbując zrozumieć co się stało, wszystko analizują. Głównie nurtujące pytania względem „ich” także krążą przy tym jednym, ale jakże wiele wyrażającym pytaniu „dlaczego?”. Dlaczego jeszcze tak mało o „nich” wiemy? Dlaczego tak mało poświęcamy uwagi „im”? Dlaczego robią rzeczy, których normalnie dźiać się nie powinny? Dlaczego tacy są?

Psychopatia, ale co tak właściwie to znaczy? W większości mówimy tak o osobach, które uczyniły coś co w naszej skali przypiszemy do zbioru „bardzo złe”. Słyszac psychopata wyobrażamy sobie filmowych bohaterów, których reżyser koloryzował dopóki nie stały się dla

widza interesujące. W obszarze wyobrażeń przede wszystkim panuje etykieta „morderca, gwałcień, etc.”. Przez owe etykiety oddzielamy się od problemu, próbując wmawiać sobie, iż owy problem pozostaje w filmowej fikcji, „przecież koło mnie takie rzeczy się nie dzieją, przecież nie morduje”. Ale czy problem psychopatii jednak jest taki odległy? W momencie gdy zaczniemy sobie uświadamiać, że takie osoby to nie tylko seryjni mordercy z maską na buzi, zaczniemy dostrzegać dopiero prawdziwy problem. Tytuł książki R.D. Hare (2006) dobrze oddaje cały sens „Psychopaci są wśród nas”.

Gdy zaczynałem zajmować się problematyką psychopatii pierwsze co mi się nasuwało na myśl to jak znany jest ten temat innym? Postanowiłem także jako skalę porównawczą dać schizofrenię, pytając co jest im bardziej znane i o czym są w stanie więcej powiedzieć. W przeważającej większości ankietowali wybierali schizofrenię, uważając ten problem jako bardziej powszechny, a Ci którzy wybierali psychopatię przy dalszej części rozmowy okazywało się jednak, że wiedzą więcej na temat schizofrenii. Więc korzystając z najbardziej podstawowego źródła:

"W wielu podręcznikach podaje się że na schizofrenię zapada 1% (0,55-1,6% w zależności od miejsca prowadzonych badań)

"Osobowość dyssoćjalna, psychopatia, osobowość antyspołeczna (...) dotyczące 2–3% każdego społeczeństwa. ".

Jak widać pomimo różnicy rozmiarowej problemu, nadal pozostaje w pewnych sferach tematem tabu.

Omawiając problematykę tego zagadnienia warto przypomnieć pracę J. Strelau poświęconą temperamentowi (1978) gdzie opisuje formułę matematyczną, której wynikiem jest zachowanie.

$Z = D \times S$, gdzie Z – zachowanie, D – dziedziczność i S – środowisko.

„Najlepsze ziarno (D) włożone do nieodpowiedniej gleby albo pozbawione całkowicie wody (S) w ogóle nie da plonu (Z), a najlepszy pedagog (S) nie nauczy dziecka czytać i pisać (Z), jeżeli odziedziczy ono głębokie upośledzenie naukowe (D)” (J. Strelau 1978, s. 82)

Po słowie wstępu można przejść do dobrobytu stuletnich badań nad psychopatią skupiając się na tych najważniejszych.

K. Schneider (1928) przedstawiał psychopatię jako kolec, cierni, który nie tylko rani ludzi dookoła, ale co najważniejsze także i siebie. Podobną definicję możemy także znaleźć w tym co przedstawiał W.H. Reid (1978) w eseju na temat „smutku psychopatycznego”:

„psychopata to człowiek stojący w zimową noc na śniegu i mrozie. Widzący przez okno ciepły i przytulny pokój, w którym siedzi zgromadzona przy kominku rodzina, nigdy jednak nie mogący zrealizować potrzeby znalezienia się w takim właśnie pomieszczeniu. Stąd też psychopaty nie opuszcza poczucie samotności, beznadziejności i depresyjnego przygnębienia, jednym słowem „smutku”.”

Jednak R.D. Hare (2006) przedstawia jedną z teorii, która określa psychopatę jako człowieka zmienionego przez naturę do efektywniejszego rozmnażania się. Psychopata przez swoje przymioty (kłamstwa, manipulację, oszustwa i fałszywego przedstawiania własnej pozycji) osiąga cel, czyli potomstwo. Podaje także do tego również przykład:

"Jeden z badanych przez nas psychopatów, trzydziestoletni fałszerz, stale znajdował sobie konkubiny, poczynając od szesnastego roku życia. Mając luźny kontakt z kilkoma gwiazdami rocka, podawał się za ich agenta i powiernika. Nietrudno było mu przekonać niedoświadczone piosenkarki, że może pomóc im w karierze. O ile mi wiadomo, zamieszkał przynajmniej z ośmioma takimi kobietami i opuścił je natychmiast, kiedy zaszły w ciążę. Zapytany o swoje potomstwo, odparł: „O czym tu gadać? Dzieciaki, i już”.”

Przy omawianiu tego typu problematyki, zawsze pojawi się pytanie na temat dziedziczności, w tym przypadku było także podobnie. Przykładowym testem nad dziedziczeniem to badanie nad bliźniętami, które najlepiej opisuje K. Pospiszyl (2000):

"Badania nad bliźniętami. Najprostsza i najczęściej stosowana procedura badań nad bliźniętami polega na porównywaniu ze sobą bliźniąt jednojajowych (monozygotycznych) i dwujajowych (dyzygotycznych). Pierwsze mają bowiem identyczny zaczyn genetyczny, natomiast drugie (powstałe z dwóch różnych jaj) nie różnią się genetycznie od niebliźniaczego rodzeństwa.”

"Z podsumowania tych badań, dokonanego przez H.J. i S.B. G. Eysencków (1978) wynika, że porównania bliźniąt jedno- i dwujajowych wskazują na zgodność w zakresie występowania cech psychopatycznych w 55% w przypadku bliźniąt monozygotycznych i 13% u bliźniąt dyzygotycznych."

Współczynnik koleracji 0.70 w przypadku bliźniąt monogotycznych i 0,28 w odniesieniu do bliźniąt dizygotycznych.

Jak widać powyżej liczby są przerażająco wysokie. Wracając do przykładu już raz przytaczanego, czyli schizofrenii możemy znaleźć informację gdzie badania nad dziedzicznością wśród bliźniąt monozygotycznych ryzyko wynosi 48%.

Wracając do już samego K. Pospiszyla (2000), przedstawia on dwie grupy psychopatii w aspekcie neurofizjologicznym jako przyczynę zapotrzebowania na „mocne wrażenia”: Opóźnione dojrzewanie systemu nerwowego i typologiczne różnice systemu nerwowego.

Na potwierdzenie teorii opóźnionego dojrzewania systemu nerwowego podaje obustronną aktywność fal theta (płatów skroniowych i czołowych), która występuje u dzieci lecz już nie u normalnych osób powyżej 20 r. życia. Przypominając także, że u psychopatów następuje okres „ustatkowania się”, który służy także jako argument.

Przy drugiej teorii o typologicznych różnic systemu nerwowego przytoczę bezpośrednio K. Pospiszyla (2000):

"...system nerwowy psychopatów (a szczególnie ośrodki korowe) cechuje mniejsza wrażliwość na bodźce płynące ze świata zewnętrznego, czyli mniejsza reaktywność. Wskutek tego osobnik psychopatyczny, aby zapewnić sobie optimum pobudzenia, musi odbierać ze świata zewnętrznego o wiele więcej bodźców niż osobnik normalny. Inaczej mówiąc, posiada on zwiększoną potrzebę stymulacji, co czyni go „poszukiwaczem mocnych wrażeń”

Warto także przytoczyć teorię na temat poziomu serotoniny a psychopatią. Jak opisuje K. Pospiszyl (2000): „...poziom serotoniny w mózgach mężczyzn jest przeciętnie o 52% niższy w porównaniu z kobietami.” Co miałoby tłumaczyć różnicę ilościową występowania psychopatii u kobiet a u mężczyzn.

Jak widać temat jest bardzo rozległy, ciekawy a co najważniejsze nieodkryty. Być może gdy ludzie zaczną zdawać sobie sprawę jak temat jest nam bliski i ważny, wspólne wysiłki spowodują, że będziemy mogli pomóc sobie jak i psychopatom. Kończąc zacytuję koniec książki R.D. Hare (2006), który najlepiej wypełni podsumowanie:

"Po omówieniu literatury przedmiotu naukowcy zwykle zamykają dyskusję stwierdzeniem, że niezbędne są dalsze badania. Ja również tak postąpię, z dwóch powodów. Po pierwsze, mimo ponad stuletnich badań klinicznych i kilkudziesięcioletnich dociekań naukowych psychopatia nadal pozostaje zagadką. Dzięki niedawnym odkryciom zyskaliśmy

nowe informacje o tym niepokojącym zaburzeniu i potrafimy wyraźniej określać jego granice. Niemniej w porównaniu z innymi poważnymi zaburzeniami klinicznymi psychopatia rzadko jest przedmiotem systematycznych analiz, choć wywołuje znacznie więcej społecznego zamętu i nieszczęść niż wszystkie inne psychiatryczne zaburzenia razem wzięte".

BIBLIOGRAFIA:

J. Strelau (1978) Rola temperamentu w rozwoju psychicznym

K. Pospiszył (2000) Psychopatia

R.D. Hare (2006) Psychopaci są wśród nas

Inteligencja emocjonalna a radzenie sobie ze stresem wśród uczniów gimnazjum

Streszczenie

Podstawą teoretyczną pracy są Teoria Inteligencji Emocjonalnej Saloveya, Mayera oraz Teoria Stylów Radzenia Sobie ze Stresem Endlera i Parkera. **Cel.** Weryfikacji poddano hipotezę o związku inteligencji emocjonalnej z preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem uczniów drugich klas Prywatnego Gimnazjum imienia Jana Ignacego Paderewskiego w Lublinie. **Metody.** Do badania poziomu inteligencji emocjonalnej użyto dwóch narzędzi badawczych opierających się na koncepcji Saloveya i Mayera: Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE, do pomiaru stylów radzenia sobie ze stresem zastosowano Kwestionariuszem CISS – Coping Inventory for Stressful Situations oparty na koncepcji Endlera i Parkera. Osobami badanymi byli uczniowie gimnazjum (n= 67) w wieku 16 lat. **Wnioski.** Stwierdzono, że uczniowie o wysokim poziomie inteligencji emocjonalnej stosują styl radzenia sobie ze stresem zadaniowy jak i styl unikania w tym poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Osoby o niskim poziomie inteligencji emocjonalnej najczęściej stosują styl skoncentrowany na emocjach.

Słowa klucze: inteligencja emocjonalna, style radzenia sobie ze stresem, uczniowie gimnazjum.

Summary

The theoretical basis of the thesis is the Theory of Emotional Intelligence by Salovey, Mayer and Style Theory of Coping with the Strength of Endler and Parker. Objective. The hypothesis about the relation of emotional intelligence with the preferred styles of coping with stress of students of the second grades of the Private Gymnasium of Jan Ignacy Paderewski in Lublin was verified. Methods. Two research tools based on the concepts of Salovey and Mayer were used to study the level of emotional intelligence: the INTE Emotional Intelligence Questionnaire, to measure the styles of coping with stress, the CISS Questionnaire - Coping Inventory for Stressful Situations based on the concepts of Endler and Parker was used. The respondents were junior high school students (n = 67) at the age of 16. Conclusions. It was found that students with a high level of emotional intelligence use a style of coping with task-oriented stress as well as a style of avoidance, including a search for social contacts. People with a low level of emotional intelligence most often use a style focused on emotions.

Keywords: emotional intelligence, styles of coping with stress, junior high school students.

WPROWADZENIE

Problematyka stresu, a przede wszystkim radzenie sobie z nim, to jedno z ważniejszych zagadnień analizowanych w psychologii. Stresowi przypisuje się istotną rolę w powstawaniu dyskomfortu psychicznego, zaburzeń w zachowaniu, powstawaniu chorób określanych mianem psychosomatycznych, czy stresopochodnych. Stres jest jednakże nieodłączną częścią naszego życia i – jak określił H. Selye (1977) – życie bez stresu nie jest możliwe. Stres to także proces mobilizacji organizmu, przystosowania się, szansa na rozwój osobisty. Tak więc ludzie różnie reagują na stres i chociaż u większości wywołuje on negatywne skutki, to przynajmniej u niektórych zwiększa ich aktywność i mobilizuje do działania (Selye, 1977).

Współcześnie proces radzenia sobie ze stresem można sprowadzić do ciągle zmieniających się wysiłków zarówno poznawczych i behawioralnych, które mają na celu sprostać określonym wymaganiom zewnętrznym i wewnętrznym, ocenianym przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby (Lazarus, Folkman, 1984). Uważa się, że to, w jaki sposób stres jest doświadczany, a przede wszystkim jak sobie z nim radzimy, zależy m. in. od czynników zwanych zasobami osobistymi. Jednym z zasobów osobistych kluczowych w radzeniu sobie ze stresem jest inteligencja emocjonalna (Goleman, 2001). Rola zasobów osobistych w radzeniu sobie ze stresem u osób dorosłych jest dość dobrze udokumentowana, to w odniesieniu do młodzieży w wieku gimnazjalnym poświęcono tej problematyce niewiele miejsca (Poprawa, 1996).

Z obserwacji wynika, że uczniowie gimnazjum, mają trudności w radzeniu sobie ze stresem. W ich środowisku występuje duża ilość stresorów. Wzrasta poziom wymagań stawianych młodzieży ze strony rodziców, nauczycieli, środowiska. Młodzież dotyka ciągła rywalizacja na różnych płaszczyznach: rodziny, osiągnięć naukowych, stosunków koleżeńskich, sportu, wyglądu. Młodzież w różny sposób radzi sobie ze stresem, na poziomie bardziej lub mniej konstruktywnym. Konstruktywne działania doprowadzają do niwelowania, pomniejszenia stresu poprzez działanie. Dysfunkcja społeczna w postaci różnego rodzaju uzależnień od internetu (portali społecznościowych, gier), palenia papierosów, picia alkoholu, używania środków odurzających, nadmiernej diety (anoreksja, bulimia) pojawia się jako działania niekonstruktywne przez unikanie problemu.

Przedmiotem niniejszych rozważań będzie zatem problematyka Inteligencji emocjonalnej jako jednego z kluczowych zasobów osobistych w odniesieniu do stresu i sposobów radzenia sobie z nim wśród młodzieży gimnazjum. Przedmiot badań niniejszej pracy

będzie realizowany w oparciu o dostępną literaturę fachową w tym zakresie oraz wyniki przeprowadzonych badań. Celem zaś jest próba odpowiedzi na pytanie, czy istnieje związek między inteligencją emocjonalną a radzeniem sobie ze stresem wśród młodzieży gimnazjalnej.

INTELIGENCJA EMOCJONALNA I RADZENIE SOBIE ZE STRESEM - PRZEGLĄD

LITERATURA

Pojęcie inteligencji emocjonalnej

"Inteligencja emocjonalna (emotional intelligence): zbiór sprawności umożliwiających wykorzystanie procesów emocjonalnych do skutecznego radzenia sobie w sytuacjach społecznych" (Strelau, 1999, s. 551).

Termin ten pojawił się w literaturze psychologicznej w latach sześćdziesiątych XX wieku. Kształtowanie się inteligencji emocjonalnej można zaobserwować już w najmłodszych latach życia człowieka. Na umiejętności zdobyte wcześniej nadbudowują się nowe. „Raport Krajowego Centrum Klinicznych Programów Dla Niemowląt w Stanach Zjednoczonych jednoznacznie stwierdza, że o sukcesie dziecka w szkole decyduje nie tyle nadzwyczajna umiejętność czytania czy znajomość faktów, ile zbiór cech emocjonalnych i społecznych: pewność siebie i ciekawość, umiejętność zachowania sprzyjającego budowaniu więzi i relacji oraz tego, jak ma powściągnąć impuls, umiejętność czekania, stosowanie się do wskazówek i zwracanie się do nauczycieli po pomoc oraz zdolność wyrażania swoich potrzeb w kontaktach z innymi dziećmi” (Goleman, 2005, s. 309-310).

Raport wymienia siedem czynników, wszystkie związane są z inteligencją emocjonalną:

1. *Wiara w siebie*. Poczucie posiadania kontroli nad tym co robi, nad swoim ciałem, zachowaniem, rzeczywistością, przekonanie o otrzymaniu pomocy od dorosłych w razie potrzeby.
2. *Ciekawość*. Nowe jako coś co jest pozytywne do czego należy dążyć.
3. *Intencjonalność*. Posiadanie umiejętności i skuteczności w wytyczaniu biegu zdarzeń i sytuacji.
4. *Samokontrola*. Poczucie kontroli wewnętrznej, zdolność kształtowania i kontrolowania swoich działań w odpowiedni do wieku sposób.
5. *Towarzystwo*. Rozumienie innych i bycie rozumianym, zdolność nawiązywania kontaktów.
6. *Umiejętność porozumiewania się*. Chęć i zdolność wymiany myśli, uczuć i pomysłów z innymi, zaufanie innym, przyjemność z rozmowy również z dorosłymi.
7. *Umiejętność współdziałania*. Harmonizowanie swoich potrzeb i innych.

Niestety badania wykazują, że brak jednego z wyżej wymienionych elementów inteligencji

emocjonalnej może powodować gorsze radzenie sobie w szkole w wyniku czego może dochodzić do zwiększania się dystansu między rówieśnikami z powtarzania tej samej klasy, w wyniku czego uczniowie coraz bardziej zniechęcają się, sprawiają coraz większe kłopoty swoim zachowaniem. Są to czynniki stresogenne w wyniku czego pojawia się stres.

Życiowy sukces jak i łatwość radzenia sobie w życiu nie jest jednoznaczna z wysokim poziomem ilorazu inteligencji. Współistnienie inteligencji emocjonalnej sprawia, że osoby są w stanie kierować swoim życiem w sposób racjonalny, odpowiedzialny, przewidywalny. Samoświadomość, czyli kontrolowanie własnych emocji, niekończący się zapał, wytrwałość w dążeniu do celu, zdolność do empatii, zachowanie prospołeczne, umiejętność działania w grupie, to cechy inteligencji emocjonalnej. Pomimo wrodzonych własnych możliwości ludzie uczą się ich od urodzenia, na początku wskaźniki i wytyczne czerpane są od najbliższych – rodziców (gdy obserwujemy ich zachowanie, gesty, słowa), opiekunów, nauczycieli, wychowawców, wykładowców, dyrektorów. Pod jednym warunkiem, że posiadają wiedzę i umiejętność jej przekazywania.

Opisał to wszystko Peter Salovey i John D. Mayer i jest przekazywane jako sentencja zachowania emocjonalnego: "Określili oni inteligencję emocjonalną jako zbiór zdolności do poznawczej obróbki informacji emocjonalnych (niesionych przez emocje lub dotyczących emocji), w szczególności zaś – do rozpoznawania i regulowania przez człowieka własnych i cudzych emocji oraz wykorzystywania ich do kierowania myśleniem i działaniem" (Matczak, Knopp, 2013, s. 12).

"Termin inteligencja emocjonalna, przed ćwierćwieczem niemal nieznany, w ciągu minionych 20 lat zadomowił się w psychologii – jest dziś obecny zarówno w słowniku badaczy, jak i praktyków, a także wszedł do szerszego obiegu kulturowego: pojawia się w publicystyce, mediach, pracach popularno-naukowych, poradnikach, anonsach o poszukiwaniu pracowników itp. Choć szczegółowe sposoby rozumienia tego terminu przyjmowane przez twórców różnych koncepcji teoretycznych i autorów różnych przedsięwzięć praktycznych znacznie się różnią, z powszechną akceptacją spotkałaby się zapewne definicja ogólna, określająca inteligencję emocjonalną jako dyspozycję, która umożliwia człowiekowi wykorzystywanie procesów emocjonalnych do skutecznego radzenia sobie w życiu, wspomagając w tym zakresie tzw. inteligencję racjonalną (typowo mierzoną ilorazem inteligencji)" (Matczak, Knopp, 2013, s. 11).

Pojawienie się w literaturze pojęcia inteligencji emocjonalnej, dało możliwość wyjaśnienia zachowań człowieka według tego konstruktów, skłoniło do prowadzenia badań empirycznych dotyczących tego obszaru. Pojęcie inteligencji emocjonalnej definiuje się na różne sposoby, w wyniku różnego jej rozumowania. Niejednokrotnie opisuje się ją jako istnienie zestawu cech, charakteryzujących poszczególne zdolności. Są to zdolności uzupełniające umiejętności intelektualne, które są mierzone ilorazem inteligencji. Inteligencja emocjonalna wynika z działania

ośrodków głębiej osadzonych w mózgu, w dużo starszych obszarach podkorowych, natomiast intelekt opiera się na pracy kory mózgowej, stosunkowo niedawno powstałej. Inteligencja emocjonalna wynika ze ściśle zharmonizowanych ze sobą wyżej wymienionych ośrodków (Goleman, 1999). Goleman na podstawie ogólnej teorii, którą przedstawił Salovey i Mayer w roku 1990, (określającej ją jako zdolność rozpoznawania i regulowania swoich własnych emocji, emocji innych, wykorzystania uczuć do kierowania myśleniem i działaniem), przedstawił pięć podstawowych kompetencji emocjonalnych i społecznych:

- *Samoświadomość*: to co można odczuć w danej chwili, jaką podjąć decyzję, jak realnie ocenić swoje możliwości, jak mocno wierzyć w ich realizację.
- *Samoregulacja*: panowanie nad emocjami w celu jego osiągnięcia, nagradzanie po zakończeniu zadania, szybki powrót do działania po niepowodzeniu.
- *Motywacja*: wyznaczanie celu zgodnego z naszymi preferencjami, dążenie do niego, przejawianie inicjatywy w ciągłym doskonaleniu.
- *Empatia*: spojrzenie na sytuację z punktu widzenia innych, tworzenie i podtrzymywanie więzi porozumienia z innymi.
- *Umiejętności społeczne*: dokładne rozpoznawanie sytuacji społecznych, powiązań, panowanie nad emocjami w kontaktach z innymi, bezkolizyjne utrzymywanie kontaktów z innymi oraz wykorzystanie tych umiejętności do przewodzenia, negocjowania, łagodzenia sporów, współpracy i pracy zespołowej.

Daniel Goleman rozpropagował ideę inteligencji emocjonalnej, (jako model mieszany) włączając cechy osobowości takie jak : optymizm, pewność siebie, odporność na stres, umiejętność pracy zespołowej. W swojej twórczości zawarł nie tylko wskazówki do odpowiedniego postępowania pod wpływem pojawiających się emocji, jak i wadze ich występowania. Wskazuje na czynniki pozaintelektualne, które wpływają na powodzenie w życiu. Zaznacza wagę odraczania nagród, przytacza przykłady dotyczące umiejętności samoregulacji nastroju, pisze o stresie, wynikającym z niepowodzenia i jak sobie z nim radzić. Jednak sedno tematu inteligencji emocjonalnej to uczenie się emocji przez rozwój poznawczy, włączając je w świadome życie psychiczne.

Pojęcie stresu i radzenia sobie ze stresem

Stres- wyjaśnienie pojęcia

Nazwa *stres* pojawiła się dosyć wcześnie w polskiej literaturze. Określona może być jako naruszenie równowagi podstawowych elementów konstytuujących każdą sytuację, czyli: zadań, czynności, warunków i cech podmiotu. Sytuacja staje się trudna, przestaje być normalna, gdy dochodzi do naruszenia równowagi pomiędzy możliwościami jednostki a zadaniami, czynnościami

i warunkami ich wykonywania. Taka sytuacja może dotyczyć jednego podmiotu a dla innego może taka nie być, mają tu duże znaczenie cechy indywidualne (Selye, 1974).

Słowo "stres" pochodzi od wyrazu *distres* z języka starofrancuskiego i średnioangielskiego. Działanie związane ze stresem może być przyjemne lub nieprzyjemne, dystres to przyjęta nazwa dla stresu nieprzyjemnego, powodującego uszkodzenia (Selye, 1974).

"Stres jest nieswoistą reakcją organizmu na wszelkie stawiane mu *żądanie*. Czynniki wywołujące stresy- zwane w terminologii naukowej "stresorami"- są rozmaite, lecz wszystkie powodują tę samą w swej istocie reakcję stresową. Powodują również wzrost potrzeby spełnienia funkcji przystosowawczych, a tym samym powrotu do stanu normalnego. Żądanie aktywności jako takiej jest istotą stresu. Stres jest czymś co należy i czego można unikać. Całkowita wolność od stresu to śmierć" (Selye, 1974, s. 25).

Należy wspomnieć o trzech stadiach stresu biologicznego wynikającego z zespołu zmian w narządach. Reakcja ta została po raz pierwszy nazwana w 1936 roku jako "zespół wywołany różnymi szkodliwymi czynnikami" , nazwany jako G.A.S – ang. General Adaptation Syndrome (zespół stresu biologicznego).

Stadia G.A.S. :

1. *Reakcja alarmowa*, charakteryzuje się zmniejszoną odpornością, gdy stresor jest na tyle silny może nastąpić śmierć.
2. *Stadium odporności*, następuje opór organizmu, gdy podczas ciągłego działania stresora, daje się pogodzić z przystosowaniem.
3. *Stadium wyczerpania*, po przyzwyczajeniu się do stresora, po jakimś czasie następuje wyczerpanie energii, mają miejsce powtórne oznaki reakcji alarmowej, lecz w tym przypadku są nieodwracalne i osobnik ginie.

Wymienione etapy odpowiadają etapom życia człowieka:

1. *Dzieciństwo*- niewielka odporność, nadmierne reakcje na bodźce.
2. *Wiek dojrzwały*- zwiększona odporność, przystosowanie.
3. *Starość*- nieodwracalna utrata zdolności przystosowawczych, wyczerpanie, śmierć.

Należy powiedzieć o niemożności przywrócenia całkowitej odporności, organizm nawet po regeneracji sił nigdy nie będzie już tak samo sprawny jak przed działaniem stresorów. Stres zawsze pozostawia "chemiczne blizny" (Selye, 1974).

Jan Strelau pojęcie stresu odnosi do "stanu, który charakteryzowany jest przez silne emocje negatywne, takie jak strach, lęk, złość, wrogość, a także inne stany emocjonalne wywołujące dystres oraz sprzężone z nimi zmiany fizjologiczne i biochemiczne, ewidentnie przekraczające bazalne poziomy aktywacji" (Strelau, 1996, s. 92). Reakcja w zachowaniu wynikająca z braku równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwościami (rzeczywistymi jak i postrzeganymi) ich

spełnienia to stan stresu, jako interakcja.

Według Reykowskiego, stres określony zostaje jako: " [...] obiektywny stosunek czynników zewnętrznych do cech człowieka, tak że ustalenie, czy stres wystąpił, czy nie- nie wymaga badania reakcji na dany czynnik" (Reykowski, 1966, s. 208).

Wyjaśnienie pojęcia radzić sobie

To cope – *radzić sobie*, pojawiło się w literaturze w latach sześćdziesiątych XX wieku. Dotyczyło zachowania się człowieka w obliczu sytuacji stresujących, lub wywołujących napięcie emocjonalne, wywodziło się z psychoanalizy. Obronna forma aktywności określana była jako mechanizmy obronne osobowości. Określony mechanizm jest wywołany w *ego* i służy jako próba poradzenia sobie z sytuacją, która świadomie nie mogłaby być tolerowana. Zniekształcenie percepcji rzeczywistości w niepomysłnej dla podmiotu sytuacji, uruchamiane jest nieświadomie w celu zmniejszenia, uniknięcia przykrych emocji i uchronienie samooceny przed uszczerbkiem (Kiedrowska, 2016).

R. Lazarus i S. Folkman definiują proces radzenia sobie ze stresem jako: " stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki (efforts), mające na celu opanowanie (to manage) określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby" (Lazarus, 1986, s. 40-41). Przypisują mechanizmom obronnym ważną funkcję adaptacyjną, w określonego rodzaju sytuacjach stresowych i w pewnych fazach działania stresora. Lazarus i Folkman (1984) przypisują dwie funkcje radzenia sobie: instrumentalną - zadaniową, poprawiającą relację podmiotu z otoczeniem, oraz funkcję samoregulacji emocji. Nie są one rozłączne i niezależne, w konkretnej sytuacji stresowej przeplatają się i wzajemnie na siebie oddziałują. Funkcje radzenia sobie ze stresem wprowadzona przez Lazarusa nie są równoważne z wyodrębnieniem przez innych autorów dwóch kategorii sposobów lub mechanizmów radzenia sobie. Ten sam sposób lub forma może służyć każdej z obu funkcji, w zależności od kontekstu (Strelau, 2001).

Radzenie sobie ze stresem – współczesne koncepcje

W literaturze istnieją trzy terminy ściśle wiążące zachowanie się człowieka wobec zmian w otoczeniu:

- adaptacja – wywodząca się z badań nad zwierzętami,
- mechanizmy obronne- z teorii psychoanalitycznej, R. Lazarus i S. Folkman przypisują mechanizmom obronnym ważną funkcję adaptacyjną, w określonego rodzaju sytuacjach stresowych i w pewnych fazach działania stresora,
- radzenie sobie ze stresem- kognitywne (poznawcze) i społeczno- kulturowe.

Pojęcie stresu i radzenie występuje nierozłącznie, wynika to z panującej tezy, że o skutkach konfrontacji stresowej bardziej decyduje radzenie sobie ze stresem niż obiektywne działanie stresora. Mniej uwagi poświęca się czynnikom wywołującym stres, więcej aktywności podejmowanej przy jej występowaniu. Radzenie sobie ma trzy odniesienia znaczeniowe, które się uzupełniają: radzenie sobie może być rozpatrywane jako proces (aktywność człowieka w danej sytuacji stresowej) , jako strategia (złożona struktura określona w czasie składająca się z różnorodnych ogniw w jednym procesie) i jako styl (indywidualne różnicowanie dyspozycji determinujących zachowanie się w warunkach stresowych). Efektywność procesu radzenia sobie ze stresem jest trudna do zdefiniowania. Ze względu na niejednoznaczne określenie czego dotyczy jak i w odniesieniu do różnych znaczeń. Może być dokonywana z różnych punktów widzenia z zastosowaniem różnych kryteriów jak i w różnej perspektywie czasowej. Niezgodność wniosków może być wynikiem różnych perspektyw i kryteriów w odniesieniu do tej samej sytuacji (Kiedrowska, 2016).

Inteligencja emocjonalna a radzenie sobie ze stresem

Z badań dostępnych wynika, że im wyższy poziom inteligencji emocjonalnej tym lepiej osoby radzą sobie ze stresem, jak również częściej stosują pozytywne sposoby radzenia sobie z nim. Poprzez stosowanie różnych strategii zastępczych: tradycyjnych, poza religijnych strategii zaradczych, jak i religijnych, które stanowią ważną alternatywę. Alternatywa religijności jest zdeterminowana najczęściej przez czynniki kulturowe, społeczne, instytucjonalne (Talik, 2011). Z preferowaniem bardziej aktywnych i efektywnych stylów radzenia sobie ze stresem wiąże się wyższy poziom inteligencji emocjonalnej. Natomiast im niższa inteligencja emocjonalna, tym częściej występuje brak dążenia do rozwiązania problemu i koncentracja na emocjach (Obrzut, 2014).

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Problematyka badań własnych

Przystępując do badań postawiono jedno główne pytanie badawcze i trzy szczegółowe.

Główne pytanie badawcze:

Czy istnieje związek między inteligencją emocjonalną a radzeniem sobie ze stresem?

Hipoteza badawcza:

Istnieje związek pomiędzy inteligencją emocjonalną a radzeniem sobie ze stresem.

Pytania szczegółowe:

1. Czy istnieje związek pomiędzy inteligencją emocjonalną a stylem radzenia sobie ze stresem polegającym na koncentracji na zadaniu?
2. Czy istnieje związek pomiędzy inteligencją emocjonalną a stylem radzenia sobie ze stresem polegającym na koncentracji na emocjach?
3. Czy istnieje związek pomiędzy inteligencją emocjonalną a stylem radzenia sobie ze stresem polegającym na unikaniu?
- 3a. Czy istnieje związek pomiędzy inteligencją emocjonalną a stylem radzenia sobie ze stresem polegającym na unikaniu poprzez angażowanie się w czynności zastępcze?
- 3b. Czy istnieje związek pomiędzy inteligencją emocjonalną a stylem radzenia sobie ze stresem polegającym na unikaniu poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich?

Hipotezy szczegółowe:

1. Istnieje związek pomiędzy inteligencją emocjonalną a stylem radzenia sobie ze stresem polegającym na koncentracji na zadaniu.
2. Istnieje związek pomiędzy inteligencją emocjonalną a stylem radzenia sobie ze stresem polegającym na koncentracji na emocjach.
3. Istnieje związek pomiędzy inteligencją emocjonalną a stylem radzenia sobie ze stresem polegającym na unikaniu.
- 3a. Istnieje związek pomiędzy inteligencją emocjonalną a stylem radzenia sobie ze stresem polegającym na unikaniu poprzez angażowanie się w czynności zastępcze.
- 3b. Istnieje związek pomiędzy inteligencją emocjonalną a stylem radzenia sobie ze stresem polegającym na unikaniu poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

W związku z tym, że zastosowano w badaniach model korelacyjny wyróżniono następujące zmienne:

Zmienna 1: Inteligencja Emocjonalna.

Zmienna 2: Radzenie sobie ze stresem.

Wskaźniki zmiennych:

Wskaźnikiem Zmiennej numer 1 jest wynik ogólny kwestionariusza INTE (Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej).

Wskaźnikiem Zmiennej 2 są wyniki w poszczególnych podtestach kwestionariusza CISS (Kwestionariusz Rdzenia Sobie w Sytuacjach stresowych).

Opis grupy badawczej

Badanie zostało przeprowadzone w Prywatnym Gimnazjum im. I. J. Paderewskiego w Lublinie. Osoby badane to uczniowie klas drugich gimnazjum. Wszystkie osoby są w wieku 16 lat. W badanej grupie było 34 mężczyzn co stanowi 50,7 % badanych, 33 kobiety co stanowi 33% badanych. Rozkład płci przedstawiony zostaje w tabeli 1.

Tabela nr 1. *Opis badanej grupy ze względu na płeć.*

<u>Płeć</u>	<u>Częstość</u>	<u>Procent</u>
Mężczyźni	34	50,7
Kobiety	33	49,3
Ogółem	67	100,0

Zastosowane metody badawcze

INTE - Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE

Autorami testu są N. S. Schutte, J. M. Malouff, L. E. Hall, D. J. Haggerty, J. T. Cooper, Ch. J. Gloden, L. Dornheim. Autorami polskiej adaptacji są: Anna Ciechanowicz, Aleksandra Jaworowska, Anna Matczak, a podręcznik opracowali: Aleksandra Jaworowska, Anna Matczak. Test służy do badania młodzieży w wieku 15 -19 lat, oraz dorosłych. INTE składa się 33 pozycji o charakterze samo opisowym, których prawdziwość w stosunku do własnej osoby badany ocenia na pięciostopniowej skali. Badanie może dotyczyć grupy jak i może być przeprowadzone indywidualnie, bez ograniczenia czasu - przeciętnie 10 minut. Rzetelność testu określona jest jako zadowalająca dla zgodności wewnętrznej oraz stabilności bezwzględnej. Trafność została wykazana na podstawie analizy różnic między grupowych oraz na podstawie korelacji wyników INTE i innych narzędzi do pomiaru inteligencji, osobowości oraz kompetencji społecznych. Zastosowanie ma miejsce przede wszystkim do celów badawczych. Służy do pomiaru inteligencji emocjonalnej, rozumianej jako zdolność do rozpoznawania, rozumienia i kontrolowania własnych

oraz cudzych emocji, a także zdolność do efektywnego wykorzystywania emocji w kierowaniu własnym oraz cudzym działaniem.

CISS - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

Autorami testu są: N. S. Endler, J. D. A. Parker. Autorami polskiej adaptacji są: Piotr Szczepaniak, Jan Strelau, Kazimierz Wrześniewski, a podręcznik opracowali: Jan Strelau, Aleksandra Jaworowska, Kazimierz Wrześniewski, Piotr Szczepaniak (2005). Test służy do badania młodzieży w wieku od 16 roku życia, oraz dorosłych, oraz dla żołnierzy zasadniczej służby wojskowej. CISS składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Badany określa na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych, stresowych. Wyniki ujmowane są na trzech skalach: SSZ - styl skoncentrowany na zadaniu; SSE - styl skoncentrowany na emocjach; SSU - styl skoncentrowany na unikaniu. Ten ostatni styl może przyjmować dwie formy: ACZ - angażowanie się w czynności zastępcze i PKT - poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Badanie może dotyczyć grupy jak i może być przeprowadzone indywidualnie, bez ograniczenia czasu - przeciętnie 10 -15 minut. Wysoka rzetelność, zgodność wewnętrzną poszczególnych skal (współczynniki w granicach 0,78 - 0,90), i zadowalająca stabilność (współczynniki korelacji między dwukrotnym badaniem w odstępie 2 - 3 tygodni w granicach 0,73 - 0,80). Wykazana trafność czynnikowa. Trafność teoretyczną sprawdzano poszukując zależności między stylami radzenia sobie ze stresem a cechami osobowości, cechami temperamentu, lękiem, inteligencją, kompetencjami społecznymi i inteligencją emocjonalną. Analiza trafności kryterialnej obejmowała między innymi porównanie wyników w CISS różnych grup zawodowych i klinicznych. Pomiary testu służą do celów badawczych i praktycznych, na przykład jako narzędzie w badaniach kwalifikacyjnych na określone stanowiska pracy w pewnych zawodach (policjanci, strażacy, wojskowi, kierowcy), czy w badaniach osób ubiegających się o zezwolenie na posiadanie broni.

ANALIZA I INTERPRETACJA BADAŃ

Statystyki opisowe

Tabela 2. *Statystyki opisowe dla testu CISS i INTE*

Statystyki opisowe

Kwestionariusz Rdzenia Sobie w Sytuacjach stresowych (Coping Statystyka
Inventory for Stressful Situations, CISS)

SSZ - styl skoncentrowany	Średnia	53,6000
---------------------------	---------	---------

na zadaniu	Odchylenie standardowe	9,83266
	Minimum	26,00
	Maksimum	76,00
SSE - styl skoncentrowany	Średnia	48,7846
na emocjach	Odchylenie standardowe	12,78
	Minimum	24,00
	Maksimum	74,00
SSU - styl skoncentrowany	Średnia	49,3846
na unikaniu	Odchylenie standardowe	12,32590
	Minimum	21,00
	Maksimum	74,00
ACZ - angażowanie się	Średnia	23,3846
w czynności zastępcze	Odchylenie standardowe	6,97695
	Minimum	8,00
	Maksimum	38,00
PKT - poszukiwanie	Średnia	16,6923
kontaktów towarzyskich	Odchylenie standardowe	5,34416
	Minimum	6,00
	Maksimum	25,00
INTE - Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej		
INTE	Średnia	117,0308
	Odchylenie standardowe	16,46015
	Minimum	65,00
	Maksimum	151,00

W podteście CISS_SSZ średni wynik dla badanej grupy wynosi 53,60, odchylenie standardowe wynosi 9,83, wynik minimalny 26,00, wynik maksymalny 76.

W podteście CISS_SSE średni wynik dla badanej grupy wynosi 48,78, odchylenie standardowe wynosi 12,78, wynik minimalny 24,00, wynik maksymalny 74,00.

W podteście CISS_SSU średni wynik dla badanej grupy wynosi 49,38, odchylenie standardowe wynosi 12,33, wynik minimalny 21,00, wynik maksymalny 74,00.

W podteście CISS_ACZ średni wynik dla badanej grupy wynosi 23,38, odchylenie standardowe wynosi 6,98, wynik minimalny 8,00, wynik maksymalny 38,00.

W podteście CISS_PKT średni wynik dla badanej grupy wynosi 16,69, odchylenie standardowe wynosi 5,34, wynik minimalny 6,00, wynik maksymalny 25,00.

W teście INTE średni wynik dla badanej grupy wynosi 117,03, odchylenie standardowe wynosi 16,46, wynik minimalny 65,00, wynik maksymalny 151,00.

Tabela 3. *Wyniki testów normalności rozkładu.*

	Shapiro- Wilk	df
	Statystyka	
CISS_SSZ	,990	65
CISS_SSE	,968	65
CISS_SSU	,982	65
CISS_ACZ	,982	65
CISS_PKT	,961	65
INTE	,979	65

Z analizy wyników testów normalności rozkładów wynika, że rozkład wyników w jednym z podtestów (CISS_PKT) odbiega od krzywej normalnej. Z tego wynika, że do obliczania korelacji powinno się zastosować test rho Spearmana.

Wyniki surowe uzyskane w badaniach odniesiono do norm dla populacji.

Odnosząc wyniki surowe badanej grupy do norm dla populacji, poziom Inteligencji Emocjonalnej badanych osób znajduje się na poziomie średnim (4 sten).

Odnosząc wyniki surowe badanej grupy do norm dla populacji, poziom większości wymiarów w badanej grupie klasuje się na poziomie średnim. CISS SSZ - styl skoncentrowany na zadaniu, jak i CISS SSU - styl skoncentrowany na unikaniu klasyfikują się na tym samym poziomie (5 sten). CISS SSE - styl skoncentrowany na emocjach i CISS ACZ - angażowanie się w czynności zastępcze na takim samym poziomie (6 sten). W obszarze CISS PKT - poszukiwanie kontaktów towarzyskich wynik jest wyższy od przeciętnego (7sten).

Analiza wyników badań dotyczących związku inteligencji emocjonalnej z radzeniem sobie ze stresem

Tabela 4. Korelacje.

	CISS SSZ	CISS SSE	CISS SSU	CISS ACZ	CISS PKT
INTE	0,382**	-0,042	0,247*	-0,050	0,433**
Istotność (dwustronna)	0,02	0,736	0,047	0,691	0,000

* Korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

** Korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

Im wyższa inteligencja emocjonalna to ludzie radzą sobie lepiej ze stresem poprzez koncentrację na zadaniach. Im wyższy poziom inteligencji emocjonalnej tym lepiej radzą sobie ze stresem poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Jest także zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a radzeniem sobie ze stresem przez unikanie, wyniki wskazują na to, że jest to przede wszystkim unikanie przez poszukiwanie kontaktów towarzyskich a nie przez czynności zastępcze.

Uzyskane wyniki świadczą o związku poziomem inteligencji emocjonalnej z radzeniem sobie ze stresem.

Inteligencja emocjonalna ma istotny związek ze sposobami radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

ZAKOŃCZENIE

Celem badań było poznanie relacji zachodzących między poziomem inteligencji emocjonalnej u młodzieży a preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem. Badanie zostało przeprowadzone wśród gimnazjalistów.

W związku z tym, że inteligencja emocjonalna jest czynnikiem wspierającym w radzeniu sobie ze stresem, inteligencję emocjonalną należy rozwijać, pracować nad nią. Możemy ją w pewnym sensie trenować, jak udowodniono, daje to dobre rezultaty. Jednak należy tu wspomnieć o ogromnej roli rodziny, która modeluje wzorce zachowania, odgrywa dużą rolę w mechanizmie wzmacniania albo karania zachowań wyrażających emocje. Na podstawie badań empirycznych „można przypuszczać, że postawy kochające kobiety wiążą się nie tylko z zapewnieniem dziecku odpowiednich warunków rozwoju, lecz także z dostarczaniem mu prawidłowych wzorców emocjonalnych” (Knopp, 2007, s.

126). „Doświadczenia związane z ekspresją emocji i obserwacji wyrażania emocji przez innych są zaś korzystne dla kształtowania się wielu zdolności emocjonalnych. Ponadto można oczekiwać, że kochający rodzice ułatwiają dziecku nabywanie zdolności tolerowania emocji negatywnych i ich regulacji poprzez odpowiednio formułowane wymagania, dzięki czemu takie przeżycia jak gniew lub strach nie łączą się z karaniem dziecka, lecz z czułością, miłością i zachętą do ich akceptowanego społecznie wyrażania” (tamże, s. 126).

BIBLIOGRAFIA

- Goleman. D. (1998). *Inteligencja emocjonalna w praktyce*. Poznań: Media Rodzina.
- Goleman. D. (2005). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
- Heszen-Niejodek. I. (1996). Teoria stresu psychologicznego. W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3.* (468-469). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jaworowska. A. Matczak. A. (2008). *INTE- Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kiedrowska. M. (2016). *Radzenie sobie ze stresem społecznie nieprzystosowanych uczniów szkół ponadgimnazjalnych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej.
- Lazarus. R.S. (1986). *Paradygmat stresu i radzenia sobie*. Nowiny Psychologiczne 3-4 Matczak. A.
- Knopp. K. (2013). *Znaczenie inteligencji emocjonalnej w funkcjonowaniu człowieka*. Warszawa: Liberi Libri.
- Milewska. A. (2013). *Związek między inteligencją emocjonalną i szantażem emocjonalnym w relacjach partnerskich*. Innowacje psychologiczne. Numer 2. Rozprawy i artykuły naukowe 15
- Selye. H. (1974). *Stres okiełznany*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Strelau. J. (1982). *Regulacyjne funkcje temperamentu*. Warszawa: PWN.
- Strelau. J. (red.). (2000). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau. J. Jaworowska. A. Wrześniewski. K. Szczepaniak. P. (2009). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Poprawa. R. (1996). *Zasoby. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. [w:] G. Dolińska – Zygmunt. (red.), *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Talik. E. (2011). *Specyfika stresu szkolnego i strategie radzenia sobie z nim przez młodzież w okresie dorastania. Horyzonty Psychologii. Tom 1. Numer 1. Rozprawy i Artykuły Naukowe* (127-137).

Źródła elektroniczne:

- Serwacka. H. (2014). *Czynniki kształtujące samoocenę*. [Online]. Protokół dostępu: . 27378. Czynniki Kształtujące Samoocenę. (dostęp 7.04.2018).
- Obrzut. A.[rec.] Grygielski. M. *Inteligencja emocjonalna a radzenie sobie ze stresem u młodzieży*. (2014) (dostęp 06.09.2017)