

Piotr Majewicz

Koncepcja samego siebie u młodzieży z dysfunkcjami narządu ruchu

Dysfunkcje narządu ruchu powodują zakłócenia równowagi wewnętrznej oraz równowagi między jednostką a środowiskiem. W takiej sytuacji trudno jest w pełni zaspokoić swoje potrzeby, a także podołać wymaganiom społecznym. Konieczne jest więc dokonanie reorganizacji dotychczasowego systemu w celu uzyskania zachwianej bądź straconej równowagi.

Osiągnięcie i utrzymanie równowagi zależy głównie od tego, jakie jednostka niepełnosprawna ma pojęcie o sobie samym, z czym wiąże się jej ocena własnych możliwości i akceptacja siebie. (Określenia: „pojęcie o sobie samym”, „koncepcja samego siebie”, „struktura ja” są odpowiednikami angielskich terminów „*self-concept*” i „*self-structure*”, które często są używane zamiennie).

Różnorodne schorzenia narządu ruchu występujące we wczesnych okresach życia dziecka mogą utrudnić bądź też zakłócić rozwój elementarnych podstaw koncepcji samego siebie. W efekcie może to doprowadzić do ukształtowania się nieadekwatnego pojęcia o sobie samym, a co za tym idzie trudności w przystosowaniu się do życia z niepełnosprawnością.

Według wielu psychologów (Epstein, Greenwald, Harter, Rogers, Wylie za: F.L. Smoll, R.E. Smith, N.P. Barnett, J.J. Everett 1993, s. 602; M. Przetacznikowa 1972; L. Niebrzydowski 1976) w koncepcji samego siebie można wyróżnić dwa elementy: kognitywny i emocjonalno-wartościujący. Składnik poznawczy tworzą wyobrażenia i pojęcia, jakie jednostka ma o swoim wyglądzie zewnętrznym, sprawności fizycznej, kontaktach z innymi ludźmi, o swoich cechach, zdolnościach, umiejętnościach. Natomiast element emocjonalno-wartościujący wyraża się poprzez postawę wobec samego siebie – akceptację bądź jej brak. Większość psychologów (A. Jersild, C. Rogers, D. Rogers za: H. Kulas 1986, s. 18; W. Łukaszewski 1971) zgadza się także co do istnienia w strukturze pojęcia o sobie samym dwóch warstw: „ja realnego”, czyli zbioru wyobrażeń i sądów na temat tego, jaki jestem w rzeczywistości, oraz „ja idealnego”, czyli zespołu wyobrażeń i sądów o tym, jakim chciałbym być oraz jakim być powinienem.

„Ja realne” i „ja idealne” mogą pozostawać wobec siebie w różnych relacjach. Stopień rozbieżności między stanem pożądanym (ja idealne) a stanem osiągniętym (ja realne) wyznacza samoakceptację (Bills, Rogers, Rosen za: A. Januszewski 1992, s. 70). Duża rozbieżność między tymi elementami zgodnie z teorią dysonansu poznawczego Festingera wywołuje negatywne emocje. C. Rogers (za: J. Reykowski 1992) na podstawie badań stwierdził, że osoby wykazujące zaburzenia emocjonalne mają bardzo niski poziom samoakceptacji. Tak więc poziom samoakceptacji wywiera duży wpływ na emocjonalną równowagę człowieka.

Jednostka akceptująca siebie, uznaje zarówno swoje zdolności, jak i ograniczenia, bez niewłaściwego poczucia winy, dumy czy wstydu. Poziom samoakceptacji młodzieży z dysfunkcjami narządu ruchu był przedmiotem badań prowadzonych przez S. Siwka (1982). Autor stwierdził, że u młodzieży pełnosprawnej centralne miejsce w pojęciu o sobie zajmuje proces samowartościowania i samoocena, podczas gdy u młodzieży inwalidzkiej bardziej trwała właściwością pojęcia o sobie jest dążenie do utrzymania korzystnego poziomu samoakceptacji. Przy samoocenie zagrożonej jednostka stawia sobie mniejsze wymagania w odniesieniu do własnej koncepcji idealnej w celu zmniejszenia rozbieżności.

Także z innych dotychczasowych badań (R.M. Allen, C. Safilias-Rothschild za: H. Larkowa 1974, 1987, B. Arusztowicz i W. Bąkowski 1989, R. Pichalski 1982) wynika, że dzieci i młodzież z dysfunkcjami narządu ruchu kształtują inne cechy pojęcia o sobie samym niż ich zdrowi rówieśnicy. Mają oni przede wszystkim poczucie odmierności fizycznej oraz przeważnie wykazują zaniżoną samoocenę. W związku z bardziej krytycznym nastawieniem do swojego zewnętrznego wyglądu kształtują nieadekwatny do rzeczywistości obraz własnej osoby. Częściej negatywną koncepcję własnej osoby mają dziewczęta niż chłopcy.

Samoocena niestabilna występuje przeważnie w tych przypadkach, kiedy dysfunkcja narządu ruchu powstała w toku życia. Jest to prawdopodobnie rezultatem ścierania się aktualnych i dawnych wyobrażeń o sobie. Dominującymi cechami koncepcji samego siebie młodzieży inwalidzkiej zdaje się być: negatywny obraz siebie, zaniżona samoocena oraz poczucie mniejszej wartości. Często jednak wyniki badań są sprzeczne i dlatego powyższe opinie wymagają dalszych weryfikacji. Aktualny stan wiedzy psychologicznej pozwala traktować je bardziej jako hipotezy niż prawdy dowiedzione w sposób naukowy.

Metodologia badań

Celem badań było ukazanie, w jakim stopniu dysfunkcje narządu ruchu determinują pojęcie o sobie samym oraz które obszary „ja” młodzieży inwalidzkiej są najbardziej zagrożone.

W związku z powyższym celem wyłaniają się następujące problemy badawcze:

1. Jak kształtuje się samoocena ogólna oraz zmienne samooceny szczegółowych?
2. Jaki jest poziom samoakceptacji badanej młodzieży?

Badaniami objęto 35 osób (25 dziewcząt i 10 chłopców) w wieku 15-17 lat przebywających na leczeniu w sanatorium oraz szpitalu rehabilitacyjno-ortopedycznym w Zakopa-

nem. Decydującym faktem w doborze do grupy był stosunkowo długi okres występowania dysfunkcji. Badano młodzież w okresie dorastania, gdyż jest to etap niezmiernie ważny w rozwoju człowieka. Choroba, zwłaszcza powodująca widoczne defekty, nabiera wówczas olbrzymiego znaczenia.

Wśród osób badanych występowały następujące schorzenia: niedowłady i porażenia po dziecięcym porażeniu mózgowym (7 osób), skoliozy (13 osób), dysplazja (4 osoby), dystrofia (4 osoby), stopy końsko-szpotawe (3 osoby), stopa płasko-koślawą (3 osoby), lejkowatość piersi (1 osoba). W celu porównania wyników uzyskanych przez młodzież inwalidzką zbadano 35-osobową grupę pełnosprawnych. Osoby do tej grupy były dobierane pod względem wieku, płci i miejsca stałego zamieszkania. Badania prowadzone były na terenie województwa krakowskiego i nowosądeckiego. W badaniach zastosowano *Tennessee Self Concept Scale* – Williama H. Fittsa (1975). Skala ta składa się ze 100 stwierdzeń opisowych, przy pomocy których badany przedstawia koncepcję samego siebie. Skala może być stosowana do osób w wieku 12 lat i starszych. Nadaje się także do badania osób na całej rozpiętości przystosowania psychologicznego od osób zdrowych, dobrze przystosowanych, do pacjentów psychotycznych. Najważniejszym wynikiem w skali jest wskaźnik poczucia własnej wartości (PG).

Na wskaźnik ten składają się trzy poziomy dotyczące wewnętrznego układu odniesienia, w obrębie którego jednostka się opisuje. Są to:

- poziom odzwierciedlający poczucie tożsamości (W1), który zawiera stwierdzenia „taki jestem”. Poziom ten związany jest z badaniem „ja” realnego;
- poziom samoakceptacji (W2), który zawiera stwierdzenia dotyczące odczucia własnej osoby. Jest to wskaźnikiem stopnia zadowolenia z siebie,
- poziom samooceny własnego zachowania (W3). Wskaźnik ten obejmuje stwierdzenia związane z postępowaniem badanego.

Globalny wskaźnik pozytywny (PG) jest jednocześnie sumą wyników uzyskanych we wszystkich badanych sferach „ja”.

Są to następujące wskaźniki:

- „ja” fizyczne (F) – ocena własnego ciała, wyglądu fizycznego, stanu zdrowia i sprawności;
- „ja” moralno-etyczne (M) – ocena stosunku do Boga, zadowolenia z religii, uczucie, że jest się dobrym lub złym;
- „ja” osobiste (O) – ocena własnej osobowości, poczucie własnej wartości i poczucie adekwatności siebie jako człowieka;
- „ja” rodzinne (R) – wskaźnik ten odzwierciedla poczucie własnej adekwatności, wartości i oceny jako członka rodziny;
- „ja” społeczne (S) – kategoria opisująca stosunki badanego z innymi ludźmi, ocena własnej wartości we współdziałaniu z innymi.

Oprócz wymienionych wskaźników skala uwzględniła tzw. wskaźniki zróżnicowania (A i B), które są miarą braku spójności w spostrzeganiu własnej osoby. Za pomocą skali Fittsa bada się również stopień pewności co do koncepcji własnej osoby. Ponadto skala Fittsa określa wskaźnik samokrytyki (Sc), na który składa się 10 stwierdzeń pochodzących ze skali kłamstwa MMPI.

Wyniki badań

Analiza zebranego materiału wykazała, że istnieje wiele istotnych różnic między grupą młodzieży z dysfunkcjami narządu ruchu i grupą osób pełnosprawnych. Należy także zaznaczyć, że wszystkie średnie wyniki są wyższe w grupie młodzieży pełnosprawnej (zob. tabela 1). Istotnie statystycznie różnice dotyczą: samokrytycyzmu (Sc), globalnego poziomu poczucia własnej wartości (PG), tożsamości (jaki jestem?), samoakceptacji (W2) oraz „ja” osobistego (O) i „ja” fizycznego (F). Uzyskane wyniki w skali samokrytycyzmu (Sc) świadczą o większej otwartości i zdolności do samokrytyki w grupie kontrolnej niż wśród młodzieży inwalidzkiej. Można zatem przypuszczać, że osoby z dysfunkcjami narządu ruchu zachowują się bardziej obronnie i celowo dążą do przedstawienia siebie w nieco lepszym świetle.

Tabela 1

Wskaźniki samooceny w zakresie pojęcia o sobie samym
w grupie młodzieży inwalidzkiej i kontrolnej

Miara	Grupa młodzieży inwalidzkiej		Grupa kontrolna		t	p
	M	s	M	s		
PG	321	23,7	340,3	31,0	2,9	0,005
W ₁	112,9	8,6	122,1	8,6	4,4	0,001
W ₂	102,6	10,6	109,8	14,8	2,3	0,023
W ₃	105,4	24,1	108,3	11,4	0,6	n.s.
F	61,8	6,9	72,0	7,8	5,8	0,001
M	65,1	5,8	66,1	7,3	0,6	n.s.
O	65,4	5,4	68,9	8,2	2,1	0,039
R	64,2	6,6	65,9	8,8	0,9	n.s.
S	63,9	10,4	68,0	8,2	1,8	n.s.
S _c	36,5	5,4	39,3	5,4	2,0	0,045
D	100,4	20,3	106,3	21,2	1,1	n.s.
A	20,6	4,6	21,9	6,4	0,3	n.s.
B	26,6	6,0	28,0	6,7	0,3	n.s.

Oznaczenia miar:

- PG – globalny wskaźnik pozytywny
- W₁ – tożsamość
- W₂ – samoakceptacja
- W₃ – samoocena zachowania
- F – „ja” fizyczne
- M – „ja” moralno-etyczne
- O – „ja” osobiste
- S – „ja” społeczne
- Sc – samokrytycyzm
- D – wskaźnik rozkładu
- A – wskaźnik zróżnicowania dla kolumn
- B – wskaźnik zróżnicowania dla wierszy
- M – średnia
- s – odchylenie standardowe
- t – test istotności różnic
- p – poziom istotności

Istotna różnica między omawianymi grupami zachodzi również w globalnym wskaźniku pozytywnym (PG). Młodzież niepełnosprawna generalnie niżej ocenia własną wartość, jest mniej pewna siebie i ma gorszy stosunek emocjonalny do własnej osoby, częściej odczuwa lęk i ma poczucie nieszcześćia. Duża różnica między badanymi grupami występuje w opisie swojej osoby – „jaki jestem” (W1). Badani z dysfunkcjami narządu ruchu prezentują zdecydowanie gorszy wizerunek siebie samego opisując „taki jestem we własnych oczach”. Na wyżej przedstawiony układ wyników wpłynęła w znacznym stopniu niska samoocena w kolumnie „ja” fizyczne (F). Młodzież inwalidzka oprócz znacznie niższej samooceny, również w mniejszym stopniu akceptuje siebie (W2).

Można wnioskować, że rozbieżność pomiędzy koncepcją realną a standardami i oczekiwaniami młodzieży niepełnosprawnej jest większa niż w grupie kontrolnej. Najbardziej znacząca różnica między młodzieżą z dysfunkcjami narządu ruchu, a osobami pełnosprawnymi zachodzi w sferze „ja” fizycznego (F). Osoby kalekie bardzo nisko oceniają swój wygląd fizyczny, obraz własnego ciała, sprawność i stan zdrowia. W opisie „ja” prywatnego (O) również występuje różnica pomiędzy średnimi wynikami uzyskanymi przez obie grupy. Wskaźnik ten odzwierciedla poczucie własnej wartości jednostki. Młodzież inwalidzka niżej ocenia własną osobowość. Należy zaznaczyć, że w tej sferze ocenie podlega tylko „ja” osobiste (O) bez uwzględnienia własnego ciała czy związków z innymi ludźmi. Niższa ocena „ja” osobistego powstała prawdopodobnie wskutek wyolbrzymienia swojej niepełnosprawności. Młodzież inwalidzka spostrzega siebie jako mniej zdolną do nauki i pracy oraz posiadającą także inne ujemne cechy. Według Gellman i Neff (za H. Larkowa 1987, s. 149) na tym tle może powstać niezdolność do pracy.

Reasumując należy stwierdzić, że młodzież z dysfunkcjami narządu ruchu zachowuje się bardziej obronnie i celowo dąży do przedstawienia siebie w nieco lepszym świetle, ale pomimo tego osoby te generalnie niżej oceniają własną wartość.

Dyskusja wyników

Przedstawione wyniki wydają się być zgodne z teoretycznymi założeniami koncepcji H. Markus. Według Markus (za J. Mandrosz-Wróblewska 1985) ludzie są skłonni myśleć o sobie i opisywać siebie używając takich wymiarów, na których są odrębni, wyróżniają się. To wskazuje, że schematy „ja”, czyli poznawcze generalizacje na temat własnej osoby, tworzą się wokół takich aspektów własnej osoby, pod względem których odróżniamy się od innych ludzi. Tak więc dysfunkcje narządu ruchu wydają się mieć zasadniczy wpływ na kształtowanie się koncepcji samego siebie u młodzieży inwalidzkiej. Schematy „ja” odnoszą się do tych form zachowania i takich cech, które są charakterystyczne i ważne dla jednostki, a jest tym bez wątpienia dla osób niepełnosprawnych sfera „ja” fizycznego. Schematy „ja” wywierają silny wpływ na przetwarzanie informacji o własnej osobie, a w szczególności na łatwiejsze pamiętanie zachowań w określonej dziedzinie.

Informacje związane z „ja” wyraźniej łączą się z silnymi emocjami pozytywnymi i negatywnymi. Strukturę „ja” mogą zniekształcać informacje w związku z tym, że informacje niezgodne z „ja” są bądź pomijane, zapomniane, bądź deformowane w kierunku większej zgodności z „ja” (Z. Zaborowski 1994).

Działanie tego mechanizmu może być szczególnie niebezpieczne w przypadku młodzieży inwalidzkiej, gdyż schematy „ja” odnoszą się do niepełnosprawności i w związku z tym osoby te mogą pomijać swoje osiągnięcia i sukcesy a eksponować niepowodzenia, których źródłem według nich są ograniczenia wynikające z faktu inwalidztwa.

Według J. Reykowskiego (1974) istnieje skłonność do zwracania uwagi na te elementy sytuacji, które odpowiadają dominującej emocji. Mogą selekcjonować na temat „ja” informacje pozytywne albo negatywne i tym samym wpływać na jego kształt. Pojawia się swego rodzaju błędne koło: osoby, które nie akceptują siebie przejawiają negatywne emocje i w związku z tym selekcjonują informacje, które potwierdzają, a jednocześnie pogłębiają ten stan. Ponieważ młodzież inwalidzka w mniejszym stopniu akceptuje siebie, można wnioskować, że rozbieżność pomiędzy koncepcją realną a standardami i oczekiwaniami w tej grupie jest dość duża. Zatem zgodnie z teorią dysonansu poznawczego rozbieżność ta wywołuje negatywne emocje.

Potwierdzeniem takiej interpretacji jest niski wynik w zakresie globalnego wskaźnika pozytywnego (PG), który świadczy o gorszym stosunku emocjonalnym do własnej osoby, częstym odczuwaniu lęku i poczuciu nieszczęścia. Prawdopodobne jest, że młodzież z dysfunkcjami narządu ruchu ma tendencje do selekcjonowania informacji negatywnych na temat własnej osoby, które uniemożliwiają wzrost poziomu samoakceptacji. Selekcjonowanie ujemnych informacji może prowadzić do pogłębiania poczucia mniejszej wartości, przez które rozumie się przeświadczenie o niższości, którego dana jednostka nie może akceptować. Taka osoba wykazuje też tendencje do depresji i doznawania uczucia wstydu (English, English za: H. Larkowa 1987, s. 159).

Przedstawiona interpretacja uzyskanych wyników badań została podjęta na gruncie psychologii poznawczej i z pewnością nie wyczerpała wszystkich możliwości.

Wnioski i postulaty

Ilościowa i jakościowa analiza zebranego materiału empirycznego pozwala sformułować następujące wnioski:

- koncepcja samego siebie u młodzieży inwalidzkiej różni się od koncepcji samego siebie u ich pełnosprawnych rówieśników,
- młodzież z dysfunkcjami narządu ruchu generalnie niżej ocenia swoją wartość,
- „ja” realne młodzieży inwalidzkiej jest lokowane znacznie niżej od „ja” realnego młodzieży z grupy kontrolnej,
- młodzież inwalidzka w mniejszym stopniu akceptuje siebie, zatem rozbieżność między „ja” realnym a „ja” idealnym jest większa niż u osób pełnosprawnych,
- bardzo niska ocena siebie w sferze „ja” fizycznego u młodzieży z dysfunkcjami narządu ruchu prawdopodobnie wpływa na kształtowanie się niższej oceny „ja” osobistej tej młodzieży,
- można przypuszczać, że osoby niepełnosprawne są skłonne do selekcjonowania informacji negatywnych na temat własnej osoby, raczej są gotowe pomniejszać swoje osiągnięcia i sukcesy niż je eksponować.

W rozwoju koncepcji samego siebie badanej młodzieży inwalidzkiej występują niekorzystne tendencje, które wymagają psychoterapeutycznych interwencji. Pożądane wydaje się kształtowanie realnych oczekiwań i aspiracji lub zmiana oczekiwań nierealnych na dostosowane do rzeczywistości w celu zwiększenia poziomu samoakceptacji i motywacji do działania. Szczególnie ważne jest ograniczanie działania mechanizmu generalizacji niskiej samooceny ze sfery „ja” fizycznego na inne obszary koncepcji samego siebie. Istotne jest również zmniejszenie napięcia emocjonalnego i redukcja lęku np. poprzez zastosowanie treningów relaksacyjnych, wizualizacji, medytacji, elementów muzykoterapii.

BIBLIOGRAFIA

- Arusztowicz B., Bąkowski W., *Dziecko kalekie jakiego nie znamy*, WSiP, Warszawa 1989
- Fitts W.H., „Podręcznik do Skali badania Obrazu Własnej Osoby”, Warszawa 1975 (maszynopis – Biblioteka Instytutu Psychologii UJ)
- Januszewski A., *Funkcje samoakceptacji w poznaniu siebie i innych*, [w:] *Problemy współczesnej psychologii*, red. A. Biela, Cz. Walesa, PTP, Lublin 1992
- Kulas H., *Samoocena młodzieży*, WSiP, Warszawa 1986
- Larkowa H., *Problemy wartościowania i samooceny w rehabilitacji inwalidów*, [w:] *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów*, red. H. Larkowa, PZWL, Warszawa 1974
- Larkowa H., *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*, PWN, Warszawa 1987
- Łukaszewski W., *Relacyjna koncepcja podstaw ludzkiej aktywności*, Psychologia Wychowawcza 1971, nr 4
- Mandrosz-Wróblewska J., *Rola schematów „ja” w przetwarzaniu informacji o sobie i innych ludziach. Teoria Hazel Markus*, Przegląd Psychologiczny 1985, nr 1
- Niebrzydowski L., *O poznawaniu i ocenie samego siebie*, NK, Warszawa 1976
- Pichalski R., *Cele życiowe młodych osób z uszkodzonym narządem ruchu i pełnosprawnych*, [w:] *Rewalidacja dzieci i młodzieży z odchyleniami od normy*, red. A. Hulek, UW, Warszawa 1982
- Pilecka W., Pilecki J., *Rewalidacja dzieci przewlekle chorych i kalekich*, Wyd. Naukowe WSP, Kraków 1992
- Przetacznikowa M., *Na przelomie dzieciństwa i młodości*, KiW, Warszawa 1972
- Reykowski J., *Eksperymentalna psychologia emocji*, KiW, Warszawa 1974
- Reykowski J., *Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość*, [w:] *Psychologia ogólna*, red. T. Tomaszewski, PWN, Warszawa 1992
- Siwek S., *Samoakceptacja młodzieży ze schorzeniami narządu ruchu*, Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne 1982, nr 1-2
- Smoll F.L., Smith R.E., Barnett N.P., Everett J.J., *Enhancement of Children's Self - Esteem Through Social Support Training for Gouth Sport Coaches*, Journal of Applied Psychology 1993, Vol 78, No 4
- Zaborowski Z., *Współczesne problemy psychologii społecznej i psychologii osobowości*, Oficyna Wydawnicza „Profi”, Warszawa 1994